

# Umírání a smrt pohledem pracovníků paliativní a hospicové péče

Jindra Horáková

---

Bakalářská práce  
2021



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

Akademický rok: 2020/2021

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: Jindra Horáková  
Osobní číslo: H18209  
Studijní program: B7507 Specializace v pedagogice  
Studijní obor: Sociální pedagogika  
Forma studia: Kombinovaná  
Téma práce: Umírání a smrt pohledem pracovníků paliativní a hospicové péče

### Zásady pro vypracování

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

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

Příprava metodiky výzkumné části.

Realizace kvantitativního výzkumu formou dotazníku.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

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

**Seznam doporučené literatury:**

- CHRÁSKA, Miroslav, 2016. Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5326-3.
- KUPKA, Martin, 2014. Psychosociální aspekty paliativní péče. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4650-0.
- SVATOŠOVÁ, Marie, 2008. Hospice a umění doprovázet. V Kostelním Vydří: APHPP. ISBN 978-80-7195-307-4.
- ŠPATENKOVÁ, Naděžda, 2013. Poradenství pro pozůstalé: principy, proces, metody. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3736-2.
- THE, Anne-Mei, 2007. Paliativní péče a komunikace. Brno: Společnost pro odbornou literaturu. ISBN 978-80-87029-24-4.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Zuzana Hrnčířiková, Ph.D.**  
Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce: **27. ledna 2021**

Termín odevzdání bakalářské práce: **30. dubna 2021**

L.S.

**Mgr. Libor Marek, Ph.D.**  
děkan

**doc. Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.**  
ředitel ústavu

Ve Zlíně dne 27. ledna 2021

## 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 <sup>1)</sup>;
- 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 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> 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 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně ..... 19. 4. 2021

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

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

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

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

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vyrobené 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). Odpírá-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 užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

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

## **ABSTRAKT**

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou umírání a smrti z pohledu pracovníků hospicové a paliativní péče. V teoretické části je nejprve objasněna problematika umírání a smrti. V další kapitole teoretické části je charakterizována paliativní péče a hospicová péče. V empirické části práce jsou prezentovány výsledky empirického šetření, které bylo realizováno mezi pracovníky hospicové a paliativní péče k jejich profesnímu pohledu na problematiku umírání a smrti, jakož i k tomu, jak se tato problematika promítá do jejich pracovních i soukromých životů. Formulována jsou zde i některá doporučení, která by měla vést ke zlepšení stavu identifikovaného empirickým šetřením.

Klíčová slova: umírání, smrt, paliativní péče, hospicová péče, pracovníci hospicové a paliativní péče

## **ABSTRACT**

This bachelor's degree thesis concerns the aspect of dying and death from the point of view of hospice and palliative care workers. The theoretical part first explains the aspect of dying and death. The following chapter of the theoretical part gives a characteristic of palliative care and hospice care. The empirical part presents the results of an empirical survey conducted among hospice and palliative care workers in respect of their professional view of dying and death, and how this aspect is reflected in their professional and private lives. Certain recommendations are formulated to improve the situation identified by the empirical survey.

Keywords: dying, death, palliative care, hospice care, hospice and palliative care workers

Touto cestou bych ráda poděkovala PhDr. Zuzaně Hrnčířkové, Ph.D. za odborné vedení mé bakalářské práce, za její vstřícnost, čas a cenné rady. Velice si jejího přístupu vážím. Děkuji také své rodině za podporu při studiu.

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



# OBSAH

<b>ÚVOD.....</b>	<b>11</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>12</b>
<b>1 UMÍRÁNÍ A SMRT .....</b>	<b>13</b>
1.1 RŮZNÉ POHLEDY NA SMRT .....	13
1.1.1 Filozofický a náboženský pohled na smrt.....	13
1.1.2 Biologický a lékařský pohled na smrt.....	15
1.1.3 Psychologický pohled na smrt .....	17
1.2 UMÍRÁNÍ .....	17
1.2.1 Vymezení pojmu „umírání“ .....	17
1.2.2 Modely umírání .....	18
1.2.3 Reakce umírajícího na přicházející smrt .....	20
<b>2 PALIATIVNÍ A HOSPICOVÁ PÉČE .....</b>	<b>23</b>
2.1 PALIATIVNÍ PÉČE .....	23
2.2 HOSPICOVÁ PÉČE.....	25
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>28</b>
<b>3 EMPIRICKÉ ŠETŘENÍ.....</b>	<b>29</b>
3.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM .....	29
3.2 CÍLE EMPIRICKÉHO ŠETŘENÍ A VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	29
3.3 CHARAKTERISTIKA POUŽITÝCH METOD.....	30
3.4 VÝBĚROVÝ SOUBOR .....	32
3.5 VÝSLEDKY EMPIRICKÉHO ŠETŘENÍ A JEJICH DISKUSE .....	35
3.5.1 Důvody volby práce v zařízeních hospicové a paliativní péče .....	35
3.5.2 Hodnocení volby profese s odstupem času .....	36
3.5.3 Postoj k případné opětovné volbě profese pracovníka hospicové a paliativní péče .....	37
3.5.4 Postoj respondentů ke smrti .....	39
3.5.5 Pocity respondentů při odchodu ze zaměstnání .....	40
3.5.6 Možnosti zlepšení pocitů při odchodu ze zaměstnání.....	42
3.5.7 Subjektivní hodnocení výskytu symptomů syndromu vyhoření u respondentů .....	42
3.5.8 Nejnáročnější aspekty péče z pohledu respondentů.....	44
3.5.9 Ovlivnění osobního života respondentů péčí o umírající.....	45
3.5.10 Protektivní faktory podporující zvládání nároků práce.....	46
3.5.11 Přístup ke zvládání nároků práce v zařízení hospicové a paliativní péče .....	48
3.5.12 Vytváření podmínek pro zvládání nároků práce v zařízeních hospicové a paliativní péče.....	49
3.5.13 Přijímaná opatření pro zvládání nároků práce v zařízeních hospicové a paliativní péče .....	51
3.6 VYHODNOCENÍ VÝZKUMNÝCH OTÁZEK.....	52

3.7 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	53
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>55</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>56</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK .....</b>	<b>61</b>
<b>SEZNAM GRAFŮ .....</b>	<b>62</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>63</b>

## ÚVOD

*Celý lidský život je jen cesta ke smrti.*

Lucius Annaeus Seneca

Jedinou jistotou, kterou člověk ve svém životě má, je to, že jednou jeho životní pouť skončí a on odejde z tohoto světa. Problematika smrti je pro jedny něčím fascinujícím, pro jiné je zase natolik morbidní, že o ní odmítají i uvažovat. Není však správné před smrtí zavírat oči, protože jí nelze uniknout. Ruský spisovatel Maxim Gorkij je autorem následujícího výroku: „Člověk – to zní hrdě. Je třeba si vážít člověka.“ Tento výrok má svůj hluboký význam a má vztah i k tématu této práce. K člověku je totiž třeba mít úctu neustále, a to i v okamžiku, kdy umírá. Proces umírání je někdy dlouhý a k tomu, aby člověk odcházel důstojně, vyžaduje kvalifikovanou péči, které se mu často dostává v zařízeních hospicové a paliativní péče. Zde mu ji poskytují pracovníci těchto zařízení, kteří zde zastávají náročnou práci, ať již po stránce fyzické, ale zejména i po stránce psychické.

Tato bakalářská práce je zaměřena právě na pracovníky zmíněných zařízení, respektive na jejich profesní náhled na umírání a smrt. Jejím cílem je formou literární rešerše objasnit různé pohledy na smrt a umírání a charakterizovat paliativní a hospicovou péči a v návaznosti na tuto rešerši realizovat empirické šetření k tomu, jak se umírání a smrt odráží jak v jejich názorech, tak i v jejich životech. Z takto pojatého cíle je zřejmé, že se jedná o práci svým charakterem teoreticko-empirickou.

Teoretická část práce je tvořena dvěma kapitolami. První kapitola se zaměřuje na umírání a smrt. Nejprve jsou zde charakterizovány různé pohledy na smrt, načež se věnuje procesu umírání. Předmětem druhé kapitoly je pak paliativní a hospicová péče. Empirická část je totožná s třetí kapitolou. Nejprve jsou v ní rozvedeny metodologické otázky realizovaného empirického šetření (jeho cíle, výzkumné otázky, charakteristika použitých metod a výběrového souboru), načež jsou prezentovány a diskutovány jeho výsledky. Posléze jsou zodpovězeny výzkumné otázky a v závěru této kapitoly jsou na základě identifikovaného stavu formulována některá doporučení ke zlepšení stávajícího stavu.

Při zpracování práce byly využity metody analýzy, syntézy a komparace.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 UMÍRÁNÍ A SMRT

V této kapitole je věnována pozornost dvěma pojmům, které je možno považovat za ústřední pojmy této práce – pojmům „umírání“ a „smrt“. K oběma pojmům je přitom možno předeslat, že jsou jimi označovány fenomény, které jsou pro každého něčím neprozkoumaným, poněvadž s nimi nemá osobní zkušenost. Přes uvedený fakt ovšem přemítání nad smrtí v lidech vždy vyvolává pocity nejistoty a strachu, stejně jako pokory.

### 1.1 Různé pohledy na smrt

Pojem „smrt“ je termínem všeslovanským. V polštině je používáno ve stejném významu slovo *śmierć*, v ruštině slovo *смерть*, srbsky a chorvatsky *српм*, respektive *smrt*, nebo staroslověnsky *сѣмрътъ*. Praslovanský výraz *сѣмрътъ* je příbuzný s litevským výrazem *mirtis* a latinským slovem *mors*, genitiv (druhý pád) *mortis* (Rejzek, 2012, s. 617). Haškovcová (2007, s. 89) charakterizuje smrt jako individuální zánik jakéhokoliv organismu čili i člověka. Smrt je tak možné chápat jako konec života.

Smrt je možno dělit podle různých klasifikačních kritérií. Blumenthal-Barby (1987, s. 41-43) používá pro dělení smrti kritérium jejího charakteru. V souladu s ním smrt dělí na fyzickou, psychickou a sociální. Pojem „fyzická smrt“ je ze statistického hlediska nejvíce frekventovaný. Tento pojem je zásadně dáván do souvislosti s úplnou a ireverzibilní ztrátou vědomí společně se zastavením funkce životně důležitých orgánů. Za psychickou smrt je považován stav mysli jedince, u něhož dochází k univerzální rezignaci, a jenž je nezbytně spjat s pocity beznaděje a zoufalství. Pod pojmem „sociální smrt“ se rozumí ztráta stávající společenské pozice, která je spojena s exkluzí daného jedince ze sociálních kontaktů a interpersonálních vztahů, kterých se doposud účastnil. Jeho fyzický život je ale v tomto případě zachován.

Na smrt je tedy možno nahlížet z různých úhlů pohledu. Pro potřeby této práce jsou relevantní pohledy filozofické a náboženské, pohledy biologické a lékařské i pohledy psychologické. Zmíněné pohledy budou dále blíže charakterizovány.

#### 1.1.1 Filozofický a náboženský pohled na smrt

Filozofie a teologie podle Rottera (1999, s. 87) nahlíží na smrt následovně: „*Smrt je konec osobního životního příběhu, který je více než pouhé biologické fungování jednotlivých orgánů.*“ V tomto smyslu tedy smrt přesahuje biologickou stránku člověka, poněvadž jeho životní příběh je tvořen rovněž schopností uvědomění se, svoboda, jakož i schopnost

komunikace. V okamžiku, kdy nenávratně zanikne schopnost jedince k vědomému a svobodnému jednání, tehdy zároveň zmizely rovněž klíčové složky lidství. Za takové situace již nelze hovořit o lidském životě (Rotter, 1999, s. 87).

Ve filozofii je tedy smrt pojímána jednak jako smrt fyzická (biologická), tak i jako smrt duchovní nebo duševní. Z tohoto důvodu v některých společnostech (např. u Aztéků) smrt otevírá přístup k posvátnu. Filozofické úvahy rozvíjejí svým způsobem postoje nejrozličnějších lidských společností ve vztahu ke smrti, poněvadž má snahu popřít nepřístupnost smrti tím, že ji prezentují jako úplný rozpad bytosti (viz např. Epikúros), nebo jako přechod na onen svět (typicky platonismus nebo křesťanství). Podle významného antického filozofa Platóna je smrt vysvobozením, poněvadž vytváří duši příležitost k tomu, aby unikla z tělesného vězení a poznala svůj pravý úděl: „Filozofovat znamená učit se umírat.“ Identické hledisko uplatňuje rovněž křesťanská mravouka, podle které je smrt předpokojem věčného života duše. Pascal zase apeloval na lidský rod, který je podle něj celý odsouzen k smrti, aby se vyhýbal kratochvílím a měl na zřeteli svoji spásu. Jistotu, že zemřeme, může řada lidí pociťovat jakožto rabství, ačkoliv se projevuje snaha utěšovat se, podobně jako to činí např. Schopenhauer úvahou, že smrt neslaví úplné vítězství, neboť lidský rod nevyhyne, jelikož lidé přežijí jednotlivce. Pravdu může mít i Spinoza, který konstatuje, že moudrost svobodného člověka nespočívá v „rozjímání o smrti, nýbrž o životě“ (Durozoi, Roussel, 1994, s. 275). Již jen z tohoto letmého výčtu vybraných filozofických názorů na smrt je zřejmé, že jsou poměrně různorodé.

Totéž platí i o teologických názorech na tento fenomén. Pohled náboženství na smrt je obtížně uchopitelný koncept, což je dáno jejich velkým počtem. Je proto možno zmínit biblický pohled na smrt, který je naší křesťanské kultuře nejbližší. Z biblického pohledu je smrt ukončením pozemského života člověka. Víra v tento koncept je podporována touhou po zachování vlastního bytí a pudem sebezáchovy. Existence života po smrti je lákavá v podstatě pro každého člověka. Svědčí o tom mimo jiné i četné tituly takových knih, jakými jsou např. kniha *Život po životě* (angl. *Life After Life*) od celosvětově známého autora Raymonda Moodyho (2005), dále kniha *Co se skutečně stane po smrti: Kosmologie a vy* (angl. *What Really Happens When You Die?*) od Andrewa McLauchlina (2019), nebo *O smrti a životě po ní* (něm. *Über den Tod und das Leben danach*) autorky Elisabeth Kübler-Ross (1997).

V souvislosti s posmrtným životem Grof (2017, s. 65-66) připomíná tradiční dělení onoho světa na nebe, peklo a ráj. Pro nebe v tomto členění platí, že je to oblast radosti a blaženosti,

kteřá je ovládána spravedlností a moudrostí. Pro ráj je charakteristické naprosté štěstí, mír a radost. Ráj přejatý z Bible je nezřídka vyobrazován coby nádherná zahrada či park, v němž se nachází krásné květiny, lahodné ovoce a cizokrajná zvíř. Naproti tomu peklo je podzemní říší, v níž vládne hrůza, zoufalství a temno. Dostávají se do něj hříšníci, načež se zde proměňují v démonicky zlá stvoření. Navrátilová (1996) se v tomto kontextu zmiňuje o představách, které se týkají posmrtného života v lidové tradici. Tyto představy vycházely z pojetí viny a trestu – osoby hříšné, které se dopustily nějakého provinění během svého pozemského života, byly potrestány pobytem v pekle, kdežto osoby konající v průběhu pozemského života dobré skutky se pak po smrti dostaly za odměnu do nebe.

Výzkum realizovaný Dohnalovou (2012) přinesl zjištění, že ačkoliv je smrt považována za jedinečnou příležitost k setkání s Bohem, je s ní zároveň spojen strach z neznámého. Víra v posmrtný život činí podle Haškovcové (2010, s. 319) obecně umírání pro věřící daleko méně traumatizující. Víra může pomáhat rovněž pozůstalým, kteří ovšem nemusejí sdílet vyznání svého blízkého (Marková, 2010, s. 18). Současná, převážně sekularizovaná společnost však podle Skopalové (2010, s. 65) smrt vnímá jako něco špatného, poněvadž je spjata s odchodem blízkých osob smutkem, osamělostí, strachem a bolestí. Smrt v současné společnosti představuje hrozbu a tím, že je tabuizována, lidé se jí v porovnání s minulostí, kdy byla každodenní součástí života, bojí daleko více. S uvedeným je zajedno i významný psychoterapeut Yalom (2014), jenž dodává, že chápání smrti je u každého jedince individuální.

### **1.1.2 Biologický a lékařský pohled na smrt**

Podle Štefana a Hladíka (2012, s. 17) klasická definice smrt vymezuje jako ireverzibilní zástavu dechu a srdeční činnosti. V praxi tak bývá ve shodě s tímto vymezením za okamžik smrti doba, kdy dojde k nevratné zástavě srdeční činnosti, jež zpravidla přetrvává v porovnání s dýcháním déle. Během nástupu smrti odumírají různým tempem po vyřazení centrálních regulačních mechanismů buňky a buněčné systémy. Pro toto časově ohraničené přežívání trávající do odumření poslední buňky (totální smrt) je používáno označení „intermediární život“. Reakce, jež je možno v průběhu tohoto období vybavit (např. vybavení svalových kontrakcí na mechanický či elektrický podnět během prvních několik hodin, pohyby střev apod.), pak bývají označovány jako supravitální.

Virt (2000, s. 57) uvádí, že vzhledem k pokroku medicíny i rozvoji techniky je třeba přehodnotit tradiční pohled na smrt a smrt předefinovat. Se zřetelem k objevům množství

funkcí lidského těla vyvstala potřeba identifikace spektra důsledků jejich zástavy nebo poruchy. Jak uvádí Rotter (1999, s. 86), v minulosti se okamžik smrti ztotožňoval s momentem zástavy dýchání. Postupem času začala být používána i další kritéria, k nimž náleží zástava srdeční činnosti, zakalení rohovky, rozšíření zornic či ochabnutí svalů. Vyskytují se však i další kritéria, která jsou stejně jako ta uvedená označována pojmem „nejisté známky smrti“. Za nejisté známky smrti jsou označovány takové, které ačkoliv se vyskytují společně, nedovolují jednoznačně stanovit smrt (Štefan, Hladík, 2012, s. 17). Vedle nich existují i tzv. jisté známky smrti, které je možno členit následovně (Mačák et al., 2012, s. 46-47):

- fyzikální – náleží k nim:
  - posmrtná bledost – zemřelí se vyznačují nápadně bledou kůží, což je dáno stékáním krve na místa v těle, jež jsou nejbliže zemi;
  - posmrtné skvrny – mají namodralou barvu a tvoří je krev, která v těle stekla do nejnižší položených částí těla;
  - posmrtné chladnutí těla – má souvislost s vyhasnutím metabolické činnosti, kdy dochází k ochlazení těla na teplotu venkovního prostředí;
- chemické – sem patří:
  - posmrtné tuhnutí těla – přibližně po dvou hodinách od okamžiku úmrtí nastává posmrtná ztuhlost (nejprve u obličejových a žvýkacích svalů, posléze svalů horních končetin a pak svalů dolních končetin), která do 3 až 4 dnů vymizí;
  - posmrtný rozklad – tělo zemřelého se rozkládá, neboť podléhá autolýze a hnilobě;
  - posmrtné srážení krve – po smrti krev přestane proudit a usazuje se a sráží.

Současná úroveň medicínské techniky umožňuje objektivizovat mozkovou smrt za pomoci vhodných přístrojů. Tato objektivizace je na místě tehdy, kdy je pacient udržován při životě za využití přístrojů, avšak jeho mozek je nenávratně poškozen v míře, jež je neslučitelná se životem. K objektivizování smrti mozku je možno využít např. jednofotonovou emisní tomografii (SPECT), elektroencefalografické vyšetření (EEG), jež zaznamenává bioelektrické mozkové potenciály provázející funkční aktivitu mozku (Seidl, 2008, s. 58) apod. Pokud mají tato vyšetření negativní výsledky, pak je konstatována smrt.



