

Psychosociální aspekty mobilních hospiců pohledem pracovníků

Radka Šrolová

Bakalářská práce
2022



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav pedagogických věd

Akademický rok: 2021/2022

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: Radka Šrolová
Osobní číslo: H19453
Studijní program: B0111A190011 Sociální pedagogika
Forma studia: Prezenční
Téma práce: Psychosociální aspekty mobilních hospiců pohledem pracovníků

Zásady pro vypracování

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti smrti a umírání, hospicové a paliativní péče.

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

Realizace kvantitativního výzkumu formou dotazníku.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Seznam doporučené literatury:

CHRÁSKA, Miroslav, 2016. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu. 2., aktualizované vydání.* Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5326-3.

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

STUDENT, Johann-Christoph, Albert MÜHLUM a Ute STUDENT, 2006. *Sociální práce v hospici a paliativní péče.* Jinočany: H&H. ISBN 80-7319-059-1.

TOMEŠ, Igor, Eva DRAGOMIRECKÁ, Katarina SEDLÁROVÁ a Daniela VODNÁČKOVÁ, 2015. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry.* Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-2941-4.

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

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Lucie Blašítková, Ph.D.**
Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce: **19. ledna 2022**

Termín odevzdání bakalářské práce: **29. dubna 2022**

Mgr. Libor Měrek, Ph.D.
děkan



doc. 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(a) samostatně a použitou literaturu jsem citoval(a). V případě publikace výsledků budu uveden(a) jako spoluautor.

Ve Zlíně

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 nevdělečně 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, o písy 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 jim 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 přihlédá k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce je zaměřena na psychosociální aspekty práce v mobilních hospicích. První kapitola teoretické části je věnována problematice smrti a umírání a s nimi spojenými jevy, jako je například truchlení. Druhá kapitola se blíže zabývá paliativní a hospicovou péčí v České republice s důrazem na pozici sociálního pracovníka v hospicových zařízeních.

Praktická část obsahuje kvantitativní výzkum provedený pomocí dotazníku, jehož cílem bylo zjištění hlavních psychosociálních aspektů mobilních hospiců pohledem jejich pracovníků.

Klíčová slova: smrt, umírání, hospicová péče, mobilní hospic

ABSTRACT

This Bachelor's thesis is focused on psychosocial aspects of work in mobile hospices. The first chapter of theoretical part is devoted to the issue of death and dying and other connected phenomena, such as mourning. The second chapter deals in more detail with palliative and hospice care in the Czech republic with emphasis on the position of social worker in hospice facilities.

The practical part contains quantitative research conducted using a questionnaire, which aimed to identify the main psychosocial aspects of mobile hospices from perspective of their staff.

Key words: death, dying, hospice care, mobile hospice

Keywords: death, dying, hospice care, mobile hospice

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

OBSAH

ÚVOD.....	9
I TEORETICKÁ ČÁST.....	10
1 SMRT A UMÍRÁNÍ.....	11
1.2 VÝZNAM SMRTI V LIDSKÉM ŽIVOTĚ.....	12
1.4 UMÍRÁNÍ A JEHO FÁZE.....	14
2 HOSPICOVÁ A PALIATIVNÍ PÉČE.....	19
2.1 STRUČNÁ HISTORIE A ÚKOLY ČESKÉ HOSPICOVÉ A PALIATIVNÍ PÉČE V SOUČASNOSTI.....	19
II PRAKTICKÁ ČÁST.....	31
3 VÝZKUM.....	32
3.1 VÝZKUMNÉ CÍLE.....	32
3.6 VÝZKUMNÝ SOUBOR.....	35
4 ANALÝZA DAT Z DOTAZNÍKU.....	37
ZÁVĚR.....	73
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	75

ÚVOD

Bakalářská práce s názvem Psychosociální aspekty mobilních hospiců se zabývá hodnocením psychosociálních aspektů mobilních hospicových zařízení pohledem jejich pečovateli, zdravotních a sociálních pracovníků. Mobilní hospic je zdravotnické zařízení, které umožňuje nevléčitelně nemocným pacientům zůstat v závěru jejich života doma, v kruhu rodiny a přátel. (Marková, 2021, s. 12) Mobilní hospice v České republice se v posledních letech rozšiřují a poptávka po nich vzrůstá společně s poptávkou po pracovnících. Práce s umírajícími lidmi ale není sama o sobě příliš atraktivní, jak se ukazuje například ve zkoumání názorů studentů sociální pedagogiky. Studenti v 77 % případů hodnotí práci s umírajícími jako úctyhodnou, nicméně vykonávat by ji nechtěli. (Hubíková, 2019, str. 66) Absolvent sociální pedagogiky přitom má možnost své uplatnění nalézt na pozici sociálního pracovníka v zařízeních hospicového typu. Smrt a umírání jsou jedny z nejčastějších tabu. Současná společnost je orientovaná spíše technicky. Snaží se nad smrtí získat kontrolu, nebo ji úplně vytěsnit. Když se takové vytěšňované téma potom jednou objeví v reálném životě, bývá mnohonásobně horší jej snést a zpracovat. (Haškovcová, 2010, cit. dle Kupky, 2014, s. 21)

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. Teoretická část je rozdělena na dvě kapitoly. První kapitola nese název Smrt a umírání a je věnována často tabuizovaným tématům jako jsou fáze umírání, doprovázení umírajících nebo zážitek blízkosti smrti. Kapitola číslo dvě se jmenuje Hospicová a paliativní péče a její obsah se zaměřuje na péči o terminálně nemocné pacienty a jejich rodiny. Pozornost je věnována také rozdělení pracovníků s větším důrazem na pracovní náplň a požadavky na pozici sociálního pracovníka v hospicových zařízeních. Cílem teoretické části je tedy větší objasnění témat spojených se smrtí a umíráním, zařízeními, která se smrti a umírání věnují a jejich pracovníky.

Praktická část se zaměřuje na hodnocení psychosociálních aspektů pracovníky mobilních hospiců. Cílem praktické části je vyhodnotit, jak pracovníci hodnotí pět různých psychosociálních oblastí, kterými je hodnocení vlastního života, smrtelnosti, soukromých vztahů, pracovních vztahů a vlastní psychohygieny.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 SMRT A UMÍRÁNÍ

Umírání a smrt jsou pro lidi bezesporu zásadní událostí. Je to jistota, univerzální zkušenost, kterou jednou podstoupí každý člověk. První zkušenosti se smrtí se vztahují k umírání blízkých, které lidi potkává v průběhu celého života. (Kupka, 2014, s. 45)

Umírání je osobní a sociální proces, který vyžaduje prostor, čas a citlivé zacházení. Zároveň je vyděleno ze všedního života, jelikož údajně překáží „obvyklému průběhu věcí“ a tím i celé společnosti. (Student, 2006, s. 25)

1.1 Umírání v minulosti a dnes

Umírání mělo v minulosti po celá staletí velmi podobný scénář – takzvaný rodinný model umírání. Lidé v kontextu podmínek daného historického období umírali doma, mezi svými nejbližšími. Rodina o umírajícího pečovala do posledních chvil, nebylo neobvyklé, že každý měl svůj úkol, a když kritická situace nastala, věděl, co má dělat. Pečovat o umírajícího člena rodiny bylo běžné a samozřejmé. Umírající věděl, co se bude dít, až nadejde jeho čas, jelikož měl možnost se potkat se smrtí v průběhu svého života. Při setkáních se smrtí měl různé úkoly, které směřovaly především k péči o své umírající blízké. Jedinec měl přirozenou zkušenost s rolí doprovázejícího. Díky tomu si mohl do hloubky uvědomit, že on sám se jednou ocitne v podobné situaci. Výhodou bylo, že lidé věděli, jak o umírajícího či nemocného člověka pečovat a zároveň měli informace o tom, jak umírání a smrt probíhají. Akceptaci smrti se učily i děti. Péče o umírající byla především laická. Nevýhodou této formy péče byl dlouhodobý problém se zajištěním materiálního zázemí a pokrytí fyzických potřeb umírajících. I proto se péče o nemocné a umírající postupně ujímaly obce, šlechta a církve. Snahy o vytvoření funkční a dostupné sítě péče o umírající jsou patrné již od středověku. Postupně se vyvíjely špitály, chorobince, chudobince a pastoušky. (Kupka, 2014, s. 58)

Vytvořením těchto míst vzniká institucionální model umírání. Ten se vyvíjel postupně. Nejprve šlo o to, aby každý vážně nemocný umírající měl čisté lůžko, teplo, jídlo, pití a základní hygienické zázemí. Ve velkých pokojích bylo mnoho postelí, v jejichž záhlaví byla černá tabule, na kterou se psalo jméno nemocného, rok narození a jeho diagnóza. Ošetrovatelské úkony měly laický charakter, ani řádové sestry často neměly odborné vzdělání. (Haškovcová, 2007, s. 29)

Špitál je označení pro středověké a později novověké „útulky“ pro nemocné, přestárlé a chudé. Špitály byly zřizovány zejména při klášterech, kde je provozovali mniši

a řeholnice. Chudobinec bylo sociální zařízení pro zestárlé a zchudlé obyvatele, kteří se již sami nemohli postarat o své živobytí. Vyvinuly se ze středověkých špitálů a hospiců. Chorobince byly ústavy pro zestárlé, nemocné a práce neschopné. Jako pastoušky se dříve označovala obydlí pro obecní pastýře. Po zániku obyčejné pastvy v 2. polovině 19. století se z těchto staveb začala stávat obydlí pro chudinu. (Mañas, 2018)

Dříve smrt nastávala po ritualizovaném rozloučení. Hlavním cílem byla pomoc umírajícímu v přijetí konce jeho života. Docházelo tak k jakémusi smíření ze strany umírajícího a k vyrovnání ze strany pozůstalých. Skutečnost blížící se smrti nebyla umírajícímu zastírána. (Kupka, 2014, s. 20)

V současnosti nám moderní medicína může umožnit závěr života bez velkých bolestí, ovšem na úkor umírání v cizím prostředí, ať už nemocničním, nebo ústavním. V roce 2015 zemřely ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče dvě třetiny osob ve věku 80 a více let, z toho 69 % mužů a 64 % žen. V zařízení sociálních služeb zemřelo podle údajů ČSÚ celkem 6 033 lidí, z toho 77 % žen. (Socialnipolitika ©, 2021)

1.2 Význam smrti v lidském životě

Lidský život začíná narozením a končí smrtí. Smrt je přirozenou součástí lidského života. Na základní úrovni ji můžeme chápat jako „individuální zánik organismu“ (Haškovcová, 2007, s. 74)

Je to lidské téma, se kterým se různé kultury vyrovnávají různými způsoby. Každá však hledá jeho smysl. Odkud jdeme a kam se vracíme, jsou dvě základní otázky, které si pokládají všechna náboženství. Smrt může být vnímána jako volba. Tím, že se pro něco rozhodneme, se to uskuteční, přežije, zatímco něco jiného zanikne. (Kupka, 2014, s. 18)

Pojem smrt si můžeme spojovat s pojmem utrpení. Můžeme ovšem rozlišovat dvě jeho formy. První formou, kam se řadí i smrt, je utrpení, které je bolestné, nepřejeme si ho, ale musíme ho přijmout a nést, protože je nedílnou součástí života. Druhou formu představuje utrpení, které je lidmi způsobeno záměrně, je odůvodněné a má smysl. Takové utrpení můžeme vyhledávat třeba ve sportu, v učení se novým věcem nebo v trestu. (Kupka, 2014, s. 22)

Důležitými se jeví pojmy životní cyklus a životní dráha. Ty odrážejí vztah mezi společností a jednotlivcem, mezi společenským vývojem a lidskou biografií. Životní cyklus je jakýmsi širším a obecnějším rámcem životní dráhy člověka. Do jisté míry ji

determinuje. Životní dráhy zase můžeme označit jako individuální linie životního cyklu. Životní dráha člověka sestává z jednotlivých událostí řazených za sebou v průběhu určitého času. Životní cyklus se dělí dle výkonu životních rolí, které se vážou k určité etapě. Lidský život směřuje od narození až po smrt právě přes jednotlivé vývojové etapy. Životní cyklus můžeme velmi obecně periodizovat do čtyř etap či věků: první věk – předproduktivní období, druhý věk – produktivní období, třetí věk – postproduktivní období a čtvrtý věk – období závislosti. (Kalenda, 2012, s. 14, 15)

V detailnějším kontextu je první věk bývá spojován s dětstvím, mládím, přípravou na budoucí povolání. Pro současnou společnost je typické posouvání hranice prvního věku, což souvisí s celkovou proměnou společnosti, tedy se změnou rodinných struktur, pracovního trhu, vzdělávacího a sociálního systému. Druhý věk je omezen hranicí 26 let a je pro něj charakteristické odpoutání od rodiny, osamostatnění, podávání pracovního výkonu, zakládání prokreační rodiny. Třetí věk bývá spojován s odchodem do důchodu, který je omezen věkovou hranicí od 65 let. Charakteristické je snížení příjmu a ekonomická neaktivita, potřeba sociální podpory. Čtvrtý věk většinou představuje závislost na pomoci ostatních členů společnosti, například při obstarávání péče o vlastní osobu a při uskutečňování sociálních kontaktů s okolím. Zde má více než jindy význam doprovázení těchto osob. V terminálním stádiu životní dráhy nastupuje specifická forma doprovázení, a to doprovázení umírajících. Osoby doprovázející umírající by měly procházet speciální přípravou zaměřenou jak na práci s klienty v závěrečné fázi života, tak na své vlastní prožívání a vnímání smrti. Osoba poskytující pocit bezpečí a podporu by měla být především sama vyrovnána se svou vlastní konečností a také konečností svých blízkých. (Kalenda, 2012, s. 23, 24)

1.3 Umírání, smrt a truchlení jako tabu

„V celých dějinách pravděpodobně nikdy nevidělo takové množství lidí tolik mrtvých a způsobů umírání jako dnes, ovšem i přesto bez osobního kontaktu s umírajícími či s mrtvým tělem.“ (Student, 2006, s. 23)

Smrt jako extrémní forma sebepoškození je pro člověka děsivou realitou, proto se onen člověk obává vystavit vědomí smrti. V tradičních společnostech přinášely určitou jistotu víra, společenství a rituály, které umožňovaly její přijetí. V současnosti se od rituálů

spíše upouští. Smrt pak zdánlivě nemá smysl a to může brát onen smysl celému životu. Důsledkem je, že stále více lidí žije život beze smyslu, kterým trpí. (Student, 2006, s. 24)

V současné době je společnost orientovaná spíše technicky. Snaží se nad smrtí zvítězit, získat kontrolu. Kult mládí, krásy a výkonnosti se odvrací od stáří, smrti a ošklivosti. Převládá názor, že zabývat se smrtí je nepatřičné či dokonce patologické. Tento pohled nám tvrdí, že od smrti je třeba odvracet pozornost u všech věkových skupin. Když se toto téma potom jednoho dne otevře, má podobu strachu, děsu či hrůzy. (Haškovcová, 2010, cit. dle Kupky, 2014, s. 21)

Lidé mají mnohdy pocit, že smrt není skutečná, že se týká ostatních, nikoliv jich samotných. Vědomí pomíjivosti všech věcí se přitom stává pobídkou k ukázněné mysli, k rozlišování významu krátkodobého a dlouhodobého uspokojení. Pokud je člověk schopen připustit si a prožít, že jednou zemře, dokáže realisticky zvážit svou situaci a nebude v přílišné míře obtěžován zbytečnými starostmi. (Kupka, 2014, s. 29, 30)

Pokud chce člověk něco změnit a s něčím pracovat, musí to nejprve přijmout a připustit, že se to týká právě jeho. V takovém případě lze projít osobní transformací. (Frankl, 1996, 1997 cit. dle Kupky, 2014, s. 61)

1.4 Umírání a jeho fáze

Základním rozdílem mezi pojmy smrt a umírání je fakt, že smrt chápeme jako stav, zatímco umírání chápeme jako proces. Elisabeth Kübler-Rossová v širším významu slova definovala umírání jako „proces, kdy nemocný člověk v relativně dlouhém čase žije pod znamením hrozící a nakonec se realizující smrti“ (Kübler-Ross, 1995, s. 17).

Česká bioložka a filosofka Helena Haškovcová rozlišila tři fáze umírání: pre finem, in finem a post finem. První fáze spočívá ve sdělení vážné diagnózy, pro druhou fázi jsou typické bezprostřední psychické reakce pacienta, který se snaží novou skutečnost přijmout, poslední fáze představuje završení procesu umírání, zahrnuje péči o pozůstalé a tělo zesnulého. (Haškovcová, 2007, s. 76)

Pět fází vyrovnávání s nevléčitelnou nemocí popsala německo-švýcarská psychiatricka zabývající se umíráním a smrtí Elisabeth Kübler Rossová ve své knize *On Death and Dying* z roku 1969. Patří mezi ně popírání a šok, hněv a agrese, smlouvání, deprese a smíření. V angličtině se tyto pojmy vyjadřují jako denial (popírání), anger (hněv,

agrese), bargaining (smlouvání), depression (deprese) a acceptance (smíření). Tyto pojmy tvoří v angličtině zkratku DABDA. (Kübler-Ross, 1995, s. 20)

První fáze spočívá ve sdělení samotné diagnózy. Většina pacientů reaguje popřením, kdy mají pocit, že jich se tato informace určitě netýká, své onemocnění si nepřipouští. Mohou si vyžadovat další vyšetření, která by stávající diagnózu vyvrátila. V této fázi nemocní často pocítují strach a úzkost, zůstávají sami. Mimo jiné může dojít také k odmítnutí léčby. Pacient se zde může usadit a v této fázi setrvat. Důležitou roli v tom, zda se pacient posune dál, může hrát doprovázející osoba, která dotyčnému empaticky naslouchá a dává mu útěchu. (Kübler-Ross, cit. dle Tothové, 2013, s. 17, 18)

Druhá fáze je charakteristická zlobou, nevráživostí, závistí. Okolí to v této fázi má o to těžší, než v jiných, jelikož umírající je plný hněvu a podrážděnosti. Klade si otázku, proč nemoc postihla právě jeho, proč ne někoho jiného. Na milé a vstřícné chování reaguje popuzeně, vyžaduje si zvýšenou pozornost. V této fázi je dle Kübler-Rossově důležitý čas a pozornost, vstřícnost a tolerance k hněvu umírajícího, ať už je oprávněný, či nikoliv. (Kübler-Ross, cit. dle Tothové, 2013, s. 19)

Ve stadiu vyjednávání, tedy ve třetím stadiu, už pacient tuší, že jeho nemoc je vážná. Jakousi reakcí je právě smlouvání a vyjednávání. Nemocný prosí, vymýšlí různé taktiky, smlouvá o odklad, slibuje dobré chování. Často uzavírá přísně tajný obchod s Bohem a slibuje mu, že se dá k církvi, nebo že své tělo věnuje po smrti vědeckým účelům. V této fázi umírající člověk vynakládá hodně úsilí, aby svůj osud zvrátil. V doprovázející roli je opět důležitá především trpělivost, tolerance a empatie. Doprovázející člověk pro umírajícího potom může být jakýmsi opěrným bodem. (Kübler-Ross, cit. dle Tothové, 2013, s. 20)

Čtvrté stádium je charakteristické znalostí a zkušeností umírajícího se svou nemocí. Onen člověk ví, jak se nemoc projevuje, zná její ataky, je čím dál tím slabší a bývá často, ne-li trvale hospitalizován v nemocnici. Může mít pocit, že toto období bude trvat na věky. Objevuje se u něj deprese. Ta může mít podobu reaktivní a přípravnou. V reaktivní fázi jsou pro pacienta typické zoufalství, stud a vina. Ty často pramení z nějakého konkrétního problému, jako je například neschopnost se postarat o domácnost. Když se tento problém vyřeší, například něčí pomocí, deprese se může zlepšit. Přípravná deprese vzniká z očekávané ztráty. Důležité je, aby umírající dokázal vyjádřit svou bolest a tím se i lépe smířil se svým osudem. Doprovázející může umírajícího potěšit fyzickým kontaktem, například pohlazením ruky. (Kübler-Ross, cit. dle Tothové, 2013, s. 21)

Páté stádium nastává, pokud měl umírající dostatek času projít si všemi předchozími stádii. V tomto stadiu není pocíťována zlost ani deprimace. Dochází k smíření. Umírající se nalézá ve stádiu tichého očekávání. V tomto období umírající spí čím dál tím déle, často si přeje být sám a vyhýbá se návštěvám. Důležitou roli zde může hrát nonverbální komunikace doprovázejícího, nebo jen jeho tichá přítomnost. (Kübler-Ross, cit. dle Tothové, 2013, s. 22)

1.5 Otázky po smyslu jako součást umírání a zážitek blízkosti smrti

Utrpení patří k celému životu. Jako v životě, i při umírání jsou důležité zdroje odolnosti a pocit soudružnosti. Na konci života často člověk přemýšlí o skutečnostech, které promeškal, neprožil či ztratil. Ty vyžadují zpracování. Přijmout zármutek je těžké, zvláště v dnešní společnosti, který považuje za nejvyšší dobro co nejvíce rozkoše a nejlépe žádné utrpení. Konfrontace s blízcím se koncem života člověka často uvrhá do existenciální krize. Překonání této situace často rozhoduje o „dobrém umírání“. Zdařilé překonávání znamená narůst osobních kompetencí, vylepšení relativní spokojenosti. Vyrovnávání s utrpením, ať už vlastním, nebo cizím, je vždy individuální proces. Důležitou se jeví právě otázka po smyslu utrpení a naděje na odpověď. Pokud by utrpení nemělo smysl, bylo by neúnosné. Procesy zrání se uskutečňují zpravidla v krizích. V bolestech si je člověk však uvědomuje jen zřídka. (Student, 2006, s. 135, 136)

Při umírání je z psychosociálního hlediska důležité to, jaký život umírající člověk prožil. Protože lidé, kteří žijí plným životem, nemají strach ani umírat. Znamená to nemít žádné neodvalené balvany. Dle Elisabeth-Kübler Rossové je tato podmínka těžko splnitelná z důvodu nedostačující výchovy. (Kübler-Ross, 2012, s. 6)

Zážitek blízkosti smrti, anglicky „near death experience“, je subjektivní zkušeností, kterou prožívá čtvrtina lidí, jež přežili vlastní klinickou smrt. (Kupka, 2014, s. 154)

Tento termín zavedl americký psycholog, lékař a spisovatel Raymond Moody v roce 1975 ve své knize s názvem Život po životě. Lze ho definovat jako změněný stav vědomí vyskytující se ve stavu bezvědomí. Se změněným vědomím má zkušenost každý člověk, nejpřirozenějším příkladem je spánek. Dále lze tohoto stavu dosáhnout za pomoci různých omamných látek. Lidé, kteří popsali svou zkušenost se zážitkem blízké smrti, ho definovali jako vědomí oddělené od fyzického těla, které dále vnímá svět, popřípadě prostředí jiné reality. Dle výzkumu Bruse Greysona z University of Virginia z roku 2007 se tyto zážitky mezikulturně liší. Tento americký profesor psychiatrie popsal sedm různých vysvětlujících

modelů. Jedno vysvětlení říká, že lidé v tomto stavu zažívají to, co si předem mysleli, že zažijí, další, že jde o vzpomínky na vlastní narození. Jiné vysvětlení uvádí, že tento stav zapříčiňuje vyplavování hormonu noradrenalinu, který ovlivňuje část mozku související s emocemi a pamětí. Další vysvětlení předpokládá vliv chemické látky dimethyltryptaminu, která se v těle vyskytuje ve stopovém množství, zejména pak při produkci spánkového hormonu melatoninu. Jinou teorií je, že zážitek blízké smrti vzniká ještě před samotnou klinickou smrtí. Zážitek blízké smrti bývá spojen se změnou osobnosti. Typický je odklon od materiálního pojetí života a důraz na jeho duchovní stránku. (Kupka, 2014, s. 156)

1.6 Doprovázení umírajících

Umírání a smrt nejsou pouze vysoce osobními tématy, ale zasahují také další lidi a společnost, jsou tedy tématy sociálními. Ve společnosti se můžeme setkat s napětím mezi tabuizací smrti na jedné straně a fascinací smrtí na straně druhé. (Student, 2006, s. 76)

Pomáhat člověku při umírání může znamenat buď jeho usmrcení, nebo citlivé doprovázení. První význam je užíván častěji, přesto, že větší potenciál do budoucna má pojem druhý. Doprovázení a podpora při umírání je základní myšlenkou a postojem veškeré hospicové práce. (Student, 2006, s. 79, 80)

Doprovázení je nedílnou součástí života každého člověka, bez níž by byla lidská existence nemyslitelná. Doprovázejícího si často nelze vybrat, zároveň však může významně ovlivnit životní směřování. Modely chování v některých životních situacích jsou podmíněny sociokulturně, to znamená, že vycházejí ze zvyklostí dané society. V České republice umírá v nemocničním prostředí 70 % lidí. Doprovázejícími se v tomto případě stávají z větší části zdravotníci. Příčin existuje několik. Ve společnosti panuje strach ze smrti, který může ovlivnit schopnost postarat se o své příbuzné v závěru jejich života. Dalším důležitým faktorem je nedostatečné finanční zajištění pro lidi, kteří se rozhodnou o svého blízkého pečovat doma. Problémem je také nutnost ukončit pracovní poměr a tím mnohdy v produktivním věku rezignovat na běžný způsob života. S tím se pojí ztráta sociálních kontaktů, profesních dovedností a již zmiňované ekonomické dopady. (Kalenda, 2012, s. 9, 10)

Umírání je těžkým obdobím jak pro umírajícího, tak pro jeho blízké. Pojí se s psychickými a somatickými potížemi. Jednou z nejčastějších somatických obtíží na konci života je bolest. Ta je přirozenou součástí umírání. Neznamená to ale, že se nemůže a nemá řešit. Naopak, zvládání bolesti je klíčové a pomáhá umírajícím lépe čelit nemoci. Se

zvládáním bolesti a dalších záležitostí pomáhá hospicová a paliativní péče. (Umírání ©, 2021)

1.7 Shrnutí kapitoly

První kapitola byla věnována tématům smrt a umírání, která jsou zásadními při práci v jakémkoliv druhu hospicové či paliativní péče. V první podkapitole bylo popsáno umírání v kontextu času společně se změnami, kterými ono umírání prošlo v jeho průběhu. Druhá podkapitola byla věnována významu smrti v lidském životě, jsou zde vyjmenována jednotlivá období ontogeneze od narození až po úmrtí. Třetí podkapitola zdůvodňuje, proč je umírání a smrt určitým tabu v naší společnosti. Je zde také nastíněna důležitost uvědomění si vlastní smrtelnosti. V následující podkapitole je proces umírání popsán a rozčleněn do jednotlivých fází dle Elisabeth Kübler Ross. Na fáze umírání navazuje podkapitola zabývající se otázkami po smyslu života, které dle autorů (Student, Haškovcová, Kübler-Ross) mají svůj specifický význam, společně s popisem konceptu zážitku blízkosti smrti. V závěru první kapitoly je popsáno doprovázení a jeho bariéry ve spojitosti s péčí o blízkého člověka, které mohou být jedním z důvodů, proč v České republice převážná část lidí umírá v nemocničním prostředí.

