

Smrt a umírání z pohledů pracovníků v sociálních službách ve Zlínském kraji

Tomáš Surý

Bakalářská práce
2019



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2018/2019

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Tomáš Surý**
Osobní číslo: **H160497**
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Smrt a umírání z pohledu pracovníků sociálních služeb ve Zlínském kraji**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti stárnutí, umírání a vyrovnávání se s terminálním stádiem života.

Příprava metodiky empirické části, zpracování projektu výzkumu a stanovení výzkumného problému.

Realizace kvantitativního výzkumu formou dotazníků.

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:

GLOSOVÁ, Dagmar. Bydlení pro seniory. Brno: ERA, c2006. 21. století. ISBN 80-7366-057-1.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. Thanatologie: nauka o umírání a smrti. 2., přeprac. vyd. Praha: Galén, c2007. ISBN 9788072624713

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

MALÍKOVÁ, Eva. Péče o seniory v pobytových sociálních (sic) zařízeních. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3148-3.

VÁGNEROVÁ, Marie. Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří. Praha: Portál, 2000. ISBN 8071783080.

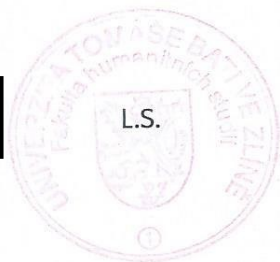
Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Eva Šalenová**
Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce: **27. listopadu 2018**

Termín odevzdání bakalářské práce: **26. dubna 2019**

Ve Zlíně dne 27. listopadu 2018


doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka




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 obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná 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. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ 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 5.4.2019.



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 Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) 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, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní 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, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

V bakalářské práci se zaměříme na přístupy a názory pracovníků v sociálních službách k smrti a umírání. Toto téma je v dnešní době často tabuizováno a smrt se chápe jenom jako odchod bezvýznamných lidí za oponou v nemocnici. Avšak pracovníci v sociálních službách se s těmito jevy pravidelně setkávají, přičemž má tato skutečnost na jejich život značný vliv. Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části se seznámíme s tématy smrti, umírání, paliativní péče, eutanázie a syndromu vyhoření. V praktické části se poté budeme věnovat výzkumu, který jsem realizoval s pracovníky v sociálních službách.

Klíčová slova: smrt, umírání, pracovníci v sociálních službách, eutanázie syndrom vyhoření

ABSTRACT

This bachelor theses is focused on attitudes and opinions of workers in social services towards death and dying. This topic is tabooed and death is understood only as a exit of insignificant people at a hospital behind the veil. Nevertheless workers in social services are daily in situations matched with those phenomena while it influences their life considerably. The bachelor theses is devided into two parts. First is theoretical and second is empirical. In theoretical part we will be acquainted with topics as death, dying, paliative care, euthanasia and burn out effect. In empirical part we will be acquainted with research I did with workers in social sercices.

Keywords: death, dying, workers in social services, euthanasia, burn out effect

Děkuji Mgr. Šalenové za velkou ochotu pomoci mi při tvorbě mé bakalářské práce. Rovněž bych jí chtěl poděkovat za skvělé konzultace a dochvilnost při komunikaci. Zároveň bych chtěl poděkovat také všem respondentům, kteří se s velkou ochotou mého výzkumného šetření zúčastnili.

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

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 SMRT	12
1.1 EXISTUJE ŽIVOT PO SMRTI?.....	13
1.2 CO SE SKRÝVÁ ZA UMÍRÁNÍM?	14
1.3 PRVNÍ MINUTY PO SMRTI	15
1.4 PÉČE O MRTVÉ TĚLO	16
1.5 MODEL UMÍRÁNÍ PODLE ELISABETH KÜBLER-ROSSOVÉ	16
1.5.1 Fáze podle Kübler-Rossovové:	16
2 PALIATIVNÍ PÉČE	18
2.1 JEDNOTLIVÉ MEZINÁRODNÍ DEFINICE PALIATIVNÍ PÉČE.....	18
2.2 FORMY PALIATIVNÍ PÉČE	19
2.3 ETICKÉ OTÁZKY TERMINÁLNÍ FÁZE ŽIVOTA.....	20
3 EUTANÁZIE	21
3.1 CO JE TEDY EUTANÁZIE?	21
3.1.1 Nejednoznačná pasivní eutanázie	21
3.2 LEGISLATIVA TÝKAJÍCÍ SE EUTANÁZIE V HISTORII.....	22
3.3 ROZDÍL MEZI AKTIVNÍ A PASIVNÍ EUTANÁZIÍ.....	23
3.3.1 Definice aktivní eutanázie	23
3.3.2 Definice pasivní eutanázie	24
3.4 AKTIVNÍ A PASIVNÍ EUTANÁZIE V LEGISLATIVĚ.....	24
4 SYNDROM VYHOŘENÍ	26
4.1 JAKÁ MOHOU BÝT RIZIKA – POVOLÁNÍ A STRES	26
4.2 FÁZE ROZVOJE SYNDROMU VYHOŘENÍ	27
4.3 PREVENCE SYNDROMU VYHOŘENÍ.....	31
4.4 JAK POSTUPOVAT?.....	31
5 ZÁVĚR TEORETICKÉ ČÁSTI	34
II PRAKTICKÁ ČÁST	35
6 VÝZKUM	36
6.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM	36
6.2 VÝZKUMNÝ CÍL	36
6.3 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	36
6.3.1 Dílčí výzkumné cíle	37
6.4 FORMA VÝZKUMU A METODA SBĚRU DAT	37
6.5 VÝZKUMNÝ SOUBOR	38
7 VÝSLEDKY VÝZKUMU	39
7.1 POPIS VÝZKUMNÉHO SOUBORU	39
7.2 SETKÁVÁNÍ SE SE SMRTÍ, NÁZORY NA SMRT A UMÍRÁNÍ	44
7.3 PSYCHOHYGIENA PRACOVNÍKŮ V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH, JEJICH POVĚDOMÍ A NÁZORY NA PALIATIVNÍ PÉČI A EUTANÁZII.....	53
8 SHRUTÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU	60

8.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	61
ZÁVĚR	63
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	65
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	67
SEZNAM TABULEK.....	68
SEZNAM PŘÍLOH.....	69

ÚVOD

Bakalářská práce se věnuje tématu smrti a umírání z pohledu pracovníků v sociálních službách. Smrt je velmi tabuizované téma a jeho institucionální podoba pak snad ještě více. Smrt si většina populace představuje jako náhlý odchod v pozhnaném věku někde na nemocničním lůžku za plentou, avšak pravda nemusí být vždy taková. Pracovníci setkávající se se smrtí jsou každodenně vystaveni náročným životním situacím, ve kterých je testována jejich odolnost vůči stresu. Téma jsem si vybral zejména z toho důvodu, že je potřebné poukázat na náročnost takového povolání a uvědomit si, že pracovníci při svém povolání prožívají řadu nepříjemných momentů. Společnost si tak musí uvědomit, že musí k těmto pracovníkům přistupovat s větším respektem a obdivem a ke smrti samotné se nestavět naprosto odměřeně, jako by umírající člověk byl méněcenným. Cílem bakalářské práce je zprostředkování základních informací, potřebným k porozumění dané problematice a k lepšímu pochopení reálných situací, do kterých se pracovníci v sociálních službách denně dostávají. V teoretické části se budeme věnovat smrti, jejím druhům a péči o mrtvé tělo. Poté si shrneme názory některých autorů na „život po smrti“ a uvedeme si model umírání podle autorky Kübler-Rossové. Dále se budeme věnovat paliativní péči, která je nedílnou součástí umírání, přičemž si definujeme, co to paliativní péče je, jaké má formy a uvedeme si také etické otázky v souvislosti s terminální fází života. Dalším velkým tématem bude eutanázie, která jako taková je v ČR stále ještě nelegální. Dozvíme se základní informace o eutanázii, jaký je rozdíl mezi aktivní a pasivní eutanázií, což je stále velmi problematická otázka a zaměříme se také na legislativu a dějiny eutanázie. Posledním stěžejním bodem bude syndrom vyhoření. Budeme se zabývat riziky, fázemi rozvoje syndromu vyhoření a jeho prevencí. V praktické části se budeme věnovat výzkumu, který probíhal kvantitativní formou – dotazníky. Budeme se zabývat profesním a osobním životem pracovníků v souvislosti s tématem smrti a umírání, vyhoření a také jejich názory na tuto problematiku.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 SMRT

Smrtí se rozumí zánik organismu, tedy i člověka. Z jistého hlediska lze říci, že člověk umírá od chvíle svého narození. Smrt je předurčena a život bez smrti nemůže existovat. V minulosti umírali lidé především přirozenou smrtí, tzv. sešlostí věkem. V dnešní době je smrt zpravidla terminálním stavem nějaké nemoci. V nemocnici nebo v jiné instituci dochází k lékařské smrti, což je termín pro smrt následkem nemoci. Podle rychlosti skonu lze smrt rozdělit na smrt náhlou, smrt rychlou nebo smrt pomalou. Náhlá smrt přichází bez jakýchkoli signálů, smrt rychlá to činí buď v omezeném rozsahu, nebo nezřetelně. Pojmy náhlá a rychlá smrt se tedy téměř překrývají. Náhlá smrt bývá často spojována s tragickou smrtí, jako je například smrt úrazem nebo smrt při autonehodě. Pojem rychlá smrt je zejména spojován s nemocemi, které zapříčiní brzké úmrtí. Podstatné je, že oba tyto pojmy zaskočí příbuzné zcela nepřipravené. V odborné literatuře se můžeme setkat také s termíny avizovaná či neavizovaná smrt. Pomalá smrt je avizovaná, neboť ohlašuje svůj příchod. Umírající má řadu obtíží, které signalizují blížící se smrt, a tak mohou příbuzní reagovat na tuto skutečnost přípravou na ztrátu. Pomalá smrt bývá velmi často vnímána jako proces plný bolesti a utrpení. Ani avizovaná smrt však nemusí pro příbuzné působit jako podnět pro přípravu na smrt blízké osoby. Smrt také rozlišujeme na smrt předčasnou, smrt přiměřenou nebo smrt v pozeňnaném věku. V dnešní době většina lidí preferuje rychlou či náhlou smrt. Samostatnou kapitolu pak představuje smrt, kterou si člověk přivodí sám, a to buď úmyslně – sebevražda, nebo neúmyslně – sebezabitím. V evropské kultuře byla tolerována a povolována úmyslná forma vlastního zapříčinění úmrtí. Ve starověkém Řecku mohly osoby, které chtěly umřít, přijmout od úředníků jed. Důvodem, proč se lidé rozhodli odejít ze života, nebyla pouze nemoc, ale mnohdy šlo i o ztrátu cti. Ještě donedávna se vyskytovaly alternativy, kdy byla sebevražda náhradou za veřejnou popravu. Německému hrdinovi Erwinu Rommelovi, který byl spolupachatelem atentátu na Adolfa Hitlera, byla v roce 1944 udělena možnost sebevraždy. Kamikadze, což byli piloti z Japonska, často umírali přímo v letounech. Sebevražda byla taky alternativou v nepříznivých životních situacích, avšak lékaři řídící se přísahou Hippokrata odsuzovali podávání jedu. S příchodem křesťanství se stala sebevražda opovrhovaným jevem spojovaným s těžkým hříchem a osoby, které spáchaly sebevraždu, byly odsouzeny k věčnému neklidu a pohřbeny v nevyšvěcené půdě u hřbitovních zdí. Později byl dokonce vydán příkaz, aby se osoby, které spáchaly sebevraždu, nepohřbívaly vůbec a osoby, které se o ni neúspěšně pokusily, byly okamžitě exkomunikovány. Později se příkaz zmínil, a tak sebevražda byla aktem věhlasných

filozofů, jako byli David Hume, Tomáše Garrigue Masaryka nebo Thomase Moore. Sebevraždy jsou však nadále společností nechápani a odmítáni, zejména kvůli spjatosti sebevraždy s vinou. Rozporuplný je přístup k osobám, které se k sebevraždě uchýlí z nejasných a banálních důvodů, kdežto eutanázie je vnímána jako něco, co je dobrým řešením, pokud člověk již nemůže ve svém životě najít žádný smysl bytí. Názor zastánců eutanázie je však jiný. Podle nich je osoba, která podstoupí eutanázii lépe pochopitelná než osoba, která eutanázii podstoupí ze zcela jiných důvodů. Do dnešní doby přetrvává křesťanský pohled na fakt, že život byl člověku dán, a tedy není člověk oprávněn si život vzít. Fenomémem je také nechtěná sebevražda, kdy se osoby pokoušejí pouze nastražit sebevraždu kvůli nedostatku pozornosti ze strany svého okolí. (Haškovcová, 2007, s. 89–92)

1.1 Existuje život po smrti?

Téměř každý z nás se už v průběhu svého života zabýval otázkou, co následuje po smrti. Interpretací na toto téma je mnoho a posmrtný život je mystériem, které zde bylo již od nepaměti. Cílem není se individuálně zabývat, kdo věří a nevěří v život po smrti, nýbrž tím, jaká tvrzení o tomto fenoménu přináší lékaři, kteří mají dojem, že nachází jisté důkazy o tom, že po smrti skutečně něco je. Elizabeth Kübler-Rossová a Raymond A. Moody jsou v tomto kontextu nejvýznamnějšími osobnostmi. Kübler-Rossová se celý svůj život starala o umírající a zapsala se jako přelomová autorka v thanatologii. Její úsilí ji nasměrovalo k osobnímu přesvědčení, že smrtí cesta nekončí a že se po smrti všichni setkáme s osobami, které již nežijí. Její vize o posmrtném životě byly velmi zajímavé. Představovala si prostor, v němž neexistuje ani čas, ani prostor a kde může dělat vše dle svého uvážení. Díky své odbornosti ovlivnila i myšlení řady lidí, kteří se k její víře přidali. Přestože měla přímou zkušenost s mimotělními zážitky, tak se o způsobu návratu kvůli nedořešeným situacím mluvila spíše v humorném kontextu. Kübler-Rossová tak přirovnávala smrt k svléknutí kukly motýlem. Snažil se přimět svět, aby pochopil, že po smrti člověk žije na vyšší úrovni vědomí. Pozornost upoutal také Raymond A. Moody. Získal ji zejména díky svému dílu *Život po životě*, které vyšlo roku 1975. Právě tomuto tématu se věnoval po celý svůj život. U tohoto díla je potřeba odlišit fakta, která se dají vědecky podložit, a pouhé názory samotného autora, silně ovlivněny jeho vírou – tzv. Lazarův syndrom. Podstata Lazarova syndromu tkví v intrapsychických stavech, které lidé zažívají bezprostředně před smrtí. Povědomost o existenci tohoto fenoménu byla již ve starověkém Řecku, rovněž ji

můžeme najít v Tibetské knize mrtvých. V dnešní době se lze setkat s řadou lidí, kteří byli přímými účastníky tzv. klinické smrti. Nejčastěji to bylo přežití vlastní smrti při srdeční zástavě, kdy lidé po úspěšném obnovení životních funkcí popisovali své pocity a návrat do života. Moody sepsal zkušenosti 150 lidí, kteří si prošli klinickou smrtí, avšak důležitým přínosem byla Moodyho tvrzení, že obsah intrapsychických stavů vypovídá o životě po smrti. Je známo, že při zástavě oběhu a dýchání mozek produkuje aktivitu, kdy člověk sní. Lidé většinou potřebují víru v posmrtný život, aby jejich život nepostrádal smysl. Ani jeden z autorů nebyli pro své názory odmítáni, o čemž svědčí i vznik organizace pro zkoumání Lazarova syndromu či Společnost pro studium zážitků blízkých smrtí – NDE (near death experience). Podle biblických výroků je jedinou šancí na život po smrti Bůh. Rozumí se tím smrt fyzická, ale nikoli smrt duše. Z hebrejského slova *nefeš*, od kterého byla duše odvozena, však není přesným překladem. Přesnějším překladem je kombinace slov život, lidské vědomí a dech. Právě pojem nesmrtelnost je pro křesťany existující skutečnost, které se však dočkají až po smrti fyzického těla. V medicíně je ovšem neetické na lůžku umírajícího pacienta rozebírat filozofickou otázku smrti či jeho víru a postoj k tomuto fenoménu. Nutit pak někomu názor, že víra je jenom oslepení lidí, aby měli v životě nějaký smysl, je stejně nesmyslné jako přesvědčování materialisticky zaměřeného člověka o existenci duchovna a vštěpování mu názorů s tím spojených. (Haškovcová, 2007, s. 92–95)

1.2 Co se skrývá za umíráním?

Utrpení je obvyklou součástí umírání, kdy je člověk bezmocný a je si vědom blízkého odchodu. Nejde pouze o fyzickou bolest, ale také o psychické a emocionální strádání. Člověk si uvědomuje, že jeho smrt bude také koncem jeho celoživotního úsilí, úspěchů a snů. Podle některých autorů je dokonce psychické a emocionální strádání pro pacienta daleko horší než fyzická bolest. V paliativní péči se využívá řada léčiv, jako jsou glukokortikoidy, antidepresiva nebo antikonvulziva. Tato léčiva mají silný účinek, a aktivně tak přinášejí úlevu. Moderní medicína přináší stále nové a nové způsoby, jak lze nemocným ulehčit od jejich utrpení, a věnovat jim tak možnost prožít zbytek svého života na kvalitní úrovni. V současném lékařství není problémem nedostatek léčiv, ale strach příbuzných z opiátů. Dalším problémem je nedostatečné vzdělání lékařů v adekvátní léčbě bolesti. Přitom stačí pochopit bolest jako jeden z komponentů utrpení, a následně neexistuje možnost, že by ně-

jakému pacientovi nemohlo být pomoci. Dalším problémem je individualita pacienta. Některý pacient není schopný zvládat emocionálně blížící se smrt a jiný pacient naopak nemůže vystát fyzickou bolest. Proto je také žádoucí přistupovat ke každému pacientovi s pochopením a snahou dopřát mu důstojný odchod. (Byock, 1997, s. 79–85)

Pokud umírá blízký člověk, tak příbuzní vnímají především zármutek, bolest a ztrátu. Přitom je důležité poskytnout umírajícímu útěchu, porozumění a podporu. V tomto kontextu je nutno zmínit pojem *vědomí blízkosti smrti*. Jde v jistém smyslu o ovládnutí procesu umírání, kdy si pacient uvědomuje, co je umírání a jaké jsou potřebné kroky k tomu, aby pacient zemřel pokojně. V terminálním stádiu pacienti mnohdy gestikulují a mluví nesmyslně. Lékaři tak označují jejich stav za zmatenost a halucinace. Zřídka se stává, že rodinní příslušníci reagují na tento jev negativně nebo popuzeně. Pokud přistupujeme k pacientovi s porozuměním, pak můžeme pochopit jeho sdělení prostřednictvím symbolů a náznaků. V případě, kdy dojde k porozumění, nastává k možnosti zlepšit či změnit přístup k umírajícímu a pochopit souvislosti, které pacient při umírání prožívá. Při umírání se setkáváme zejména se dvěma typy poselství. Jedním je pacient, snažící se popsat proces umírání, a druhým pacient, žádající o něco, co jim umožní klidnou smrt. Častá je interpretace onoho světa, kde pacienti viděli osoby, které my nevidíme, nebo dokáží sami určit čas své smrti. Ne vždy je snadné pochopit přání umírajícího člověka. Již v starobylých kulturách byli umírající vystaveni vidinám při blízké smrti, přičemž stojí za to zmínit podobu jednotlivých vizí, nezávisle na odlišných kulturách. V některých případech to byly popisy lidí, kteří se ocitli v klinické smrti. Existuje řada svědectví o prahu smrti, a to v různých kulturách a časových obdobích. (Kelleyová a Calannanová, 1992, s. 36–37)

1.3 První minuty po smrti

Zatím jsou zvládnuty věcně a formálně pouze bezprostřední chvíle po smrti. Značný vliv na to má i smrt v rodinném kruhu, případně smrt osamocená. Po úmrtí je okruh příbuzných bezradný. Sice příbuzní o blížící se smrti věděli, přesto je ztráta zasáhla a musí na ni reagovat. Obecné rady jsou zejména v nalezení aktivit. Smíření se s úmrtím je individuální a není vhodné kritizovat člověka pro spontánní projevy smutku. Není vhodné zůstat s mrtvým tělem sám. Proto by měla být o pomoc požádána zdravotní sestra nebo laik podle místa skonu.