### 1.1.3 Psychologický pohled na smrt

Vido (2011, s. 7) ke smrti poznamenává, že je neodmyslitelně spjata s existencí libovolného živého organismu. Vzhledem k této skutečnosti má smrt souvislost rovněž s psychologií. Předmětem psychologie v souvislosti s rozebíranou problematikou je vysvětlování a odpovídání otázek, jež mají vztah k emočnímu prožitku osob, které jsou dotčeny smrtí. K těmto emocím náleží pocit strachu ze smrti. Vzhledem ke skutečnosti, že pracovníci v zařízeních paliativní péče musejí poměrně často od klientů čelit vyjádřením obav a strachu, je od nich očekáván profesionální přístup i potřebné psychologické dovednosti jednání s umírajícími. Vyrovnání s blížící se vlastní smrtí nebo se ztrátou blízké osoby je vhodné uskutečňovat odborným zásahem, eventuálně prostřednictvím supervize, kterou realizuje psychoterapeut (Vojtíšek et al., 2012, s. 198-199). Z uvedeného je zřejmé, že základem psychologického přístupu ke smrti je teoretické a praktické bádání, jehož předmětem je duševní rozpoložení umírajících osob, jejich podpora, jakož i emoce a individuální prožitky takových osob.

## 1.2 Umírání

Není pochyb o tom, že proces umírání, na jehož konci je smrt, představuje bolestnou kapitolu života člověka. Umírání je předzvěstí nastávající smrti. Umírající je konfrontován s vlastní konečností, přičemž pozvolna opouští tento svět, ve kterém zanechává své blízké, a současně se vydává do neznáma. U jedince dotčeného umíráním, jeho rodinných příslušníků i u zdravotnického personálu se z tohoto důvodu často vyskytují obavy, zda tuto nelehkou kapitolu adekvátně zvládnou. Dobu umírání je možno bez nadsázky označit za období krize, v níž převažují takové pocity, jakými jsou strach či nejistota. Jde o zcela jedinečnou událost, poněvadž smrt každého jedince je přísně individuální záležitostí (Haškovcová, 2007, s. 80). Vzdor uvedené skutečnosti je však možno v rámci procesu umírání vysledovat některé zákonitosti, které budou v této kapitole rovněž rozebrány. Vágnerová (2007, s. 433) dále k problematice umírání, umírajícího a smrti poznamenává, že se k ní vztahují rovněž lidské postoje a jejich složky. Obecný postoj k umírání a ke smrti sestává ze tří základních složek – citové, kognitivní a projevující se v chování daného jedince.

### 1.2.1 Vymezení pojmu „umírání“

Adam a Vorlíček (1998, s. 369) charakterizují umírání jakožto postupný proces, během něhož umírající jedinec pozvolna pozbývá životní energii. Protože v jeho těle selhávají

důležité orgány, od smrti jej dělí pouze nepříliš času. Titíž autoři dále k umírání doplňují, že je možné jej chápat také jako postupný přechod ze života k jeho zakončení – smrti. S procesem umírání bývá nezdědká spojen s nevléčitelnou chorobou. Jedinec s takovou nemocí si je vědom blížíci se smrti, což u něj často způsobuje psychické útrapy. V souvislosti s dobou dožití je možno v této souvislosti konstatovat, že díky vřdobytřkřm současné medicíny se výrazně zvyšují řance nemocných na důstojné a po delší dobu trvající dožití řivotř.

Kutnohorská (2007, s. 71) k umírání uvádí: *„Každě umírání znamená loučení se vším, co měl řlověk rád a se všemi, které měl rád. Bylo by určité dobré, kdyby toto rozloučení proběhlo důstojně a umírající se stačil připravit na poslední cestu.“* Z uvedeného vyplývá, že za optimální stav je možno považovat situaci, kdy jedinec umírá v kruhu svých blízkých, popřípadě v prostředí, v němž je o něj s láskou a důstojností postaráno a je mu poskytnut prostor ke smíření se s faktem blížíci se smrti. Smyslem přípravy na smrt nemá být navozování pocitř prázdnoty, utrpení, beznaděje či zoufalství, které se tak často v nemocnicích vyskytují, nýbrž nalezení smyslu vlastního řivota, ale i navození vnitřního pokoje a v neposlední řadě neztrácet naději. Jak dále uvádí Virt (2000, s. 55), v rámci pasivní bezmocnosti vlastního umírání může jedinec přistoupit rovněž ke klíčovému řinu svého řivota – ke smíření s vlastním řivotem, s Bohem, s nejbližšími, stejně jako k přijetí vlastního řivota přes jeho veřkeré nedokonalosti a odevzdat jej neuzavřený ve stavu, v jakém se právě nachází.

### 1.2.2 Modely umírání

Pod pojmem „model umírání“ je možno rozumět způsob, jímž lidé umírají. V této souvislosti bývá diferencováno mezi dvěma modely – domácím modelem umírání a institucionálním modelem umírání (Hařkovcová, 2007, s. 27). Lze se však setkat i s jinými označeními modelř. Např. Kutnohorská (2007, s. 75) pro tyto modely používá označení ritualizované umírání a institucionální umírání. Model ritualizovaného umírání, pro který bývá někdy používáno také označení „tradiční model umírání“, je identický s domácím modelem umírání. Jako přesnější se jeví označení „model ritualizovaného umírání“, poněvař k uplatňování tohoto modelu nemusí nezbytně docházet toliko v domácím prostředí. To je sice možno považovat pro umírání jako ideální, avšak o tento model umírání je možno se pokouřet i v zařízeních typu hospic apod.

**Model ritualizovaného umírání** je obvykle uskutečňován v domácím prostředí, přičemž jsou s ním spjaty nejrůznější rituály. Ty si vytváří jakákoliv rodina a předávají se z generace na generaci. Tento model se však v současnosti již v takové míře nevyskytuje. Podle Haškovcové (2007, s. 27) se jedná o idylické umírání. Když umírající dospěl k závěru, že se blíží jeho „poslední hodinka“, pak nechal svolat členy rodiny a poté, co se sešli, tak vyslovil poslední přání a důstojně se s nimi rozloučil. Poté mu rodina zajistila přítomnost duchovního, jenž mu poskytl svátosti. U umírajícího tím došlo ke zklidnění a ten už jen tiše a trpělivě čekal na okamžik, kdy přijde smrt. Pouze tehdy, když umírající trpěl velkými bolestmi, býval přivolán lékař k jejich utišení. I v minulosti býval tento model poměrně vzácný, protože se mu jen stěží mohli přiblížit jedinci chudí a bez rodiny. Charakteristické pro tento model bylo, že jedinec neumíral osamocen v cizím prostředí (Haškovcová, 2007, s. 28). Výhodou tohoto modelu umírání podle Haškovcové (2007, s. 28) i Kutnohorské (2007, s- 75-76) bylo, že lidé bývali již od útlého věku důvěrně obeznámeni s umíráním a smrtí, což jim umožňovalo se snáze vypořádat se smrtí jiných, tak i se svojí vlastní smrtí. U tohoto modelu umírání tak není smrt tabuizována a lidé kolem umírajícího věděli, jak se k němu mají chovat.

**Institucionální model umírání** bývá uskutečňován při umírání v domovech pro seniory, v hospicích či v prostředí nemocnice za přítomnosti zdravotníků. Rodina umísťuje svého umírajícího do některého ze zařízení na základě přesvědčení, že medicína dokáže zajistit důstojný odchod jejich blízkého z tohoto světa, což rodina podle jejich názoru není schopna. Zde tedy není umírání chápáno jako doména rodiny, a proto je umírající svěřován do péče moderních metod v rámci zdravotnického či jiného podobného prostředí (Tomeš et al., 2015, s. 130; Veverková et al., 2019, s. 129-130). Je však třeba mít na paměti, že institucionální model umírání může jen stěží zajistit zcela důstojný odchod umírajícího z tohoto světa, ačkoliv je snahou některých institucí takové umírání zajistit. Na druhé straně je třeba mít na věc reálný pohled s tím, že vzhledem k hodnotám současné společnosti nelze očekávat návrat k modelu ritualizovaného umírání. Vzhledem k této skutečnosti se v současnosti projevuje snaha o nalezení různých variant rituálu umírání, k nimž náleží např. hospic, domácí hospic, eventualita přijmutí rodiny umírajícího do nemocnice apod. (Kutnohorská, 2007, s. 77). Lze vyjádřit přesvědčení, že takové způsoby umírání by se svojí povahou mohly minimálně přiblížit skutečně důstojnému odchodu ze života.

### 1.2.3 Reakce umírajícího na přicházející smrt

Výše bylo konstatováno, že proces umírání je ryze individuální záležitostí. Přesto však ze zkušeností osob, které se profesionálně zabývají péčí o umírající, vyplývají určité způsoby reakcí, které následují po sdělení diagnózy nemoci směřující ke smrti. Tyto reakce procházejí určitým vývojem, který se projevuje v určitých stádiích (fázích) umírání. Velmi známá je periodizace reakcí umírajícího od švýcarsko-americké psychiatricky Elisabeth Kübler-Ross (1923-2004), kterou podala na základě svých zkušeností získaných z péče o umírající ve své práci *O smrti a umírání* (1969; angl. *On Death and Dying*). Zmíněná autorka definovala následujících pět stádií v reakci na sdělení nepříznivé prognózy (Kübler-Ross, 2015, s. 51 a násl.):

- První stádium – popírání a izolace – umírající popírá pro něj nepřijatelnou hrozící realitu. Nehodlá se smířit se skutečností, že je nevléčitelně nemocný. Utěšuje se tím, že se jedná o chybu či nedopatření (např. „Spletli výsledky.“).
- Druhé stádium – zlost – u nemocného se projevuje zlost a agrese. Bouří se vůči tomu, co probíhá. Hněv nemocného směřuje vůči všemu a všem, včetně ošetřujícího personálu.
- Třetí stádium – smlouvání – u nemocného se objevuje snaha o smlouvání se životem a smrtí. V této fázi slibuje a je ochoten dát cokoli za to, aby se uzdravil, popřípadě aby si alespoň o něco prodloužil svůj život (např. „Chtěl/a bych se ještě dožít, až se narodí vnouče.“). Nemocný rovněž rozmlouvá s Bohem.
- Čtvrté stádium – deprese – u nemocného nastupují projevy zármutku, jakož i lítosti nad tím, že jeho život končí. Ztratil veškeré naděje a nezřídka se objevuje i pláč.
- Páté stádium – akceptace – umírající vyjadřuje svůj souhlas s nemým děním. Smiřuje se s tím, co se děje. Tato fáze je obdobím klidu. Nelze ji v žádném případě zaměňovat s rezignací.

Shora prezentovaná stádia mohou i v průběhu jediného dne nejrůznějším způsobem navzájem prolínat. Jejich pořadí se může také měnit, což znamená, že jejich posloupnost nemusí být taková, jak je výše uvedeno. Taktéž není ničím výjimečným, že část umírajících neprojde všemi uvedenými stádii. Kromě samotných umírajících mohou těmito stádii procházet rovněž jejich blízcí (srovnej např. Křivohlavý, 2002, s. 155; Baštecká, 2003, s. 268-269 nebo Kutnohorská, 2007, s. 72-73).

S poněkud modifikovaným modelem reakce nemocného na bezvýchodnou prognózu jeho zdravotního stavu přišel Horowitz. Jeho model, který vychází z analýzy chování více než 200 umírajících pacientů v nemocnicích i v rodinách, je rovněž pětifázový, přičemž tyto fáze (tzv. fáze odchodu) jsou koncipovány následovně (Křivohlavý, Kaczmarczyk, 1995, s. 40-43):

- První fáze – výkřik – na počátku této fáze je sdělení diagnózy nemoci, jež patrně vede ke smrti. K typickým reakcím na takové sdělení náleží výkřik, šok, panika, hysterický strach a pláč, úzkost, deprese, vyhrocení děsu, zoufalství, psychická ochablost, mdloby, malomyslnost aj. U části nemocných se může projevat tendence uvedené emoce skrývat za hrané projevy „nebojácnosti“ nebo za rádobý humor.
- Druhá fáze – popírání – nemocný popírá skutečnost a chová se tak, jako by se nic nedělo, neboť vědomě či nevědomě „zastírá“ realitu. V této souvislosti je na místě hovořit o vytěsnění skutečnosti, že se smrt blíží. Pacient odmítá mluvit o svém zdravotním stavu. Také je bez zájmu o spolupráci na jakékoliv další léčbě. Nikterak výjimečnou je i ztráta zájmu o dění v okolí.
- Třetí fáze – intruze – označení této fáze má svůj etymologický původ v latinských výrazech *intro*, *intrare*, což znamená „vstupovat“ nebo „pomalu vcházet“. Termínem „intruze“ se označuje vtíravé myšlenky na něco, co dotčeného jedince šokovalo. V daném případě jde o smrt, která se blíží. Nemocný na tuto skutečnost neustále myslí, stává se jeho noční můrou a fakt blížící se smrti dominuje tématům jeho rozhovorů. Myšlenkám na smrt se nemůže nijak ubránit, ať dělá, co dělá. Nejvíce na nemocného dotírají tehdy, když je sám, nemůže v noci spát, když je po operaci či se zasní na posteli. Tyto myšlenky jej vyčerpávají a nemocný pozbývá sil, radosti i naděje.
- Čtvrtá fáze – vyrovnání – nemocný se snaží hledat cestu z této bezvýchodné situace. Z toho důvodu musí mít dostatečné množství času, síly a energie. Nemocný se může upínat k nejrůznějším alternativním možnostem léčby svého onemocnění, v této souvislosti vyhledává léčitele, ale i duchovní pomoc. Projevuje se u něj také potřeba přítomnosti někoho blízkého, někoho, kdo mu může být nápomocen naznačením nadějně cesty. Jedná se o fázi, během níž je vhodná duchovní péče.
- Pátá fáze – smíření – dochází v ní k přijetí (akceptaci) svízelné životní situace a k vymanění se z intruze. Nemocný je schopen na tuto situaci myslet pouze tehdy,

když chce. Nejde ovšem o rezignaci nebo pasivní adaptaci. V této fázi tak pacient dokáže svoji situaci brát s nadhledem.

Na základě srovnání obou uvedených modelů je možno dospět k závěru, že mají mnoho společného, avšak zároveň lze u nich nalézt některé významné odlišnosti. První fáze je v obou modelech v zásadě identická. Zčásti to platí i o druhé fázi výše prezentovaných modelů. Rovněž pátá fáze je u obou autorů shodná. V Horowitzově modelu však absentuje fáze vzpoury, kterou vymezuje Kübler-Ross. Pokud jde o stádium smlouvání, která tvoří součást modelu Kübler-Ross, tak ta se svojí podstatou výrazně blíží fázi vyrovnání v Horowitzově modelu. Fáze intruze a zčásti i druhá fáze popírání z Horowitzova modelu se zase blíží stádiu smutku a deprese z modelu Kübler-Ross. Pokud jde o označení jednotlivých stádií (fází) obou rozebíraných modelů, jako přiléhavější se jeví označení Kübler-Ross, poněvadž trefně vystihují typické reakce umírajícího. Za pozitivum Horowitzova modelu je možno označit fázi intruze, přičemž poznatek o vtíravých myšlenkách na blížící se smrt není v modelu Kübler-Ross nikterak zohledněn.

## 2 PALIATIVNÍ A HOSPICOVÁ PÉČE

Některé nemoci nelze ani přes veškerý pokrok lékařské vědy ani v současnosti léčit. I průběh těchto nemocí je však možno udržovat v určitých mezích tak, aby byla zachována kvalita života pacienta. K tomuto účelu slouží paliativní péče a péče hospicová, které stojí v centru pozornosti této kapitoly. Obě tyto péče spolu do značné míry souvisí, avšak zároveň je třeba si uvědomit, že se jedná o dva samostatné druhy péče o nevléčitelně nemocné.

### 2.1 Paliativní péče

V souvislosti s vymezením pojmu „paliativní péče“ je možno se v první řadě vyjádřit k adjektivu „paliativní“, které zpřesňuje, o jakou péči se konkrétně jedná. Petráčková et al. (1997, s. 559) k termínu „paliativní“ (popřípadě k výrazu „paliativum“) uvádějí, že se jedná o prostředek, jenž zmírňuje bolest, avšak neodstraňuje její příčinu. Tato charakteristika se vztahuje i na paliativní péči, což bude ostatně zřejmé z následujícího textu.

Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) je paliativní péče „... přístup, který zlepšuje kvalitu života pacientů a jejich rodin, kteří se potýkají s problémy spojenými s život ohrožujícím onemocněním, a to prostřednictvím včasného rozpoznání, zhodnocení a léčbou bolesti a dalších problémů, ať už fyzických, psychosociálních a duchovních“ (Kozáková, 2020, s. 57). Z uvedeného vymezení tak vyplývá, že paliativní péče se nezaměřuje na příčinu život ohrožujících onemocnění, nýbrž na jeho negativní průvodní jevy v různých oblastech, které jsou obtěžující jak pro samotného pacienta, tak i pro jeho nejbližší okolí.

Adam a Vorlíček (1998, s. 19-22) podávají následující vymezení pojmu „paliativní péče“: „Paliativní péče může být ... souhrnně popsána jako celková, totální léčba a péče. Je zdůrazňován multidisciplinární přístup k nemocnému, ať už je péče poskytována v hospici, nemocnici nebo doma.“ Multidisciplinární přístup, který je v citovaném vymezení zdůrazňován, znamená, že paliativní péče je oborem, ve kterém se pohybuje široké spektrum odborníků různých specializací. K takovým specializacím náleží např. zdravotní sestry, psychiatři, psychologové, sociální pracovníci, rehabilitační pracovníci, duchovní aj. Vedle toho se na péči o umírající podílejí i jiné subjekty, k nimž náleží rodinní příslušníci, přátelé a známí nebo organizace dobrovolníků, jež vyvíjejí svoji činnost v zařízeních poskytujících hospicovou péči. Jak dále uvádějí Firth et al. (2007, s. 21), paliativní péče vychází z interdisciplinární spolupráce a holistického pohledu na pacienta, proto v sobě integruje aspekty lékařské, dále psychologické, sociální, existenciální a konečně i spirituální.

Již od svých počátků bývala paliativní péče zaměřena na pacienty s onkologickými diagnózami (Boersma et al., 2014, s. 561). Z realizovaných výzkumů však vyplývá, že se stejnou, ne-li vyšší mírou zátěže se potýkají i pacienti jiných chronických onemocnění a jejich rodiny (viz např. Pastrana, 2008). Vzhledem k této skutečnosti tak lze poskytovat paliativní péči jakýmkoliv pacientům s onemocněním ohrožujícím jejich život, a sice v celém průběhu takové nemoci. Uvedené však neznamená, že paliativní péče je poskytována či by měla být poskytována u všech takových onemocnění ve stejném rozsahu nebo stejným způsobem. Je totiž nanejvýš nezbytné, aby se tato péče, pokud se týká jejího obsahu, způsobu, času a místa, odvíjela od potřeb pacientů a jejich rodin. Z uvedeného je tak možno vyvodit, že se paliativní péče u jednotlivých nemocí odlišuje (Bolt et al., 2019, s. 143-144). Jak dále poznamenávají Boersma et al. (2014, s. 561), paliativní péči je možno poskytovat jak v kombinaci se standardní péčí, tak i jako specializovanou službu, která zahrnuje hospicovou péči, dále lůžkové oddělení paliativní péče, specializované ambulance paliativní péče nebo domácí paliativní péči.