2 HOSPICOVÁ A PALIATIVNÍ PÉČE

Paliativní péče se poskytuje pacientům v pokročilém nebo terminálním stádiu nevléčitelné choroby. Cílem je zmírnit duševní a tělesná strádání, jako je bolest nebo dušnost. Rozlišuje se obecná paliativní péče, která zmírňuje bolest a specializovaná paliativní péče, která má i sociální náboj. Tím je snaha zachovat pacientovu důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkým. Tuto snahu vynakládají právě hospice, kde můžeme hovořit o péči hospicové. Podpora hospiců a péče veřejného sektoru o nevléčitelně nemocné není v České republice na žádoucí úrovni. Paliativní a hospicová péče nejsou všeobecně dostupné. Chybí širší veřejná podpora, tato péče je však dostupná především díky církevním a občanským společnostem. (Tomeš, 2015, s. 12)

2.1 Stručná historie a úkoly české hospicové a paliativní péče v současnosti

Před hospici a paliativní péčí stojí několik úkolů. Prvním z nich je úkol zaopatřovací, ve smyslu psychosociální péče nebo terapie zmírňující bolest. Sem patří i další „podúkoly“ vyplývající z odpovědnosti za rozvoj nové kultury umírání. Poznatky získané v hospicích musí být poskytnuty všem, kteří je mohou potřebovat. Druhým úkolem je proto pořádání besed s pacienty, jejich rodinami, truchlícími a také s institucemi. Těmi mohou být nemocnice nebo domovy s pečovatelskou službou. Úkol číslo tři se týká vzdělávací činnosti. Jde o vzdělání a jeho doplňování vedoucích pracovníků, brigádníků či dobrovolníků v hospicové činnosti. Hospicová práce představuje v tomto případě určité sdílení, tedy předávání získaných znalostí. Čtvrtý úkol se dotýká oblasti výzkumu. Jde o získávání nových poznatků pomocí systematizace praktických zkušeností. To má vést k hlubšímu poznání toho, co příznivě utváří život umírajících a obohacuje život pomáhajících. Patří sem i etická reflexe pečovatelského, lékařského a psychosociálního jednání. (Student, 2006, s. 48, 49)

Hospicové hnutí a paliativní péče se v České republice systematicky rozvíjejí od poloviny 90. let. Od té doby došlo v oboru k řadě pokroků. Nastalo zlepšení v oblasti symptomatické léčby a léčby bolesti, nejinak je tomu u ošetrovatelské péče. Narůstá praxe a celkové porozumění problémům umírajících a jejich rodin, kde hraje důležitou roli sociální práce. (Přidalová, 2006, s. 7)

Prvním hospicem v České republice byl Hospic Anežky České v Červeném Kostelci. Byl založen 1. 12. 1994 a zprovozněn 1. 1. 1996. O jeho založení se zasloužila česká

lékařka a spisovatelka Marie Svatošová. Vzorem pro založení byl hospic ve Velké Británii. V současné době hospic stále funguje a provozuje kromě lůžkové péče také poradnu a půjčovnu zdravotnických pomůcek. (Haškovcová, 2007, s. 40)

V lednu 1998 byl zprovozněn Hospic Štrasburk v Praze., v dubnu téhož roku potom Hospic svatého Lazara v Plzni. Oba vznikly z iniciativy Vojenského a špitálního řádu svatého Lazara Jeruzalémského. Dalším hospicem otevřeným v roce 1998 je Hospic svaté Alžběty v Brně. Zde je zřizovatelem Masarykův onkologický ústav. O rok později byl otevřen Dům léčby bolesti s hospicem svatého Josefa v Rajhradě u Brna. Postupně se začala vytvářet síť hospiců. V roce 1998, konkrétně v červnu, bylo založeno Sdružení poskytovatelů hospicové péče v České republice v čele s předsedkyní Marií Šamánkovou. Sdružení si stanovilo jasné cíle. Konkrétně mezi cíle spadá příprava koncepce hospicové péče pro Českou republiku, vytvoření samostatného oboru hospicové péče v rámci zdravotnických zařízení, spolupráce na podkladech pro poskytování hospicové péče, stanovení etického kodexu pro jeho poskytování, spolupráce na podkladech pro vzdělání poskytovatelů, spolupráce s odbornými profesními organizacemi, spolupráce se zahraničím a s orgány státní správy. (Haškovcová, 2007, s. 41, 42)

Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče vznikla v roce 2005. Sdružuje poskytovatel hospicové péče a garantuje kvalitu jejich služeb. Jejimi hlavními úkoly je prosazování a podpora hospicové a paliativní péče, která vychází z úcty k člověku jako jedinečné a neopakovatelné lidské bytosti, přispívání k pozitivní proměně vztahu české společnosti k smrti a umírání a sdružování organizací poskytujících lůžkovou a mobilní hospicovou péči v České republice. Cíle, kterých asociace dosahuje, jsou podpora informovanosti veřejnosti o tom, co hospicová péče nabízí, zlepšování kvality péče formou spolupráce při tvorbě standardů kvality, vzdělávání a zvyšování odbornosti profesionálů v hospicové oblasti, přiznání statutu zdravotně-sociálních zařízení pro hospice. V roce 2007 asociace prosadila uzákonění mobilní i lůžkové hospicové péče. (APHPP ©, 2010)

2.2 Organizace a financování hospiců

Hospicové hnutí se vyvíjelo nezávisle na lékařském sektoru. Nyní je částí zdravotnického systému. Hospice po celém světě využívají čtyři organizační formy. První z nich je hospic jako samostatná stacionární a ambulantní jednotka, druhou je hospic jako závislá stacionární a ambulantní jednotka, tedy jednotka začleněná do kliniky. Třetí formou je hospic jako ryze ambulantní pracovní tým a čtvrtou představuje hospic jako

poradní tým pracující podle principů hospicového hnutí. Každá země vytváří varianty těchto nabídek. (Student, 2006, s. 45)

Financování hospicové péče je vícezdrojové. Systém financování je závislý na zařazení do příslušné sítě sociálních služeb. Služba zařazená do této sítě má náklady financovány z veřejných zdrojů. Vznik sociálních služeb potom vychází ze střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb daného kraje nebo obce. Poskytovatel hospicové péče musí disponovat oprávněním k poskytování příslušné zdravotní služby podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů ve speciálních lůžkových zdravotnických zařízeních hospicového typu nebo ve vlastním sociálním prostředí pacienta. Kromě tohoto oprávnění musí poskytovatel mít také oprávnění k poskytování sociální služby dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. (Zuska, 2018)

Mobilní hospice jsou na tom s financováním hůře, jelikož jejich péče není v současné době celoplošně hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Rozpočet je vícezdrojový, financování je složené z dotací, grantů a darů. Klienti tedy často některé ze služeb hradí sami. Finanční podpora státu spočívá v příspěvku na péči, o který si pečující mohou zažádat na České správě sociálního zabezpečení. V Moravskoslezském kraji se situace zlepšila v roce 2018, kdy zdravotní pojišťovna Revírní bratrská pokladna uzavřela smlouvu o úhradě za zdravotní péči s mobilním hospicem Anděl Stromu Života v Novém Jičíně a mobilním hospicem Ondrášek z Ostravy. Další smlouvy s hospicem uzavírá také Veřejná zdravotní pojišťovna, která hospicovou péči podporuje nejvíce. (Plíhalová ©, 2018)

Základní podmínky pro přijetí pacienta do hospice jsou čtyři. Je to postupující choroba, která ohrožuje pacienta na životě, potřeba nemocného paliativní léčby a péče, nemocnice nemá nemocnému už co nabídnout a domácí péče nestačí nebo není možná. (Haškovcová, 2007, s. 62)

Můžeme rozlišovat celkem tři formy hospicové péče, lůžkovou, stacionární a domácí. Zařízení lůžkového typu, tedy kamenné hospice, se věnují paliativní ošetrovatelské péči. Jsou zde k dispozici pomůcky, které nejsou součástí běžné výbavy jiných zdravotnických zařízení. Klienty bývají lidé, které postupující choroba ohrožuje na životě, zároveň není podmínkou předchozí hospitalizace v nemocnici. Klade se velký důraz na kvalitu života. Návštěvy jsou v kamenných hospicích téměř neomezené. Na pokojích bývají lůžka pro blízké osoby klienta, které zde mohou trávit podstatně více času než například v nemocnici. (Kupka, 2014, s. 112)

Stacionární hospicová péče představuje denní pobyt. Pacient je přijat ráno a odpoledne či k večeru se vrací domů. Doprava může být zajišťována hospicem. Důvodem pro výběr právě této formy může být potřeba lepšího zvládnání bolesti, potřeba specializované léčby, dále to může být azylový důvod, což lze vysvětlit jako potřebu rodiny i nemocného si od sebe na chvíli odpočinout, nebo to může být důvod psychosociálního rázu. To může znamenat například to, že rodina není schopna otevřené komunikace, kterou umírající člověk naopak potřebuje a dostane se mu jí právě v stacionáři. (Kupka, 2014, s. 111)

Domácí péče je vhodná pro každého, kdo vysloví přání umírat doma a má rodinu, která je ochotna o něj v domácím prostředí pečovat. Nejvhodnější formou domácí péče o umírající je ta, která je v kompetenci hospice, tedy mobilní, nebo také domácí hospic. (Kupka, 2014, s. 113)

2.3 Mobilní hospic, zdroje a možnosti výběru

Většina lidí si přeje zemřít doma. Mobilní hospic je zdravotnické zařízení, které umožňuje nevyлéčitelně nemocným pacientům zůstat v závěru jejich života doma, v kruhu rodiny a přátel. Tato služba poskytuje komplexní péči o pacienta 24 hodin denně, 7 dní v týdnu, 365 dní v roce. Hlavními pečujícími je rodina nemocného. Kromě té se o umírajícího stará multidisciplinární tým, který je složen z lékaře, zdravotní sestry, ošetrovatele, psychologa či psychoterapeuta, sociálního pracovníka, terapeuta pro pozůstalé, pastoračního pracovníka a někdy také koordinátora dobrovolníků. Cílem jejich práce je možnost setrvání pacienta doma a naplnění jeho relevantních přání a očekávání. Ta se týkají oblasti sociální, psychologické a duchovní. (Marková, 2021, s. 12)

Lékař, který klienta vyšetřuje, má zodpovědnost za paliativní léčbu. Navrhuje terapii vedoucí ke zmírnění obtíží, vyhodnocuje průběh onemocnění, předepisuje a upravuje medikaci. Četnost návštěv zdravotní sestry záleží na indikaci lékaře. Náplní její práce je každopádně specializovaná zdravotnická péče o umírajícího člověka, kterou není schopna zajistit rodina. Ošetrovatelé pomáhají s další, spíše nezdravotnickou péčí o nemocného, psycholog je k dispozici, pokud o něj klient či jeho rodina požádá, nejinak je tomu u duchovního pracovníka. Některé mobilní hospice jsou otevřené dobrovolníkům, v tom případě jde zde také pozice již zmiňovaného koordinátora dobrovolníků. Ten dobrovolníky přijímá, zajišťuje jejich školení a další záležitosti spojené s dobrovolnictvím v mobilních hospicích. (Agentura Zdislava ©, 2015)

Mobilní hospice, jakožto sociální služby, mají svůj etický kodex. V tom například stojí, že zaměstnanci a dobrovolníci mobilních hospiců se snaží předcházet vzniku častých a obtížných etických dilemat a snaží se tato dilemata řešit. Mezi taková dilemata mohou patřit specifické postupy, například odstoupení od léčby nebo dodržení dříve vyslovených přání pacientů. Ta se mohou týkat resuscitace, tedy ožívování pacienta, nebo paliativní sedace, což je farmakologické utlumení pacienta až do hloubky kómatu. (Marková, 2021, s. 12)

Počet mobilních hospiců v České republice se v posledních letech zvyšuje. Je těžké odhadovat přesný počet mobilních hospicových zařízení v České republice, jelikož tuto informaci nelze spolehlivě dohledat. Odhadem to může být něco okolo čtyřiceti mobilních hospiců. Nutno dodat, že existují mobilní hospice zaměřené čistě na dětskou paliativní péči. Tato problematika je ovšem velmi specifická sama o sobě. Jsou internetové zdroje, na kterých mohou klienti a jejich rodiny najít zařízení poskytující tuto službu právě v okolí jejich bydliště. Jedním z nich jsou například internetové stránky s názvem Umírání.cz. V posledních letech je běžnější než kdykoliv předtím vyhledávat informace a kontakty na internetu. Další možností, díky které pozůstalí mohou najít svůj mobilní hospic, je poradna. Poradny pro nevléčitelně nemocné a jejich rodiny bývají součástí konkrétních hospiců, to ale neznamená, že je dostupné pouze pro pacienty. Naopak, poradny bývají dostupné všem. Existují také tísňové linky, kam mohou pečující v případě potíží volat, nebo internetové poradny. Jako příklad lze uvést internetovou poradnu již zmiňovaného webu Umírání.cz. (Umírání ©, 2021)

Často využívaným způsobem, jak se informovat o dostupnosti mobilních hospiců v okolí bydliště je dotázání se praktického lékaře. Ten bývá někdy hlavní postavou, která musí pacientovi sdělit špatnou zprávu o jeho zdravotním stavu. Centrum paliativní péče, které se zasazuje o zlepšování paliativní péče v České republice, zařadilo do svých aktivit projekt, který by měl mimo jiné pomáhat praktickým lékařům s komunikací s pacienty. Jedná se o pořádání webinářů s odborníky, vytvoření materiálů o paliativní péči, které lékař může svým pacientům nabídnout, nebo také o sepsání takzvaného „Desatera paliativní péče“ pro praktické lékaře. Otázka komunikace lékařů s pacienty je v paliativní problematice velmi důležitá, proto se Centrum paliativní péče také účastní konferencí všeobecného praktického lékařství. Jako příklad lze uvést účast na konferenci ve Zlíně v roce 2017. (Paliativnicentrum ©, 2021)

2.4 Sociální práce v hospici a její rysy v České republice

Sociální práce je součástí státem organizovaného a zabezpečovaného systému, který se stará o redistribuci zboží a služeb. Cílem je uspokojit sociální potřeby klientů a zajistit kontrolu či změnu jejich chování, které je považováno za sociálně problematické či deviantní. Výlučné postavení sociální práce spočívá v tom, že se prostřednictvím oné sociální práce transferují zdroje k závislým lidem a tím se kompenzují defekty tržního systému. Jako závislé lidi můžeme označit lidi nezaměstnané, s tělesným či mentálním postižením, děti, nebo lidi staré. (Matoušek, 2013, s. 24)

Sociální práce je ve svém jádru práce krizová. Její kvalita se prokazuje v tom, jak je schopná přiměřeně zvládat krizové životní události či krize. Schopnost pohybovat se v krizovém poli je pro ni charakteristická. (Student, 2006, s. 105)

Místo sociální práce ve společnosti můžeme definovat s přihlédnutím k dvěma aspektům. Jedním z nich jsou základní existenční funkce, mezi které můžeme zařadit práci, vzdělání, bydlení, zaopatření, komunikaci, společenské styky a volný čas. Druhým aspektem jsou funkce společenské. Mezi ně můžeme zařadit systém pojištění, nebo obecněji sociální politiku, politiku vzdělávání, zdravotní politiku a právní politiku, tedy sankční systém. Sociální práce je prostředníkem mezi oblastmi těchto dvou aspektů, má průřezový úkol. Působí na poli sociální pomoci, pomoci starým lidem, zdravotní péče a rehabilitace, pomoci pro mládež a rodinu, pro trestané a v oblasti resocializace. Musí dostát všem požadavkům a zohlednit dvojí strukturu člověka, osobní i společenskou, nebo, chceme-li, individuální i sociální, a ovlivnit jak chování, tak vztahy. Z toho vyplývají ambivalence pomoci a kontroly, individuální a společenské orientace, integrace a segregace. (Student, 2006, s. 29)

V hospicové oblasti jsou pro sociálního pracovníka velmi důležité kompetence odborné sociální práce. Využívá je při doprovázení a podpoře zasažených lidí, aby mohli důstojně prožít nejtěžší fázi svého života. Mezi teoretické principy sociální práce, které můžeme využít v hospicovém prostředí radíme například zamezení exkluze a naopak podporu inkluze jako základní funkci, uschopnění jako vůdčí perspektivu, zvládání života a sociální integrace jako životní úkol, životní přechody jako problémové zóny, podporu zdraví jako koncept salutogeneze, tedy procesu vedoucího k uzdravení, zpracování problémů vybavení, sdílení a moci a organizování života jako práce. Důležité je uvědomění, že umírání a smutek nejsou jakýmsi privilegiem stáří, ale postihují lidi v každém věku, od dětství až právě po stáří. (Student, 2006, s. 33, 34)

Vyvstává otázka, jaká je v České republice náplň práce sociálního pracovníka v paliativní péči. Na tu lze odpovědět rozčleněním úkolů této profese do několika bodů.

1. Informační a poradenská služba

Sociální pracovník bývá prvním člověkem, se kterým přijde nově příchozí či telefonující do kontaktu. Pracovníkův úkol je zprostředkování základních informací a prezentace hospice vnějším okolí, na což navazuje přijímání a evidování žádostí o přijetí. První rozhovor může mít terapeutický charakter. Ve velké většině případů bývá rozhovor veden s blízkou osobou umírajícího člověka. Ta může být fyzicky i psychicky vyčerpána, zároveň může být obklopena nejistotou, kde úkolem sociálního pracovníka je právě povzbuzení a dostatečné informování o možnostech péče. (Přidalová, 2006, s. 11)

Dobrého poradce charakterizuje otevřenost a pozitivní, bezpodmínečný vztah ke svým klientům. Přijímá je jako cenné osoby, bez ohledu na to, kým jsou, co říkají nebo co dělají. Důležitá je kongruence, tedy neskrývání svých pocitů, upřímnost, empatie a také konkrétnost. (Hartl, 2013, s. 109)

2. Kontakt s přijatým pacientem a jeho rodinou

Tato bezprostřední pomoc by měla tvořit největší díl sociální práce v hospici. V Českém prostředí to tak nefunguje, jelikož sociální pracovníci mají na starosti také administrativní povinnosti, kterých bývá hodně. Kontakt probíhá s pacientem i s rodinou zvlášť a následně společně. Začíná vstupním sociálním šetřením, od kterého se odvíjí intervence. Ta musí vhodně vyvažovat dva přístupy – na jedné straně povzbuzení nemocného k přijetí obtížné situace a hledání cest k prožití zbývajících období, na straně druhé pochopení krize, bezmoci a nechuti cokoliv měnit. Setkání s nemocným a jeho příbuznými by mělo mít dva záměry, a to nabídnutí podpůrné péče a identifikace a posouzení konkrétních problémů a potřeb. Jedná se o potřeby sociální, finanční a praktické. Pracovník ve spolupráci s nemocným a jeho blízkými stanovuje priority a navrhuje následné varianty řešení. Zásadní je rozhodnutí, kde bude další léčba probíhat, dále se potom jedná o otázku využití volného času nemocného. Ve fázi, kdy si nemocný i rodina připouští blízkost smrti se vynořují specifické potřeby. Jedná se o sepsání závěti, převod majetku, zvláštní přání ohledně pohřbu či hrobu. (Přidalová, 2006, s. 12, 13)

3. Péče o pozůstalé

Péče o pozůstalé je jednou z nejdůležitějších součástí sociální práce, přesto bývá mnohdy opomíjena. Sociální pracovníci ji často poskytují čistě podle toho, zda se pozůstalí se svými problémy sami svěří. V některých hospicích v Česku se každoročně pořádá setkání pozůstalých rodin. Jedná se o jednorázovou akci, která i přes krátké trvání může mít terapeutický efekt jak pro rodiny zesnulého, tak pro pracovníky hospice, pro které je akce určena. Další pomoc může mít formu terapeuticky vedené skupiny, která se setkává pravidelně a společně prožívá bolest nad ztrátou blízkého. Tato forma je nabízena například hospicovým sdružením cesta Domů, které kromě skupin provozuje poradnu pro nevléčitelně nemocné a mobilní hospic. Tato oblast je ale stále v začátcích a intervence sociálního pracovníka zahrnuje kromě podpůrného rozhovoru spíše praktické rady. (Přidalová, 2006, s. 14)

4. Práce s dobrovolníky

Dobrovolnictví provází člověk od nepaměti. Role dobrovolníka je vymezena tak, aby se příjemce dobrovolné pomoci mohl na ni spolehnout v dohodnutém rámci. Partnerem dobrovolníka bývá obvykle organizace, která mu nabídne příležitost k dobrovolné činnosti. (Matoušek, 2013, s. 59)

V minulosti bylo dobrovolnictví považováno za čiré bláznovství. Díky propagaci neziskovými organizacemi, jako je například pražská organizace Hestia, sdružující dobrovolníky od roku 1993, se postupně vytvořil systém, který umožňuje dobrovolníky zařadit do práce v hospicích. Nezbytné je zajištění praktických a bezpečnostních opatření, jako je smlouva o dobrovolné činnosti. Sociální pracovníci bývají koordinátory dobrovolníku, popřípadě s těmito koordinátory spolupracují a vytváří tak spojku mezi nimi a hospicem. (Přidalová, 2006, s. 14)

