

Připravenost sociálních pracovníků na úřadech práce ve Zlínském kraji na doprovázení umírajících

Ivana Pipalová

Bakalářská práce
2013



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Ivana PIPALOVÁ**
Osobní číslo: **H09183**
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Přípravenost sociálních pracovníků na úřadech práce ve Zlínském kraji na doprovázení umírajících**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.
Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti thanatologie a z oblasti specifikace nápně práce sociálních pracovníků na úřadu práce.
Příprava metodiky výzkumné části.
Realizace kvantitativního výzkumu prostřednictvím dotazníku.
Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

HAŠKOVCOVÁ, Helena. Lékařská etika. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-7262-132-7.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. Thanatologie: nauka o umírání a smrti. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-471-3.

CHRÁSKA, Miroslav. Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.

STUDENT, J.Ch., A. MÜHLUM a U. STUDENT. Sociální práce v hospici a paliativní péče. Jinočany: H & H, 2006. ISBN 80-7319-059-1.

SVATOŠOVÁ, Marie. Hospice a umění doprovázel. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011. ISBN 978-80-7195-580-1.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Renata Polepilová
Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce:

30. listopadu 2012

Termín odevzdání bakalářské práce:

3. května 2013

Ve Zlíně dne 19. února 2013


doc. Ing. Aněžka Lengálová, Ph.D.
ředitelka




Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupné k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3²⁾;
- podle § 60³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTPB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci – nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 30.4.2016

.....
.....

1) Zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejněním závěrečných prací:

1) Vysoká škola neskladně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků recenzentů a výsledků obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Zánah zveřejnění stavů mění účinnost vysvětlivky.

(2) Diverzní, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odvedené uchazečem k obhájení musí být již nejméně jedinouměsíčně před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném institucí předávající vysoké školy nebo, pokud to učebna v učební pracovníkovi vyžaduje, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výtisk, napsat nebo vyrozumět.

(3) Platí-li u ukončení práce autorovi podmínky ze zveřejnění své práce podle tohoto zákona, není ovládnut na výdělek z obhajoby.

4) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 33 odst. 3:

(1) Do práva autorského také nezahrnuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, u něhož učitel za účelem předání nebo poskytnutí lektorského nebo odborního prosoedu k výuce nebo k vlastní potřebě díla v rámci žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vypracovaných z jeho pracovního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školské dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 30 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za své vlastní podnikat právo na užití díla bezcenně v rámci školního díla (2) odst. 1. Účelů těchto užití tohoto díla není výdělek bez výměny odměny, pokud se tím osoby domáhají naruzení chráněného projevu, jeho věcné hodnoty. Účastníci § 33 odst. 3 účinná neplatí.

(2) Nevztahuje se ustanovení tohoto zákona na díla, která již poskytl žákem žákovi, pokud se v okamžiku poskytnutí již jedná o dílo nebo školské či vzdělávací dílo.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby im bylo školské dílo zveřejněno pro účelů využití díla či poskytnutí bezcenně podle odstavce 2 přiměřeně přepřít na účelů odměny, vztah na využití díla, využití) a se podle odstavce 2) do jeho školské dílo, pokud se přitom k větší výší školského díla nebo školskému či vzdělávacímu zařízení z učitelů školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Předložená bakalářská práce se věnuje opomíjenému tématu umírání, doprovázení umírajících a smrti. V praktické části jsou vyhodnoceny názory sociálních pracovníků, kteří při sociálním šetření přichází do styku s klienty v terminálním stádiu života, na jejich profesní připravenost v rámci studia, znalosti, podmínky pro průběžné vzdělávání v oblasti umírání, doprovázení umírajících a smrti a na schopnost se s umíráním vyrovnat. Cílem práce je zjistit, jaká je připravenost sociálních pracovníků, vykonávajících agendu příspěvku na péči na doprovázení umírajících klientů.

Klíčová slova: sociální pracovník, příspěvek na péči, thanatologie, umírání, smrt, doprovázení umírajících

ABSTRACT

The submitted bachelor thesis deals with the often neglected issue of decease, accompaniment of dying and death. The practical section contains assessment of opinions given by social workers, who carry out their examinations in contact with clients within terminal stage of their lives, their professional readiness in terms of studies, knowledge, conditions for continuous education in connection with dying, accompaniment of dying people and death, as well as the ability to cope with decease. The thesis aims to determine readiness of social workers, who deal with the agenda of benefits for accompaniment of dying clients.

Keywords: social worker, care benefit, thanatology, dying, death, accompaniment of dying

Děkuji vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Renatě Polepilové za odborné vedení, náměty, cenné rady, podporu a trpělivost.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Motto:

„Vše, co se rodí, umírá.- Deficit omne, quod nascitur.“

Marcus Fabius Quintilianus

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK JAKO POMÁHAJÍCÍ PROFESE	12
1.1 POMÁHAJÍCÍ PROFESE	12
1.2 PROFESE SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA	13
1.2.1 Činnost sociálního pracovníka	13
1.2.2 Předpoklady k výkonu povolání sociálního pracovníka.....	13
Odborná způsobilost	14
Další vzdělávání sociálních pracovníků.....	15
1.3 ROLE SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA.....	16
1.4 ETIKA V SOCIÁLNÍ PRÁCI	17
1.4.1 Etický kodex.....	18
1.5 SYNDROM VYHOŘENÍ	18
1.5.1 Supervize.....	20
2 SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK V AGENDĚ PŘÍSPĚVKU NA PÉČI	22
2.1 LEGISLATIVNÍ UKOTVENÍ.....	22
2.2 PODMÍNKY NÁROKU NA PŘÍSPĚVEK NA PÉČI	22
2.3 SOCIÁLNÍ ŠETŘENÍ	24
2.3.1 Základní životní potřeby	25
3 UMÍRÁNÍ A SMRT	28
3.1 UMÍRÁNÍ	28
3.2 POJEM UMÍRÁNÍ.....	29
3.2.1 Fáze umírání.....	29
3.2.2 Potřeby umírajících	31
3.2.3 Domácí a institucionální model umírání	31
3.2.4 Doprovázení umírajících	32
3.3 PALIATIVNÍ PÉČE	34
3.4 HOSPIC	35
3.4.1 Formy hospicové péče.....	36
Domácí hospicová péče	36
Stacionární hospicová péče.....	36
Lůžková hospicová péče	37
3.5 SMRT.....	37
3.5.1 Smrt jako krize	38
3.6 STATISTIKA O UMÍRAJÍCÍCH V ČR	39
3.7 POSTOJE PRACOVNÍKŮ POMÁHAJÍCÍCH PROFESÍ KE SMRTI A UMÍRÁNÍ	40
II PRAKTICKÁ ČÁST	42
4 VÝZKUMNÁ ČÁST	43

4.1	VÝZKUMNÝ CÍL	43
4.2	VÝZKUMNÉ OTÁZKY	43
4.3	PŘEDVÝZKUM.....	44
4.4	VÝZKUMNÁ METODA.....	44
4.5	VÝZKUMNÝ VZOREK	45
5	ANALÝZA A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT	46
5.1	VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKŮ.....	46
5.2	ZÁVĚREČNÉ SHRUTÍ VÝZKUMU	81
5.3	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	83
	ZÁVĚR	84
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	85
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	89
	SEZNAM TABULEK.....	90
	SEZNAM GRAFŮ	92
	SEZNAM PŘÍLOH.....	94

ÚVOD

Při výběru tématu bakalářské práce sehrála velkou roli pětiletá praxe autorky, kdy vykonávala agendu příspěvku na péči. Existence tohoto příspěvku se datuje od roku 2007. Do konce roku 2011 ji vykonávaly městské úřady, a od roku 2012 je jejím výkonem pověřen úřad práce. Při výkonu povolání sociálního pracovníka nejde pouze o administrativu a plnění povinností daných právní normou, ale také o vztahy mezi lidmi a pomoc. Sociální pracovníci, kteří vykonávají agendu příspěvku na péči, velmi často přicházejí do styku s klienty v terminálním stádiu života a jejich příbuznými. Neměla by jim proto chybět trpělivost, empatie, umění naslouchat a soucit. Kromě toho by měli být na setkávání s uvedenými klienty a jejich doprovázení, profesně i psychicky připraveni. O tom, jestli tomu tak skutečně je, pojednává výzkumná část předložené bakalářské práce. Teoretická část představuje sociálního pracovníka jak v pomáhající profesi, tak v agendě příspěvku na péči. Hovoří se zde o předpokladech, které k výkonu agendy musí mít a jaká je jeho role. Není opomenuta ani etika v sociální práci a krátce se zastavíme u syndromu vyhoření a supervize. U agendy příspěvku na péči se budeme zabývat legislativním ukotvením, podmínkami nároku na příspěvek a sociálním šetřením. Závěrečná kapitola v teoretické části je věnována umírání, smrti.

Současná uspěchaná doba nemá na umírání a smrt čas. Lidé málo uvažují nad tím, co bude, a už vůbec ne nad otázkami smrti a o své konečnosti. Smrt je tabuizovaným tématem i přesto, že je přirozenou součástí života. Lidé se jím začínají zabývat až tehdy, když se týká jejich samotných, nebo jejich blízkých. Je spojena se strachem, bolestí, utrpením a samotou. O smrti bychom měli hovořit a měli bychom se učit s ní žít. Vnímání smrti je ovlivněno také výchovou. Učí-li se děti připravovat na dospělost, měli by se také učit, že vše jednou skončí. Smrt by měla být odtabuizovaná již od dětství. Rodiče by o ní se svými dětmi měli hovořit, aby věděly, že to není nic nepřirozeného, ale že smrt patří k životu. Měly by vědět, že je podstatné se o umírajícího postarat a rozloučit se s ním.

S cizí smrtí se častokrát setkáváme v počítačových hrách, akčních filmech, či denních zpravodajstvích. Pokud však jde o umírání a smrt nás samotných, či našich nejbližších, to moc uchopit neumíme. Zjišťujeme, že nejsme dostatečně připraveni. Většinou nemáme žádnou zkušenost s doprovázením umírajících a blížící se smrt je pro nás těžkou životní zkouškou.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK JAKO POMÁHAJÍCÍ PROFESE

V první kapitole objasníme postavení sociálního pracovníka, jehož povolání je postaveno na poskytování pomoci jiným lidem. Nejdříve popíšeme kategorii povolání, která jsou na uvedeném principu založena, a to pomáhající profese. Následně uvedeme činnost sociálního pracovníka, předpoklady k výkonu jeho povolání včetně splnění podmínky odborné způsobilosti a dalšího vzdělávání. Navazující část práce bude vysvětlovat jaké role sociální pracovník vykonává při své profesní činnosti a dále se bude věnovat etice v sociální práci včetně etického kodexu. Na závěr teoretické části práce popíšeme syndrom vyhoření a metodu supervize, jako jeho preventivní opatření.

1.1 Pomáhající profese

Výraz pomáhající profese definuje kategorii povolání, jež jsou založena na profesní pomoci jiným lidem. Zahrnují se mezi ně například profese zdravotnické, pedagogické, zaměřené na sociální pomoc, ale také duchovní, psychologové a terapeuti. Pomáhající profese tvoří systém, kdy na jedné straně stojí pomáhající a na druhé straně ten, jemuž má být pomoci (Géringová, 2011, s. 21). Lidský vztah mezi pomáhajícím profesionálem a klientem hraje v těchto profesích významnou roli. Klient potřebuje, aby mu bylo porozuměno, byl přijímaný a aby mohl důvěřovat. Bez tohoto je práce pomáhajícího pouze výkonem svěřených pravomocí (Kopřiva, 2011, s. 14-15). Kvalita vztahu mezi pomáhajícím a klientem podle Géringové (2011, s. 54) velmi ovlivňuje kvalitu procesu pomáhání.

Každý vztah doprovází emoce – jevy charakteristické svou citlivostí na změny ve vnějším a vnitřním prostředí a svou proměnlivostí. Nevyhnou se jim při své práci ani pomáhající pracovníci. Práce s nimi by měla být součástí jejich duševní hygieny. Zvláštní nároky na pomáhající pracovníky klade také empatie – chápání druhého, porozumění jeho pocitům a motivům. (Géringová, 2011, s. 62-73).

Velmi důležitá je také osobnost pomáhajícího. Podle toho, do jaké míry pomáhající zapojí svou vlastní osobnost, může se projevit buď pocit naplnění a uspokojení z práce, nebo také pocit vyhoření (Géringová, 2011, s. 25). Neméně důležitá je typologie, zaměření a hodnotový systém, tedy vše, co je celkově označováno jako sociopsychologická výbava nebo stabilita daného jedince. Mezi specifické činnosti pomáhajících profesí lze zahrnout aktivi-

ty jako např. diagnostika, poradenství, terapie, řešení problému a záznam problému (Michalík a kol. 2011, s. 16-20).

1.2 Profese sociálního pracovníka

Na profesní pomoci jiným lidem je založena činnost sociálního pracovníka. Povolání sociálního pracovníka vzniklo na základě potřeby řešit nové nepříznivé sociální situace, jež způsobují problémy nejen jednotlivci, ale i celé společnosti (Hanuš, 2007, s. 5). Sociálního pracovníka řadíme do oblasti tzv. pomáhajících profesí, u kterých očekáváme prosociální jednání, projevující se vřelým vztahem vůči lidem a spontánní ochotou sloužit druhým (Jankovský, 2007, s. 42).

1.2.1 Činnost sociálního pracovníka

Kdo je to sociální pracovník, definuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů. Hovoří o tom, že se jedná o pracovníka, který vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně-právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, poskytuje sociálně právní poradenství, provádí analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odbornou činnost v zařízeních služeb sociální prevence, depistážní činnost, poskytuje krizovou pomoc, sociální poradenství a sociální rehabilitaci, zajišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb (§ 109 zák. 108/2006 Sb.).

1.2.2 Předpoklady k výkonu povolání sociálního pracovníka

Sociální pracovníci, kteří se pro tuto bakalářskou práci stanou respondenty, jsou pracovníci na úřadech práce, vykonávající agendu příspěvku na péči. Aby byli schopni povolání sociálního pracovníka vykonávat, musí splňovat určité předpoklady. Požadavky na odbornost sociálních pracovníků, které jsou základním předpokladem pro úspěšný výkon profese, jsou obsaženy v zákoně o sociálních službách.

V současné době je naprosto nedostačující ukončené institucionální vzdělávání. Povinností sociálního pracovníka je dle Etického kodexu vzdělávání nepřetržité, celoživotní a to buď formou sebevzdělávání z vlastní iniciativy, nebo prostřednictvím odborných seminářů, konferencí, kurzů apod. (Vrtišková, 2009, s. 109). Změny v oblasti dalšího vzdělávání

sociálních pracovníků přinesla s účinností od 1.1.2012 také sociální reforma prostřednictvím zákona č. 366/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, ve znění pozdějších předpisů, zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, zákon 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, ve znění pozdějších předpisů a další související zákony (MPSV [online]).

Podle zákona o sociálních službách je předpokladem pro výkon povolání sociálního pracovníka způsobilost k právním úkonům, bezúhonnost, zdravotní a odborná způsobilost (§ 110 zák. o sociálních službách).

Nyní jsou zpracovávány podklady pro teze k právní úpravě, jež by měla zajistit kvalitu výkonu sociální práce, profesní rozvoj a růst pro sociální pracovníky a zvýšit prestiž oboru. Očekává se, že budou upraveny podmínky pro poskytování pomoci sociální práce klientům tak, aby lépe odpovídaly zvláštním rysům oboru a výkonu sociální práce. Úpravou je potřeba také umožnit sociálním pracovníkům přiměřeně reagovat na objevující se problémy, konflikty a napětí. Zákon by měl hlavně upravovat profesní komoru, jako samosprávnou státem pověřenou instituci, která by sloužila ke garanci kvality, určování rozvoje a celoživotního vzdělávání a při splnění určitých podmínek také k udělování oprávnění k registrovanému výkonu sociální práce. Pracuje se na formulaci právní úpravy, která by neupravovala zaměstnání, ale profesi. Tato právní úprava by měla být předložena v prvním čtvrtletí roku 2013 do legislativního procesu (Kodymová, Suda a Musil, 2012, s. 49-52).

Odborná způsobilost

Ve většině evropských zemí je požadováno, aby profesní pracovníci měli přinejmenším vyšší odborné vzdělání. V České republice je budován systém celoživotního akreditovaného vzdělávání profesních sociálních pracovníků, jež se opírá o státní aprobační a akreditace. Pokud má být tato společenská služba i do budoucna uznávanou a potřebnou, je důležité se rychle měnícímu a vyvíjejícímu obsahu a stratifikaci sociální práce přizpůsobit. Vizí budoucnosti je zrovnoprávnění sociálních pracovníků např. se zdravotníky a učiteli, což vyžaduje také srovnatelnou úroveň vzdělání. Proto je usilováno o to, aby byly zavedeny jednotné evropské vzdělávací standardy (Tomeš [online]).

V současné době je k výkonu povolání sociálního pracovníka podle zákona o sociálních službách potřebná odborná způsobilost, kterou se rozumí:

- vyšší odborné vzdělání získané absolvováním vzdělávacího programu v oborech vzdělání, které jsou zaměřeny na sociální práci a sociální pedagogiku, sociální pedagogiku, sociální a humanitární práci, sociální práci, sociálně právní činnost, charitní a sociální činnost
- vysokoškolské vzdělání dosažené studiem v bakalářském, magisterském či doktor- ském studijním programu v oblasti sociální práce, sociální politiky, sociální peda- gogiky, sociální péče, sociální patologie, práva nebo speciální pedagogiky
- absolvování akreditovaných vzdělávacích kurzů ve výše uvedených oblastech, je- jichž rozsah musí být nejméně 200 hodin a nejméně pětiletá praxe při výkonu povolání sociálního pracovníka za předpokladu ukončeného vysokoškolského vzdělání, které není zaměřeno na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, soci- ální péči, sociální patologii, právo nebo speciální pedagogiku
- absolvování akreditovaných vzdělávacích kurzů v oblastech uvedených výše v prv- ní a druhé odrážce v celkovém rozsahu nejméně 200 hodin a nejméně desetileté praxe při výkonu povolání sociálního pracovníka, za předpokladu středního vzdělá- ní ukončeného maturitní zkouškou v oboru sociálně právním nejpozději 31. prosin- ce 1998

(§ 110 zák. o sociálních službách).

Další vzdělávání sociálních pracovníků

Povinností zaměstnavatele je zajistit sociálnímu pracovníku další vzdělávání, kterým si pracovník obnovuje, upevňuje a doplňuje kvalifikaci a to v rozsahu nejméně 24 hodin za rok. O absolvování tohoto vzdělávání vydává pořádající vzdělávací zařízení osvědčení, zařízení ve kterém byla zajišťována odborná stáž nebo zaměstnavatel jako organizátor od- borné stáže nebo školicí akce vydá potvrzení.

Podoby dalšího vzdělávání jsou:

- specializační vzdělávání, které zabezpečují vysoké školy a vyšší odborné školy na- vazující na dosaženou odbornou způsobilost k výkonu povolání sociálního pracov- níka
- účast na akreditovaných kurzech

- odborné stáže
- účast na školicích akcích v rozsahu maximálně 8 hodin

(§ 111 zák. o sociálních službách).

1.3 Role sociálního pracovníka

Práva a povinnosti sociálních pracovníků definuje právní systém, zaměstnavatel a profesní standardy. Sociální pracovník zasahuje do života klientů a odhaluje jejich soukromí. Aby oprávnění zasahovat bylo zákonné, je institucionální rámec velmi důležitý (Matoušek, 2003, s. 45).

Sociální pracovníci jsou ve své profesní roli prostředníky mezi klientem, který z rozličných důvodů potřebuje pomoc, a společností. Pomáhá a podporuje klienta a zároveň se snaží o jeho začlenění zpět do společnosti, jestliže z nějakého důvodu došlo k jeho vyčlenění (Kutnohorská, 2011, s. 72).

Při své profesionální činnosti vykonávají sociální pracovníci množství rolí, jež jsou vzájemně propojeny:

- pečovatel nebo poskytovatel služeb
- zprostředkovatel služeb
- cvičitel (učitel) sociální adaptace
- poradce nebo terapeut
- případový manažer
- manažer pracovní náplně
- personální manažer
- administrátor
- činitel sociálních změn

(Řezníček, 1994, s. 57-58).

Při sociální práci s umírajícími se sociální pracovník zaměřuje na faktickou sociální situaci konkrétní osoby, což je jeho hlavním přínosem pro práci multidisciplinárního týmu. Poskytuje praktickou i emoční pomoc nejen nemocným, ale i osobám, které pečují o terminálně

nemocné. Musí mít přehled o vhodných a dosažitelných službách pro terminálně nemocné a jejich rodiny, musí znát, jaká je nabídka státního i nestátního sektoru. Musí mít takové schopnosti, aby mohl pracovat s lidmi, kteří utrpěli ztrátu (Matoušek, 2005, s. 205).

1.4 Etika v sociální práci

Pojem etika je odvozen od řeckého slova „ethos“, což lze přeložit jako „zvyk, mrav, obyčej“. Etiku dělíme na etiku filozofickou a etiku náboženskou. Je však možné ji dělit podle různých hledisek. Jestliže si člověk, případně společnost, sám vymezí etické zásady, hovoříme o etice autonomní. Pokud jsou etické zásady stanoveny z vnějšku (např. společenskou autoritou), jedná se o etiku heteronomní. Morálními otázkami jedince se zabývá individuální etika a problematikou z hlediska sociálních skupin se zabývá sociální etika. Pro sociální práci je velmi důležitá profesní etika, která aplikuje obecná etická ustanovení na konkrétní profese, k čemuž jí slouží tzv. etický kodex (Jankovský, 2003, s. 22-23). Etika je jednou z významných a dá se říci i ústředních věd pro sociální práci. To však neznamená, že je zainteresovanými (odbornou veřejností, sociálními pracovníky apod.) dostatečně doceněn její význam pro osobitou oblast sociální práce (Šrajer, 2012, s. 82). Matoušek (2003, s. 21) říká, že nejsou přesně definovány hranice, ve kterých se profesní etika pohybuje a je předmětem diskuse, co by se mělo pod tyto hodnoty profese zahrnovat. Ukazuje se však, že je úzký vztah mezi sociální prací, hodnotami, morálkou a etikou.

Profesionální pomoc je specifickou situací, protože pracovník je v ní osobně zaangażován. Neustále se rozhoduje, musí volit mezi možnostmi a přitom nemůže odložit své prožívání. Jediné, co opravdu může určit, je on sám, a proto se stává etika v jeho práci velmi důležitým momentem. Vztahy k sobě obecně zahrnují dvě roviny:

- stejný vztah jako má pracovník k sobě, mívá i ke svým klientům
- takové vztahy, jaké mají pracovníci mezi sebou, mívají i ke klientům

(Úlehla, 1999, s. 113).

Sociální pracovník musí při práci s jednotlivcem, rodinami, skupinami, komunitami a organizacemi nejen eticky hodnotit, vybírat možnosti, ale také eticky rozhodovat. Uvažuje eticky o použití metod sociální práce, sociálně technických opatřeních a administrativně správních postupech a to při sociálním šetření, sběru informací, jednáních, a při svojí profesionální činnosti (Etický kodex, 2004, s. 29).

1.4.1 Etický kodex

Etické rozměry profese souvisí s obecnými principy morálky a morálního jednání. Jsou definovány ve formě etických zásad chování a jsou zakotveny v etických kodexech. Dělí se na mezinárodní a národní. Jsou normou, jež by měla být v zákonnosti s příslušnými právními dokumenty. Kodex skýtá základní rámec, v souladu se kterým by měli profesionálové činit svá vlastní etická rozhodnutí. Sociální pracovníci v České republice mají svůj Etický kodex od roku 1995, kdy ho vydala Společnost sociálních pracovníků (Kutnohorská, 2011, s. 81-84). Pro sociální pracovníky jsou etické zásady jedním ze základních nástrojů, které jsou používány při aplikaci metod sociální práce. Etické principy by měli sociální pracovníci respektovat a měli by je umět aplikovat v praxi (Střelková, 2007, s. 20). Úlehla (1999, s. 114) uvádí, že etiku práce nelze vymezit nějakým kodexem. Podle něj jsou zásady prospěšné k prvnímu seznámení a prvnímu nahlédnutí do problematiky etického hodnocení práce. Etický kodex je užitečný, avšak zjednodušující model.

1.5 Syndrom vyhoření

Na pomáhající profese jsou kladeny poměrně náročné požadavky, které mohou pro některé pracovníky znamenat nepřiměřenou zátěž. Ta může ve spojení s psychickou, emocionální nebo také fyzickou náročností tohoto povolání vést až k úplnému vyčerpání, či tzv. vyhoření.

Jedná se o soubor příznaků, projevujících se ztrátou elánu, radosti ze života, zejména energie a nadšení potřebných při výkonu profese. Dochází k celkové stagnaci až rezignaci. Člověk je frustrován, podrážděný, nedůvěřivý, depresivní, apatický, cynický a celkově vyčerpaný.

Syndrom vyhoření se projevuje:

- tělesným vyčerpáním – chronická únava, celková slabost, náchylnost k nejrůznějším onemocněním, úrazům a selháním
- emocionálním vyčerpáním – pocit bezmoci a beznaděje, převažuje podrážděnost, negativní ladění, typická je celková labilita
- duševním vyčerpáním – negativní postoj k sobě, okolí a zejména k práci

(Jankovský, 2003, s. 158-159).