1.4 Péče o mrtvé tělo

Smrt konstatuje vždy pouze lékař. Nejčastějším kritériem je smrt konstatována jako nenávratná srdeční zástava. V případě možnosti odběru orgánů pro transplantaci se jedná o smrt mozku. Zemřelému je po smrti nutností zajistit intimní náležitost, a to ať už použitím záclony, nebo odvoz na pokoj k tomu určenému. Je potřeba ohledu k pacientům, kteří nejsou schopni pokoj opustit, a jsou tak nuceni se zemřelým sdílet pokoj. Zdravotní sestra následně provede péči o mrtvé tělo. Její povinností je zemřelému zavřít oči, podvázat bradu, omýt tělo, vyjmout zubní protězu a sejmout všechny osobní doplňky jako jsou náramky, řetízky, hodinky atp. Dále je sestra povinna ovázat rány, zajistit identifikaci dvěma jmenovkami, na kterých je jasně napsáno jméno, datum narození a úmrtí. Dalším údajem je oddělení, kde člověk zemřel. Jedna jmenovka se připevní na pravé zápěstí a druhá okolo pravého kotníku dolní končetiny. V případě, kdy byla některé z končetin amputována, se údaje píšou popisovačem na kůži. Následně je tělo zabaleno do prostěradla. Na oddělení tělo zůstává 2 hodiny v klidu, a to buď na pokoji, nebo v tzv. pietní místnosti, kam je po smrti převezeno. (Haškovcová, 2007, s. 95–98)

1.5 Model umírání podle Elisabeth Kübler-Rossové

Model umírání či pět fází umírání zavedla v roce 1969 psycholožka Elisabeth Kübler-Rossová, která je jednou s nejznámějších zahraničních jmen týkajících se tématu smrti a umírání. Svůj model zahrnula ve svém díle *On Death and Dying*. Model zhotovila díky rozhovorům s 500 umírajícími pacienty. V rámci procesu popisuje 5 fází vyrovnávání se s umíráním a smrtí, zejména při náhlé ztrátě nebo v případě diagnózy smrtelného onemocnění. Její kniha byla inspirací především z emotivní stránky, a to pro osoby, které si procházejí těžkým obdobím, zapříčiněným nevyhnutelností smrti. Autorka poukazuje na fakt, že její model nemusí vždy probíhat chronologicky. Jeho fáze se mohou libovolně střídat podle individuality každého člověka. Rovněž vysvětluje, že ne všechny fáze musí jedinec prožívat. Proto se v praxi může stát, že si jedinec projde pouze třemi fázemi.

1.5.1 Fáze podle Kübler-Rossové:

1. fáze – popírání (*denial*)

Jedinec zažívá šokovou situaci, kdy je popírání obranným mechanismem. Tato fáze může trvat různě dlouho, ale vždy je pouze dočasná. Jedinec se odmítá smířit s nevyhnutelnou

smrti. Reakce pro tuto fázi mohou být: „*To bude omyl.*“, „*Tohle se mi přece nestane.*“, „*Došlo k nějaké chybě.*“, „*Necítím se špatně, cítím se dobře.*“

2. fáze – hněv/agrese (anger)

V této fázi se jedinec smíří s faktem, že umírá. Pokud předcházela fáze popírání, pak končí obranný mechanismus a nastává zlost ze skutečnosti. V této fázi může být komplikovaná spolupráce s jedincem, zejména z hlediska jeho emoční stránky. Jedinci jsou závistiví a rozhněvaní, což může rovněž vést k absolutní nespolupráci s personálem. Reakce pro tuto fázi mohou být: „*Tohle není spravedlivé.*“, „*Někde jste mohli udělat chybu.*“, „*Proč já?*“

3. fáze – smlouvání (bargaining)

Jedinec se snaží najít jakýkoli způsob, kterým by mohl oddálit svůj osud a odložit smrt. Věřící lidé se často oprostí od pomoci personálu a snaží se „získat více času“ od vyšší moci. Těžká je pro jedince skutečnost, že ještě nestihl prožít vše, co chtěl, nebo že se nestihl dostatečně rozloučit s lidmi, které už nemůže vidět. Reakce pro tuto fázi mohou být: „*Ještě se chci dožít vnoučat.*“, „*Potřebuji ještě trochu času.*“, „*Udělám cokoli, abych tohle zvrátil/a.*“, „*Zaplatím klidně milion.*“

4. fáze – deprese (depression)

Jedinec už je téměř smířen se svou smrtí, což ho uvádí do depresivních stavů. Může být mlčenlivý vzhledem k prožívající beznaději. V této fázi se nedoporučuje jedince jakkoli rozveselovat, protože si touto fází musí projít. Jakákoli naděje by mohla tuto situaci jen prohloubit. V některých případech je dokonce nutné podat tlumící léky. Reakce pro tuto fázi mohou být: „*Stejně už nic nezměním.*“, „*Nemám náladu se s někým bavit.*“, „*Ztratil jsem milovaného člověka, tak o co jde?*“

5. fáze – smíření (acceptance)

V této fázi se pacient nebo příbuzný umírajícího smíruje se smrtí a je schopen lépe spolupracovat. Reakce pro tuto fázi mohou být: „*Dobře, zkusím ten čas nějak smysluplně využít*“, „*Už to nezměním, ale můžu se na to připravit.*“

Kübler-Rossová nejprve aplikovala tento model pouze na umírající. Později ho začala využívat i ve spolupráci s příbuznými umírajícího nebo osobami v těžkých životních situacích jako je neplodnost, drogová závislost, rozvod, chronická nemoc a ve spoustě dalších případech. (Kübler-Ross, 2015, s. 12)

2 PALIATIVNÍ PÉČE

Paliativní péče, též známá jako tišící, patří k jedné z nejstarších ošetrovatelských disciplín. V minulosti se kladl zřetel především na tišení bolesti, kdežto s modernizací se lékaři a sestry školí ve využívání různých technologií, které mohou být v rámci poskytnutí paliativní péče využity. Orientace je na léčbu nemocného, jiná možnost je pak považována jako selhání a neúspěch. Technicky orientovaná medicína se snaží zlepšit zdravotní stav každého člověka podle maximálních dostupných možností. Lékařské technologie dokáží v moderní době pomoci téměř za každé okolnosti, což limituje hranice možností poskytování nejvyšší možné péče z pohledu vnímání poskytovatele, a v takovém ohledu je nepatřičné zemřít. (Haškovcová, 2015, s. 179)

Péče o kurativně neléčitelného člověka v terminální fázi života nebývá v popředí širšího zájmu. Přitom právě takových pacientů je ve zdravotnických zařízeních nejvíce. Hlavním cílem je zlepšení kvality života nemocného, a to po všech stránkách. Důležitou roli hraje rodina, přátelé a dobrovolníci, kteří mohou pacientovi poskytnout pomoc a podporu. Péče je vykonávána interdisciplinárně, podílejí se na ni lékaři, zdravotní sestry, sociální pracovník, psychiatr, psycholog a duchovní. (Sláma, 2007, s. 25)

Je typem léčby pro pacienty, u nichž byly zcela vyčerpány jakékoli možnosti kurativní léčby. Terminologie je nejednotná, v řadě zemí a publikací se můžeme setkat s velkými rozdíly. Nejčastěji spojovanými termíny jsou paliativní a hospicová péče nebo péče v závěru života. Tyto termíny se vzájemně překrývají a je nutné brát zřetel na jejich zdravotnické, sociální a kulturní aspekty. Evropská asociace paliativní péče – EACP (European Association of Palliative Care) se zasadila o zpracování jednotlivých pojmů z hlediska jejich definic. EACP navrhla definici, která má sjednocující vliv na organizace poskytující paliativní péči. (Kisvertová, 2018, s. 13)

2.1 Jednotlivé mezinárodní definice paliativní péče

Paliativní péče se zabývá péčí o nemocné s pokročilým onemocněním. Délka života je omezena, cílem je léčba a péče o kvalitu života nemocného. (Velká Británie)

Paliativní péče je léčba nemocných, jejichž choroba nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější složkou je léčba bolesti a symptomů, řešení sociálních, psychologických a duchovních věcí člověka. (WHO), (Kupka, 2014, s. 28)

Hospicový program je koordinované poskytování paliativní péče a podpůrných služeb prováděných jak doma, tak také za hospitalizace, která zajišťuje léčbu psychologickou, sociální a spirituální. Léčba je zajišťována jak profesionály, tak také dobrovolníky. Po smrti pacienta následuje pomoc a podpora rodině. (NHO USA), (Kupka, 2014, s. 28)

2.2 Formy paliativní péče

Podle Slámy et al. (2011) by měly být následující formy:

Lůžkový hospic – jeho podoba má připomínat spíše domov než nemocnici. Důraz bývá kladen především na kvalitu života. Nabízí obvykle jednolůžkové pokoje s přistýlkou pro blízké umírajícího, kteří se nepodílejí na přímé paliativní péči – nemocného pouze podporují a jsou s ním, služba je zcela na personálu. Pacient si sám stanovuje návštěvy, které jsou časově neomezené. Průměrná doba hospitalizování bývá okolo tří týdnů, avšak pacient může být hospitalizován i opakovaně.

Domácí hospic – Tato služba je možná pouze v případě, že má nemocný vhodné rodinné zázemí. Pacient je ve známém prostředí, kde se cítí komfortně, má kolem sebe své známé, kteří pro něj představují podporu. Tato forma péče je maximálně individualizovaná. Garantována je trvalá péče pacientovi, může se doplňovat i jinými službami. Podmínkou je dostupnost domácího hospice a ochota příbuzných podílet se na péči o nemocného.

Ambulance paliativní medicíny – skládá se minimálně z lékaře, zdravotní sestry a sociálního pracovníka. Pacient tak může zůstat na jakémkoli oddělení. Tým ovlivňuje kvalitu poskytované péče a přispívá k postupné edukaci.

Oddělení paliativní péče – Nabízí paliativní péči v rámci lékařského zařízení nemocným, kteří potřebují pro diagnostiku také léčbu ze strany nemocnice.

Stacionární paliativní péče – pacient přichází do zařízení vždy ráno a odpoledne bývá propuštěn. Dopravu může zařídit hospic nebo rodina. Výhodou je pravidelný návrat do domácího prostředí. Nutností je dostupnost hospice. Důvodů k přijetí může být celá řada, a to od respitního důvodu až po diagnostické a terapeutické.

Speciální hospicová poradna – nabízí poradenství formou telefonickou, internetovou a přímou osobní komunikací pro pacienty, pečující i pozůstalé. (Kupka, 2014, s. 29)

2.3 Etické otázky terminální fáze života

Instituce či pečující, kteří poskytují paliativní péče, jsou často vystavováni etickým problémům. Do jaké míry mohou ovlivňovat pacienta nebo jeho příbuzné? Jsou situace, kdy již medicínská léčba nepřináší žádná zlepšení, je však vhodné život prodlužovat, pokud už není reálná možnost, že se podaří pacientův život a jeho kvalitu udržet alespoň na přijatelné úrovni? Zkracování života se může zdát jako eticky naprosto nepřijatelné, avšak zdravotníci se stále ptají, jestli je vhodné člověka zbytečně udržovat při životě, pokud si prochází utrpením, při kterém již není možné jakkoli pomoci. V tomto kontextu se můžeme dostat až k tématu eutanázie. (Kisvertová, 2018, s. 55)

3 EUTANÁZIE

Již od nepaměti se klade důraz na pomoc člověku i v těch nejpálčivějších situacích, kdy jeho bytí může dělit od smrti už jen velmi tenká hranice. Samotný Hippokrates ve své přísaze zahrnul nepodání smrtícího prostředku, přímého zabití pacienta, a to ani přesto kdyby to po něm pacient doslova vyžadoval. Hippokratova přísaha má i v dnešní době pro mnohé lékaře velký význam. V Hippokratově době však byla sebevražda zcela akceptována, což se v pozdějších časech začalo tabuizovat a vnímat jako zavrženíhodný čin. Eutanázie jako taková však stále ve většině dnešních států nebyla dekriminována. Belgie, Lucembursko, Nizozemí, Kanada a Švýcarsko jsou naopak příklady států, kde je eutanázie zcela legální. Otázkou stále je, do jaké míry lze eutanázii vnímat jako jev. Pokud pacient zemře, aniž by lékař zakročil, tzn. neposkytnutím pomoci nebo přímým ukončením pacientova života, to všechno jsou jevy eutanázie, které jsou však vnímány zcela individuálně. Je tedy správné podávat pacientovi látky zmírňující jeho utrpení nebo je lepším řešením ukončit utrpení celkově? (Kuře, 2018, s. 11–13)

3.1 Co je tedy eutanázie?

Tento pojem dnes stále není jednoznačný, jeho obsah je vnímán zcela individuálně. Důležitou informací je také to, že eutanázie jako taková je stará jako lidstvo samo, a že její kořeny můžeme nalézt už v dávné minulosti. Smrt je tedy vnímána už od počátku lidstva jako „bytí pro smrt“. Jednou z nejčastějších otázek je také čas a místo úmrtí. Proto je pro každého jedince mnohem přijatelnější zemřít tzv. dobrou smrtí, a to bez ohledu na to, že „dobrá smrt“ není vymezena žádnou přímější definicí. Obecně se uvádějí dva druhy eutanázií – aktivní a pasivní. (Kuře, 2018, s. 57–60)

3.1.1 Nejednoznačná pasivní eutanázie

Rozumí se tím například redukování léčby nebo urychlování smrti jako druhotného účinku léčby. K urychlování smrti pacienta v klinické praxi dochází, avšak nelze jednoznačně říct, že je každé uspíšení smrti špatným činem. Rovněž se vede spor, zda je uspíšení smrti v případech neslučitelných s životem eutanázie. Pokud léčba pacientovi nepřináší žádnou úlevu nebo mu přináší jen minimální úlevu, o kterou však pacient v rámci svého rozhodování nestojí, pak je na místě alespoň akceptování lidské důstojnosti a řízení se humánní stránkou

lidského jedince. Obecně je pasivní eutanázií myšleno zejména neprodłużování života pacienta přímou léčbou, ať už jde o využívání technologií nebo přímou péči, která však bývá zřídka alespoň minimálně účinná. V zájmu pacienta je dopřát mu důstojný odchod, což se ale prodłużováním jeho utrpení a snahou za každou cenu ho udržet při životě jako hájení jeho důstojného odchodu nejeví. Pasivní eutanázie se tak zdála být méně amorální než eutanázie aktivní. (Kuře, 2018, s. 157–160)

3.2 Legislativa týkající se eutanázie v historii

Trestní zákon rakouský, ze dne 27.5.1852 č. 117/1852 ř.z., který měl na našem území působnost až do roku 1950, výrazně ovlivňoval přístup k eutanázii. Tento zákon odmítal i „eutanázii vyžádanou osobami, které chtějí uškodit samy sobě“. Takový čin byl potom posuzován jako vražda. „*Kdo jedná proti člověku v obmyslu, aby ho usmrtil, takovým způsobem, vraždy; i když výsledek tento nastal jen pro osobní povahu toho, jemuž ublíženo, nebo pouze pro nahodilé okolnosti, za nichž byl čin spáchán, anebo jen z příčin vedlejších náhodou k tomu přistoupiвших, pokud tyto příčiny byly přivoděny činem samým.*“ Takováto vražda byla označována jako „vražda prostá“. Například sebevražda však v rakouském trestním zákoníku vůbec nebyla.

První odborný článek, věnující se eutanázii, vydaný roku 1915 napsal: „*Usmrcení na samou žádost a s vůlí usmrceného v trestní praxi nejsou nikteraz vzácností; například jsou dosti časté případy, že nešťastní milenci v plném souhlasu se usnesou na tom, že milenec milenkou s jejím plným souhlasem, ano i s jejím přičiněním usmrtí, aneb že rodina, krutou bídou neb neštěstím stížená za všeobecného souhlasu se usmrtí apod. Vyvázne-li v takovém případě milenec nebo otec, ježto byl jen lehce raněn, bývá žalován pro vraždu.*“

Později byl návrh na legalizaci eutanázie podmíněn splněním čtyř bodů:

- tři lékaři se shodnou na tom, že pacientovi nelze pomoci kurativní léčbou, ani mu odlehčit bolest,
- příbuzní i sám nemocný se výslovně, s rozmyslem a svobodně rozhodnou, zda mají o eutanázii zájem,
- asistování při smrti schválí soud nebo příslušný správní úřad,
- příbuzní budou schopni nést náklady takového konání.