5. Spolupráce s členy multidisciplinárního týmu

Jak už bylo v textu uvedeno, personální obsazení hospiců se skládá z takzvaného multidisciplinárního týmu. Tento tým pracovníků jednoho hospice s různým zaměřením se pravidelně setkává a při těchto setkáních nemůže chybět ani sociální pracovník, který přispívá svým pohledem na situaci a problém konkrétního

nemocného. Setkání mohou mít velký přínos pro vyjasnění individuálních potřeb nemocných a jejich příbuzných. (Přidalová, 2006, s. 15)

Sociální práce probíhá na křižovatce individuálních, kulturních, organizačních a legislativních vlivů a také v rámci mezilidských vztahů. Sociální pracovník je omezenou lidskou bytostí a jeho osobnosti, lidské i profesní zkušenosti se promítají do sociálních interakcí s klienty, spolupracovníky a dalším okolím. Některé otázky v něm mohou vyvolávat nejistotu, a právě proto je i pro ně, stejně tak jako pro celý multidisciplinární tým, vhodná supervize. Ta pracovníkům nabízí zastavení a reflektující odstup od toho, co v komplexních vztazích a situacích ve své profesi prožívá, dělá a učí se. Je to zdroj takzvaného zkušenostního učení. (Tošner, 2013, s. 358, 359)

6. Administrativa

Česká sociální práce je charakteristická posrkováním pracovníků do úkonů, které jim ubírají čas pro to, co je v hospicové péči podstatné. Jednou z těchto omezujících povinností je administrace plateb za pobyt od pacientů a příbuzných, kompletace chorobopisů nebo odesílání lékařských zpráv. Sociální pracovník je potom stále udržován v povědomí druhých jako úředník, pacienti pracovníka často považují za toho, kdo vybírá peníze, což mimo jiné omezuje další kontakt. Tento typ administrativy nepatří do sociální práce a je výzvou do budoucna pro představitele vedení hospiců. (Přidalová, 2006, s. 15)

2.5 Psychosociální stránka práce v mobilním hospici

Péče o umírajícího a kontakt s jeho nejbližšími je pro ošetřující personál silně stresující. Pracovníci odvádějí odbornou práci, která má negativní dopad nejen na jejich fyzickou a psychickou kondici, ale dotýká se i jejich společenského života, tedy sociální složky. V holistickém pojetí člověka jako bio-psycho-sociální bytosti jsou u zdravotníků negativně ovlivněny všechny tyto složky. V rámci multidisciplinárního týmu jsou umírajícímu nejbližší ošetřovatelé a zdravotní sestry. Ode všech se žádá vysoká odbornost a profesionalita nejen ve svém oboru, ale také v komunikaci. Spolupráce s nemocným je často těžká a od pracovníků se vyžaduje, aby byli zdatní po psychické i fyzické stránce,

zároveň obětaví, laskaví, příjemní. Aby pracovník mohl kvalitně odvádět svou práci a splňoval výše uvedené požadavky, musí být v dobré kondici. Toho může dosáhnout kromě předpokladu dobrých pracovních podmínek také přiměřeným odpočinkem a kvalitní psychohygienou. (Novotná, Valentová ©, 2011)

Sociální práce přebírá v prostředí hospiců ústřední roli. Musí se soustředit na překonávání psychosociálních problémů, koordinovat odborné skupiny s dobrovolníky a také pečovat o pečující. Příbuzní a blízcí lidé umírajícího si mohou dovolit vyjadřovat své pocity, u profesionálů se ale očekává značná regulace projevů. Měli by vykazovat klid a profesní jistotu. I z těchto důvodů je pro tyto pracovníky důležitá příprava a vypořádání s pravým vztahem k umírání, stejně jako pro ostatní profesionály pracující s umírajícími lidmi a jejich příbuznými. O psychohygieně se často mluví v kontextu ex post, tedy když doprovázení naráží na své hranice, ale pravdou je, že by spíše měla pomoci předjímat očekávatelné obtíže. Zásadní roli zde hraje školení pracovníků, které by mělo cílit na předcházení zátěži pomocí sebereflexe, ovládnutí stresu a přiměřeného zacházení s úzkostmi. Konkrétněji by tyto kurzy měly pracovníkům všech hospicových zařízení objasnit, jak přistupovat k fyzickému i psychickému stresu při každodenní práci. Dále je žádoucí naučit pracovníky, jak přiměřeně přemáhat smutek, jak přiměřeně komunikovat slovy i gesty a jak zacházet s agresí. Zlost a napětí jsou při hospicové práci nevyhnutelné a schopnost pracovníků je ovládat je nesmírně důležitá pro jejich vnitřní pohodu. Je třeba zmínit, že těchto schopností nelze dosáhnout najednou a definitivně, ale jsou předmětem celoživotního učení, kde školící kurzy jsou jakýmsi základem. (Student, 2006, s. 70)

Jakákoliv práce s umírajícími lidmi je náročná. Pracovníci jsou fyzicky vyčerpaní z úkonů, jako je manipulace s imobilními klienty. O nic menší nebývá psychické vyčerpaní, které pramení s každodenním setkáváním se smrtí, bolestí a utrpením druhých lidí. Jako řada dalších pomáhajících profesí, i pracovníci hospiců jsou více ohroženi syndromem vyhoření a různými duševními onemocněními. Prevencí takových stavů je nalezení smysluplné pracovní činnosti, získání a převzetí profesionální autonomie a opory a vytváření přirozeného vztahu k práci. Klíč k ovlivnění škodlivosti psychosociálního stresu může nelézt každý pracovník ve své osobnosti. (Kupka, 2014, s. 46)

2.6 Koncept sociálně inteligentního doprovázení a syndrom vyhoření

Koncept sociálně inteligentního doprovázení je zaměřený primárně na vztah doprovázejícího a doprovázeného. Lidský vztah je součástí pomáhajících profesí. Doprovázení probíhá v určitém času a prostoru na pozadí konkrétního prostředí, jehož vliv je velmi důležitý. Právě na pozitivním vlivu prostředí staví své základy mobilní hospice. Na doprovázení můžeme pohlížet jako na projev spolubytí s druhými lidmi. Profesionální doprovázení by mělo být charakteristické mimo jiné svou odborností a profesionálním přístupem. (Kalenda, 2012, s. 98)

Koncept inteligence se poprvé objevil ve 14. století, ale nebyl tehdy přesně definován. Další 5 století byl vztahován výhradně k myšlenkové činnosti člověka. První oficiálně sestavený IQ test byl vytvořen francouzským psychologem Alfredem Binetem a jeho spolupracovníkem Theodorem Simonem. Test sloužil k odlišení dětí s normální inteligencí od dětí s inteligencí podprůměrnou. (Kalenda, 2012, s. 101)

Pro profesionálního doprovázejícího je důležité, aby kromě inteligence obecné disponoval také vyšší úrovní inteligence sociální a emoční. Emoční inteligence se zkratkou EQ se týká osmi základních emocí, které prožíváme. Je to radost a smutek, přijetí a znechucení, strach a hněv, překvapení a očekávání. Uvedené dvojice emocí nelze prožívat zároveň. Je členěna do složky intrapersonální a interpersonální. První složka hovoří o prožívání vlastních emocí a jejich zvládnutí, druhá o zohledňování emocí druhých. Obě jsou úzce vázány a jedna se neobejde bez druhé. Podobně jako tyto složky se k sobě vážou i jednotlivé typy inteligence. Pracovník pomáhající profese potřebuje obecnou inteligenci, aby byl schopný řešit problémy, ale zároveň inteligenci sociální, aby byl schopný onoho sociálně inteligentního doprovázení. Inteligence emoční mu potom pomáhá orientovat se ve svých pocitech. (Kalenda, 2012, s. 105, 106)

U pracovníků pomáhajících profesí v důsledku nezvládnutého pracovního stresu může vznikat soubor příznaků zvaný syndrom vyhoření. Na subjektivní úrovni je tento syndrom převládající příčinou toho, že pracovník sociálních služeb svou roli nezvládá nebo dokonce opouští. Jako obecnou příčinu můžeme identifikovat zvláštní nároky, jež na pracovníka klade intenzivní kontakt s lidmi, kteří využívají danou službu. Profesionální sociální práce přináší pracovníkům nepřetržitý kontakt se skupinami lidí, jejichž potřeby jsou akcentované, psychika v nerovnováze a představa o přiměřené pomoci nemusí být vždy realistická. (Matoušek, 2013, s. 52, 53)

Typickým projevem tohoto syndromu je neangažovaný vztah ke klientům a snaha vyhýbat se intenzivním kontaktům s nimi. Dále je to lpění na zavedených postupech a preference administrativních činností. Práci je věnováno nutné minimum energie, naopak více energie je věnováno mimopracovním aktivitám. Důraz je kladen na mzdu a na pracovní pozici, v úvahách o účinnosti služby převládá skepse. Pracovník často žádá o neplacené volno a omezuje komunikaci s kolegy, někdy i s ostatními lidmi. Mezi časté pocity těchto lidí patří vyčerpání a depersonalizace. (Matoušek, 2013, s. 54)

Mezi faktory napomáhající prevenci vyhoření patří sebevzdělávání a práce na sobě, pravidelné sportování a zájmové aktivity a dostatek sociálních kontaktů. Doporučuje se také větší důraz na vztahy s blízkými lidmi, na které z důvodu práce nezbyvá tolik času. Důležité je sledování varovných signálů a zhodnocení možných změn. Jako dobrá prevence mohou sloužit různé způsoby psychohygieny, velmi projektivním faktorem jsou kvalitní supervize. (ZZMV ©, 2021)

2.7 Shrnutí kapitoly

Druhá polovina teoretické části bakalářské práce se zabývá problematikou hospicové a paliativní péče. První podkapitola stručně popisuje historii a zabývá se úkoly, které má česká hospicová a paliativní péče v současnosti. Druhá podkapitola popisuje organizaci a financování hospiců, vyjmenovává zdroje, ze kterých je hospicová a paliativní péče financována a také se zabývá jejím členěním. Třetí podkapitola se zaměřuje na charakteristiku mobilních hospiců a na zdroje a možnosti, ke kterým lze směřovat při jejich výběru. Navazující podkapitola popisuje rysy a obsah sociální práce v hospicové a paliativní péči v České republice. Následující podkapitola se zabývá psychosociální stránkou práce v hospici. Poslední podkapitola popisuje dva jevy, koncept sociálně inteligentního doprovázení a syndrom vyhoření.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

3 VÝZKUM

Výzkum se zaměřuje na problematiku práce v mobilním hospici. Mobilní hospic nebo též domácí hospic je tým terénních pracovníků, kteří poskytují komplexní péči nevléčitelně nemocným pacientům a jejich rodinám, které se o ně doma starají. (Marková, 2021, str. 12)

Síť mobilních hospiců v České republice se rozrůstá a s ní také potřeba pracovníků. Většina lidí by chtěla umírat doma v kruhu svých blízkých. S tím se pojí potřeba mobilních hospiců.

Tématem jsou psychosociální aspekty práce v mobilním hospici z pohledu pracovníků. Téma je pro sociální pedagogiku důležité, jelikož absolventi tohoto oboru mohou najít uplatnění jako sociální pracovníci právě v mobilních hospicích. Zkoumání názorů studentů ukázalo, že 77 % studentů oboru Sociální pedagogika práci s umírajícími považuje za úctyhodnou, ale vykonávat by ji nechtěli. (Hubíková, 2019, str. 66) Je tedy potřeba získat informace právě o psychosociálních aspektech této práce, které mohou poukázat na problematiku z jiného úhlu.

Hlavním cílem výzkumu je tedy popis hlavních psychosociálních aspektů práce v mobilním hospici z pohledu pracovníků.

3.1 Výzkumné cíle

Hlavním cílem výzkumu je zjistit, jaké jsou hlavní psychosociální aspekty práce v mobilním hospici. Dalšími cíli je zjistit, jak pracovníci mobilních hospiců hodnotí život a jak hodnotí vlastní smrtelnost. Chceme také prozkoumat soukromé vztahy pracovníků a rovněž jejich vztahy v rámci multidisciplinárního týmu. Dalším cílem je popis nejčastějších způsobů psychohygieny, které pracovníci mobilních hospiců využívají.

3.2 Výzkumné otázky

1. **Jaké jsou hlavní psychosociální aspekty práce v mobilním hospici?**
2. Jak dle pracovníků ovlivňuje práce v mobilním hospici hodnocení života?
3. Jak dle pracovníků ovlivňuje práce v mobilním hospici hodnocení vlastní smrtelnosti?
4. Jak dle pracovníků ovlivňuje práce v mobilním hospici soukromé vztahy?
5. Jaké jsou vztahy pracovníků v rámci multidisciplinárního týmu?
6. Jaké způsoby psychohygieny pracovníci využívají?

3.3 Pojetí výzkumu

Za účelem zjistit, jaké jsou hlavní psychosociální aspekty práce v mobilním hospici pohledem pracovníků, volíme kvantitativní výzkumné pojetí. Důvodem je potřeba zmapovat tyto aspekty pohledem pracovníků, zároveň ve výzkumu chceme popsat aspekty hlavní, převažující. Od vybraných respondentů zjišťujeme, jak hodnotí svůj život a jak hodnotí vlastní smrtelnost. Zaměřujeme se na pracovníky vnímané změny v tomto hodnocení v rámci práce v mobilním hospici. Dále mapujeme pohled pracovníků na jejich soukromé vztahy a taktéž na změny v jejich hodnocení. Zkoumáme vztahy v rámci multidisciplinárního týmu, kde se blíže věnujeme komunikaci. Zaměřujeme se také na zjištění způsobů psychohygieny, které pracovníci nejčastěji využívají.

3.4 Výzkumný nástroj

Byly použity dvě techniky. Dotazník a sémantický diferenciál. Dotazník byl sestaven autorem práce, jelikož nebyl nalezen již existující výzkumný nástroj, který by se zabýval touto tematikou. Dotazník obsahuje celkem 28 položek, z toho je 17 položek měřeno Likertovou škálou, 10 položek škálou slovní a jedna položka je měřena pomocí sémantického diferenciálu, což je metoda, která se využívá především k měření intenzity postojů. Tato metoda byla zvolena k otázce týkající se hodnocení atmosféry v rámci multidisciplinárního týmu z důvodu potřeby přesnějšího měření. Slovní škály byly zvoleny u těch otázek, pro které není vhodné číselné hodnocení a je potřeba odpovědi blíže specifikovat. Vyplnění dotazníku trvá asi 15 minut. Dotazník obsahuje 5 základních oblastí, mezi které patří:

1. Hodnocení vlastního života (5 otázek)
2. Hodnocení vlastní smrtelnosti (5 otázek)
3. Hodnocení soukromých vztahů (4 otázky)
4. Vztahy v rámci multidisciplinárního týmu (5 otázek)
5. Psychohygienu (5 otázek)

Hodnocení vlastního života	2	Během práce v mobilním hospici se změnil můj přístup k životu.
	3	Práce v mobilním hospici způsobila, že si vážím vlastního života víc, než v době, kdy jsem zde nepracoval/a.
	4	Práce v mobilním hospici způsobila, že jsem změnil/a svůj žebříček hodnot.
	5	Díky práci v mobilním hospici jsem více začal/a přemýšlet nad smyslem svého života.
	6	Práce v mobilním hospici ve mně probouzí myšlenku marnosti života.
Hodnocení vlastní smrtelnosti	7	Díky práci v mobilním hospici si více uvědomuji konečnost vlastního života.
	8	Práce v mobilním hospici zmírnila můj strach ze smrti.
	9	Práce v mobilním hospici zvýšila můj strach ze smrti.
	10	Jak často přemýšlíte nad tím, jak bude vypadat Vaše smrt?
	11	Svěřil/a byste vzhledem ke své zkušenosti průběh Vašeho umírání do rukou mobilního hospice?
Hodnocení soukromých vztahů	12	Práce v mobilním hospici změnila můj pohled na druhé lidi.
	13	Díky práci v mobilním hospici trávím více času se svojí rodinou.
	14	Díky práci v mobilním hospici se snažím více času trávit se svými přáteli.
	15	Díky práci v mobilním hospici si více vybírám, s kým budu trávit svůj volný čas.
Vztahy v rámci multidisciplinárního týmu	16	Mám dobré vztahy se svými kolegy.
	17	Při komunikaci se svými kolegy se cítím dobře.
	18	Jak byste popsal/a atmosféru v rámci multidisciplinárního týmu?
	19	Máte mezi kolegy přátele?
	20	V čem spatřujete v rámci multidisciplinárního týmu komunikační bariéry?
Psychohygienu	21	Jaký máte názor na psychohygienu?
	22	Vím, jak zdravě ventilovat své emoce a pravidelně tak činím.
	23	Jak po práci nejčastěji relaxujete?
	24	Dbám na svou životosprávu (strava, pitný režim, spánek).
	25	Svůj volný čas naplňuji aktivitami, které mi dělají radost.

Vyhodnocení proběhne pomocí popisné analýzy.

V oblasti hodnocení vlastní smrtelnosti budou takto měřeny tři položky, kde pracovníci hodnotí, jak moc si uvědomují konečnost svého života, jak moc práce zmírnila nebo naopak zvýšila jejich strach ze smrti (7-9). U otázky „Jak často přemýšlíte, jak bude vypadat Vaše smrt?“ byla použita slovní škála, jelikož zde je potřeba uvést konkrétní časové úseky (jednou za několik let, jednou za rok apod.). Slovní škály budou vyhodnoceny metodou popisné statistiky. Proces vyhodnocování je blíže zpracován v kapitole Plán zpracování dat. V rámci hodnocení vlastní smrtelnosti se jedna otázka se slovní škálou týká toho, zda by si sami svěřili průběh svého umírání do rukou mobilního hospice. Zde je na výběr pouze pozitivní a negativní hodnota ano a ne.

Hodnocení soukromých vztahů je měřeno Likertovou škálou a následné vyhodnocování bude probíhat pomocí popisné analýzy popsána v kapitole s názvem Plán zpracování dat.

Vztahy v rámci multidisciplinárního týmu zaujímají širší prostor v rámci výzkumného nástroje a je měřen kromě dotazníku i zmiňovanou druhou technikou –

sémantickým diferencíalem. Ten bude popsán níže. Pro otázku, zda má pracovník mezi kolegy přátele, je výběr možností omezen na odpověď ano/ne, jelikož cílem položky je změřit pouze tuto skutečnost.

V rámci psychohygieny se Likertova škála používá ve třech položkách, které se zabývají tím, jak hodnotí pracovníci vlastní práci s emocemi, životosprávu a trávení volného času. Otázky „Jaký máte názor na psychohygienu? A „Jak po práci nejčastěji relaxujete?“ nabízí respondentům slovní škálu, jelikož je cílem zjistit, zda pracovníci znají a praktikují psychohygienu a díky slovní škále to lze učinit v jedné otázce, u otázky týkající se relaxace je cílem zmapovat nejčastější relaxační techniky, kterými si pracovníci ulevují od stresu a napětí z práce.

3.5 Vyhodnocení dotazníku

Vyhodnocení proběhne vzhledem k charakteru výzkumu pomocí popisné statistiky, která spočívá v uspořádání dat a sestavení tabulek četností, jejímž obsahem je absolutní a relativní četnost odpovědí. Následně proběhne grafické znázornění naměřených dat.

3.6 Výzkumný soubor

Základním výzkumným souborem jsou pracovníci mobilních hospiců. Konkrétně se jedná o pečovatele, zdravotní pracovníky a sociální pracovníky, bez požadavku délky praxe. Původní požadavek byl 3 roky praxe, nicméně z důvodu omezeného počtu respondentů byl požadavek zmírněn.

Všichni pracovníci na těchto pozicích se setkávají s umírajícími klienty, každý z nich má rozdílný úkol. Pečovatelé se starají o základní péči o pacienta, která není v možnostech rodiny. Zdravotní pracovníci mají na starosti zdravotnické úkony, které bývají spojeny se symptomatickou léčbou – tedy tlumením bolesti, dušnosti nebo dalších příznaků nemoci. Sociální pracovník s klienty a jejich rodinami řeší administrativu, předává informace a stará se i o psychosociální stránku služby.

Výběrový soubor tvoří tito pracovníci z mobilních hospiců v České republice. Z těchto zařízení bylo původně vybráno několik mobilních hospiců, které byly osloveny. V rámci výběru jednotlivých mobilních hospiců byla původním záměrem zvolena metoda náhodného výběru. Prostý náhodný výběr je charakteristický tím, že všechny prvky souboru mají stejnou pravděpodobnost, že budou vybrány. (Chráska, 2016, s. 17)

V rámci metody náhodného výběru byla využita technika náhodných čísel. Prvkům základního souboru se přiřadí pořadová čísla a z nich se vybírají čísla náhodná. K tomu byla využita funkce random – *náhoda* na kalkulačce.

Vzhledem k relativně nízkému počtu mobilních hospicových zařízení na území České republiky byl původní záměr pozměněn a zařízení tak byla vybírána pomocí anketního výběru. Jedinci se tak dostávají do výběru na základě svého rozhodnutí. (Chráška, 2016, s. 19)

3.7 Plán zpracování dat

Pro hlavní výzkumný cíl, zjištění hlavních psychosociálních aspektů práce v mobilním hospici pohledem pracovníků, bylo použito několik metod.

Otázky byly vyhodnocovány pomocí deskriptivní metody. Data byla uspořádána, hodnoty zjištěné pomocí online dotazníku byly následně umístěny do tabulky četností daných jevů. Do sloupce byly zapsány hodnoty, kterých bylo dosaženo od nejmenší po největší. Výsledky byly převedeny do tabulky četností. Absolutní četností se rozumí počet pracovníků, kteří dosáhli určitého výsledku. Relativní četnost je podíl absolutní a celkové četnosti. (Chráška, 2016, s. 35) Výsledky jsou podrobně popsány v kapitole Interpretace dat. Data obsažená v tabulce četností jsou prezentována také v grafickém provedení, konkrétně byly využity výsečová a sloupcový graf.

V dotazníku je využita také metoda sémantický diferenciál, a to konkrétně pro položku v dotazníku, která zjišťuje, jak pracovníci vnímají atmosféru v rámci multidisciplinárního týmu. Tato metoda umožňuje měřit individuální psychologické významy určitých objektů či pojmů u jednotlivých osob. Každý pojem je posuzován z hlediska tří faktorů. Je to faktor hodnocení, faktor potence a faktor aktivity. Faktor hodnocení lze interpretovat jako dobro či zlo pojmu, faktor potence jako sílu pojmu a faktor aktivity jako vztah pojmu k pohybu a změnám. Určením těchto tří faktorů lze vysledovat psychologický význam pojmu. (Chráška, 2016, s. 215) Data naměřená v rámci sémantického diferenciálu byla vyhodnocena pomocí deskriptivní analýzy.

4 ANALÝZA DAT Z DOTAZNÍKU

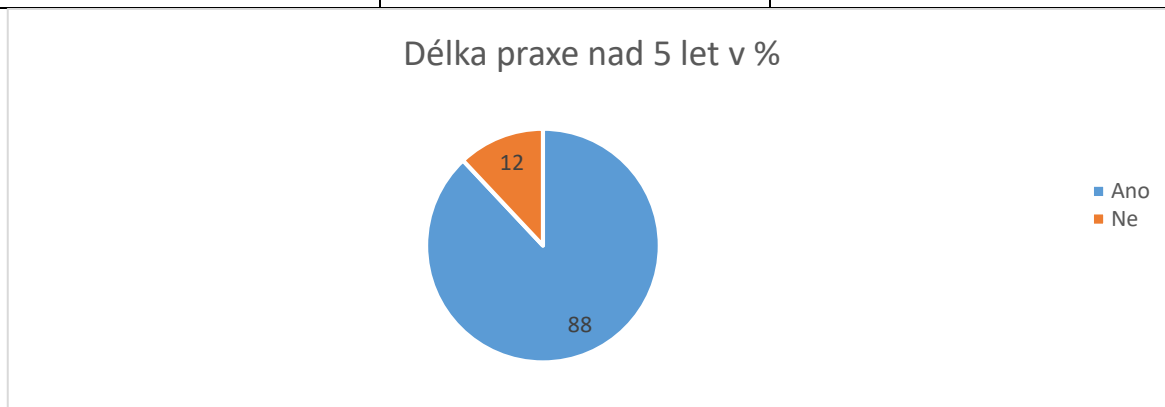
V rámci bakalářské práce byl vytvořen dotazník s 28 položkami, jejichž hlavním cílem bylo zjistit hlavní psychosociální aspekty práce v mobilním hospici pohledem pracovníků. Výzkumný soubor tvořilo 108 pracovníků mobilních hospiců s různým zaměřením, konkrétně 57,7 % zdravotních pracovníků, 24,3 % sociálních pracovníků, 6,3 % pečovatelů a 11,7 % pracovníků na jiné pozici, U grafického znázornění byly použity sloupcové a výšečové grafy.