Jednotliví autoři zabývající se syndromem vyhoření nepohlíží na tento jev jednotně a také ho různě definují. Maroon (2012, s. 25-26) uvádí, že definice mají některé společné prvky a to:

- syndrom vyhoření probíhá individuálně
- jde o vnitřní duševní proces, doprovázený určitými pocity, způsoby chování, motivy a očekáváními
- je negativní zkušeností, která má souvislost s citovým tlakem, nelibostí a narušeným fungováním
- kromě fyzického je popisováno hlavně psychické emocionální vyčerpání po němž následuje pocit lhostejnosti a nedostatek důvěry
- sílí negativní pocity pomáhajícího vůči klientovi, projevující se odosobněním, pohrdavým nebo nepřiměřeným chováním
- pomáhající se vůči sobě a svým výkonům staví negativně, dochází u něho k depresím a vyhýbání se odpovědnosti, přestává být tvořivý a nedokáže si poradit s problémy
- dochází k emocionálnímu napětí i mimo pracoviště, což se odráží na vztazích k rodině a přátelům
- vyhoření je chronické
- nejde o nemoc, ale o nebezpečného činitele pro vznik řady nemocí
- ve vyhoření se odráží problémy jako je individualismus, soutěž a orientace na výkon, úsilí o seberealizaci, hledání smyslu života, ale i odcizení a malá soudržnost rodiny a společenství.

Prevenčí proti syndromu vyhoření je účast na různých antistresových nebo relaxačních programech určených ohroženým profesním skupinám, ale také odreagování se, rozvíjení odborné i zájmové činnosti a dodržování duševní hygieny (Novosad, 2000, s. 95). Syndromu vyhoření je potřeba se bránit i tím, že si člověk nenechá na sebe naložit neúnosné břemeno. Každý se ventiluje nějakým způsobem. Někomu vyhovuje duchovní vedení v osobě stálého zpovědníka nebo člověka, kterému důvěřuje, jinému vyhovuje supervizor (Svatošová, 2012, s. 72-73).

1.5.1 Supervize

S pojmem supervize se v posledních letech setkáváme u profesionálů v různých pomáhajících profesích. Zahrnuje v sobě širokou škálu možností i uplatnění podle toho, jakou formou a kým je poskytována (Kolektiv autorů, 2010, s. 201).

Význam slova „supervize“ pochází z anglického ekonomického prostředí a znamená „dohlížení“, nebo kontrolu. V pomáhajících profesích má však supervize jinou povahu. Nejde o kontrolu či dohled, ale o formu učení v bezpečném, laskavém a tvořivém prostředí, kde v popředí stojí podpůrná funkce. V odborné literatuře najdeme řadu definic supervize. Jednou z nich je definice od Havrdové (cit. podle Hronová, 2009, s.24): *Supervize je organizovaná příležitost k reflexi toho, jak jinak rozumět, jaké zaujímat postoje a jak jednat v situacích s kolegy a klienty, s cílem zvyšovat svou profesionální kompetenci.*

Supervize má svá jasná pravidla a principy:

- etické principy
- věrnost – dodržení slibů
- možnost nápravy – snaha a možnost odčinit eventuální nesprávné jednání
- vděčnost – oplácení jiným, co pro nás udělali dobrého
- spravedlivost – být k jiným spravedlivý, dávat jim rovnou měrou
- altruismus – pracovat pro dobro druhých
- sebezlepšování – pracovat na sobě
- neubližování – snaha neohrožovat druhé

(Michalík, 2008, s. 67).

Existuje několik druhů supervizí: podle role supervizora ji dělíme na supervizi interní nebo externí. Podle toho s kým je supervize prováděna na individuální, skupinovou a týmovou, podle faktoru zaměření je pak supervize případová, rozvojová, poradenská a programová. Podle způsobu práce ji můžeme ještě rozlišit na administrativní, výukovou a podpůrnou. Supervizi lze provádět pravidelně, příležitostně, nebo v krizové situaci. (Hronová, 2009, s. 24-25).

Dobrá supervize dle autora Úlehly (1999, s.118) přispívá k vyjasnění poslání pracoviště a celé organizace, k prevenci syndromu vyhoření, k prevenci zahlcenosti a přepracovanosti, k zvládnání pocitů bezmoci a viny a k účinnějšímu zacházení s vlastními zdroji pracovníků.

2 SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK V AGENDĚ PŘÍSPĚVKU NA PÉČI

Výzkumná část bakalářské práce je zaměřena na sociální pracovníky úřadů práce, kteří vykonávají v celém rozsahu agendu příspěvku na péči včetně prováděných sociálních šetření v přirozeném rodinném prostředí klienta. Z toho důvodu jsme ve druhé části práce zaměřili pozornost právě na legislativní ukotvení příspěvku na péči a popis podmínek nároku na přiznání příspěvku. Následně uvedeme stupně závislosti pečované osoby na pomoci jiné osoby a normativně stanovené výše příspěvku. Na závěr této kapitoly se budeme věnovat popisu samotného sociálního šetření, při kterém dochází k osobní interakci mezi sociálním pracovníkem a klientem. Sociální šetření tvoří základní kámen pro vyhodnocení závislosti klienta na pomoci jiné osoby a odvíjí se od něj přiznání či zamítnutí žádosti o příspěvek na péči.

2.1 Legislativní ukotvení

Příspěvek na péči je ukotven v § 7-31 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o sociálních službách“). Pojetí příspěvku na péči odpovídá tzv. dotaci na hlavu, která se již dříve zaváděla i v jiných evropských státech (Matoušek a kol., 2007, s. 40).

Se zákonem o sociálních službách úzce souvisí Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. V § 1-2c je uveden způsob, jakým mají sociální pracovníci hodnotit schopnosti zvládat základní životní potřeby. Schopnost osoby zvládat základní životní potřeby se proto, aby mohl být stanoven stupeň závislosti, hodnotí podle aktivit, jež jsou pro jednotlivé základní životní potřeby vymezeny v příloze č. 1 této vyhlášky.

2.2 Podmínky nároku na příspěvek na péči

Příspěvek na péči (dále jen „příspěvek“) je poskytován osobám, které jsou závislé na pomoci jiné fyzické osoby. Nárok na něj má osoba, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při zvládnutí základních životních potřeb v míře stanovené stupněm závislosti. Pomoc musí být poskytována buď osobou blízkou nebo asistentem sociální péče, či registrovaným poskytovatelem sociálních služeb, nebo dětským domovem, anebo speciálním lůžkovým zdravotnickým zařízením hospico-

vého typu. Bez nároku na příspěvek jsou osoby mladší jednoho roku. K rozhodování o příspěvku je příslušná krajská pobočka Úřadu práce, která příspěvek zároveň i vyplácí (§ 7 zák. o sociálních službách).

Příspěvek na péči je rozdělen podle věkových kategorií do 4 stupňů závislosti na pomoci jiné osoby:

Stupně závislosti u osob do 18 let věku

- I stupeň (lehká závislost) – potřeba každodenní mimořádné péče z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu při 3 základních životních potřebách,
- II stupeň (středně těžká závislost) – potřeba každodenní mimořádné péče z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu při 4 nebo 5 základních životních potřebách,
- III stupeň (těžká závislost) – potřeba každodenní mimořádné péče z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu při 6 nebo 7 základních životních potřebách,
- IV stupeň (úplná závislost) – potřeba každodenní mimořádné péče z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu při 8 – 10 základních životních potřebách.

U osob starších 18 let věku

- I stupeň (lehká závislost) – každodenní pomoc nebo dohled z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu při 3 nebo 4 základních životních potřebách,
- II stupeň (středně těžká závislost) - každodenní pomoc nebo dohled z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu při 5 nebo 6 základních životních potřebách,
- III stupeň (těžká závislost) - každodenní pomoc nebo dohled z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu při 7 nebo 8 základních životních potřebách,
- IV stupeň (úplná závislost) - každodenní pomoc nebo dohled z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu při 9 nebo 10 základních životních potřebách

(§ 8 zák. o sociálních službách).

Výše příspěvku se odvíjí podle toho, do jakého stupně závislosti je klient zařazen:

Osoby do 18 let věku:

I stupeň (lehká závislost)	3 000,- Kč
II stupeň (středně těžká závislost)	6 000,- Kč
III stupeň (těžká závislost)	9 000,- Kč
IV stupeň (úplná závislost)	12 000,- Kč

Osoby starší 18 let:

I stupeň (lehká závislost)	800,- Kč
II stupeň (středně těžká závislost)	4 000,- Kč
III stupeň (těžká závislost)	8 000,- Kč
IV stupeň (úplná závislost)	12 000,- Kč

(§ 11, odst. 1 a 2 zák. o sociálních službách).

2.3 Sociální šetření

Cílem sociálního šetření, které je prováděno pro účely posuzování stupně závislosti je zjistit, zda je osoba schopna samostatného života v přirozeném prostředí. Přirozeným prostředím žadatele se rozumí např. domácnost, domov pro seniory, domov pro osoby se zdravotním postižením, ale také zdravotnické zařízení lůžkové péče poskytující pobytové sociální služby. Šetření provádí sociální pracovník krajské pobočky Úřadu práce, který musí dbát zákonných legislativních podmínek a postupovat podle příslušné vyhlášky, o které jsme se zmínili již v podkapitole Legislativní ukotvení. Hodnotí se schopnost osoby zvládat základní životní potřeby podle aktivit, které jsou rozděleny do 10 okruhů a to: mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost. Podrobněji se jimi budeme zabývat níže.

U některých žadatelů se sociální šetření provádí i opakovaně a to v souvislosti s tím, jak se zhoršuje jejich zdravotní stav. Sociální pracovník již častokrát dokáže zhodnotit, že se nemocný nachází v terminálním stádiu. V případě, kdy již žadatelé nejsou schopni pohybu ani komunikace a stávají se zcela závislí na pomoci jiných osob je obzvlášť potřeba, aby sociálnímu

šetření byly přítomny pečující osoby, což jsou v domácím prostředí obvykle neblížejší příbuzní, nebo v zařízeních ošetřující personál či sociální pracovník, který je o klientovi informován. Přítomnost blízkých osob působí na každého nemocného velmi pozitivně. Styk s takovýmto klientem nenechává ani sociálního pracovníka emočně chladným. Je to pro něj zátěžová situace, se kterou se musí určitý způsobem vyrovnat.

O provedeném sociálním šetření musí být vyhotoven písemný záznam, do něhož má možnost posuzovaná osoba nahlédnout. Jakmile je provedeno sociální šetření, požádá písemně krajská pobočka Úřadu práce příslušnou okresní správu sociálního zabezpečení o posouzení stupně závislosti. K žádosti je přikládán písemný záznam o sociálním šetření a kopie žádosti o příspěvek. Posudkový lékař okresní správy sociálního zabezpečení vychází při posuzování stupně závislosti ze zdravotního stavu žadatele doloženého nálezem ošetřujícího lékaře, z výsledku sociálního šetření a zjištění potřeb této osoby, případně z výsledků funkčních vyšetření a z výsledku vyšetření, které provede sám posuzující lékař. Okresní správa sociálního zabezpečení vyhotoví posudek, který doručí příslušné krajské pobočce Úřadu práce. V posudku je uvedeno, které základní životní potřeby není schopna osoba zvládat a dále zda se jedná o osobu s úplnou nebo praktickou hluchotou nebo hluchoslepu, pokud tato nezvládá základní životní potřeby v oblasti orientace. Posouzení stupně závislosti je součástí rozhodnutí o přiznání nebo zamítnutí příspěvku, které v písemné vyhotovení obdrží žadatel (§ 25, odst. 1-4 zák. o sociálních službách).

2.3.1 Základní životní potřeby

Jak jsme již zmínili výše, jestliže se posuzuje stupeň závislosti, hodnotí se přitom schopnost žadatele zvládat tyto základní životní potřeby:

- mobilita

hodnotí se, zda osoba zvládne vstát a usednout, vydrží stát, zaujímá polohy, pohybuje se chůzí krok za krokem případně i se zastávkami, v dosahu přinejmenším 200 m i po nerovném povrchu, chůze po schodech nahoru a dolů v rozsahu jednoho patra a zda zvládne používat dopravní prostředky včetně bezbariérových

- orientace

hodnotí se, zda osoba zvládá poznávat a rozeznávat zrakem a sluchem, má přiměřené duševní kompetence, orientuje se v čase, místě i osobách, orientuje se v běžném prostředí a situacích a přiměřeně v nich reaguje

- komunikace

je hodnocena schopnost dorozumět se mluvenou srozumitelnou řečí a psanou zprávou a také jí porozumět, chápat všeobecně používané základní obrazové symboly či zvukové signály, používat obvyklé komunikační prostředky

- stravování

u tohoto úkonu je hodnocena schopnost vybrat si ke konzumaci hotový nápoj a potraviny, nalévání nápoje, porcování stravy, servírování, konzumace a pití, dodržování stanoveného dietního režimu

- oblékání a obouvání

hodnotí se schopnost osoby vybrat si vhodné oblečení a obuv vzhledem k okolnostem, oblékání a obouvání, svlékání a zouvání, manipulace s oblečením v kontextu s denním režimem

- tělesná hygiena

je hodnocena schopnost žadatele použít hygienické zařízení, mýt a osušit si jednotlivé části těla, zvládnout celkovou hygienu, učesat se, provést ústní hygienu a oholit se

- výkon fyziologické potřeby

hodnotí se, zda je osoba schopna včas použít WC, vyprázdnit se, zvládnout očistu, používat hygienické pomůcky

- péče o zdraví

je hodnocena schopnost osoby dodržovat stanovený léčebný režim, provádět určená léčebná a ošetrovatelská opatření a používat k tomu nezbytné léky a pomůcky

- osobní aktivity

hodnotí se, zda je osoba schopna vstupovat do vztahů s ostatními osobami, stanovit si a dodržovat denní program, vykonávat aktivity přiměřené věku a prostředí, jako je např. vzdělávání, zaměstnání, volnočasové aktivity, vyřizování osobních záležitostí

- péče o domácnost

je hodnoceno, zda je osoba schopna nakládat s penězi v rámci osobních příjmů a domácnosti, manipulovat s předměty každodenní potřeby, obstarat si jednoduchý nákup, ovládat běžné domácí spotřebiče, uvařit si teplé jídlo i nápoj, vykonávat obvyklé domácí práce, obsluhovat topení a udržovat pořádek

U posuzované osoby do 18 let věku se schopnost zvládat poslední uvedenou základní životní potřebu nehodnotí (příloha č. 1 vyhl. 505/2006 Sb.).

3 UMÍRÁNÍ A SMRT

Ve třetí části práce popíšeme a objasníme pojmy umírání a smrt, které spolu souvisí a jsou neodmyslitelnou součástí našeho života. Jsou to fenomény, které na nás kladou v individuální rovině značnou zátěž, se kterou je nezbytné se naučit vyrovnávat a zvládat ji. To, že je to nesmírně složité jak v lidské, tak v profesní rovině je známo, avšak k většímu pochopení tohoto nezvratného procesu jsou nápomocny teoretické znalosti. Proto bude třetí kapitola práce věnována procesu umírání včetně jeho fází, potřebám umírajících a modelům samotného umírání. Vymezí, kdo jsou umírající, volně naváže popis paliativní péče a objasní postavení hospiců v naší společnosti včetně poskytujících služeb umírajícím. Závěr této kapitoly bude patřit pojmu smrt a statistickým údajům o umírajících v naší zemi.

Smrtí a fenomény s ní spojenými se zabývá thanatologie. Jedná se o mezioborový vědní obor, na němž spolupracuje filosofie, teologie, medicína, psychologie, sociologie a další (Haškovcová, 2007, s. 178).

3.1 Umírání

V průběhu našeho života ztrácíme přátele, známé, rodinné příslušníky a nakonec k biologickému konci dojdeme také my sami. Smrti se nevyhne nikdo z nás. Od narození všichni spějeme ke stejnému cíli, jímž je smrt.

Již dříve byla smrt běžnou součástí života. Neumíralo se pouze doma, ale často i na ulicích, bez jakékoli pomoci, lidé umírali hladoví a ve špíně. Se smrtí byly srozuměny celé generace, lidé se pozorováním smrti v okolí učili umírat a pomáhali umírajícím. Lidé krátce stonali a rychle umírali. Vzhledem k vysoké dětské a kojenecké úmrtnosti rodiče počítali se smrtí některých svých dětí. Útěchou byla víra v život po smrti, ve kterém již nebudou útrapy, bolest a nemoci (Haškovcová, 2007, s. 24).

V moderním světě většinou lidé umírají v nemocnicích, bez kontaktu s příbuznými a přáteli. Na smrt spousta lidí v dnešním západním světě nenahlíží jako na součást procesu obnovy generací, ale spíše jako na konec života jedinečného „já“. Změna našeho postoje ke smrti je také dána oslabením náboženské víry. Smrt se stává tématem, o kterém se nemluví (Giddens, 1999, s. 57). Umírání a smrt je však tématem, o kterém bychom měli uvažovat, a to jak v rovině lidské, tak i profesionální. Pokud si budeme připomínat, že náš život je ko-

nečný, budeme pak jinak a odpovědněji zacházet s časem, který nám je pro pobyt na tomto světě dán (Haškovcová, 2007, s. 15).

3.2 Pojem umírání

Pojem umírání je v lékařské terminologii synonymem terminálního stavu, jež je definován tak, že *dochází k postupnému a nevratnému selhávání důležitých, vitálních funkcí tkání a orgánů, jehož důsledkem je zánik individua, tj. smrt.* (Haškovcová, 2002, s. 204) A tuto definici dále rozvíjí, že pojem umírání nelze redukovat pouze na terminální stav, ale že je to především proces (Haškovcová, 2002, s. 204-205). Jde o proces zcela individuální a jedinečný, který má různou délku, podobu a je různě prožíván. Jeho konec zůstává osobní zkušeností, které se nemůže zúčastnit nikdo jiný (Kelnarová, 2007, s. 10).

3.2.1 Fáze umírání

Podle některých odborníků lze proces umírání rozdělit na tři období: pre finem, in finem a post finem. První zmiňované období – pre finem začíná tehdy, kdy vyjde najevo, že nemoc určitého člověka je vážná a neslučitelná se životem. Nikdo by neměl zemřít dřív psychicky než fyzicky, a proto je potřeba, aby nemocný bezpečně věděl, že mu kromě lékařské pomoci bude poskytnuta také pomoc psychologická a lidská. Druhé období – in finem je totožné s lékařským pojetím tzv. terminálního stavu. Z hlediska etického se zde rozvíjí dvě problémové oblasti a to ritualizace smrti a problematika eutanázie. Poslední situace, která je nazývána post finem je typická péčí o mrtvé tělo a rovněž zahrnuje péči o pozůstalé (Haškovcová, 2002, s. 205-233).

Lékaři, ale také zdravotní sestry, přicházející do kontaktu s nemocnými a umírajícími pacienty, hovoří o tom, že v posledním úseku života se dá rozlišit několik stádií. Známá jsou stádia, která zveřejnila Dr. Elisabeth Kübler Rossová:

- popírání a izolace
- zlost
- smlouvání
- deprese
- akceptace.

Stádia mohou přicházet jedno po druhém, jak jsou uvedeny, nebo se může stát, že ta, kterými si pacient již prošel, se znovu vracejí. Nemocný nemusí dojít do až do posledního stádia, neboť může zemřít dříve, než se vyrovná s koncem a přijme jej (Křivohlavý, 1995, s. 39-40). Na blížící se smrt reagují lidé různým způsobem. Bouchal (1993 cit. podle Křivohlavý 2002, s. 155) uvádí tyto reakce:

- smíření a vyrovnání (přijetí nevyhnutelného)
- pasivní rezignace (netečnost a nezájem)
- únik do vzpomínek na to, jaké to kdysi bylo
- únik do fantazie a úvah o nesmrtelnosti
- pozitivní kompenzace – snaha o dokončení rozdělaného díla
- negativní forma kompenzace – propadnutí alkoholu, drogám, přejídání, sexuálním výstřelkům apod.

Křivohlavému (1985, cit. podle Křivohlavý, 1995, s. 40-42) je blízký model pěti fází odchodu, zveřejněný Dr. Horowitzem:

- výkřik
- popírání
- intruze
- vyrovnávání
- smíření.

Stádia umírání, jak je popsali Dr. Elisabeth Kübler Rossová a Dr. Horowitz jsou si podobné. Jedná se např. o popírání, které v rozdílném pořadí zmiňují oba autoři. Význam popírání v podání těchto autorů se dá vnímat jako negace. Nemocný považuje onemocnění za omyl, blížící se konec nebere na vědomí a realitu dočasně bere jako neohrožující. Stejně tak se autoři shodují na fázi smíření (akceptace), kdy pacient dokáže svou smrt akceptovat a je tzv. „nad věcí“. Blízké jsou si také zlost, kterou popisuje Rossová jako vztek a zuřivost a uvědomování si nevyřízených záležitostí a Horowitzem uváděný výkřik, znamenající bezprostřední reakce na zjištění nemoci. Za bezprostřední reakce by se jistě dali považovat i zmíněný vztek a zuřivost.

3.2.2 Potřeby umírajících

Pro zajištění kvalitní péče umírajícím, je potřeba znát jejich specifické potřeby. Vcítění se a pochopení těchto potřeb není jednoduché, protože je zapotřebí donutit zdravé lidi, zamyslet se nad smyslem lidské existence a její konečnosti. Obecně se dají potřeby rozdělit na:

- základní životní potřeby - potřeba jídla, vody, kyslíku, bezpečí...
- vyšší životní potřeby - pocit sounáležitosti, radost, pocit pohody...

Maslow popisuje existenci specifických potřeb a seřazuje je do hierarchie potřeb:

- fyziologické potřeby – potrava, teplo, dýchání, vyměšování, rozmnožování, život bez bolesti
- potřeba bezpečí a jistoty – hledání jistoty, uhýbání neznámému, hrozivému
- potřeba lásky a společnosti – patřit někam, k někomu, být přijímán a milován
- potřeba sebeúcty – kladené sebehodnocení i hodnocení ostatních
- potřeba seberealizace – stát se tím, čím se chci stát, naplnit své možnosti růstu a rozvoje

(Misconiová, [online]).

Podle Svatošové (2012, s. 21-23) se potřeby dělí:

- biologické – všechno, co potřebuje nemocné tělo
- psychologické – respektování lidské důstojnosti, pocit bezpečí
- sociální – člověk nežije izolovaně a izolovaně ani nestoná ani neumírá
- potřeby spirituální – člověk má potřebu odpouštět a potřebuje vědět, že mu bylo odpuštěno, ale také je pro něj nezbytné vědět, že jeho život měl smysl

V průběhu nemoci se potřeby mění. Jestliže byly na počátku prioritní potřeby biologické, v závěru jsou častokrát důležitější potřeby spirituální (Svatošová, 2011, s. 21).

3.2.3 Domácí a institucionální model umírání

Umřít doma bylo dlouho a mnoha společnostmi považováno za ideál. Velká část lidí tak umírala až do poloviny dvacátého století (Davies, 2007, s. 75). Současný člověk nemá

v oblasti umírání takové znalosti, jako měli lidé dříve. Schází mu praktická zdatnost a zpravidla je přesvědčen o tom, že péče o umírající patří výhradně do pravomoci profesionálních zdravotníků (Haškovcová, 2007, s. 29).

Vývoj institucionálního modelu umírání byl postupný. Nemocní byli obvykle umístováni v azylových domech – chorobincích, později ve zdravotnických zařízeních – špitálech, nemocnicích. Umírajícím nebyla věnována ze strany odborného ošetrovatelství zvláštní pozornost (Haškovcová, 2007, s. 30). V nemocnicích, k jejichž velkému rozvoji došlo obzvláště v tomto století, se dostává nemocným nejlepší profesionální péče. Je to obzvláště v případech, kdy pacient potřebuje razantní akutní a časově omezenou léčbu, díky které se navrátí stav plnohodnotného zdraví. Pokud však pacient potřebuje péči ve sféře duševních, duchovních a sociálních potřeb, je tento systém péče zřetelně omezený. Těm, kteří umírají je poskytnut léčebný, ošetrovatelský a sociální komfort, ovšem není obvykle čas na uskutečnění psychických a duchovních potřeb (Vorlíček, 2004, s. 438-439). Člověk umírá sám za bílou zástěnou nebo v pokoji mezi dalšími pacienty, opečováván profesionálními zdravotníky a pro něj vlastně cizími lidmi (Haškovcová, 2007, s. 31).

Několik století umírali lidé většinou doma, ve své rodině. Pozitivem byla emotivní podpora umírajících a svůj význam měl určitý rituál umírání. Péče o umírající byla především laická, neexistovala kvalitní ošetrovatelská péče a nevýhodou domácího modelu umírání byly zejména velmi omezené možnosti odborné pomoci. Jako perspektivní se jeví jakýkoli systém, který kombinuje pozitiva domácího i institucionalizovaného modelu a respektuje moderní styl života i dlouholetou tabuizaci toho, co je spojeno s lidskou konečností. Buď setrvává umírající v nemocnici a na péči bude spolupracovat rodina, nebo se vrátí domů a rodině pomohou profesionálové (Vorlíček, 2004, s. 437-440).

3.2.4 Doprovázení umírajících

Člověk ve svém životě potřebuje někoho, s kým může prožívat chvíle, kdy je nahoře, ale také dole. Tím víc v době nemoci, kdy je mu zle a je sevřený úzkostí a bolestí. O takovém člověku, který je pacientovi ze všech nejbližší, mluví klinická psychologie jako o doprovázeči (Křivohlavý, 1989, s. 74-75).

Ve své knize autorka Vávrová (2012, s. 65) uvádí, že současná odborná literatura spojuje problematiku doprovázení pouze s doprovázením umírajících. Taková redukce ale není správná. Ba právě naopak bychom měli tento čistě lidský jev prohlubovat a rozšiřovat na

další situace, které sami nejsme schopni zvládat a k nimž potřebujeme podporu jiných lidí. Pojem doprovázení definuje jako *přítomnost druhých lidí v našem každodenním životě, a to po celou dobu našeho životního cyklu*. (Vávrová, 2012, s. 66)

Podle autora Pery (1996, s. 130) doprovázení znamená, že u umírajícího setrváme, pokud jeho tělo bude potřebovat pomoc, budeme si všímat, zda jeho duše vyžaduje útěchu, budeme u něj, když bude potřebovat radu a pomoc v praktických otázkách jeho života a hlavně mu budeme naslouchat. Těžce nemocný člověk nemusí prožívat konec života sám a stísněně a není odkázán pouze sám na sebe.