V roce 1936 se k projednání dostala novela zákona, která chtěla změnit trestný čin usmrcení na přečin. V praxi by to vypadalo tak, že osoba, která by se dopustila úmyslného zabití nebo

při něm asistovala, pokud by šlo o útrpný stav pacienta, by byla za svůj čin méně sankcionována. Přesné znění této novely bylo: „*Kdo usmrtí někoho na jeho žádost, aby urychlil jeho neodvratnou smrt a osvobodil ho od krutých bolestí, proti kterým není trvalé pomoci, se má stíhat za přečin, a ne za trestný čin.*“ Žádostí se rozumí výslovný souhlas, plně dobrovolný a vědomý, který předchází smrt. Žádná novela však nebyla akceptována a první změna přišla až po druhé světové válce a pádu socialismu v roce 1950. Nicméně žádná novela nebyla přijata, pouze se změnilo znění starého zákona, a eutanázie tak nadále zůstala posuzována jako trest vraždy. Změnu představoval zejména článek věnující se trestní odpovědnosti za neposkytnutí pomoci. Tento zákon prošel od roku 1950 dvěma novelami, nicméně v oblasti eutanázie se od té doby ani nijak nediskutovalo, ani se nenastolily možnosti, při kterých by bylo možné přihlížet na eutanázie mírněji. (Doležal, 2017, s. 201–202)

3.3 Rozdíl mezi aktivní a pasivní eutanázií

Často se můžeme setkat s tvrzením, že aktivní eutanázie (killing) je oproti pasivní eutanázii (letting die) méně morální. Autor Johnatan Bennett ve své publikaci z roku 1966 poukazuje na stejnou morální úroveň pasivní i aktivní eutanázie. V knize *Whatever the consequences of not doing so* uvádí příklad, kde modelově představuje ženu, která byla v druhém trimestru operována. Lékař kvůli nedbalosti pacientku usmrtil i s jejím dítětem. Nejen že zabil pacientku, ale svým chybným počinem způsobil také smrt plodu. Z pohledu autora jde o aktivní eutanázii v obou případech, v čemž se s ním však Rea Black názorově rozchází. Nejednoznačnost rozdělení a prolínání aktivní a pasivní eutanázie se může v různých publikacích lišit. (Rea Black, 1993, s. 20–30)

V jakékoli diskuzi o eutanázii se můžeme setkat s pojmy aktivní a pasivní eutanázie. S označením aktivní nebo pasivní eutanázie se také snesla řada odmítavých a kritických názorů, např. britský *House of Lords Select Committee on Medical Ethics*, který označil pojem pasivní eutanázie za nejasný. *British Medical Association* se zase obává problematiky rozeznat od sebe případy, kdy se jedná o aktivní nebo pasivní eutanázii. (Černý, 2014, s. 1)

3.3.1 Definice aktivní eutanázie

Tzv. milosrdná smrt je usmrcení nevyлéčitelně nemocného člověka na jeho přímou žádost. V současnosti je eutanázie ve většině zemí zakázána. Zeměmi, ve kterých je eutanázie legální, jsme se seznámili v úvodní kapitole o eutanázii. (Pollard, 1996, s. 22–23)

Jde o aktivní zásah lékaře do osudu pacienta, kdy lékař úmyslně usmrtí svého pacienta. Jsou mu podány letální látky na základě jeho dobrovolného a komplexního souhlasu. Samotný souhlas tak rozlišuje eutanázii od vraždy. Aktivní eutanázií není nezahájení léčby, ukončení léčby nebo terminální sedace – užití medikace, sloužící k úlevě od bolesti v terminální fázi. (Černý, 2014, s. 2)

3.3.2 Definice pasivní eutanázie

Tato forma eutanázie nastává v případě, kdy lékař nepodává pacientovi žádné látky a nechá ho zemřít nekonáním. Často se vedou spory o tom, zda by se měl vůbec pojem pasivní eutanázie používat vzhledem k jeho nejasnosti. Neprodáváním pacientova utrpení se v podstatě pacientovi umožní důstojný odchod. Pasivní eutanázií tedy může být nezahájení léčby, která nemá žádnou šanci jakkoli zlepšit stav pacienta. Dále to může být například ukončení léčby, pokud pacient nesouhlasí s další léčbou. (Černý, 2014, s. 2)

3.4 Aktivní a pasivní eutanázie v legislativě

Aktivní eutanázie – podle ustanovení § 140. odst. 1 trestního zákoníku je klasifikována jako vražda. V případě, kdy osoba usmrtí jiného, a to i přes jeho výslovný souhlas a zubožený stav, hrozí odnětí svobody ve výši dvanáct až dvacet let. Jelikož si je pachatel zcela vědom svého uvážení, a jelikož jeho rozvaha nebyla nikterak limitována, přihlíží se k této podstatě s vyšší mírou zodpovědnosti pachatele. Rovněž ale musí pachatel vědět, že svým konáním přijde k usmrcení druhého, nebo alespoň mít sebemenší úmysl svým konáním ke smrti dospět. V lékařském směru je to zásah, kdy je dopředu lékař domluven s pacientem o tom, jak by měl důstojný odchod vypadat, a zda zvážil toto rozhodnutí zcela sám a na vlastní přání. Také se posuzuje, zda se lékař dopustí aktivní eutanázie opakovaně. V takovém případě může hrozit až výjimečný trest. V souvislosti s novým trestním zákoníkem se objevilo znění § 141 odst. 1: „Kdo jiného úmyslně usmrtí v silném rozrušení ze strachu, úleku, zmatku nebo jiného omluvitelného hnutí mysli anebo v důsledku předchozího zavrženíhodného jednání poškozeného, bude potrestán trestem odnětí svobody na tři až deset let.“

Pasivní eutanázie – Jako je tomu u eutanázie aktivní, tak i pasivní byla zařazena pod skutkovou podstatu trestného činu vraždy § 140 nebo trestného činu zabití § 141. „Omisivní

trestní čin“ podle § 112 trestního zákoníku zní: *„Jednáním se rozumí i opomenutí takového konání, k němuž byl pachatel povinen podle právního předpisu, úředního rozhodnutí nebo smlouvy v důsledku dobrovolného převzetí povinnosti konat nebo vyplývala-li taková jeho zvláštní povinnost z jeho předchozího ohrožujícího jednání anebo k němuž byl z jiného důvodu podle okolností svých poměrů povinen.“* Opomenutí je postaveno na úroveň jednání a omisivní delikt bude mít shodné trestněprávní následky jako delikt komisivní. Neposkytnutí nebo nezajištění nutné zdravotní péče má právní charakter opomenutí ve smyslu ustanovení § 112. *„Jestliže lékař při výkonu služby neposkytne osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví, potřebnou pomoc, připadá jeho trestní odpovědnost za trestný čin neposkytnutí pomoci podle § 207 odst. 2 tr. Zák. v úvahu pouze tehdy, jestliže z jeho opomenutí (§ 89 odst. 2. tr. zák.) zaviněně nevznikly žádné následky na životě nebo na zdraví poškozeného. Pokud vznikly, je takový pachatel trestně odpovědný v závislosti na formě zavinění podle ustanovení o poruchových trestných činech proti životu a zdraví uvedených v § 2019 až § 224 tr. zák.“* (Doležal, 2017, s. 219–224)

4 SYNDROM VYHOŘENÍ

V souvislosti s pomáhajícími profesemi se často hovoří o fenoménu zvaném syndrom vyhoření. Názory na vyhoření pracovníků v pomáhajících profesích se můžou v jednotlivých publikacích lišit. Do jaké míry je pro jednotlivce syndrom vyhoření rizikový, se však dodnes názorově nesjednotilo. Pro každého jednotlivého pracovníka se tak mohou lišit i postupy, jakými lze předcházet vyhoření nebo naopak rizikové situace, ve kterých je jednotlivec více ohrožen. Lékaři se začali více zabývat stavem lidského vyčerpání od 70. let 20. století. Syndrom vyhoření, vypálení nebo vyhaslosti je odvozen od „burn out effect“, což znamená hořet, dohořet, vyhořet nebo být zapálen pro něco. Tento pojem byl poprvé použit Herbertem J. Freudenbergem. Během let se definoval tento fenomén řadou definic, avšak jejich odlišnost byla značná. V čem se badatelé shodli, bylo, že jde o psychický stav vyčerpání, spojeným se sníženou pracovní výkonností. (Pešek a Praško, 2016, s. 16)

4.1 Jaká mohou být rizika – povolání a stres

Tento syndrom nejčastěji postihuje lidi, kteří jsou ambiciózní, mají vysoké nároky na svou pracovní výkonnost a obrovskou odpovědnost spojenou s prací. Nejrizikovější skupinu tvoří lidé pracující ve zdravotnických zařízeních (lékaři, zdravotní sestry, psychoterapeuti), lidé pracující ve školských institucích (učitelé a ředitelé), dále pracovníci ve věznicích, kriminalisté, novináři, úředníci, záchranáři, policisté, sportovci, dokonce i studenti. Syndrom může postihnout i osoby, které se v domácím prostředí starají o své nejbližší. Podle odhadu postihne syndrom vyhoření 20–30 % lidí, kteří pracují s lidmi. Syndromem vyhoření trpí až 45 % lékařů a v České Republice svou práci považuje až 90 % lékařů za stresující a náročnou. U lidí se objevuje lehčí a těžší forma deprese, přičemž těžší forma deprese postihuje zejména lékaře. Evropská agentura pro bezpečnost a zdraví při práci pracovníků považuje za nejvíce stresující jakékoli situace, ve kterých je nutná reorganizace. U zaměstnanců vyvolává nejistotu, pracovní zátěž atp. Jako jeden z největších stresorů jsou uváděny konflikty s jinými osobami na pracovišti (především konflikty s nadřízenými), stereotypní a nerozmanitá práce, ve které nemají pracovníci žádné prvky různorodosti nebo možnosti pracovního pokroku a vyčerpání pod velkým tlakem, z toho nedostatečný čas trávený s rodinou (což se nejvíce týká vedoucích a manažerů). Nutno poznamenat, že věk, inteligence, vzdělání nebo praxe nemají na vznik syndromu vyhoření zvlášť závažný vliv. Názory se ale liší. Pokud je člověk dlouhodobě zaměstnáván na jedné pracovní pozici, ve které nemá sebemenší šanci na seberealizaci, postup nebo pestrost pracovních příležitostí, pak je jeho tendence ke vzniku syndromu

vyhoření podstatně větší. Výsledky studií se různí. Některé uvádí častější vyhořelost u osob mladších, které jsou ve své profesi teprve začátečníci a mají očekávání, která se ale během výkonu jejich povolání nenaplní. Jiné výsledky se rozcházejí v názoru většího postihu u mladých lidí s dodatkem, že mladí lidé jsou náchylnější k syndromu vyhoření pouze tehdy, když žijí svobodně nebo je jejich vzdělání v oblasti psychohygieny méně rozvinuté. V 80. letech minulého století probíhaly výzkumy, které uváděly, že jsou k syndromu vyhoření více náchylné ženy, avšak později se jiné výzkumné organizace ohradily, že výzkum probíhal pouze u typů zaměstnání, které v populaci vykonávají spíše ženy, tzn. zdravotní sestry, učitelé atp. Podle Šolcové (2003) vzniká syndrom vyhoření souhrou rizikových faktorů. Podle ní lze činitele rozdělit celkem do tří kategorií. První kategorii tvoří faktory, které jsou součástí lidské osobnosti. Druhou kategorií tvoří faktory spojené s pracovním prostředím a třetí kategorií tvoří mimopracovní aktivity. (Pešek a Praško, 2016, s. 17–18)

4.2 Fáze rozvoje syndromu vyhoření

Důležitou informací je proces vzniku syndromu vyhoření. Člověk zásadně k syndromu vyhoření dospěje dlouhodobým vystavováním se nejrůznějším stresovým situacím, takže samotný syndrom se u člověka neobjeví ze dne na den. V souvislosti s fázemi syndromu vyhoření byly sestaveny různé modely, které se od sebe liší zejména počtem fází, avšak podstata zůstává stejná. Stejně jako u modelu Elisabeth Kübler-Rossové, kterému jsme se věnovali v kapitole 1, tak i u těchto modelů se můžeme setkat s případy, kdy k některým fázím vůbec nedojde, nebo se naopak některé z nich mohou opakovat. My si jako příklad uvedeme nejprve model složený z pěti fází, který ve své publikaci uvedli autoři Pešek a Praško.

Fáze	Časté myšlenky
Nadšení	To bude práce přesně pro mě. Nemůžu se dočkat. Pomůžu jim, co mi budou síly stačit.
Stagnace	Těch úkolů je mnoho. Nezvládám to. Musím odpočívat.
Frustrace	Klienti jsou otravní. Jenom mě využívají. Všechno mě to tady už začíná pěkně štvát.

Apatie	To už nějak přežiju. Je to tady otravné.
Syndrom vyhoření	Chci vypadnout. Kašlu na to. Vedení se zbláznilo.

Tabulka č. 1 - Fáze rozvoje syndromu vyhoření

Člověk si při nástupu do zaměstnání klade příliš velké požadavky, je přemotivovaný, svou práci si idealizuje a své pracovní schopnosti přeceňuje. Jeho idealizace se týká zařízení, náplně práce, spolupracovníků, klientů i vedení. (Pešek a Praško, s. 18–19)

Další model z publikace *Jak zvládnout syndrom vyhoření* od Mirriam Prieß. Tento model se skládá ze čtyř fází.

1. Fáze poplachová

Nastává v situaci, kdy si člověk stanoví nějakou vlastní ideu a chce ji svému spolupracovníkovi nebo nadřízenému demonstrovat. Ze strany spolupracovníka nebo nadřízeného se však nedočká uznání, ale dochází ke konfliktu. Výsledkem takové situací je poplachová fáze.

V tělesné rovině jsou pro takovou fázi typickými znaky:

- Nepravidelné bušení srdce,
- studené ruce,
- třes,
- změněný puls,
- zhoršené dýchání,
- problémy s komunikací.

V myšlenkové rovině to jsou znaky:

- Hledání řešení.
- zvrácení možných negativních výsledků.

V pocitové rovině jsou znaky:

- Nervozita,
- nevolnost,
- obavy,
- neklidnost.

Tyto symptomy mohou později vést až k panické poruše, zejména pokud je poplachová fáze dlouhodobá.

2. Fáze odporu

V situaci, kdy se dvě strany nejsou schopny shodnout na společném postupu, ani udělat se-
bemenší kompromisy, nastává okamžik, kdy každý z nich stojí na vlastní straně.
Dochází pak k dalším konfliktům. Jeden z účastníků pak přemítá nad svým stanoviskem
a přemýšlí nad možným ústupem. Dochází pak často k situaci, že si strana nestojí za svým
rozhodnutím, ale naopak se snaží sabotovat úsilí protistrany. Tato fáze je v souvislosti
se syndromem vyhoření nejnáročnější, protože strana svým odporem ztrácí psychickou sílu.

V tělesné rovině jsou znaky:

- Bolest žaludku a hlavy,
- úzkost,
- napětí,
- alergické reakce.

V myšlenkové rovině to jsou znaky:

- „Já nechci!“
- „To si nenechám líbit!“
- „Tohle nedovolím!“
- „Já mu/jí ukážu!“

3. Fáze vyčerpání

Stálý odpor vede k dřívějšímu nebo pozdějšímu vyčerpání. Stát proti někomu je náročnější
než vlastní vyvinuté úsilí.

V tělesné rovině jsou znaky:

- Migréna,
- bolest hlavy,
- vysoký krevní tlak,
- bolest žaludku,
- slabost,
- vyčerpání,

- náchylnost k infekcím,
- nespavost.

V myšlenkové rovině to jsou znaky:

- Pocit „prázdné hlavy“,
- zapomnětlivost,
- poruchy soustředění,
- přebíhavé myšlenky,
- vracející se myšlenky.

V pocitové rovině jsou znaky:

- Smutek,
- zoufalství,
- pláč,
- bezmoc.

4. Fáze ústupu

V této fázi je syndrom vyhoření úplný. Člověk pozoruje unavenost a vyčerpání těla i mysli.

V této fázi je život člověka omezen, protože není schopen fungovat.

V myšlenkové rovině jsou znaky:

- Touha po vlastním klidu,
- pocit přebytku všeho,
- nemohoucnost,
- touha po osamocení,
- pocit nepochopení.

V sociální rovině jsou znaky:

- Apatie vůči okolí,
- pocit bezcitnosti,
- lhostejnost,
- izolace,
- nevšímavost.

4.3 Prevence syndromu vyhoření

Osoby, které se chtějí vyléčit ze syndromu vyhoření, si musejí uvědomit, že je důležitá jejich osobní snaha. Pokud se osoba upne k odškodnění formou dlouhodobé nemocenské, aniž by sama usilovala o změny v sociální, psychické a tělesné sféře, je její šance na vyléčení prakticky mizivá. Spolupráce s terapeutem může být obtížná, protože v momentě, kdy je terapeut vystaven povinnosti akceptovat klienta, ale zároveň ho podporovat a přivádět zpět do reality, vzniká nesoulad obou cílů. Proto je potřeba místo práce „v rukavičkách“ s klientem jednat narovinu a konfrontovat ho. Klient se málokdy vyhýbá vyprávění svého příběhu. Nemá problém sdělit terapeutovi, jakou cestou k syndromu vyhoření dospěl, ale dělá mu obtíž vytvoření osobního vztahu k terapeutovi samotnému. Je pak zcela individuální, do jaké míry se terapeutovi podaří klienta dostat zpět do původního života a pomoci mu od pocitu naprosté beznaděje. (Prieß, 2015, s. 25–42)

4.4 Jak postupovat?

Důležité je uvědomit si vlastní identitu. Kdo doopravdy jste, v jaké prostředí se cítíte dobře, v jakém kolektivu se cítíte dobře, co vás baví a naplňuje, jaké situace jsou pro vás stresující, jaké povolání je pro vás stresující atp. Nutnost hledat vlastní cestu a stanovit si pro a proti je v psychohygieně vždy nesmírně důležitá. Často se můžeme setkat s lidmi, jejichž dětství nebylo naplněno a jako dospělí se cítí ochuzeni a tápou. Důležitým faktorem je rovněž odloučení se od minulosti a zbavení se touhy po odškodnění za předešlé křivdy.

V pracovním kolektivu

Řada zaměstnavatelů netuší, jak se má ke svým vyhořelým podřízeným chovat. Balancují svá rozhodnutí mezi lidským přístupem a podnikatelským záměrem. Je individuální přístup každého nadřízeného, spolupracovníka? Těžko se to posuzuje, zejména v pracovním prostředí. Každopádně nastolení příjemné pracovní atmosféry je vždy jen ku prospěchu prevence syndromu vyhoření. V rámci kolektivu je taky nutností upozorňovat na známky vyhořelosti u svých spolupracovníků nebo nadřízených. Řada lidí se obává důsledků svého chování, zda se má do osobních záležitostí druhých lidí vůbec plést, zda na to mají právo, zda to pro ně nemůže znamenat konec v kolektivu atd. Lepší je své obavy sdělit, ale s citem, nikoli tak, že pracovníka bezmilostně konfrontujete. Navážeme na své myšlenky řadou otázek, které mohou vyvolat následný dialog. Můžeme doporučit lékaře, terapeuta, odpočinek, volnočasové aktivity, atp. Musíme ale počítat i s možností, že se spolupracovník

nebo nadřízený nebude chtít se svými problémy sdělit nebo že bude přistupovat odmítavě až agresivně. Důležité je nereagovat na odmítavost, ale stát si za svým a svá tvrzení podpořit řadou faktů. Můžeme upozornit na důsledky, které mohou nastat, pokud nebude spolupracovník nebo nadřízený svou situaci řešit. Často může pomoci i změna pracovního zařízení, změna pracovního postupu nebo hledání jiného pracovního místa. Do problému je vhodné zapojit i kolektiv, který může mít na situaci vyhořelého kladný dopad. Stanovit si otázky jak můžeme pomoci, co pro to udělat, jak změnit své chování, co doporučit atp. Respektujeme nemoc spolupracovníka nebo nadřízeného, jeho právo na přestávky a jeho potřebu různorodosti práce.

V partnerském vztahu

Vyhořelost partnera je vždy závažnou situací a může zapříčinit až jeho rozpad. Proto je péče o vyhořelého partnera jednou z nejnáročnějších péčí vůbec. Spousta partnerů ustupuje svému protějšku, čímž se sami čím dál více přibližují syndromu vyhoření. Proto je potřeba vést s partnerem dialog jako rovný s rovným. Nepovažujte ho za bezmocného, protože tím jeho stav jenom prohloubíte. Partner sice potřebuje pomoc a podporu, ale jenom do takové fáze, abyste sami nepřišli o svou vlastní identitu.