4.1 Analýza otázek s uzavřenými odpověďmi a otázek měřených Likertovou škálou

Otázka č. 1

Pracujete v mobilním hospici na pozici pečovatele, zdravotníka nebo sociálního pracovníka více, než 3 roky?

	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Ano	95	88
Ne	13	12
Celkem	108	100

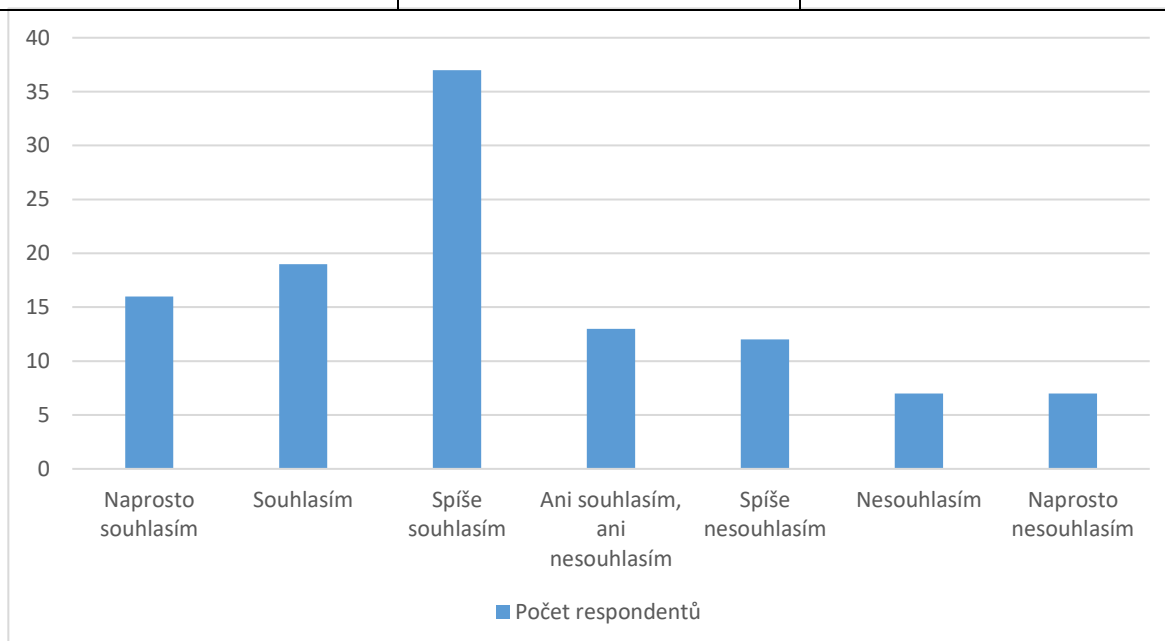


Dotazníku se zúčastnilo 108 pracovníků, z nichž 95 splnilo podmínku praxe tří let, která nebyla vyhodnocena jako podstatná.

Otázka č. 2

Jak moc souhlasíte s následujícím výrokem: Během práce v hospici se změnil můj přístup k životu.

	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Naprosto souhlasím	16	14,8
Souhlasím	19	17,6
Spíše souhlasím	37	34,3
Ani souhlasím, ani nesouhlasím	13	12
Spíše nesouhlasím	12	11,1
Nesouhlasím	7	6,5
Naprosto nesouhlasím	7	3,7
Celkem	108	100

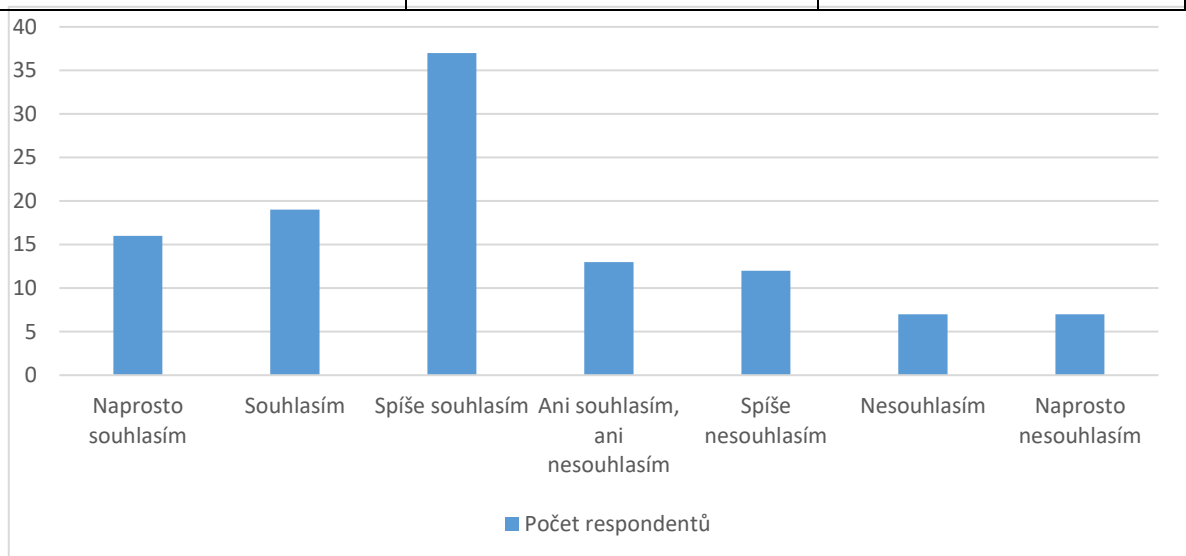


Celkem 70,7 % respondentů hodnotí výrok ohledně změny přístupu k životu díky práci v mobilním hospici kladně. Z toho největší počet, 34,3 %, spíše souhlasí. 21,3 % hodnotí výrok negativně, tedy nesouhlasí se změnou přístupu k životu v důsledku práce v mobilním hospici.

Otázka č. 3

Jak moc souhlasíte s následujícím výrokem: Práce v mobilním hospici způsobila, že si vážím vlastního života víc, než v době, kdy jsem zde nepracoval/a.

	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Naprosto souhlasím	15	13,9
Souhlasím	19	17,6
Spíše souhlasím	21	19,4
Ani souhlasím, ani nesouhlasím	26	24,1
Spíše nesouhlasím	10	9,3
Nesouhlasím	11	10,2
Naprosto nesouhlasím	6	5,6
Celkem	108	100

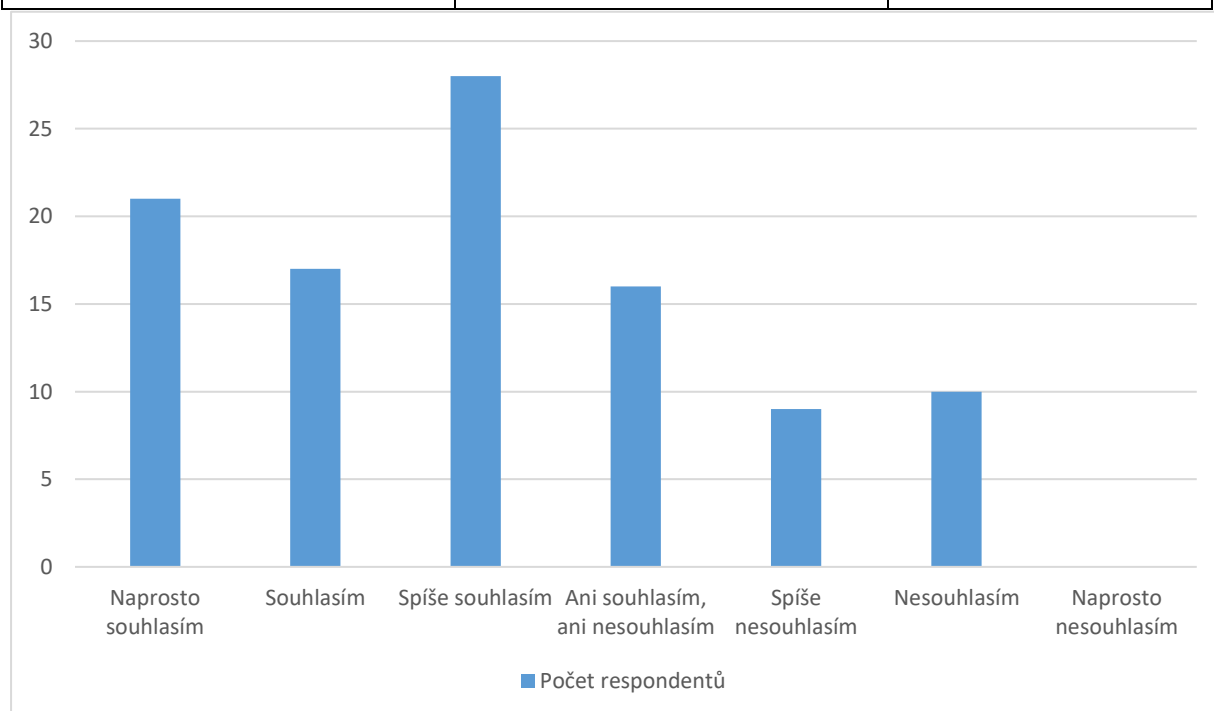


V kladných hodnotách odpovědělo 70,8 % respondentů. Z toho 14,8 % naprosto souhlasí s tím, že si díky práci v mobilním hospici více váží života, 17,6 % souhlasí a 34,4 % spíše souhlasí. V záporných hodnotách odpovědělo 21,3 % respondentů, 12 % se pohybuje na rozmezí mezi souhlasem a nesouhlasem s daným výrokem.

Otázka č. 4

Jak moc souhlasíte s následujícím výrokem: Práce v mobilním hospici způsobila, že jsem změnil/a svůj žebříček hodnot.

	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Naprosto souhlasím	21	19,4
Souhlasím	17	15,7
Spíše souhlasím	28	25,9
Ani souhlasím, ani nesouhlasím	16	14,8
Spíše nesouhlasím	9	8,3
Nesouhlasím	10	9,3
Naprosto nesouhlasím	7	6,5
Celkem	108	100

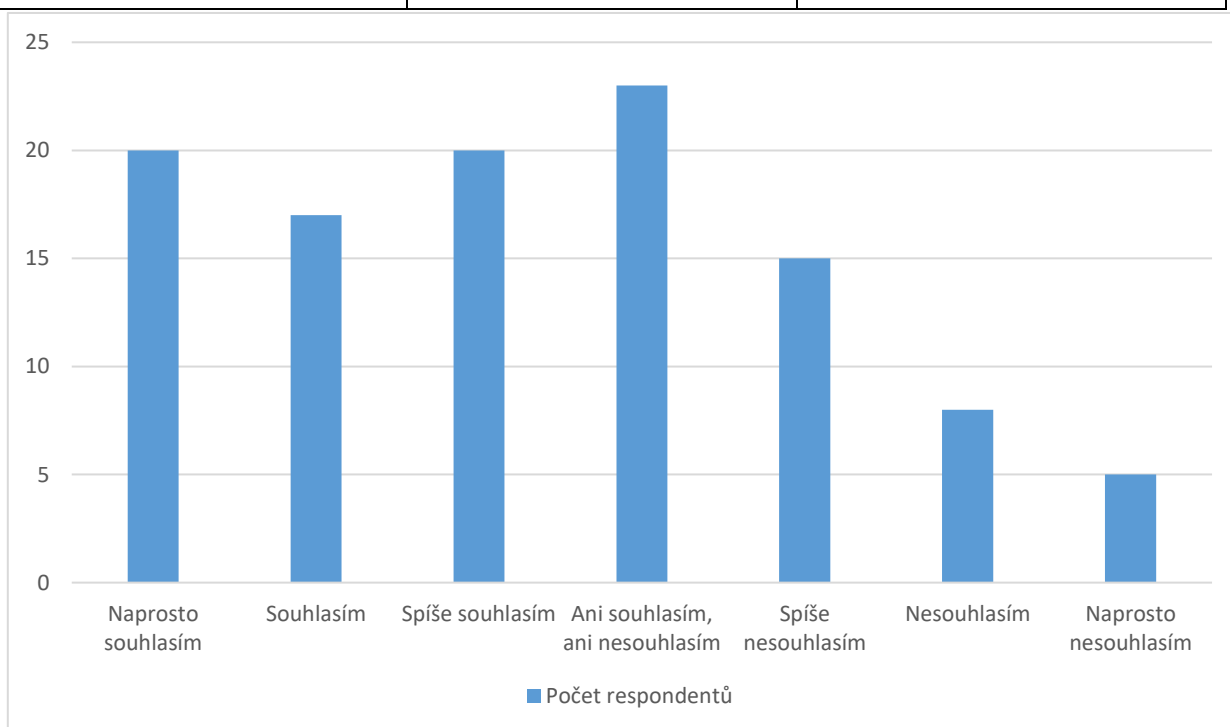


V kladných hodnotách odpovědělo 61 % respondentů, v záporných hodnotách 24,1 %. Neutrálně se vyjádřilo 14,8 % respondentů. Nejvíce odpovědí, konkrétně 25,9 %, čísla 28, získala odpověď Spíše souhlasím. Více než polovina respondentů tedy souhlasí, že díky práci v mobilním hospici se změnil jejich žebříček hodnot.

Otázka č. 5

Jak moc souhlasíte s následujícím výrokem: Díky práci v mobilním hospici jsem více začal/a přemýšlet nad smyslem svého života.

	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Naprostou souhlasím	20	18,5
Souhlasím	17	15,7
Spíše souhlasím	20	18,5
Ani souhlasím, ani nesouhlasím	23	21,3
Spíše nesouhlasím	15	13,9
Nesouhlasím	8	7,4
Naprostou nesouhlasím	5	4,6
Celkem	108	100

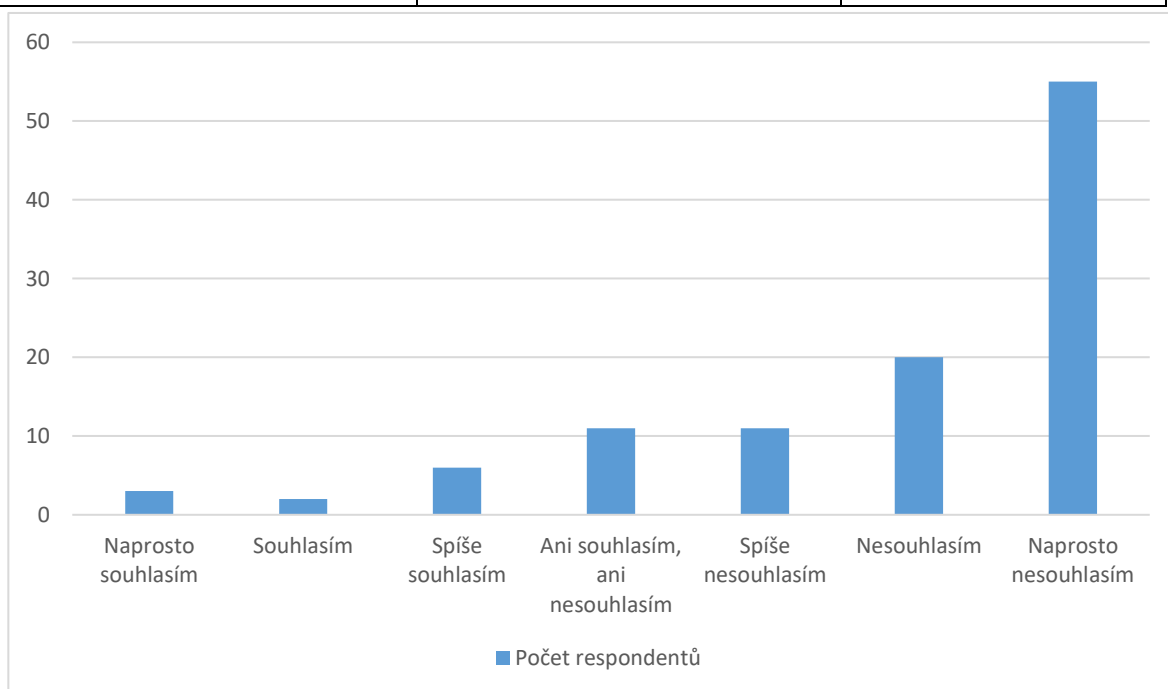


V kladných hodnotách odpovědělo na výrok ohledně většího přemýšlení nad smyslem života díky práci v mobilním hospici 52,7 % respondentů, v záporných hodnotách 25,9 % a 21,3 % hodnotí výrok neutrálně.

Otázka č. 6

Jak moc souhlasíte s následujícím výrokem: Práce v mobilním hospici ve mně někdy probouzí myšlenku marnosti života.

	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Naprosto souhlasím	3	2,8
Souhlasím	2	1,9
Spíše souhlasím	6	5,6
Ani souhlasím, ani nesouhlasím	11	10,2
Spíše nesouhlasím	11	10,2
Nesouhlasím	20	18,5
Naprosto nesouhlasím	55	50,9
Celkem	108	100

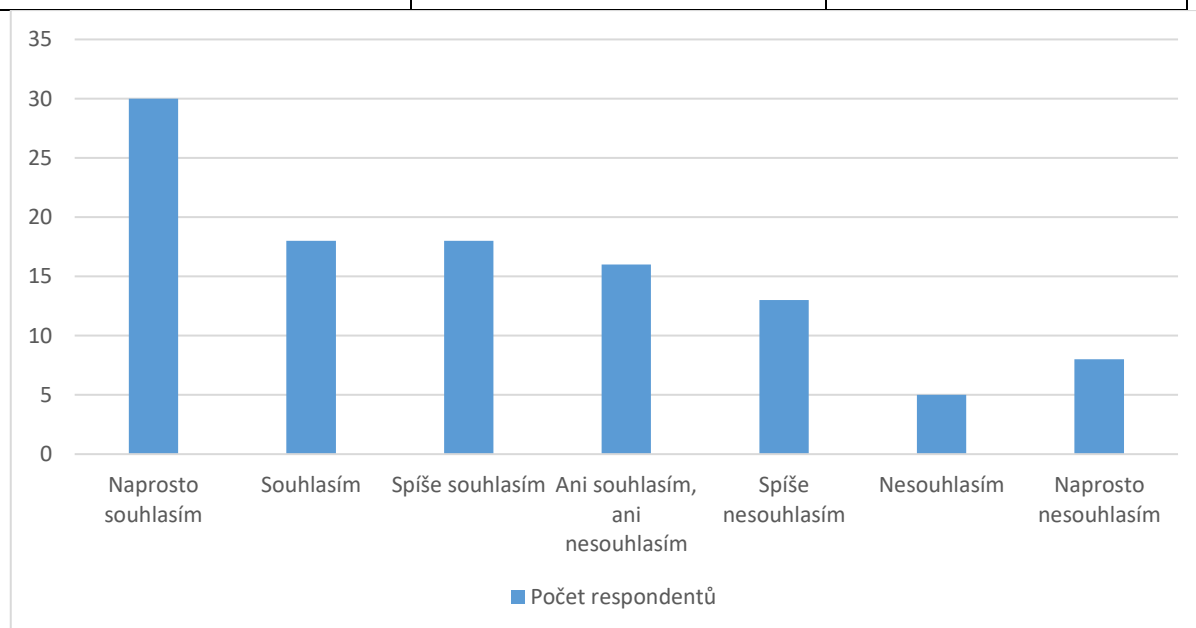


Práce v mobilním hospici probouzí myšlenku marnosti života u 10,3 % respondentů, 10,2 % tento výrok hodnotí neutrálně. Více než polovina respondentů, konkrétně 50,9 % naprosto nesouhlasí s výrokem, dalších 18,5 % nesouhlasí a 10,2 % spíše nesouhlasí.

Otázka č. 7

Jak moc souhlasíte s následujícím výrokem: Díky práci v mobilním hospici si více uvědomuji konečnost svého života.

	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Naprosto souhlasím	30	28,8
Souhlasím	18	16,7
Spíše souhlasím	18	16,7
Ani souhlasím, ani nesouhlasím	16	14,8
Spíše nesouhlasím	13	12
Nesouhlasím	5	4,6
Naprosto nesouhlasím	8	7,4
Celkem	108	100

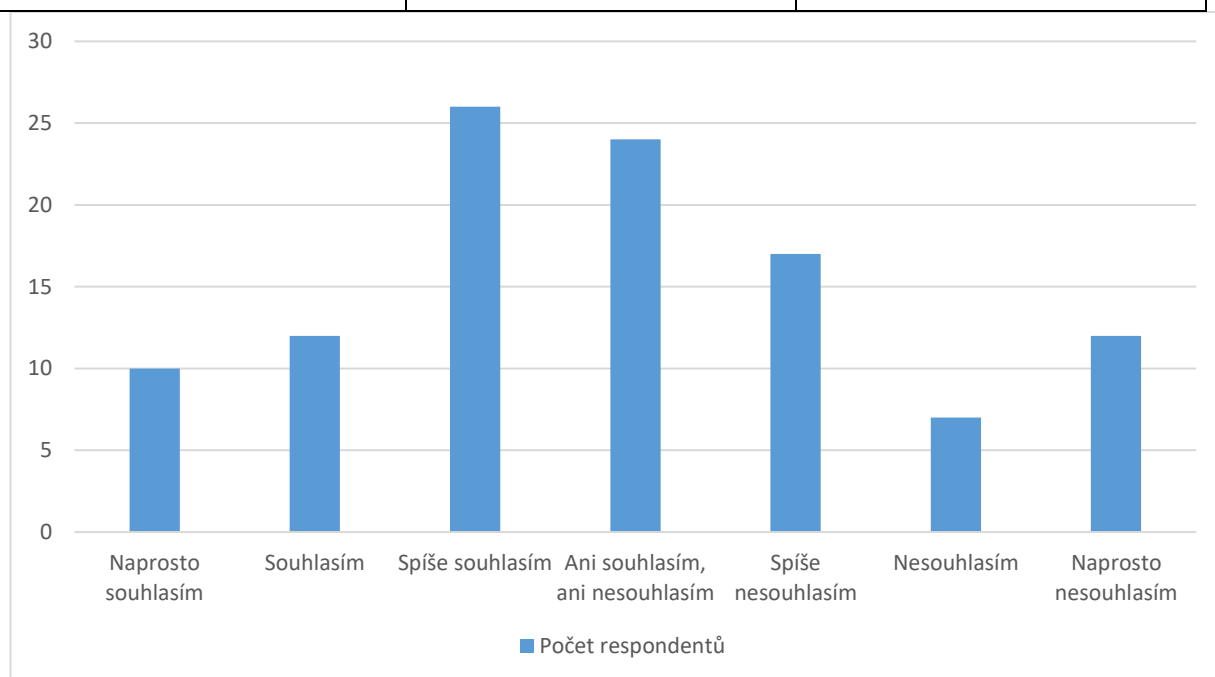


Celkem 62,2 % respondentů ve větší či menší míře souhlasí s tím, že si díky práci v mobilním hospici více uvědomují konečnost svého života, 24 % naopak nesouhlasí, z toho 7,4 % naprosto nesouhlasí. Neutrálně se vyjádřilo 14,8 % respondentů.

Otázka č. 8

Jak moc souhlasíte s následujícím výrokem: Práce v mobilním hospici zmírnila můj strach ze smrti.