V rámci paliativní péče má význam dodržování určitých principů. Skála (2011, s. 9-10) uvádí následující zásady paliativní péče:

- spolupráce multidisciplinárního týmu poskytujícího v paliativním zařízení zdravotní, ošetrovatelskou a sociální péči – součástí tohoto týmu jsou lékaři, zdravotní sestry, sociální pracovníci, fyzioterapeuti a další osoby podílející se na této péči;
- poskytování péče o fyzickou, psychickou, sociální a duchovní sféru pacienta i jeho rodinných příslušníků;
- respektování individuálních potřeb a přání jedince;
- ochrana důstojnosti nevyléčitelně nemocných osob společně s kladením důrazu na kvalitu jejich života;
- léčba bolesti a jiných symptomů, které provázejí onemocnění i následné umírání;
- poskytování péče nikoliv jen klientovi, nýbrž i o jeho rodině – rodině pacienta tým odborníků poskytuje poradenství po dobu minimálně jednoho roku od úmrtí klienta.

Zmínit je možno rovněž principy paliativní péče, jak je uvádějí O'Connor a Aranda (2003, s. 12):

- respektování a zachování důstojnosti pacienta i jeho rodiny;
- soucitná péče o pacienta, jakož i o příslušníky jeho rodiny;
- rovnoprávný přístup k paliativní péči;



- úcta k pacientovi, jeho rodině i k pečovatelům;
- obhajoba přání, která vyjádří pacient a jeho rodina;
- úsilí o dosahování vysoké úrovně během poskytování péče a podpory;
- zodpovědný přístup ve vztahu k pacientovi, jeho rodině i širšímu okolí.

V základních konturách se výčty základních principů paliativní péče shodují. Kromě toho se i navzájem doplňují.

Pokud jde o formy paliativní péče, tak tu je možno ve shodě se Slámou a Špinkou (2004, s. 24) rozdělit na obecnou a specializovanou. Obecnou paliativní péči je možno charakterizovat jako ucelený soubor služeb poskytovaných ze strany zdravotnických pracovníků podle druhů jejich specializace. Díky specializaci zdravotnického personálu jsou v jednotlivých jejich oborech poskytovány pacientům profesionální služby. Společný základ všech profesí poskytujících paliativní péči představuje monitoring a identifikace zdravotních obtíží pacienta a posléze poskytnutí adekvátní léčby, jež u pacienta napomáhá ke zlepšení kvality jeho života. K dalším společným principům, které ovládají výkon těchto profesí, náleží zmírnění symptomů nemoci nebo dalších souvisejících komplikací, eventuálně jejich účinná léčba, respektování integrity a autonomie pacienta, zajištění uspokojivé ošetrovatelské péče nebo vhodná volba komunikace, jež je založena na schopnosti zdravotnického pracovníka konstruktivním a empatickým způsobem sdělovat informace pacientovi. Uvedené činnosti je třeba považovat za společný a žádoucí standard všech zdravotnických pracovníků, kteří se podílejí na paliativní péči.

Specializovaná paliativní péče představuje tu část paliativní péče, která je poskytována ze strany týmu sektorových odborníků disponujících specializovaným vzděláním i potřebnými dovednostmi. Vzhledem k této skutečnosti je jimi poskytována péče na vysoké odborné úrovni. Tuto péči poskytují kromě umírajícím osobám taktéž jejich rodinným příslušníkům. Tato forma paliativní péče se poskytuje ve formě lůžkového nebo domácího hospice, ambulance paliativní medicíny, konziliárního paliativního týmu, nemocničního oddělení paliativní péče, stacionárního zařízení paliativní péče nebo speciální hospicové poradny (Kupka, 2014, s. 28-29).

## 2.2 Hospicová péče

Termín „hospic“ se do českého jazyka dostal z německého výrazu *Hospitz*, který se používá ve významu „útulek“, „(křesťanská) noclehárna“ apod., a jenž vznikl z latinského slova *hospitium*, což znamená „pohostinství“, „přátelské přijetí“ nebo „hostinec“ (Rejzek, 2012,

s. 214). Podle Kübler-Ross (1994, s. 76) je možno hospic vymezit jako zařízení, které poskytuje paliativní péči. Zařízení poskytující hospicovou péči jsou zaměřena zejména na nevléčitelně nemocné pacienty, jimž se nedostává potřebná ošetrovatelská péče a potřebují pocity útěchy, lásky a pochopení a uniknout fyzické anebo psychické bolesti. Hospice mají za cíl vytvářet pro své klienty prostředí, s nímž je pro ně spojen potřebný pocit komfortu. Klienti mohou být kdykoliv navštěvováni jejich rodinnými příslušníky a dalšími blízkými příbuznými, jimž je tak poskytována možnost trávit s nimi poslední chvíle jejich života. V hospicích jsou respektovány potřeby klientů, zachovávána jejich důstojnost a je zde mírněno jejich utrpení a bolest. V hospici je umírajícímu věnováno více času a pozornosti, takže se zde na smrt může připravit v dostatečném časovém prostoru. Vše se zde řídí vědomím, že smrt nelze opakovat, takže v souvislosti s ní má každý pouze jeden pokus (Svatošová, 1999, s. 123).

Hospicová péče je podle Markové (2010, s. 28) poskytována v rámci tří relativně samostatných období:

- První období (období *pre finem*) – v jeho průběhu nelze zdravotní stav pacienta zlepšit. Objevují se obtíže, takže si pacient často uvědomuje, že se blíží konec jeho života. Příbuzní se vyrovnávají s tím, že se blíží ztráta milovaného člověka.
- Druhé období (období *in finem*) – toto období je obdobím umírání v užším slova smyslu. U nemocného dochází k postupnému úbytku fyzických i psychických sil a nejeví zájem o své okolí. Nepřijímá ústy (*per os*). Nastupuje slabost, únava a stav zvýšené ospalosti (somnolence). Příbuzní se s umírajícím loučí a jejich rozpoložení vyžaduje velkou podporu.
- Třetí období (období *post finem*) – toto období zahrnuje jak důstojné rozloučení se zemřelým a péči o jeho mrtvé tělo, tak i doprovázení pozůstalých. Doprovázení pozůstalých se netýká jen období bezprostředně po úmrtí, nýbrž i v případě potřeby delšího časového období.

Svatošová (1999, s. 133) k těmto obdobím hospicové péče poznamenává, že hospice by se měly při poskytování svých služeb zaměřovat na všechna tato období. Hospicovou péči tak nelze redukovat jen na péči během období *in finem*.

Zmínit je třeba rovněž formy hospicové péče. Ta je poskytována buďto jako domácí hospicová péče, stacionární hospicová péče nebo jako lůžková hospicová péče. V případě domácí hospicové péče je tato péče umírajícím poskytována v jejich přirozeném prostředí,

tj. v jejich domovech. Hospicová péče je zde poskytována speciálně vyškolenými sestrami pro hospicovou péči, které za tímto účelem dochází do domácího prostředí svých klientů. Jakkoliv je možno tuto formu hospicové péče pokládat za optimální, je třeba si uvědomit, že z vícero důvodů není vždy možná. V první řadě je její (ne)možnost dána rodinným zázemím nemocného. Jestliže umírající žije osamoceně nebo bydlí s někým, kdo není s to se o něj postarat, pak domácí forma hospicové péče fakticky nepřipadá do úvahy. Dalším faktorem, který ovlivňuje (ne)možnost této formy hospicové péče je míra její fyzické a zejména psychické náročnosti. V některých případech se může zdravotní stav umírajícího zhoršit v takové míře, že vyžaduje hospitalizaci v nemocnici či jiném zdravotnickém zařízení. Opomenout nelze ani ekonomickou stránku domácí hospicové péče. Samostatným tématem je rovněž její dostupnost. Významným krokem vpřed v tomto směru bylo přijetí zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. V případě stacionární hospicové péče pobývá pacient v hospici pouze během dne, takže odpoledne či večer se vrací zase domů. Uvedenou formu hospicové péče lze poskytovat pouze pacientům s bydlištěm poblíž hospice. Pro přijetí umírajícího do stacionáře musí být dány diagnostické, léčebné, psychologické a azylové důvody. Vcelku častým důvodem pro poskytování stacionární péče jsou azylové důvody. Ty nastávají za situace, kdy rodina a v některých případech i samotný příjemce potřebují odpočinek. V takovém případě představuje stacionář vhodnou možnost. Lůžková hospicová péče bývá poskytována v hospicích. K přijetí do hospice je nezbytná příslušná zdravotnická indikace a podepsání informovaného souhlasu. V rámci této formy péče je poskytována komplexní péče, při níž je kladen maximální důraz na přání klienta. Tato péče je poskytována ze strany širokého spektra odborníků. Klienti zde mají poměrně velmi volný režim. Snahou je navodit rodinnou atmosféru, k čemuž přispívá i to, že umírající může přijímat návštěvy kdykoliv (Svatošová, 1999, s. 127-131).

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

### 3 EMPIRICKÉ ŠETŘENÍ

V této kapitole jsou prezentovány výsledky kvantitativně zaměřeného empirického šetření, které bylo realizováno s pracovníky hospicové a paliativní péče ze zařízení paliativní a hospicové péče v Olomouckém kraji. Jsou zde objasněny jednak metodologické otázky realizovaného empirického šetření, jednak jsou zde uvedeny také jeho výsledky včetně jejich diskuse. V závěru této kapitoly jsou na základě zjištění výzkumného šetření formulována i některá doporučení ve zkoumané oblasti.

#### 3.1 Výzkumný problém

Práce pracovníků hospicové a paliativní péče je v různých ohledech náročná. Takřka každodenní kontakt se smrtí se na těchto pracovnících může různě projevovat. Proto lze výzkumný problém specifikovat tak, že jím je schopnost pracovníků zvládat nároky kladené na ně v souvislosti s péčí o umírající osoby, a dále také strategie, které tito pracovníci v uvažovaném směru případně využívají ke zvládnutí těchto nároků.

#### 3.2 Cíle empirického šetření a výzkumné otázky

Na začátku empirického šetření byly vytýčeny cíle empirického šetření a v návaznosti na ně pak i výzkumné otázky. **Hlavní cíl empirického šetření** byl vytýčen následovně:

**Zjistit, jak pracovníci hospicové a paliativní péče zvládají svoji práci a jaké strategie tito pracovníci volí ke zvládnutí obtíží a nároků spojených s péčí o umírající osoby.**

Z tohoto hlavního cíle pak byly odvozeny **dílčí cíle**, které jej více konkretizují a zajišťují jeho splnění:

**DC1:** Zjistit, co vedlo pracovníky hospicové a paliativní péče k volbě jejich profese.

**DC2:** Zjistit, jak pracovníci hospicové a paliativní péče zvládají svoji práci.

**DC3:** Zjistit, jaké strategie pracovníci hospicové a paliativní péče volí ke zvládnutí případných obtíží a nároků spojených s péčí o umírající osoby.

Poté byla formulována následující **hlavní výzkumná otázka**:

**Jak pracovníci hospicové a paliativní péče zvládají svoji práci a jaké strategie tito pracovníci volí ke zvládnutí obtíží a nároků spojených s péčí o umírající osoby?**

Rovněž hlavní výzkumná otázka byla dále konkretizována do dílčích výzkumných otázek, které mají níže uvedené znění:

- DVO1:** Co vedlo pracovníky hospicové a paliativní péče k volbě jejich profese?
- DVO2:** Jak pracovníci hospicové a paliativní péče zvládají svoji práci?
- DVO3:** Jaké strategie pracovníci hospicové a paliativní péče volí ke zvládnutí případných obtíží a nároků spojených s péčí o umírající osoby?

V souvislosti s těmito výzkumnými otázkami je možno uvést, že vyjadřují pohled respondentů na umírání a smrt v kontextu jejich profese. O této lze konstatovat, že není lehká ani z fyzického hlediska, ani z hlediska psychického. Z tohoto faktu se dá vyvodit, že výkon jejich profese u nich může vést k různým obtížím. K jejich (ne)překonávání může přispívat i to, jaké konkrétní pohnutky vedly daného respondenta k volbě vykonávané profese. Na tuto skutečnost se zaměřuje DVO1. K případným obtížím souvisejícím s výkonem profese a dále k jejím nárokům pak směřuje DVO2. V centru pozornosti je i to, jak se respondenti vyrovnávají s obtížemi a nároky své nelehké profese, tzn. jaké strategie jsou jimi používány k jejich zvládnutí. Na tuto problematiku je zaměřena DVO3.

### 3.3 Charakteristika použitých metod

V úvodu této kapitoly bylo zmíněno, že empirické šetření bylo uskutečněno jako kvantitativní. K volbě tohoto designu empirického šetření bylo přistoupeno z toho důvodu, neboť o dané problematice existují již určité poznatky, takže nebylo potřebné provést prvotní zmapování zkoumané materie prostřednictvím některé z metod kvalitativního výzkumného designu. Na druhé straně však bylo záměrem získat od respondentů co možná největší objem dat, a proto byla z metod kvantitativního výzkumu určených pro sběr dat zvolena metoda dotazování, respektive její často využívaný výzkumný nástroj, kterým je **dotazník**. S uvedenou skutečností navíc souvisí i další přednost dotazníku, kterou je jeho ekonomičnost, poněvadž umožňuje získat velký objem v relativně krátkém čase (Gavora, 2000, s. 99).

Badatel má při provádění výzkumu možnost využít buďto některý ze standardizovaných dotazníků nebo může k provedení svého výzkumu sestavit dotazník vlastní. Druhá uvedená eventualita se vztahuje i na uskutečněné empirické šetření. Ad hoc sestavený dotazník, jehož konečná verze je zařazena do Přílohy I této práce, má tři relativně samostatné části. První část je tvořena pasáží, která vysvětluje účel tohoto dotazníku, a jež obsahuje instrukce k jeho vyplňování. Druhou část dotazníku tvoří baterie položek, které mají za cíl zjistit některé vybrané sociodemografické údaje o respondentech, jimiž je výběrový soubor respondentů

charakterizován. Na tuto část dotazníku navazuje jeho třetí část, která zahrnuje položky, jež směřují přímo ke skutečnostem tvořícím předmět zájmu jednotlivých výzkumných otázek. Každá výzkumná otázka je sycena daty z alespoň tří položek v dotazníku.

Každý dotazník je postaven na položkách. Ty je možno dělit na základě různých klasifikačních kritérií. Pro účely charakteristiky použitého výzkumného nástroje se jako nejvhodnější jeví dělení položek podle stupně jejich otevřenosti, na jehož základě se položky v dotazníku dělí na otevřené, uzavřené a polootevřené (nebo též polouzavřené). Uzavřené položky jsou takové, u nichž jsou odpovědi uvedeny v úplném množství možných odpovědí. Jejich opakem jsou otevřené položky, které umožňují respondentovi, aby se k položené položce vyjádřil zcela dle jeho libovůle. Polootevřené položky jsou pak kombinací obou předchozích typů položek (Ondrejko, 2005, s. 106-107). V sestaveném dotazníku jsou použity všechny tyto typy položek. Část uzavřených položek byla založena na tzv. Likertově škále, která respondentovi umožňuje kromě polarity svého postoje k dané problematice vyjádřit rovněž jeho intenzitu. U Likertovy škály se tedy hodnotí každá jednotlivá položka na kontinuu pětibodové stupnice, jež v krajních polohách vyjadřuje souhlas a nesouhlas s danou položkou (Veselá, Kanioková Veselá, 2011, s. 190).

Pro sestavení původní verze dotazníku byla v první polovině měsíce února 2021 provedena tzv. pilotáž (nebo též pilotní studie). Tato byla provedena na malé skupině pracovníků zařízení paliativní a hospicové péče a byl k ní využit nestandardizovaný rozhovor. Cílem pilotáže bylo přitom ve shodě s metodologickou literaturou (Disman, 2000, s. 121) zjistit, zda informace požadované v cílové skupině existují a jsou-li dosažitelné. Následně byl sestaven dotazník, načež navazovala ve druhé polovině měsíce února 2021 proveden předvýzkum. Tento se provádí taktéž na malém vzorku cílové populace o něco větším, než je vzorek určený pro pilotní studii. V rámci předvýzkumu je testován nástroj, který výzkumník hodlá použít během samotného výzkumu (Disman, 2000, s. 122). Na základě zkušeností z předvýzkumu byly v původní verzi dotazníku provedeny drobné změny a doplnění, čímž vznikla jeho finální podoba.

Ke zpracování dat z vyplněných dotazníků byla využita tzv. **čárkovací metoda**. Jedná se o jednoduchou manuální metodu, která má za cíl (statisticky) utřídit získaná data. Během ní jsou nejprve do levého sloupce předchystané tabulky zapsány veškeré různé obměny znaku, kterých bylo dosaženo během měření. Jednotlivé hodnoty bývají obvykle seřazeny podle velikosti, a to od nejmenší po největší. Dalším krokem je procházení jednotlivých pozorování (konkrétních hodnot) a za využití čárek je zaznamenáván jejich výskyt

do druhého sloupce (Sharma, 2005, s. 47). Posléze se sečtou výskyty jednotlivých hodnot odpovědí, čímž se získají jejich absolutní četnosti.

Z výše uvedeného vyplývá, že k vyhodnocení získaných dat byla využita tzv. **deskriptivní statistika** (nebo též popisná statistika). Tu Walker (2013, s. 65) charakterizuje tak, že se „... *týká řady čísel, která následně užitečně sumarizuje.*“ Vedle již zmíněných absolutních četností byly využity též četnosti relativní. Těmi je charakterizován podíl dané skupiny na celku, jinými slovy vyjádřeno, jejich prostřednictvím je vyjádřeno, jak velká část ze sumy hodnot připadá na danou hodnotu či kategorii (Kořínek, 2014, s. 54). Kromě desetinného čísla mohou být relativní četnosti vyjádřeny i v procentech. Takto zpracovaná data jsou pro lepší názornost vizualizována za využití vhodných typů grafů.

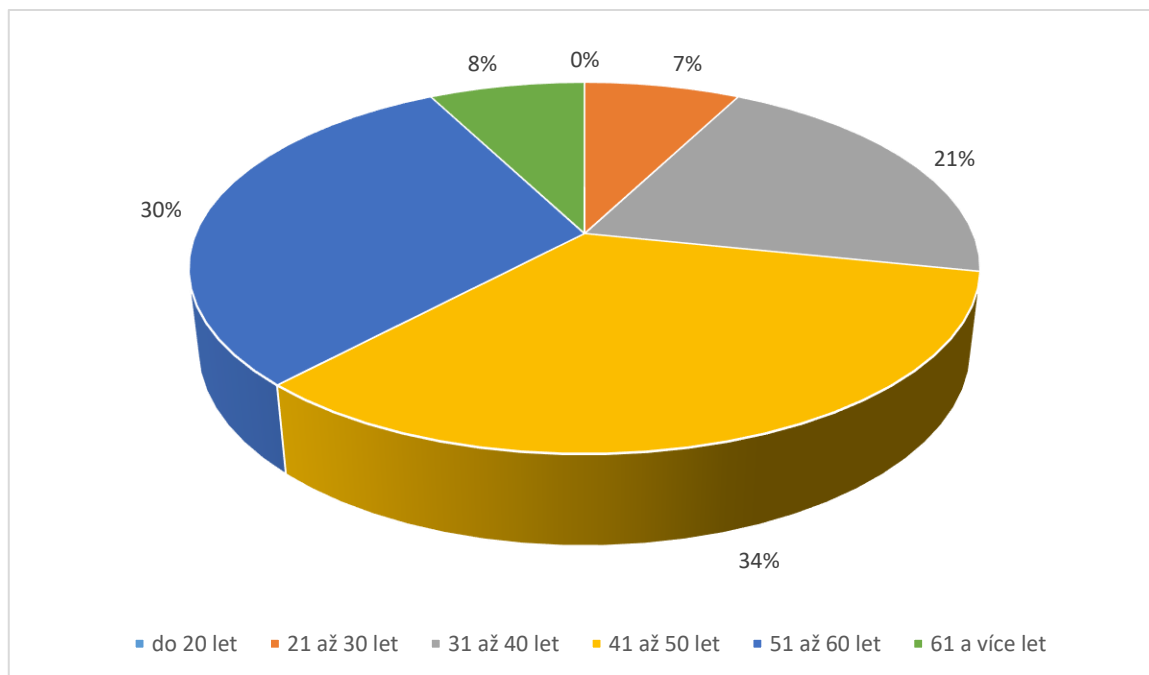
### 3.4 Výběrový soubor

Finální verze dotazníku byla během měsíce března 2021 distribuována v počtu 100 ks mezi pracovníky zařízení hospicové a paliativní péče v Olomouckém kraji. Distribuce byla provedena za využití spolupracujících pracovníků těchto zařízení, což umožnilo překonat problémy, které by jinak mohly v distribuci nastat v souvislosti s vládními opatřeními proti šíření nového typu koronaviru označovaného jako SARS-CoV-2. Tento způsob distribuce dotazníků se velmi pravděpodobně i pozitivně promítl do jejich návratnosti. Z distribuovaného počtu se vrátilo zpět 94 dotazníků, z nichž jeden nebyl vyplněný kompletně, a proto byl z dalšího vyhodnocování vyřazen. Návratnost dotazníků činila tedy 93 %. Mareš (2006) doporučuje ve skupině 51 až 100 osob minimální akceptovatelnou návratnost nejméně 60 %, doporučená návratnost pak 75 % a více. Pokud není tato návratnost dotazníků uspokojivá, potom nejsou podle tohoto autora výsledky výzkumu spolehlivé a nelze s nimi korektně pracovat, stejně jako je není možné interpretovat či dokonce z nich vyvozovat seriózní závěry. Na tomto základě je možno konstatovat, že návratnost dotazníků v rámci provedeného empirického šetření byla zcela postačující.