Jestliže je doprovázení uskutečňováno blízkými osobami, které k tomu nezískaly žádné speciální vzdělání, hovoříme o laickém doprovázení. Profesionální doprovázení provádí na rozdíl od laického odborník, který má odpovídající vzdělání v některé z pomáhajících profesí. Proces doprovázení v sobě zahrnuje složky, které dělíme na poradenství, podporu a nezbytnou pomoc. Tyto mají efektivní vliv především v oblasti profesionálního doprovázení (Vávrová, 2012, s. 66-67).

Základní členění doprovázení je možno dělit podle:

- subjektu – laické a profesionální
- délky – krátkodobé, dlouhodobé a trvalé
- zacílení – cílené a bezděčné
- intenzity – intenzivní (účinné) a neintenzivní (neúčinné)
- situace – výchovně vzdělávací, sociální, zdravotnické apod.
- stadia života – preprimární, primární, sekundární, terciární, terminální apod.
- prostředí – přirozené probíhající v přirozeném sociálním prostředí objektu doprovázení a institucionalizované probíhající uvnitř instituce

(Vávrová, 2012, s. 69).

Autorka Svatošová (2011, s. 116) uvádí, že *doprovázení umírajících ubere kus sil, ale přidá kus moudrosti a zralosti*. K tomu dodává Kübler-Rossová (cit. podle Svatošová, 2011, s. 116), že od umírajících se učíme poznávat skutečné hodnoty života. Pokud bychom měli možnost dosáhnout stadia přijetí už v mládí, náš život by byl smysluplnější, radovali bychom se z maličkostí a měli bychom i odlišný žebříček hodnot.

3.3 Paliativní péče

Paliativní péče je aktivní péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stadiu. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání a udržet co nejvyšší kvalitu života. (Sláma, 2007, s. 25) Podle Světové zdravotnické organizace je paliativní medicína léčba a péče o nemocné, jejichž choroba nereaguje na kurativní léčbu (Haškovcová, 2007, s. 37).

Paliativní péče by měla být obecně dosažitelná. Měli by na ni mít nárok všichni lidé, u kterých se předpokládá, že jejich úmrtí nelze odvrátit. Jedná se především o onkologicky nemocné, lidi v konečných fázích nenádorových onemocnění, hlavně orgánová selhání - srdeční, respirační, jaterní, ledvinné a také lidé v dlouhodobě nepříznivém a zásadně nezlepšitelném, zhoršujícím se stavu, u kterého je nejistá časová prognóza - pokročilá stádia syndromu demence, neurodegenerativní onemocnění, myopatií apod. (Kalvach a kol., [online]). V lednu letošního roku předložila Česká společnost paliativní medicíny široké veřejnosti Standardy paliativní péče, které jsou pojímány jako popis cílového stavu o nějž je nutné se v péči o nevléčitelně nemocné snažit. Cílem je rozvoj, podpora a usnadnění realizace paliativní péče u nevléčitelně nemocných osob během péče, ve všech zařízeních zdravotního systému (Sláma, Špinková a Kabelka, [online]).

Dobrou klinickou péči o pacienta v pokročilém stádiu onemocnění nazýváme obecnou paliativní péčí. Zahrnuje se do ní dobrá komunikace s pacientem a rodinou, zaměření léčby na kvalitu života, účinná léčba symptomů a psychosociální podpora. Měli by ji umět poskytnout lékaři všech odborností v rámci své klinické práce (Sláma, 2007, s. 30). Tato forma péče by se měla poskytovat v místech, kde jsou přítomni umírající lidé a pokud jsou pro to splněny základní podmínky tak tam, kde touží být tito lidé ošetřováni. Jedná se o:

- paliativní péči v domácím prostředí, kde se kromě rodiny na péči podílí mobilní hospice a agentury domácí péče
- paliativní péči v pobytových zařízeních – např. v domovech pro seniory
- paliativní péči v lůžkových zdravotnických zařízeních, jako např. v hospicích, nemocnicích a zařízeních tzv. následné péče – léčebny dlouhodobě nemocných, psychiatrické léčebny apod.

(Kalvach a kol., [online]).

Tým odborníků se specializovaným vzděláním v oblasti paliativní péče, disponující nezbytnými zkušenostmi, poskytuje pacientům a rodinám specializovanou paliativní péči. Působí tam, kde pacient a jeho rodina mají potíže, které převyšují možnosti poskytovatelů obecné paliativní péče (Sláma, 2007, s. 30-31). Paliativní medicína není všemocná a má své hranice. Je však pilířem, na kterém stojí celá hospicová péče (Vorlíček, 2004, s. 452).

3.4 Hospic

Anglický výraz hospic, znamenající útulek či útočiště, byl prvotně užíván ve středověku pro tzv. domy odpočinku. Středověký hospic skýtal v základní úrovni vše, co je možné moderní terminologií nazvat bio-psycho-sociálním a spirituálním komfortem. Až v druhé polovině 20. století, v souvislosti s rozvojem medicíny, jež nebyla schopna potřeby umírajících uspokojit, nastal osudný rozvoj zařízení pro umírající. Hlavní představitelkou hospicového hnutí se stala Angličanka Cicely Saundersová, která stanula v čele prvního hospice moderního typu s názvem St Christopher's Hospice, otevřeného v roce 1967. V Čechách vznikl první hospic zásluhou lékařky Marie Svatošové. Byl vybudován v Červeném Kostelci, nese název Hospic Anežky České a byl otevřen v prosinci roku 1995 (Haškovcová, 2007, s. 45-47). *Myšlenka hospice vychází z úcty k životu a z úcty k člověku jako jedinečné, neopakovatelné bytosti.* (Svatošová, 2011, s. 115) Cítí autonomii nemocného a jeho osobité právo se rozhodnout. V hospici je pacientovi poskytována paliativní léčba a péče a zároveň jsou uspokojovány jeho potřeby psychické, sociální a spirituální (Vorlíček, 2004, s. 511).

Hospic zaručuje, že:

- pacient nebude trpět nesnesitelnou bolestí
- v každém případě bude respektována jeho lidská důstojnost
- v posledních chvílích života nezůstane osamocen.

Jde zde především o kvalitu života nemocného a to až do konce, do jeho posledního vydechnutí (Svatošová, 2011, s. 115). Podle Studenta (2006, s. 93) jde v podstatě o poskytnutí možnosti zemřít v klidu a bezpečí.

Pro přijetí do hospice je indikován pacient, který splňuje tyto podmínky:

- postupující choroba ho ohrožuje na životě
- potřebuje paliativní, zejména symptomatickou léčbu a péči

- momentálně není nutná jeho hospitalizace v nemocnici
- nestačí nebo není u něho možná péče domácí

(Svatošová, [online]).

3.4.1 Formy hospicové péče

Autor Student (2006, s. 93) říká, že hospicová práce potřebuje kromě jiného kreativitu a další vývoj a musí být stále znovu „vynalézána“. Není pak podstatné, jak se nazývají jednotlivé útvary, zda ambulantní hospicová služba, stacionární hospic, paliativní oddělení nebo přemostující péče.

Lékařka Svatošová (2011, s. 118-120) rozděluje hospicovou péči na tři základní formy a to: domácí, stacionární a lůžkovou hospicovou péči.

Domácí hospicová péče

Domácí hospicová péče se jeví pro pacienta obvykle jako ideální, ne vždy je však dostatečnou. Nepřítomnost rodinného zázemí, odbornosti, vyčerpání pečujících osob, malé bytové prostory apod. mohou být důvodem k neposkytnutí domácí péče (Svatošová, 2011, s. 118–119). Těm rodinám, které se chtějí o těžce nemocného postarat, je nutné poskytnout psychickou podporu, ale i faktickou pomoc. Některé ošetrovatelské úkony jsou členové rodiny schopni se naučit, jiné je potřeba zajistit zdravotníky. V odborné terminologii pak rozlišujeme domácí pečovatelskou péči realizovanou laiky – home help a domácí ošetrovatelskou péči, kterou provádí profesionálové – home care (Haškovcová, 2007, s. 58-59).

Stacionární hospicová péče

Stacionární hospicová péče oddaluje hospitalizaci a nemocný může pobývat v domácím prostředí. Péče v hospicovém stacionáři trvá několik hodin, obvykle jeden den (Haškovcová, 2007, s. 58). Setkávají se zde lidé, které jejich onemocnění izolovalo od sociálních vztahů a běžných aktivit a kteří jsou v podobné situaci (Student, 2006, s. 98). Protože jsou zde pacienti přijímáni ráno a odpoledne či k večeru se vrací domů, je tento typ péče vhodný výhradně pro nemocné v místě hospice nebo z blízkého okolí (Svatošová, 2011, s. 119).

Lůžková hospicová péče

Do lůžkového hospice jsou přijímáni lidé trpící nevléčitelným onemocněním, jež nelze zastavit a v blízké době dnů nebo týdnů dojde ke smrti. Ne vždy však musí být pro umírající „konečnou stanicí“. Je možné zde zůstat do doby, než dojde k takovému zmenšení potíží, že mohou být opět opatrováni doma (Student, 2006, s. 96). Přestože v zahraničí bývá častokrát uváděn časový limit pro přijetí do hospice, podle českých odborníků, pracujících v hospicích je toto měřítko příliš tvrdé a může v člověku vyvolat negativní pocity. Je proto u nás ustáleno kritérium, kdy znakem pro přijetí je stav, kdy nestačí 3 návštěvy nebo 2 hodiny práce sestry v domácí péči. Hospicové zařízení obsahuje obvykle malou lůžkovou část do 25 lůžek. Jsou zde povoleny návštěvy po celý rok, 7 dnů v týdnu a je možná taktéž stálá přítomnost jednoho z příbuzných. Vzhledem k tomu, že je v hospici věnována zvláštní pozornost paliativní ošetrovatelské péči, nalézá se zde velké množství kvalitních pomůcek (Haškovcová, 2007, s. 50-51). Lůžkové hospice mají v rámci zdravotnického systému statut nestátních zdravotnických zařízení. Na jejich existenci mají zásluhu katolická Charita nebo občanská sdružení (Student, 2006, s. 8).

3.5 Smrt

Smrt člověka nepatří mezi oblíbená témata a většina lidí se snaží debatám o ní vyhnout. Lidé se nezajímají o podstatu smrti ale spíše o to, jak ji co nejvíce oddálit. Smrt je v lidském životě nezpochybnitelná, ale také záhadná. Jakmile člověk procesem umírání jednou projde, nemůže již o něm podat zprávu. Péči, která mu byla poskytnuta, nemůže již hodnotit, ani nemůže navrhnout prostředky, jakými by se dala zlepšit (Payne, 2007, s. 201).

Naši předkové považovali smrt za každodenní realitu, uměli s ní zacházet a měli vytvořeny rituály a mechanismy jak s ní nakládat, aby nezraňovala a nepřinášela pozůstalým další patologické změny (Marková, 2010, s. 16). Smrt byla chápána jako významný předěl mezi krátkým a těžkým pozemským životem a rajským životem věčným. V dnešní době je smrt považována za selhání techniky a lékařů. Je vnímána jako nutný jev, který nepatří do světa, jenž je ovládán vědou a technikou. Smrt je skrývána a není vhodné o ní mluvit. Alespoň ne do doby, než zemře člen rodiny nebo některý z blízkých přátel. Tehdy již není možné ji zakrývat a je potřeba se s ní vyrovnat. Medicína se snaží do poslední chvíle smrt odvrátit. Její zásah bývá ale často diskutabilní, neboť častokrát v dobrém úmyslu nenechá člověka v klidu a důstojně zemřít. Důsledkem uplatňování postupů medicíny ve stavu, kdy potřeby

umírajícího vyžadují paliativní přístup, je dystanázie neboli zadržaná smrt (Haškovcová, 2007, s. 22-23). Oddalovat smrt je podle Haškovcové (2007, s. 32) ušlechtilý a hodnotný čin. Projevem lidské i profesionální neodpovědnosti však je, jestliže není brána na vědomí konečnost lidského osudu.

Smrt je jedinečná událost a každý umírá svou vlastní smrtí. (Haškovcová, 2007, s. 79)

Podle rychlosti skonu rozlišujeme smrt náhlou, rychlou a pomalou. Podle věku ve kterém přichází pak předčasnou nebo přiměřenou. Jestliže si člověk způsobí smrt sám a neúmyslně, hovoříme o sebezabití, pokud úmyslně, mluvíme o sebevraždě (Haškovcová, 2007, s. 90). Ve většině odborných knih se píše o smrti jako o jasném bodu zlomu mezi dobou, kdy je člověk naživu a dobou, kdy je mrtvý (Payne, 2007, s. 459). Podle Haškovcové (2007, s. 89-96) je smrt individuální zánik organismu, tedy i člověka. V praxi je nejčastěji shledávána smrt jako nevratná zástava srdeční činnosti.

Světová zdravotnická organizace stanovila od roku 1968 jako závazné kritérium smrti, biologickou smrt mozku (Baštecká, 2003, cit. podle Kelnarová, 2007, s. 12). V případě mozkové smrti standardní EEG ukazuje, že již nefungují nejdůležitější složky mozku (Rinpoče, 1996, cit. podle Kelnarová, 2007, s. 12).

Lidé si většinou přejí zemřít pokojnou smrtí. Jestliže ale byly naše životy plné násilí, strachu a hněvu, nelze v pokojnou smrt doufat. Chceme-li ale umírat dobře, je potřeba se naučit, jak dobře žít a ve své mysli i způsobu života pěstovat mír (Kelnarová, 2007, s. 28).

3.5.1 Smrt jako krize

Umírající i jeho rodina vidí závěr života jako těžce zvládnutelnou krizi. V tomto období je umírající ohrožen jak fyzicky, tak i psychicky a do mezní situace se dostávají také jeho příbuzní. Aby takováto krize byla zvládnuta, je podmínkou reálné stanovení cílů se zřetelem na to, co se velmi pravděpodobně přihodí. Proces umírání by měl být sociálním aktem za projevení solidarity všech, kteří se ho účastní (Haškovcová, 2007, s. 29).

Za nejtěžší ztrátu, jež nás může zasáhnout, je smrt blízkého člověka. Pozůstalí trpí pocitem, že se jim zhroutil svět a jejich život již nemá smysl. Znamená to, že prožívají krizi. Přirozeným způsobem zpracovávání ztráty je truchlení. Projevuje se přívalem různých emocí, somatickými problémy, identifikací se zemřelým, vyhýbáním se sociálním kontaktům apod. K tomu, aby se pozůstalí se zármutkem dokázali vyrovnat, je potřeba jim pomo-

ci a podpořit je. To by primárně měla udělat jejich rodina, přátelé, příbuzní a známí. Protože však tyto zdroje sociální podpory selhávají, hledají truchlící podporu i jinde, například u krizového intervenanta. (Špatenková, 2011, s. 69-74). Profesionální pomoc pozůstalým může mít také jiné formy, jako jsou doprovázení, vzdělávání, konzultační činnost, poradenství a terapie (Úlehla, 1996; Novosad, 2000 in Špatenková, 2008, s. 13-14).

3.6 Statistika o umírajících v ČR

Podle statistiky Českého statistického úřadu v roce 2011 zemřelo 106,8 tisíce osob, tedy stejně jako v roce předcházejícím. Umírají převážně osoby starší, ale rozložení zemřelých podle věku se liší v závislosti na pohlaví. Ve všech věkových skupinách je vyšší úmrtnost mužů než žen stejného věku. Mezi zemřelými převažuje věk 65 let a více. V příčinách úmrtí již dlouhou dobu převládají nemoci oběhového systému, jež jsou základní příčinou smrti u více než poloviny zemřelých. V uvedeném roce zemřelo 52,7 tisíce osob na některou z nemocí oběhového systému. Jako další nejčastější příčina úmrtí jsou uváděny novotvary. Umírá na ně přibližně jedna čtvrtina osob. V roce 2011 na ně zemřelo 27,5 tisíc osob. V období mezi rokem 2001 a 2011 se snížila úmrtnost mužů i žen o jednu pětinu. Již od roku 2007 je také zjišťováno místo úmrtí. Toto je rozdělováno do sedmi kategorií: doma, v nemocnici, léčebném ústavu, na ulici nebo veřejném místě, při převozu, v sociálním zařízení a ostatní. Nejčastějším místem úmrtí byla v roce 2011 nemocnice, kde zemřelo 62,9 tisíce osob, což je 58,9 % zemřelých. V tomtéž roce zemřela pětina osob, tj. 22,0 tisíce doma. 9,8 tisíce, tj. 9,1 % v léčebném ústavu a dále pak 6,4 tisíce, což činí 6 % v sociálním zařízení (Vývoj obyvatelstva České republiky v roce 2011, [online]).

Agentura STEM/MARK se v létě roku 2011 ve svém výzkumu veřejného mínění zabývala postojem veřejnosti i odborníků ve vztahu k péči o umírající. Na tomto výzkumu spolupracovalo i hospicové občanské sdružení Cesta domů. Kromě jiného bylo zjištěno, že 78 % lidí chce umírat doma a jako nejlepší místo pro umírající pacienty označili taktéž zdravotníci domácí prostředí. Až do konce je ochotno o své blízké pečovat 88 % populace. Rodinu by si na konci života vedle sebe přálo mít 69 % lidí, partnera 45 % a pouze 5 % zdravotníky (Tisková zpráva k výzkumu veřejného mínění, [online]).

3.7 Postoje pracovníků pomáhajících profesí ke smrti a umírání

Postoje se pokusilo definovat mnoho autorů. Například Eagly a Chaiken (cit. podle Výrost a Slaměník, 2008, s. 127) charakterizují postoj jako psychologickou tendenci projevující se v hodnocení konkrétní entity s určitým stupněm upřednostňování nebo odmítání.

Definice, jež zformulovali Krech Crutchfield a Ballachey (cit. podle Hayesová, 1998, s. 95) říká, že: *Postoje jsou stabilní systémy pozitivního nebo negativního hodnocení, emočních pocitů a technik jednání týkajících se sociálních cílů.*

Pro celkový vývoj postoje jsou důležité 3 dimenze a to:

- kognitivní – týkající se názorů a myšlenek osob k předmětu postoje
- emocionální – týkající se emocí nebo emocionálních reakcí
- konativní – tendence k chování či jednání

(Hayesová, 1998, s. 96).

Marková (2010, s. 29) se domnívá, že vztah člověka ke smrti se vyvíjí v čase a je ovlivněn několika okolnostmi. Velmi důležitý je příklad rodičů a dalších pro nás významných osob, se kterými se v životě setkáváme. Výrazně ovlivňuje také fakt, jak k setkávání se smrtí dochází – zda je setkání reálné, nebo pouze zprostředkované. Jestliže zemře někdo blízký nebo známý, skutečnost smrti si uvědomujeme a máme možnost k ní zaujmout určitý postoj.

Postoj ke smrti je ovlivněn také místem úmrtí. Zatímco dříve lidé trávili většinou poslední dny života doma, v blízkosti svých nejbližších, dnes nemocní umírají nejčastěji v nemocnicích, domovech pro seniory apod. (Šumberová, 2011, s. 101).

Je nutné, aby si profesionálové, kteří se setkávají se smrtí, zvolili správný rozsah angažovanosti a míru optimálního odstupu. Každý člověk má totiž tyto hranice nastaveny jinak a uvědomuje si je postupně (Marková, 2010, s. 32).

Podle Vávrové a Polepilové je potřeba formovat postoje pracovníků pomáhajících profesí ke smrti a umírání již v průběhu jejich profesní přípravy, což by znamenalo změnu chování k přestárlým, nemocným a umírajícím. Při vzdělávání pracovníků pomáhajících profesí v oblasti umírání a smrti by nemělo dojít pouze k předávání teoretických poznatků a vědomostí, ale mělo by jít o komplexní vzdělávací cyklus, během kterého jsou formulovány

postoje účastníků k základním ontologickým otázkám. Vzdělávání by mělo odtabuizovat téma smrti a přijetí faktu konečnosti života jako přirozené součásti života. Během vzdělávání by se u studentů měly rozvíjet emoční kompetence (Vávrová, Polepilová, 2010, s. 71).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 VÝZKUMNÁ ČÁST

V následující kapitole bude představen výzkumný cíl práce, hlavní a dílčí výzkumné otázky, informace o provedeném předvýzkumu, zvolené výzkumné metodě a výzkumném vzorku.

4.1 Výzkumný cíl

Cílem předložené bakalářské práce je zjistit, jaká je připravenost sociálních pracovníků na úřadech práce ve Zlínském kraji, vykonávajících agendu příspěvku na péči, při doprovázení umírajících klientů.

4.2 Výzkumné otázky

Aby bylo dosaženo výzkumného cíle, byla stanovena hlavní výzkumná otázka:

Jsou sociální pracovníci úřadů práce ve Zlínském kraji, vykonávající agendu příspěvku na péči, připraveni zvládat psychicky náročnou práci s umírajícími?

Dílčí výzkumné otázky:

1. Jsou sociální pracovníci úřadů práce ve Zlínském kraji vykonávající agendu příspěvku na péči v rámci jejich studia profesně připravováni na setkávání se při výkonu povolání s umíráním, smrtí a doprovázením umírajících?
2. Považují sociální pracovníci úřadů práce ve Zlínském kraji vykonávající agendu příspěvku na péči za důležité mít znalosti z thanatologie?
3. Vytváří v současné době zaměstnavatelé pro sociální pracovníky úřadů práce ve Zlínském kraji vykonávající agendu příspěvku na péči adekvátní podmínky pro jejich průběžné vzdělávání s cílem psychické podpory?
4. Jsou sociální pracovníci úřadů práce ve Zlínském kraji vykonávající agendu příspěvku na péči připraveni v osobní rovině zvládat dopady z prováděných sociálních šetření s klienty v jejich terminálním stádiu života?

4.3 Předvýzkum

Předvýzkum se uskutečňuje na malém vzorku respondentů. Jeho cílem je zjistit, jestli výzkumný nástroj funguje a jak. Výzkumník si ověří, zda zkoumané osoby rozuměly daným pokynům a otázkám v dotazníku, zda jsou ochotny se výzkumu účastnit a dotazník vyplnit, zda se dá práce v terénu časově zvládnout a sesbírané údaje se dají správně vyhodnotit (Gavora, 2000, s. 69). Jestliže je předvýzkum důkladně proveden, je menší riziko, že dotazníkové šetření bude neúspěšné (Chráška, 2007, s. 175).

Před provedením dotazníkového šetření u výzkumného vzorku byl proveden předvýzkum. Bylo osloveno 6 sociálních pracovníc, které vykonávaly agendu příspěvku na péči před sociální reformou, tedy před rokem 2012. Bylo zjištěno, že jednotlivým položkám v dotazníku rozuměly a nebylo potřeba je měnit.

Po provedeném předvýzkumu byl dotazník nastaven přes službu Google Documents na adrese:

<https://docs.google.com/forms/d/1HTZYDkoa6t-wIfg3tiTuGjazBh4yzmJ94Wyjkms4WsI/viewform?pli=1>

Vlastní výzkum viz kapitola 5.

4.4 Výzkumná metoda

Pro uvedené výzkumné šetření byl zvolen kvantitativní výzkum formou dotazníkového šetření. Gavora (2000, s. 99) říká, že dotazník je *způsob písemného kladení otázek a získávání písemných odpovědí*. Jeho výhodou je, že umožňuje docela rychlé a ekonomické shromažďování dat od značného počtu respondentů (Chráška, 2007, s. 164).

Byl použit dotazník vlastní konstrukce, skládající se z 21 otázek. V úvodu dotazníku byl respondent obeznámen s účelem výzkumu. V emailu adresovaném sociálním pracovníkům byly uvedeny pokyny k jeho vyplnění.

Otázky v dotazníku byly použity většinou uzavřené, kdy respondent vybíral z předem připravených odpovědí. Pouze dvě otázky byly otevřené a to ty, kdy byli respondenti dotazováni na předmět, se kterým se setkali v rámci studia a jehož náplní byla thanatologie či podobně zaměřený předmět a při dotazování se respondentů, s kým mají potřebu sdílet prožitky s umírajícími.

4.5 Výzkumný vzorek

Pro tento výzkum byli vybráni sociální pracovníci úřadů práce ve Zlínském kraji (dále jen sociální pracovníci), kteří vykonávají agendu příspěvku na péči. Jedná se o výběr záměrný.

Podle Chrásky (2007, s. 20) není možné zkoumat všechny jedince či situace, co nás zajímají. To, co jsme zjistili, obvykle opíráme jen o znalost určitého vzorku.

Záměrný výběr se uskutečňuje na základě určení relevantních znaků, tj. těch znaků základního souboru, které jsou důležité pro dané zkoumání. (Gavora, 2000, s. 64)

5 ANALÝZA A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT

Vlastní výzkum proběhl v měsíci březnu 2013. Po předchozím telefonickém souhlasu vedoucích kontaktních pracovišť, oddělení nebo vedoucích referátů Úřadů práce ve Zlínském kraji byl rozeslán dotazník na emailové adresy pracovníků. Celkem bylo osloveno 59 osob, vráceno bylo 45 dotazníků. Tři dotazníky byly ze zpracování vyřazeny, neboť obsahovaly dvě odpovědi na jednu otázku.

Získaná data byla pro lepší přehlednost a názornost vložena do tabulky v programu Microsoft Excel. Poté byly sestaveny grafy a nakonec byly odpovědi respondentů slovně vyhodnoceny.

