

Univerzita Karlova v Praze

Filozofická fakulta

Katedra Pedagogiky / studijní obor Sociální pedagogika

Diplomová práce

Bc. Anna Mudrová

Sociálně-pedagogické aspekty profese pracovníka hospice v ČR

Socio-educational aspects of profession hospice worker in the Czech Republic

Praha 2014

PhDr. Karolína Burešová, Ph. D.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 12.12.2014

.....

Anna Mudrová

Abstrakt

Ve své diplomové práci bych se chtěla zabývat paliativní (hospicovou péčí) v ČR, vývojem této služby a legislativou s ní spojenou. Dále formami hospicové péče, službami pro rodinu a klienty. V další kapitole bych chtěla zmínit rizika a problémy, se kterými se pracovníci hospicové péče při své práci setkávají. Na tuto kapitolu bych navázala otázkou ochrany psychického zdraví pracovníků ze strany zaměstnavatele a dalšími možnostmi jak se vyhnout rizikovým faktorům, spojeným s výkonem této profese. Ve výzkumné části bych chtěla provést kvalitativní výzkum ve vybraném zařízení, zaměřený na problémy, se kterými se zaměstnanci nejčastěji potýkají a zda je podpora ze strany vedení dostatečná.

Klíčová slova : paliativní péče, sociálně-pedagogické aspekty, psychické zdraví, legislativa, formy hospicové péče, rizikové faktory a situace

Abstract

In my diploma thesis I would like to discuss palliative (hospice care) in the Czech Republic, development of services and legislation associated with it. Further forms of hospice care services for families and clients. In the next chapter I would like to mention the risks and problems that the employees of hospice care in their work meet. Of this chapter, I followed a question of psychic health workers by employers and other options to avoid the risk factors associated with the exercise of this profession. In the research part, I would like to do qualitative research on the selected device, focusing on problems that are often faced by employees and that the support of the leadership is sufficient.

Key words : palliative care, social and educational aspects, mental health, legislation, through hospice care, risk factors and situations

Obsah

Úvod.....	1
I. Teoretická část.....	4
1. Instituce zebezpečující paliativní péči v ČR a ve světě.....	10
1.1. Vymezení paliativní péče v kontextu sociální pedagogiky.....	4
1.2. Historie hospiců v ČR a ve světě.....	8
1.3. Formy hospicové péče.....	11
1.4. Analýza pracovních pozic v hospici.....	18
1.4.1. Obory medicínsky- ošetrovatelského charakteru.....	18
1.4.2. Obory sociálně-pedagogického charakteru.....	21
1.5. Současná legislativa spojená s paliativní péčí v ČR.....	22
1.6. Sociálně-pedagogické aspekty pracovníka hospice.....	23
2. Rizikové situace pracovníka hospice v sociálně-pedagogickém kontextu... 25	25
2.1. Rizikové situace v hospici ze sociálně-pedagogického hlediska.....	25
2.2. Nejčastější příčiny syndromu vyhoření v paliativní péči.....	29
2.3. Deprese a psychické problémy ohrožující pracovníka hospice.....	32
2.4. Stres v kontextu paliativní péče.....	34
2.5. Vymezení stresu, syndromu vyhoření a deprese.....	36
3. Sociálně-pedagogická prevence rizikových situací pracovníka hospice.....	38
3.1. Supervize v hospicovém zařízení jako nástroj sociální pedagogiky.....	38
3.2. Pracovní klima a kultura organizace v hospici.....	44
3.3. Prevence syndromu vyhoření v profesích pracovníka hospice.....	45
3.4. Způsoby zvládání životních těžkostí pracovníků hospice.....	48
3.5. Motivace k výkonu profese pracovníka hospice.....	52
II. Výzkumná část.....	55
1. Formulace výzkumu.....	55
2. Metody a techniky výzkumu.....	58
2.1. Druh výzkumu a výzkumná otázka.....	58
2.2. Výzkumný vzorek.....	59
2.3. Etika výzkumu.....	61
2.4. Fáze výzkumu.....	62
2.5. Okruhy výzkumu.....	63
3. Analýza dat.....	65

4. Kategorie výzkumu a interpretace dat.....	67
4.1. Sociálně-pedagogické aspekty a jejich souvislost se zvládáním rizikových faktorů.....	65
4.2. Rizikové faktory pracovníka hospice.....	71
4.3. Psychická úskalí profese pracovníka hospice.....	73
4.4. Prevence rizikových faktorů sociálně-pedagogického charakteru.....	75
5. Vyhodnocení získaných dat.....	78
6. Navrhovaná opatření.....	81
7. Diskuze.....	83
Závěr.....	85
Seznam použité literatury.....	86