V léčbě

S vyhořelým jedincem musíme hledat jeho vlastní identitu. Nejde jen o to stanovit si kompromisy a pravidla spolupráce, ale také musíme pochopit důvody jeho vyhoření. Jedinec se musí oprostít od touhy odškodnění a uvědomit si, že mu nikdo nepomůže, pokud se sám nebude snažit o svou nápravu. Důležité je o prevenci informovat okolí, protože řada lidí se domnívá, že vyhořelý jedinec je bez šance se vyléčit.

Když jste postihnuti vy

Co máte dělat, když se ocitáte na prahu bezmoci, v prázdnotě, kdy si neumíte stanovit ani nejmenší cíle a nic vás netěší? Musíte se dostat do svého nitra a uvědomit si své problémy. Jaké byly jejich příčiny, jak je zvrátit a jak jim příště předejít. Neobviňujte ze své situace nikoho jiného, ani se nesnažte uvíznout v pasti, kdy budete vyžadovat pomoc druhého, aniž byste se snažili svoji situaci jakkoli sami napravit. Neobviňujte ani sebe, je zbytečné investovat úsilí do trestání sebe sama, když se dá investovat do nápravy problému. Jde přece o to udržet si vlastní identitu a změnit svou situaci. Řešte problémy. Všechno co vám vadí, se dá vyřešit. Hledejte příčinu svého vyhoření a stanovujte si hranice. Zbavte se idejí o spravedlivém životě a využívejte možností, které se vám dostávají. Udělejte tlustou čáru za

minulostí, nenechte se zbytečně zviklat budoucností. Dostatečně odpočívejte, hledejte si koníčky, které vás budou naplňovat. Důležité je uvědomit si, že při řešení vlastních problémů vám nikdo nepomůže tak moc, jako vy sami. (Prieß, 2015, s. 151–158)

5 ZÁVĚR TEORETICKÉ ČÁSTI

V teoretické části jsme se seznámili se stěžejními body, které se odráží ve výzkumu, a jsou tak potřebné pro jeho lepší pochopení. Téma smrt a umírání je důležité zejména proto, že se s ním lidé v pomáhajících profesích často setkávají a nesou si následky takového zaměstnání často s sebou. Smrt a umírání je téma dnes velmi tabuizované, zejména kvůli jeho pochmurnému charakteru. Důležité však je zamyslet se nad tím, jak prožívají setkávání se smrtí pracovníci a jak se vyrovnávají s náročností takového povolání. Zlehčovat a banalizovat obtížnost jejich povolání, ať už náplň práce, či psychickou náročnost, by bylo bezohledné. Každý člověk během svého života přinesl pro společnost obrovský přínos, za což si zaslouží maximální kvalitu péče v terminálním stavu. Názory na kvalitu takové péče se budeme zabývat v praktické části. V jednotlivých kapitolách jsme se vždy zabývali základní problematikou daného tématu. Shrnuli jsme si, co je smrt a jaké má formy, názory známých osobností na život po smrti, věnovali jsme se paliativní péči, jejím formám a etickými otázkami paliativní péče. Ke konci jsme se zaměřili na eutanázii a syndrom vyhoření. Nutno poznamenat, že všechna uvedená témata jsou důležitá a při výkonu pomáhajících profesí se s nimi můžeme pravidelně setkávat.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

6 VÝZKUM

V praktické části jsem se zabýval názory a přístupy pracovníků v sociálních službách k tématu smrti a umírání. Pro výzkum jsem zvolil dotazníkové šetření a předvýzkum byl proveden na 4 respondentech, kdy bylo nutné ověřením, zda je dotazník jasný a srozumitelný. Celkem bylo sesbíráno 200 správně vyplněných dotazníků z 250 odeslaných, což činí návratnost 80 %.

6.1 Výzkumný problém

Výzkumným problémem pro tuto bakalářskou práci jsou názory a přístup pracovníků v sociálních službách k smrti a umírání a jejich setkáváním se s těmito fenomény.

6.2 Výzkumný cíl

Výzkumným cílem této bakalářské práce je zjistit, jaké jsou názory a přístupy pracovníků v sociálních službách k smrti a umírání, a pokud se setkávají se smrtí, jak hodnotí tento fenomén ze svého pohledu i profesně v rámci výkonu svého povolání.

6.3 Výzkumné otázky

1. Jak pracovníci přistupují k smrti a umírání jakožto součástí svého povolání?
2. Mohou tyto fenomény ovlivnit pracovníka ve výkonu povolání?
3. Jaká je prevence pracovníků v sociálních službách před syndromem vyhoření vzhledem k setkávání se se smrtí?
4. Jak působí smrt a umírání na pracovníky v sociálních službách?
5. Vědí pracovníci v sociálních službách, co je paliativní péče a eutanázie?
6. Jak hodnotí pracovníci v sociálních službách kvalitu paliativní péče v ČR?
7. Jaké jsou názory pracovníků v sociálních službách na legalizaci eutanázie v ČR a právo pacienta zvolit si, zda chce či nechce eutanázii podstoupit?
8. Jak často se setkávají pracovníci v sociálních službách se smrtí?
9. Jak vnímají pracovníci v sociálních službách svou vlastní smrt a umírání?
10. Jakou roli hraje víra při pohledu na smrt a umírání?

6.3.1 Dílčí výzkumné cíle

1. Dílčím cílem je zjistit, jak často se pracovníci v sociálních službách setkávají se smrtí v rámci výkonu svého povolání.
2. Dílčím cílem je zjistit, jak může smrt a umírání ovlivnit pracovníka, pokud se s těmito fenomény setkává.
3. Dílčím cílem je zjistit, zda hrozí riziko syndromu vyhoření u pracovníků v sociálních službách.
4. Dílčím cílem je zjistit, jaké dopady má setkávání se se smrtí na pracovníky v sociálních službách.
5. Dílčí cíl se zaměřuje na schopnost pracovníků v sociálních službách správně definovat pojmy paliativní péče a eutanázie.
6. Dílčí cíl se zaměřuje na hodnocení kvality paliativní péče v ČR pracovníky v sociálních službách-
7. Dílčím cílem je zjištění názorů pracovníků v sociálních službách na legalizaci eutanázie v ČR a právo klienta/pacienta podstoupit eutanázii.
8. Dílčím cílem je zjistit přístup pracovníků v sociálních službách k vlastní smrti a umírání.
9. Dílčím cílem je zjistit, jak posuzují pracovníci v sociálních službách svou vlastní smrt.
10. Dílčím cílem je posoudit, jakou roli hraje víra ve výkonu profese pracovníků v sociálních službách.

6.4 Forma výzkumu a metoda sběru dat

Výzkum byl veden kvantitativní formou, pomocí dotazníků. Pro tyto účely byly sestaveny dotazníky o 20 otázkách v papírové a internetové formě. Typ dotazníků si určovali sami respondenti. Častější pak byly dotazníky v papírové formě. Dotazník obsahoval otázky s jednou možnou odpovědí, více možnými odpověďmi a také dvě otázky se škálou, kde respondenti volili míru souhlasu. Některé otázky rovněž obsahovaly možnosti odpovědi *jiná*, kde si respondenti volili vlastní odpověď, pokud se neztotožňovali ani s jednou výše uvedenou. Dotazník byl posílán poštou v papírové formě a pomocí e-mailu pak odkaz na dotazník v elektronické formě.

Dotazník je velmi častou formou sběru dat v pedagogickém výzkumu, zejména díky praktičnosti – zaslání poštou a velkému sběru dat najednou. Nutností je dbát na srozumitelnost a především pak správnou návaznost dotazníku na dané téma. (Chráška, 2016, s. 163 –164)

6.5 Výzkumný soubor

Pro účel této bakalářské práce bylo vybráno 250 respondentů, kteří se podíleli na výzkumném šetření. Celkem bylo navraceno 208 dotazníků, avšak 8 z nich bylo znehodnoceno neúplným vyplněním, vícero odpověďmi u otázek, kde byla v instrukcích uvedena pouze jedna odpověď, a také dotazníky, kdy respondenti místo odpovídání psali osobní příběhy. Nejčetnější skupinu respondentů tvoří pracovníci v sociálních službách, kteří jsou zaměstnaní v domovech pro seniory, kde pracují méně než 5 let nebo mezi 5 a 10 lety, jak vychází z výsledků výzkumu.

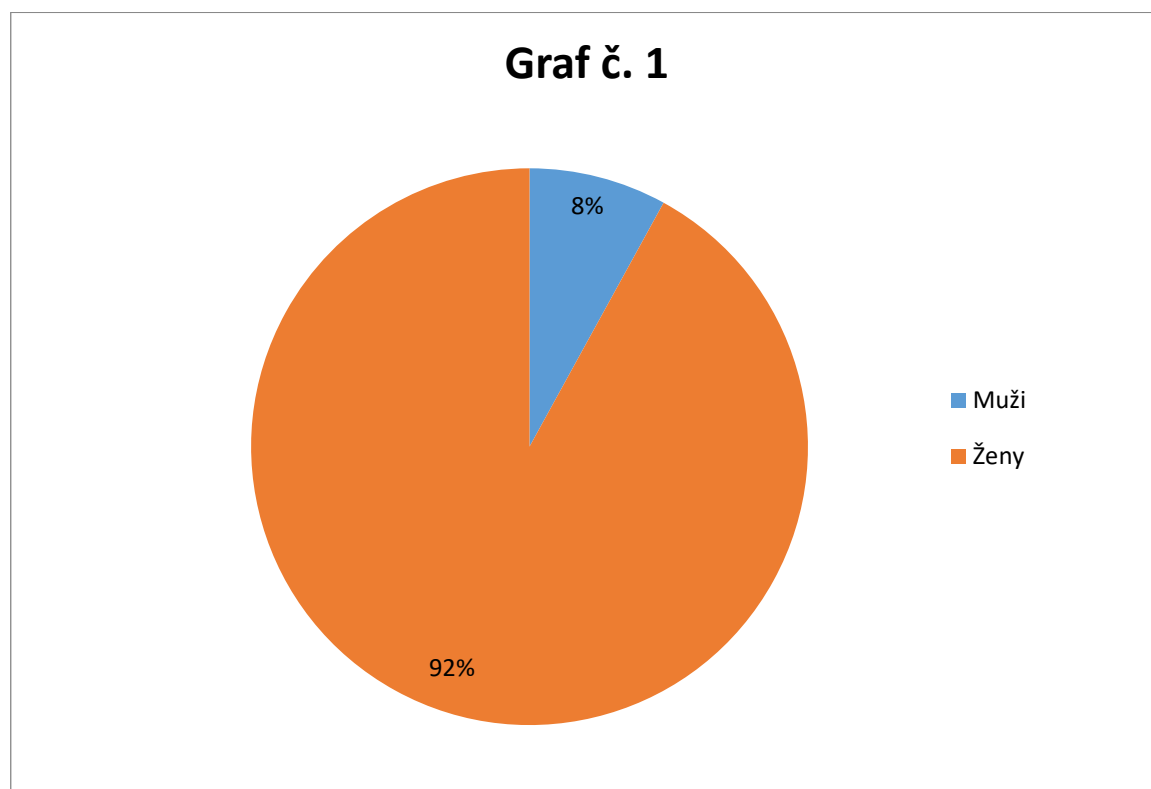
7 VÝSLEDKY VÝZKUMU

7.1 Popis výzkumného souboru

První část dotazníků byla zaměřena na základní charakteristické otázky, ze kterých jsme získali informace o osobách, které se zúčastnily výzkumného šetření.

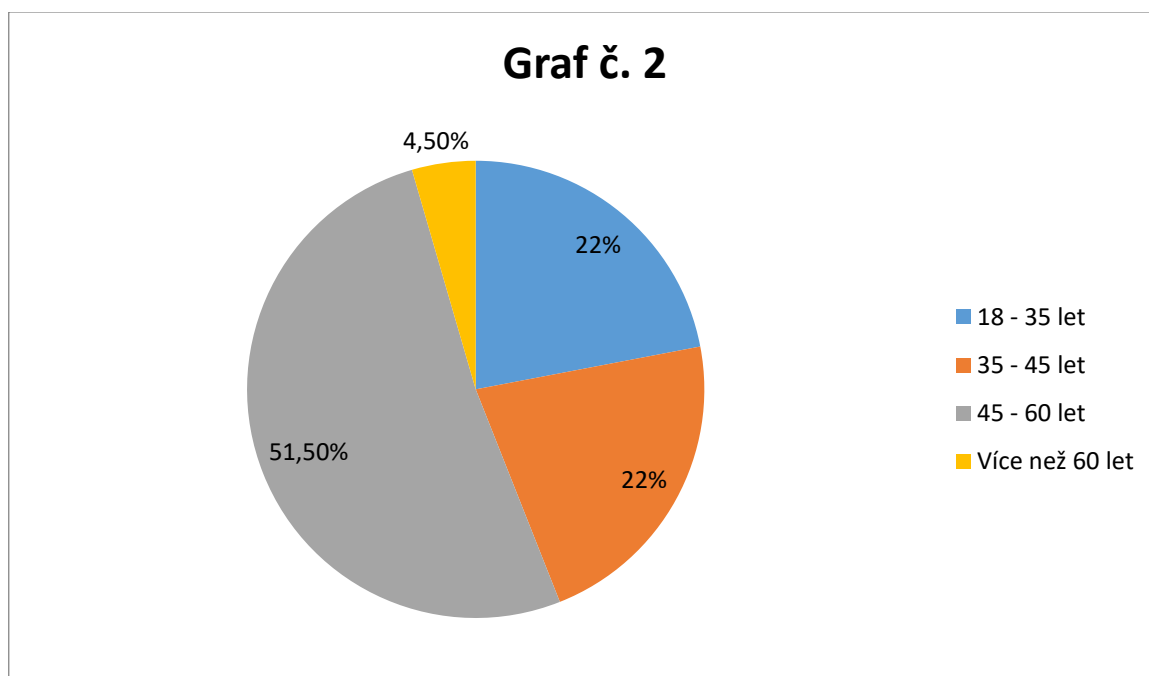
První otázka měla účastníky výzkumného šetření rozdělit podle pohlaví. Jak ukazuje graf č. 1, na tomto výzkumném šetření se podílely především ženy, které tvoří 92 % celkového výzkumného souboru. Muži tvořili 8 % celkového výzkumného souboru. Podíl respondentů žen vůči mužům je 184:16.

Otázka č. 1: Vaše pohlaví?



Druhá otázka má rovněž charakteristický účel. Rozděluje nám výzkumný soubor do 4 skupin podle věku. Věkové kategorie vychází z knihy *Vývinová psychológia* od autorky Ľuby Končekové z roku 2010. Jednotlivé kategorie můžeme vidět na grafu č. 2. Nejčetnější kategorii tvořili respondenti od 45 do 60 let. Celkový počet respondentů u této kategorie byl 103, což tvoří procentuální podíl 51,5 %. Kategorie respondentů mezi 18 a 35 lety a 35 a 45 lety byly počtem responzí shodné. Respondentů v těchto kategoriích bylo 44, což činí 22 %. Respondentů nad 60 let bylo celkem 9, což činí 4,5 %. Můžeme tedy shrnout, že nejčetnější skupinu výzkumného souboru tvořili respondenti od 45 do 60 let.

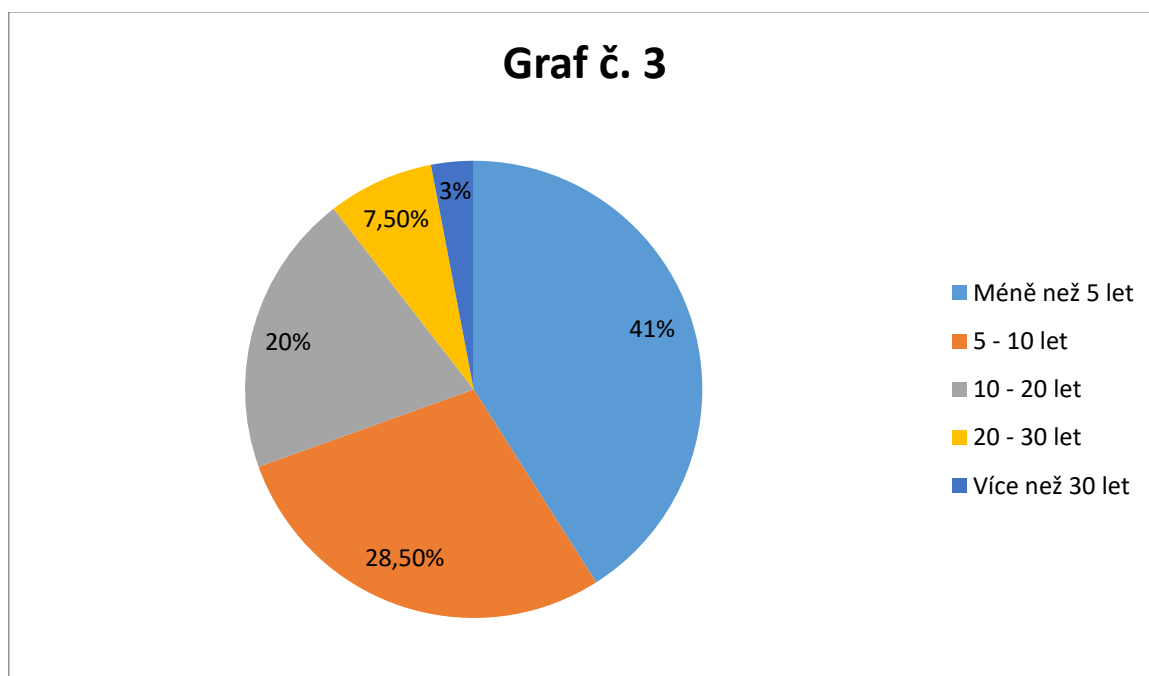
Otázka č. 2: Váš věk?



Třetí otázka je věnována délce výkonu profese v sociálních službách respondentů. Pro tento účel jsem vytvořil celkem 5 kategorií, viz graf č. 3. První zahrnovala respondenty, kteří v dané instituci pracovali méně než 5 let. Takových respondentů bylo celkem 82. Tvořili nejčetnější skupinu (41 %). Druhá kategorie zahrnovala respondenty, kteří pracovali v zařízení mezi 5 a 10 lety. Responzí bylo celkem 57, tedy druhá nejčetnější kategorie (28,5 %). Třetí kategorie byla definována výkonem povolání mezi 10 a 20 lety. Tato kategorie byla počtem respondentů v pořadí třetí. Responzí v této kategorii bylo 40, což tvoří 20 % výzkumného souboru. Čtvrtou kategorií byli respondenti, kteří vykonávali povolání v daném

zařízení mezi 20 a 30 lety. Respondentů bylo 15, což tvoří 7,5 %. Respondentů, kteří pracovali v sociálních službách více, než 30 let bylo celkem 6, tedy 3 %. Podle grafu můžeme zpozorovat, že respondenti pracovali v zařízení nejčastěji méně než 5 let nebo max. 10 let. Respondentů mezi 10 a 20 lety výkonu povolání bylo o 8,5 % méně než v druhé kategorii a respondenti mezi 20 a 30 lety a více než 30 lety výkonu povolání tvořili procentuálně pouze malou část celkového výzkumného souboru. Největší část výzkumného souboru tvořili tedy respondenti, kteří se v sociálních službách pohybují méně než 5 let.

Otázka č. 3: Jak dlouho se pohybujete v sociálních službách?