	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Naprosto souhlasím	10	9,3
Souhlasím	12	11,1
Spíše souhlasím	26	24,1
Ani souhlasím, ani nesouhlasím	24	22,2
Spíše nesouhlasím	17	15,7
Nesouhlasím	7	6,5
Naprosto nesouhlasím	12	11,1
Celkem	108	100

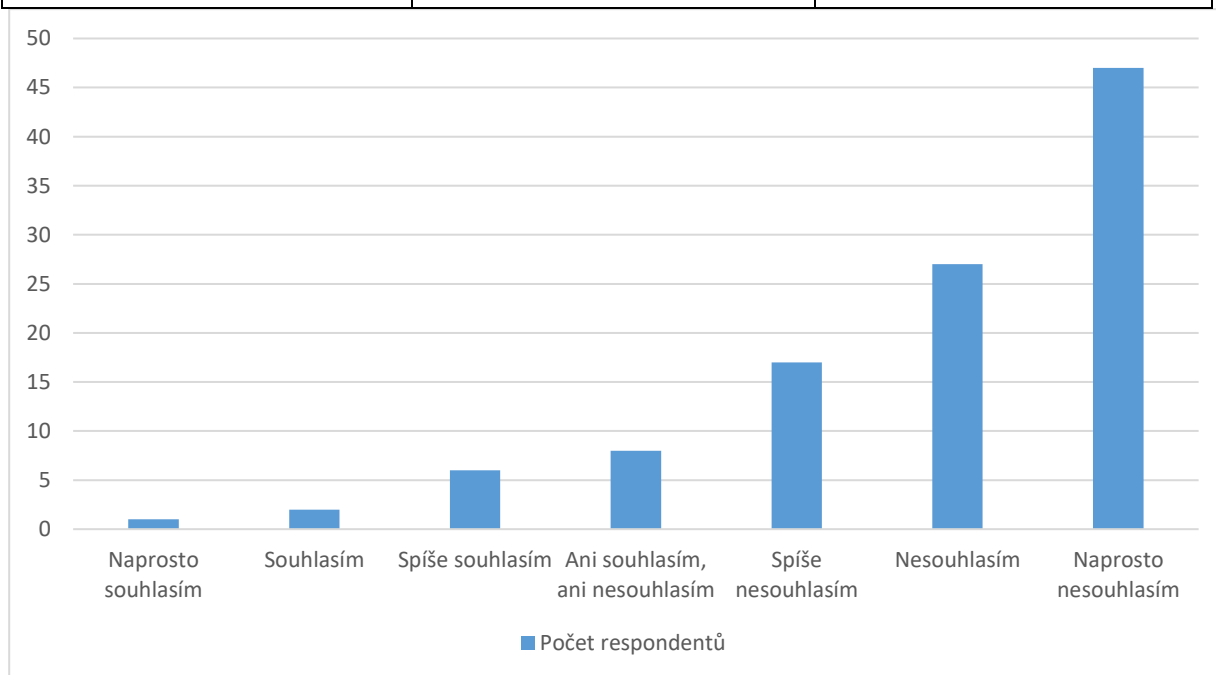


Celkem 22,2 % respondentů se vyjádřilo neutrálně, pouze 44,5 % respondentů hodnotí, že práce v mobilním hospici zmírnila jejich strach ze smrti, z toho naprosto souhlasí 9,3 % dotázaných.

Otázka č. 9

Jak moc souhlasíte s následujícím výrokem: Práce v mobilním hospici zvýšila můj strach ze smrti.

	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Naprosto souhlasím	1	0,9
Souhlasím	2	1,9
Spíše souhlasím	6	5,6
Ani souhlasím, ani nesouhlasím	8	7,4
Spíše nesouhlasím	17	15,7
Nesouhlasím	27	25
Naprosto nesouhlasím	47	43,5
Celkem	108	100

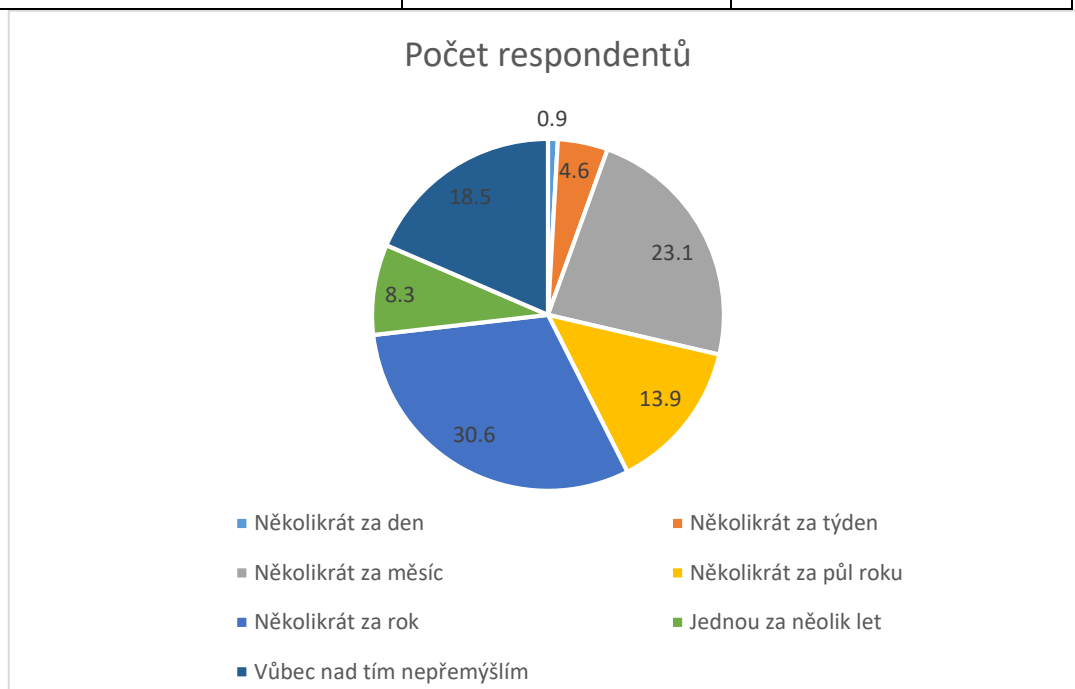


Celkem 43,5 % respondentů naprosto nesouhlasí s výrokem ohledně zvýšení strachu ze smrti díky práci v mobilním hospici. 25 % nesouhlasí a 15,7 % spíše nesouhlasí, tedy 84,2 % se k tomuto výroku vyjadřuje negativně. Neutrální hodnocení zvolilo 7,4 % respondentů. Kladně výrok hodnotí 8,4 % respondentů.

Otázka č. 10

Jak často přemýšlíte nad tím, jak bude vypadat Vaše smrt?

	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Několikrát za den	1	0,9
Několikrát za týden	5	4,6
Několikrát za měsíc	25	23,1
Několikrát za půl roku	15	13,9
Několikrát za rok	33	30,6
Jednou za několik let	9	8,3
Vůbec nad tím nepřemýšlím	20	18,5
Celkem	108	100



Nejvíce respondentů, konkrétně 30,6 %, hodnot svoje myšlenky na vlastní smrt jako objevující se několikrát za rok.. Několikrát za měsíc o své smrti přemýšlí 23,1 % respondentů, 18,5 % respondentů nad tímto tématem vůbec nepřemýšlí, 8,3 % si na svou smrt vzpomene jednou za několik let, 4,6 % o své smrti přemýšlí několikrát za týden a necelé jedno procento, 0,9 %, má myšlenky na smrt každý den.

Otázka č. 11

Svěřil/a byste vzhledem k Vaší zkušenosti v případě potřeby své umírání do rukou mobilního hospice?

	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Ano	107	99,1
Ne	1	0,9
Celkem	108	100

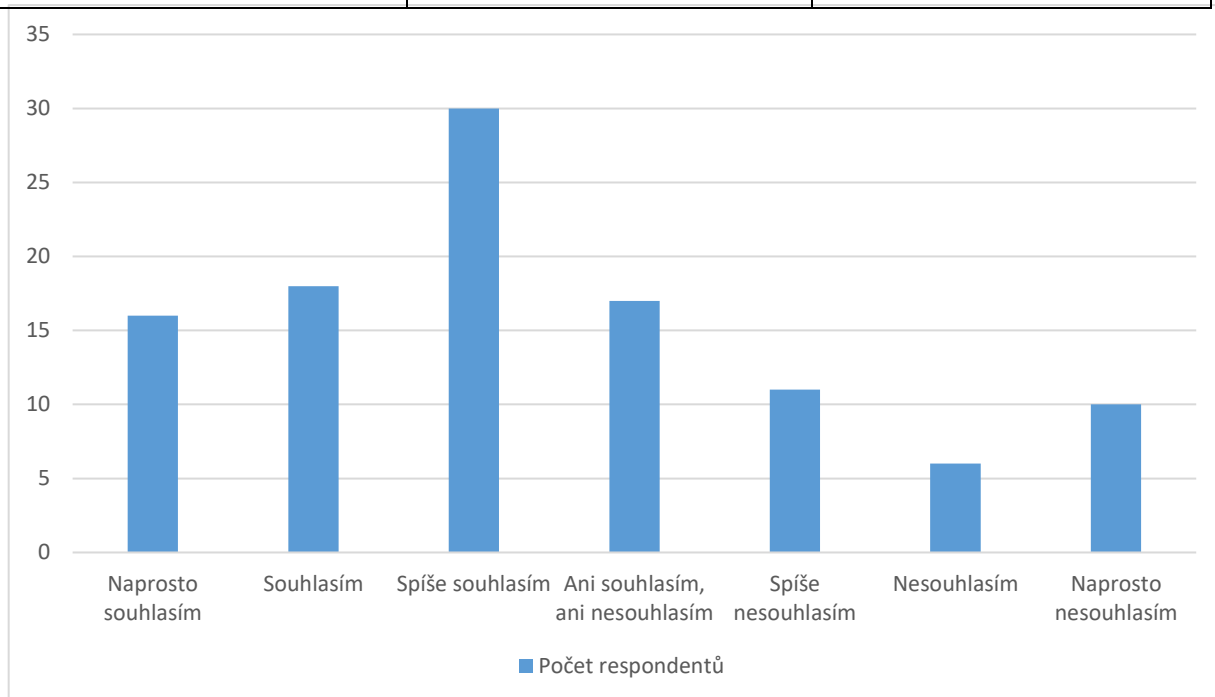


Pouze jeden respondent, tedy 0,9 % z celkového počtu odpověděl záporně na otázku týkající se svěřením svého umírání do rukou mobilního hospice. Přesně 107 respondentů, tedy 99,1 % by své umírání do rukou mobilního hospice svěřilo.

Otázka č. 12

Jak moc souhlasíte s následujícím výrokem: Práce v mobilním hospici změnila můj pohled na druhé lidi.

	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Naprostou souhlasím	16	14,8
Souhlasím	18	16,7
Spíše souhlasím	30	27,8
Ani souhlasím, ani nesouhlasím	17	15,7
Spíše nesouhlasím	11	10,2
Nesouhlasím	6	5,6
Naprostou nesouhlasím	10	9,3
Celkem	108	100

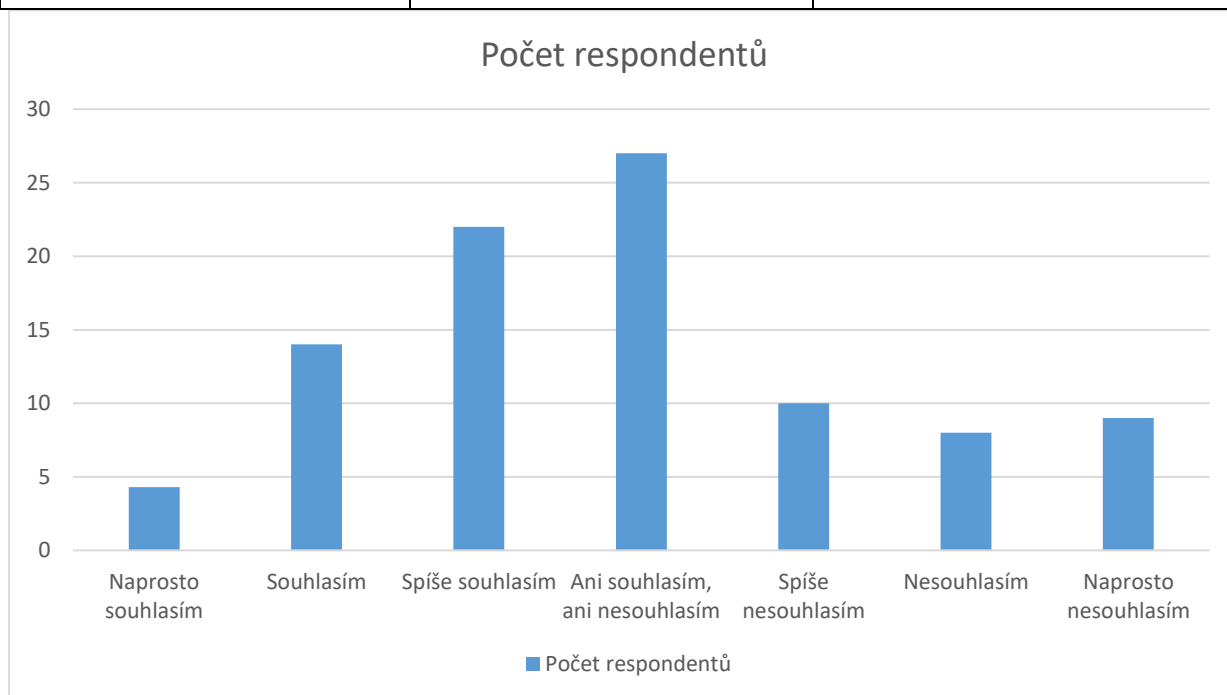


Celkem 61,3 % respondentů hodnotí kladně, že práce v mobilním hospici změnila jejich pohled na druhé lidi. Neutrálně výrok hodnotí 15,7 %, dalších 25,1 % respondentů, z toho 9,3 % naprostou nesouhlasí.

Otázka č. 13

Jak moc souhlasíte s následujícím výrokem: Díky práci v mobilním hospici se snažím trávit více času se svojí rodinou.

	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Naprosto souhlasím	18	16,7
Souhlasím	14	13
Spíše souhlasím	22	20,4
Ani souhlasím, ani nesouhlasím	27	25
Spíše nesouhlasím	10	9,3
Nesouhlasím	8	7,4
Naprosto nesouhlasím	9	8,3
Celkem	108	100

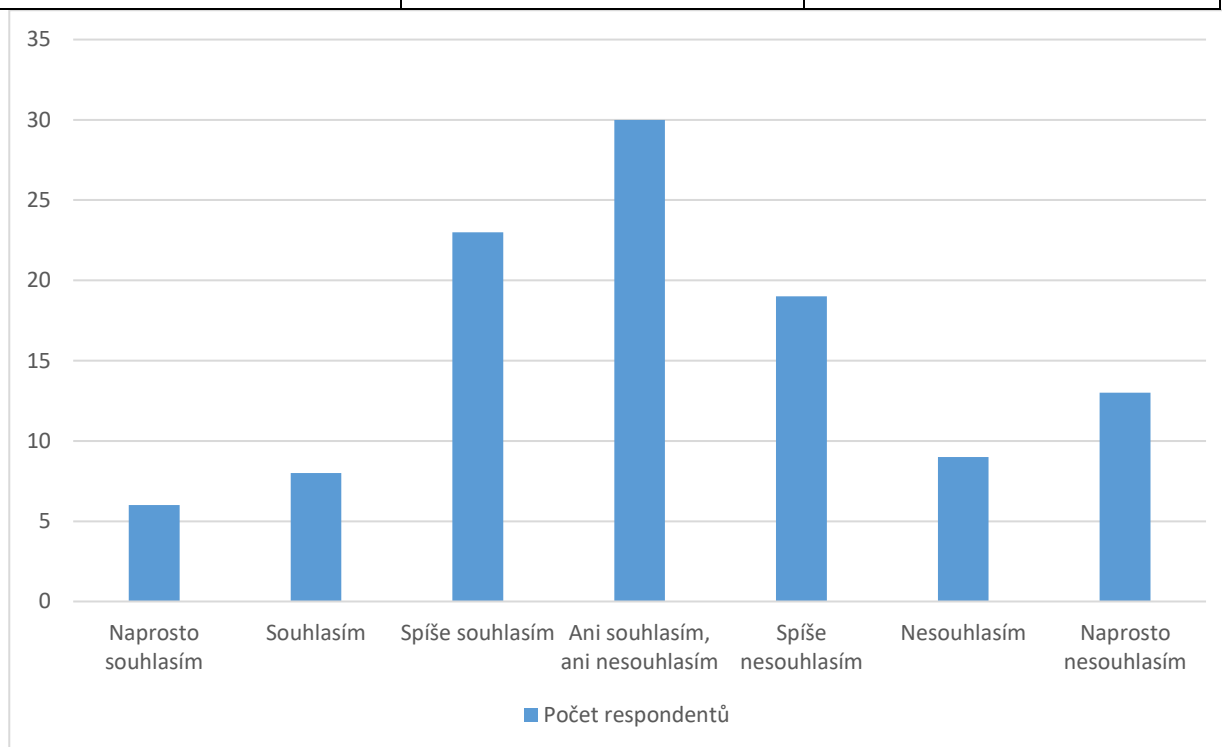


Celkem $\frac{1}{4}$ respondentů, tedy 25 %, hodnotí výrok, který tvrdí, že se díky práci v mobilním hospici pracovník snaží trávit více času se svojí rodinou, neutrálně. Naprosto souhlasí 16,7 %, celkem se v nějaké míře vyjádřilo pozitivně 51 %. S výrokem naopak nesouhlasí 25 % respondentů, z toho 8,3 % naprosto nesouhlasí.

Otázka č. 14

Jak moc souhlasíte s následujícím výrokem: Díky práci v mobilním hospici se snažím více času trávit se svými přáteli.

	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Naprosto souhlasím	6	5,6
Souhlasím	8	7,4
Spíše souhlasím	23	21,3
Ani souhlasím, ani nesouhlasím	30	27,8
Spíše nesouhlasím	19	17,6
Nesouhlasím	9	8,3
Naprosto nesouhlasím	13	12
Celkem	108	100

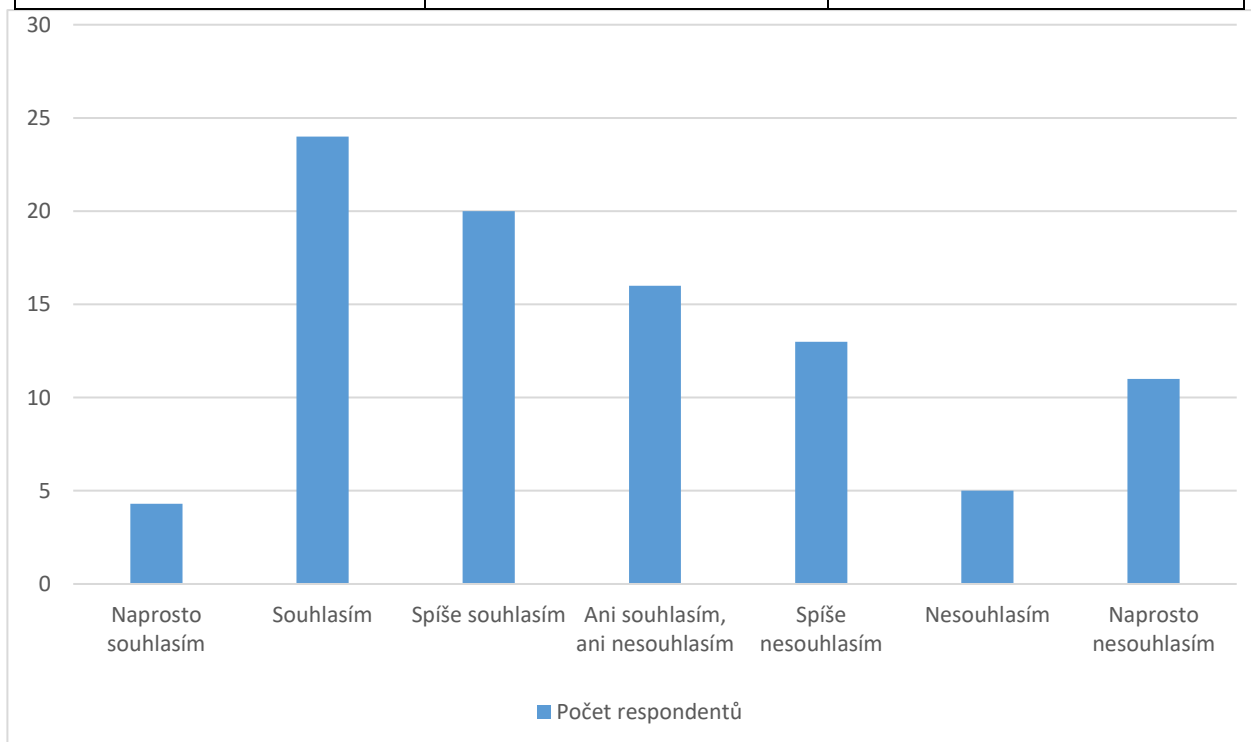


Největší počet respondentů, 27,8 %, se vyjádřilo k výroku, který tvrdí, že pracovník se díky práci v mobilním hospici snaží více času trávit se svými přáteli, neutrálně. Spíše souhlasí 21,3 % respondentů, 17,6 % spíše nesouhlasí. Negativně se vyjádřilo 37,9 % respondentů, v nějaké míře s výrokem souhlasilo 34,3 %.

Otázka č. 15

Jak moc souhlasíte s následujícím výrokem: Díky práci v mobilním hospici si více vybírám, s kým budu trávit svůj volný čas.

	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Naprosto souhlasím	19	17,6
Souhlasím	24	22,2
Spíše souhlasím	20	18,5
Ani souhlasím, ani nesouhlasím	16	14,8
Spíše nesouhlasím	13	12
Nesouhlasím	5	4,6
Naprosto nesouhlasím	11	10,2
Celkem	108	100

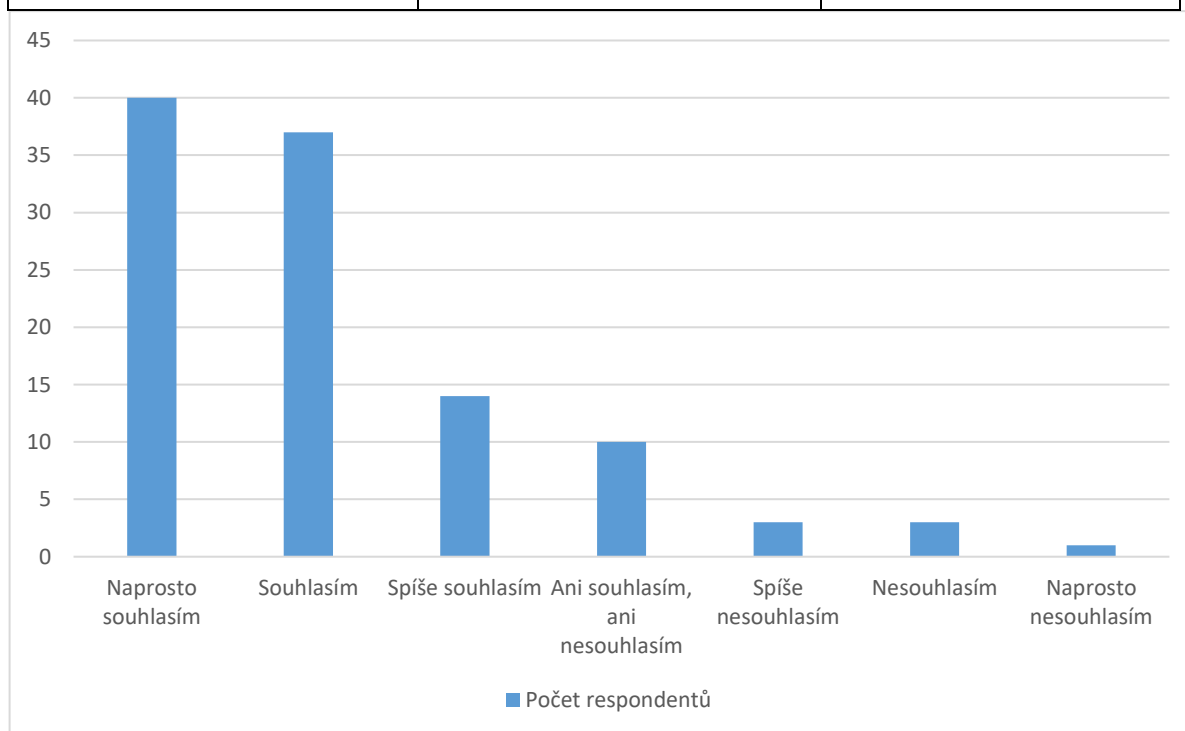


Kladně výrok hodnotí 60,3 % respondentů, z toho 17,6 % naprosto souhlasí, 22,2 % souhlasí a 18,5 % spíše souhlasí. Neutrálně se vyjádřilo 14,8 %, dalších 26,8 % respondentů se k výroku vyjádřilo záporně. Naprosto nesouhlasí 10,2 %.