5.1 Vyhodnocení dotazníků

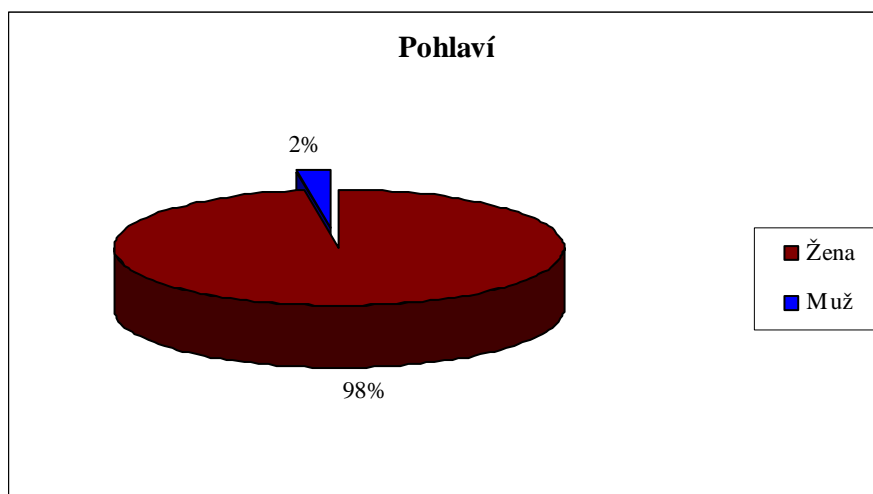
Vyhodnocení otázky č. 1

Tabulka č. 1 - Pohlaví

Pohlaví	AČ	RČ
Žena	41	98%
Muž	1	2%
CELKEM	42	100%

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 1



Zdroj: vlastní výzkum

Z uvedené tabulky č. 1 a grafu č. 1 vyplývá, že ze 42 sociálních pracovníků, kteří se zúčastnili výzkumu, bylo 41 žen (98%) a pouze 1 muž (2%). Je patrné, že na Úřadech práce Zlínského kraje vykonávají agendu příspěvku na péči převážně ženy. O tom, co je příčinou

tak nízkého počtu mužů na místech sociálních pracovníků, by se dalo polemizovat. Kromě platových podmínek, které jistě sehrávají velkou roli pro počet mužů zastoupených v této profesi, se nepochybně odráží i to, že ženy jsou mnohem citlivější a mají v sobě zakořeněný pud starat se o ostatní. Můžeme to pozorovat již na malých dívkách, když se starají o své panenky.

Z důvodu, že počet mužů, kteří se do výzkumu zapojili je zanedbatelný, bylo upuštěno od provedení vyhodnocení v závislosti na pohlaví.

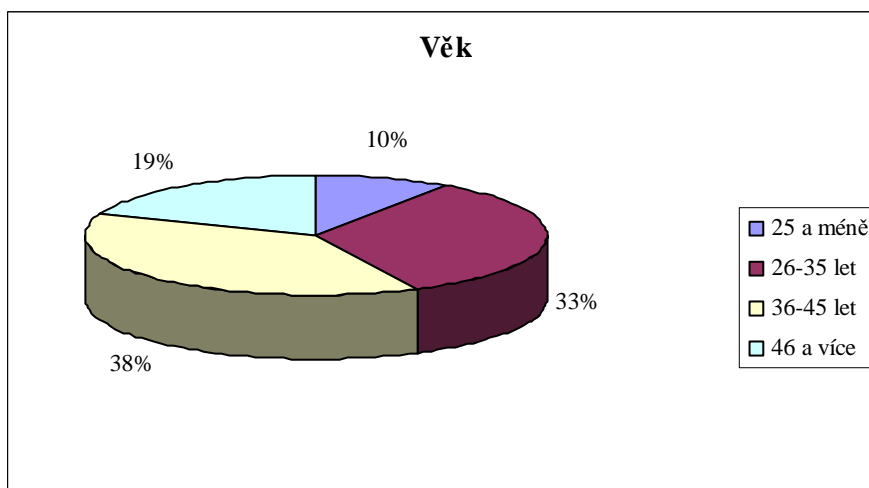
Vyhodnocení otázky č. 2

Tabulka č. 2 - Věk

Věk	AČ	RČ
25 a méně	4	10%
26-35 let	14	33%
36-45 let	16	38%
46 a více	8	19%
CELKEM	42	100%

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 2



Zdroj: vlastní výzkum

Na dotazníkovém šetření se nejvíce podíleli sociální pracovníci ve věku 36-45 let (38%). Relativně velkou část tvořili pracovníci ve věku 26-35 let (33%). Další skupinu tvořili sociální pracovníci ve věku 46 a více let (19%) a poslední, nejmenší skupinu respondenti ve věku 25 let a méně (10%).

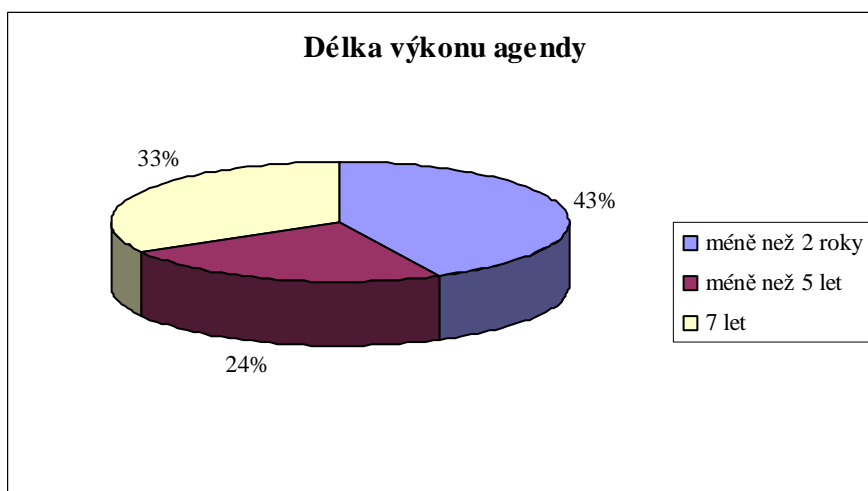
Vyhodnocení otázky č. 3

Tabulka č. 3 – Délka výkonu agendy

Praxe	AČ	RČ
Méně než 2 roky	18	43%
Méně než 5 let	10	24%
7 let	14	33%
CELKEM	42	100%

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 3



Zdroj: vlastní výzkum

Agenda příspěvku na péči existuje sedmým rokem. Po celou tuto dobu ji vykonává 14 (33%) z celkového počtu respondentů. Méně než 5 let ji vykonává 10 (24%) sociálních pracovníků. Největší počet respondentů a to 18 (43%), vykonává tuto agendu méně než 2 roky.

Další otázky v rámci dotazníku a jejich vyhodnocení se vztahuje k následující výzkumné otázce. Ke zjištění odpovědi na uvedenou dílčí výzkumnou otázku sloužily v dotazníku položky, uvedené pod číslem 4-7.

Výzkumná otázka č. 1:

Jsou sociální pracovníci úřadů práce ve Zlínském kraji vykonávající agendu příspěvku na péči v rámci jejich studia profesně připravováni na setkávání se při výkonu povolání s umíráním, smrtí a doprovázením umírajících?

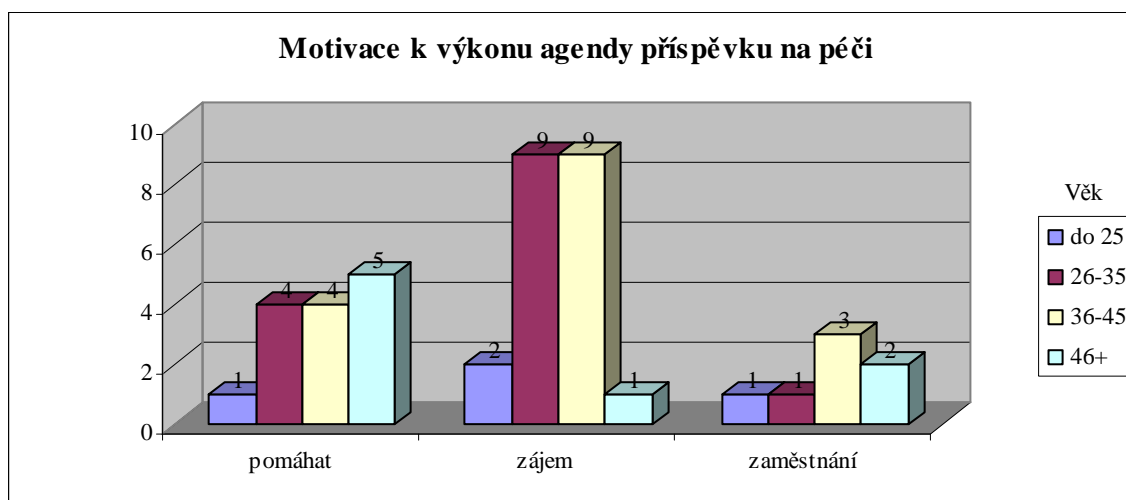
Vyhodnocení otázky č. 4 ve vztahu k otázce č. 2

Tabulka č. 4 – Motivace k výkonu agendy příspěvku na péči v závislosti na věku

Motivace	do 25	26-35	36-45	46+	Celkem	
	AČ	AČ	AČ	AČ	AČ	RČ
pomáhat druhým	1	4	4	5	14	33%
zájem o obor	2	9	9	1	21	50%
potřeba zaměstnání	1	1	3	2	7	17%
celkem	4	14	16	8	42	100%

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 4



Zdroj: vlastní výzkum

Celkem 14 respondentů (33%), z nichž nejvíce (5) bylo ve věkové kategorii 46 let a více odpovědělo, že motivem k výkonu agendy příspěvku na péči byl důvod, že chtěli pomáhat druhým. Zájem o obor mělo 21 sociálních pracovníků (50%). 7 respondentů (17%) vykonává agendu příspěvku na péči z důvodu, že potřebují být zaměstnání.

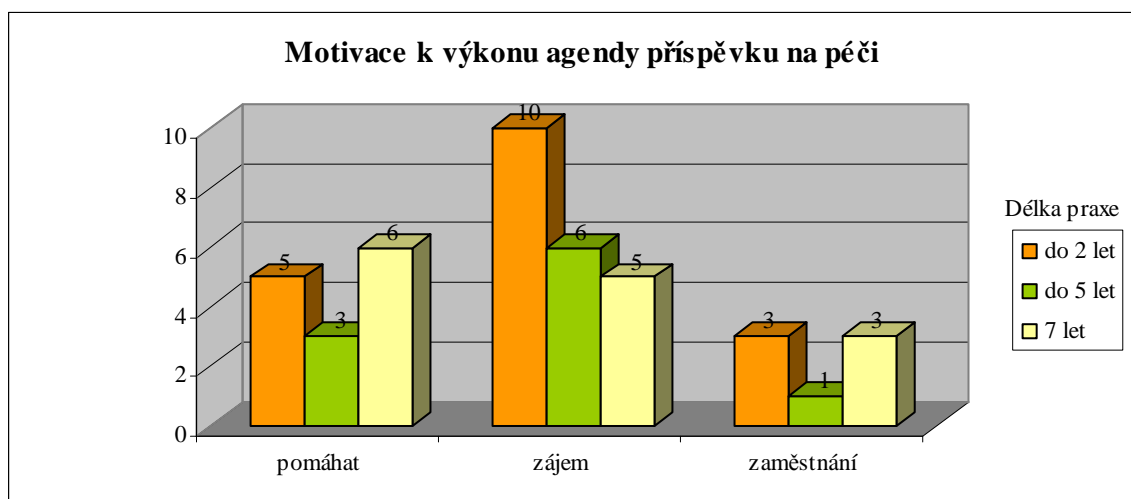
Vyhodnocení otázky č. 4 ve vztahu k otázce č. 3

Tabulka č. 5 - Motivace k výkonu agendy příspěvku na péči v závislosti na délce praxe

Motivace	do 2 let	do 5 let	7 let	Celkem	
	AČ	AČ	AČ	AČ	RČ
pomáhat	5	3	6	14	33%
zájem	10	6	5	21	50%
zaměstnání	3	1	3	7	17%
celkem	18	10	14	42	100%

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 5



Zdroj: vlastní výzkum

Nejčastější odpovědí na motivaci k výkonu agendy příspěvku na péči vůči délce praxe, byla „zájem o obor“, kterou si zvolilo 10 osob z 18 s praxí méně než 2 roky.

Dalo by se předpokládat, že vzhledem k počtu nezaměstnaných v ČR, by mohlo být mezi respondenty i více sociálních pracovníků, kteří odpoví, že motivem, proč uvedenou agendu vykonávají, je potřeba být zaměstnán(a). Mnozí ovšem raději zvolili první dvě varianty odpovědí, neboť pro okolí jsou jistě přijatelnější sociální pracovníci, kteří chtějí pomáhat a mají zájem o obor než ti, kteří toto zaměstnání vykonávají jen proto, že potřebují být zaměstnaní.

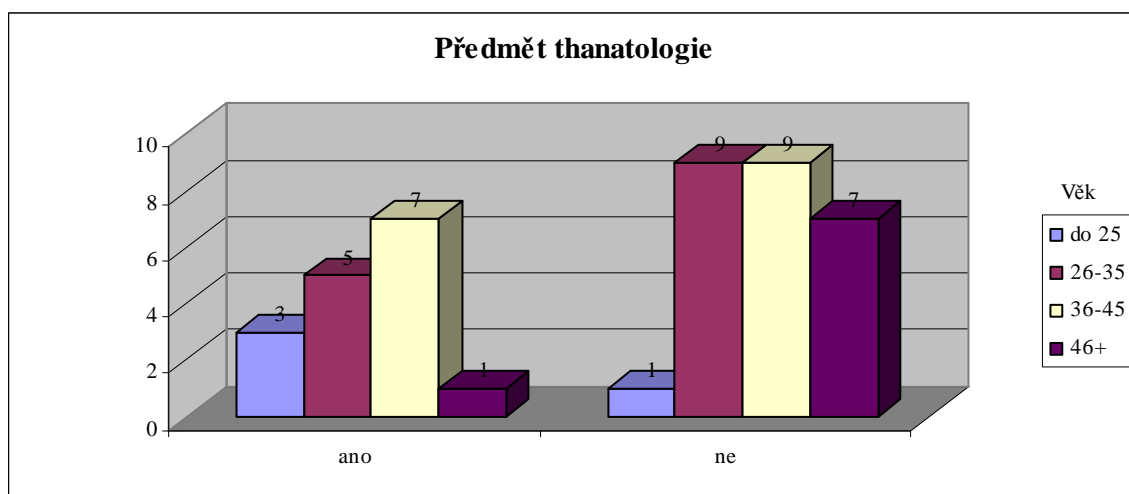
Vyhodnocení otázky č. 5 ve vztahu k otázce č. 2

Tabulka č. 6 – Setkání se s předmětem thanatologie v rámci studia v závislosti na věku

Věk	do 25	26-35	36-45	46+	Celkem	
	AČ	AČ	AČ	AČ	AČ	RC
ano	3	5	7	1	16	38%
ne	1	9	9	7	26	62%
celkem	4	14	16	8	42	100%

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 6



Zdroj: vlastní výzkum

S předmětem thanatologie či jemu podobným předmětem se v rámci studia setkala pouze 16 respondentů, tj. 38%. Nejvíce osob, které uvedly „ano“ se vyskytovalo ve věkové kategorii 36-45 let, která byla ve vzorku nejpočetněji zastoupena. Avšak i tak šlo o méně než polovinu respondentů v dané kategorii. V případě kladné odpovědi měli respondenti napsat, ve kterém předmětu se s thanatologií setkali. Odpovědi zněly: gerontologie, sociální práce, teologie, pastorální teologie, metody sociální práce, psychologie, zdravotní nauky, filozofie, interna, zdraví a nemoc či andragogika. Jeden respondent uvedl, že se s thanatologií či podobně zaměřeným předmětem setkal pouze okrajově a to ve vývojové psychologii, sociologii a psychologii (metody řešení problémů v mezních situacích). Dalšími zaznamenanými odpověďmi bylo, že se s ním respondent setkal v jedné kapitole, nebo na přednášce o sociální práci. Naopak 26 respondentů, tedy 26 % se s tímto předmětem v rámci svého studia vůbec nesetkalo.

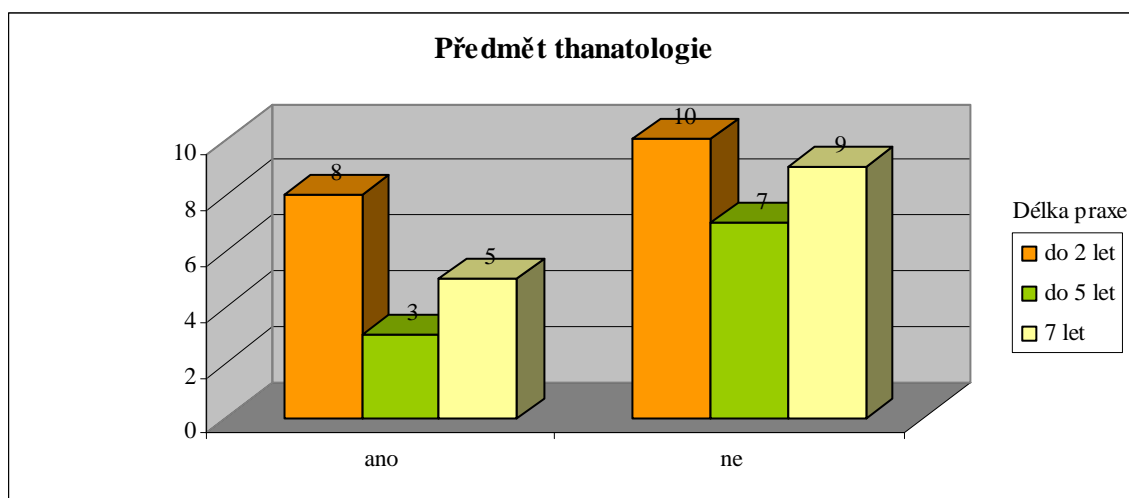
Vyhodnocení otázky č. 5 ve vztahu k otázce č. 3

Tabulka č. 7 - Setkání se s předmětem thanatologie v rámci studia v závislosti na délce praxe

Praxe	do 2 let	do 5 let	7 let	Celkem	
	AČ	AČ	AČ	AČ	RČ
ano	8	3	5	16	38%
ne	10	7	9	26	62%
celkem	18	10	14	42	100%

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 7



Zdroj: vlastní výzkum

Nejvíce, tj. 8 kladných odpovědí a zároveň i největší početní zastoupení 18 respondentů, měla skupina sociálních pracovníků, vykonávající agendu příspěvku na péči méně než 2 roky.

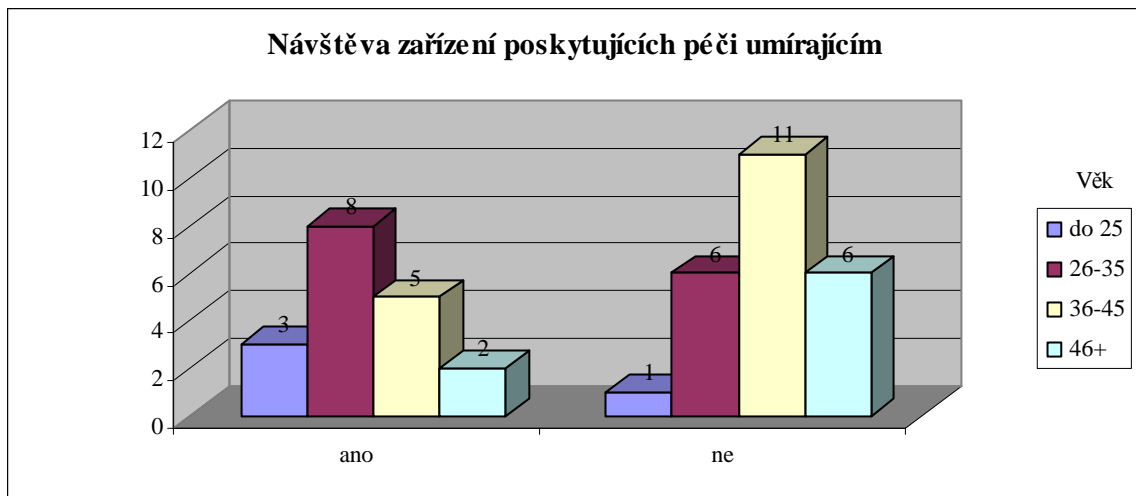
Vyhodnocení otázky č. 6 ve vztahu k otázce č. 2

Tabulka č. 8 – Návštěva zařízení poskytujících péči umírajícím v závislosti na věku

Věk	do 25	26-35	36-45	46+	Celkem	
	AČ	AČ	AČ	AČ	AČ	RČ
ano	3	8	5	2	18	43%
ne	1	6	11	6	24	57%
celkem	4	14	16	8	42	100%

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 8



Zdroj: vlastní výzkum

V rámci své studijní praxe mělo pouze 18 (43%) respondentů, možnost navštívit zařízení, ve kterém poskytují péči umírajícím a kde je možné se každodenně potkávat se smrtí klientů, jako je např. hospic, oddělení paliativní péče apod. V kategorii respondentů do 25 let a 26-35 let jich na otázku odpověděla kladně více než polovina. Z celkového počtu 42 respondentů, tuto možnost nemělo 24 (57%).

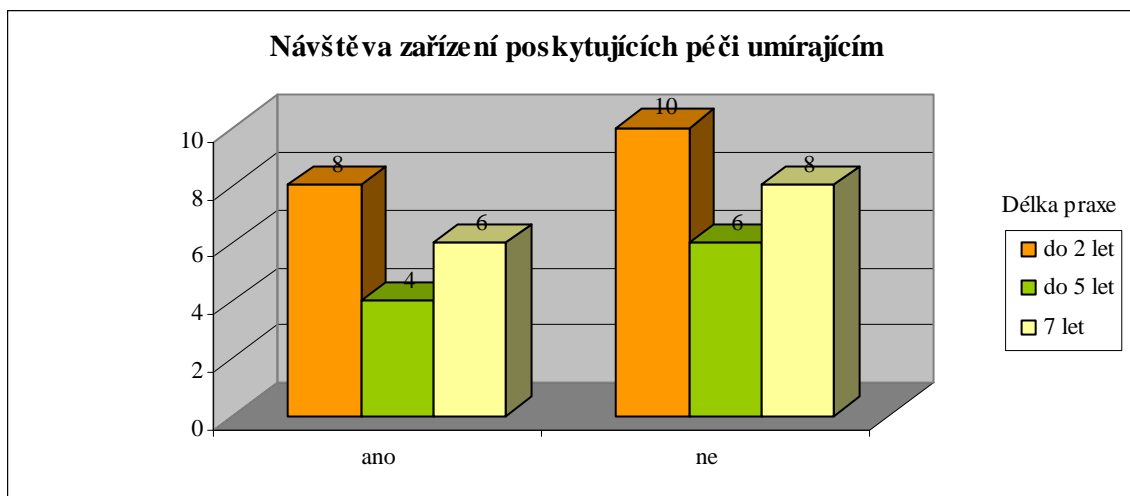
Vyhodnocení otázky č. 6 ve vztahu k otázce č. 3

Tabulka č. 9 - Návštěva zařízení poskytujících péči umírajícím v závislosti na délce praxe

Praxe	do 2 let	do 5 let	7 let	Celkem	
	AČ	AČ	AČ	AČ	RČ
ano	8	4	6	18	43%
ne	10	6	8	24	57%
celkem	18	10	14	42	100%

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 9



Zdroj: vlastní výzkum

Z tabulky č. 9 a grafu č. 9 je zřejmé, že ve všech kategoriích délky praxe většina respondentů neměla možnost uvedená zařízení navštívit. Pokud bychom hledali nejvyšší počet kladných odpovědí, našli bychom je u 8 respondentů, kteří patří do nejpočetnější skupiny a vykonávají agendu méně než 2 roky.

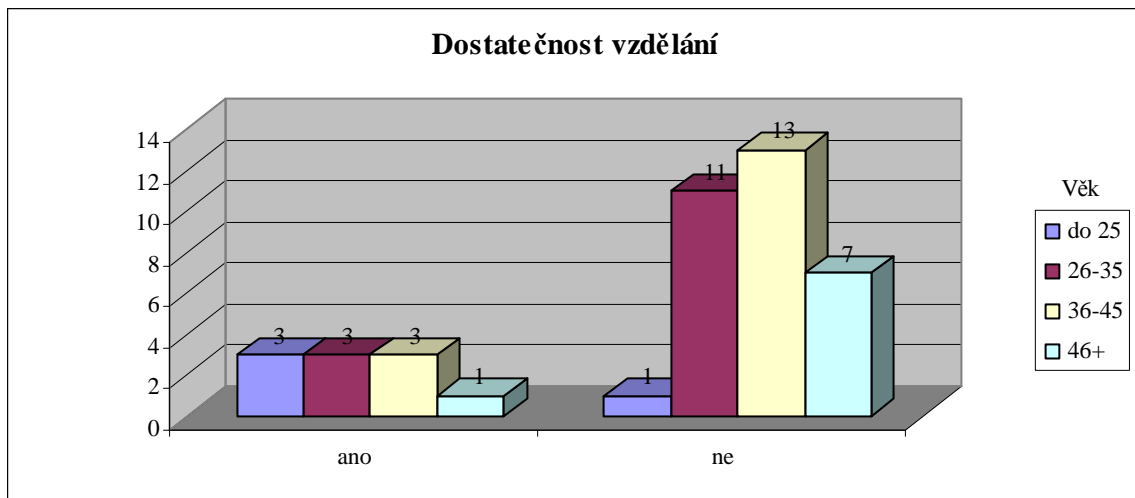
Vyhodnocení otázky č. 7 ve vztahu k otázce č. 2

Tabulka č. 10 – Dostatečná příprava na setkávání se s umírajícími a jejich doprovázení v závislosti na věku

Věk	do 25	26-35	36-45	46+	Celkem	
	AČ	AČ	AČ	AČ	AČ	RČ
ano	3	3	3	1	10	24%
ne	1	11	13	7	32	76%
celkem	4	14	16	8	42	100%

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 10



Zdroj: vlastní výzkum

Pouze 10 (24%) respondentů si myslí, že jejich vzdělání je dostatečně připravilo v emoční oblasti na setkávání se s umírajícími a jejich doprovázení. Počet kladných odpovědí na uvedenou otázku je ve všech věkových kategoriích vyrovnaný, jedná se o 3 odpovědi „ano“ v každé kategorii. Podstatně větší je zastoupení záporných odpovědí a to 32 (76%) z celkového počtu respondentů.