U čtvrté otázky jsme rozdělili do tabulky jednotlivé pozice respondentů, podle jejich zařazení do pracovního kolektivu v daném zařízení viz tabulka č. 2. Nejčastější skupinu tvoří pracovníci v sociálních službách, kteří činí 62 % celkového výzkumného souboru o počtu 124 responzí. Druhou nejčetnější skupinou je pak s 13,5 % pozice vedoucího pracovníka s 27 responzemi. Třetí nejčetnější skupinu tvoří sociální pracovníci (7,5 %) s 18 responzemi. Zdravotních sester je ve výzkumném souboru celkem 15 (7,5 %). Aktivizační pracovníci

tvoří 5 % o počtu 10 responzí. Zdravotní asistenti jsou celkem 3 (1,5 %) a po jednom respondentovi (0,5 %) jsou zde pozice osobní asistent, zdravotní bratr a uklízečka.

Otázka č. 4: Jaká je Vaše pozice v zařízení?

Pozice	Odpovědí	Procentuální rozdíl
Vedoucí	27	13,5 %
Pracovník v SS*	124	62 %
Sociální pracovník	18	9 %
Osobní asistent	1	0,5 %
Zdravotní sestra	15	7,5 %
Uklízečka	1	0,5 %
Zdravotní asistent	3	1,5 %
Zdravotní bratr	1	0,5 %
Aktivizační pracovník	10	5 %

Tabulka č. 2 - Pracovní pozice respondentů

*Pracovníci v sociálních službách.

Pátá otázka je věnována jednotlivým zařízením, ze kterých byli vybráni respondenti pro tento výzkum, viz tabulka č. 3. Většinově se na něm podíleli respondenti z domovů pro seniory s procentuálním podílem 81 %, dále pečovatelské služby s procentuálním podílem 6 % a třetí nejčastější skupinu tvoří domovy se zvláštním režimem s procentuálním rozdílem 5 %.

Otázka č. 5: V jakém zařízení pracujete?

Zařízení	Odpovědí	Procentuální podíl
Domácí zdravotní péče	1	0,5 %
Pečovatelská služba	12	6 %

Domov se zvláštním režimem	10	5 %
Domov pro seniory	162	81 %
Charita ČR	2	1 %
Nízkoprahové zařízení	1	0,5 %
Noclehárna	1	0,5 %
Centrum denních služeb	3	1,5 %
Denní stacionář	3	1,5 %
Aktivizační služba	1	0,5 %
Sociálně terapeutická dílna	4	2 %

Tabulka č. 3 - zařízení zúčastněná na výzkumu

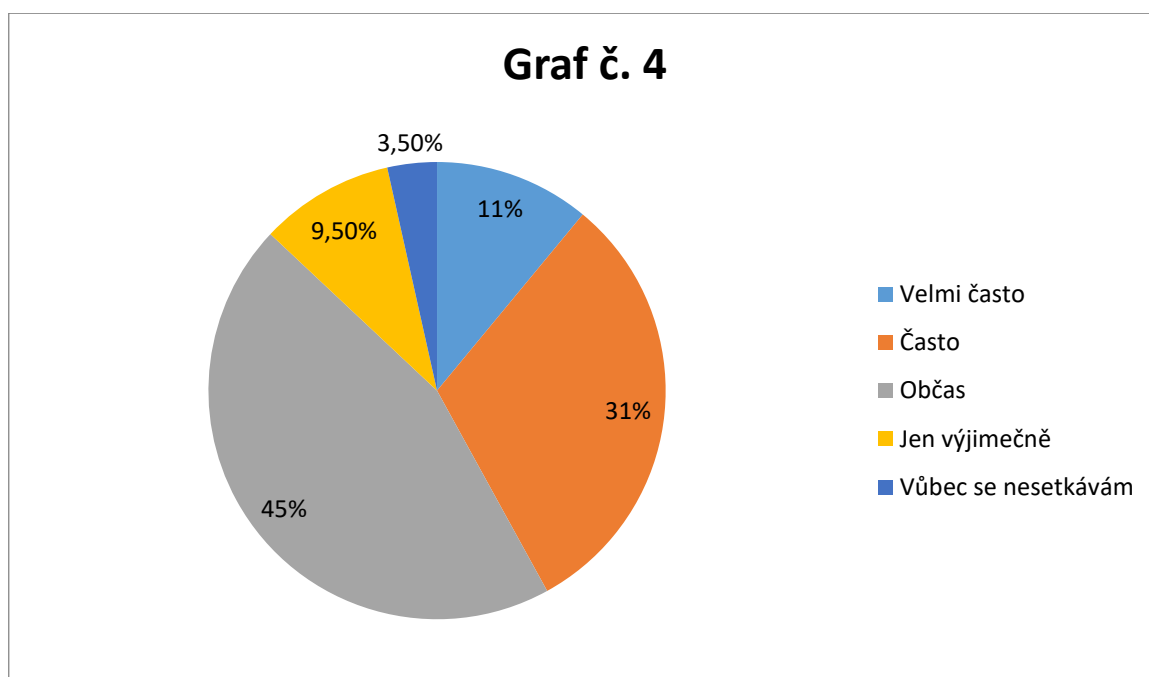
V této kapitole jsme se seznámili s výzkumným souborem, který se podílel na výzkumném šetření. Nejprve jsme si rozdělili respondenty podle pohlaví a věku přičemž jsme zjistili, že většinový podíl na výzkumném šetření tvoří ženy. Následně jsme se zabývali délkou výkonu profese v sociálních službách respondentů. Nejčastější skupinu tvořila kategorie pracovníků, kteří se v sociálních službách pohybují méně než 5 let. Dále jsme se rovněž seznámili s jejich pozicemi, kdy největší podíl tvořili pracovníci v sociálních službách, a poslední otázka této kapitoly byla zaměřena na konkrétní zařízení, ze kterých jsou respondenti, kteří se zúčastnili tohoto výzkumného šetření. Nejčastější skupinu tvořili pracovníci z domovů pro seniory.

7.2 Setkávání se se smrtí, názory na smrt a umírání

V předchozí kapitole jsme se seznámili se základními informacemi o výzkumném souboru. V této kapitole se zaměříme na přístupy a názory pracovníků v sociálních službách k smrti a umírání, pravidelnosti setkávání se se smrtí, jak přistupují pracovníci v sociálních službách k vlastní smrti a umírání, v poslední řadě se také zaměříme na názory pracovníků v sociálních službách na paliativní péči a eutanázii.

Šestá otázka byla zaměřena na pravidelnost setkávání pracovníků v sociálních službách se smrtí, viz graf č. 4. Nejvíce respondentů vybralo odpověď *občas*, celkem 90 responzí (45 %). Druhou nejčetnější skupinu tvoří respondenti, kteří zvolili odpověď *často*, celkem 62 responzí (31 %). Třetí nejčetnější skupinu tvoří respondenti, kteří vybrali u této otázky odpověď *velmi často*. Celkem ji vybralo 22 respondentů (11 %). Výjimečné setkávání se smrtí pak tvoří 9,5 % s 19 responzemi a 3,5 %, což je 7 respondentů se se smrtí neseťkávají vůbec.

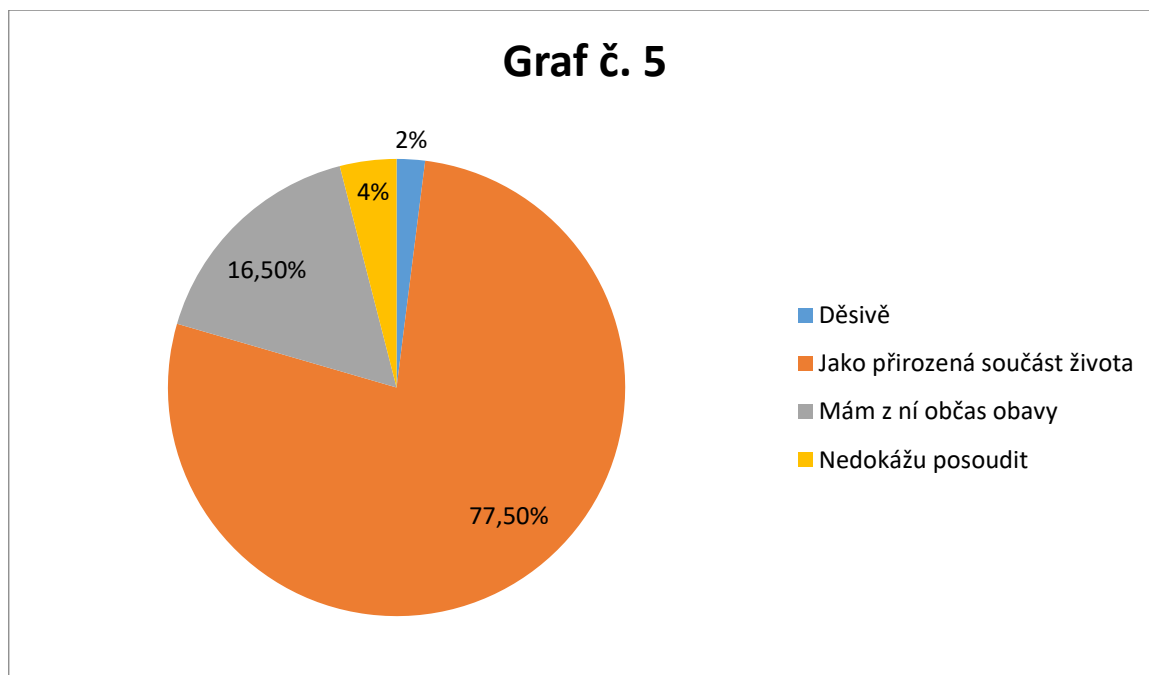
Otázka č. 6: **Jak často se setkáváte během výkonu svého povolání se smrtí?** (Respondenti vybírali jednu možnou odpověď).



V sedmé otázce respondenti odpovídali na svůj pohled na smrt, přesněji na to, jak na ně smrt působí, viz graf č. 5. Na výběr měli celkem 5 odpovědí. Nejčetnější skupinu s výrazným náskokem tvoří respondenti, kteří vybrali odpověď: *smrt na mě působí*

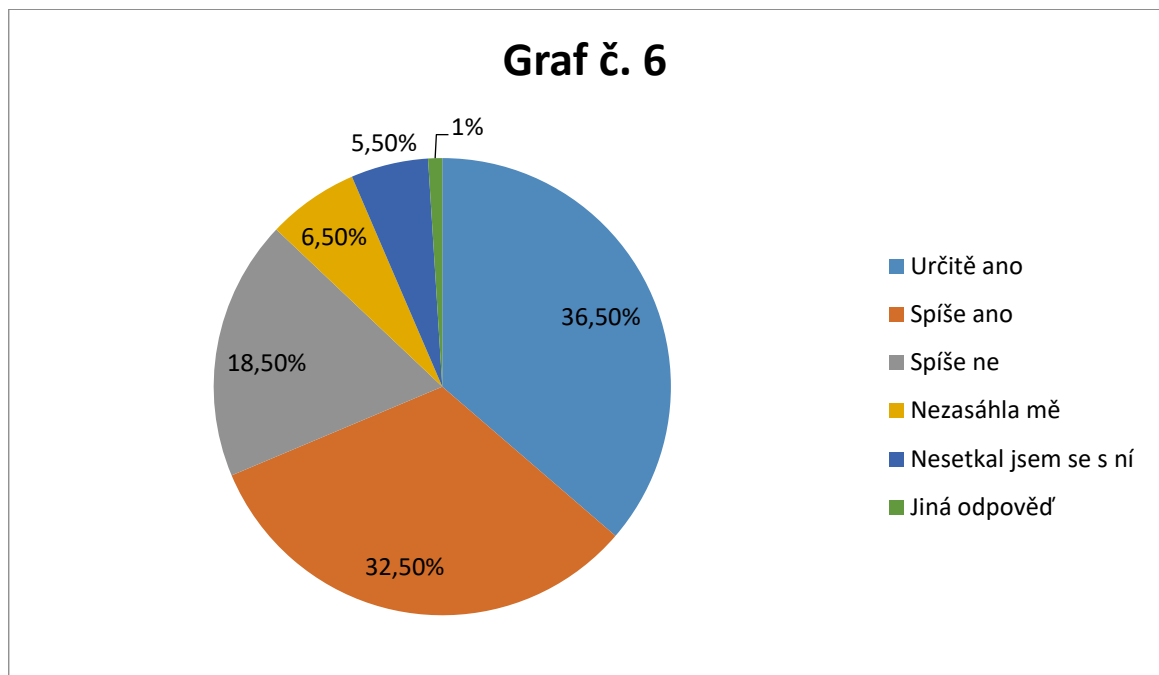
jako přirozená součást života. Tuto možnost zvolilo 155 respondentů z celkového počtu 200, což znamená procentuální podíl 77,5 %. Druhá nejčetnější skupina vybrala odpověď: *mám z ní občas obavy* s počtem responzí 33 (16,5 %). 4 % respondentů nedokázalo posoudit, jak na ně smrt působí (9 responzí a 2%, což jsou 4 respondenti, zvolili odpověď *děsivě*).

Otázka č. 7: **Smrt na Vás působí?** (Respondenti vybírali jednu možnou odpověď).



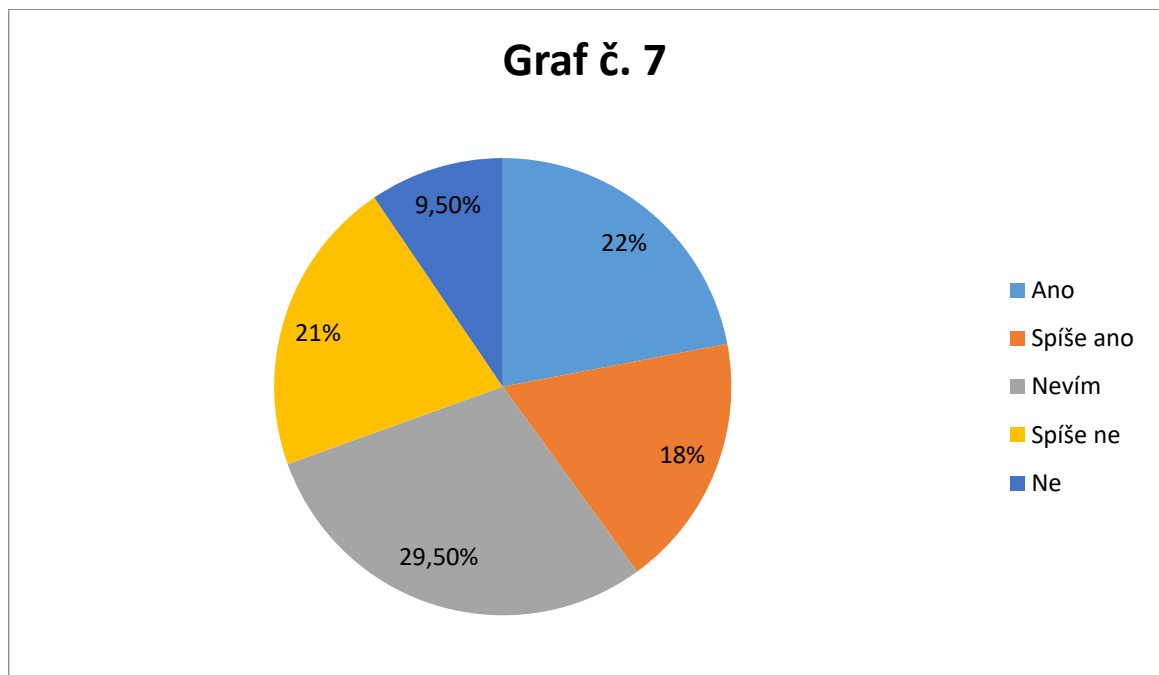
Osmá otázka je zaměřena na zjištění, zda se pracovník v sociálních službách setkal se situací, kdy pro něj smrt klienta/pacienta znamenala „emoční zátěž“ – zasáhla ho, viz graf č. 6. Nejčastější odpovědí bylo *určitě ano* se 73 responzemi, což činí 36,5 %. *Spíše ano* zvolilo 65 respondentů (32,5 %). Na základě těchto dvou odpovědí, které dohromady tvoří celkový podíl 69 % celkové výzkumného souboru, zjišťujeme, že pracovníci v sociálních službách jsou spíše zasaženi smrtí svých klientů/pacientů. Odpověď *spíše ne* zvolilo 18 %, což je celkem 37 respondentů a pouze 6,5 % (13 respondentů) zvolilo odpověď *ne*, tedy že nebyly během výkonu svého povolání zasaženi smrtí klienta/pacienta. 11 respondentů se zatím se smrtí nesetkalo (6,5 %) a 1 respondent (0,5 %) uvedl *jinou* odpověď a to *občas mě smrt zasáhne*.

Otázka č. 8: **Zasáhla Vás někdy smrt klienta/pacienta?** (Respondenti vybírali jednu možnou odpověď).



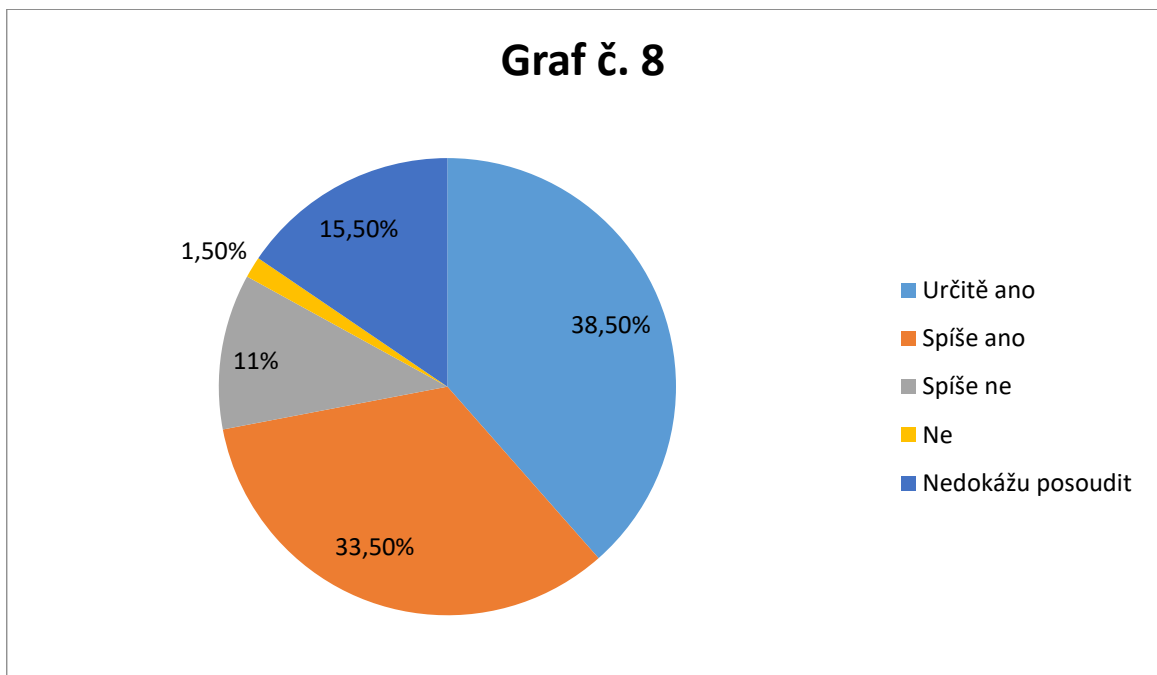
Devátá otázka, kterou můžeme pozorovat na grafu č. 7, se zaměřila na názor pracovníků v sociálních službách na riziko vyhoření – prodělání syndromu vyhoření, kvůli setkávání se se smrtí během výkonu svého povolání v rámci sociálních služeb. U této otázky byly responze poměrně podobné. Nejčastěji volili respondenti odpověď *nevím*, takových responzí bylo 59 (29,5 %). Mezi odpovědi *ano* a *spíše ne* se počet respondentů lišil pouze o 2 responze. V tomto případě 44 respondentů zvolilo odpověď *ano* (22 %), avšak 21 %, což je 42 respondentů si naopak myslí, že pracovník syndromu vyhoření vzhledem k vykonávané profesi spíše není ohrožen. Nicméně 18 % respondentů s počtem 36 responzí se přiklonilo k odpovědi *spíše ano*, což prohlubuje spíše negativní výsledek – tedy riziko prodělání syndromu vyhoření v rámci výkonu svého povolání. 19 respondentů (9,5 %) si však myslí, že pracovníci v sociálních službách syndromem vyhoření ohroženi nejsou.