K charakteristice výběrového souboru jsou využitelné první tři položky dotazníku, které se zaměřily na vybrané sociodemografické údaje o respondentech. Tím prvním údajem bylo jejich pohlaví. Z výsledků empirického šetření se zde ukázalo na naprostou převahu žen mezi pracovníky hospicové a paliativní péče. Ve výběrovém souboru bylo totiž zastoupeno 89 žen (v relativním vyjádření 95,70 %) a pouze 4 muži (4,30 %). Za tímto stavem zřejmě kromě náročnosti této profese stojí i její nepříliš atraktivní finanční ohodnocení, které muže zpravidla směřuje do profesí s vyššími výdělky.



Další charakteristikou, která byla u respondentů zjišťována, byl jejich věk. Pro snazší vyhodnocování byl věk respondentů v dotazníku rozdělen do šesti následujících věkových kategorií: „do 20 let“, „21 až 30 let“, „31 až 40 let“, „41 až 50 let“, „51 až 60 let“ a „61 a více let“. Zastoupení respondentů v jednotlivých těchto věkových kategoriích je vizualizováno v grafu 1.

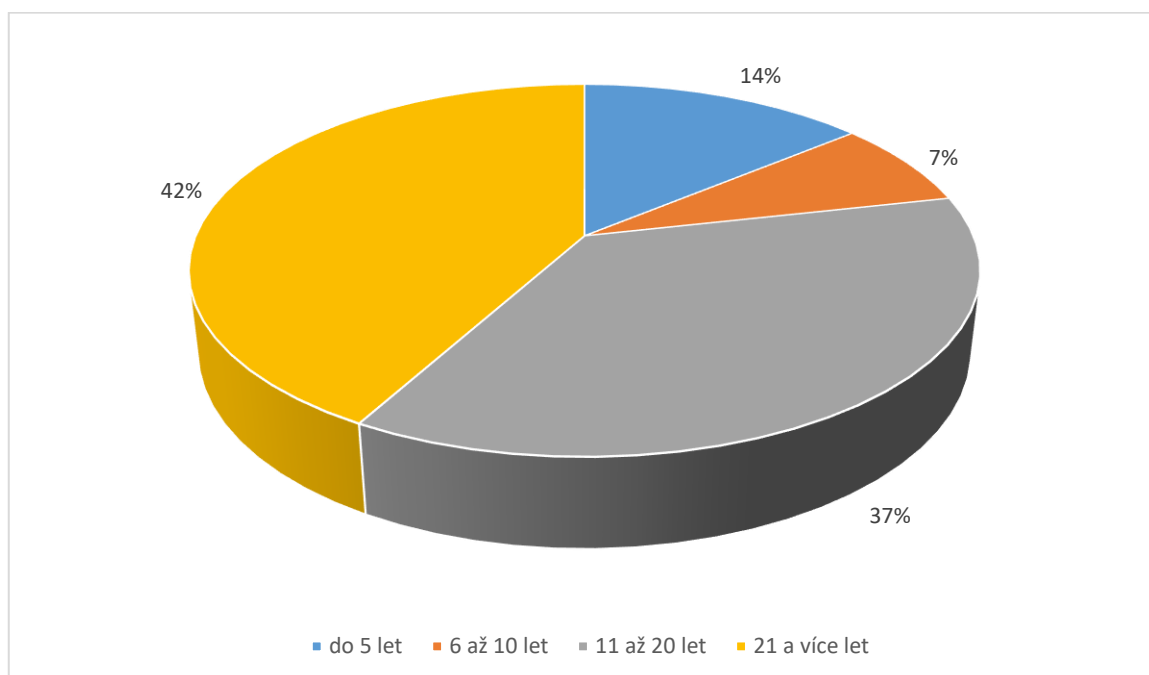


**Graf 1** Složení výběrového souboru podle věkových kategorií

Z grafu 1 je zřejmé, že mezi respondenty byly nejvíce zastoupeny věkové kategorie 41 až 50 let a 51 až 60 let. Ve věkové kategorii 41 až 50 let bylo celkem 31 respondentů (33,34 %), ve věkové kategorii 51 až 60 let pak 28 respondentů (30,11 %). Tyto dvě věkové skupiny respondentů tak tvoří téměř dvě třetiny výběrového souboru. Třetí nejpočetnější skupinou respondentů podle kategorie věku byli respondenti ve věku od 31 do 40 let, kterých bylo 19 (20,43 %). Shodně po 7 dotazovaných (tj. po 7,53 %) bylo ve věku 21 až 30 let a 61 a více let. Žádný z respondentů nebyl ve věkové kategorii do 20 let. Složení výběrového souboru podle věkových kategorií podporuje domněnku, že povolání pracovníka hospicové a paliativní péče příliš z finančního hlediska netáhne, protože věková kategorie respondentů 21 až 30 let není ve výběrovém souboru nijak zvlášť výrazně zastoupena a i věková kategorie 31 až 40 let je v porovnání s věkovými kategoriemi 41 až 50 let a 51 až 60 let zastoupena poněkud méně. Otázkou je, jaký má na tuto skutečnost vliv prestiž této profese. To však nelze z dostupných statistických údajů zjistit, poněvadž pracovníci hospicové a paliativní péče nejsou do kontinuálního výzkumu prestiže povolání zahrnuti a tuto prestiž nelze

odvodit z profesí, které jsou v tomto žebříčku zařazeny (srovnej Národní soustava povolání, 2020).

Poslední charakteristikou, která byla u respondentů zjišťována, byla délka jejich práce v hospicové a paliativní péči. Stejně jako u předchozí charakteristiky, i v případě délky služebního stáří respondentů, byly u příslušné položky v dotazníku (konkrétně u položky č. 3) v odpovědích nabídnuty kategorie praxe v této profesi. Šlo o celkem čtyři takové kategorie, a to kategorie do 5 let, 6 až 10 let, 11 až 20 let a 21 a více let. Zastoupení respondentů v těchto kategoriích je zřejmé z grafu 2.



**Graf 2** Složení výběrového souboru podle délky praxe v hospicové a paliativní péči

Z grafu 2 je zřejmé, že drtivá část respondentů spadá podle délky praxe do kategorií 11 až 20 let a 21 a více let. Do první uvedené kategorie spadalo 34 dotazovaných (36,56 %), do druhé dokonce 39 respondentů (41,94 %). Tyto dvě kategorie praxe mezi respondenty tvořily totiž celkem 78,49 % všech oslovených pracovníků hospicové a paliativní péče. Zbytek respondentů podle délky praxe byl tvořen 13 dotazovanými (13,98 %) s praxí do 5 let a 7 respondenty (7,53 %) s praxí v oboru hospicové a paliativní péče 6 až 10 let. Zatímco kategorie respondentů s praxí 11 až 20 let a 21 a více let byly tvořeny respondenty ve věkových kategoriích 31 až 40 let, 41 až 50 let a 61 a více let, pak kategorie respondentů s praxí byly tvořeny zvláště respondenty ve věkových kategoriích 21 až 30 let a 31 až 40 let. Z tohoto výsledku empirického šetření je možno odvodit, že pro velkou část pracovníků v hospicové a paliativní péči je jejich práce v podstatě celoživotním povoláním (a lze

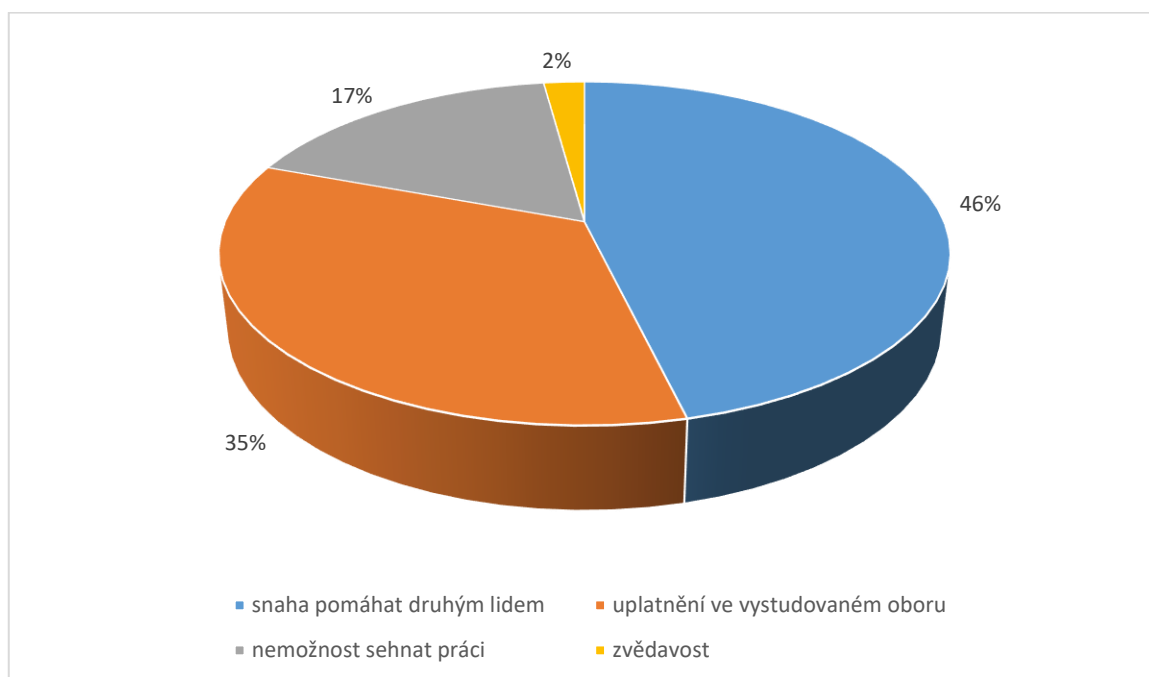
vyslovit názor, že i posláním), i když tento předpoklad nelze generalizovat na všechny pracovníky v této profesi.

### 3.5 Výsledky empirického šetření a jejich diskuse

V této kapitole jsou již prezentovány výsledky empirického šetření, které se přímo váží k jednotlivým výzkumným otázkám. Vyhodnocení empirického šetření je zde provedeno po položkách dotazníku, čímž bude vytvořen prostor k vyhodnocení výzkumných otázek.

#### 3.5.1 Důvody volby práce v zařízeních hospicové a paliativní péče

Respondenti byli v první řadě dotazováni na to, co je vedlo k volbě práce v zařízeních hospicové a paliativní péče. Šlo o jednu ze tří otevřených položek v dotazníku. Nevýhodou těchto položek bývá, že jsou obtížnější na vyhodnocování, avšak na druhé straně jejich výhodou je, že nijak neomezují respondenty ve vyjádření jejich názoru, postoje apod. Druhá uvedená skutečnost také vedla k volbě tohoto typu položky k nadnesené problematice. Pro snazší vyhodnocení odpovědí respondentů k této položce byla využita určitá míra abstrakce a zobecnění. Uvedená skutečnost se odrazila v tom, že odpovědi respondentů k této položce byly zařazeny podle svého smyslu do vytvořených skupin odpovědí. Tyto skupiny i četnosti odpovědí do nich zařazených jsou zřejmé z grafu 3.

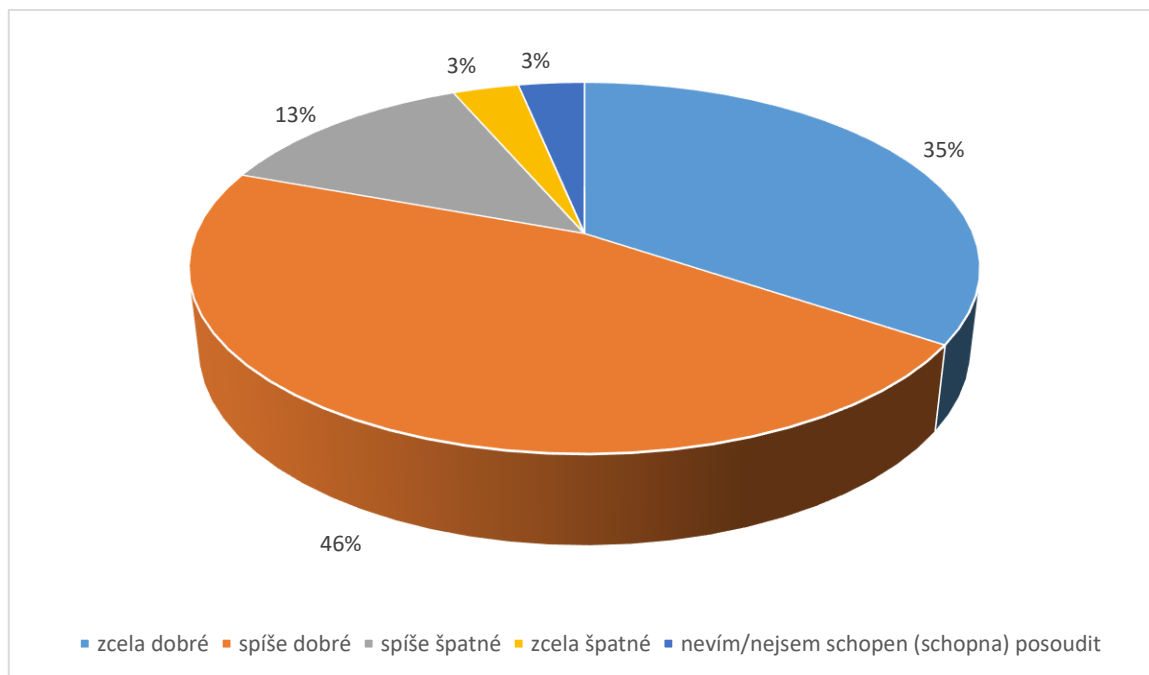


**Graf 3** Důvody volby práce v zařízeních hospicové a paliativní péče

Pro téměř polovinu oslovených pracovníků hospicové a paliativní péče byla důvodem volby této jejich profese snaha pomáhat druhým lidem. Konkrétně se jednalo o 43 respondentů (46,24 %). Přibližně třetina dotazovaných – v absolutním vyjádření 32 respondentů, v relativním pak 34,41 % – si tuto profesi zvolilo z toho důvodu, že v ní chtělo uplatnit nabyté vzdělání. Tyto dva důvody volby práce v zařízeních hospicové a paliativní péče je možno považovat za optimální, neboť u osob s takovými důvody lze předpokládat dostatečnou motivaci k setrvání v této profesi. Nadto u takových osob jsou dány i nezbytné elementární předpoklady ke kvalitnímu výkonu této profese. Uvedené předpoklady jsou méně pravděpodobné u zbylých dvou skupin respondentů podle důvodů volby práce v zařízeních hospicové a paliativní péče. První tato skupina byla tvořena respondenty, kteří si tuto profesi vybrali vzhledem k nemožnosti sehnat jinou práci v místě bydliště a jeho okolí. Takových respondentů bylo celkem 16 (17,20 %). Zbylí dva respondenti (2,15 %) si tuto profesi zvolilo dle svého vyjádření ze zvědavosti. Ačkoliv tyto dva důvody volby profese pracovníka v zařízení hospicové a paliativní péče nelze rozhodně považovat za optimální, nelze vyloučit, že se jedinec s některým z těchto důvodů v této profesi „najde“ a bude ji vykonávat stejně svědomitě a kvalitně jako osoby, které si ji zvolily z důvodu snahy pomáhat druhým lidem nebo proto, aby uplatnily nabyté vzdělání v příslušném oboru.

### 3.5.2 Hodnocení volby profese s odstupem času

Zajímavou otázkou ve vztahu k volbě profese pracovníka hospicové a paliativní péče je to, jak tito pracovníci hodnotí po uplynutí určité doby tuto svoji volbu. Tato okolnost má vypovídací hodnotu nikoliv jen ve vztahu k samotným dotčeným pracovníkům v této profesi, nýbrž i pro ty osoby, které práci v této profesi zvažují. Těm by mohla být nápomocna při jejich nelehkém rozhodování, které má dopady nejen pro ně samotné, nýbrž i pro osoby, o které by v budoucnu při výkonu této profese pečovali. Odpovědi k příslušné položce dotazníku (položka č. 5), která zní „Jak s odstupem času hodnotíte tuto svoji volbu?“ byly založeny na Likertově škále a měly následující znění: „jako zcela dobré“, „jako spíše dobré“, „jako spíše špatné“, „jako zcela špatné“ a „nevím/nejsem schopen (schopna) posoudit“. Zastoupení jednotlivých těchto odpovědí ve výsledcích empirického šetření k této záležitosti je zřejmé z grafu 4.