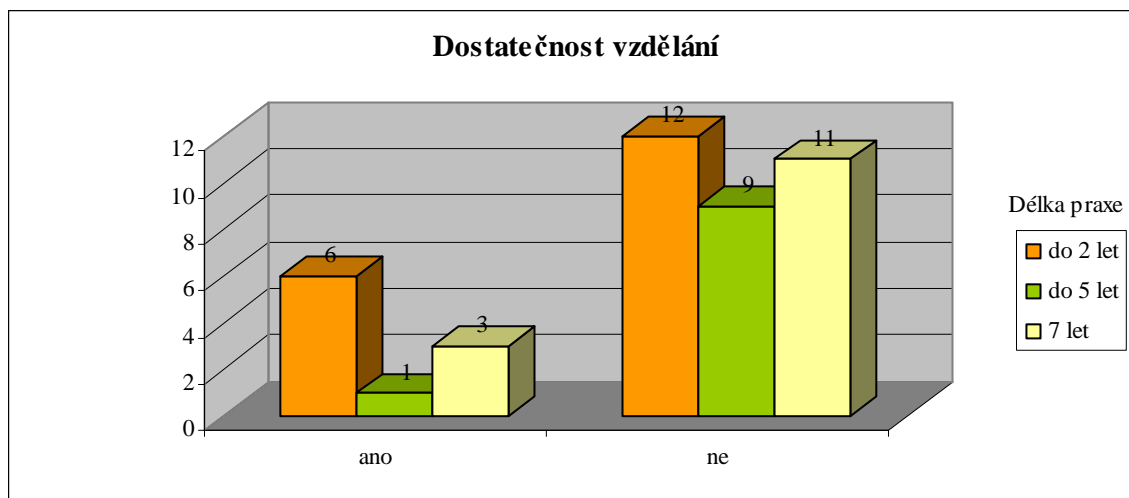
Vyhodnocení otázky č. 7 ve vztahu k otázce č. 3

Tabulka č. 11 - Dostatečná příprava na setkávání se s umírajícími a jejich doprovázení v závislosti na délce praxe

Praxe	do 2 let	do 5 let	7 let	Celkem	
	AČ	AČ	AČ	AČ	RČ
ano	6	1	3	10	24%
ne	12	9	11	32	76%
celkem	18	10	14	42	100%

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 11



Zdroj: vlastní výzkum

Pokud bychom měli hodnotit, zda respondenty jejich vzdělání dostatečně připravilo v emoční oblasti na setkávání se s umírajícími a jejich doprovázení v závislosti na délce praxe, můžeme říci, že pouhá 1/3 s délkou praxe méně než 2 roky si myslí, že jejich vzdělání je připravilo dostatečně.

Vyhodnocení výzkumné otázky č. 1

Pro 50% respondentů byl motivací k výkonu agendy příspěvek na péči zájem o obor. Většina osob, jejichž odpověď zněla „pracovat na pozici pomáhajícího pracovníka - pomáhat druhým“ byla ve věku nad 46 let. Nejméně respondentů na položenou otázku odpovědělo, že toto povolání volilo z důvodu, že potřebovali být zaměstnáni. Je však otázkou, nakolik sociální pracovníci byli upřímní a na tuto otázku odpověděli pravdivě. Pracovat s klienty s láskou, empatií, se zájmem a chtít jim pomoci je vždy lepší volbou odpovědi než to, že sociální pracovník potřebuje mít nějaké zaměstnání.

Pouze malá část respondentů se v rámci svého studia setkala s předmětem, jehož náplní byla thanatologie, nebo podobně zaměřeným předmětem. Jednalo se o předměty jako gerontologie, sociální práce, teologie, pastorální teologie, metody sociální práce, psychologie, zdravotní nauky, filozofie, interna, zdraví a nemoc či andragogika, nebo se s tímto tématem setkali pouze okrajově v rámci sociologie, psychologie, či vývojové psychologie. Nejvíce sociálních pracovníků, kteří se s tímto předmětem setkali, bylo ve věku 36-45 let, což činí téměř polovinu všech, kteří na otázku odpověděli kladně. Většina respondentů se v rámci svého studia s takovým předmětem neseetkala.

Vyzkoušet si v rámci studijní praxe péči o umírající, ať už v hospicích, na odděleních paliativní apod. měla pouze menší polovina respondentů. Největší možnost navštívit taková zařízení měli sociální pracovníci ve věku 26-35 let a s praxí do 2 let.

Většina respondentů a to nejčastěji ve věku 36-45 let a s praxí méně než 2 roky se domnívá, že jejich vzdělání je v emoční oblasti dostatečně nepřipravilo na setkávání se s umírajícími a jejich doprovázení.

Výzkumná otázka č. 2:

Považují sociální pracovníci úřadů práce ve Zlínském kraji vykonávající agendu příspěvku na péči za důležité mít znalosti z thanatologie?

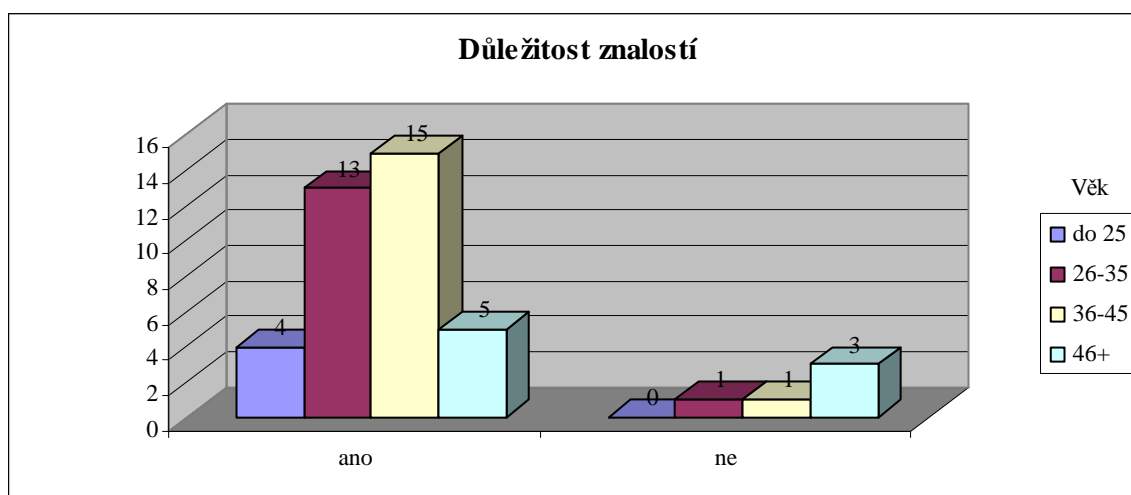
Vyhodnocení otázky č. 8 ve vztahu k otázce č. 2

Tabulka č. 12 – Důležitost znalosti thanatologie v závislosti na věku

Věk	do 25	26-35	36-45	46+	Celkem	
	AČ	AČ	AČ	AČ	AČ	RČ
ano	4	13	15	5	37	88%
ne	0	1	1	3	5	12%
celkem	4	14	16	8	42	100%

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 12



Zdroj: vlastní výzkum

Za důležité mít znalosti z oblasti thanatologie nebo podobně zaměřeného předmětu považuje 37 (88%) respondentů. Všichni sociální pracovníci ve věku 25 let a méně se k uvedené otázce vyjádřili kladně. Také v ostatních věkových kategoriích je odpověď „ano“ oproti záporné odpovědi značně převažující. Pouze 5 (12%) z celkového počtu respondentů si nemyslí, že je důležité mít takové znalosti.

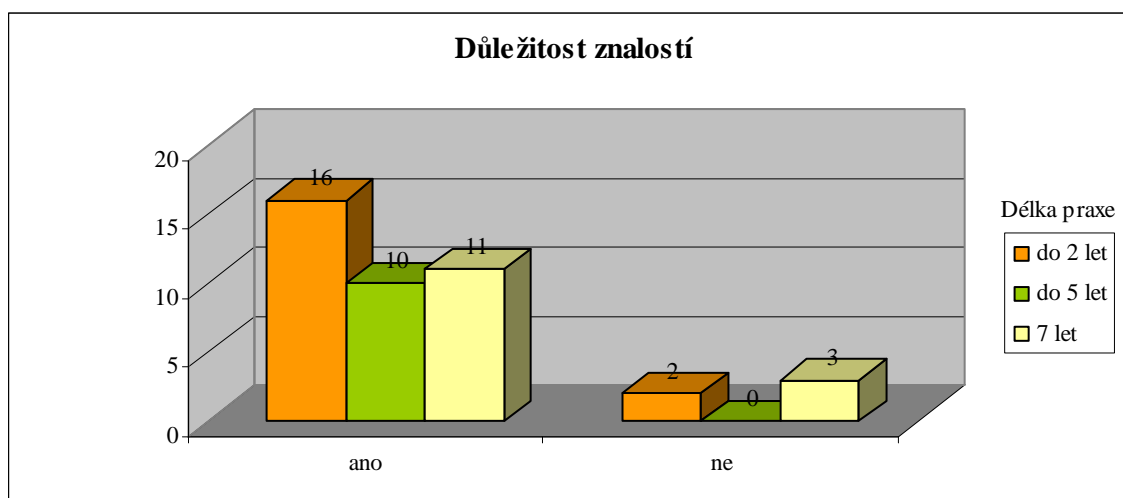
Vyhodnocení otázky č. 8 ve vztahu k otázce č. 3

Tabulka č. 13 - Důležitost znalosti thanatologie v závislosti na délce praxe

Praxe	do 2 let	do 5 let	7 let	Celkem	
	AČ	AČ	AČ	AČ	RČ
ano	16	10	11	37	88%
ne	2	0	3	5	12%
celkem	18	10	14	42	100%

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 13



Zdroj: vlastní výzkum

Za důležité mít znalosti z oboru thanatologie nebo podobně zaměřeného oboru, považuje všech 10 respondentů, s praxí do 5 let.

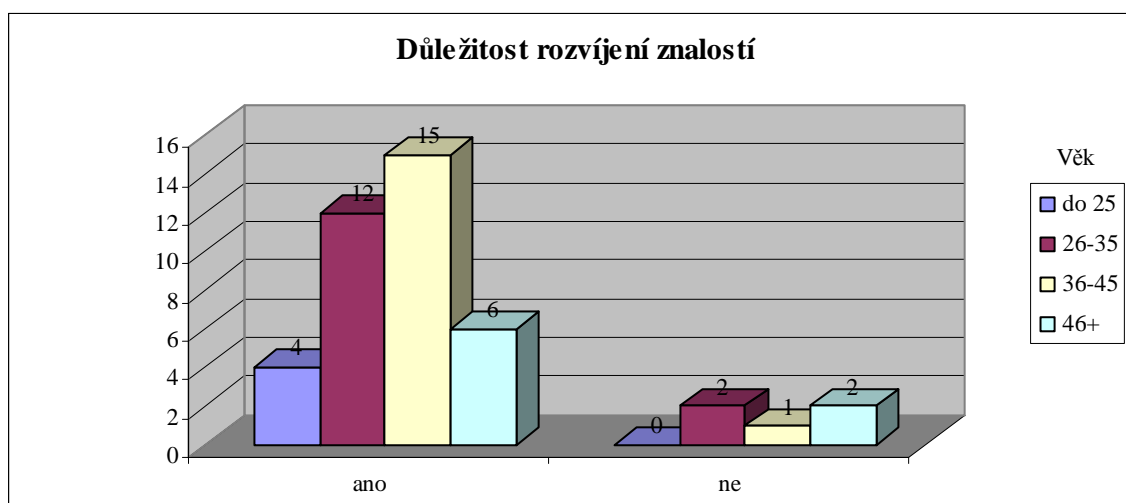
Vyhodnocení otázky č. 9 ve vztahu k otázce č. 2

Tabulka č. 14 – Důležitost rozvíjení znalostí v závislosti na věku

Věk	do 25	26-35	36-45	46+	Celkem	
	AČ	AČ	AČ	AČ	AČ	RČ
ano	4	12	15	6	37	88%
ne	0	2	1	2	5	12%
celkem	4	14	16	8	42	100%

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 14



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu respondentů si 37 (88%) myslí, že je důležité rozvíjet znalosti z thanatologie, či podobně zaměřeného oboru. Z nejpočetnější skupiny ve věku 36-45 let se kladně vyjádřilo 15 osob, z kategorie do 25 let to byli všichni respondenti. Pouze 5 (12%) ze všech sociálních pracovníků toto za důležité nepovažuje.

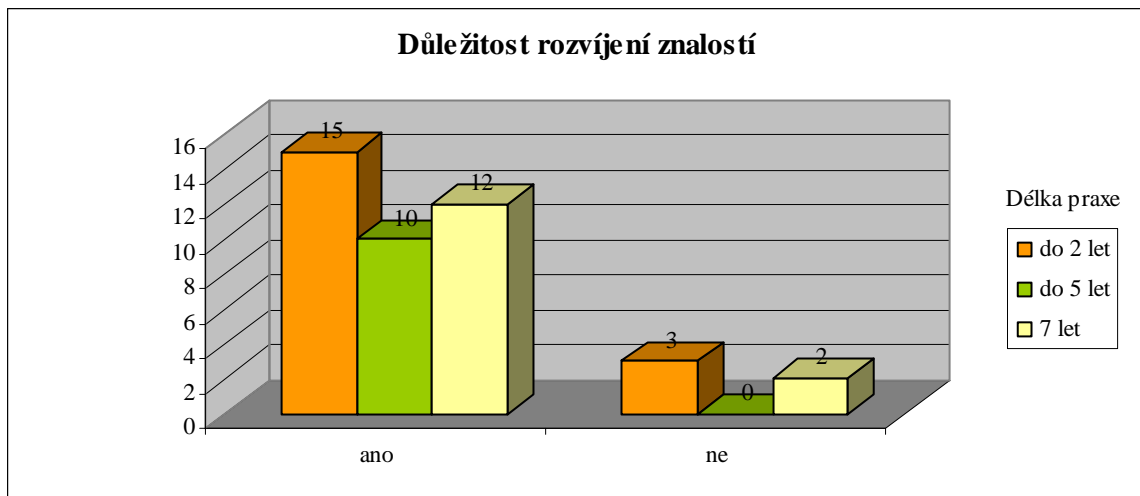
Vyhodnocení otázky č. 9 ve vztahu k otázce č. 3

Tabulka č. 15 - Důležitost rozvíjení znalostí v závislosti na délce praxe

Praxe	do 2 let	do 5 let	7 let	Celkem	
	AČ	AČ	AČ	AČ	RČ
ano	15	10	12	37	88%
ne	3	0	2	5	12%
celkem	18	10	14	42	100%

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 15



Zdroj: vlastní výzkum

Všech 10 respondentů s praxí méně než 5 let se k uvedené otázce vyjádřilo kladně. Můžeme říci, že záporné odpovědi u zbývajících 2 kategorií jsou vzhledem k počtu respondentů, vyrovnané.

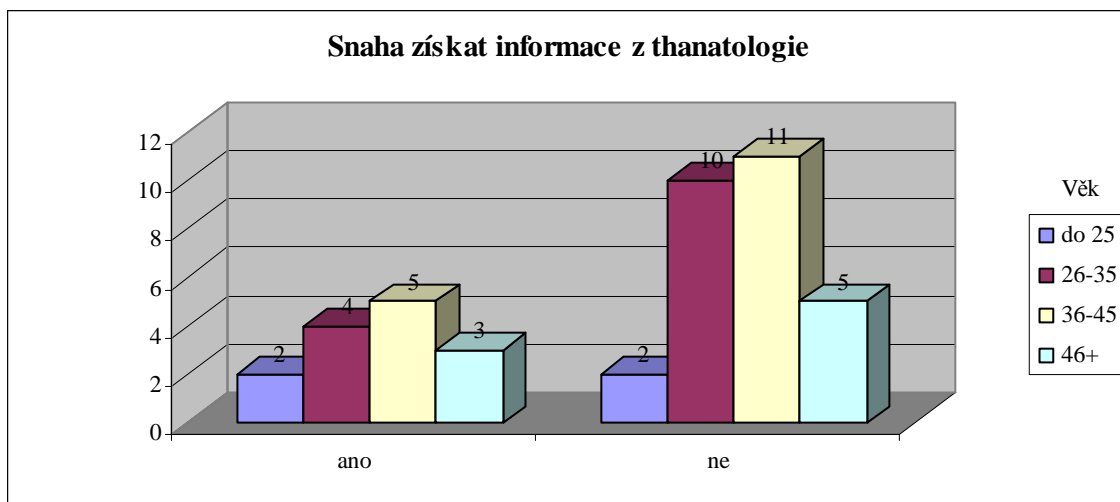
Vyhodnocení otázky č. 10 ve vztahu k otázce č. 2

Tabulka č. 16 – Snaha získat informace z thanatologie v závislosti na věku

Věk	do 25	26-35	36-45	46+	Celkem	
	AČ	AČ	AČ	AČ	AČ	RČ
ano	2	4	5	3	14	33%
ne	2	10	11	5	28	67%
celkem	4	14	16	8	42	100%

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 16



Zdroj: vlastní výzkum

Četbou knih, prostřednictvím internetu či jiným způsobem se 14 (33%) respondentů snaží získat informace o umírání, doprovázení umírajících a smrti. Snahu získat informace nemá 28 (67%). Ve věkové kategorii do 25 let byly kladné i záporné odpovědi vyrovnané. Ve věkových kategoriích 26-35 let a 36-45 let jsou odpovědi „ne“ zaznamenány u více než poloviny respondentů.

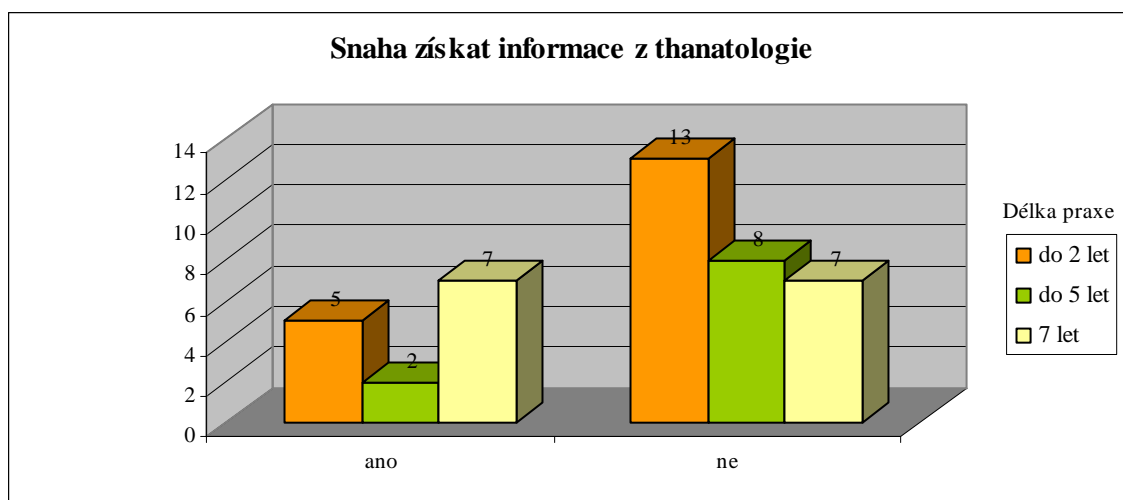
Vyhodnocení otázky č. 10 ve vztahu k otázce č. 3

Tabulka č. 17 - Snaha získat informace z thanatologie v závislosti na délce praxe

Praxe	do 2 let	do 5 let	7 let	Celkem	
	AČ	AČ	AČ	AČ	RČ
ano	5	2	7	14	33%
ne	13	8	7	28	67%
celkem	18	10	14	42	100%

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 17



Zdroj: vlastní výzkum

Co se týká samostudia ve vztahu k době výkonu agendy příspěvku na péči, můžeme říci, že u respondentů s praxí 7 let jsou odpovědi „ano“ a „ne“ vyrovnané. Markantnější rozdíl je vidět u osob, které vykonávají uvedenou agendu 2 roky a méně. V této skupině, která je nejpočetnější, kladně odpovědělo pouze 5 respondentů. Dalo by se uvažovat nad tím, že respondenti s praxí do 2 let zatím čerpají znalosti ze studia. K zamyšlení ovšem je, proč se nadpoloviční většina všech respondentů samostudiu nevěnuje. Je příčinou čas či vyčerpanost? Na to by nám jistě dokázali odpovědět pouze oslovení sociální pracovníci.

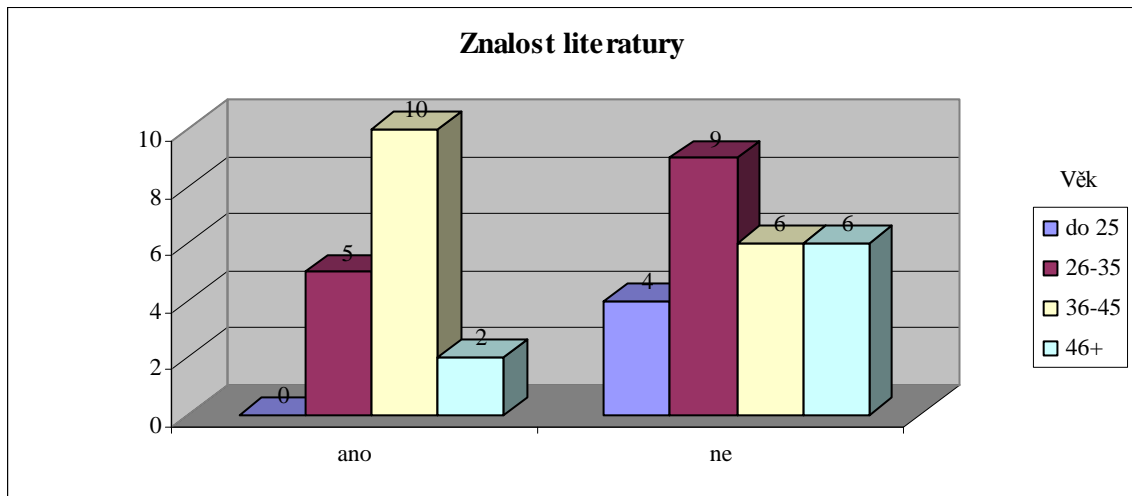
Vyhodnocení otázky č. 11 ve vztahu k otázce č. 2

Tabulka č. 18 – Znalost literatury v závislosti na věku

Věk	do 25	26-35	36-45	46+	Celkem	
	AČ	AČ	AČ	AČ	AČ	RČ
ano	0	5	10	2	17	40%
ne	4	9	6	6	25	60%
celkem	4	14	16	8	42	100%

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 18



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu respondentů zná literaturu zaměřenou na thanatologii 17 (40%) osob. Žádnou literaturu zaměřenou na thanatologii nezná 25 (60%) osob. Výsledek odpovědí na uvedenou otázku je nelichotivý. Žádný z respondentů ve věku do 25 let nezná zmiňovanou literaturu. O něco lépe je na tom pouze kategorie respondentů ve věku 36-45, kdy z počtu 16, odpovědělo 10 kladně.

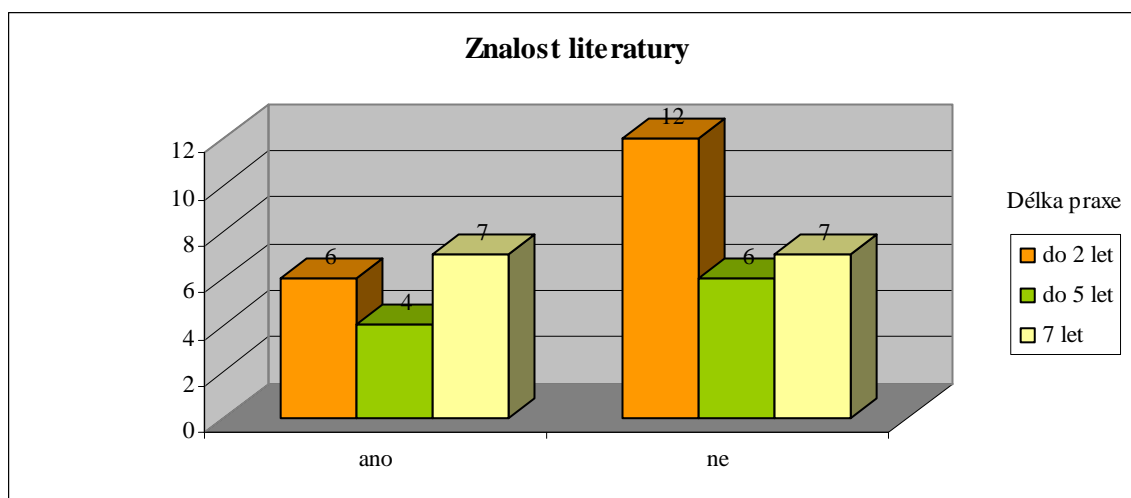
Vyhodnocení otázky č. 11 ve vztahu k otázce č. 3

Tabulka č. 19 - Znalost literatury v závislosti na délce praxe

Praxe	do 2 let	do 5 let	7 let	Celkem	
	AČ	AČ	AČ	AČ	RČ
ano	6	4	7	17	40%
ne	12	6	7	25	60%
celkem	18	10	14	42	100%

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 19



Zdroj: vlastní výzkum

Vyrovnané výsledky můžeme pozorovat u respondentů, kteří mají sedmiletou praxi. Pouze 6 z 18 osob s praxí méně než 2 roky, znají literaturu zaměřenou na thanatologii.