Otázka č. 9: Myslíte si, že může vést setkávání se se smrtí k syndromu vyhoření? (Respondenti vybírali jednu možnou odpověď).



Otázka č. 10 (viz graf č. 8) je zaměřena na přesvědčení pracovníků o ovlivnitelnosti výkonu profese smrtí a umíráním. Nejčastější odpovědí u této otázky bylo *určitě ano* s podílem 38,5 %, což je celkem 77 responzí. 67 respondentů (33,5 %) si myslí, že pracovníci mohou být ovlivněni – odpověď *spíše ano*. 31 respondentů (15,5 %) nedokáže posoudit, zda smrt a umírání může pracovníka v sociálních službách ovlivnit, nicméně 22 respondentů (11 %) si myslí, že pracovník v sociálních službách smrtí a umíráním spíše ovlivněn není. 3 respondenti (1,5 %) jsou přesvědčeni, že pracovníci v sociálních službách ovlivnitelní smrtí a umíráním nejsou.

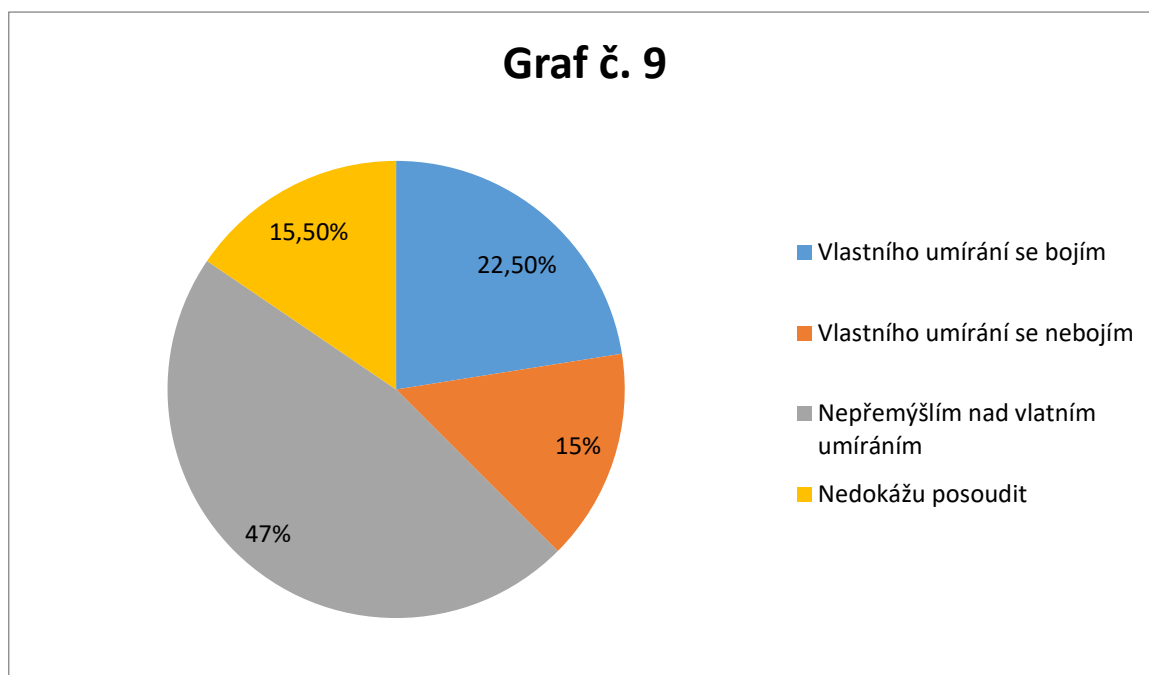
Otázka č. 10: **Myslíte si, že smrt a umírání může ovlivnit pracovníka?** (Respondenti vybírali jednu možnou odpověď).



Nyní přeskočíme na otázku č. 13 a 21 (viz graf č. 9 a 10), které mají za cíl zjistit, zda se respondenti obávají svého vlastního umírání a smrti.

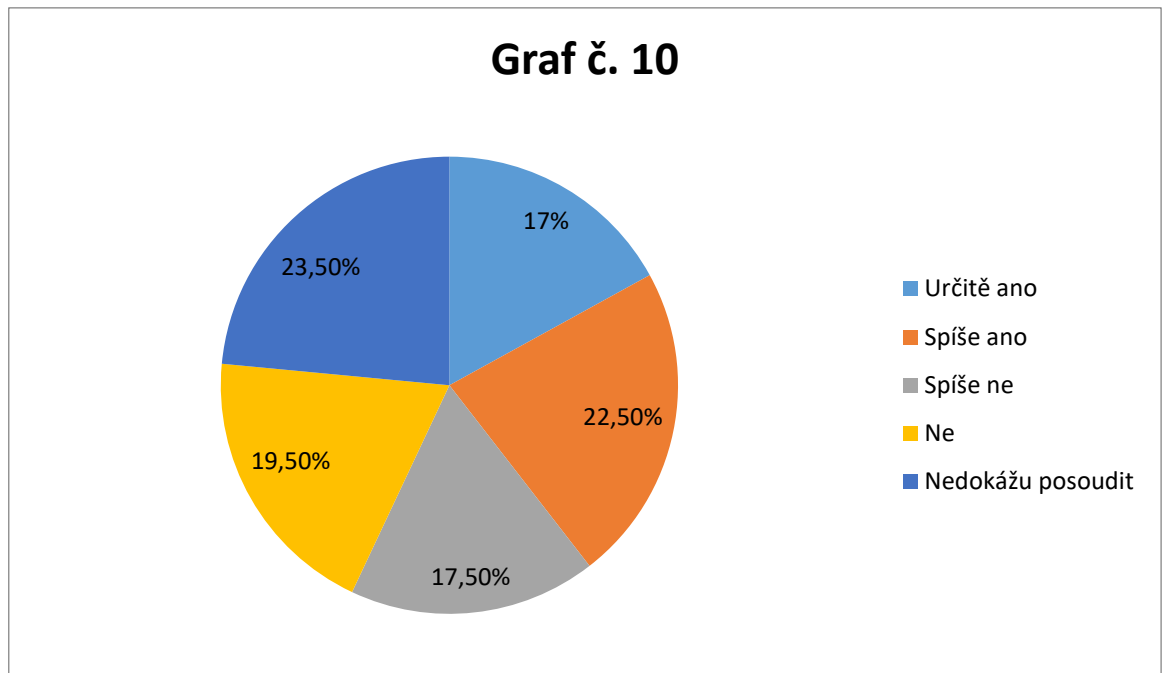
Nejprve se zaměříme na otázku č. 13 (graf č. 8). V této otázce měli rozhodnout respondenti, zda se vlastního umírání bojí či nebojí nebo zda o něm nepřemýšlí. 94 respondentů (47 %) se rozhodlo pro odpověď: *nepřemýšlím nad vlastním umíráním*. 44 respondentů se svého vlastní umírání bojí (22 %) a 30 respondentů (15 %) se naopak svého umírání neobává. 31 respondentů (15,5 %) nedokáže posoudit, zda se umírání bojí či nikoli.

Otázka č. 13: **Bojíte se vlastního umírání?** (Respondenti vybírali jednu možnou odpověď).



Otázka č. 20 je podobná jako otázka č. 13, s tím rozdílem, že se dotazuje pracovníků v sociálních službách na obavy z vlastní smrti. Nutno poznamenat, že umírání představuje proces, kdy začíná organismus selhávat – mohou to být sekundy, minuty, hodiny, týdny, dny i rok, kdežto smrt je zánik živého organismu (viz kapitola č. 1 v teoretické části), tedy výsledek umírání (pokud se nejedná o okamžitou smrt – například při pádu těžkého předmětu na člověka). U dotazníků jsem se v malé míře setkal s poznámkami, kdy respondenti ztotožňovali tyto dvě otázky. Nyní se ale přesuneme k výsledkům (viz graf č. 10). 47 respondentů (23,5 %) si v této otázce zvolilo možnost: *nedokážu posoudit*. 45 respondentů (22,5 %) se své smrti spíše obává, kdežto 39 respondentů (19,5 %) se naopak smrti nebojí. 35 respondentů (17,5 %) se smrti spíše neobává a 34 (17 %) zvolilo odpověď *určitě ano* – tedy že se smrti bojí. Pokud bychom spojili odpovědi *určitě ano* a *spíše ano*, stejně jako *spíše ne* a *ne*, tak by byly počty odpovědí téměř totožné (rozdíl pouhé 2,5 %).

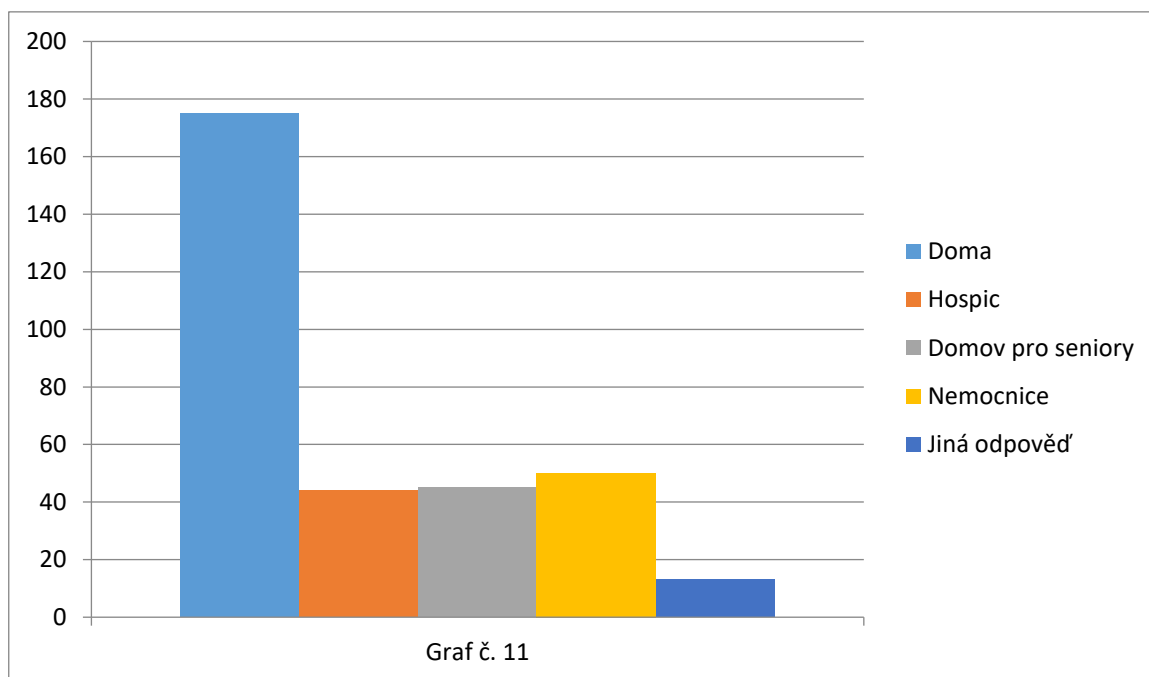
Otázka č. 20: **Obáváte se vlastní smrti?** (Respondenti vybírají jednu možnou odpověď).



Otázka č. 14 se dotazovala na místo, kde by chtěli respondenti zemřít. Respondenti měli na výběr 4 odpovědi (mohli vybírat vícero odpovědí), a také si mohli zvolit odpověď *jiná*, kde mohli připsat vlastní preferované místo smrti. V grafu č. 11 můžeme vidět výraznou preferenci smrti v domácím prostředí, kterou volilo s výrazným náskokem 175 respondentů (87,5 %). S 50 responzemi se na druhém místě preferovaných míst ke smrti umístila nemocnice

(25 %). Pouhý rozdíl 0,5 % byl mezi hospicem a domovem pro seniory, přičemž domov pro seniory získal 45 responzí (22,5 %) a 44 responzí pak hospic (22 %). 13 respondentů (6,5 %) zvolilo odpověď *jiná*. Jiné odpovědi byly následující: *podle okolností* (3 responze), *kdekoli* (2 responze), *ve spánku* (1 responze), *na horách* (1 responze), *v lese* (1 responze), *při adrenalinovém sportu* (1 responze), *nečekaně* (1 responze), *u moře* (1 responze), *v náručí své ženy* (1 odpověď) a poslední odpověď *podle zdravotního stavu* (1 responze).

Otázka č. 14: **Pokud byste si mohl/a vybrat místo své smrti, zvolil/a byste?** (Respondenti mohli volit vícero možných odpovědí).



Otázka č. 14b vycházela z předešlé otázky (č. 14). Respondenti měli rozdělit body mezi jednotlivé instituce. V papírové formě spadala pod otázku č. 14 – tedy 14b, kdežto v internetové formě stála jako samostatná otázka č. 15. Vzhledem k papírovému dotazníku, jakožto součástí přílohy budeme kopírovat otázky z papírové formy. Při rozdělování bodů měli respondenti přiřadit body následovně: 1 – nejvíce preferované místo, 2 – méně preferované místo atd.) Nejvíce preferenčních bodů získalo domácí prostředí, druhé místo s preferenčními hlasy obsadil hospic, třetím místem byla pak nemocnice, čtvrtým domov pro seniory a poslední místo obsadila odpověď *jiná*.

Otázka č. 14b: **Seřad'te Vámi vybrané položky z otázky č. 14 podle preference (1 - nejvyšší preference, 2 – méně preferovaná,.. 5 – nejméně preferovaná).** (Respondenti seřazují podle počtu vybraných položek v otázce č. 14.

Položka	Pořadí
Doma	1.
Hospic	2.
Nemocnice	3.

Domov pro seniory	4.
Jiná instituce	5.

Tabulka č. 4 - Preferovaná místa smrti

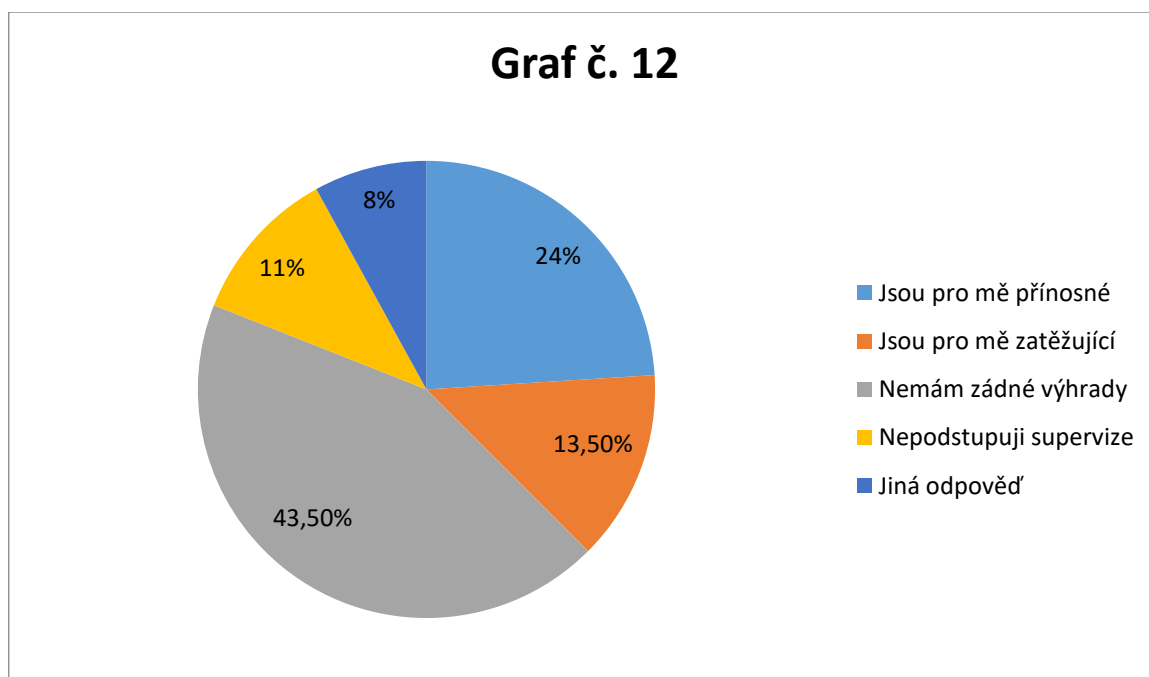
Tímto jsme ukončili blok otázek věnující se názorům a přístupům k smrti a umírání pracovníků v sociálních službách. Dozvěděli jsme se následující zjištění. Téměř většina respondentů se setkává během výkonu svého povolání se smrtí (a to i přes skutečnost, že většina pracuje v zařízení méně než 5 let – viz graf č. 3). Nejčtenější setkávání se smrtí pak bylo časté. Na většinu pracovníků v sociálních službách působí smrt jako přirozená součást života, přičemž většinu pracovníků v sociálních službách zasáhla smrt klienta/pacienta. S lehkým náskokem si poté pracovníci v sociálních službách myslí, že může výkon profese obnášet riziko syndromu vyhoření – velká část volila odpověď: *nevím*. Většina pracovníků si myslí, že kontakt se smrtí může pracovníka v sociálních službách ovlivnit, většinově nepřemýšlejí nad vlastní smrtí a jako místo pro smrt by si přáli domácí prostředí.

7.3 Psychohygienu pracovníků v sociálních službách, jejich povědomí a názory na paliativní péči a eutanázii

V předchozí kapitole jsme se seznámili s názory a postoji pracovníků v sociálních službách k smrti a umírání. V této kapitole se zaměříme na psychohygienu pracovníků v sociálních službách, tedy přesněji jaká je jejich prevence proti syndromu vyhoření. Následně se budeme zabývat jejich povědomím a názory na paliativní péči a eutanázii v ČR.