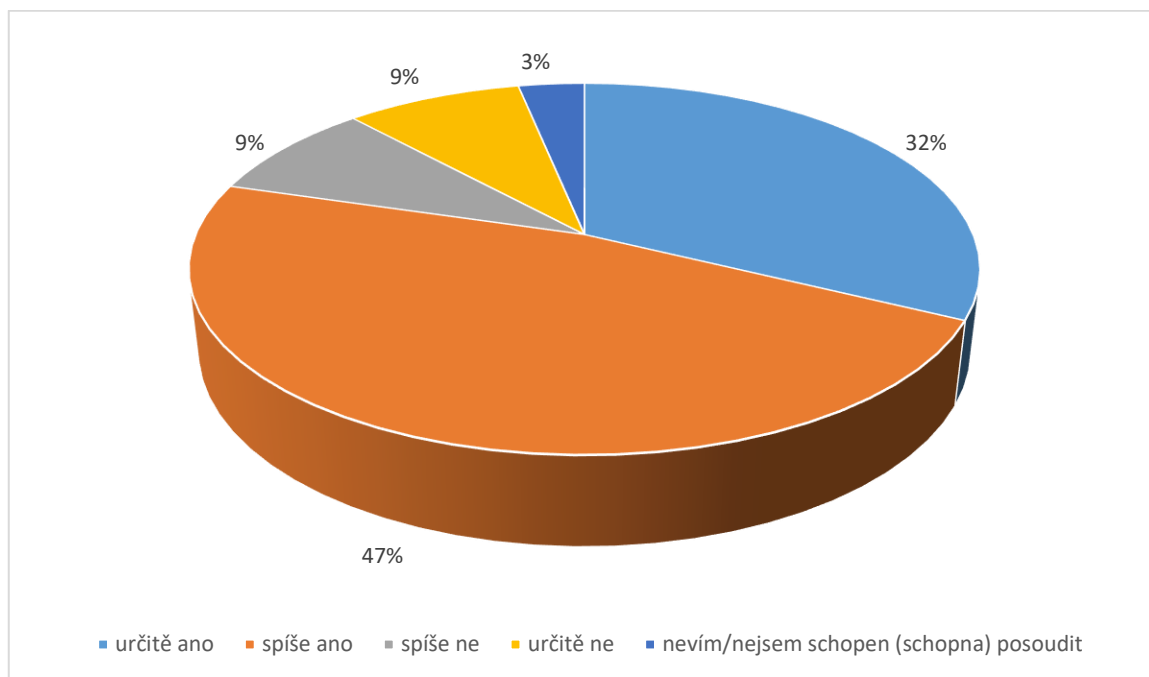
**Graf 4** Hodnocení volby profese pracovníka hospicové a paliativní péče s odstupem času

Z výsledků empirického šetření vyplynulo, že zhruba čtyři pětiny dotazovaných v různém stupni hodnotí svoji volbu profese pracovníka hospicové a paliativní péče jako dobré. Jako zcela dobré hodnotí toto své rozhodnutí 32 oslovených pracovníků v této profesi (34,41 %), jako spíše dobré pak 43 dotazovaných (46,24 %). K respondentům, kteří v různém stupni hodnotili volbu své stávající profese, jako dobrou, náleželi především ti, kteří si ji vybrali z důvodu snahy pomáhat druhým lidem, jakož i ti, kteří v této profesi hodlali uplatnit nabyté vzdělání. Jako spíše špatnou hodnotí volbu této profese 12 dotazovaných (12,90 %), další 3 respondenti (3,23 %) pak tuto volbu hodnotí jako zcela špatnou. Jako v různém stupni špatnou hodnotili svoji volbu současné profese především ti respondenti, kteří si ji vybrali vzhledem k nemožnosti sehnat jinou práci v místě bydliště a jeho okolí. Zbylí 3 respondenti (3,23 %) nebyli tuto skutečnost schopni posoudit. Protože se vždy jednalo o respondenty, kteří pracují v oboru hospicové a paliativní péče do 5 let, je možno se domnívat, že nedisponují dostatkem informací, aby k této záležitosti mohli zaujmout vyhraněný postoj. Celkově je však možno výsledky empirického šetření k této položce interpretovat tak, že převážná část respondentů si zvolila svoji profesi adekvátně.

### 3.5.3 Postoj k případné opětovné volbě profese pracovníka hospicové a paliativní péče

Z poněkud odlišného pohledu se na záležitost z předchozí položky v dotazníku zaměřila položka č. 6. Ta se respondentů dotazovala následovně: „Kdybyste se znovu rozhodoval(a)

o výběru své profese, vybral(a) byste si znovu práci v zařízení hospicové a paliativní péče?“. I v případě této položky byly odpovědi k ní založeny na Likertově škále, přičemž jejich znění bylo následující: „určitě ano“, „spíše ano“, „spíše ne“, „určitě ne“ a „nevím/nejsem schopen (schopna) posoudit“. Rozložení těchto variant v odpovědích respondentů zachycuje graf 5.

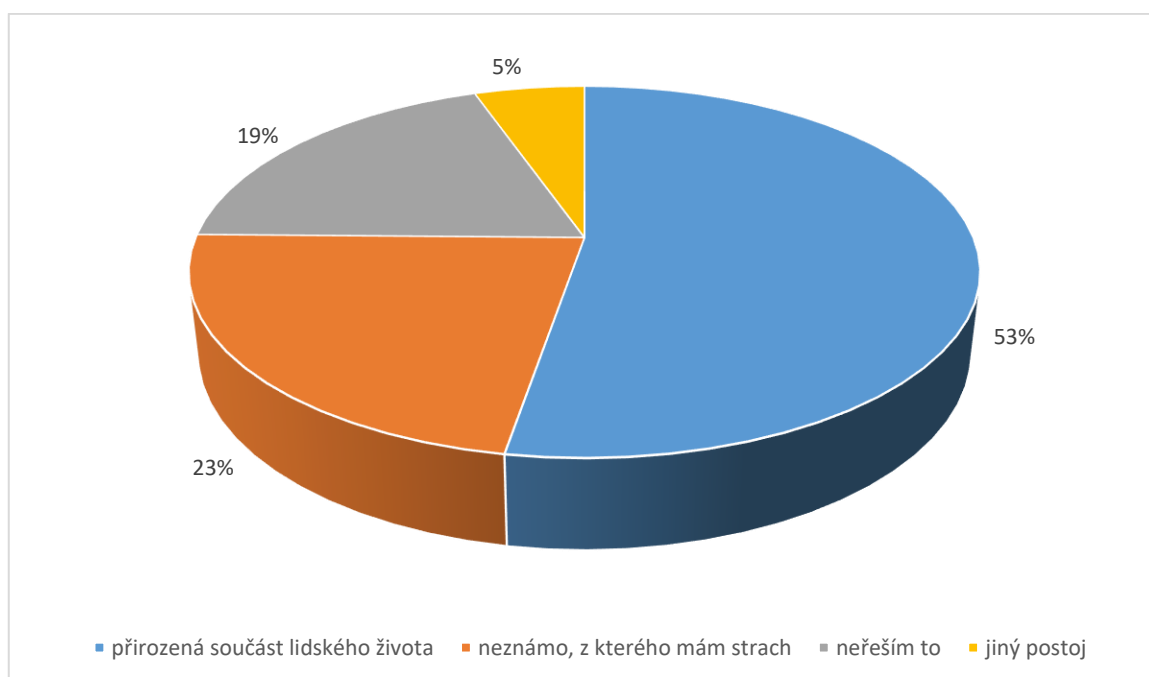


**Graf 5** Postoj k případné opětovné volbě profese pracovníka hospicové a paliativní péče

Na základě srovnání graf 4 a grafu 5 je možno dospět k závěru, že výsledky empirického šetření k této položce do značné míry kopíruje výsledky empirického šetření k položce předchozí. Znovu by si totiž svoji současnou profesi určitě vybralo 30 oslovených pracovníků hospicové a paliativní péče (32,26 %) a dalších 44 respondentů (47,31 %) by si ji spíše znovu vybralo. O respondentech, kteří takto odpovídali, platí v zásadě to stejné, co bylo uvedeno k výsledkům empirického šetření k předchozí položce. Případné rozdíly mezi odpověďmi ke srovnávaným položkám mohou jít na vrub skutečnosti, že respondenti sice považují svoji volbu za správnou, ale zároveň si uvědomují, že si mohli adekvátně zvolit i jinou profesi, kterou by si v případě nové volby také zvolili. Pokud jde o respondenty, kteří by si svoji současnou profesi nevybrali, pak vždy po osmi dotazovaných (8,60 %) uvedlo, že by si ji spíše nevybrali, respektive nevybrali vůbec. I zde platí, že šlo o respondenty, kteří v různém stupni u předchozí položky považovali volbu svého nynějšího povolání za špatnou. Konečně 3 oslovení pracovníci hospicové a paliativní péče (3,23 %) uvedli, že tuto okolnost nejsou schopni posoudit. Jednalo se o stejné respondenty, kteří se nebyli schopni vyhranit i u předcházející položky.

### 3.5.4 Postoj respondentů ke smrti

Pracovníci hospicové a paliativní péče přicházejí běžně do kontaktu se smrtí klientů, o které pečují. Na kvalitu této péče může mít vliv i to, jaký je postoj jich samotných ke smrti. Tato položka znění „Jaký je Váš postoj ke smrti?“ byla koncipována jako polouzavřená. Vedle nabízených variant odpovědí „je to přirozená součást lidského života, se kterou jsem srovnán(a)“, „je to něco pro mě neznámého, z čeho mám strach“ a „nijak to neřeším“ tak měli respondenti možnost volně vyjádřit svůj názor na tuto záležitost. Někteří z nich tuto možnost také využili. Zastoupení odpovědí respondentů k této položce je vizualizováno v grafu 6.



**Graf 6** Postoj respondentů ke smrti

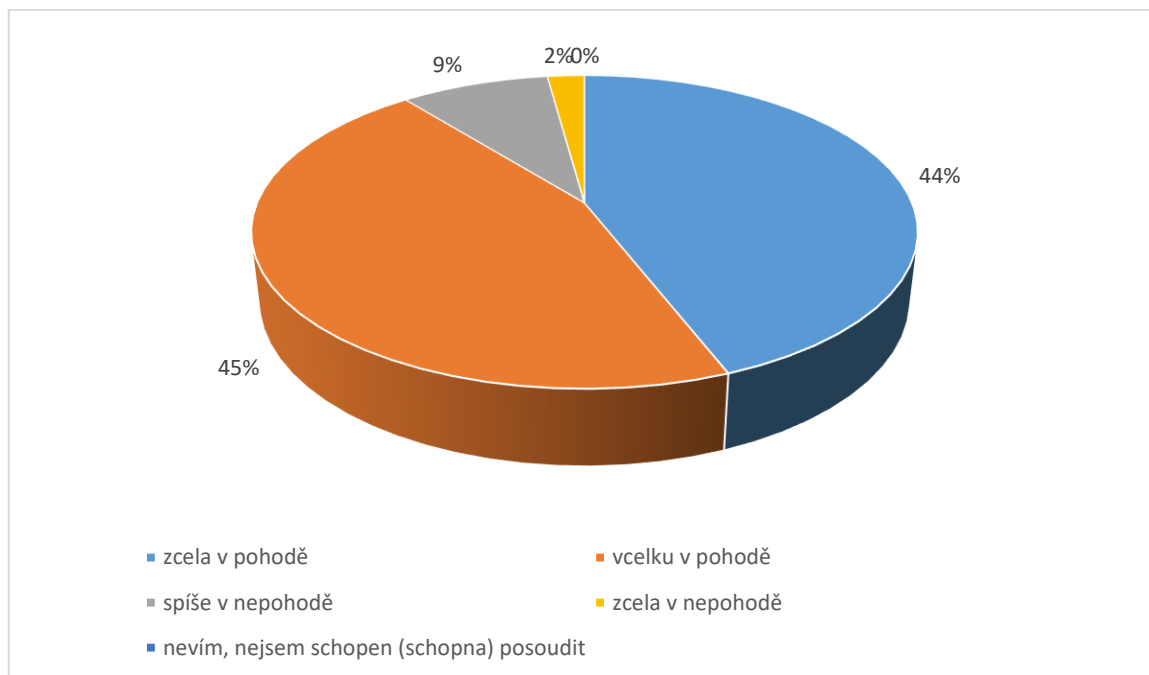
Více než polovina respondentů (konkrétně 49, tj. 52,69 %) považuje smrt za přirozenou součást lidského života, s níž jsou srovnáni. Za tímto jejich postojem může stát i výkon jejich profese, kdy při něm přicházejí do kontaktu se smrtí v podstatě dennodenně, a proto je to něco, co je jim známé a umožňuje jim to se vyrovnat s konečností vlastního života. Do této skupiny respondentů spadali převážně respondenti tří nejstarších věkových kategorií a dále také respondenti s deseti a více lety praxe pracovníka hospicové a paliativní péče. Tyto okolnosti u nich mohou vést k úvahám o smrti a s vyrovnáním se s její existencí. Přibližně čtvrtina dotazovaných má na tuto záležitost názor diametrálně odlišný. Celkem 21 dotazovaných (22,58 %) totiž označilo u této položky odpověď, že smrt je pro ně něco neznámého, z čeho mají strach. Tato odpověď se vyskytovala zase více u jedinců s kratší

praxí ve své současné profesi a rovněž tak u respondentů ve věkové skupině 31 až 40 let. U respondentů s kratší praxí v profesi je možno toto zjištění empirického šetření vysvětlit tím, že se se smrtí ještě dostatečně neseznámili a nevnímají ji s určitým odstupem. V případě dotazovaných z uvedené věkové skupiny za tímto postojem ke smrti může být všudypřítomný kult mládí, přičemž však oni sami jsou při výkonu profese konfrontováni s tím, že mládí ani lidský život nejsou ničím věčným. Může se u nich projevat i to, že v naší společnosti se v rodině o smrti příliš nehovoří, jak vypovídají výsledky výzkumů (viz např. Stemmark, 2015). Dalších 18 respondentů (19,35 %) uvedlo, že tyto otázky nijak neřeší. V této skupině nebyli ve větší míře nijak zvlášť zastoupeni respondenti podle některého kritéria. Je možné, že pro tyto respondenty je otázka smrti tabu a nemají potřebu se jí zaobírat. Zbylých 5 respondentů (5,38 %) využilo možnosti se vyjádřit dle svého. Z nich 4 respondenti odpověděli ve smyslu, který by bylo možno vyjádřit tezí, že smrt je pro ně možností se setkat s Bohem. Jeden dotazovaný pak uvedl odpověď znění: „*Věřím, že existuje něco mezi nebem a zemí, takže strach ze smrti nemám.*“ Odpovědi těchto pěti respondentů se přitom vyskytovaly napříč různými skupinami respondentů.

### **3.5.5 Pocity respondentů při odchodu ze zaměstnání**

Následující položka v dotazníku byla zaměřena na to, jak se obvykle respondenti cítí při odchodu ze zaměstnání. Tato skutečnost může vypovídat o tom, jak si dokáží při výkonu své profese držet odstup s realitou umírání a smrti, s níž přicházejí takřka každý den do kontaktu. Odpovědi k této položce vycházely opět z Likertovy škály, přičemž v tomto případě měly následující podobu: „zcela v pohodě“, „vcelku v pohodě“, „spíše v nepohodě“, „zcela v nepohodě“ a „nevím, nejsem schopen (schopna) posoudit“. Jaký byl výskyt těchto odpovědí u respondentů, to v grafické podobě ukazuje graf 7.





**Graf 7** Pocity respondentů při odchodu ze zaměstnání

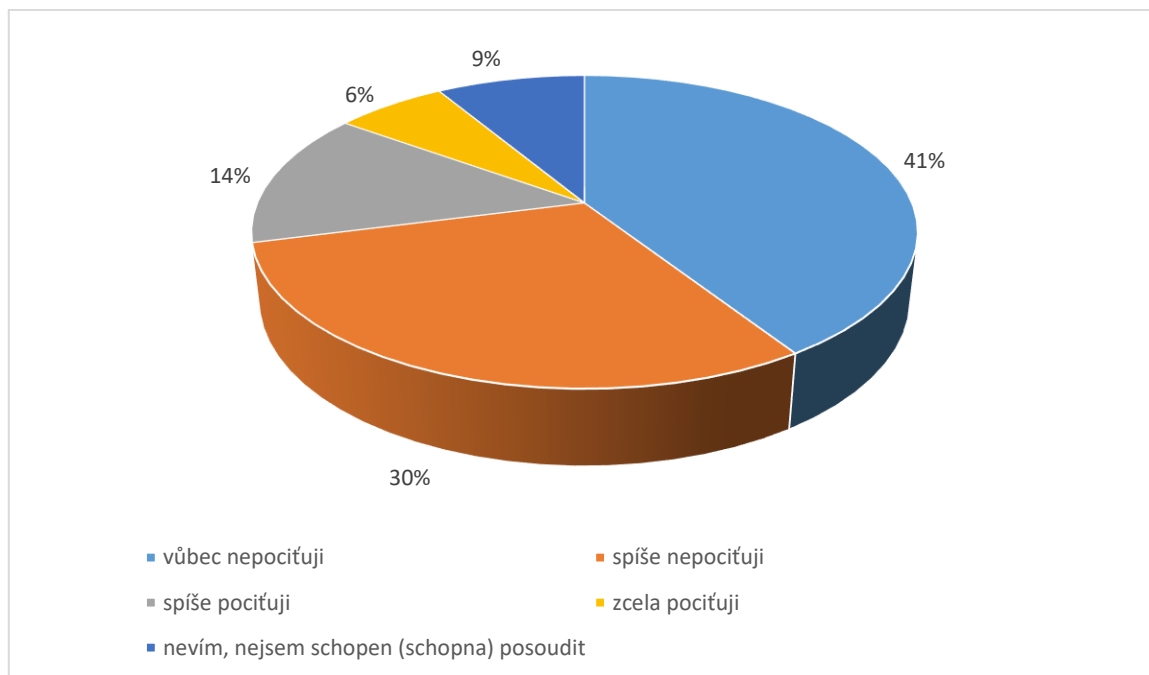
Z grafu 7 je zřejmé, že převážná část respondentů se cítí při odchodu ze zaměstnání v různém stupni v pohodě. Zcela v pohodě se přitom cítí 41 dotazovaných (44,09 %), vcelku v pohodě pak 42 respondentů (45,16 %). K respondentům, kteří odcházejí ze zaměstnání v nějakém stupni v pohodě, náleží především ti, kteří berou smrt jako přirozenou součást lidského života, popřípadě i ti, kteří otázku smrti nijak zvlášť neřeší. Zbylých 10 oslovených pracovníků hospicové a paliativní péče (10,75 %) se při odchodu ze zaměstnání cítí obvykle v různém stupni v nepohodě. Celkem 8 dotazovaných (8,60 %) se cítí spíše v nepohodě, zcela v nepohodě pak 2 respondenti (2,15 %). K těmto respondentům náleží takřka výlučně ti, pro které je smrt něco neznámého, z čeho mají strach. Těmto respondentům je třeba věnovat ze strany vedení příslušného zařízení hospicové a paliativní péče velkou pozornost, poněvadž by tento stav mohl u nich vést k různým psychickým obtížím, popřípadě i k rozvoji syndromu vyhoření. Jako vhodná forma intervence se u nich jeví supervize ve smyslu náhledově-vhledové formy objasňování bio-psycho-sociálních a spirituálních oblastí problémů klientů (Kozoň, 2020). Tito respondenti by měli taktéž věnovat adekvátní pozornost otázkám psychohygieny a v případě přetrvávajících problémů by měli navštívit příslušného odborníka. K otázce svých obvyklých pocitů při odchodu ze zaměstnání byli schopni se vyjádřit všichni respondenti, poněvadž žádný z nich neoznačil odpověď znění „nevím, nejsem schopen (schopna) posoudit“.

### 3.5.6 Možnosti zlepšení pocitů při odchodu ze zaměstnání

Ve vztahu k předchozí položce byli respondenti v další položce dotazníku dotazováni i k tomu, co by podle jejich názoru přispělo ke zlepšení jimi uváděného stavu. Šlo o druhou otevřenou položku v dotazníku. Respondenti měli tedy možnost se k položené položce volně vyjádřit, avšak této možnosti využilo pouze 20 z nich. Pro čtyři z nich by řešením zjištěného stavu pro ně byla změna zaměstnání. Takto odpovídali respondenti, kteří hodnotí volbu svého stávajícího zaměstnání jako spíše špatnou a zcela špatnou, a současně deklarovali, že pokud by se rozhodovali znovu, tak by si svoji nynější profesi určitě znovu nevybrali. Lze tak konstatovat, že se u nich jedná o racionální volbu, kterou by měli do budoucna realizovat. Celkem 13 respondentů spatřuje cestu ke zlepšení identifikovaného stavu ve zlepšených možnostech psychohygieny v zaměstnání. Tito respondenti bohužel neuvodili, jaké možnosti mají na mysli, a je tak možno se dohadovat, co konkrétně by jim z těchto možností mělo pomoci, popřípadě zda mysleli psychohygienu jako celek. I tak je možno jejich názor brát jako racionální, poněvadž psychohygienu má v tzv. pomáhajících profesích své nezastupitelné místo. Vhodné by proto bylo jejich požadavek na zlepšení možností psychohygieny vyslyšet. Zbylí 3 respondenti k této položce uvedli odpověď, kterou lze shrnout do teze „nevím“. Rovněž u těchto respondentů je možno doporučit zavedení supervize, která by jim byla nápomocna při saturaci potřeb v této oblasti.