Otázka č. 16

Jak moc souhlasíte s následujícím výrokem: Mám dobré vztahy se svými kolegy.

	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Naprosto souhlasím	40	37
Souhlasím	37	34,3
Spíše souhlasím	14	13
Ani souhlasím, ani nesouhlasím	10	9,3
Spíše nesouhlasím	3	2,8
Nesouhlasím	3	2,8
Naprosto nesouhlasím	1	0,9
Celkem	108	100

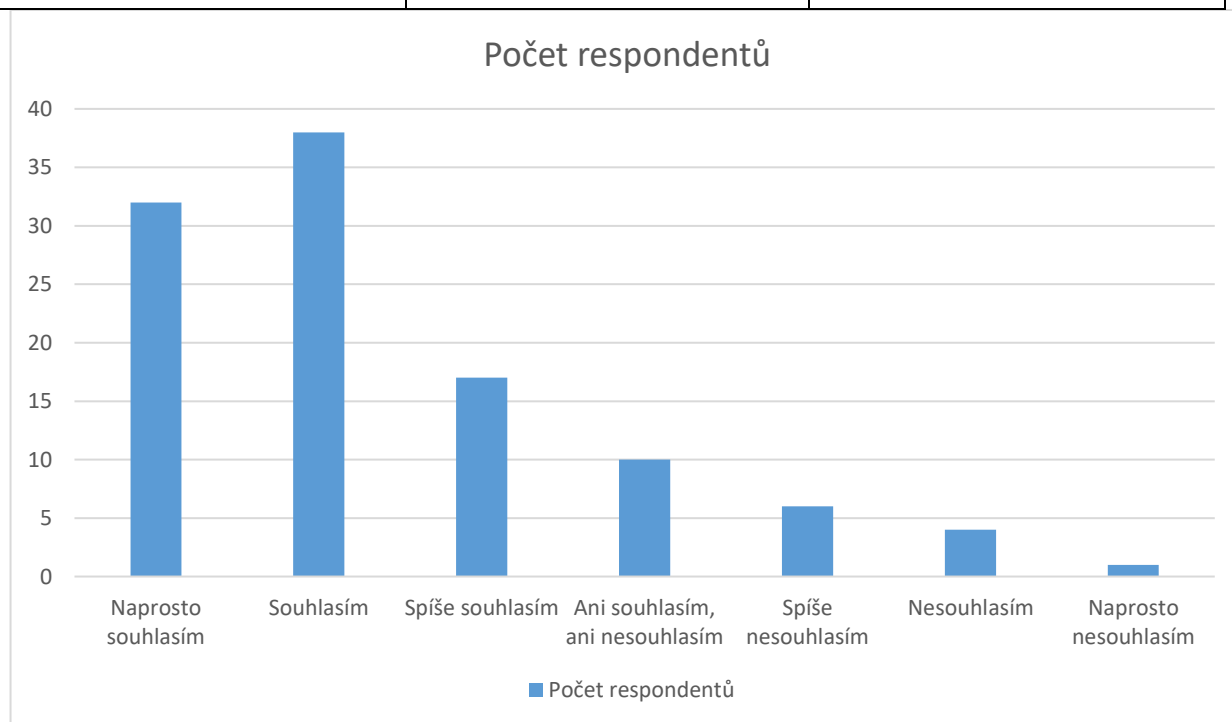


Celkem 84,3 % respondentů hodnotí výrok ohledně dobrých vztahů s kolegy kladně. Z toho naprosto souhlasí 37 %. Neutrální hodnocení vzešlo od 9,3 % respondentů, v určité míře nesouhlasí 6,4 %.

Otázka č. 17

Jak moc souhlasíte s následujícím výrokem: Při komunikaci se svými kolegy se cítím dobře.

	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Naprosto souhlasím	32	29,6
Souhlasím	38	35,2
Spíše souhlasím	17	15,7
Ani souhlasím, ani nesouhlasím	10	9,3
Spíše nesouhlasím	6	5,6
Nesouhlasím	4	3,7
Naprosto nesouhlasím	1	0,9
Celkem	108	100

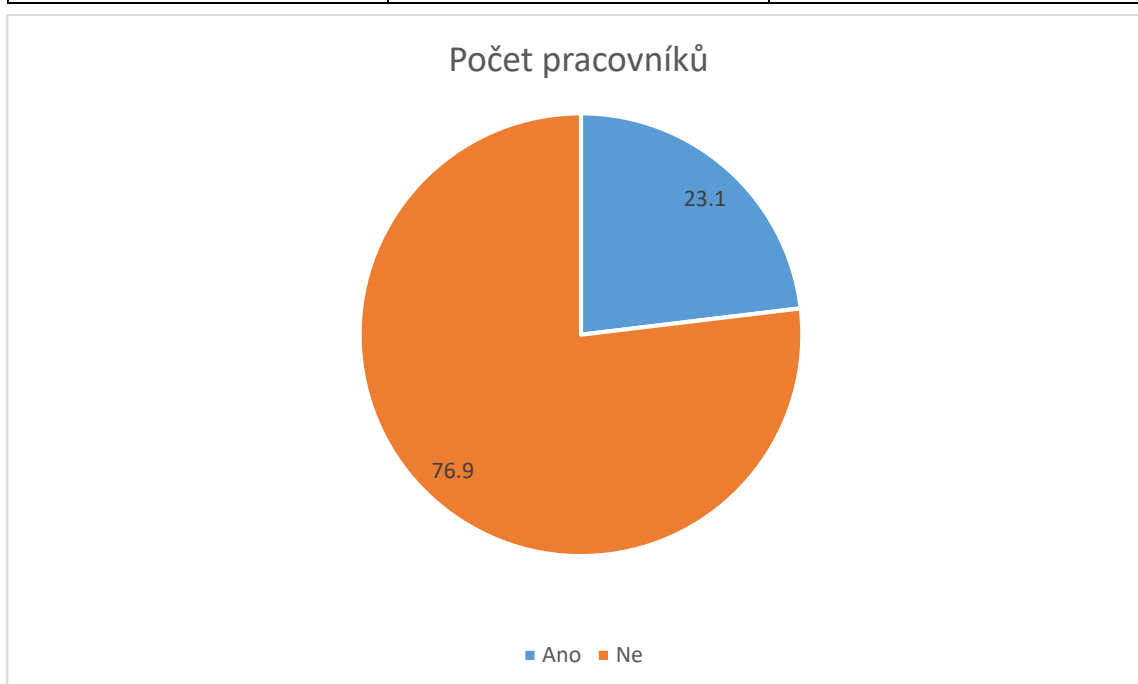


Celkem 80,5 % respondentů v určité míře souhlasí s výrokem, že se při komunikaci se svými kolegy cítí dobře. V určité míře nesouhlasí 10,2 % respondentů. 9,3 % se vyjádřilo neutrálně.

Otázka č. 19

Uvažoval/a jste někdy o změně zaměstnání z důvodu špatných vztahů na pracovišti?

	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Ano	25	23,1
Ne	83	76,9
Celkem	108	100

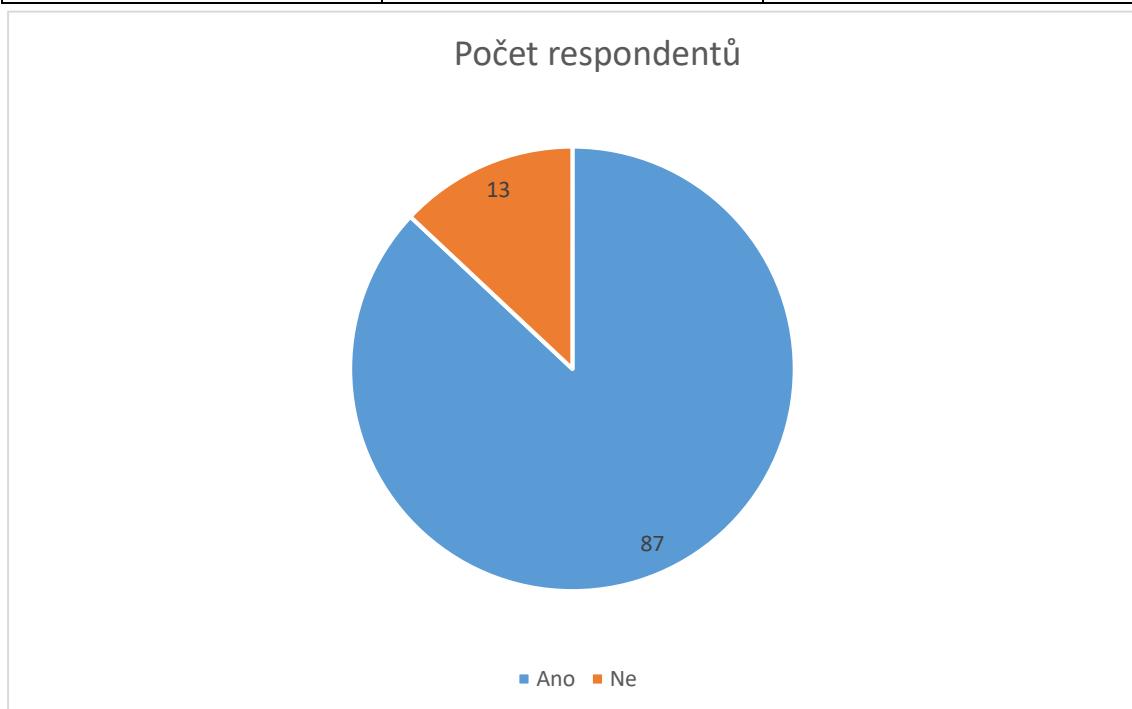


Celkem 23,1 % respondentů uvažovalo o změně zaměstnání z důvodu špatných vztahů na pracovišti. Zbýlých 76,9 % o změně z tohoto důvodu neuvažovalo.

Otázka č. 20

Máte mezi kolegy přátele?

	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Ano	94	87
Ne	14	13
Celkem	108	100

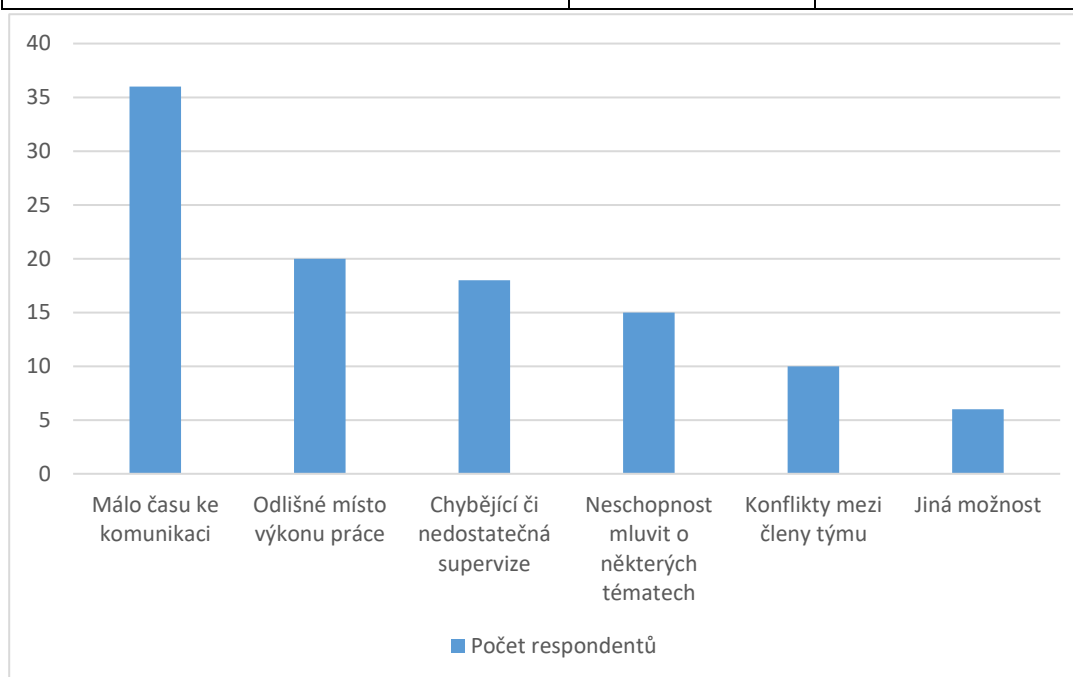


Celkem 87 % respondentů hodnotí, že má mezi svými kolegy přátele. Zbýlých 13 % dle svého hodnocení mezi kolegy přátele nemá.

Otázka č. 21

V čem spatřujete komunikační bariéry v rámci multidisciplinárního týmu?

	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Málo času ke komunikaci	36	24,8
Odlíšné místo výkonu práce	20	13,8
Chybějící či nedostatečná supervize	18	12,4
Neschopnost mluvit o některých tématech	15	10,3
Konflikty mezi členy týmu	10	6,9
Jiná možnost	6	4,1
Žádné komunikační bariéry nespátřuji	40	27,6
Celkem	108	100

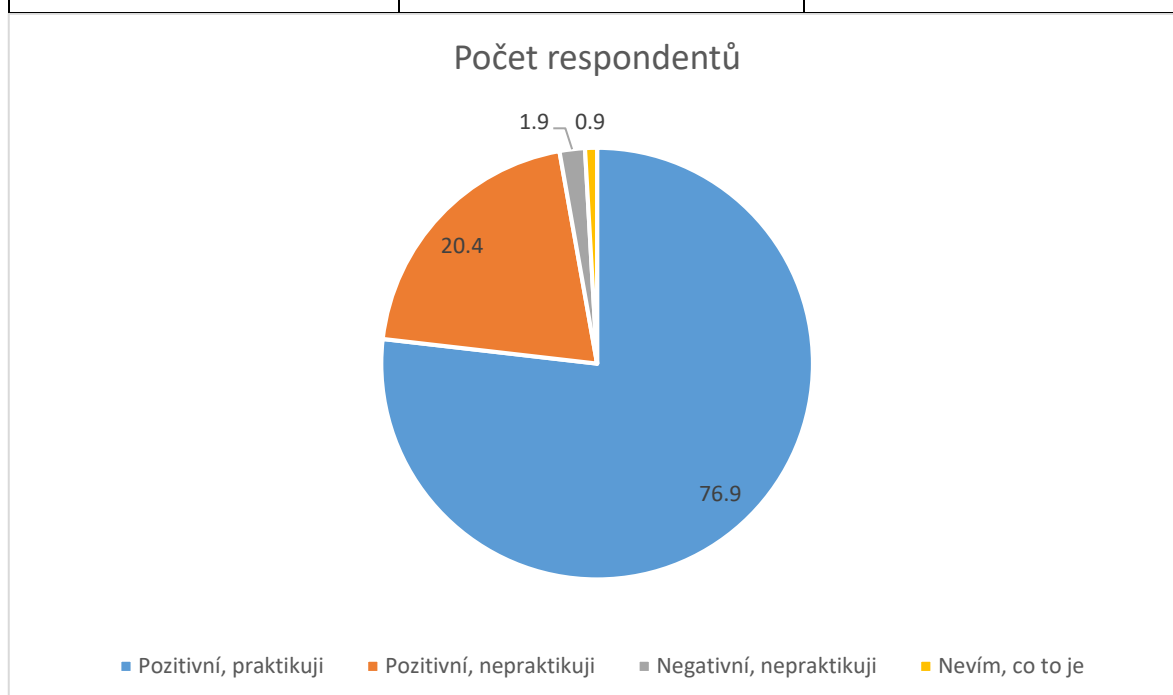


Celkem 27,6 % respondentů nespátřuje žádné komunikační bariéry, 24,8 % vnímá jako největší bariéru málo času ke komunikaci, 13,8 % odlíšné místo výkonu práce, 12,4 % považuje za největší bariéru chybějící či nedostatečnou supervizi, 10,3 % neschopnost mluvit o některých tématech, 6,9 % konflikty mezi členy týmu a 4,1 % respondentů zvolilo jinou možnost.

Otázka č. 22

Jaký máte názor na psychohygienu?

	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Pozitivní, praktikuji	83	76,9
Pozitivní, nepraktikuji	22	20,4
Negativní, nepraktikuji	2	1,9
Nevím, co to je	1	0,9
Celkem	108	100

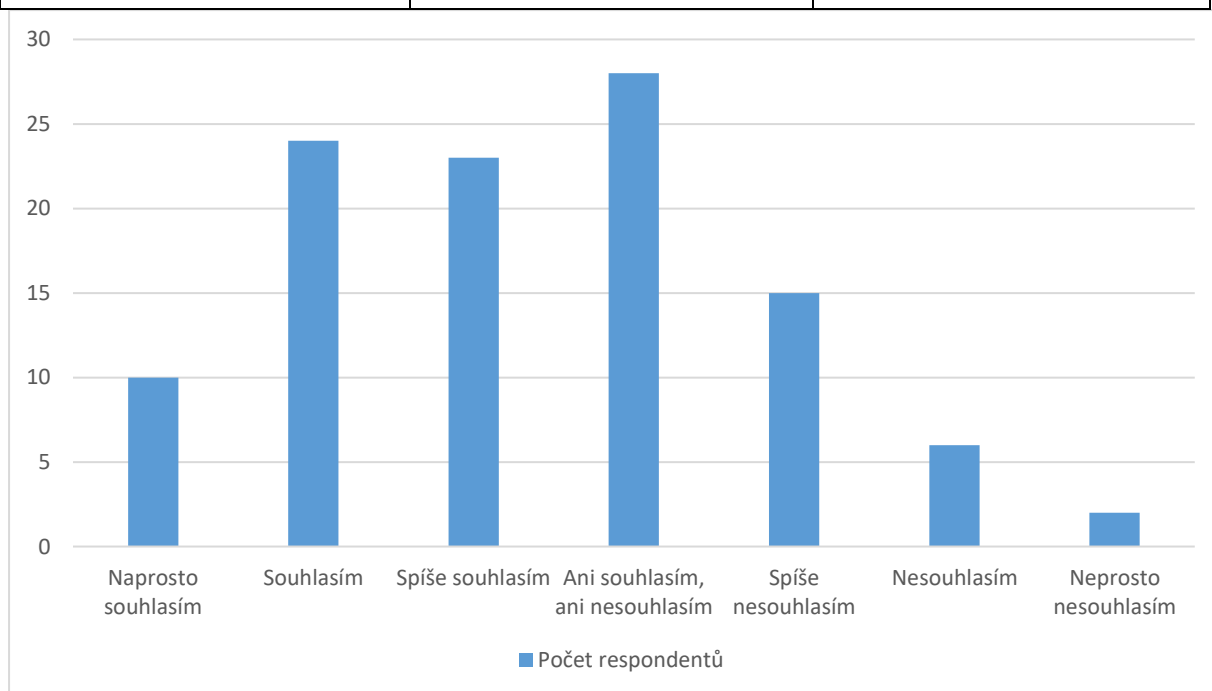


Celkem 97,3 % respondentů má pozitivní názor na psychohygienu, praktikuje ji 76,9 % respondentů. Negativně se k psychohygieně vyjádřilo 1,9 % respondentů. Pouze 1 procent, tedy 0,9 %, neví, co to psychohygienu je.

Otázka č. 23

Uveďte, jak moc souhlasíte s následujícím výrokem: Vím, jak zdravě ventilovat své emoce a pravidelně tak činím.

	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Naprosto souhlasím	10	9,3
Souhlasím	24	22,2
Spíše souhlasím	23	21,3
Ani souhlasím, ani nesouhlasím	28	25,9
Spíše nesouhlasím	15	13,9
Nesouhlasím	6	5,6
Naprosto nesouhlasím	2	1,9
Celkem	108	100

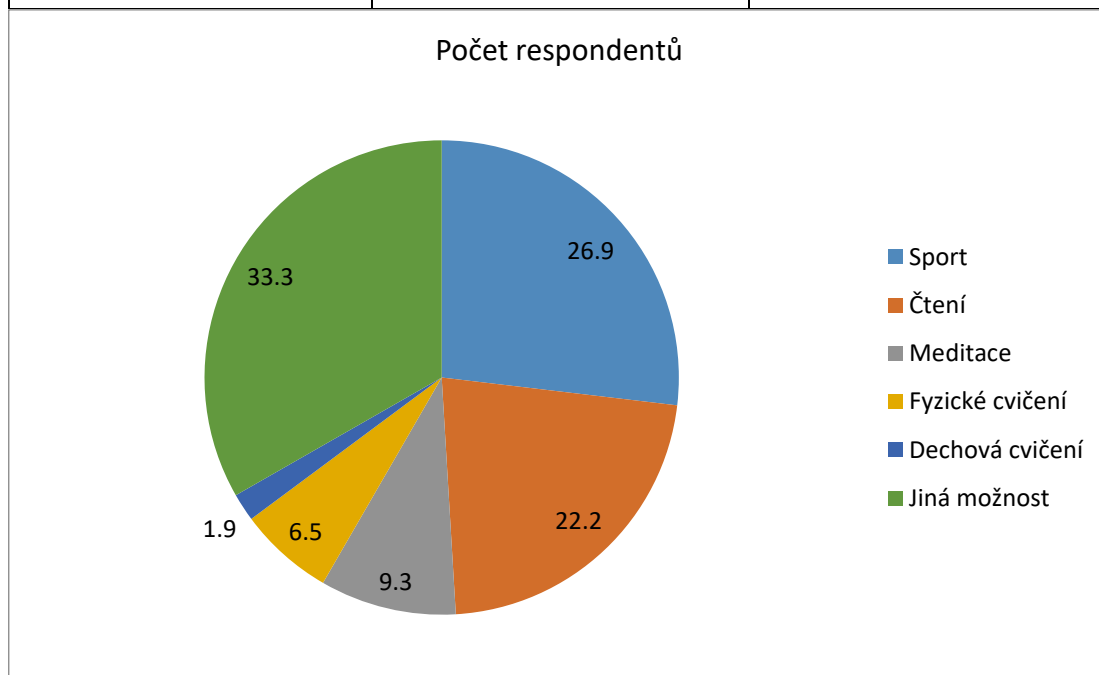


Nejvíce respondentů hodnotí svoji schopnost zdravě ventilovat emoce neutrálně, konkrétně 25,9 %. V určité míře s výrokem souhlasí 52,8 % respondentů, z toho ale pouze 9,3 % naprosto souhlasí, dalších 22,2 % souhlasí a 21,3 % spíše souhlasí. Záporně se k výroku vyjádřilo 21,4 % respondentů. Z toho 1,9 % naprosto nesouhlasí.

Otázka č. 24

Jak po práci nejčastěji relaxujete?