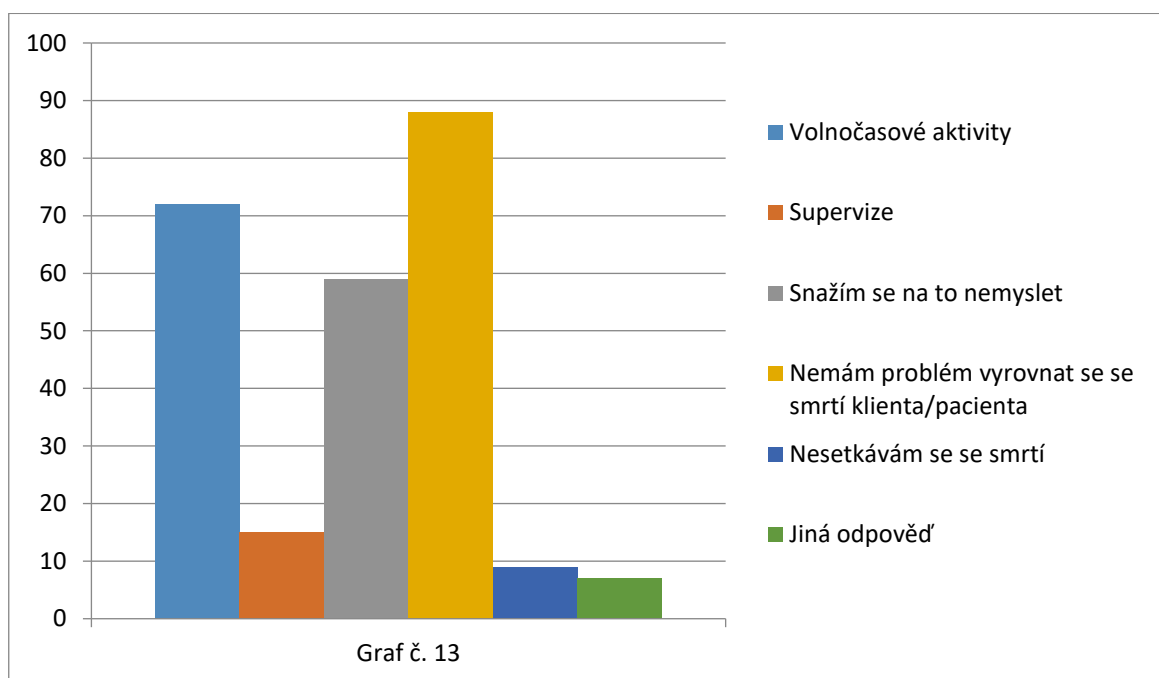
Otázka č. 11 se zaměřuje na názory pracovníků v sociálních službách na přínos, který jim poskytuje podstupování supervizí. 87 respondentů zvolilo odpověď: *nemám žádné výhrady*, což činí podíl 43,5 %. 48 respondentů si naopak myslí, že jsou pro ně supervize přínosné (24 %), naopak 27 respondentů (13,5 %) je názoru, že jsou pro ně supervize zatěžující. 22 respondentů (11 %) se supervizí nezúčastňuje a 16 respondentů (8 %) zvolilo odpověď: *jiná odpověď*. (viz graf č. 12). Mezi jiné odpovědi respondenti zařadili následující: *jsou zcela zbytečné a otravné* (6 responzí), *mám kladné hodnocení, nicméně kolegové se staví k supervizím s odporem* (1 responze), *důležitá je osobnost supervizora* (2 responze), *neměly by se řešit osobní záležitosti* (1 responze), *jsou v nedostatečném počtu* (1 responze), *jako vedoucí nemohu soudit* (1 responze), *nedokážu posoudit, zda jsou účinné* (2 responze), *nevím* (2 responze)

Otázka č. 11: **Jak hodnotíte supervize?** (Respondenti vybírali jednu možnou odpověď).



Otázka dvanáctá má za cíl zjistit, jaké jsou preventivní postupy pracovníků v sociálních službách, respektive jaké jsou jejich aktivity pro vyrovnání se se smrtí klienta/pacienta (viz graf č. 13). Nejčastěji zvolenou odpovědí bylo: *Nemám problém se vyrovnat se smrtí klienta/pacienta* s 88 responzemi (44 %). Volnočasové aktivity jsou preventivními postupy 72 respondentů (36 %). Třetí nejčastější metodou je snaha nemyslet na to. Tuto odpověď zvolilo 59 respondentů (29,5 %). 15 respondentů podstupuje supervize (7,5 %) a 9 respondentů (4,5 %) zvolilo *jinou odpověď*. Jiné odpovědi byly následující: *modlitba* (3 responze), *jsem zkušen/a životem* (1 responze), *hledám vnitřní klid a důvody smrti* (1 responze), *ubírám se k alkoholu* (1 responze) a v poslední řadě odpověď *snažím se udržet si profesionalitu* (1 responze).

Otázka č. 12: **Co děláte pro to, abyste se vyrovnal/a se smrtí klienta/pacienta?** (Respondenti mohli vybírat více možných odpovědí).



První část této kapitole se věnovala psychohygieně pracovníků v sociálních službách. Zjistili jsme, že se k supervizím pracovníci v sociálních službách staví spíše pozitivně a nemají problém vyrovnat se se smrtí klienta/pacienta nebo se na ni snaží nemyslet. Nyní se přesuneme k povědomí a názorům sociálních pracovníků na paliativní péči a eutanázii.

Otázka č. 15 zkoumala znalost pracovníků v sociálních službách ohledně paliativní péče (viz graf č. 14). Respondenti měli na výběr tři definice, z kterých však pouze jedna byla správná. Definici jsem zvolil z díla *Psychosociální aspekty paliativní péče* od autora Kupky (2014). Níže si uvedeme znění definic, ze kterých měli respondenti vybírat tu správnou.

Definice:

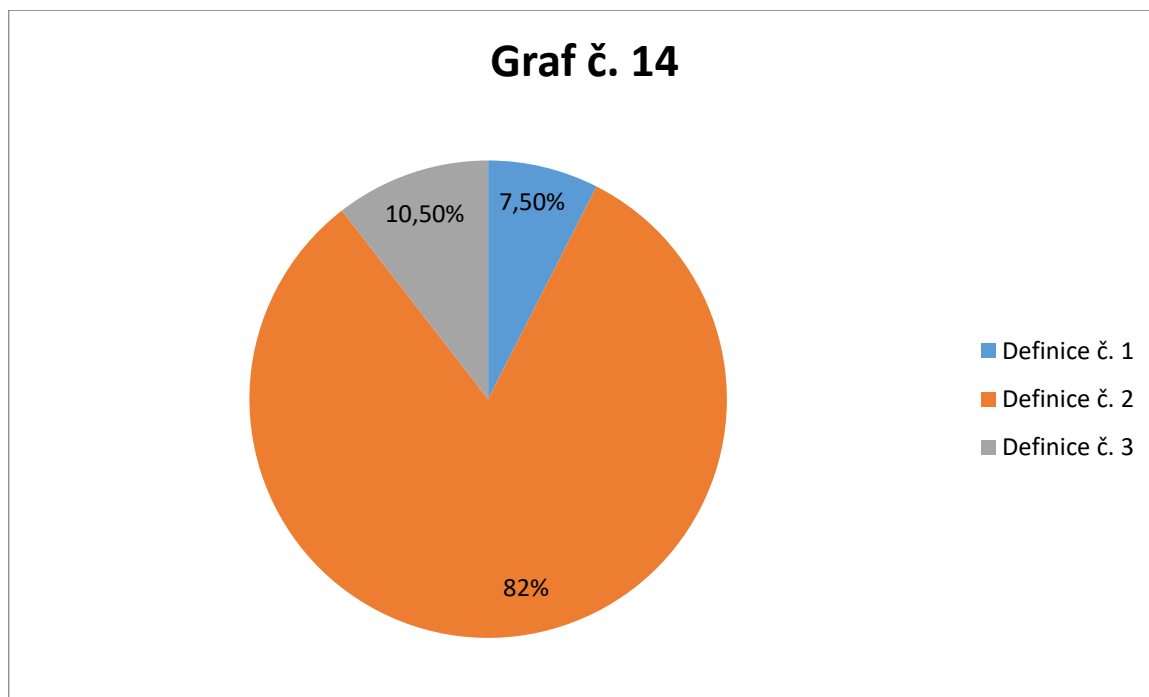
č. 1: Péče o nemocné, kteří nejsou v příznivém zdravotním stavu, avšak jejich zdravotní stav se dá snadno napravit kurativní léčbou. (Nesprávná)

č. 2: Péče o nemocné, kteří nejsou v příznivém zdravotním stavu, a jejich nemoc nereaguje na kurativní léčbu. (Správná)

č. 3: Péče o nemocné, kteří nejsou v nepříznivém zdravotním stavu. (Nesprávná)

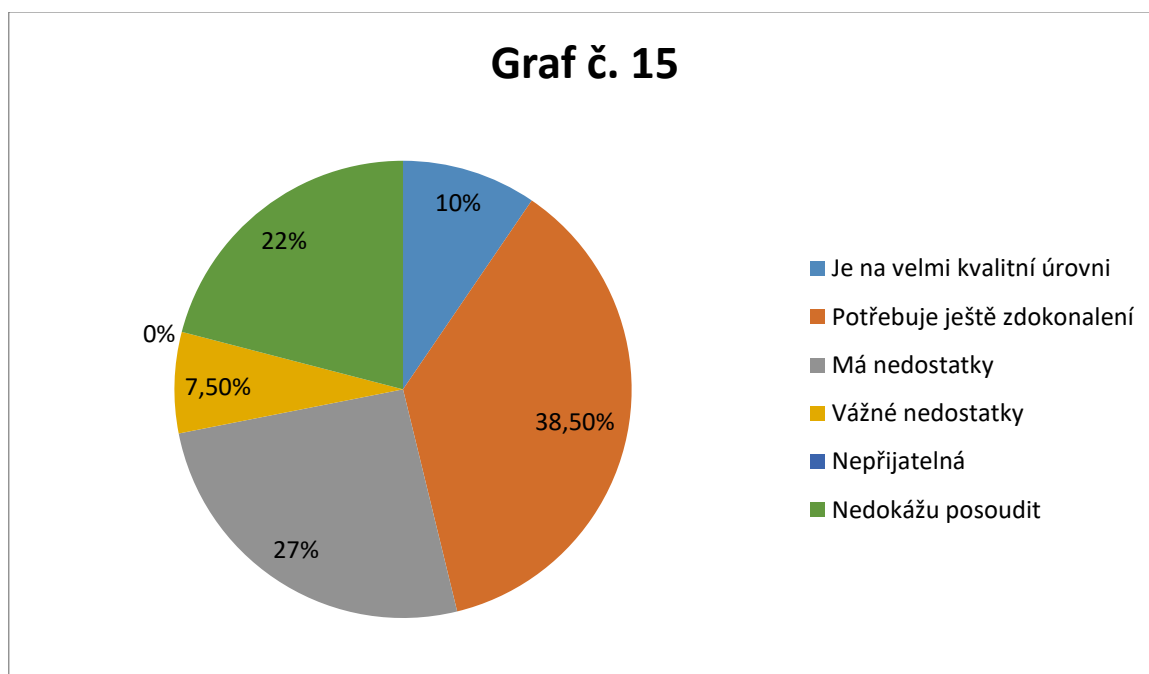
Výsledky byly velmi uspokojivé. Celkem 164 respondentů (82 %) správně zvolilo definici č. 2., 21 respondentů (10,5 %) pak zvolilo definici č. 3 a 15 respondentů (7,5 %) zvolilo definici č. 1.

Otázka č. 15: **Znáte pojem paliativní péče?** (Respondenti vybírali správnou definici)



Otázka č. 16 zkoumala hodnocení kvality paliativní péče v ČR pracovníky v sociálních službách. (viz graf č. 15) 77 respondentů (38,5 %) je názoru, že je nutné ještě paliativní péči v ČR zdokonalit. 54 respondentů (27 %) vnímá nedostatky v současné paliativní péči v ČR, kdežto pouze 10 responzí (10 %) hodnotí paliativní péči v ČR na velmi kvalitní úrovni. 15 respondentů (7,5 %) považuje paliativní péči v současné době jako vážně nedostatečnou a 44 (22 %) respondentů nedokáže posoudit, jaká je kvalita paliativní péče.

Otázka č. 16: **Jak hodnotíte kvalitu paliativní péče v ČR?** (Respondenti vybírali jednu správnou odpověď).



Otázka č. 17 byla podobná jako otázka č. 15, s tím rozdílem, že tentokrát vybírali respondenti správnou definici pro eutanázii. Volby definicí (viz graf č. 16) ukazují výborné výsledky ve znalosti tohoto pojmu. Nejprve se seznámíme se zněním jednotlivých definic.

Definice:

č. 1: Lékařské jednání, které se snaží zvrátit nepříznivý zdravotní stav pacienta dostupnější medikací. (Nesprávná)

č. 2: Lékařské jednání, které vede k navození nebo uspíšení smrti druhého člověka.
(Správná)

č. 3: Lékařské jednání, které vede k zvrácení nebo zpomalení smrti druhého člověka.
(Nesprávná)

196 (98 %) respondentů správně zvolilo definici č. 2. 4 respondenti (2 %) zvolili definici č. 1 a pro definici č. 3 se nerozhodl žádný respondent.

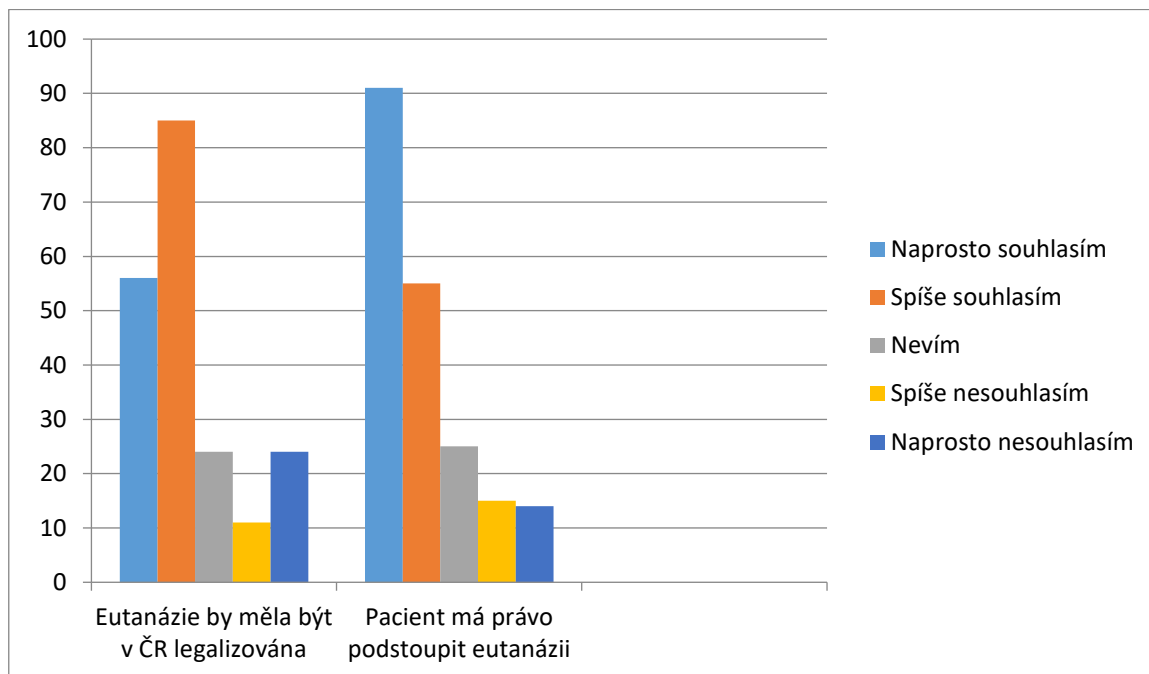
Otázka č. 17: **Je Vám znám pojem eutanázie?** (Respondenti volili správnou definici eutanázie, stejně jako tomu je u otázky č. 15).



U osmnácté otázky volili respondenti míru souhlasu na škále týkající se legalizaci eutanázie v ČR a právu pacienta podstoupit eutanázii (viz graf č. 17).

Měla by být eutanázie v ČR legalizována? V této otázce 85 respondentů (42,5 %) volilo míru souhlasu: *spíše souhlasím*. Míru souhlasu *určitě ano* volilo 56 respondentů (28 %). Počet respondentů u odpovědi *naprosto nesouhlasím* a *nevím* bylo stejně, a to 24 (12 %). *Spíše nesouhlasilo* 11 respondentů (5,5 %). *Měl by mít pacient právo podstoupit eutanázii?* *Naprosto souhlasilo* 91 respondentů, tedy 45,5 %. 55 respondentů (27 %) *spíše souhlasí* a 25 respondentů (12,5 %) *neví*. *Spíše nesouhlasilo* 15 respondentů (7,5 %) a *naprosto proti* bylo 14 respondentů, tedy 7 %.

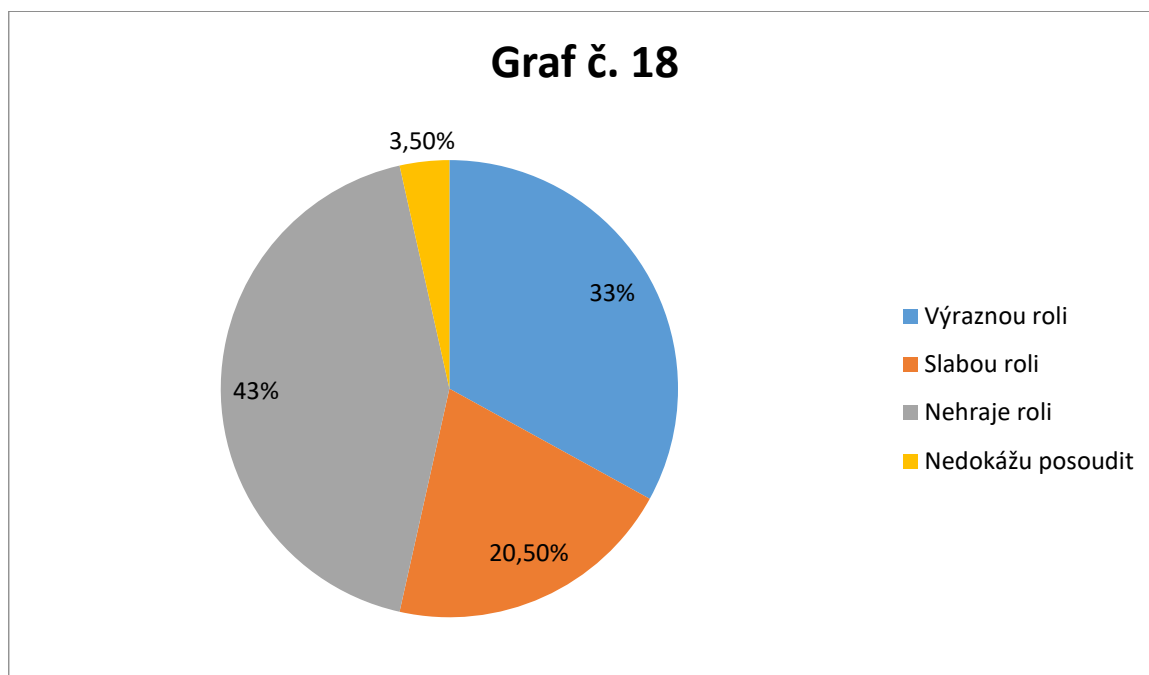
Otázka č. 18: **Souhlasil/a byste s legalizací eutanázie v ČR? Vyjádřete míru souhlasu.** (Respondenti volili podle škály míru souhlasu, 1 – naprosto souhlasím, 2 – spíše souhlasím...) (Respondenti volili podle škály míru souhlasu, 1 – naprosto souhlasím, 2 – spíše souhlasím...)