### 3.5.7 Subjektivní hodnocení výskytu symptomů syndromu vyhoření u respondentů

Není žádných pochyb o tom, že pracovníci hospicové a paliativní péče jsou vystaveni velké pracovní zátěži, což je jeden z klíčových faktorů rozvoje syndromu vyhoření nejen v pomáhajících profesích. Proto jedna z položek dotazníku byla zaměřena rovněž na tuto skutečnost. Tato položka má následující znění: „Pocitujete na sobě známky syndromu vyhoření?“. Odpovědi k této položce byly opět založeny na Likertově škále, přičemž měly následující podobu: „vůbec nepocituji“, „spíše nepocituji“, „spíše pocituji“, „zcela pocituji“ a „nevím, nejsem schopen (schopna) posoudit“. Z takto koncipované položky je zřejmé, že v ní šlo o subjektivní hodnocení této skutečnosti ze strany respondentů, která nebyla objektivizována za využití nějakého standardizovaného nástroje, např. Maslach burnout inventory. Lze předpokládat, že problematika syndromu vyhoření je mezi pracovníky pomáhajících profesí, kam pracovníci hospicové a paliativní péče spadají, natolik známá, že by měli být schopni alespoň přibližně posoudit, zda se jich dotýká či nikoliv. Zastoupení odpovědí k této položce vizualizuje graf 8.

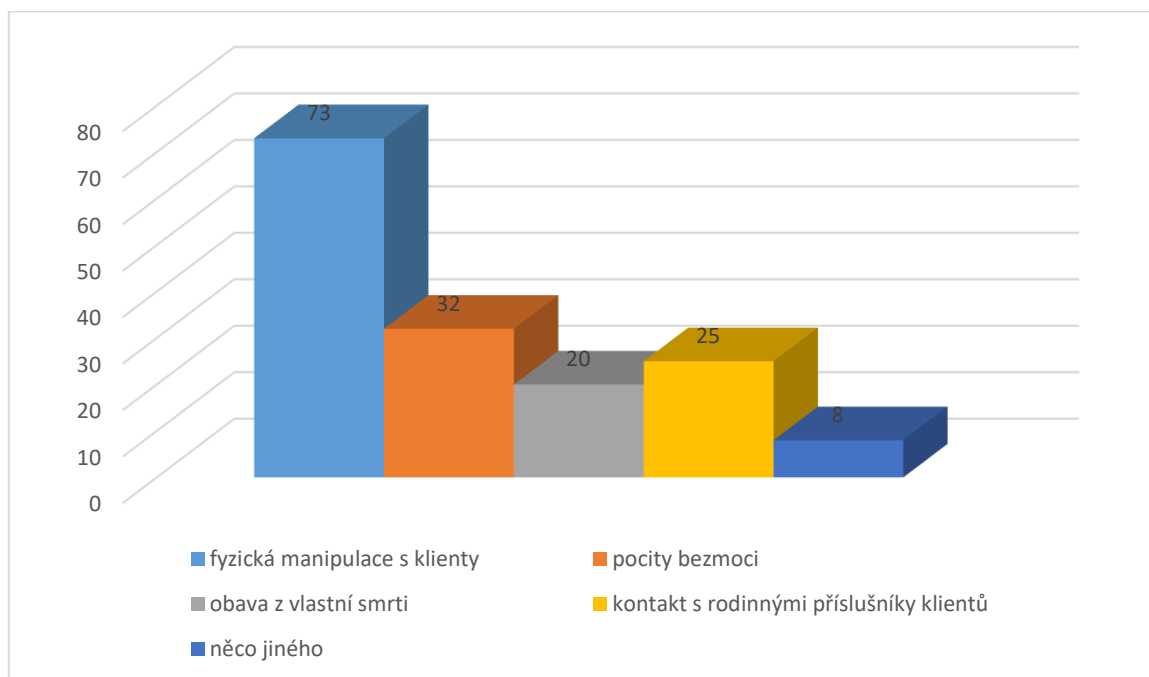


**Graf 8** Subjektivní hodnocení výskytu symptomů syndromu vyhoření u respondentů

Největší část respondentů k této položce uvedla, že na sobě známky syndromu vyhoření vůbec nepociťují. Takových respondentů bylo 38 (40,86 %). Poněkud méně dotazovaných k této položce uvedlo, že takové známky na sobě spíše nepociťují. Konkrétně jich bylo 28 (30,11 %). Pokud u první skupiny lze předpokládat, že se respondentů z ní problém vyhoření momentálně reálně nedotýká, pak u druhé skupiny je možno uvést, že u alespoň části z nich může ke vzniku tohoto negativního jevu již pozvolna docházet. Totéž s ještě větší mírou jistoty platí u těch 13 respondentů (13,98 %), kteří u této položky označili odpověď znění „spíše pociťuji“. Takřka s jistotou se syndrom burnout rozvíjí, popřípadě je u nich rozvinut, u 6 dotazovaných (6,45 %), kteří uvedli, že na sobě jeho symptomy zcela pociťují. Na všechny tyto tři skupiny respondentů je třeba se zvláště zaměřit, poněvadž tento syndrom má negativní dopady jak na dotčeného jedince, tak i na jeho okolí, což v daném případě značí i negativní dopady na klienty. Jak uvádí Maslach (1978 aj.), k dimenzím syndromu vyhoření náleží odosobnění (depersonalizace), snížení pracovního výkonu a emocionální vyčerpání. Již jen z tohoto výčtu je zřejmé, nakolik je v profesi pracovníka hospicové a paliativní péče syndrom vyhoření negativním jevem. Zejména odosobnění není ve vztahu ke klientům hospicové a paliativní péče vhodné. Zbýlých 8 respondentů (6,45 %) nebylo schopno se k této položce vyhraněně vyjádřit. Buď tomu je tak z toho důvodu, že symptomy syndromu vyhoření neznají, nebo si jejich výskytem u vlastní osoby nejsou zcela jisti, a proto zvolili uvedenou odpověď.

### 3.5.8 Nejnáročnější aspekty péče z pohledu respondentů

Empirické šetření se zaměřilo také na to, které aspekty péče jsou pro pracovníky hospicové a paliativní péče nejnáročnější. Jednalo se o jednu ze dvou položek dotazníku, u nichž bylo možno uvést více jak jednu odpověď. V případě této položky bylo možno uvést i dvě odpovědi. Protože se jednalo o položku polouzavřenou, měli respondenti k dispozici navrhované odpovědi a současně mohli uvést také odpověď podle svého uvážení. Navrhovanými odpověďmi byly následující: „fyzická manipulace s klienty“, „pocity bezmoci“, „obava z vlastní smrti“ a „kontakt s rodinnými příslušníky klientů“. Ne všichni respondenti však využili možnosti uvést dvě odpovědi a velká část z nich uvedla pouze jednu odpověď. Tato skutečnost je zřejmá z grafu 9, z jehož údajů lze vyčíst, že součet použitých variant odpovědí sice přesahuje počet respondentů, avšak nedosahuje jejich dvojnásobku.



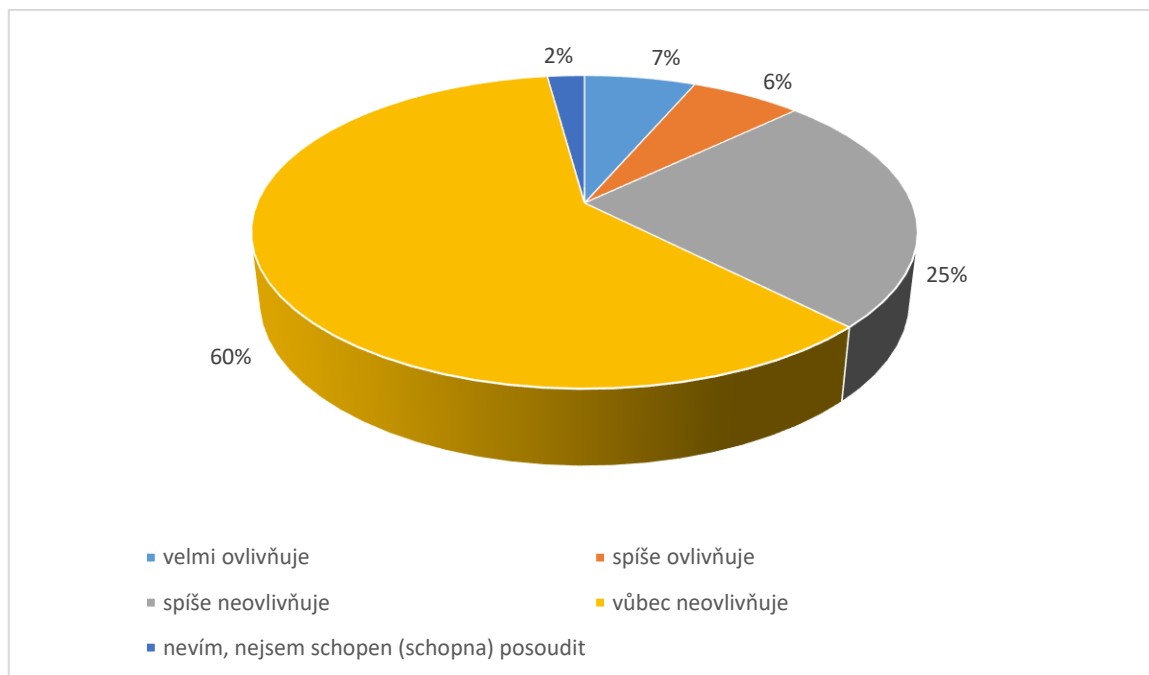
**Graf 9** Nejnáročnější aspekty péče z pohledu respondentů

Z výsledků empirického šetření vyplynulo, že nejnáročnějším aspektem péče o klienty je podle 73 respondentů fyzická manipulace s klienty. Tento výsledek zcela koresponduje s tím, že mezi pracovníky hospicové a paliativní péče převažují ženy, které nejsou tak fyzicky disponovány jako muži. Tento problém je řešitelný za využití nejrůznějších pomůcek, popřípadě i součinností dvou či více pracovníků. Druhým nejčastějším nejnáročnějším aspektem péče o klienty jsou podle zjištění empirického šetření pocity bezmoci, které uvedlo celkem 32 dotázaných pracovníků hospicové a paliativní péče. Jedná se především o respondenty, pro které je smrt něčím neznámým a mají z ní proto strach.

Ukazuje se tedy, že patrně existuje souvislost mezi těmito jevy, kterou by bylo vhodné v některém z dalších výzkumů hodnověrným způsobem ověřit. V každém případě je nezbytné, aby vedení zařízení hospicové a paliativní péče tuto skutečnost vedlo v patrnosti a pracovalo s ní. Pro celkem 25 dotazovaných je náročný kontakt s rodinnými příslušníky klientů. Pro ty je emočně velmi náročné se vyrovnávat s přicházejícím odchodem jim blízké osoby, případně s jejím skolem. Tyto emoce se dílčím způsobem přenášejí i na personál zařízení hospicové a paliativní péče, který se s nimi musí vypořádávat. Dalších 8 respondentů uvedlo nějaký jiný aspekt péče. Z nich celkem 5 oslovených pracovníků zmínilo ve svých odpovědích nedostatečné materiální podmínky své práce. To může mít s největší pravděpodobností souvislost s poddimenzovaným financováním zařízení hospicové a paliativní péče. Zbylí 3 respondenti si stěžovali na nedostatečnou prestiž zastávané profese. Ta může být zapříčiněna tím, co bylo již několikrát opakováno – totiž tím, že umírání a smrt je v naší společnosti tabu, o kterém se příliš nemluví, což se vztahuje i na práci pracovníků hospicové a paliativní péče.

### **3.5.9 Ovlivnění osobního života respondentů péčí o umírající**

U práce pracovníků hospicové a paliativní péče je možno předpokládat, že se může ve větší či menší míře přenášet do jejich osobního života. Proto byla do dotazníku zahrnuta i položka k této skutečnosti, která umožňuje posoudit, do jaké míry jsou schopni se tito pracovníci vyrovnat s nároky své profese, jakož i to, zda jsou schopni si od ní držet profesionální odstup, což je při výkonu takové profese nesmírně důležité. Z odpovědí na tyto položky lze usuzovat částečně i na to, jakou pozornost respondenti věnují otázkám psychohygieny. Příslušná položka (položka č. 12) byla v dotazníku formulována následovně: „V jaké míře Vás ovlivňuje péče o umírající v osobním životě?“. Na tuto položku mohli respondenti odpovídat za využití následujících odpovědí: „velmi ovlivňuje“, „spíše ovlivňuje“, „spíše neovlivňuje“, „vůbec neovlivňuje“ a „nevím, nejsem schopen (schopna) posoudit“. Zastoupení jednotlivých variant odpovědí je graficky vyjádřeno v grafu 10.



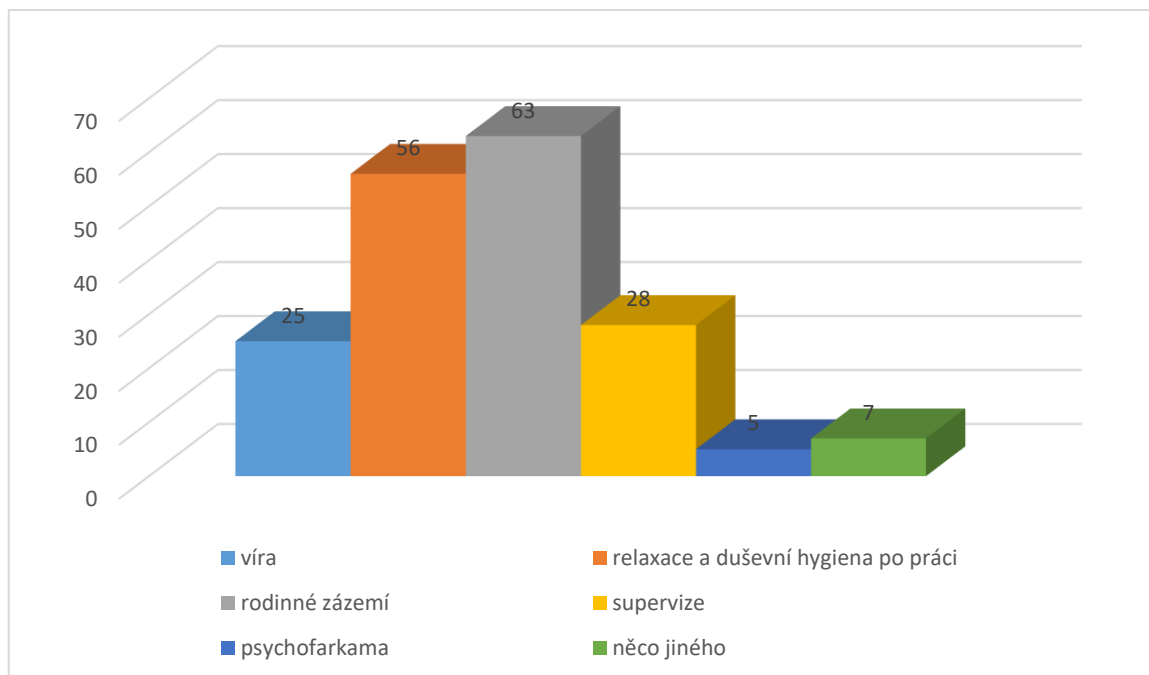
**Graf 10** Ovlivnění osobního života respondentů péčí o umírající

Z výsledků empirického šetření vyplývá, že přibližně tři pětiny dotazovaných péče o umírající v osobním životě vůbec neovlivňuje. Takových respondentů bylo 56 (60,22 %). U těchto respondentů je možno předpokládat, že se jim daří udržovat profesionální odstup od vykonávané práce, což má s velkou pravděpodobností pozitivní dopad na jejich duševní zdraví. Přibližně čtvrtina oslovených pracovníků hospicové a paliativní péče (v absolutním vyjádření 23, tj. 24,73 %) svojí odpovědí k této položce deklarovala, že je péče o umírající v osobním životě spíše neovlivňuje. Vždy po 6 respondentech (6,45 %) pak uvedlo, že je tato péče spíše ovlivňuje, respektive zcela ovlivňuje. Z valné části se jedná o ty respondenty, pro které je smrt něčím neznámým, něčím, z čeho mají strach. Těmto pracovníkům je třeba věnovat ze strany vedení zařízení paliativní a hospicové péče patřičnou pozornost, aby se u nich nerozvinula nějaká duševní porucha či syndrom vyhoření, což je u nich poměrně velkým rizikem. Pouze 2 respondenti (2,15 %) nebyli schopni k této položce zaujmout vyhraněný postoj. K těm je třeba přistupovat jako k respondentům, které péče o umírající v osobním životě ovlivňuje, poněvadž u nich tuto skutečnost nelze vyloučit.

### 3.5.10 Protektivní faktory podporující zvládání nároků práce

Vzhledem k náročnosti profese pracovníka hospicové a paliativní péče je třeba mít na paměti rovněž protektivní faktory, které napomáhají zvládání nároků jejich práce. Proto se na tuto záležitost zaměřily některé položky v dotazníku. Ta první u respondentů zjišťovala, co jim pomáhá zvládat nároky práce v zařízení hospicové a paliativní péče. Šlo jednak o položku

polouzavřenou, u níž mohli respondenti doplnit variantu odpovědi, která jim v nabízených odpovědích chyběla, a současně o položku, k níž respondenti mohli uvést více odpovědí (teoreticky i všechny). Nabízenými odpověďmi přitom byly „víra“, „relaxace a duševní hygiena po práci“, „rodinné zázemí“, „supervize“, „psychofarmaka“ a „něco jiného (uveďte)“. Četnost výskytu uvedených odpovědí zachycuje graf 11.