ÚVOD

Smrt a umírání tvoří spolu s narozením jednu z nejpřirozenějších součástí života. Přesto v dnešní době jako by se na to zapomínalo. Spolu s rozvojem moderní lékařské vědy smrt značí prohru, zklamání medicíny. Medicína za posledních několik desítek let zachránila mnoho životů, které by dříve vyhasly, ale někdy se je přesto zachránit nepodaří. Jsou lidé, kterým přes dostupnost lékařské vědy zbývá již jen málo času. Nikdo kromě nich nedokáže pochopit, jak se oni i jejich blízcí cítí a co prožívají. Kam se dál obrátit o pomoc, radu, útěchu? Právě od toho tu jsou zařízení paliativní péče-hospice. Ty poskytují jak klientům, tak jejich rodinám potřebnou emocionální útěchu, radí jak se orientovat ve stávající situaci a pomáhají s uspořádáním vlastních záležitostí. V neposlední řadě také poskytují zázemí, kde mohou pobývat klienti i se svými rodinami.

Z výše uvedeného výčtu služeb vyplývá, že je potřeba celá řada zaměstnanců, kteří mohou tyto služby poskytnout. V hospicích proto působí kromě lékařů, zdravotních sester a pečovatелů, poskytujících kvalifikovanou lékařskou a ošetrovatelskou službu, sociální pracovníci a psychologové, věnující se psychologické, sociálně-pedagogické a informativní podpoře klientů. V hospici je také duchovní, jelikož součástí zařízení bývá rovněž kaple. Pro žádoucí fungování týmu těchto lidí je potřeba, aby mezi nimi panovaly dobré mezilidské vztahy, tým byl komplexní, držel pospolu a společnými silami poskytoval tolik potřebnou oporu svým klientům. Pracovníci sociálně-pedagogické oblasti, do které lze zaměstnance hospice zařadit, jsou výrazně ohroženi stresem, syndromem vyhoření, či dokonce depresí. Tyto nepříznivé jevy způsobuje řada pracovních situací sociálně-pedagogického charakteru. Je proto v zájmu zařízení paliativní péče, aby poskytovala svým zaměstnancům potřebnou podporu, sledovala, jaké vztahy panují na pracovišti, zda jsou pracovníci v psychické pohodě a práce je stále naplňuje. V opačném případě se nemohou ani klienti cítit v hospicu dobře.

Hospicová péče se sice osobně nedotýká široké masy populace, ale pro ty, kteří se ocitnou v poslední fázi života, znamená zásadní pomoc, zaslouží si proto patřičnou pozornost a ocenění.

Práce v paliativní péči je na pomezí sociální a pedagogické oblasti a proto se touto

tématikou zabývá i diplomová práce. Dosavadní výzkumy v této oblasti se zabývaly především problematikou umírání z pohledu klientů těchto zařízení. Obsáhlý výzkum zadal mobilní hospic Cesta domů společnosti Stem/mark (Cesta domů, 2011) , zabývající se výzkumem veřejného mínění. Cílem bylo zjistit postoj veřejnosti i odborníků k péči o umírající. Další velmi zajímavý výzkum provedla Iva Otradovcová (2009) , stomická¹ sestra v hospici. Ta se zajímala o to, proč její pacienti mají zájem využívat i s celou rodinou služeb hospice. Diplomová práce se zaměřuje na samotné zaměstnance a jejich vnímání této profese. Zejména zde jsou zmíněny rizikové faktory profese pracovníka hospice sociálně-pedagogického charakteru. Tam jsou řazeny syndrom vyhoření, stres, deprese a konflikty na pracovišti. Tyto faktory způsobuje řada situací v pracovním nasazení.