	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Sport	29	26,9
Čtení	24	22,2
Meditace	10	9,3
Fyzické cvičení	7	6,5
Dechové cvičení	2	1,9
Jiná možnost	36	33,3
Celkem	108	100

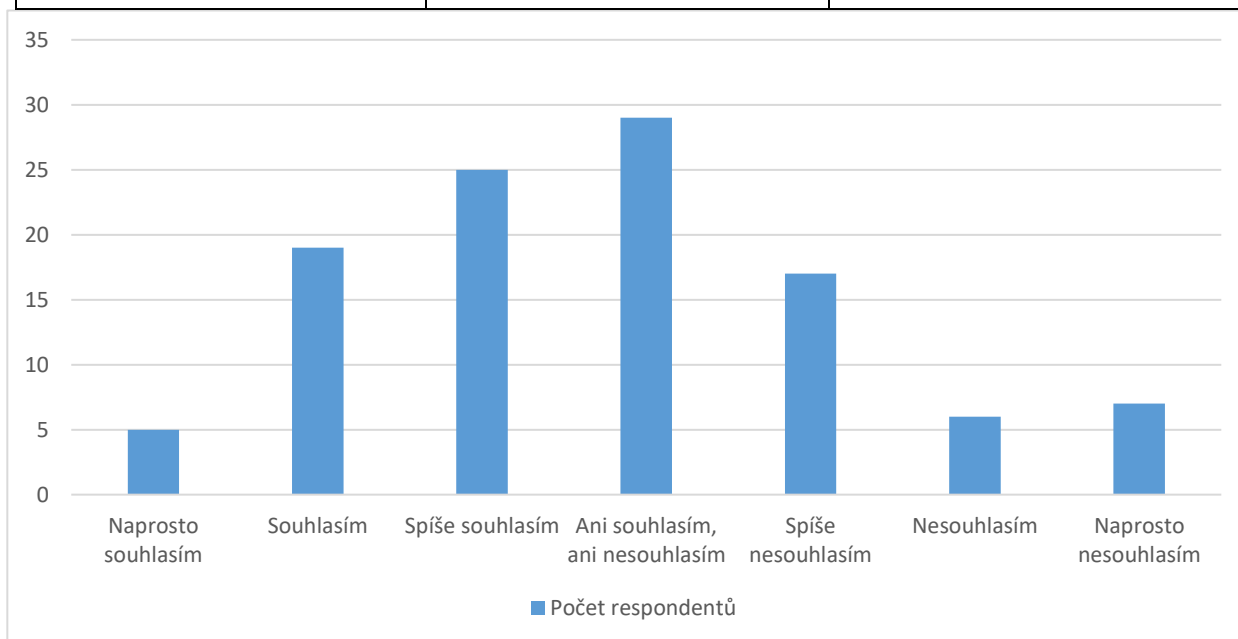


Nejvíce respondentů uvedlo jako svou odpověď na otázku, jak po práci nejčastěji relaxují, jinou možnost (33,3%). Celkem 26,9 % respondentů uvedlo, že nejčastěji relaxuje při sportu, 22,2 % při čtení, 9,3 % medituje, 6,5 % cvičí a 1,9 % praktikuje dechová cvičení.

Otázka č. 25

Jak moc souhlasíte s následujícím výrokem: Dbám na svou životosprávu (strava, pitný režim, spánek).

	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Naprosto souhlasím	5	4,6
Souhlasím	19	17,6
Spíše souhlasím	25	23,1
Ani souhlasím, ani nesouhlasím	29	26,9
Spíše nesouhlasím	17	15,7
Nesouhlasím	6	5,6
Naprosto nesouhlasím	7	6,5
Celkem	108	100

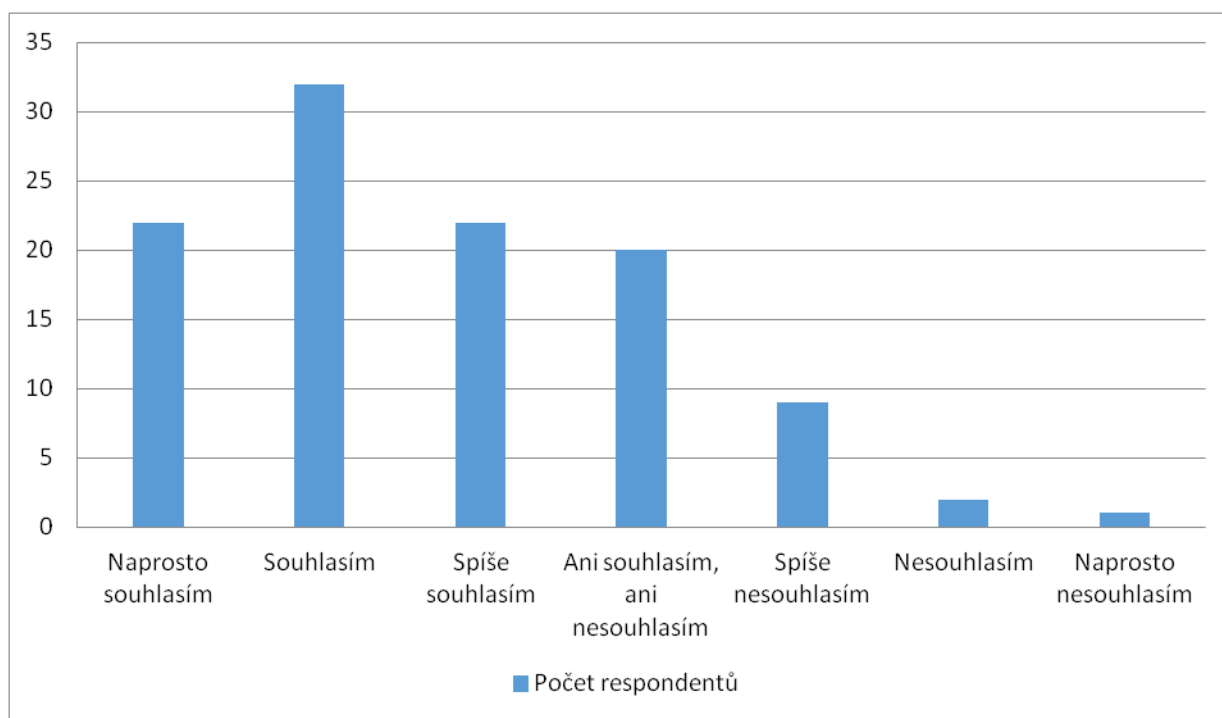


Nejčastější hodnocení výroku ohledně dbání na svou životosprávu bylo neutrální (26,9 %). Celkem 45,3 % respondentů s výrokem v určité míře souhlasí, z toho naprosto souhlasí 4,6 %. Naprosto nesouhlasí 6,5 % respondentů, 5,6 % nesouhlasí a 15,7 % spíše nesouhlasí.

Otázka č. 26

Jak moc souhlasíte s následujícím výrokem: Svůj volný čas naplňuji aktivitami, které mi dělají radost.

	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Naprosto souhlasím	22	20,4
Souhlasím	32	29,6
Spíše souhlasím	22	20,4
Ani souhlasím, ani nesouhlasím	20	18,5
Spíše nesouhlasím	9	8,3
Nesouhlasím	2	1,9
Naprosto nesouhlasím	1	0,9
Celkem	108	100

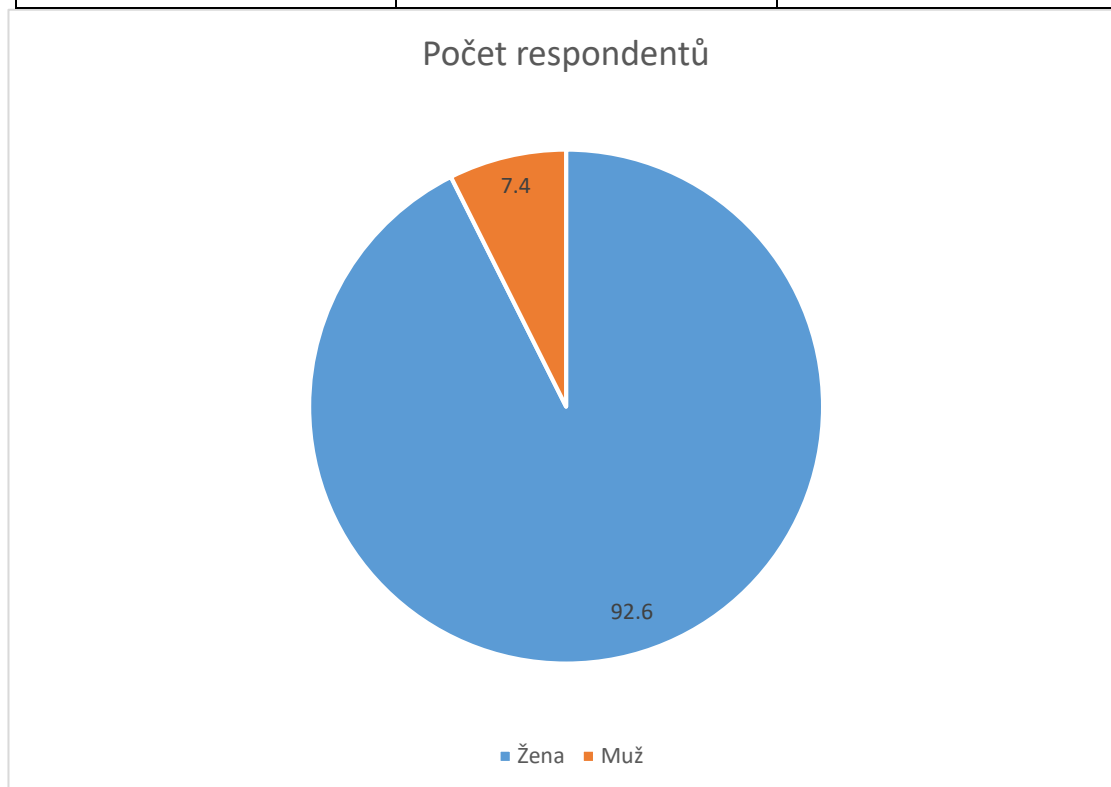


Celkem 71,3 % respondentů v určité míře souhlasí s výrokem, že svůj volný čas naplňují aktivitami, které jim dělají radost. Nesouhlasí celkem 11,1 % respondentů, z toho většina (8,3 %) spíše nesouhlasí. Neutrálně hodnotí výrok 18,5 %.

Otázka č. 27

Uveďte, prosím, Vaše (biologické) pohlaví.

	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Žena	100	92,6
Muž	8	7,4
Celkem	108	100

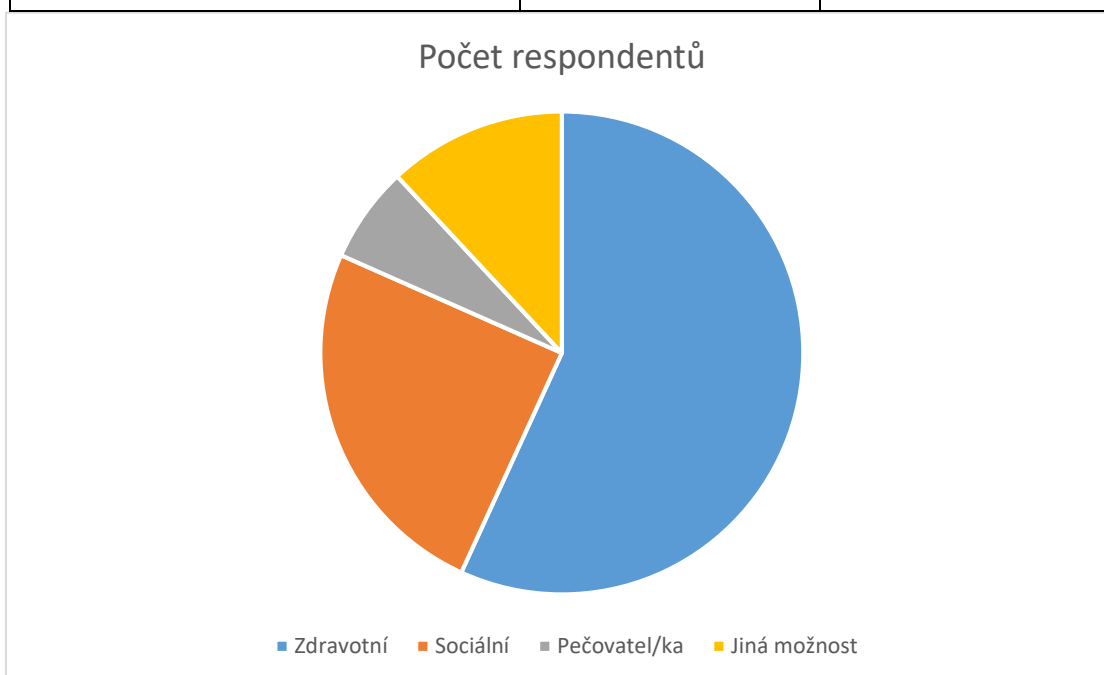


Celkem 92,6 % respondentů byly ženy, mužů bylo mezi respondenty 7,4 %.

Otázka č. 28

Uveďte, prosím, Vaše profesní zařazení.

	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Sociální pracovník/pracovnice	27	24,3
Zdravotní pracovník/pracovnice	64	55,7
Pečovatel/ka	7	6,3
Jiná možnost	13	11,7
Celkem	108	100



Respondenti se skládají z 55,7 % ze zdravotních, z 24,3 % ze sociálních pracovníků, 6,3 % respondentů pracuje v mobilním hospici na pozici pečovatele či pečovatelky, 11,7 % zvolilo jinou možnost.

4.2 Sémantický diferenciál

Sémantický diferenciál je metoda, která umožňuje měřit individuální, psychologické významy určitých pojmů u jednotlivých osob. Tuto metodu vytvořil v roce 1957 americký profesor C. Osgood. (Chráska, 2016, s. 215)

U sémantického diferenciálu se individuální významy pojmu měří pomocí určitého počtu posuzovacích škál, nejčastěji sedmibodových. Respondenti zaznamenávají své mínění o posuzovaných objektech výběrem určitého bodu na těchto škálách. Jednotlivým bodům na škále se poté přiřazují číselné hodnoty 1-7. (Chráska, 2016, s. 15)

Tato metoda byla ve výzkumu použita při zjišťování, jak pracovníci hodnotí atmosféru multidisciplinárního týmu. Konkrétně se jedná o samostatnou otázku v dotazníku s číslem 18. Její výsledky jsou analyzovány níže.

Otázka č. 18

Jak byste popsali/a atmosféru v rámci multidisciplinárního týmu?

	-3	-2	-1	0	1	2	3	
Nepřátelská	0	2	1	5	6	27	67	Přátelská
Smutná	1	1	3	10	13	38	42	Veselá
Napjatá	2	0	4	11	14	35	42	Uvolněná
Depresivní	0	0	4	17	20	33	34	Radostná
Uspěchaná	0	7	9	13	22	30	27	Klidná
Uzavřená	1	3	4	10	12	32	46	Otevřená
Nerespektující	0	0	3	11	9	22	63	Respektující

Atmosféru v rámci multidisciplinárního týmu hodnotí pracovníci na škále mezi nepřátelskou a přátelskou, -3 až 3, převážně v kladných hodnotách. Z toho 67 v hodnotě 3, 27 respondentů 2, 6 respondentů 1. Neutrálně hodnotí atmosféru 5 pracovníků. V záporných hodnotách se pohybují celkem 3 odpovědi, z toho 1 odpověď v hodnotě -1 a 2 odpovědi v hodnotě -2.

Na škále mezi smutnou a veselou se pracovníci opět pohybují v kladných číslech, 42 pracovníků hodnotí atmosféru jako veselou, dalších 38 uvedlo hodnocení 2, hodnocení 1 potom 13 pracovníků. Neutrálně se vyjádřilo 10 pracovníků, v hodnotě -1 se vyjádřili 3 pracovníci, v hodnotě -2 to byl 1 pracovník a 1 pracovník také v hodnotě -3.

Na škále mezi napjatou a uvolněnou atmosférou byla nejvíce volena hodnota 3, konkrétně 42 respondenty, 35 respondentů volilo hodnotu 2, hodnotu 1 volilo 14 respondentů. Neutrálně se jich vyjádřilo 11. V záporných hodnotách se vyjádřilo 6 pracovníků, z toho 4 u hodnoty -1 a 2 u hodnoty -3.

Mezi depresivní a radostnou atmosférou je pouze jedna záporná hodnota, a to hodnota -1, kterou zvolili 4 pracovníci. Neutrálně se jich vyjádřilo 17. V kladných hodnotách se jich pohybuje u hodnoty 1 20, u hodnoty 2 celkem 33 a jako naprosto radostnou hodnotí atmosféru 34 pracovníků.

Další škálu představovaly pojmy uspěchaná vs. klidná. Jako naprosto klidnou hodnotí pracovní atmosféru 27 respondentů, dalších 30 se pohybuje v hodnotě 2. Hodnotu 3 zvolilo 22 respondentů, neutrálně se jich vyjádřilo 13. V záporné hodnotě, konkrétně -1, se vyjádřilo 9 respondentů, -2 zvolilo 7 respondentů.

Mezi škálami uzavřená a otevřená zvolilo nejvíce respondentů hodnotu 3, konkrétně 46 respondentů. Hodnotu 2 potom zvolilo 32 respondentů a 1 celých 12 respondentů. Hodnota 0 byla zvolena celkem 10x, jako v určité míře uzavřenou by pracovní atmosféru popsalo celkem 8 respondentů, z toho 4 v hodnotě -1, 3 v hodnotě -2 a 1 v hodnotě -3.

Nejvíce volena na škále respektující vs. nerespektující byla hodnota 3, konkrétně ji zvolilo 67 respondentů. Hodnota 2 byla zvolena 22 respondenty, hodnota 1 celkem 9 respondenty. Neutrálně se jich vyjádřilo 11, v záporných hodnotách se u -1 objevily 3 hlasy.

5 INTERPRETACE DAT

V kapitole interpretace dat dojde k odpovědím na hlavní a dílčí výzkumné otázky. Díky zodpovězení otázek lze odpovědět na to, jaké jsou hlavní psychosociální aspekty práce v mobilním hospici pohledem pracovníků.

Jaké jsou hlavní psychosociální aspekty práce v mobilním hospici?

1. Jak dle pracovníků ovlivňuje práce v mobilním hospici hodnocení života?

Na vyvození závěrů k této otázce sloužily položky z dotazníkového šetření, konkrétně položky 2-6, měřeny pomocí Likertovy škály. Na 2. otázku, která se týkala hodnocení výroku, který tvrdil, že práce v mobilním hospici změnila pracovníkův přístup k životu, odpovědělo v určité míře kladně celkem 70,7 % respondentů. To znamená, že většina respondentů hodnotí práci v mobilním hospici jako něco, co změnilo jejich přístup k životu. V následující položce dotazníku respondenti hodnotí výrok, který tvrdí, že si pracovník váží díky práci v mobilním hospici více svého života oproti době, kdy zde nepracoval. V kladných hodnotách odpovědělo 70,8 % respondentů, což značí, že podobný počet respondentů změnil svůj přístup k životu a zároveň si ho více váží a stejný počet respondentů přistupuje k oběma položkám v určité míře nesouhlasem (21,3 %). Otázka číslo 4., která následuje, se respondentů dotazuje na hodnocení výroku, že pracovník díky práci v mobilním hospici změnil svůj žebříček hodnot. V kladných hodnotách odpovědělo celkem 61 % respondentů, v záporných hodnotách 24,1 %. Více než polovina respondentů tedy souhlasí, že díky práci v mobilním hospici se změnil jejich žebříček hodnot. To může být dáno konfrontací s vlastní smrtelností, kterou pracovníci zažívají při setkání s umírajícími pacienty. Pátá položka se zaměřuje na hodnocení výroku, který tvrdí, že pracovník díky práci v mobilním hospici více přemýšlí nad smyslem svého života. V kladných hodnotách odpovědělo na výrok 52,7 % respondentů, v záporných hodnotách odpověděla zhruba ¼ respondentů. Znamená to, že přes polovinu respondentů v určité míře potvrzuje své přemýšlení nad smyslem života díky práci v mobilním hospici, nicméně celá čtvrtina nad smyslem života více nepřemýšlí. Poslední ze série otázek vztahující se k první dílčí výzkumné otázce se zaměřuje na hodnocení pracovníků výroku, že práce v mobilním hospici v pracovníkovi probuzuje myšlenku marnosti života. Celkem 10,3 % respondentů se v různé míře vyjádřilo kladně, 10,2 % tento výrok hodnotí neutrálně a více než polovina respondentů, konkrétně 50,9 % naprosto nesouhlasí s výrokem. Myšlenku marnosti života práce v mobilním hospici tedy dle hodnocení pracovníků z téměř 80 % neprobouzí. Proč

tomu tak je nelze v dostupných výzkumech dohledat, nicméně je možné, že pracovníci díky tomu, že vykonávají pomáhající profesi, v sobě naopak probouzí naději a smysl.

Závěr první dílčí otázky: Z odpovědí na prvních pět dílčích výzkumných otázek bylo zjištěno, že práce v mobilním hospici u 70,7 % respondentů změnila jejich přístup k životu, kterého si zároveň více váží. Celkem 61 % pracovníků změnilo svůj žebříček hodnot a nad smyslem svého života více přemýšlí celkem 52,7 % respondentů. Obávaná myšlenka marnosti života se naopak objevuje pouze u 10,2 % odpovědí. Pozitivní ovlivnění pracovníků mobilních hospiců jejich prací lze přisuzovat tomu, že vědomí pomíjivosti všech věcí se stává pobídkou k ukázněné mysli, k rozlišování významu krátkodobého a dlouhodobého uspokojení. (Kupka, 2014, s. 29, 30)

2. Jak dle pracovníků ovlivňuje práce v mobilním hospici hodnocení vlastní smrtelnosti?

Odpověď k této otázce se ukrývá v položkách 7-11. První 3 položky jsou měřeny Likertovou škálou. První z nich chce po respondentech hodnocení výroku, že práce v mobilním hospici způsobila, že si více uvědomují konečnost svého života. Celkem 62,2 % respondentů ve větší či menší míře souhlasí, 24 % naopak nesouhlasí, neutrálně se vyjádřilo 14,8 % respondentů. To znamená, že přes polovinu respondentů hodnotí, že si díky práci v mobilním hospici svoji smrtelnost uvědomuje více. Toto uvědomění nelze interpretovat ani jako dobré, ani jako špatné. Smrt bývá označována jako primární zdroj úzkosti v životě (Kupka, 2016, s. 190), nicméně uvědomění si své vlastní smrtelnosti dává životu smysl a hloubku, je hybnou a formující silou života. (Kupka, 2016, s. 218) Následující položka žádá respondenty, aby zhodnotili výrok, který tvrdí, že tato práce zmírnila jejich strach ze smrti. Celkem 22,2 % respondentů se vyjádřilo neutrálně, pouze 44,5 % respondentů hodnotí, že práce v mobilním hospici zmírnila jejich strach ze smrti, z toho naprosto souhlasí 9,3 % dotázaných. Péče o umírající v případě pracovníků mobilních hospiců tedy ve větší míře nezmiňuje strach ze smrti. V deváté položce byl hodnocen výrok ohledně zvýšení strachu ze smrti díky práci v mobilním hospici. Celkem 43,5 % respondentů naprosto nesouhlasí s výrokem ohledně zvýšení strachu ze smrti díky práci v mobilním hospici. 25 % nesouhlasí a 15,7 % spíše nesouhlasí, tedy 84,2 % se k tomuto výroku vyjadřuje záporně. Kladně výrok hodnotí pouze 8,4 % respondentů. Lze tedy říci, že práce v mobilním hospici vnímání strachu ze smrti příliš neovlivňuje. Položka číslo 10 dává respondentům možnost výběru odpovědi a ptá se jich, jak často přemýšlí, jak bude vypadat jejich smrt. Nejvíce respondentů, konkrétně 30,6 %, hodnotí svoji myšlenku

na vlastní smrt jako objevující se několikrát za rok. Několikrát za měsíc o své smrti přemýšlí 23,1 % respondentů, 18,5 % respondentů nad tímto tématem vůbec nepřemýšlí, 8,3 % si na svou smrt vzpomene jednou za několik let, 4,6 % o své smrti přemýšlí několikrát za týden a necelé jedno procento, 0,9 %, má myšlenky na smrt každý den. Je tedy zřejmé, že konfrontace s vlastní smrtí nenastává pokaždé, kdy se pracovník setká s umírajícím člověkem, jelikož nejvíce respondentů o své smrti přemýšlí několikrát za měsíc, ne však vícekrát, než jednou za týden. Jedenáctá položka nabízí odpovědi ano a ne, jelikož se ptá, zda by respondenti svěřili své umírání v případě potřeby do rukou mobilního hospice. Téměř všichni respondenti až na jednoho, tedy 99,1 % by své umírání do rukou mobilního hospice svěřili.