Vyhodnocení výzkumné otázky č. 2

Na položenou otázku 88% respondentů odpovědělo, že je důležité, aby sociální pracovníci vykonávající agendu příspěvku na péči měli znalosti z oboru thanatologie, nebo podobně zaměřeného oboru. Myslí si to všech 10 respondentů s délkou praxe do 5 let a 15 z 16 osob ve věkovém rozmezí 36-45 let. Stejně procento považuje za důležité znalosti z této oblasti rozvíjet. Všichni sociální pracovníci ve věku do 25 let a s praxí do 5 let shodně odpověděli, že je nutné tyto znalosti rozvíjet. Je však s podivem, že i přesto, že respondenti považují za důležité rozvíjení znalostí, 2/3 z nich se nesnaží informace o umírání, doprovázení umírajících a smrti získat. Vyrovnané kladné a záporné odpovědi byly zaznamenány u sociálních pracovníků ve věku do 25 let a se sedmiletou praxí. Negativním zjištěním je, že ani jeden z respondentů ve věku do 25 let nezná literaturu, zaměřenou na thanatologii.

Pokud bychom měli odpovědět na uvedenou dílčí výzkumnou otázku, odpověď bude znít ano, sociální pracovníci vykonávající agendu příspěvku na péči považují za důležité mít znalosti z thanatologie.

K uvedenému zjištění sloužily položky uvedené v dotazníku pod číslem 8-11.

Výzkumná otázka č. 3:

Vytváří v současné době zaměstnavatelé pro sociální pracovníky úřadů práce ve Zlínském kraji vykonávající agendu příspěvku na péči adekvátní podmínky pro jejich průběžné vzdělávání s cílem psychické podpory?

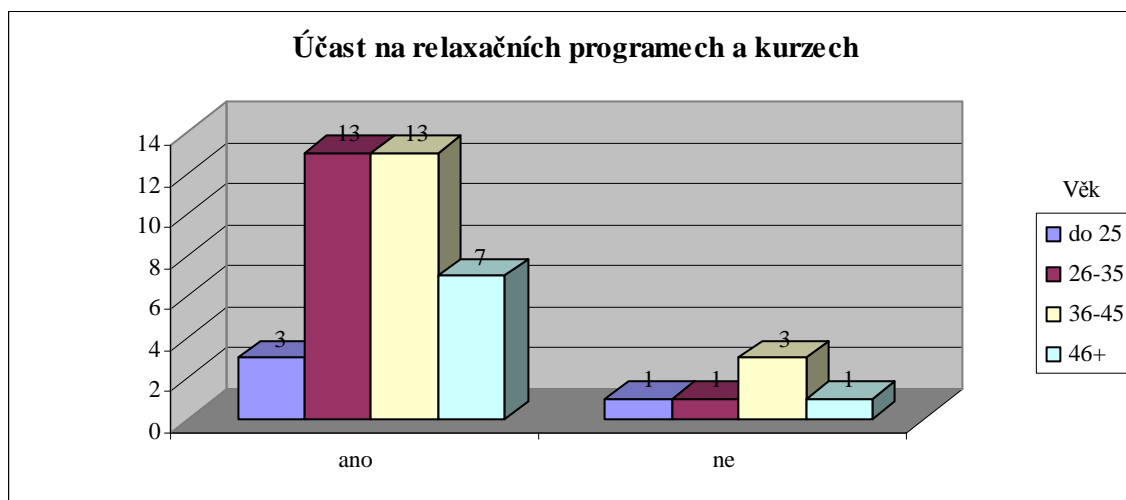
Vyhodnocení otázky č. 12 ve vztahu k otázce č. 2

Tabulka č. 20 – Účast na relaxačních programech a kurzech v závislosti na věku

Věk	do 25	26-35	36-45	46+	Celkem	
	AČ	AČ	AČ	AČ	AČ	RČ
ano	3	13	13	7	36	86%
ne	1	1	3	1	6	14%
celkem	4	14	16	8	42	100%

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 20



Zdroj: vlastní výzkum

Z uvedené tabulky je zřejmé, že 36 (86%) respondentů má možnost účastnit se v rámci psychické podpory ze strany zaměstnavatele na antistresových nebo relaxačních programech či kurzech jako jsou např. zvládání stresu a zátěže, zvládání konfliktů, krizová intervence, doprovázení umírajících. Pouze malé části a to 6 (14%) osobám toto zaměstnavatel neumožňuje. Výsledky vzhledem k početnímu zastoupení v jednotlivých kategoriích, byly vyrovnané.

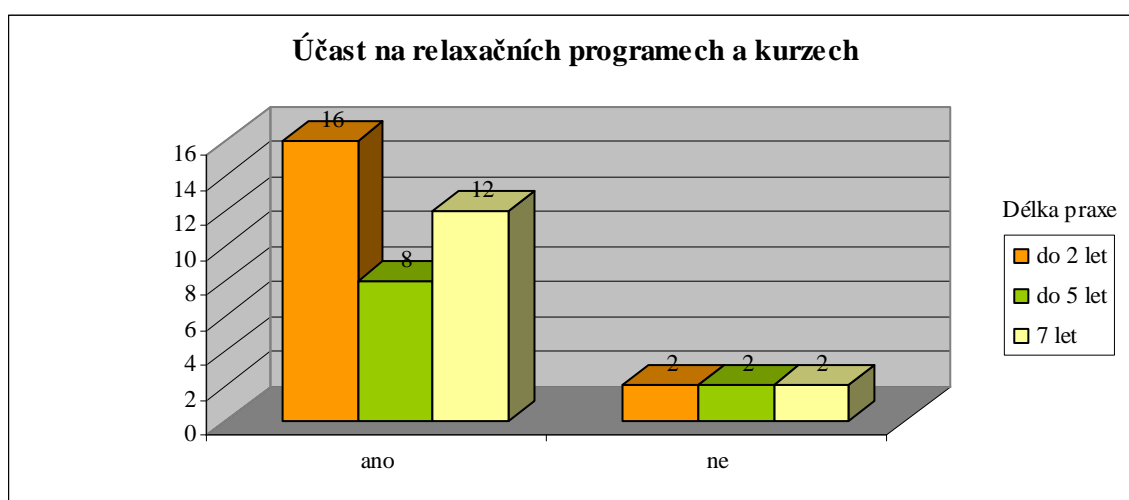
Vyhodnocení otázky č. 12 ve vztahu k otázce č. 3

Tabulka č. 21 - Účast na relaxačních programech a kurzech v závislosti na délce praxe

Praxe	do 2 let	do 5 let	7 let	Celkem	
	AČ	AČ	AČ	AČ	RČ
ano	16	8	12	36	86%
ne	2	2	2	6	14%
celkem	18	10	14	42	100%

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 21



Zdroj: vlastní výzkum

Nejpočetnější skupinu 18 osob, která odpovídala na tuto otázku tvořili respondenti, kteří vykonávají agendu příspěvku na péči méně než 2 roky. 16 z nich odpovědělo, že jim zaměstnavatel umožňuje účastnit se v rámci psychické podpory na relaxačních programech či kurzech. Odpovědi „ne“ jsou ve všech věkových kategoriích vyrovnané a vzhledem k počtu kladných odpovědí zanedbatelné.

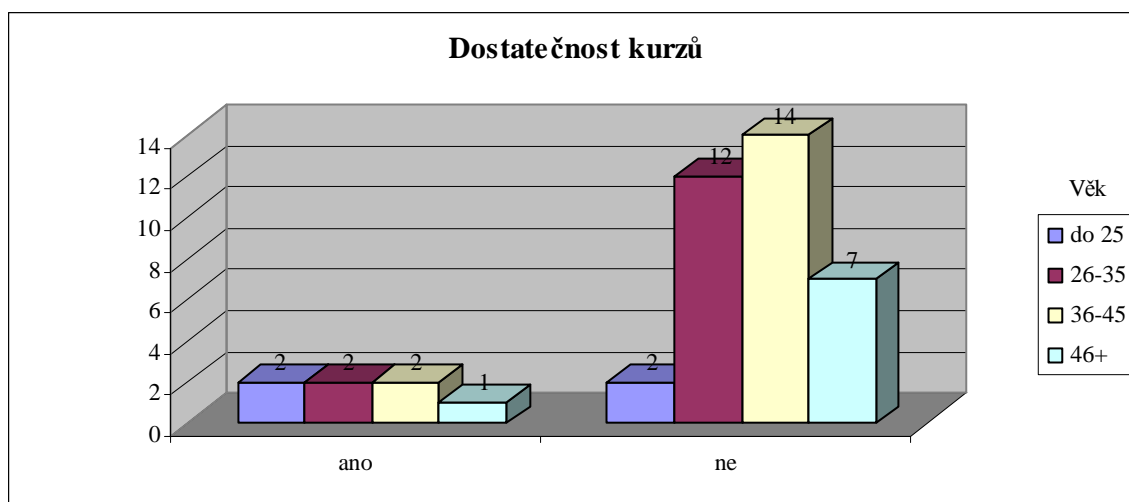
Vyhodnocení otázky č. 13 ve vztahu k otázce č. 2

Tabulka č. 22 – Dostatečnost kurzů a školení zaměřených na thanatologii a doprovázení umírajících v závislosti na věku

Věk	do 25	26-35	36-45	46+	Celkem	
	AČ	AČ	AČ	AČ	AČ	RČ
ano	2	2	2	1	7	17%
ne	2	12	14	7	35	83%
celkem	4	14	16	8	42	100%

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 22



Zdroj: vlastní výzkum

Na tuto otázku odpovědělo z celkového počtu 42 respondentů pouze 7 (17%), že nabídka kurzů či školení zaměřených na thanatologii a doprovázení umírajících je dostatečná. Za nedostatečnou tuto nabídku považuje 35 (83%) respondentů. Kladné a záporné odpovědi jsou vyrovnané u věkové hranice do 25 let.

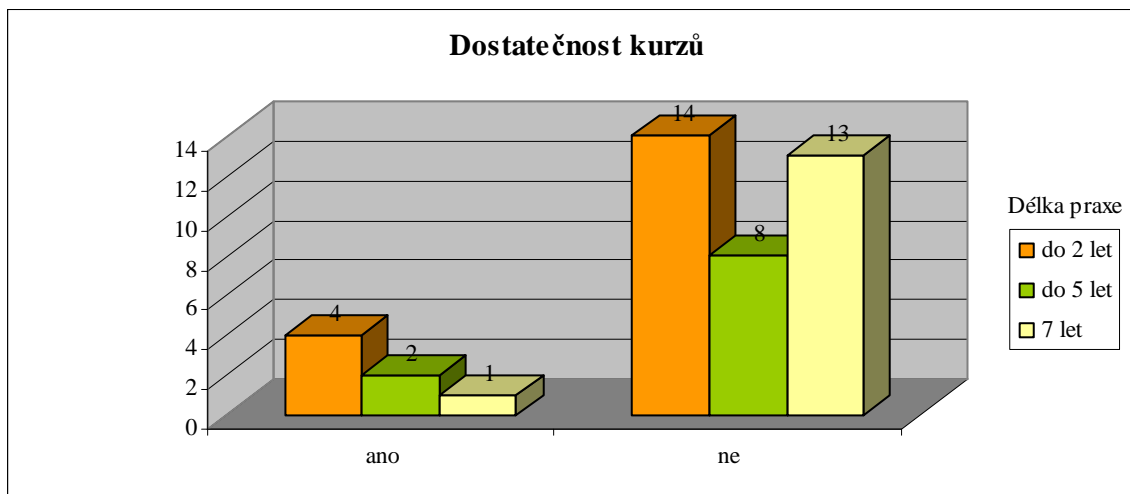
Vyhodnocení otázky č. 12 ve vztahu k otázce č. 3

Tabulka č. 23 Dostatečnost kurzů a školení zaměřených na thanatologii a doprovázení umírajících v závislosti na délce praxe

Praxe	do 2 let	do 5 let	7 let	Celkem	
	AČ	AČ	AČ	AČ	RČ
ano	4	2	1	7	17%
ne	14	8	13	35	83%
celkem	18	10	14	42	100%

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 23



Zdroj: vlastní výzkum

Vzhledem k početnímu zastoupení v jednotlivých kategoriích doby výkonu agendy příspěvku na péči, byl zaznamenán největší rozdíl u kladných a záporných odpovědí respondentů, kteří ji vykonávají 7 let. Jedná se o druhou početně nejvíce zastoupenou kategorii. 13 osob ze 14 se domnívá, že nabídka kurzů a školení zaměřených na thanatologii a doprovázení umírajících je nedostatečná.

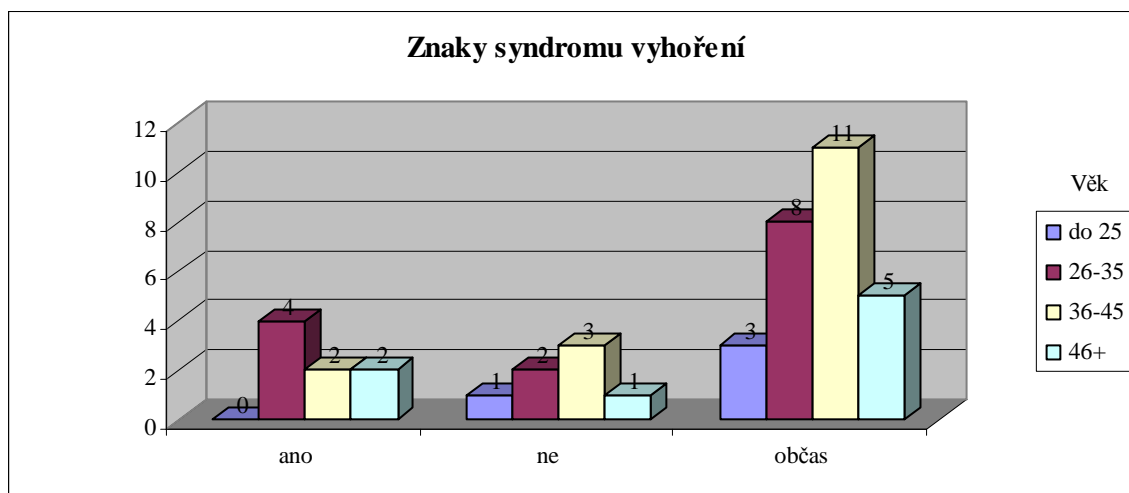
Vyhodnocení otázky č. 14 ve vztahu k otázce č. 2

Tabulka č. 24 – Znaky syndromu vyhoření v závislosti na věku

Věk	do 25	26-35	36-45	46+	Celkem	
	AČ	AČ	AČ	AČ	AČ	RČ
ano	0	4	2	2	8	19%
ne	1	2	3	1	7	17%
občas	3	8	11	5	27	64%
celkem	4	14	16	8	42	100%

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 24



Zdroj: vlastní výzkum

Znaky syndromu vyhoření pociťovalo během doby, kdy vykonávají agendu příspěvku na péči 8 (19%) respondentů. Pouze 7 (17%) respondentů tyto znaky nepociťovalo vůbec a občas se s nimi setkalo 27 (64%) osob. Z tabulky č. 24 a grafu č. 24 můžeme pozorovat, že u sociálních pracovníků ve věku 36-45 let, tedy u početně nejvíce zastoupené kategorie se u 2 osob vyskytují a u 11 z 16 respondentů občas vyskytují znaky syndromu vyhoření, jako je ztráta elánu, radosti ze života, energie a nadšení.

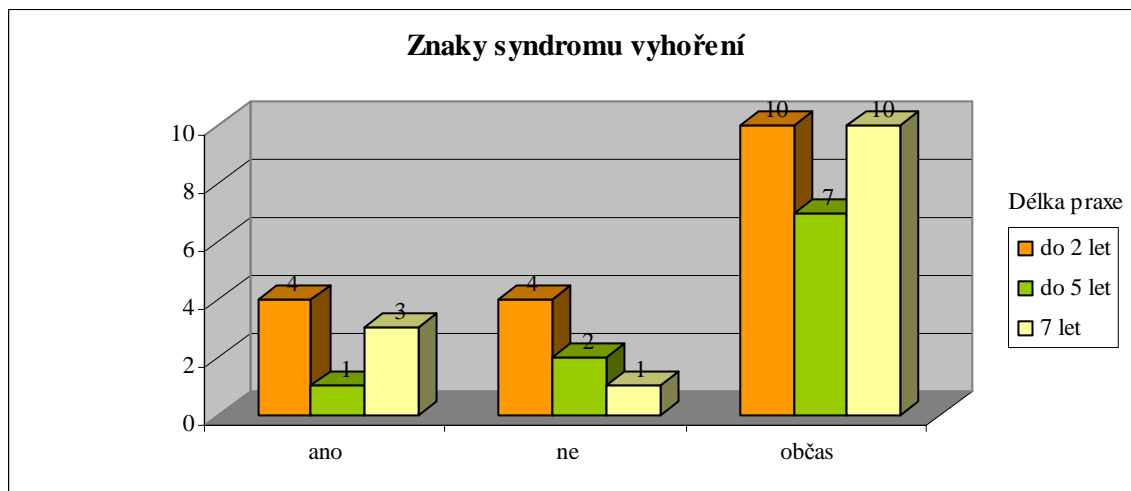
Vyhodnocení otázky č. 14 ve vztahu k otázce č. 3

Tabulka č. 25 - Znaky syndromu vyhoření v závislosti na délce praxe

Praxe	do 2 let	do 5 let	7 let	Celkem	
	AČ	AČ	AČ	AČ	RČ
ano	4	1	3	8	19%
ne	4	2	1	7	17%
občas	10	7	10	27	64%
celkem	18	10	14	42	100%

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 25



Zdroj: vlastní výzkum

U sociálních pracovníků, kteří vykonávají agendu příspěvku na péči 7 let se dalo předpokládat, že značná část z nich pocítila nebo občas pocítila znaky syndromu vyhoření. Jednalo se celkem o 13 osob ze 14. Překvapující je výsledek u respondentů, vykonávajících uvedenou agendu méně než 2 roky. Jednalo se o 18 pracovníků, z nichž 14 již po tak krátké praxi pocíťovalo, nebo občas pocíťovalo znaky syndromu vyhoření.

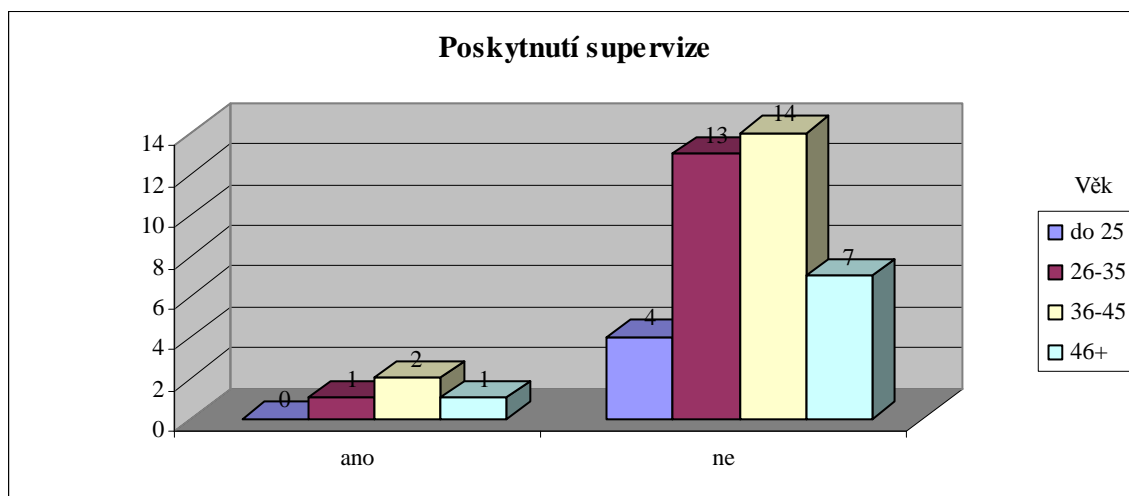
Vyhodnocení otázky č. 15 ve vztahu k otázce č. 2

Tabulka č. 26 – Poskytnutí supervize v závislosti na věku

Věk	do 25	26-35	36-45	46+	Celkem	
	AČ	AČ	AČ	AČ	AČ	RČ
ano	0	1	2	1	4	10%
ne	4	13	14	7	38	90%
celkem	4	14	16	8	42	100%

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 26



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku, zda byla sociálním pracovníkům ze strany zaměstnavatele poskytnuta supervize odpověděli 4 (10%) respondenti, že jim poskytnuta byla, avšak většině respondentů a to 38 (90%) poskytnuta nebyla. Supervizí neprošel žádný ze sociálních pracovníků ve věku do 25 let. Také v nejvíce zastoupené věkové kategorii 36-45 let je zanedbatelný počet osob, kterým byla supervize umožněna. Jednalo se pouze o 2 respondenty z 16.

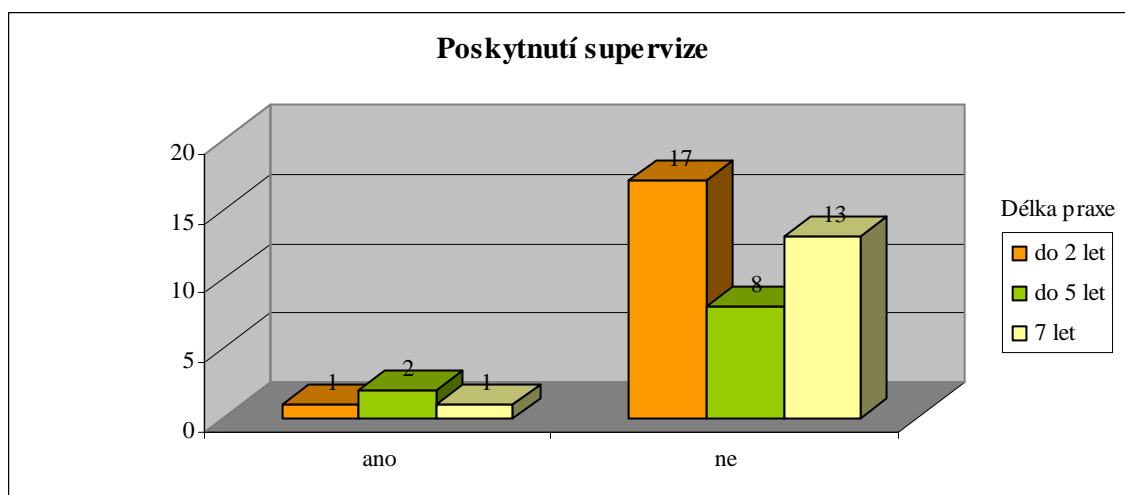
Vyhodnocení otázky č. 15 ve vztahu k otázce č. 3

Tabulka č. 27 Poskytnutí supervize v závislosti na délce praxe

Praxe	do 2 let	do 5 let	7 let	Celkem	
	AČ	AČ	AČ	AČ	RČ
ano	1	2	1	4	10%
ne	17	8	13	38	90%
celkem	18	10	14	42	100%

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 27



Zdroj: vlastní výzkum

V závislosti na době výkonu agendy příspěvku na péči není téměř žádný rozdíl mezi osobami, kterým byla poskytnuta supervize ze strany zaměstnavatele. Ve všech kategoriích je zanedbatelný počet těch pracovníků, kteří jí prošli.

Vyhodnocení otázky č. 16 ve vztahu k otázce č. 2

Tabulka č. 28 – Přínos supervize v závislosti na věku

Věk	do 25	26-35	36-45	46+	Celkem	
	AČ	AČ	AČ	AČ	AČ	RČ
ano	0	1	1	1	3	75%
ne	0	0	1	0	1	25%
celkem	0	1	2	1	4	100%

Zdroj: vlastní výzkum

Vyhodnocení otázky č. 16 ve vztahu k otázce č. 3

Tabulka č. 29 - Přínos supervize v závislosti na délce praxe

Praxe	do 2 let	do 5 let	7 let	Celkem	
	AČ	AČ	AČ	AČ	RČ
ano	1	1	1	3	75%
ne	0	1	0	1	25%
celkem	1	2	1	4	100%

Zdroj: vlastní výzkum

Respondenti, kteří na předchozí otázku odpověděli „ano“, pokračovali otázkou č. 16 a to, zda pro ně supervize byla přínosem. Z celkového počtu 4 respondentů odpověděli na tuto otázku kladně 3 (75%). Pro 1 (25%) respondenta supervize přínosem nebyla.

Vyhodnocení výzkumné otázky č. 3

K odpovědi na uvedenou výzkumnou otázku nám sloužily otázky uvedené v dotazníku pod číslem 12-16. Zaměstnavatelé umožňují 86% sociálních pracovníků účastnit se v rámci psychické podpory na antistresových nebo relaxačních programech či kurzech jako např. zvládání stresu a zátěže, zvládání konfliktů, krizové intervence, doprovázení umírajících. Kladně odpovědělo nejvíce respondentů ve věku 26-35 let a 36-45 let a s délkou praxe do 2 let. Většina sociálních pracovníků se shoduje na tom, že nabídka kurzů či školení zaměřených na thanatologii a doprovázení umírajících je nedostatečná. Tuto odpověď zvolilo nejvíce respondentů ve věku 36-45 let a vzhledem k počtu respondentů v jednotlivých kategoriích i ti, kteří za sebou mají 7 let praxe. Odpovědi „ano“ a „občas“ se objevily nejčastěji u nepočetnější kategorie 36-45 let. Překvapující je, že celých 83% respondentů odpovědělo, že pocívalo či občas pocívalo během doby, co vykonávají agendu příspěvku na péči, příznaky syndromu vyhoření. Jednalo se především o sociální pracovníky ve věku 36-45 let. Dalo se předpokládat, že půjde o osoby, které uvedenou agendu vykonávají již delší dobu, tedy 7 let. Nečekaný je však výsledek, který můžeme vyčíst z odpovědí respondentů s praxí 2 roky a méně, kdy většina z nich již pocítila znaky syndromu vyhoření. Z celkového počtu 42 respondentů byla pouze 4 osobám ze strany zaměstnavatele poskytnuta supervize. Nebyl mezi nimi ani jeden sociální pracovník ve věku do 25 let. Jen pro 1 respondenta ve věku 36-45 let a s praxí do 5 let, nebyla supervize přínosem.

Výzkumná otázka č. 4:

Jsou sociální pracovníci úřadů práce ve Zlínském kraji vykonávající agendu příspěvku na péči připraveni v osobní rovině zvládat dopady z prováděných sociálních šetření s klienty v jejich terminálním stádiu života?