Dále si diplomová práce pokládá otázku, jakým působem vedení zařízení pečuje o své zaměstnance, zda jim poskytuje dostatečnou oporu, sleduje jejich psychické rozpoložení důležité pro výkon profese a zda organizuje preventivní opatření proti syndromu vyhoření a dalším možným úskalím profese. Není-li někdo, kdo v této oblasti pracuje, schopen si jako hlavní cíl vytyčit důstojnost umírání a klidné prostředí pro klienty, ale očekává vyléčení a návrat do předešlého života, pravděpodobně velmi brzy vyhoří (Svatošová, 2003, s. 76). Proto i motivace pro výkon tohoto povolání je jedním z možných způsobů prevence syndromu vyhoření. Stručně řečeno, ten kdo je sám se sebou srovnaný a ví, proč danou práci dělá, nebude zklamaný a nepropadne se do propasti beznaděje, která je v této oblasti značným rizikem. Diplomová práce se inspirovala výzkumy autorů Růžičkové a Musila (2009) o motivaci dobrovolníků pro práci v hospici, dále projektem GAJA pod Jihočeskou Univerzitou (2013), který zkoumal profesní identitu sociálních pracovníků. O roli hodnot v identitě sociální práce pojednává studie Flídrové a Opatrného z roku 2014. Diplomová práce se také opírá o současnou legislativu v ČR.

Cílem diplomové práce na téma Sociálně pedagogické aspekty pracovníka hospice je v teoretické části poskytnout čtenáři vhled do problematiky paliativní péče z hlediska sociálně-pedagogického, seznámit jej s obtížemi a úskalími profese pracovníka hospice jako profese

¹Stomik je zdravotně postižený občan, který má dočasně nebo trvale vyvedený dutý orgán na povrch těla. Nejčastěji je vyvedeno tlusté střevo, tenké střevo nebo močové cesty, čímž dochází ke změně základních fyziologických funkcí, k neovládatelnému vyprazdňování stolice, střevního obsahu nebo moči nepřírozenou cestou s nutností používání stomických pomůcek. (Dostupné z : <http://www.ilco.cz/cojestoma.php>, MUDr. Jaroslav Lúčan, CSc.)

sociálně-pedagogického charakteru a dále uvést možná preventivní opatření potřebná pro zvládnání těchto jevů. Teoretická část je pojata jako analýza současné situace paliativní péče a podklad pro výzkumnou část. Cílem empirické části diplomové práce je ověřit, s jakými úskalími se pracovníci při výkonu své práce skutečně setkávají.

Dále chce zohlednit sociálně-pedagogické aspekty této profese a srovnat, jakou hrají roli v ohrožení riziky, zda je způsobují či napomáhají jejich zvládnání. Výzkumná část práce zjišťuje, zda je podle zaměstnanců podpora poskytovaná organizací dostatečná. Touto problematikou se diplomová práce zabývá i z hlediska organizací, kdy ověřuje, jaká preventivní opatření sociálně-pedagogického rázu pro ochranu psychického zdraví svým zaměstnancům poskytují. Po zhodnocení výsledků kvalitativního výzkumu je zde zamyšlení nad možnostmi prevence těchto jevů a navrnutí možných opatření.

Diplomová práce vychází z literatury české i zahraniční zabývající se paliativní péčí. V Čechách se problematikou paliativní péče zabývají zejména Helena Haškovcová a Marie Svatošová, zakladatelka českého hospicového hnutí. Diplomová práce se opírá i o řadu článků publikovaných v různých sociálně-pedagogických a psychologických časopisech a o současné výzkumy na poli paliativní péče.

I. Teoretická část

Teoretická část je pojata jako hlubší analýza celkové problematiky paliativní péče. Zabývá se opsáním rizikových faktorů, které jsou později ověřeny v empirické části a dále zkoumá možnosti prevence těchto jevů v kontextu sociální pedagogiky. Teoretická část nastiňuje výzkumný problém a předkládá ucelený popis současné situace paliativní péče a konkrétně hospiců. Zároveň uvažuje nad možnými problémy spojenými s profesí pracovníka hospice, které podrobněji zkoumá část empirická. Zamýšlí se nad situacemi sociálně-pedagogického rázu, které mohou daná úskalí vyvolat a zohledňuje sociálně-pedagogické aspekty v práci v hospicovém zařízení. Teoretická část diplomové práce se tedy pokouší na základě prostudování českých i zahraničních pramenů, zejména knižních, nastínit pohled do paliativní péče v kontextu sociálně-pedagogickém, přičemž cílem jednotlivých kapitol je seznámení čtenáře s oborem paliativní péče, rizikovými jevy spojenými s výkonem profese v této oblasti i preventivními opatřeními, která vedou k udržení psychické pohody zaměstnanců hospiců.