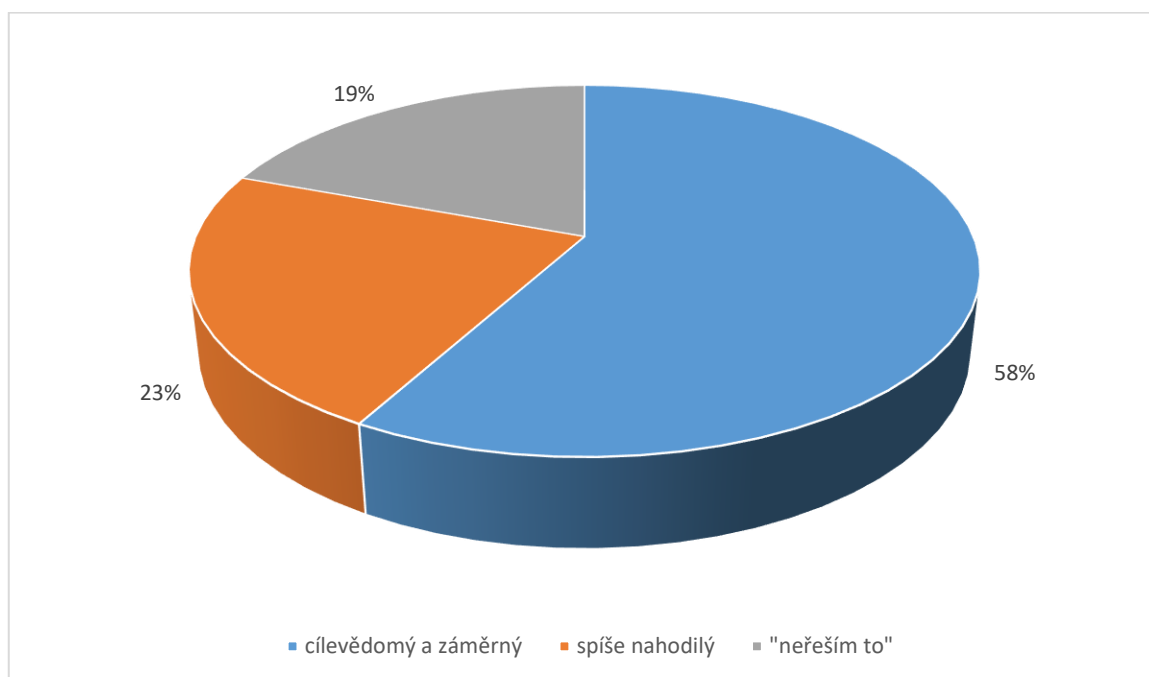
**Graf 11** Protektivní faktory podporující zvládání nároků práce

Nejčastěji respondenti uváděli jako protektivní faktor rodinné zázemí. Tento faktor se objevil v odpovědích 63 dotazovaných. Jako druhý nejčastější protektivní faktor z výsledků empirického šetření vyplynula relaxace a duševní hygiena po práci. Tento faktor dle svého vyjádření využívá 56 oslovených pracovníků hospicové a paliativní péče. Výrazně méně se v odpovědích objevila supervize, kterou má dle svého vyjádření možnost využívat 28 respondentů. Je tak zřejmé, že při využívání supervize existují v zařízeních hospicové a paliativní péče velké rezervy, které kdyby se podařilo využít, tak by bylo možno ze strany některých pracovníků jejich práci lépe zvládat. Tato okolnost by se zcela jistě pozitivně odrazila v jejich práci s klienty a ve vztahu k nim. Pro 25 respondentů vystupuje jako protektivní faktor jejich víra. Nejedná se v porovnání s dalšími protektivními faktory o nijak frekventovaný faktor, avšak v souvislosti s ním je třeba si uvědomit stupeň sekularizace naší společnosti. Podle průzkumu agentury STEM z roku 2018 se totiž za věřící považuje jen čtvrtina Čechů, přičemž podle zjištění tohoto průzkumu počet věřících v posledním čtvrtletí stagnuje, zatímco počet osob hlásících se k ateismu za stejné období vzrostl o polovinu

(ČTK, 2018). Podíl respondentů, kteří víru uvedli jako protektivní faktor (26,88 %) tak odpovídá výsledkům tohoto průzkumu. Dalších 5 oslovených pracovníků hospicové a paliativní péče jako protektivní faktor uvedlo užívání psychofarmak. Na toto zjištění empirického šetření je možno nahlížet ze dvou pohledů. První pohled může spočívat v hodnocení tohoto stavu jako extrémního, k němuž by nemělo docházet. Druhý pohled pak spočívá v konstatování, že tito jedinci řeší své případné obtíže s odborníky, což je lepší případ, než kdyby tento stav nijak neřešili. Celkem 7 respondentů uvedlo ve volné odpovědi dva různé protektivní faktory – 4 respondenti za něj označilo přátele a známé a 3 respondenti pak zmínili jako protektivní faktor svůj životní optimismus. U těchto 3 respondentů se patrně jedná o protektivní faktor, který Kobasa (1979, 1982) a její spolupracovníci (Kobasa et al., 1982) označují pojmem „odolnost hardiness“.

### 3.5.11 Přístup ke zvládání nároků práce v zařízení hospicové a paliativní péče

Následující položka v dotazníku se opět zaměřila na zvládání nároků práce v zařízeních hospicové a paliativní péče, a to z pohledu přístupu respondentů k tomuto zvládání. Ten může i výrazně ovlivňovat působení práce na daného jedince, přičemž tento přístup může být buďto cílevědomý a záměrný, spíše nahodilý nebo se daný jedinec o tuto záležitost nemusí zajímat vůbec. Jak tomu je v případě respondentů, to je zřejmé z grafu 12.



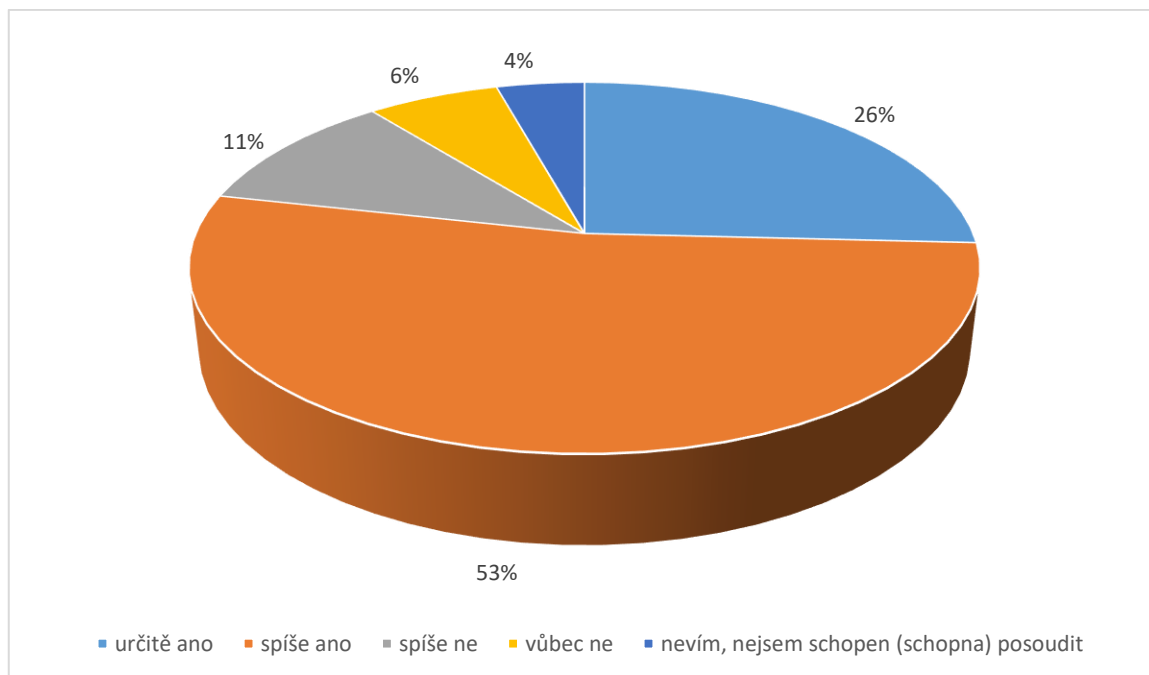
**Graf 12** Přístup ke zvládání nároků práce v zařízení hospicové a paliativní péče



Z grafu 12 je možno vyčíst, že největší část respondentů – konkrétně 54 (58,06 %) – má ke zvládání nároků v zařízení hospicové a paliativní péče cílevědomý a záměrný. Tento přístup je možno jednoznačně označit za optimální, protože umožňuje radě předcházet celé řadě rizik, které z profese pracovníka hospicové a paliativní péče mohou vyplývat. Lze jej označit i za potenciálně efektivní, poněvadž umožňuje dosahovat synergického efektu. Uvedené již tolik neplatí o spíše nahodilém přístupu, který uplatňuje 21 dotazovaných (22,58 %). Lze se domnívat, že tak činí až tehdy, když se u nich vyskytnou problémy. Nejde o přístup vyloženě špatný, avšak řešení problémů v době, kdy se již vyskytnou, je daleko náročnější, nežli jim předcházet. Naprosto nevyhovující je pak přístup 18 respondentů (19,35 %), kteří u této položky zatrhli odpověď znění „neřeším to“. Tento přístup jim může časem zapříčinit velké problémy, jejichž řešení bude velmi náročné. Na takové respondenty by se mělo především zaměřit vedení zařízení hospicové a paliativní péče.

### **3.5.12 Vytváření podmínek pro zvládání nároků práce v zařízeních hospicové a paliativní péče**

Předposlední položka v dotazníku byla zaměřena na to, jak jsou respondentům v zaměstnání vytvářeny podmínky pro zvládání nároků práce v zařízení hospicové a paliativní péče. U zmíněné položky, která byla formulována „Jsou u Vás v zaměstnání vytvářeny pracovníkům podmínky pro zvládání nároků práce v zařízeních hospicové a paliativní péče?“, šlo o jejich subjektivní hodnocení této záležitosti. Vzhledem k hodnoticímu aspektu této položky byly odpovědi opět založeny na Likertově škále. Jejich výběr byl následující: „určitě ano“, „spíše ano“, „spíše ne“, „určitě ne“, „nevím, nejsem schopen (schopna) posoudit“. Četnosti těchto odpovědí jsou zachyceny v grafu 13.

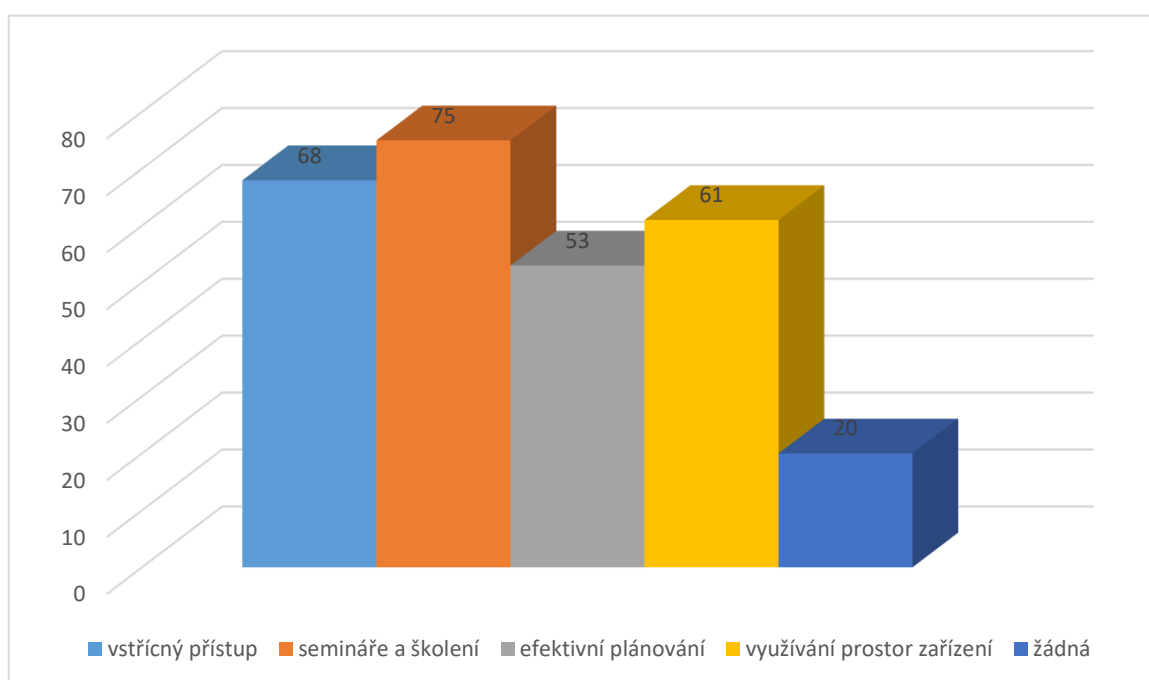


**Graf 13** Vytváření podmínek pro zvládání nároků práce v zařízeních hospicové a paliativní péče

K této záležitosti přibližně čtvrtina dotazovaných uvedla, že mají v zaměstnání vytvářeny podmínky pro zvládání nároků své práce. Konkrétně těchto respondentů bylo 24 (25,81 %). Dalších 49 oslovených pracovníků hospicové a paliativní péče (52,69 %) pak uvedlo, že tyto podmínky jsou jim vytvářeny spíše. Z uvedeného tak vyplývá, že podle názoru zhruba tří čtvrtin respondentů jsou jim v různém stupni vytvářeny podmínky pro zvládání nároků jejich práce, což je možno označit za velmi slušný výsledek. Stejně jako není jednoduché samotné poskytování hospicové a paliativní péče, není v žádném případě snadné řídit v různých oblastech činnost zařízení, v nichž je tato péče poskytována. Že je ve většině z nich věnována pozornost vytváření podmínek pro jejich zaměstnance v tom směru, aby zvládaly nároky práce při poskytování hospicové a paliativní péče, je možno hodnotit jednoznačně kladně. Celkem 16 respondentů v různém stupni zastává opačný názor – 10 dotazovaných (10,75 %) uvedlo, že jim v tomto směru podmínky spíše nejsou vytvářeny a 6 respondentů (6,45 %) má za to, že jim vytvářeny nejsou vůbec. Další podobně zaměřený výzkum by se mohl zaměřit na to, jaké by podle takových respondentů měla jejich zařízení přijímat v uvažovaném směru opatření. Zbylí 4 respondenti (4,31 %) nebyli schopni k této problematice zaujmout vyhraněné stanovisko. Jednalo se ve všech případech o respondenty s délkou praxe do pěti let, tudíž se dá předpokládat, že podle jejich názoru nemají dostatek informací k tomu, aby tuto záležitost mohli posoudit.

### 3.5.13 Přijímaná opatření pro zvládání nároků práce v zařízeních hospicové a paliativní péče

Poslední položka dotazníku byla koncipována jako otevřená a dotazovala se respondentů na to, v čem podle jejich názoru vytváření podmínek pro zvládání nároků práce v zařízeních hospicové a paliativní péče spočívá. Při vyhodnocování odpovědí z dotazníků bylo opět nezbytné využít určité míry zobecnění a abstrakce a vzhledem k tomu byly vytvořeny určité kategorie odpovědí, které o předmětné záležitosti vypovídají. O jaké kategorie se jedná, to je zřejmé z grafu 14.



**Graf 14** Přijímaná opatření pro zvládání nároků práce v zařízeních hospicové a paliativní péče

Nejčastějším opatřením pro zvládání nároků práce v zařízeních hospicové a paliativní péče podle odpovědí jsou semináře a školení k problematice duševní hygieny. Toto opatření uvedlo 75 respondentů. Druhým nejčastějším takovým opatřením je na základě odpovědí 68 respondentů vstřícný a laskavý přístup vedení zařízení. Uvedený fakt náleží k zajímavým zjištěním provedeného empirického šetření, neboť velké části respondentů je management zařízení vzorem empatického a vstřícného přístupu, který pak oni sami mohou uplatňovat ve vztahu ke svým klientům. Pro 61 dotazovaných je přínosem to, že mohou využívat prostory zařízení, jakými jsou např. kaple, místnosti pro relaxaci apod. Rovněž toto zjištění je možno vnímat pozitivně, protože díky němu jsou různé prostory zařízení hospicové a paliativní péče využívány co nejvíce efektivně. Celkem 53 dotazovaných v uvažovaném

ohledu s povděkem kvituje, že jsou jim efektivně plánovány pracovní směny a činnosti. Tak je možno zajistit, aby respondenti mohli optimálně využívat fond pracovní doby, což vylučuje zbytečné prostoje v důsledku nevyužitého času a eliminuje nutnost plnění velkého množství úkolů v krátkém časovém úseku. Díky tomu mohou být případné volné chvíle využity k duševní hygieně pracovníků. Podle 10 respondentů žádná opatření přijímána nejsou. Jedná se tytéž respondenty, kteří u předchozí položky uvedli, že podle jejich názoru nejsou vůbec v jejich zařízení vytvářeny podmínky pro zvládání nároků práce v zařízeních hospicové a paliativní péče, a dále o ty respondenty, kteří nejsou tuto okolnost schopni posoudit.

### 3.6 Vyhodnocení výzkumných otázek

Dříve prezentované výsledky empirického šetření s pracovníky zařízení hospicové a paliativní péče dovolují zodpovědět na počátku tohoto šetření formulované dílčí výzkumné otázky.

**Dílčí výzkumná otázka č. 1** zní následovně: „Co vedlo pracovníky hospicové a paliativní péče k volbě jejich profese?“ K této dílčí výzkumné otázce z empirického šetření vyplynulo, že pohnutky těchto pracovníků byly poměrně různorodé. Část z nich hodlala pomáhat druhým lidem, další část chtěla nalézt uplatnění ve vystudovaném oboru, ale našli se i tací, kteří nemohli najít v místě svého bydliště a v jeho okolí lepší práci, a proto si zvolili svoji současnou profesi. Dva respondenti dokonce uvedli, že si profesi pracovníka hospicové a paliativní péče zvolili ze zvědavosti. Tyto pohnutky se odrazily v názorech respondentů na volbu své stávající profese s odstupem času i postoji k otázce, zda by si svoji současnou profesi zvolili případně znovu. Přibližně čtyři pětiny tuto svoji volbu s odstupem času hodnotilo jako dobrou. Přibližně stejné množství respondentů by si v případné nové volbě profese zvolilo své nynější povolání znovu.

**Dílčí výzkumná otázka č. 2** je formulována takto: „Jak pracovníci hospicové a paliativní péče zvládají svoji práci?“ K této dílčí výzkumné otázce se v dotazníku vázalo několik položek. Předně se jednalo o položku, která u těchto pracovníků zjišťovala, jak se obvykle cítí po příchodu ze zaměstnání. V tomto ohledu bylo zjištěno, že převážná část dotazovaných se cítí zcela v pohodě nebo spíše v pohodě. Jen malá část dotazovaných je po příchodu domů v nepohodě. V odpovědích na tuto položku se promítal i postoj respondentů ke smrti a potažmo i k umírání. Část respondentů by nepohodu po příchodu ze zaměstnání řešila

změnou zaměstnání. V souvislosti se subjektivním hodnocením vlivu obtíží a nároků spojených s péčí o umírající osoby bylo u respondentů zjišťováno, zda na sobě pociťují symptomy syndromu vyhoření. Tyto symptomy deklaroval přitom přibližně každý pátý dotazovaný. Jednoznačně nejnáročnější pro pracovníky hospicové a paliativní péče je fyzická manipulace s klienty a po ní i zakoušené pocity bezmoci. Péče o umírající však ovlivňuje v osobním životě jen malou část respondentů.

**Výzkumná otázka č. 3** se táže následovně: „Jaké strategie pracovníci hospicové a paliativní péče volí ke zvládnání případných obtíží a nároků spojených s péčí o umírající osoby?“ K této výzkumné otázce se v první řadě v dotazníku vázala položka, která u respondentů zjišťovala, co jim pomáhá zvládat nároky práce v zařízeních hospicové a paliativní péče. Nejvíce jim v tomto směru pomáhá rodina, poté relaxace a duševní hygiena po práci, méně již supervize a nakonec i víra. V tomto ohledu je však možno upozornit na skutečnost, že pouze necelé tři pětiny dotazovaných k těmto otázkám přistupuje cílevědomě a záměrně. U těchto tak lze hovořit o strategiích zvládnání pracovní zátěže. Přístup ostatních je víceméně nahodilý či dokonce nihilistický, když tuto oblast vůbec neřeší. Při zvládnání nároků jejich profese jim obvykle jsou nápomocni i jejich zaměstnavatelé, kteří tak činí různými způsoby. K nim náleží zvláště vstřícný přístup vedení zařízení, pořádání seminářů a školení k problematice duševní hygieny nebo umožnění využívání prostor zařízení hospicové a paliativní péče.

### **3.7 Doporučení pro praxi**

Umírání a smrt je něčím, s čím se pracovníci v zařízeních hospicové a paliativní péče setkávají velmi často. Proto by měli zájemci o práci v této profesi, potažmo osoby při volbě studia příslušného směru vzít tuto skutečnost zodpovědně do úvahy. Ne každý člověk je schopen se s každodenním kontaktem se smrtí vyrovnat a tento jeho nedostatek může vést nejen u něj k celé řadě problémů. Proto prvním doporučením pro praxi je, že by každý zájemce o práci v profesi pracovníka hospicové a paliativní péče velmi důkladně a zodpovědně zvážil, zda bude schopen se přes každodenní kontakt s umíráním a smrtí, ale i přes smutek příbuzných umírajících a zesnulých se přenést.