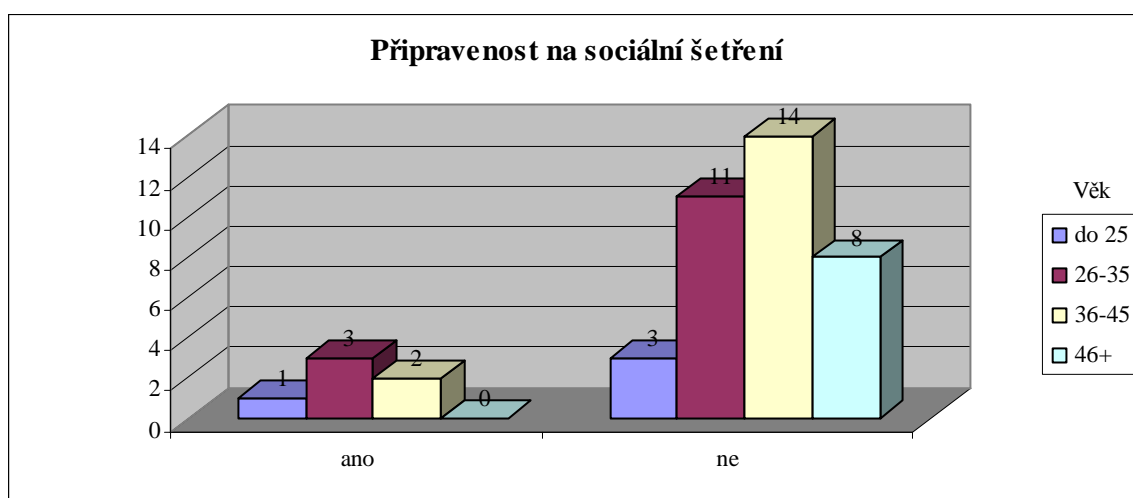
Vyhodnocení otázky č. 17 ve vztahu k otázce č. 2

Tabulka č. 30 – Přípravenost na sociální šetření v závislosti na věku

Věk	do 25	26-35	36-45	46+	Celkem	
	AČ	AČ	AČ	AČ	AČ	RČ
ano	1	3	2	0	6	14%
ne	3	11	14	8	36	86%
celkem	4	14	16	8	42	100%

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 28



Zdroj: vlastní výzkum

Ze strany zaměstnavatele bylo 6 (14%) respondentů připraveno na provádění sociálního šetření v přirozeném prostředí klienta, který se nachází v terminálním stádiu života. Na sociální šetření nebylo připraveno 36 (86%) respondentů. Na položenou otázku odpovědělo „ne“ všech 8 osob ve věku 46 let a více. Z nejpočetnější skupiny 16 osob ve věku 36-45 let, odpověděli pouze 2 respondenti kladně.

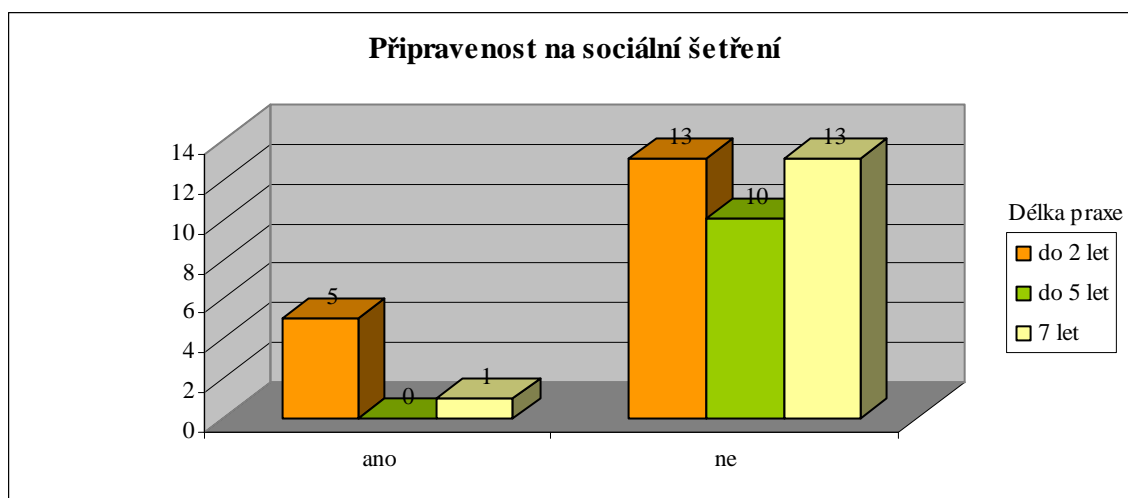
Vyhodnocení otázky č. 17 ve vztahu k otázce č. 3

Tabulka č. 31 - Přípravenost na sociální šetření v závislosti na délce praxe

Praxe	do 2 let	do 5 let	7 let	Celkem	
	AČ	AČ	AČ	AČ	RČ
ano	5	0	1	6	14%
ne	13	10	13	36	86%
celkem	18	10	14	42	100%

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 29



Zdroj: vlastní výzkum

Pokud porovnáme výsledky vyhodnocené podle věku a výsledky podle doby výkonu agendy příspěvku na péči, je na tom s připraveností o něco lépe kategorie sociálních pracovníků, kteří jsou v praxi méně než 2 roky, což je 5 osob z 18. I přesto je ale výsledek alarmující. Jasně ukazuje, že zaměstnavatelé své pracovníky připravují na provádění sociálního šetření u klientů v terminálním stádiu jen zřídka.

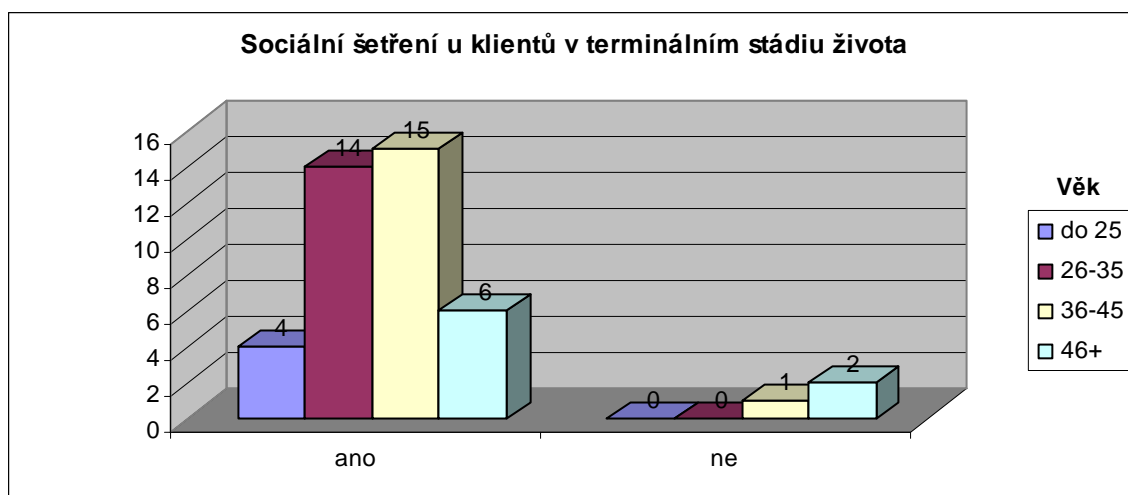
Vyhodnocení otázky č. 18 ve vztahu k otázce č. 2

Tabulka č. 32 – Povědomí o sociálním šetření u klientů v terminálním stádiu života v závislosti na věku

Věk	do 25	26-35	36-45	46+	Celkem	
	AČ	AČ	AČ	AČ	AČ	RČ
ano	4	14	15	6	39	93%
ne	0	0	1	2	3	7%
celkem	4	14	16	8	42	100%

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 30



Zdroj: vlastní výzkum

Převážná většina respondentů a to celkem 39 (93%) věděla, že bude při sociálním šetření v přirozeném prostředí přicházet do kontaktu s klienty v terminálním stádiu jejich života. Pouze 3 (7%) respondenti uvedli, že o tom nevěděli. Ani jeden ze sociálních pracovníků ve věkových kategoriích 25 let a méně a 26-35 let neodpověděl na položenou otázku „ne“. U věkové kategorie nad 46 let vzhledem k počtu respondentů v ní zastoupených, není rozdíl mezi kladnou a zápornou odpovědí tak velký, jako u předešlých.

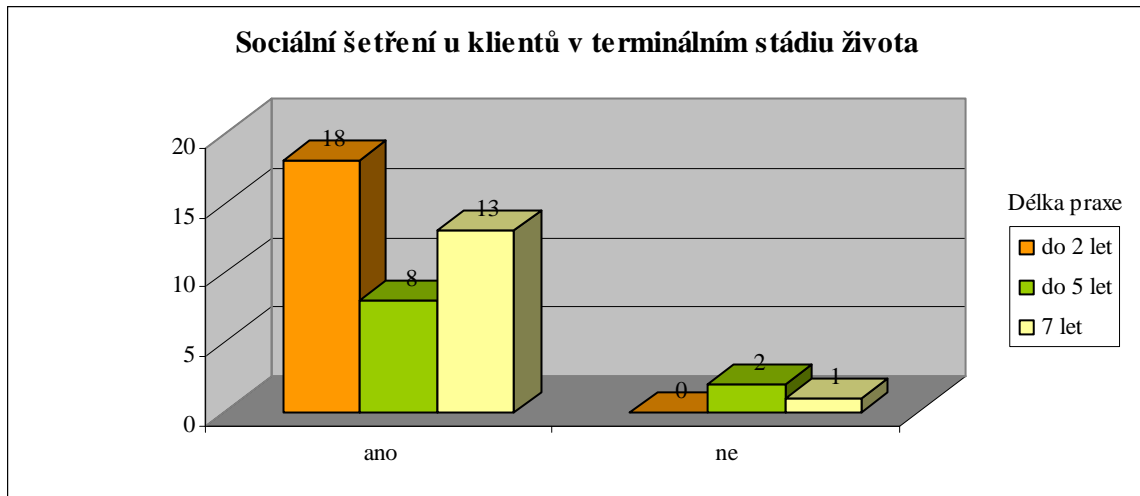
Vyhodnocení otázky č. 18 ve vztahu k otázce č. 3

Tabulka č. 33 - Povědomí o sociálním šetření u klientů v terminálním stádiu života v závislosti na délce praxe

Praxe	do 2 let	do 5 let	7 let	Celkem	
	AČ	AČ	AČ	AČ	RČ
ano	18	8	13	39	93%
ne	0	2	1	3	7%
celkem	18	10	14	42	100%

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 31



Zdroj: vlastní výzkum

Výsledky, které můžeme pozorovat ukazují, že o prováděném sociálním šetření u klientů v terminálním stádiu života vědělo všech 18 osob s vykonávanou praxí méně než 2 roky.

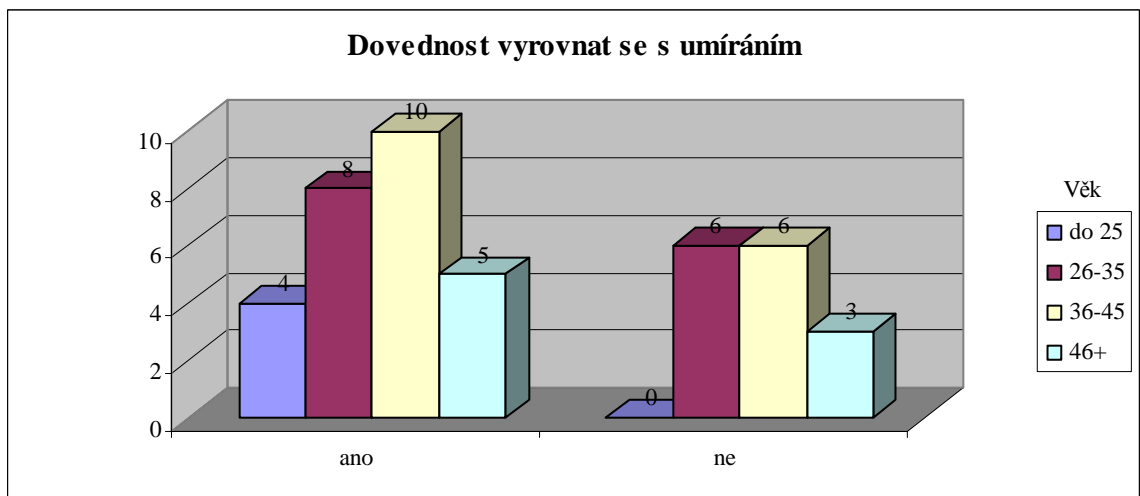
Vyhodnocení otázky č. 19 ve vztahu k otázce č. 2

Tabulka č. 34 - Dovednost vyrovnat se s umíráním v závislosti na věku

Věk	do 25	26-35	36-45	46+	Celkem	
	AČ	AČ	AČ	AČ	AČ	RČ
ano	4	8	10	5	27	64%
ne	0	6	6	3	15	36%
celkem	4	14	16	8	42	100%

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 32



Zdroj: vlastní výzkum

Po větším počtu kontaktů s umírajícími osobami se s tímto fenoménem dokáže lépe vyrovnat 27 (64%) respondentů. 15 (36%) respondentů se s tímto fenoménem nevyrovná ani po větším počtu kontaktů s umírajícími. Všichni 4 respondenti ve věkové skupině do 25 let, odpověděli kladně.

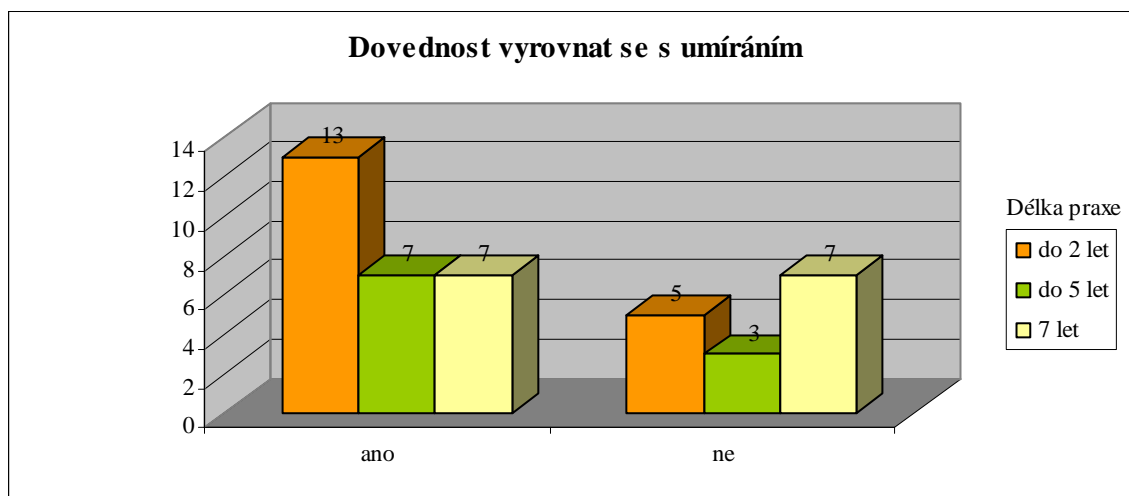
Vyhodnocení otázky č. 19 ve vztahu k otázce č. 3

Tabulka č. 35 - Dovednost vyrovnat se s umíráním v závislosti na délce praxe

Praxe	do 2 let	do 5 let	7 let	Celkem	
	AČ	AČ	AČ	AČ	RČ
ano	13	7	7	27	64%
ne	5	3	7	15	36%
celkem	18	10	14	42	100%

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 33



Zdroj: vlastní výzkum

Zajímavý výsledek jsme získali, když jsme porovnali odpovědi ve vztahu k době praxe. Zde zjišťujeme, že v kategorii respondentů, kteří vykonávají agendu příspěvku na péči 7 let je počet kladných a záporných odpovědí shodný, tedy 7 osob se po větším počtu kontaktů s umírajícími dokáže s umíráním vyrovnat a 7 respondentů se naopak s tímto fenoménem vyrovnat nedokáže. Předpoklad, že vzhledem k délce praxe budou odpovědi „ano“ převládající se nepotvrdil.

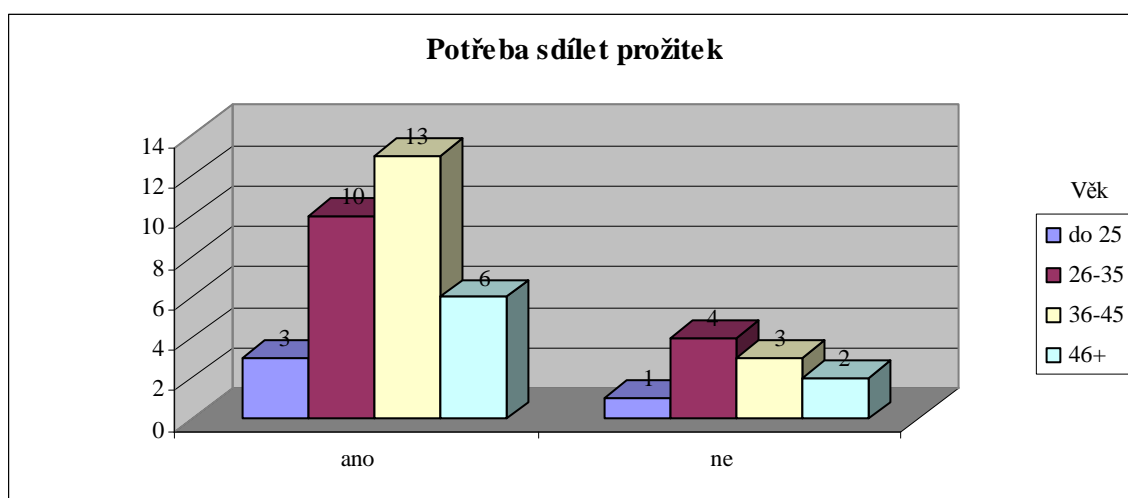
Vyhodnocení otázky č. 20 ve vztahu k otázce č. 2

Tabulka č. 36 – Potřeba sdílet prožitky v závislosti na věku

Věk	do 25	26-35	36-45	46+	Celkem	
	AČ	AČ	AČ	AČ	AČ	RČ
ano	3	10	13	6	32	76%
ne	1	4	3	2	10	24%
celkem	4	14	16	8	42	100%

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 34



Zdroj: vlastní výzkum

Potřebu sdílet s někým svůj prožitek s umírajícími má 32 (76%) z celkového počtu respondentů, avšak 10 (24%) tuto potřebu nemá. Nejvíce se o své zážitky dělí osoby ve věku 36-45 let. Jedná se o 13 respondentů z této nejpočetněji zastoupené skupiny.

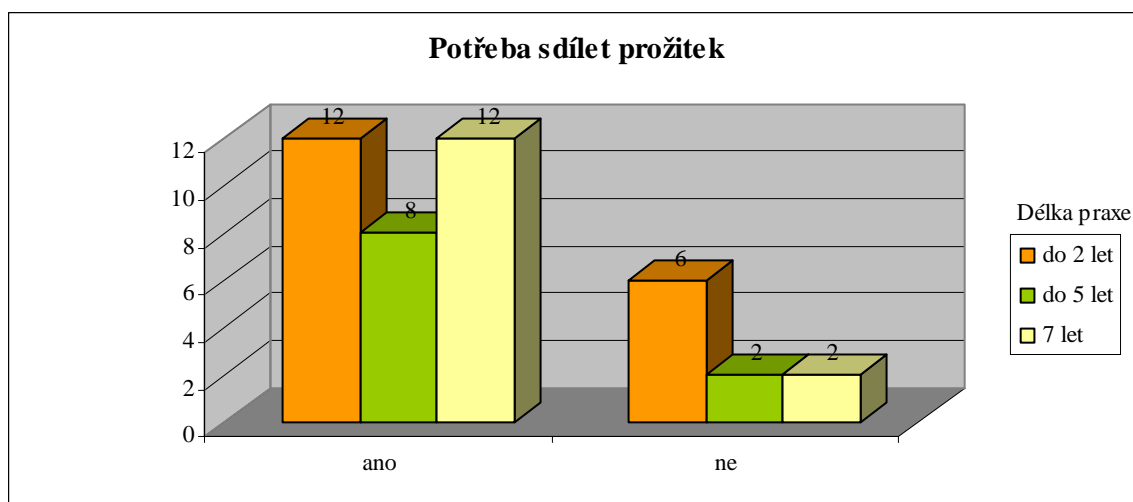
Vyhodnocení otázky č. 20 ve vztahu k otázce č. 3

Tabulka č. 37 - Potřeba sdílet prožitky v závislosti na délce praxe

Praxe	do 2 let	do 5 let	7 let	Celkem	
	AČ	AČ	AČ	AČ	RČ
ano	12	8	12	32	76%
ne	6	2	2	10	24%
celkem	18	10	14	42	100%

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 35



Zdroj: vlastní výzkum

Co se týká závislosti na době praxe, nejvíce respondentů má potřebu s někým sdílet svůj prožitek s umírajícími, pokud vykonávají agendu příspěvku na péči méně než 2 roky, nebo 7 let.

Vyhodnocení otázky č. 21

Sociální pracovníci měli slovně vyjádřit s kým mají potřebu sdílet prožitky s umírajícími. Otázka byla otevřená a odpovědělo na ni 32 respondentů. Někteří uvedli i více odpovědí, proto nelze otázku vložit do tabulky ani graficky znázornit. Nejčastější reakce na tento dotaz byla kolegyně v práci, spolupracovníci. Hodně se jich svěřuje také své rodině a nejméně respondentů hovoří o svých prožitcích s přáteli.

Vyhodnocení výzkumné otázky č. 4

Z výsledků šetření vyplynulo, že většina sociálních pracovníků, vykonávajících agendu příspěvku na péči věděla, že bude při prováděném sociálním šetření v přirozeném prostředí přicházet do kontaktu s klienty v terminálním stádiu života. Kladná odpověď byla zaznamenána u všech respondentů ve věku do 25 let a 26-35 let. Je ovšem chybou, že většina zaměstnavatelů své pracovníky na toto sociální šetření nepřipravila, což potvrzují všichni respondenti ve věku nad 46 let a s praxí do 5 let. Jistě k tomu přispívá i fakt, že není dostatek školení a kurzů, kde by se sociální pracovníci mohli dovědět informace o umírání, doprovázení umírajících a smrti. Po větším počtu kontaktů s umírajícími osobami se většina

sociálních pracovníků dokáže s tímto fenoménem lépe vyrovnat. K nečekanému výsledku dospělo šetření u respondentů se sedmiletou praxí, neboť ukázalo srovnatelný počet kladných a záporných odpovědí. Dalo by se více očekávat, že po tak dlouhé praxi bude vyrovnání se s umíráním snazší. Téměř $\frac{3}{4}$ sociálních pracovníků má potřebu prožitek s umírajícími s někým sdílet. Většinou jsou to spolupracovníci, rodina nebo přátelé. K uvedenému zjištění nás přivedla položka v dotazníku číslo 17-21.

5.2 Závěrečné shrnutí výzkumu

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, zda jsou sociální pracovníci na úřadech práce ve Zlínském kraji, vykonávající agendu příspěvku na péči připraveni na doprovázení umírajících klientů. Byly zvoleny 4 výzkumné otázky, na které by mělo výzkumné šetření odpovědět.

Z celkového počtu 42 respondentů, kteří se zapojili do dotazníkového šetření, byla převážná část žen a to celkem 41. Pokud se podíváme do praxe, je vidět, že mezi sociálními pracovníky vykonávajícími agendu příspěvku na péči je velmi málo mužů. Jak bylo zjištěno, v celém Zlínském kraji je jich pouze 5. Nejvíce sociálních pracovníků je ve věku 36-45 let, následuje věk 26-35 let, poté 46 let a více a nejméně je nejmladších sociálních pracovníků ve věku 25 let a méně.

Méně než 2 roky, tedy od sociální reformy, která proběhla k 1.1.2012, vykonává agendu příspěvku na péči největší počet respondentů. Tento výsledek nasvědčuje tomu, že zmíněnou agendu vykonávají nejvíce sociální pracovníci, kteří před sociální reformou pracovali na úřadech práce a vykonávali agendu státní sociální podpory. Naopak nejméně respondentů vykonává tuto agendu méně než 5 let. Před sociální reformou, přesněji od 1.1.2007, výkon této agendy prováděly městské úřady. Po celou tuto dobu, tj. 7 let ji vykonává 33% respondentů.

Z první výzkumné otázky vyplývá, že největší motivací k výkonu agendy příspěvku na péči byl pro respondenty zájem o obor, poté pracovat na pozici pomáhajícího pracovníka, pomáhat druhým. Nejméně respondentů odpovědělo, že jejich motivací byla potřeba být zaměstnán(a). Bylo by zapotřebí studenty, ještě dříve než se uplatní v pomáhajících profesích, především sociální pracovníky, lépe připravit na setkávání se s umírajícími klienty, smrtí a doprovázením umírajících ať už zařazením předmětu thanatologie či podobně zaměřeného předmětu do výuky, ale i povinnou praxí v zařízení, kde poskytují péči umírajícím a kde se

každodenně potkávají se smrtí klientů. Setkávání se s tímto fenoménem pouze okrajově je nedostačující, sociální pracovníci v praxi mnohdy neví, jakým způsobem s umírajícím jednat, jak se k němu chovat, jak na sobě nedat znát své emoce. Jednoznačně lze říci, že sociální pracovníci úřadů práce ve Zlínském kraji vykonávající agendu příspěvku na péči nejsou v rámci jejich studia dostatečně profesně připravováni na setkávání se při výkonu svého povolání s umíráním, smrtí a doprovázením umírajících.