1. Instituce zabezpečující paliativní péči v ČR a ve světě

První kapitola, jak již napovídá samotný název, seznamuje čtenáře s terminologií spojenou s paliativní péčí v kontextu sociální pedagogiky. Předkládá krátký přehled historie hospiců, zabývá se pohledem na modely umírání a uvádí možné formy hospicové péče. Zevrubně popisuje jednotlivé pracovní pozice v hospici a upozorňuje na možnosti uplatnění absolventů sociálně-pedagogických oborů. Dále předkládá legislativní zakotvení paliativní péče a v poslední podkapitole vyzdvihuje sociálně-pedagogické aspekty profese pracovníka hospice, kterými se poté zabývá v empirické části.

1. 1. Vymezení paliativní péče v kontextu sociální pedagogiky

Paliativní péče je nazývána též útěšnou medicinou. Jedná se o ucelený systém pomoci umírajícím a jejich rodinám. (Haškovcová, 2007, s. 37). Dle světové zdravotnické organizace je paliativní péče: „ *Léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní² léčbu. Zabývá se jak léčbou nemoci a dalších symptomů, stejně jako řešením sociálních, psychologických a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní medicíny je*

² Kurativní léčba léčí příčiny nemoci. Výsledkem kurativní léčby je úplné vyléčení pacienta. (Haškovcová, 2009, s. 54)

dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin.“(WHO, Dostupné z :http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0003/98418/E82931.pdf).

Často také bývá uváděno, že klienti paliativní péče se nachází v terminálním stadiu nemoci, což znamená, že se jedná o pacienty nevléčitelně nemocné v posledním stadiu nemoci.

Charakterizovat paliativní medicínu lze v několika bodech: (Haškovcová, 2007, s. 38)

- Poskytuje úlevu od bolesti a jiných forem utrpení
- Přisvědčuje životu a chápe umírání jako přirozený proces
- Nabízí systematickou podporu pacientům i jejich rodinám
- Neusiluje ani o urychlení ani o nepřiměřené zadržování smrti
- Integruje psychologické a spirituální aspekty péče o pacienty

Sociální pedagogika je obor značně členitý, opírající se o poznatky z mnoha oblastí, navzájem propojených a utvářejících komplexní celek. Sociální pedagogika upozorňuje na společenské problémy dnešní doby a vytváří mechanismy, jak se s nimi vyrovnat a napomoci znevýhodněným skupinám. Hradecká (1995, s. 54) vidí v sociální pedagogice hraniční obor, využívající východisek sociologických, psychologických, sociálně-psychologických, sociálně politických a pedagogických. Pracovník paliativní péče při své práci využívá metod z různých oblastí, zejména z těch výše zmíněných a proto oblast paliativní péče má své místo v sociální pedagogice.

Do organizačního schéma paliativní péče patří v první řadě hospice, ale dle Rady Evropy³ lze do tohoto systému zahrnout i nesespecializovaná zařízení. Mezi ně patří neinstanční provozovatelé služeb, dobrovolníci, pracovníci agentur domácí péče, praktičtí lékaři a zdravotní sestry, specialisté na nepaliativní péči, pokud je v jejich možnostech paliativní péči poskytnout. (Haškovcová, 2007,s. 45). Hospice také vymezuje Světová zdravotní organizace (WHO, dostupné z: <http://www.euro.who.int>), která chápe hospicovou péči jako: „*aktivní komplexní péči o pacienty, jejichž onemocnění již nereaguje na kurativní léčbu. Stěžejní je kontrola bolesti a dalších symptomů, psychologických, sociálních a duchovních potíží. Cílem paliativní péče je dosažení nejlepší možné kvality života pacientů a jejich rodin.*“

Na závěr je uvedeno posláním hospiců tak, jak jej chápe jejich zakladatelka v ČR Mudr. Marie

³Mezivládní organizace sloučující 47 států Evropy, spolupracující navzájem

Svatošová (2007, s.3) , dle níž se jedná o *umění doprovázet*.

V souvislosti s umíráním je potřeba zmínit i modely umírání. Jedná se o dva modely: domácí a institucionální. V současné době se hovoří o odosobnění péče o umírající, dehumanizaci, nezájem rodiny strávit s umírajícím poslední chvíle a mít jej v domácí péči. Smrt ztrácí charakter sociálního aktu, umírá se za plentami v nemocnicích. Dá se nad tím polemizovat, nacházet důvody, proč tomu tak je, chápat je či naopak, ale je potřeba se podívat na oba dva modely umírání z hlediska odborného.