Ukazuje se, že v každé pomáhající profesi, tedy i v profesi pracovníka hospicové a paliativní péče, má velký význam supervize. Z empirického šetření však vyplynulo, že v této oblasti mají zařízení hospicové a paliativní péče určité rezervy, které je třeba využít. K praktikování supervize je však třeba poznamenat, že ji nelze pojímat jako nějakou formální činnost,

neřkuli jako kontrolu podřízených pracovníků. Častou chybou v souvislosti se supervizí je, že je zadávána externím subjektům, kdy jejím výsledným produktem je několikastránková fádňní závěrečná zpráva, která pro zadavatele nemá jakýkoliv praktický význam (viz např. Šebestová, 2011). Aby se management zařízení hospicové a paliativní péče tomuto nedostatku vyhnul, je třeba, aby měl na paměti, že supervize není kontrola ani benchmarking.

Z výsledků empirického šetření dále vyplynulo, že ne všichni respondenti věnují dostatečnou pozornost psychohygieně, která je pro pracovníky hospicové a paliativní péče nesmírně důležitá. V této souvislosti je inspirativní doporučení pro optimální skladbu programu wellness od Cathal (2007):

- 10 % pohybových aktivit;
- 20 % péče o tělo;
- 10 % zdravé výživy;
- 20 % komunikace, vztahů, emocí a citů;
- 20 % mentálního rozvoje; 10 % kontaktu s přírodou a
- 10 % duchovního rozvoje.

Taktéž se ukazuje, že velký význam pro zvládnání nároků profese pracovníka hospicových a paliativních služeb má přístup managementu příslušných zařízení. Jeho příslušníci mohou jít personálu vzorem svým empatickým a citlivým chováním, které nemusí být vždy samozřejmostí. V této souvislosti je možno poznamenat, že takový přístup nevyžaduje žádné finanční prostředky, kterých v napjatých rozpočtech zařízení hospicových a paliativních služeb není v žádném případě dostatek.

## ZÁVĚR

Cílem této bakalářské práce bylo formou literární rešerše objasnit různé pohledy na smrt a umírání a charakterizovat paliativní a hospicovou péči a v návaznosti na tuto rešerši realizovat empirické šetření k tomu, jak se umírání a smrt odráží jak v jejich názorech, tak i v jejich životech.

V teoretické části tak byly nejprve rozebrány čtyři různé pohledy na smrt – pohled filozofický a náboženský, dále pohled biologický a lékařský a konečně i pohled psychologický. Následně bylo charakterizováno z různých úhlů pohledu umírání. Byl zde vymezen samotný pojem „umírání“ a poté vysvětleny modely umírání a reakce umírajícího na přicházející smrt. Druhá kapitola přiblížila, co je paliativní péče a péče hospicová. Ačkoliv mají řadu shodných znaků (především péči o nevléčitelně nemocného člověka, který směřuje ke smrti), je třeba oba uvedené druhy péče chápat jako samostatné.

V empirické části byly prezentovány výsledky empirického šetření, které bylo provedeno s pracovníky hospicové a paliativní péče ze zařízení v Olomouckém kraji. Je tak třeba poukázat na to, že závěry formulované v této práci je proto možno vztáhnout toliko na tento kraj. Realizované empirické šetření mělo přinést odpovědi na tři dílčí výzkumné otázky. Ta první se zaměřila na to, co vedlo pracovníky hospicové a paliativní péče k volbě právě této profese. Respondenti k této záležitosti nejčastěji uváděli, že to byla snaha pomáhat druhým lidem, nebo že se chtěli uplatnit v oboru, který vystudovali. Vzhledem k těmto pohnutkám větší část respondentů s odstupem času tuto svoji volbu hodnotili kladně, a pokud by se znovu v téže věci rozhodovali, tak by volili stejně. Následující dílčí výzkumná otázka byla orientována na to, jak respondenti hodnotí vliv obtíží a nároků spojených s péčí o umírající osoby na sebe samé. K této problematice z výsledků empirického šetření vyplynulo, že převážná část respondentů se po příchodu ze zaměstnání cítí v pohodě a že je péče o umírající v zásadě neovlivňuje v jejich osobním životě. Na druhé straně však přibližně každý pátý dotazovaný uvedl, že na sobě pocítuje symptomy syndromu vyhoření. Za nejvíce náročné aspekty péče o umírající respondenti označili fyzickou manipulaci s klienty a pocity bezmoci. Fokus poslední výzkumné otázky byl upřen na strategie využívané respondenty ke zvládnutí obtíží a nároků spojených s péčí o umírající osoby. Nejvíce respondentům v tomto ohledu pomáhá rodinné zázemí a relaxace a duševní hygiena po práci. Cílevědomý a záměrný přístup k těmto otázkám mají však pouze necelé tři pětiny z nich. Podíl na zvládnutí jejich práce má z velké části také vytváření podmínek ze strany zařízení.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

ADAM, Zdeněk a Jiří VORLÍČEK. *Paliativní medicína*. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-437-1.

BAŠTECKÁ, Bohumila. *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-735-3.

BLUMENTHAL-BARBY, Kay. *Kapitoly z thanatologie*. Praha: Avicenum, 1987.

BOERSMA, Isabel, MIYASAKI, Janis, KUTNER, Jean a Benzi KLUGER. Palliative care and neurology: time for a paradigm shift. *Neurology*, 2014, roč. 83, č. 6, s. 561-567. ISSN 0028-3878.

BOLT, Sascha R., VAN DER STEEN, Jenny T., SCHOLS, Jos M. G. A., ZWAKHALEN, Sandra M. G., PIETERS Sabine a Judith M. M. MEIJERS. Nursing staff needs in providing palliative care for people with dementia at home or in long-term care facilities: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies*, 2019, roč. 96, č. August, s. 143-152. ISSN 0020-7489.

CATHALA, Hana. *Wellness: od vnějšího pohybu k vnitřnímu klidu*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2323-5.

ČTK. *Mezi Čechy je čtvrtina věřících, třetina se označuje za ateisty, ukázal průzkum* [online]. © 1999 – 2021 Economia, a.s., 18. prosince 2018. [cit. 2021-04-18]. Dostupné z: <https://zpravy.aktualne.cz/domaci/ctvrtina-cechu-se-povazuje-za-verici-tretina-za-ateisty-ukaz/r~df700ff402b411e9b2380cc47ab5f122/>.

DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-246-0139-7.

DOHNALOVÁ, Zdeňka. Pohledy na smrt očima řeholních sester. *Český lid*, 2012, roč. 99, č. 4, s. 445-462. ISSN 0009-0794.

DUROZOI, Gérard a André ROUSSEL. *Filozofický slovník*. Praha: EWA, 1994. ISBN 80-85764-07-5.

FIRTH, Pam, Gill LUFF a David OLIVIERE, ed. *Ztráta, změna a zármutek v kontextu paliativní péče*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. Paliativní péče. ISBN 978-80-87029-21-3.



GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-85931-79-6.

GROF, Stanislav. *Lidské vědomí a tajemství smrti*. Vydání druhé. Praha: Argo, 2017. ISBN 978-80-257-2214-5.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2., přeprac. vyd. Praha: Galén, c2007. ISBN 978-80-7262-471-3.

KOBASA, Suzanne C. Stressful life events, personality, and health: an inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1979, roč. 37, č. 1, s. 1-11.

KOBASA, Suzanne C. The hardy personality: Toward a social psychology of stress and health. In: SANDERS, Glenn S. a Jerry SULLS. (Eds.). *Social Psychology of Health and Illness*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum, 1982. ISBN 0-8058-0554-0, s. 3-32.

KOBASA, Suzanne C., MADDI, Salvatore R. a Stephen KAHN. Hardiness and health: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1982, roč. 42, č. 1, s. 168-177. ISSN 0022-3514.

KOŘÍNEK, Martin. *Statistické zpracování dat*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. Texty k sociální práci. Výzkumné metody v sociální práci. ISBN 978-80-7435-399-4.

KOZÁKOVÁ, Radka. *Podpůrná a paliativní péče u pacientů s Parkinsonovou nemocí*. Praha: Grada Publishing, 2020. Sestra. ISBN 978-80-271-2896-9.

KOZOŇ, Antonín. *Supervízia. Sociálno-psychologický výcvik*. Sládkovičovo: Vysoká škola Danubius, 2020. ISBN 978-80-8167-072-5.

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

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

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

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O smrti a životě po ní*. Klatovy: Aquamarin, 1997. ISBN 80-901922-9-7.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *Otázky a odpovědi o smrti a umírání*. Turnov: Arica, 1994. ISBN 80-85878-12-7.

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

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007. Sestra. ISBN 978-80-247-2069-2.

MAČÁK, Jiří, Jana MAČÁKOVÁ a Jana DVOŘÁČKOVÁ. *Patologie*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3530-6.

MAREŠ, Jiří. *Manuál pro tvůrce a uživatele studentského posuzování výuky*. Praha: Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1234-8.

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

MASLACH, Christina. Job Burnout – How People Cope. *Public Welfare*, 1978, roč. 36, č. 2, s. 56-58. ISSN 0033-3816.

MCLAUHLIN, Andrew. *Co se skutečně stane po smrti: kosmologie a vy*. Praha: Dobrovský, 2019. Knihy Omega. ISBN 978-80-7390-862-1.

MOODY, Raymond A. *Život po životě*. Vyd. 3. V Praze: Knižní klub, 2005. ISBN 80-242-1300-1.

NÁRODNÍ SOUSTAVA POVOLÁNÍ. *Prestížní povolání* [online]. © 2017 Ministerstvo práce a sociálních věcí, 13. července 2020. [cit. 2021-04-17]. Dostupné z: <https://nsp.cz/aktuality/prestizni-povolani>.

NAVRÁTILOVÁ, Alexandra. „Nečistí zemřelí“ v posmrtných a pohřebních obřadech českého lidu. *Český lid*, 1996, roč. 83, č. 1, s. 21-31. ISSN 0009-0794.

O'CONNOR, Margaret a Sanchia ARANDA. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2005. Sestra. ISBN 80-247-1295-4.

ONDREJKOVIČ, Peter. *Úvod do metodologie sociálních věd: Základy metodologie kvantitativního výzkumu*. [Bratislava]: Regent, 2005. ISBN 80-88904-35-8.

PASTRANA, Tania, JÜNGER, Saskia Maria Elisabeth, OSTGATHE, Christoph, ELSNER, Frank a Lukas RADBRUCH. A matter of definition--key elements identified in a discourse

analysis of definitions of palliative care. *Palliative Medicine*, 2008, roč. 22, č. 3, s. 222-232. ISSN 1096-6218.

PETRÁČKOVÁ, Věra et al. *Akademický slovník cizích slov*. Praha: Academia, 1997. ISBN 80-200-0607-9.

REJZEK, Jiří. *Český etymologický slovník*. 2., nezměn. vyd. Voznice: Leda, 2012. ISBN 978-80-7335-296-7.

ROTTER, Hans. *Důstojnost lidského života: [základní otázky lidské etiky]*. Praha: Vyšehrad, 1999. Cesty. ISBN 80-7021-302-7.

SEIDL, Zdeněk. *Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2733-2.

SHARMA, Arun Kumar. *Text book of elementary statistics*. New Delhi: Discovery Publishing House, 2005. ISBN 81-7141-953-4.

SKÁLA, Bohumil. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře 2011: [novelizace 2011]. Autoři Bohumil Skála ... [et al.]*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, c2011. Doporučené postupy pro praktické lékaře. ISBN 978-80-86998-51-0.

SKOPALOVÁ, Jitka. O smrti a umírání. *Sociální práce/Sociálna práca*, 2010, roč. 10, č. 2, s. 64-70. ISSN 1213-6204.

SLÁMA, Ondřej a Štěpán ŠPINKA. *Koncepce paliativní péče v ČR: pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi*. Praha: Cesta domů, c2004. ISBN 80-239-4330-8.

SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 4. vyd. Praha: Ecce homo, 1999. ISBN 80-902049-2-9.

STEMMARK. *Dříve vyslovená přání. Závěrečná zpráva*. Říjen 2015. Praha: Stemmark, 2015. 80 s. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/sites/default/files/custom-files/cesta-domu-zprava-umirani-a-pece-o-nevylecitelne-nemocne-2015.pdf>.

ŠEBESTOVÁ, Petronela. Základný model supervízie v sociálnej práci je biznis. In: KOZOŇ, Antonín a Milan HEJDIŠ (Eds.). *Sociálna a ekonomická integrácia a dezintegrácia v bezpečnosti jedinca a spoločnosti*. Trenčín: SpoSoIntE, 2011. ISBN 978-80-89533-02-2, s. 323-331.

ŠTEFAN, Jiří a Jiří HLADÍK. *Soudní lékařství a jeho moderní trendy*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3594-8.

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.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.

VESELÁ, Jana a Petra KANIOKOVÁ VESELÁ. *Sociologické aspekty managementu*. Praha: Grada, 2011. Sociologie. ISBN 978-80-247-2792-9.

VEVERKOVÁ, Eva, Eva KOZÁKOVÁ, Jan MATEK, Veronika ZACHOVÁ a Pavel SVOBODA. *Ošetrovatelské postupy pro zdravotnické záchranáře II*. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-2099-4.

VIDO, Roman. Smrt – blízká, či vzdálená? *Sociální studia*, 2011, roč. 8, č. 2, s. 7-12. ISSN 1214-813X.

VIRT, Günter. *Žít až do konce: etika umírání, smrti a eutanazie*. Praha: Vyšehrad, 2000. Cesty. ISBN 80-7021-330-2.

VOJTÍŠEK, Zdeněk, Pavel DUŠEK a Jiří MOTL. *Spiritualita v pomáhajících profesích*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0088-8.

WALKER, Ian. *Výzkumné metody a statistika*. Praha: Grada, 2013. Z pohledu psychologie. ISBN 978-80-247-3920-5.

YALOM, Irvin D. *Pohled do slunce: o překonávání strachu ze smrti*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0740-5.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

## SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

aj. a jiné

apod. a podobně

Sb. Sběrka zákonů

**SEZNAM GRAFŮ**

<b>Graf 1</b> Složení výběrového souboru podle věkových kategorií.....	33
<b>Graf 2</b> Složení výběrového souboru podle délky praxe v hospicové a paliativní péči .....	34
<b>Graf 3</b> Důvody volby práce v zařízeních hospicové a paliativní péče.....	35
<b>Graf 4</b> Hodnocení volby profese pracovníka hospicové a paliativní péče s odstupem času .....	37
<b>Graf 5</b> Postoj k případné opětovné volbě profese pracovníka hospicové a paliativní péče	38
<b>Graf 6</b> Postoj respondentů ke smrti.....	39
<b>Graf 7</b> Pocity respondentů při odchodu ze zaměstnání.....	41
<b>Graf 8</b> Subjektivní hodnocení výskytu symptomů syndromu vyhoření u respondentů.....	43
<b>Graf 9</b> Nejnáročnější aspekty péče z pohledu respondentů .....	44
<b>Graf 10</b> Ovlivnění osobního života respondentů péčí o umírající .....	46
<b>Graf 11</b> Protektivní faktory podporující zvládání nároků práce .....	47
<b>Graf 12</b> Přístup ke zvládání nároků práce v zařízení hospicové a paliativní péče.....	48
<b>Graf 13</b> Vytváření podmínek pro zvládání nároků práce v zařízeních hospicové a paliativní péče .....	50
<b>Graf 14</b> Přijímaná opatření pro zvládání nároků práce v zařízeních hospicové a paliativní péče .....	51

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Dotazník pro pracovníky zařízení hospicové a paliativní péče

# PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK PRO PRACOVNÍKY ZAŘÍZENÍ HOSPICOVÉ A PALIATIVNÍ PÉČE

Vážená paní, vážený pane.

Jsem studentkou Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. V rámci svého studia zpracovávám bakalářskou práci na téma *Umírání a smrt pohledem pracovníků paliativní a hospicové péče*. Proto se obracím na Vás s tímto anonymním dotazníkem, který má za cíl získat data pro empirickou část této práce. Pokud není uvedeno jinak, zatrhněte u každé otázky pouze jednu odpověď, která nejvíce vystihuje Váš názor, stav apod. Tam, kde je to možné, stručně a výstižně uveďte svůj názor.

Děkuji za spolupráci.

Jindra Horáková

**1.) Jsem:**

a.) žena

b.) muž

**2.) Do jaké spadáte věkové kategorie?**

a.) do 20 let

b.) 21 až 30 let

c.) 31 až 40 let

d.) 41 až 50 let

e.) 51 až 60 let

f.) 61 a více let

**3.) Jak dlouho pracujete v hospicové a paliativní péči?**

a.) do 5 let

b.) 6 až 10 let

c.) 11 až 20 let

d.) 21 a více let

**4.) Co Vás vedlo k volbě práce v zařízení hospicové nebo paliativní péče? Uveďte:**

**5.) Jak s odstupem času hodnotíte toto své rozhodnutí?**

a.) jako zcela dobré

b.) jako spíše dobré

c.) jako spíše špatné

d.) jako zcela špatné

e.) nevím/nejsem schopen (schopna) posoudit

**6.) Kdybyste se znovu rozhodoval(a) o výběru své profese, vybral(a) byste si znovu práci v zařízení hospicové a paliativní péče?**

a.) určitě ano

b.) spíše ano

c.) spíše ne

d.) určitě ne

e.) nevím/nejsem schopen (schopna) posoudit

**7.) Jaký je Váš postoj ke smrti?**

a.) je to přirozená součást lidského života, se kterou jsem srovnán(a)

b.) je to něco pro mě neznámého, z čeho mám strach

c.) nijak zvlášť to neřeším

d.) něco jiného (uveďte):

**8.) Jak se obvykle cítíte při odchodu ze zaměstnání?**

a.) zcela v pohodě

b.) vcelku v pohodě

c.) spíše v nepohodě

d.) zcela v nepohodě

e.) nevím, nejsem schopen (schopna) posoudit



**9.) Co by podle Vás přispělo ke zlepšení tohoto stavu? Uveďte:**

**10.) Pociťujete na sobě známky syndromu vyhoření?**

- a.) vůbec nepociťuji                      b.) spíše nepociťuji                      c.) spíše pociťuji  
d.) zcela pociťuji                      e.) nevím, nejsem schopen (schopna) posoudit

**11.) Které aspekty péče jsou pro Vás nejnáročnější? (uveďte maximálně dva)**

- a.) fyzická manipulace s klienty                      b.) pocity bezmoci                      c.) obava z vlastní smrti  
d.) kontakt s rodinnými příslušníky klientů                      e.) něco jiného (uveďte):

**12.) V jaké míře Vás ovlivňuje péče o umírající v osobním životě?**

- a.) velmi ovlivňuje                      b.) spíše ovlivňuje                      c.) spíše neovlivňuje  
d.) vůbec neovlivňuje                      e.) nevím, nejsem schopen/schopna posoudit

**13.) Co Vám pomáhá zvládat nároky práce v zařízeních hospicové a paliativní péče?  
(lze uvést více odpovědí)**

- a.) víra                      b.) relaxace a duševní hygiena po práci                      c.) rodinné zázemí  
d.) supervize                      e.) psychofarmaka                      f.) něco jiného (uveďte):

**14.) Jak byste svůj přístup k těmto záležitostem charakterizoval(a)?**

- a) cílevědomý a záměrný                      b.) spíše nahodilý                      c.) neřeším to

**15.) Jsou u vás v zaměstnání vytvářeny pracovníkům podmínky pro zvládání nároků práce v zařízeních hospicové a paliativní péče?**

- a.) určitě ano                      b.) spíše ano                      c.) spíše ne  
d.) vůbec ne                      e.) nevím, nejsem schopen/schopna posoudit

**16.) V čem toto vytváření podmínek spočívá? (uveďte)**