V jakémkoli oboru je zapotřebí se neustále vzdělávat. Studium zákonů a metodických pokynů je pro sociální pracovníky samozřejmostí. Je velká škoda, že se zapomíná na thanatologii a doprovázení umírajících. Určitým řešením by bylo, kdyby se sami sociální pracovníci snažili získat informace alespoň samostudiem. I přesto, že sociální pracovníci neznají literaturu zaměřenou na thanatologii a ani se formou samostudia nesnaží získat informace o umírání, doprovázení umírajících a smrti, lze na druhou dílčí výzkumnou otázku odpovědět kladně. Sociální pracovníci vykonávající agendu příspěvku na péči považují za důležité mít znalosti z thanatologie.

K třetí výzkumné otázce lze říci, že pokud jsou kurzy či antistresové nebo relaxační programy ze strany pořadajících agentur nabízeny, není pro zaměstnavatele problém, aby své pracovníky na ně vyslali. To je jistě dobře, neboť účast na antistresových a relaxačních programech a dodržování duševní hygieny jsou prevencí syndromu vyhoření. Z praxe je ověřeno, že z nabízených kurzů je problematické vybrat takové, které jsou zaměřeny konkrétně na oblast thanatologie a doprovázení umírajících, neboť je jich pořádáno velmi málo, nebo nejsou pořádány vůbec. Pro sociální pracovníky by jistě bylo přínosem, kdyby se takových kurzů mohli účastnit a získat alespoň základní informace o umírání, doprovázení umírajících a smrti. Zaměstnavatelé by měli volat po tom, aby kurzy ať už z iniciativy MPSV, či vzdělávacích agentur, byly pořádány. Jelikož jsou sociální pracovníci ohroženou profesní skupinou, neméně důležitá je supervize, při níž se mají možnost naučit jak porozumět, jaké zaujímat postoje, jak jednat v určitých situacích s klienty apod. Odpověď na výše uvedenou dílčí výzkumnou otázku by se dala shrnout do jedné věty a to, že zaměstnavatelé dostatečně nevyužívají všechny jim dané možnosti a tím pro sociální pracovníky nevytváří ani zcela adekvátní podmínky, které by přispěly k průběžnému vzdělávání sociálních pracovníků s cílem jejich psychické podpory.

Z výzkumného šetření je zřejmé, že i když sociální pracovníci vědí, že budou docházet do kontaktu s klienty v terminální studiu života, nejsou připraveni v osobní rovině zvládat dopady z prováděných sociálních šetření. Mají potřebu se o svůj prožitek s umírajícími

s někým podělit a většinou jsou schopni se s umíráním lépe vyrovnat až poté, co s ním přijdou do styku opakovaně.

Na hlavní výzkumnou otázku, která zní: „Jsou sociální pracovníci úřadů práce ve Zlínském kraji, vykonávající agendu příspěvku na péči, připraveni zvládat psychicky náročnou práci s umírajícími?“ můžeme odpovědět, že sociální pracovníci nejsou dostatečně připraveni práci s umírajícími zvládat. Nepřipravuje je na ni dostatečně ani studium a ani zaměstnavatelé nevytváří dostatečné podmínky k tomu, aby pracovníci byli průběžně vzděláváni i po psychické stránce.

5.3 Doporučení pro praxi

Bakalářská práce má za úkol zmapovat, zda jsou sociální pracovníci úřadů práce ve Zlínském kraji, vykonávající agendu příspěvku na péči, připraveni zvládat psychicky náročnou práci s umírajícími.

Mohla by posloužit zaměstnavatelům - úřadům práce, aby se zamysleli nad tím, že je potřebné zabezpečit sociálním pracovníkům alespoň základní informace o umírání, doprovázení umírajících a smrti a psychicky je připravit na setkávání se s umírajícími. Mohla by sloužit taky školským zařízením, aby bojovala za zařazení thanatologie či podobně zaměřeného předmětu do vyučovacích osnov škol. Samotní sociální pracovníci by si po přečtení mohli uvědomit, že i z jejich strany je potřebná aktivita a to ve formě samostudia a sebevzdělávání v oboru thanatologie a doprovázení umírajících.

ZÁVĚR

Téma umírání a smrti a doprovázení umírajících by si jistě zasloužilo mnohem větší pozornost, než mu bylo věnováno v této práci, neboť je to téma opomíjené a tabuizované. Setkávat se s umírajícími a trpícími lidmi a doprovázet je při jejich umírání, vyžaduje od zúčastněných kromě dávky odvahy a porozumění, také jisté vědomosti a dovednosti. Takovou malou sondou do vědomostí a dovedností sociálních pracovníků byla i tato předložená bakalářská práce.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaká je připravenost sociálních pracovníků na úřadech práce ve Zlínském kraji vykonávajících agendu příspěvku na péči na doprovázení umírajících klientů.

V praktické části byly zpracovány výsledky dotazníkového šetření uskutečněného mezi sociálními pracovníky, vykonávajícími agendu příspěvku na péči na úřadech práce ve Zlínském kraji. Jednalo se konkrétně o pracovníky z kontaktních pracovišť úřadu práce: Bystřice pod Hostýnem, Holešov, Karolinka, Kroměříž, Otrokovice, Rožnov pod Radhoštěm, Slavičín, Uherský Brod, Uherské Hradiště, Valašské Klobouky, Valašské Meziříčí, Vsetín a Zlín. Přesto, že výzkumný vzorek nebyl dostatečně velký, je možno z praxe předpokládat, že stejná či podobná situace bude obdobná v celé ČR.

Existují různé metodické pokyny a školení, jakým způsobem provádět sociální šetření, jak vyhodnocovat jednotlivé úkony, které klienti nezvládají, ale se školením či kurzem, jak přistupovat ke klientům v terminálním stádiu života, jak s nimi hovořit, co je to umírání, doprovázení umírajících a smrt, se sociální pracovníci nemají možnost setkat. Nemyslí na to příliš ani osnovy škol, které sociální pracovníky na praxi připravují.

Cesta ke změně a zlepšení současné situace nebude určitě jednoduchá ani rychlá, ale jistě je na místě se o změnu alespoň pokusit. Podobné výzkumy, dokazující potřebu nejen odborného vzdělávání a proškolení sociálních pracovníků, ale také potřebu péče o jejich psychiku při práci s umírajícími, mohou být tím prvotním impulzem.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

DAVIES, Douglas James. *Stručné dějiny smrti*. Praha: Volvox Globator, 2007, 186 s. ISBN 978-80-7207-628-4.

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000, 207 s. ISBN 80-85931-79-6.

GÉRINGOVÁ, Jitka. *Pomáhající profese: tvořivé zacházení s odvrácenou stranou*. Praha: Triton, 2011, 198 s. ISBN 978-80-7387-394-3.

GIDDENS, Anthony. *Sociologie*. Praha: Argo, 1999, 595 s. ISBN 80-7203-124-4.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. 3. rozš. vyd. Praha: Galén, 2002, 272 s. ISBN 80-7262-132-7.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2., přeprac. vyd. Praha: Galén, 2007, 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.

HAYES, Nicky. *Základy sociální psychologie*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2003, 166 s. ISBN 80-7178-763-9.

CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada, 2007, 265 s. ISBN 978-80-247-1369-4.

JANKOVSKÝ, Jiří. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton, 2003, 223 s. ISBN 80-7254-329-6.

KELNAROVÁ, Jarmila. *Tanatologie v ošetrovatelství*. Brno: Littera, 2007, 112 s. ISBN 978-80-85763-36-2.

KOLEKTIV AUTORŮ. *Pečovatelská služba v České republice*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2010, 432 s. ISBN 978-80-904668-0-7.

KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese*. Vyd. 6. Praha: Portál, 2011, 147 s. ISBN 978-80-7367-922-4.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Vážně nemocný mezi námi*. Praha: Avicenum, 1989, 108 s. Bez ISBN

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002, 198 s. ISBN 80-247-0179-0.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro a Stanislav KACZMARCZYK. *Poslední úsek cesty*. Praha: Návrat domů, 1995, 93 s. ISBN 80-85495-43-0.

KUTNOHORSKÁ, J., M. CICHÁ a R. GOLDMANN. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2011, 189 s. ISBN 978-80-247-3843-7.

MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 2010, 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.

MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003, 380 s. ISBN 80-7178-548-2.

MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál, 2007, 183 s. ISBN 978-80-7367-310-9.

MATOUŠEK, O., P. KODYMOVÁ a J. KOLÁČKOVÁ. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005, 351 s. ISBN 80-7367-002-X.

MICHALÍK, Jan a kol. *Poradenství uživatelům sociálních služeb*. Olomouc: VCIZP – sekce vzdělávání, 2008, 142 s. ISBN 978-80-903658-2-7.

MICHALÍK, Jan a kol. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál, 2011, 511 s. ISBN 978-80-7367-859-3.

NOVOSAD, Libor. *Základy speciálního poradenství: struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním*. Praha: Portál, 2000, 159 s. ISBN 80-7178-197-5.

PERA, Heinrich a Bernd WEINERT. *Nemocným nablízku: jak pomáhat v těžkých chvílích*. Praha: Vyšehrad, 1996, 199 s. ISBN 80-7021-152-0.

ŘEZNÍČEK, Ivo. *Metody sociální práce: Podklady ke stážím studentů a ke kazuistickým seminářům*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1994, 75 s. ISBN 80-85850-00-1.

SLÁMA, O., L. KABELKA a J. VORLÍČEK. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, 2007, 362 s. ISBN 978-80-7262-505-5.

STUDENT, J.-Ch., A. MÜHLUM a U. STUDENT. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Jinočany: H&H, 2006, 161 s. ISBN 80-7319-059-1.

SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 7., dopl. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011, 149 s. ISBN 978-80-7195-580-1.

SVATOŠOVÁ, Marie. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?*. Praha: Grada, 2012, 109 s. ISBN 978-80-247-4107-9.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Poradenství pro pozůstalé*. Praha: Grada, 2008, 143 s. ISBN 978-80-247-1740-1.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krizová intervence pro praxi. 2.*, aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2011, 195 s. ISBN 978-80-247-2624-3.

VÁVROVÁ, Soňa. *Doprovázení v pomáhajících profesích*. Praha: Portál, 2012, 159 s. ISBN 978-80-262-0087-1.

VORLÍČEK, J., Z. ADAM a Y. POSPÍŠILOVÁ. *Paliativní medicína. 2.*, přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2004, 537 s. ISBN 80-247-0279-7.

VRTIŠKOVÁ, Marie. *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Tribun EU, 2009, 210 s. ISBN 978-80-7399-877-6.

VÝROST, Jozef a Ivan SLAMĚNÍK. *Sociální psychologie. 2.*, přeprac. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2008, 404 s. ISBN 978-80-247-1428-8.

LEGISLATIVA:

ČESKO. Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. In: Právní předpisy pro sociální služby dostupný také z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/z_108_2006.pdf.

ČESKO. Vyhláška č. 505 ze dne 14. listopadu 2006 kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. In: Právní předpisy pro sociální služby dostupný také z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/13639/v_505_2006.pdf.

PERIODIKA:

Etický kodex sociálních pracovníků České republiky. *Sociální práce/Sociálna práca*. 2004, č. 4, s. 29. ISSN 1213-6204.

HANUŠ, Petr. Kdo je sociální pracovník a proč by měl být vzdělaný. *Sociální práce/Sociálna práca*. 2007, č. 1, s. 5. ISSN 1213-6204.

HRONOVÁ, Marie. Supervize v sociálních službách. *Sociální služby*. 2009, č. 5, s. 24-25, ISSN 1803-7348.

JANKOVSKÝ, Jiří. Proměny povolání sociálního pracovníka. *Sociální práce/Sociálna práca*. 2007, č. 4, s. 42. ISSN 1213-6204.

KODYMOVÁ, P., R. SUDA a L. MUSIL. Profesionální zákon pro sociální práci – potřeba, nutnost, nebo nadbytečná regulace? *Sociální práce/Sociálna práca*. 2012, č. 3, s. 49-52. ISSN 1213-6204.

STŘELKOVÁ, Monika. Úkolem sociálních pracovníků je pomáhat, nikoliv činit zázraky. *Sociální práce/Sociálna práca*. 2007, č. 1, s. 20. ISSN 1213-6204.

ŠRAJER, Jindřich. Etika a požadavek komplexnosti v sociální práci. *Sociální práce/Sociální práca*. 2012, č. 3, s. 82. ISSN 1213-6204.

ŠUMBEROVÁ, Marie. Postoj pomáhajících pracovníků ve vybraném hospicovém zařízení ke smrti a jejich způsob zvládnání stresu z všudypřítomné smrti. *Sociální práce/Sociální práca*. 2011, č. 3, s. 101. ISSN 1213-6204.

VÁVROVÁ, Soňa a Renata POLEPILOVÁ. Výzkumné šetření o vzdělávání studentů pomáhajících profesí v oblasti thanatologie. *Sociální práce/Sociální práca*. 2010, č. 2, s. 71. ISSN 1213-6204.

ELEKTRONICKÉ ZDROJE:

KALVACH, Zdeněk a kol., *Manuál paliativní péče o umírající pacienty* [online]. [cit. 2012-10-08]. Dostupné z WWW: <<http://www.cestadomu.cz/res/data/046/005380.pdf>>

MISCONIOVÁ, Blanka, *Hospicová péče* [online]. [cit. 2012-10-02]. Dostupné z WWW: <<http://www.domaci-pece.info/hospicova-pece1>>

MPSV - *Změny v oblasti dalšího vzdělávání sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách* [online]. [cit. 2012-10-26]. Dostupné z WWW: <<http://www.mpsv.cz/files/clanky/11934/stanovisko.pdf>>

SLÁMA, O., M. ŠPINKOVÁ a L. KABELKA, *Standardy paliativní péče 2013* [online]. [cit. 2013-16-04]. Dostupné z WWW: <http://www.paliativnimedicina.cz/sites/www.paliativnimedicina.cz/files/users/simicek/spp_2013_def.pdf>

SVATOŠOVÁ, Marie, *Hospice a umění doprovázet* [online]. [cit. 2012-10-13]. Dostupné z WWW: <<http://www.hospice.cz/wp-content/uploads/oldhosp/doprovazeni.html>>

Tisková zpráva k výzkumu veřejného mínění [online]. [cit. 2012-10-04]. Dostupné z WWW: <<http://www.umirani.cz/res/data/017/001908.pdf>>

TOMEŠ, Igor. Sociální práce dnes a zítra. In: *Politiky a paradigmata sociální práce: Co jsme zdědili a co s tím uděláme?, Zlín 2011: sborník z konference* [online]. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2011 [cit. 2013-01-08]. Dostupné z: <<http://www.sockonference.fhs.utb.cz/sbornik.pdf>>

Vývoj obyvatelstva České republiky v roce 2011 [online]. [cit. 2012-10-04]. Dostupné z WWW: <[http://volby-cz.info/csu/2012ediciplan.nsf/t/6A002ECDC2/\\$File/400712.pdf](http://volby-cz.info/csu/2012ediciplan.nsf/t/6A002ECDC2/$File/400712.pdf)>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

AČ	absolutní četnost
apod.	a podobně
cit.	citováno
č.	číslo
ČR	Česká republika
Dr.	doktor
kol.	kolektiv
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
např.	například
RČ	relativní četnost
s.	strana
Sb.	Sbírka
tj.	to je
tzv.	tak zvaně
vyhl.	vyhláška
zák.	zákon

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1: Pohlaví.....	46
Tabulka č. 2: Věk.....	47
Tabulka č. 3: Délka praxe výkonu agendy.....	48
Tabulka č. 4: Motivace k výkonu agendy příspěvku na péči (věk).....	49
Tabulka č. 5: Motivace k výkonu agendy příspěvku na péči (délka praxe).....	50
Tabulka č. 6: Setkání se s předmětem thanatologie v rámci studia (věk).....	51
Tabulka č. 7: Setkání se s předmětem thanatologie v rámci studia (délka praxe).....	52
Tabulka č. 8: Návštěva zařízení poskytujících péči umírajícím (věk).....	52
Tabulka č. 9: Návštěva zařízení poskytujících péči umírajícím (délka praxe).....	53
Tabulka č. 10: Dostatečná příprava na setkávání se s umírajícími a jejich doprovázení (věk)	54
Tabulka č. 11: Dostatečná příprava na setkávání se s umírajícími a jejich doprovázení (délka praxe).....	55
Tabulka č. 12: Důležitost znalosti thanatologie (věk).....	57
Tabulka č. 13: Důležitost znalosti thanatologie (délka praxe).....	58
Tabulka č. 14: Důležitost rozvíjení znalostí (věk).....	59
Tabulka č. 15: Důležitost rozvíjení znalostí (délka praxe).....	59
Tabulka č. 16: Snaha získat informace z thanatologie (věk).....	60
Tabulka č. 17: Snaha získat informace z thanatologie (délka praxe).....	61
Tabulka č. 18: Znalost literatury (věk).....	62
Tabulka č. 19: Znalost literatury (délka praxe).....	63
Tabulka č. 20: Účast na relaxačních programech a kurzech (věk).....	65
Tabulka č. 21: Účast na relaxačních programech a kurzech (délka praxe).....	66
Tabulka č. 22: Dostatečnost kurzů a školení zaměřených na thanatologii a doprovázení umírajících (věk).....	66

Tabulka č. 23: Dostatečnost kurzů a školení zaměřených na thanatologii a doprovázení umírajících (délka praxe).....	67
Tabulka č. 24: Znaky syndromu vyhoření (věk).....	68
Tabulka č. 25: Znaky syndromu vyhoření (délka praxe).....	69
Tabulka č. 26: Poskytnutí supervize (věk).....	70
Tabulka č. 27: Poskytnutí supervize (délka praxe).....	71
Tabulka č. 28: Přínos supervize (věk).....	72
Tabulka č. 29: Přínos supervize (délka praxe).....	72
Tabulka č. 30: Připravenost na sociální šetření (věk).....	74
Tabulka č. 31: Připravenost na sociální šetření (délka praxe).....	74
Tabulka č. 32: Povědomí o sociálním šetření u klientů v terminálním stádiu života (věk).....	75
Tabulka č. 33: Povědomí o sociálním šetření u klientů v terminálním stádiu života (délka praxe).....	76
Tabulka č. 34: Dovednost vyrovnat se s umíráním (věk).....	77
Tabulka č. 35: Dovednost vyrovnat se s umíráním (délka praxe).....	78
Tabulka č. 36: Potřeba sdílet prožitek (věk).....	79
Tabulka č. 37: Potřeba sdílet prožitek (délka praxe).....	80

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1: Pohlaví.....	46
Graf č. 2: Věk.....	47
Graf č. 3: Délka výkonu agendy.....	48
Graf č. 4: Motivace k výkonu agendy příspěvku na péči (věk).....	49
Graf č. 5: Motivace k výkonu agendy příspěvku na péči (délka praxe).....	50
Graf č. 6: Předmět thanatologie (věk).....	51
Graf č. 7: Předměte thanatologie (délka praxe).....	52
Graf č. 8: Návštěva zařízení (věk).....	53
Graf č. 9: Návštěva zařízení (délka praxe).....	54
Graf č. 10: Dostatečnost vzdělání (věk).....	55
Graf č. 11: Dostatečnost vzdělání (délka praxe).....	56
Graf č. 12: Důležitost znalostí (věk).....	57
Graf č. 13: Důležitost znalostí (délka praxe).....	58
Graf č. 14: Důležitost rozvíjení znalostí (věk).....	59
Graf č. 15: Důležitost rozvíjení znalostí (délka praxe).....	60
Graf č. 16: Snaha získat informace z thanatologie (věk).....	61
Graf č. 17: Snaha získat informace z thanatologie (délka praxe).....	62
Graf č. 18: Znalost literatury (věk).....	63
Graf č. 19: Znalost literatury (délka praxe).....	64
Graf č. 20: Účast na relaxačních programech a kurzech (věk).....	65
Graf č. 21: Účast na relaxačních programech a kurzech (délka praxe).....	66
Graf č. 22: Dostatečnost kurzů (věk).....	67
Graf č. 23: Dostatečnost kurzů (délka praxe).....	68
Graf č. 24: Znaky syndromu vyhoření (věk).....	69

Graf č. 25: Znaký syndromu vyhoření (délka praxe).....	70
Graf č. 26: Poskytnutí supervize (věk).....	71
Graf č. 27: Poskytnutí supervize (délka praxe).....	72
Graf č. 28: Připravenost na sociální šetření (věk).....	74
Graf č. 29: Připravenost na sociální šetření (délka praxe).....	75
Graf č. 30: Sociální šetření u klientů v terminálním stádiu života (věk).....	76
Graf č. 31: Sociální šetření u klientů v terminálním stádiu života (délka praxe).....	77
Graf č. 32: Dovednost vyrovnat se s umíráním (věk).....	77
Graf č. 33: Dovednost vyrovnat se s umíráním (délka praxe).....	78
Graf č. 34: Potřeba sdílet prožitky (věk).....	79
Graf č. 35: Potřeba sdílet prožitky (délka praxe).....	80

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha PI - Dotazník

Příloha PII – E-mail rozeslaný sociálním pracovníkům

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

DOTAZNÍK

- 1) **Pohlaví**
 - a) žena
 - b) muž

- 2) **Věk**
 - a) 25 let a méně
 - b) 26-35 let
 - c) 36-45 let
 - d) 46 let a více

- 3) **Jak dlouho vykonáváte agendu příspěvku na péči?**
 - a) méně než 2 roky
 - b) méně než 5 let
 - c) po celou dobu existence agendy, tj. 7 let

- 4) **Co Vás osobně motivovalo k výkonu agendy příspěvku na péči?**
 - a) pracovat na pozici pomáhajícího pracovníka – pomáhat druhým
 - b) zájem o obor
 - c) potřeba být zaměstnán(a)

- 5) **Setkal(a) jste se v rámci Vašeho studia s předmětem, jehož náplní byla thanatologie (nauka o smrti a umírání) nebo podobně zaměřeným předmětem?**
 - a) ano, napište ve kterém
 - b) ne

- 6) **Měl(a) jste možnost v rámci studijní praxe navštívit zařízení, ve kterém poskytují péči umírajícím a kde je možné se každodenně potkávat se smrtí klientů (např. hospic, oddělení paliativní péče apod.)?**
 - a) ano
 - b) ne

- 7) **Domníváte se, že Vaše vzdělání Vás dostatečně připravilo na setkávání se s umírajícími a jejich doprovázení v emoční oblasti?**
 - a) ano
 - b) ne

- 8) **Domníváte se, že je důležité, aby sociální pracovník vykonávající agendu příspěvku na péči měl znalosti z oboru thanatologie nebo podobně zaměřeného oboru?**
- a) ano
 - b) ne
- 9) **Považujete za důležité rozvíjet znalosti z uvedené oblasti?**
- a) ano
 - b) ne
- 10) **Snažíte se nějakým způsobem (četbou knih, prostřednictvím internetu) sám(sama) získat informace o umírání, doprovázení umírajících a smrti?**
- a) ano
 - b) ne
- 11) **Znáte nějakou literaturu zaměřenou na thanatologii?**
- a) ano
 - b) ne
- 12) **Máte možnost se účastnit v rámci psychické podpory ze strany zaměstnavatele na antistresových nebo relaxačních programech či kurzech pro pomáhající pracovníky v sociálních službách jako např. zvládání stresu a zátěže, zvládání konfliktů, krizové intervence, doprovázení umírajících?**
- a) ano
 - b) ne
- 13) **Domníváte se, že je nabídka kurzů či školení zaměřených na thanatologii a doprovázení umírajících dostatečná?**
- a) ano
 - b) ne
- 14) **Pocíval(a) jste během doby, kdy vykonáváte agendu příspěvku na péči ztrátu elánu, radosti ze života, energie a nadšení?**
- a) ano
 - b) ne
 - c) občas

- 15) **Byla Vám ze strany zaměstnavatele poskytnuta možnost supervize?**
a) ano
b) ne
- 16) Jestliže jste na předchozí otázku odpověděl(a) *ano*, pokračujte, prosím touto otázkou. Jestliže jste uvedl(a) *ne*, pokračujte otázkou č. 17
Byla pro Vás supervize přínosem?
a) ano
b) ne
- 17) **Byl(a) jste ze strany zaměstnavatele připraven(a) na provádění sociálního šetření v přirozeném prostředí klienta, který se nachází v terminálním stádiu života?**
a) ano
b) ne
- 18) **Věděl(a) jste, že budete při prováděném sociálním šetření v přirozeném prostředí přicházet do kontaktu s klienty v terminálním stádiu jejich života?**
a) ano
b) ne
- 19) **Dovedete se po větším počtu kontaktů s umírajícími osobami s tímto fenoménem lépe vyrovnat?**
a) ano
b) ne
- 20) **Míváte potřebu Váš prožitek s umírajícími s někým sdílet?**
a) ano
b) ne
- 21) Jestliže jste na předchozí otázku odpověděl(a) *ano*, napište prosím
S kým máte potřebu tento prožitek sdílet?.....

PŘÍLOHA P II: E-MAIL ROZESLANÝ SOCIÁLNÍM PRACOVNÍKŮM

I.pipalova@seznam.cz
(bez předmětu)
6. 3. 2013, 9:59:04
Komu:

Vážení sociální pracovníci,

jmenuji se Ivana Pipalová a jsem studentkou Fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. V rámci výzkumné části méjí bakalářské práce se zabývám připraveností sociálních pracovníků úřadů práce ve Zlínském kraji, vykonávajících agendu příspěvku na péči, na zvládání psychicky náročné práce s umírajícími.

Dovoluji si Vás tímto poprosit o vyplnění dotazníku, který je nastaven přes službu Google Documents, čímž je zaručena anonymita Vašich odpovědí.

Děkuji Vám upřímně za ochotu, vstřícnost a Váš čas.

S pozdravem

Ivana Pipalová

Dotazník naleznete na odkazu:

<https://docs.google.com/forms/d/1SVEbKfQDFX33WESVs2BxX12DgV7L75nfAasiTtoX0-Y/viewform>

Pokyny pro vyplnění dotazníku:

Pokud není uvedeno jinak, vyberte z nabízených možností vždy jen jednu odpověď a tuto označte.

Dotazníky prosím vyplňte do 15.3.2013.