Graf č. 17

Poslední otázka č. 19 se zaměřila na roli víry ve výkonu profese pracovníků v sociálních službách (viz graf č. 18). Nejčastější responzí byla možnost: *nehraje roli*, kterou vybralo 86 respondentů (43 %). Druhou nejčastější skupinu pak tvořili respondenti, kteří vybrali možnost *výraznou roli*, 66 respondentů (33 %). Slabou roli vybralo 41 (20,5 %) respondentů a 7 (3,5 %) nedokázalo posoudit, zda v jejich profesních životech hraje víra nějakou roli.

Otázka č. 19: **Jakou hraje ve Vašem profesním životě víra?** (Respondenti volili jednu možnou odpověď).



8 SHRUTÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU

Výzkum věnující se přístupům a názorům pracovníků v sociálních službách na smrt a umírání byl proveden zhruba během dvou měsíců kvantitativní formou – dotazníky. Dotazníky byly administrovány v elektronické a papírové formě, vždy podle konkrétního požadavku daného zařízení. Celkem bylo zasláno 250 dotazníků. Zpět se navrátilo 208, avšak 8 dotazníků bylo znehodnoceno neúplným vyplněním, chybným vyplněním nebo značnou mírou vlastních poznámek místo vybírání odpovědi.

Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit přístupy a názory pracovníků v sociálních službách na smrt a umírání. Přesněji jsme se snažili zjistit, jak přistupují pracovníci v sociálních službách k smrti klientů/pacientů a zda na ně má setkávání se se smrtí nějaký dopad. Poté jsme se zaměřili na psychohygienu pracovníků v sociálních službách. Zaměřili jsme se na postupy, které volí pracovníci v sociálních službách, aby se snáze vyrovnávali s pravidelným setkáváním se se smrtí. Následně jsme se zaměřili na paliativní péči a eutanázii a názory pracovníků v sociálních službách na ně.

Výzkumný soubor tvořilo s většinovými 92 % ženské zastoupení. Nejčtenější skupinu pak tvořili respondenti mezi 45 a 60 lety. Nejčastější délkou výkonu profese bylo méně než 5 let a vykonávanou pozici nejčastěji zastupovali pracovníci v sociálních službách, kteří byli téměř většinově zaměstnanci domovů pro seniory.

Respondenti se se smrtí setkávají pravidelně (45 % respondentů uvedlo, že se v rámci výkonu svého povolání setkává občas se smrtí, 31 % pak uvedlo, že se se smrtí setkávají často, avšak působí na ně zejména jako přirozená součást života 77,5 % respondentů a 16,5 % respondentů má ze smrti občas obavy. Větší část respondentů se během výkonu svého povolání setkala se situací, kdy je zasáhla smrt klienta/pacienta. 36,5 % respondentů zvolilo možnost *určitě ano* a 32,5 % respondentů pak možnost spíše ano. Nad svým umíráním nepřemýšlí 47 % respondentů nebo z něj mají mírnější obavy (22,5 %). Co se týče vlastní smrti, tak si spíše nejsou jisti, zda z ní mají či nemají obavy (23,5 % respondentů), avšak velká část respondentů zvolila možnost: spíše se obávám vlastní smrti (22,5 %). Jako místo smrti by si nejčastěji zvolili domácí prostředí (175 responzí) a naopak nejméně preferovaným místem je domov pro seniory se 44 responzemi (pokud nebereme v potaz *jinou odpověď*).

Pracovníci v sociálních službách vědí, co je paliativní péče (82 % zvolilo správnou definici), dokáží ji téměř většinově správně definovat a dokáží posoudit její současný stav v ČR. Kvalita paliativní péče v ČR je podle nich kvalitní, avšak stále je potřeba zdokonalování (38,5 %). Dokáží také správně definovat (s 98% přesností) pojem eutanázie. Mírou souhlasu jsou názoru, že by v ČR měla být eutanázie spíše legalizována (85 měř souhlasu). S 91 měrami souhlasu pak souhlasí s právem pacienta na podstoupení eutanázie. Z výsledků výzkumu můžeme vidět, že smrt a umírání je běžným jevem ve výkonu profese pracovníků v sociálních službách a že má na pracovníky značný vliv.

8.1 Doporučení pro praxi

Jak můžeme z výsledků výzkumu zpozorovat, pracovníci se během výkonu své profese pravidelně dostávají do náročných situací. V tomto ohledu je vhodné pracovat s pracovníky, zejména po psychické stránce, aby si s sebou nenesli nahromaděný stres. Možností jsou častější supervize, střídání služeb na oddělení v rámci zařízení – například týden u imobilních klientů a týden u samostatných klientů, podstupovat teambuilding, programy určené pro zmenšení rizika negativních jevů vycházejících z každodenního stresu na pracovišti nebo rozšíření dovolené – více dnů za rok. Rovněž je možností rozšíření personálu nebo zkrácení jednotlivých služeb. S pracovníky je třeba pracovat už od začátku nástupu do jednotlivého zařízení, protože jak jsme se dozvěděli, nejčastější délka výkonu povolání v sociálních službách je u respondentů méně než 5 let. To vypovídá o fluktuaci pracovníků, kteří emočně nezvládají dlouhodobé působení v sociální oblasti. Změna povolání jako takového ovšem může přinést pracovníkovi úlevu a odpoutat ho od každodenních náročných situací. Jak jsme se také dozvěděli, 175 respondentů preferovalo umírání v domácím prostředí. V tomto ohledu je potřebná dostatečná osvěta v oblasti paliativní a hospicové péče, informovanost o možnostech tzv. mobilního hospice, větší dostupnost paliativní a hospicové péče, zlepšování její kvality a kvalitní vzdělávání pracovníků v hospicových zařízeních, aby byla poskytována péče o osoby v terminální fázi co nejdůstojnější. Nutností je pak také snaha o maximální zapojení rodiny do péče o umírajícího jedince, což přispívá k možnosti umírat doma. Eutanázie je v dnešní době velmi diskutovaným tématem, avšak její legalizace jako taková je stále opomíjená, přesto že v řadě států již byla legislativně uznána. V tomto ohledu je rovněž nutná informovanost společnosti, podpora důstojného odchodu umírajících lidí a případná debata o uznání práva na podstoupení eutanázie v případech, kdy umírající jedinec nereaguje na žádnou medikaci, která by mu ulevovala od

bolesti. Pokud osoba trpí a není šance její odchod zkvalitnit alespoň částečně. U pracovníků v sociálních službách jsme se u otázek eutanázie – přesněji práva pacienta podstoupit eutanázii a případnou legalizaci eutanázie v ČR setkali s výraznou podporou.

ZÁVĚR

Pracovníci v sociálních službách se pravidelně dostávají do náročných situací při výkonu svého povolání, kdy se setkávají se smrtí a umíráním. Klient/pacient má často k pracovníkovi vytvořený nějaký vztah a jeho úmrtí může pracovníka v sociálních službách zasáhnout. Pracovníci se s náročnou profesí vyrovnávají pomocí volnočasových aktivit, oddělováním profesního a osobního života, a v některých případech zvládají snášet pravidelný kontakt se smrtí a umíráním. Pracovníci se spíše pohybují v sociální oblasti kratší dobu, přičemž nejčastějším výsledkem výzkumu byl v tomto ohledu výkon profese méně než 5 let. Vlastní smrt a umírání vnímají pracovníci v sociálních službách rozličně. Nejčastěji nad svou smrtí a umíráním nepřemýšlejí, ale současně část má ze svého umírání strach. Smrt a umírání je v současné době velmi tabuizovaným tématem, při kterém se velké části populace vybaví umírání starých lidí v nemocničním prostředí za plentou. Informovanost nebo zájem společnosti o tomto tématu a této problematice pak není dostačující. Velká spousta seniorů ve stáří žije v institucionální péči, často osamocena a osamocena i umírá. Přitom největší počet preferencí jakožto místo k úmrtí je domácí prostředí, v okruhu rodiny. Do jaké míry vnímá společnost důstojnost umírajících lidí je nejasné, avšak umírající lidé, často pak jsou to zejména umírající senioři, pro naši společnost přinesli řadu pozitivních přínosů, vykonávali celý život povolání, vychovávali děti, a za tuto „službu“ si jistě zaslouží důstojnou péči až do smrti, vždyť bez jejich zásluhy by naše společnost netvořila dnešní podobu, nemluvě o tom, že bez jejich života bychom tu dnes nebyli ani my. Kvalita péče o umírající lidi v ČR je sporná. Názory na kvalitu péče se liší, a ne vždy je posuzována dostatečně kompetentními osobami, setkávajícími se pravidelně s umírajícími lidmi, na rozdíl od sociálních pracovníků, kteří mají v této oblasti informace „z první ruky“. Pracovníci v sociálních službách sami vnímají nutnost zlepšení kvality péče o umírající lidi, nicméně ji považují za spíše kvalitní. Pravidelnost setkávání se se smrtí závisí také na druhu zařízení, ve kterém pracovník v sociálních službách pracuje. Nejčastější úmrtí pak nastává v domovech pro seniory a hospicích. Je nutnost dbát na respekt a obdiv osobám, které vykonávají takovou profesi a vstupují tak do každodenních náročných situací, které se na jeho životě mohou výrazně podepsat. Každý člověk jednou dosáhne seniorského věku, a bude potřebovat pomoc od svých nejbližších. Jaká je míra profesionality v životě pracovníků v sociálních službách? Je špatně, že si vybudují ke klientům zdravý přátelský vztah nebo je to špatně? Jaký je tedy správný přístup? Když si k někomu vybudujeme přátelský vztah, tak je přece přirozené, že vnímáme bolest nad jeho ztrátou. V institucionální péči se pak lidé často vystavují

situacím, kdy klienti/pacienti, o které se řadu let starali, náhle umírají. Paní ministryně Maláčová poukazuje na nutnost dbát na kvalitu sociálních služeb v ČR, protože právě tento resort je emočně velmi náročný a často se pak setkáváme se situací, kdy není možná dostatečně kvalitní péče, jakožto důstojnost poskytující, a to kvůli nedostatečnému orientování se v této oblasti a také nedostatku financí. Musíme pochopit, že kvalitní péče je potřebná celoživotně a žádná osoba by pro svou osobnost neměla být postavována méně kvalitní péči, ať už pro svůj původ, socioekonomický status nebo podobně. Ještě je třeba udělat řadu změn, aby se jak na problematiku smrti a umírání, tak také na kvalitu péče dbal větší zřetel a maximálně se zlepšovala její úroveň. Stejně tak je potřebná podpora a péče o pracovníky v sociálních službách, kteří se vystavují každodennímu stresu. Lidé si ne vždy můžou vybrat místo své smrti, ale mohou v terminální fázi svého života získat důstojnou péči.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén, c2000. ISBN 80-7262-034-7.

BYOCK, Ira. *Dobré umírání: možnosti pokojného konce života*. Vyd. 2. Přeložil Ladislav ŠENKYŘÍK. Praha: Vyšehrad, 2013. Cesty (Vyšehrad). ISBN 978-80-7429-134-0.

CALLANAN, Maggie a Patricia KELLEY. *Poslední dary: jak porozumět zvláštnímu vnímání a potřebám umírajících*. Praha: Vyšehrad, 2005. Cesty (Vyšehrad). ISBN 80-7021-819-3.

KUPKA, Martin. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada, 2014. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4650-0.

KUŘE, Josef. *Co je eutanazie: studie k pojmu dobré smrti*. Praha: Academia, 2018. Právo - etika - společnost. ISBN 978-80-200-2762-7.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. Čtvrté, aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Galén, [2015]. ISBN 978-80-7492-204-6.

SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK. *Paliativní medicína pro praxi*. 2., nezměn. vyd. Praha: Galén, c2011. ISBN 9788072628490.

KISVETROVÁ, Helena. *Péče v závěru života*. Praha: Maxdorf, [2018]. ISBN 978-80-7345-496-8.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Přeložil Jiří KRÁLOVEC. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0911-9.

REA BLACK, Vanda. *Active and passive euthanasia: a case for moral symmetry*. 1993. April: Simon Fraser University, 1993. ISBN 978-03-159-1147-5.

POLLARD, Brian. *The challenge of euthanasia*. 1996. Crows Nest, N.S.W.: Little Hills Press, 1996. ISBN 1863150579.

ČERNÝ, David. *Eutanázie a dobrá život*. 2014. Ústav státu a práva AV ČR: Academia, 2014. ISBN 9788074327926.

PEŠEK, Roman a Ján PRAŠKO. *Syndrom vyhoření: jak se prací a pomáháním druhým nezničit : pohledem kognitivně behaviorální terapie*. V Praze: Pasparta, 2016. ISBN 978-80-88163-00-8.

PRIEß, Mirriam. *Jak zvládnout syndrom vyhoření: najděte cestu zpátky k sobě*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5394-2.

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

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

S.	Strana.
NDE	Zážitky blízké smrti.
EACP	Evropská asociace paliativní péče.
WHO	Světová zdravotnická organizace.
NHO	Norská konfederace, asociace.
SS	Sociální služby.
Ods.	Odstavec.
Tr. zák.	Trestní zákoník.
§	Paragraf.
Č.	Číslo.
%	Procento.

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 – Fáze rozvoje syndromu vyhoření.....	27
Tabulka č. 2 - Pracovní pozice respondentů.....	42
Tabulka č. 3 - Zařízení podílející se na výzkumném šetření.....	43
Tabulka č. 4 - Preferovaná místa smrti.....	52

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha PI: Slovník pojmů

Příloha PII: Dotazník

PŘÍLOHA PI: SLOVNÍK POJMŮ

Nefeš – duše, původ slova v hebrejském jazyce

Lazarův efekt – prožitek blízké smrti, pocit existence mimo tělo

Sedace – utišení, uklidnění

Delikt – přečin, porušení práva, provinění

Komisivní – trestná činnost porušující zákaz

Omisivní – opomenutí či nečinnost vůči normě

Teambuilding – sestavování, vytváření a rozvíjení dobře fungujícího týmu

Fluktuace – změna zaměstnání

PŘÍLOHA PII: DOTAZNÍK

DOTAZNÍK

Smrt a umírání z pohledu pracovníků v sociálních službách

Dobrý den,

jmenuji se Tomáš Surý a jsem studentem třetího ročníku Fakulty humanitních studií ve Zlíně: obor Sociální pedagogika.

Prosím Vás o věnování pár minut k vyplnění tohoto dotazníku. Dotazník je anonymní, a jeho výsledky nebudou využity k jiným účelům než zpracování bakalářské práce na téma: SMRT A UMÍRÁNÍ Z POHLEDU PRACOVNÍKŮ V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH VE ZLÍNSKÉM KRAJI.

Děkuji za ochotu zúčastnit se na mém výzkumu.

1) Vaše pohlaví:

- a) Muž
- b) Žena

2) Váš věk:

- a) 18-35 let
- b) 35-45 let
- c) 45-60 let
- d) Více než 60 let

3) Jak dlouho se pohybujete v sociálních službách?

- a) Méně než 5 let
- b) 5 – 10 let
- c) 10 – 20 let
- d) 20 – 30 let
- e) 30 a více let

4) Jaká je Vaše pozice ve Vašem zařízení? (doplňte)

.....

5) Uveďte prosím zařízení, které je Vaším působištěm:

.....

- 6) Jak často se setkáváte během výkonu svého povolání se smrtí?
- a) Velmi často
 - b) Často
 - c) Občas
 - d) Jen výjimečně
 - e) Vůbec se nesetkávám
- 7) Smrt na Vás působí:
- a) Děsivě
 - b) Jako přirozená součást života
 - c) Mám z ní občas obavy
 - d) Nedokážu posoudit
- 8) Zasadila Vás někdy smrt Vašeho klienta/pacienta?
- a) Určitě ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Nezasáhla mě
 - e) Nesetkal jsem se s ní
 - f) Jinak (doplňte):
- 9) Myslíte si, že může setkávání se smrtí vést k syndromu vyhoření?
- a) Ano
 - b) Spíše ano
 - c) Nevím
 - d) Spíše ne
 - e) Ne
- 10) Myslíte si, že může smrt a umírání ovlivnit pracovníka?
- a) Určitě ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Ne
 - e) Nemohu posoudit
- 11) Jak hodnotíte supervize?
- a) Jsou pro mě přínosné
 - b) Jsou pro mě zatěžující
 - c) Nemám žádné výhrady
 - d) Nepodstupuji supervize
 - e) Jinak (doplňte):

12) Co děláte proto, abyste se vyrovnal se smrtí klienta/pacienta? (Možnost více odpovědí)

- a) Volnočasové aktivity
- b) Supervize
- c) Snažím se na to nemyslet
- d) Nemám problém se vyrovnat se smrtí uživatele/pacienta
- e) Nesetkal/a jsem se
- f) Jinak (doplňte):

13) Bojíte se vlastního umírání?

- a) Vlastního umírání se bojím
- b) Vlastního umírání se nebojím
- c) Nepřemýšlím nad svým umíráním
- d) Nedokážu posoudit

14) Pokud byste si mohl/a vybrat místo své smrti, bylo by to? (Možnost více odpovědí)

- a) Doma
- b) Hospic
- c) Domov pro seniory
- d) Nemocnice
- e) Jiné (doplňte):

U této položky přiřadte čísla podle preference (1-nejlépe hodnocené, 2 – hůře hodnocené...)[patří k položce č. 14].

15) Znáte pojem paliativní péče? (Vyberte správnou definici)

- a) Péče o nemocné, kteří nejsou v příznivém zdravotním stavu, avšak jejich zdravotní stav se dá snadno napravit kurativní léčbou
- b) Péče o nemocné, kteří nejsou v příznivém zdravotním stavu, a jejich nemoc nereaguje na kurativní léčbu
- c) Péče o nemocné, kteří nejsou v nepříznivém zdravotním stavu

16) Jak hodnotíte kvalitu péče o umírající v ČR?

- a) Je na velmi kvalitní úrovni
- b) Potřebuje ještě zdokonalení
- c) Má nedostatky
- d) Vážné nedostatky
- e) Nepříjemná
- f) Nemohu posoudit

17) Je Vám znám pojem eutanázie? (Vyberte správnou definici)

- a) Lékařské jednání, které se snaží zvrátit nepříznivý zdravotní stav pacienta dostupnější medikací
- b) Lékařské jednání, které vede k navození nebo uspíšení smrti druhého člověka
- c) Lékařské jednání, které vede k zvrácení nebo zpomalení smrti druhého člověka

18) Souhlasil/a byste s legalizací eutanázie v ČR?

Vyjádřete míru souhlasu:

	Naprostou souhlasím	Spíše souhlasím	Nevím	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím
a) Eutanázie by v ČR měla být legalizována	1	2	3	4	5
b) Pacient má právo podstoupit eutanázii	1	2	3	4	5

19) Jakou hraje ve Vašem profesním životě vira?

- a) Výraznou roli
- b) Slabou roli
- c) Nehraje roli
- d) Nevím

20) Obáváte se vlastní smrti:

- a) Určitě ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne
- e) Nedokážu posoudit
- f) Jinak (doplňte):