Závěr druhé dílčí otázky: Přes polovinu respondentů hodnotí práci v mobilním hospici jako něco, díky čemu si více uvědomují konečnost svého života. Celkem 44,5 % hodnotí, že práce v mobilním hospici zvýšila jejich strach ze smrti a 44,5 % se domnívá, že práce v mobilním hospici zmírnila jejich strach ze smrti. Lze tedy konstatovat, že práce v mobilním hospici neovlivňuje ve větší míře vnímání strachu ze smrti. Myšlenky na svou vlastní smrt se u pracovníků objevují nejčastěji několikrát ročně (u 30,6 % případů), u 23,1 % je to jednou za měsíc. Téměř všichni pracovníci by se v případě potřeby obrátili s vlastním umíráním na mobilní hospic, což koreluje s výsledky výzkumů, které ukazují, že 78 % lidí by si přálo zemřít doma. (Umírání ©, 2021)

3. Jak dle pracovníků ovlivňuje práce v mobilním hospici soukromé vztahy?

K zodpovězení této otázky slouží interpretace položek z dotazníku měřených Likertovou škálou pod čísly 12 – 15. První položka číslo 12 požaduje po respondentech hodnocení výroku, že práce v mobilním hospici změnila jejich pohled na druhé lidi. Celkem 61 % respondentů hodnotí výrok v určité míře hodnotí kladně, 25,1 % respondentů záporně, z čehož 9,3 % naprosto nesouhlasí. Naopak naprosto souhlasí 14,8 %. V následující položce respondenti hodnotí výrok, který tvrdí, že se pracovník díky práci v mobilním hospici snaží více času trávit se svou rodinou. Přesně $\frac{1}{4}$ respondentů tento výrok hodnotí neutrálně, $\frac{1}{4}$ v určité míře nesouhlasí a zbylých 51 % pracovníků se vyjádřilo v určité míře souhlasně. Větší příklon k trávení času s rodinou lze vysvětlit jednou z funkcí rodiny, konkrétně funkcí emocionální. V rodině je vytvořeno citové zázemí a sytí jedince silným pocitem lásky. (Procházka, 2012, s. 251) Čtrnáctá položka chce po respondentech hodnocení výroku, který totéž tvrdí o trávení času s přáteli. Největší počet respondentů, 27,8 %, se vyjádřilo neutrálně, spíše souhlasí 21,3 % respondentů, 17,6

% spíše nesouhlasí. Negativně se vyjádřilo 37,9 % respondentů, v nějaké míře s výrokem souhlasilo 34,3 %. V poslední zahrnuté položce respondent hodnotí výrok, který tvrdí, že si pracovník díky práci v domácím hospici více vybírá, s kým bude trávit svůj volný čas. Kladně výrok hodnotí 60,3 % respondentů, v určité míře se záporně vyjádřilo 26,8 %.

Závěr třetí dílčí otázky: Odpovědi respondentů se spíše přiklánějí k tomu, že práce v mobilním hospici mění pohled na druhé lidi, ve více než polovině případech tato práce ovlivňuje také vnímání hodnoty času stráveného s rodinou. Naopak vnímání hodnoty času stráveného s přáteli se neukázalo jako výrazně ovlivněno touto prací – kladně na výrok odpovědělo pouze 34,4 % respondentů. To znamená, že pracovníci mobilních hospiců hodnotí, že je pro ně díky jejich práci důležitý čas s rodinou, ale jejich vnímání důležitosti času stráveného s přáteli práce příliš neovlivňuje. Důležitost času stráveného s rodinou můžeme potvrdit i jinými daty z dotazníku, například odpověďmi na otázku ohledně nejčastějších způsobů relaxace, kde někteří respondenti zmiňují jako primární způsob relaxace právě čas strávený s rodinou (strana 71). Přes 60 % respondentů si ale přesto díky práci dle svého hodnocení více vybírá, s kým bude trávit volný čas.

4. Jaké jsou vztahy pracovníků v rámci multidisciplinárního týmu?

Na tuto výzkumnou otázku lze odpovědět pomocí interpretace položek 16, 17, 18, 19, 20, 21. První položka se ptá respondentů na to, zda mají dobré vztahy se svými kolegy, což potvrzuje 84,3 % respondentů. Pouze 6,4 % se k výroku měřenému Likertovou škálou vyjádřilo v určité míře nesouhlasem. V následující položce respondenti hodnotili výrok, který tvrdí, že se pracovník cítí dobře při komunikaci se svými kolegy. Celkem 80,5 % respondentů v určité míře souhlasí, nesouhlasí celkem 10,2 % respondentů. 9,3 % se vyjádřilo neutrálně. Znamená to, že většina pracovníků dle vlastního hodnocení s komunikací mezi kolegy nemá problém. Položka číslo 19 se respondentů ptá, zda uvažovali o změně zaměstnání z důvodu špatných vztahů na pracovišti. To potvrdilo 23,1 % dotázaných, zbylých 76,9 % o změně z tohoto důvodu neuvažovalo. Dvacátá položka se ptá, za mají respondenti mezi kolegy přátele. Ukázalo se, že převážná většina, konkrétně 87 % respondentů, má mezi kolegy přátele. Pouze 13 % uvedlo odpověď „ne“. Pracovníci se tedy mezi kolegy cítí dobře a většinou mezi nimi mají také přátele. Naplnění sociálních potřeb, které se pracovníkům dostává, je třetí položkou v pyramidě potřeb Abrahama Maslowa, která je jednou z teorií pracovní spokojenosti. (Kramolišová, 2016, s. 12) Otázka číslo 21 se zaměřuje na komunikační bariéry v rámci multidisciplinárního týmu. Ty vůbec

nespatřuje 27,6 % respondentů. Největší komunikační bariérou je potom málo času ke komunikaci (24,8 %) a odlišné místo výkonu práce (13,8 %).

Vztahy v rámci multidisciplinárního týmu se samostatně zabývá položka číslo 18. Pro měření hodnocení atmosféry v rámci multidisciplinárního týmu byl použit Sémantický diferenciál. Respondenti vybírali na škále mezi přátelskou a nepřátelskou, smutnou a veselou, napjatou a uvolněnou, depresivní a radostnou, uspěchanou a klidnou, uzavřenou a otevřenou, respektující a nerespektující. Atmosféru hodnotí pracovníci převážně jako přátelskou (hodnota 3 u 67 pracovníků, hodnota 2 u 27 pracovníků), veselou (hodnota 3 u 42 pracovníků, hodnota 2 u 38 pracovníků), uvolněnou (hodnota 3 u 42 pracovníků, hodnota 2 u 35 pracovníků), radostnou (hodnota 3 u 34 pracovníků, hodnota 2 u 33 pracovníků), klidnou (hodnota 3 u 27 pracovníků, hodnota 2 u 30 pracovníků a hodnota 1 u 22 pracovníků), otevřenou (hodnota 3 u 46 pracovníků, hodnota 2 u 32 pracovníků) a respektující (hodnota 3 u 67 pracovníků, hodnota 2 u 22 pracovníků). Záporné hodnoty se nejvíce objevovaly u škály uspěchaná vs. klidná, kde celkem 16 respondentů hodnotí atmosféru v určité míře jako uspěchanou. Druhou škálou s větším množstvím záporných hodnocení byla škála uzavřená vs. otevřená, kde 8 respondentů hodnotí atmosféru jako v určité míře uzavřenou, z toho 1 respondent v hodnotě -3, 3 respondenti v hodnotě -2 a 4 respondenti v hodnotě -1.

Závěr čtvrté dílčí otázky: Vztahy pracovníků v rámci multidisciplinárního týmu jsou dobré, pracovníci se v převážné většině při komunikaci cítí dobře (80,5 %), celkem 87 % jich má mezi kolegy přátele. Lze srovnat s výzkumem z roku 2015, kde byla zjišťována spokojenost zaměstnanců hospicových zařízení. Ta se ukázala jako vysoká, zaměstnanci se stýkají i mimo práci a udržují dobré vztahy. (Sedlářová, 2012, s. 59) Většina respondentů neuvvažovala o změně zaměstnání kvůli špatným vztahům. V rámci komunikačních bariér se dokonce někteří vyjadřují, že žádné bariéry nespátřují (27,6 %), nejvíce byla volena možnost málo času ke komunikaci a odlišné místo výkonu práce, což potvrzuje i výzkum z roku 2019, který ukazuje, že 31 % pracovníků mobilních hospiců mezi sebou komunikuje převážně po telefonu. (Ponocná, Bernášková, 2019) Někteří pracovníci volili jinou možnost, kde se jeden z respondentů vyjádřil následovně: „Nedostatek prostoru k vyjádření, pochopení a uznání postojů a pocitů druhých.“ Odpověď potvrzuje, že zkušenosti pracovníků jsou individuální. Co se týká atmosféry v rámci multidisciplinárního týmu, ukázalo se, že je hodnocena převážně pozitivně, překvapující je, že pouze 1 pracovník, což je 0,9 %, ji hodnotí jako depresivní. Naopak radostná se atmosféra zdá 80,5 % pracovníkům., veselá dokonce 86 % respondentům. Pozitivní atmosféru lze spojit

s dobrými vztahy na pracovišti, nicméně lze se i opřít o výzkum, který přímo srovnává odpovědi pracovníků mobilních a lůžkových hospiců. Pracovníci mobilních hospiců se vyjadřují ve výzkumu o své práci jako o smyslu a poslání, zatímco pracovníci lůžkových hospiců se více přiklánějí k absenci regenerace. (Sedlářová, 2012, s. 81)

5. Jaké způsoby psychohygieny pracovníci využívají?

Položky 22 – 26 se zabývají psychohygienou pracovníků. V dvaadvacáté položce dotazníku respondenti hodnotí svůj názor na psychohygienu, kde převážná většina, celkem 97,3 %, svůj názor hodnotí jako pozitivní, z toho psychohygienu praktikuje 76,9 %. Dovednost zdravé ventilace emocí, kterou pracovníci hodnotí v položce číslo 23, je nejvíce hodnocena neutrálně, konkrétně 25,9 % pracovníky. Po sečtení kladných hodnocení v určité míře souhlasí přes polovinu (52,8 %) respondentů. Záporně se vyjádřilo 21,4 % dotázaných. Následující položka se zabývá nejčastějšími způsoby relaxace, které pracovníci využívají. Nejvíce respondentů uvedlo z nabídky odpovědí jinou možnost (33,3%). V rámci jiné možnosti byly uváděny odpovědi jako: „Vyhodím kopyta nahoru“, „Padnu a nevnímám“, „Spím“, „S dětmi“, „Rodina“, „Příroda, zahrádka, dobrá společnost“. Další 26,9 % respondentů uvedlo, že nejčastěji relaxuje při sportu, 22,2 % při čtení, 9,3 % medituje, 6,5 % cvičí fyzicky a 1,9 % praktikuje dechová cvičení. Hodnocením vlastní životosprávy pracovníků se zabývá následující položka. Nejčastější hodnocení bylo neutrální (26,9 %). Celkem 45,3 % respondentů s výrokem v určité míře souhlasí, 28,8 % v určité míře nesouhlasí. Položka byla měřena pomocí Likertovy škály, jinak tomu není ani u položky číslo 26, kde respondenti hodnotí výrok, který tvrdí, že pracovník svůj volný čas naplňuje aktivitami, které mu dělají radost. Celkem 71,3 % respondentů v určité míře souhlasí, že svůj volný čas naplňuje aktivitami, které mu dělají radost, nesouhlasí celkem 11,1 % respondentů.

Závěr páté dílčí otázky: Nejčastější způsoby psychohygieny, které pracovníci využívají, jsou sport, čtení, čas strávený s rodinou. Co se týká relaxace jako takové, někteří z respondentů v jejím rámci nejvíce praktikují spánek. Většina respondentů psychohygienu zná a hodnotí ji pozitivně. S hodnocením své životosprávy se pracovníci příliš nepřiklánějí na jednu stranu, někteří (45,3 %) na ni ve větší či menší míře dbají, jiní ji hodnotí spíše neutrálně (26,9 %) a někteří na ni zase příliš nedbají (28,8 %). Na čem se ale pracovníci převážně shodnou, je naplňování volného času, kde 71,3 % respondentů hodnotí, že svůj volný čas tráví aktivitami, které jim dělají radost. Ze získaných dat lze vyvodit, že pracovníci převážně pečují o svoji psychickou schránku. Potřebnost takové péče lze najít i

v literatuře, například Marie Svatošová ve své publikaci uvádí: „Člověk musí vědět a myslet na to, že není možné jen dávat sílu a energii, ale je také potřeba dostatečnou sílu nabírat. Je nutné vědět jak se průběžně naplňovat energií, silou a láskou, kterou pak v nemalém množství rozdáme.“ (Svatošová, 1995).

ZÁVĚR

Hlavním cílem bakalářské práce bylo popsat hlavní psychosociální aspekty práce v mobilním hospici pohledem pracovníků. Práce byla zaměřena na psychosociální aspekty mobilních hospiců jakožto zaměstnavatelů.

První kapitola teoretické části se věnovala stěžejním pojmům bakalářské práce. Byly zde popsány pojmy smrt, umírání, truchlení. Byl stručně popsán průběh umírání a jeho fáze dle různých autorů. Kapitola poukazuje také na rozdíl mezi umíráním v historii a dnes. V návaznosti na to byl také objasněn koncept doprovázení.

Druhá kapitola se zabývala hospicovou a paliativní péčí, což jsou dva pojmy, které úzce souvisí s péčí o umírající pacienty. Kapitola v obecných rysech popisuje péči o umírající v historickém kontextu. Text dále seznamuje s úkoly sociální práce v hospicové péči v České republice a zabývá se psychosociální stránkou práce v mobilním hospici.

Praktická část je věnována kvantitativnímu výzkumu, pomocí kterého byly zkoumány psychosociální aspekty práce v mobilním hospici. Ke sběru dat byl použit online dotazník. Následovalo vyhodnocení odpovědí pomocí deskriptivní statistiky. Dále proběhla interpretace dat, kde bylo zodpovězeno na dílčí a hlavní výzkumné otázky.

Výzkumem bylo zjištěno, že si respondenti díky práci v mobilním hospici více váží svého života, než v době, kdy zde nepracovali. V případě potřeby by se téměř všichni respondenti obrátili na služby mobilního hospice. Práce v mobilním hospici je hodnocena jako něco, díky čemu si respondenti více vybírají, s kým budou trávit volný čas. Také se ve větší části případů více snaží trávit svůj čas s rodinou. Respondenti mají ve své práci přátele, v multidisciplinárním týmu převažuje veselá a radostná atmosféra, kterou většina hodnotí také jako uvolněnou, otevřenou, klidnou, přátelskou a respektující. Při komunikaci navzájem se převážná část respondentů cítí dobře. Téměř 80 % dotázaných praktikuje nějakým způsobem psychohygienu, nejčastějšími druhy relaxace jsou sport, četba, čas strávený s rodinou. Ve volném čase se většina pracovníků zabývá aktivitami, které jim dělají radost.

Práce má své limity, mezi které patří anketní výběr respondentů, který patří do skupiny záměrných výběrů. Ty jsou charakteristické tím, že o výběru jistého prvku nerozhoduje náhoda, ale buď úsudek výzkumníka, nebo úsudek zkoumané osoby. (Chráška, 2016, s. 19) Je nutno proto počítat s ovlivněním kvality dat. Dalším limitem je výzkumný nástroj, který byl sestaven přímo výzkumníkem a který se opíral o teoretickou

znalost bez většího praktického pochopení, které by bylo nutné v případě přistoupení k jiným, než jen základním deskriptivním analýzám. Základní popisná metoda práci vystavuje limitům jako je pouze povrchové proniknutí do tematiky. Velkým limitem, který byl ve výzkumu i částečnou překážkou je nedostatek dostupné literatury, hlavně v oblasti výzkumů. Na to navazuje snížená kvalita interpretace dat z důvodu menší možnosti srovnání s jinými výzkumy. Nebyla ověřeno rozdělení dat, validita a reliabilita.

Pomocí zjištěných dat se podařilo odpovědět na hlavní výzkumný cíl, dílčí výzkumné cíle i výzkumné otázky.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Vize a cíle APHPP. [online]. AsociaceHospicu.cz ©2022 [cit. 28. 1.] Dostupné z: <http://asociacehospicu.cz>

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2., přeprac. vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN 9788072624713.

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

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *Světlo na konci tunelu: úvahy o životě a umírání*. Brno: Jota, 2012. ISBN 978-80-7462-145-1.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *Odpovědi na otázky o smrti a umírání: etický manuál pro mediky, lékaře a sestry*. Praha: EM Reflex 1995. ISBN 80-85878-12-7

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

MAŇAS. Pastouška [online]. Sociologická encyklopedie © 2022 [cit. 28. 1.] Dostupné z: <https://encyklopedie.soc.cas.cz>

MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0213-4.

Paliativní péče. [online]. Centrum paliativní péče © 2022 [cit. 28. 1.] Dostupné z: <https://paliativnicentrum.cz/>

PONOCNÁ, P. Analýza potřeb pečujících členů multidisciplinárních týmů mobilních hospiců v souvislosti s chodem organizace a time-managementem. Souhrnná výzkumná zpráva z empirického výzkumu projektu TL02000101, Efektivnější domácí hospicová péče v Česku. Praha: INESAN, 2019, © 2022 [cit. 28. 1.] Dostupné z: <https://inesan.eu/wp-content/uploads/2021/01.pdf>

Revue pro sociální politiku a výzkum [online]. Sociální politika © 2022 [cit. 28. 1.] Dostupné z: <https://socialnipolitika.eu>

STUDENT, Johann-Christoph, Albert MÜHLUM a Ute STUDENT. Sociální práce v hospici a paliativní péče. Jinočany: H & H, 2006. ISBN 80-7319-059-1.

Syndrom vyhoření. [online]. Zdravotnické zařízení Ministerstva vnitra © 202 [cit. 28. 1.] Dostupné z: <https://www.zzmv.cz>

TOMEŠ, Igor, Eva DRAGOMIRECKÁ, Katarina SEDLÁROVÁ a Daniela VODÁČKOVÁ. Rozvoj hospicové péče a její bariéry. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2941-4.

TOTHOVÁ, Eva. Umírání a smrt v pojetí Elisabeth-Kübel Ross. České Budějovice, 2013. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra pedagogických věd.

Adresář služeb. [online]. Umírání: informační portál pro nemocné, pečující a pozůstalé © 2022 [cit. 28. 1.] Dostupné z: <https://www.umirani.cz>

NOVOTNÁ. Zátěž sester v péči o umírající. [online]. Zdraví.Euro.cz © 2022 [cit. 28. 1.] Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz>

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

1. Jste zaměstnán/a v mobilním hospici jako pečující osoba nebo sociální pracovník 5 měsíců a více?

- A) Ano
- B) Ne

Na číselné škále uveďte, jak moc souhlasíte s následujícími výroky.

2. Během práce v mobilním hospici jsem změnil/a svůj přístup k životu.

naprosto souhlasím 1 2 3 4 5 6 7 naprosto nesouhlasím

3. Práce v mobilním hospici způsobila, že si vážím vlastního života víc, než v době, kdy jsem zde nepracoval/a.

naprosto souhlasím 1 2 3 4 5 6 7 naprosto nesouhlasím

4. Práce v mobilním hospici způsobila, že jsem změnil/a svůj žebříček hodnot.

naprosto souhlasím 1 2 3 4 5 6 7 naprosto nesouhlasím

5. Díky práci v mobilním hospici jsem začal/a více přemýšlet nad smyslem svého života.

naprosto souhlasím 1 2 3 4 5 6 7 naprosto nesouhlasím

6. Práce v mobilním hospici ve mně probouzí myšlenku marnosti života.

naprosto souhlasím 1 2 3 4 5 6 7 naprosto nesouhlasím

7. Díky práci v mobilním hospici si více uvědomuji konečnost vlastního života.

naprosto souhlasím 1 2 3 4 5 6 7 naprosto nesouhlasím

8. Práce v mobilním hospici zmírnila můj strach ze smrti.

naprosto souhlasím 1 2 3 4 5 6 7 naprosto nesouhlasím

9. Práce v mobilním hospici zvýšila můj strach ze smrti.

naprosto souhlasím 1 2 3 4 5 6 7 naprosto nesouhlasím

10. Jak často přemýšlíte nad tím, jak bude vypadat Vaše smrt?

- A) Několikrát za den
- B) Několikrát za týden
- C) Několikrát za měsíc
- D) Několikrát za půl roku
- E) Několikrát za rok

- F) Jednou za několik let
- G) Vůbec nad tím nepřemýšlím

11. Svěřil/a byste vzhledem ke své pracovní zkušenosti průběh Vašeho umírání do rukou mobilního hospice?

- A) Ano
- B) Ne

Na číselné škále uveďte, jak moc souhlasíte s následujícími výroky.

12. Práce v mobilním hospici změnila můj pohled na druhé lidi.
naprosto souhlasím 1 2 3 4 5 6 7 naprosto nesouhlasím

13. Díky práci v mobilním hospici se snažím trávit více času se svojí rodinou.
naprosto souhlasím 1 2 3 4 5 6 7 naprosto nesouhlasím

14. Díky práci v mobilním hospici se snažím trávit více času se svými přáteli.
naprosto souhlasím 1 2 3 4 5 6 7 naprosto nesouhlasím

15. Díky práci v mobilním hospici si více vybírám, s kým budu trávit svůj volný čas.
naprosto souhlasím 1 2 3 4 5 6 7 naprosto nesouhlasím

16. Mám dobré vztahy se svými kolegy.
naprosto souhlasím 1 2 3 4 5 6 7 naprosto nesouhlasím

17. Při komunikaci se svými kolegy se cítím dobře.
naprosto souhlasím 1 2 3 4 5 6 7 naprosto nesouhlasím

18. Jak byste popsal/a atmosféru v rámci multidisciplinárního týmu?

- A) přátelská 1 2 3 4 5 6 7 nepřátelská
- B) veselá 1 2 3 4 5 6 7 smutná
- C) uvolněná 1 2 3 4 5 6 7 napjatá
- D) radostná 1 2 3 4 5 6 7 depresivní
- E) klidná 1 2 3 4 5 6 7 uspěchaná
- F) otevřená 1 2 3 4 5 6 7 uzavřená
- G) respektující 1 2 3 4 5 6 7 nerespektující

19. Uvažoval/a jste někdy o změně zaměstnání z důvodu špatných vztahů na pracovišti?

- A) Ano
- B) Ne

20. Máte mezi kolegy přátele?

- A) Ano
- B) Ne

21. V čem spatřujete v rámci multidisciplinárního týmu komunikační bariéry? Můžete zaškrtnout i více odpovědí, nebo přidat vlastní.

- A) Málo času ke komunikaci
- B) Odlišné místo výkonu práce
- C) Neřešené konflikty mezi členy týmu
- D) Chybějící nebo nedostatečná supervize
- E) Neschopnost mluvit o některých tématech
- F) Jiné

(uved'te) _____

22. Jaký názor máte na psychohygienu?

- A) Pozitivní, praktikuji
- B) Pozitivní, nepraktikuji
- C) Nevím, co to je
- D) Negativní, nepraktikuji

23. Vím, jak zdravě ventilovat své emoce, a pravidelně tak činím.
naprosto souhlasím 1 2 3 4 5 6 7 naprosto nesouhlasím

24. Jak po práci nejčastěji relaxujete?

- A) dechová cvičení
- B) fyzické cvičení (například jóga)
- C) sport
- D) meditace
- E) čtení
- F) jiné

(uved'te) _____

Na číselné škále uved'te, jak moc pro Vás platí následující tvrzení.

25. Dbám na svou životosprávu (strava, pitný režim, spánek).
naprosto souhlasím 1 2 3 4 5 6 7 naprosto nesouhlasím

26. Svůj volný čas naplňuji aktivitami, které mi dělají radost.
naprosto souhlasím 1 2 3 4 5 6 7 naprosto nesouhlasím

27. Uved'te, prosím, Vaše biologické pohlaví.

- A) Muž
- B) Žena

28. Uved'te, prosím, Vaše profesní zařazení.

- A) Pečovatel/ka
- B) Zdravotní pracovník/ce
- C) Sociální pracovník/ce