V dnešní době srovnávání snadno domácí model umírání vychází jako ten ideální. Člověk si představí umírajícího uloženého v čisté posteli, obklopeného kruhem rodinným, který mu poskytuje laskavý doprovod na onen svět. Pravdou je, že v minulosti umírali lidé především doma ve společnosti své rodiny, pokud tedy rodinu, zázemí a střechu nad hlavou měli. Pokud ne, umírali v chorobincích, na ulici, ve špitálech. Psychickou oporu umírajícím i příbuzným poskytovala obvykle víra, na zemi zastupovaná knězem, který poskytoval i poslední pomazání a doprovázel umírajícího na onen svět v jeho poslední hodině. Co nebylo zdaleka ideální, byla dostupnost, či spíše nedostupnost lékařské péče. Lékař chodil obvykle do rodin, které si jeho služby mohli dovolit a i zde mohl poskytnout maximálně morfium. Na druhou stranu, co je smrt a jak vypadá umírání, věděly i malé děti, smrt nebyla něčím, co by bylo odsouváno, byla přirozenou součástí života, tedy i péče o umírající probíhala samozřejmě. Každý věděl, nebo tušil, co má udělat, jak ulevit, o čem mluvit, ve které fázi umírání se příbuzný nachází. (Haškovcová, 2007, s. 27-28)

Institucionální model umírání byl znám také již v dávné minulosti, ovšem využívali jej obvykle pouze nemajetní či ti, kdo neměli rodinu, která by se o ně postarala. Institucionální model byl jakousi formou hanby pro ty, kteří neměli nikoho, kdo by se o ně postaral. Umíralo se v azylových domech, chorobincích či špitálech, ve velkých pokojích s mnoha postelemi a malým počtem ošetřujícího personálu, obvykle z řad duchovních. V druhé polovině dvacátého století zavládla vlna optimismu nad rozmachem vítězné medicíny, která jako by neměla hranic a uměla vyléčit každou nemoc. Smrt se stávala v této době ohromným selháním medicíny i člověka samotného. Se zvyšujícím se zájmem o lékařskou vědu byla potřeba zavést i prvky psychologické a sociální, které v ošetrovatelské praxi výrazně chyběly, nemocnice v šedesátých letech dvacátého století čelily kritice a označení „továrny na zdraví“.(Connor, 2009, s. 16). Docházelo i ke kritice tzv. Bílé plenty, která, ač měla dopřávat umírajícím klid, je pouze izolovala od okolí a stigmatizovala. Další vlnu kritiky zklidily návštěvní hodiny, které

byly v rámci klidového režimu umírajících zkráceny jen na některé dny a hodiny v týdnu. Zdravotnický personál nabyl dojmu, že jej návštěvníci při práci ruší. Pacienti pak umírali sami bez rodiny a příbuzní trpěli pocitu viny, že se nerozloučili. Institucionální model má nespornou výhodu zejména v kvalitní a kdykoliv dostupné lékařské péči a ulevy od bolesti. (Haškovcová, 2007, s. 30)

Jak domácí tak institucionální model mají své pro a proti, ideálním stavem by bylo skloubení obou modelů do jednoho, kdy by byla samozřejmostí dostupnost lékařské péče, úleva od bolesti, ale přitom účast příbuzných a blízkých. Právě o to se snaží hospicové hnutí ve všech svým formách, které budou další podkapitolou práce.

1.2. Historie hospiců v ČR a ve světě

První hospice vznikaly již ve středověku, ovšem jejich koncept se od dnešního značně lišil. Hospic znamenal jakýsi útulek na cestách, kde mohli poutníci přenocovat, nemocní si odpočinout, umírající zemřít alespoň částečně v klidu a pohodlí. Hospice byly provozovány výhradně pod vedením církevních řádů, obvykle slučovaly dohromady též chudobince a špitály. Jejich klienty byli v drtivé většině chudí lidé bez střechy nad hlavou a finančních prostředků rodiny. (Haškovcová, 2007,s.27).

Zlom ve vývoji hospicové péče lze nalézt až v devatenáctém století, konkrétně roku 1842, kdy ve francouzském Lyonu založila Jeanne Garnierová takzvaný dům pro umírající. K tomuto kroku ji vedla osobní zkušenost, zemřel jí manžel i dítě a vynakládala proto usilí na pomoc umírajícím a jejich blízkým. Do roku 1853, kdy zemřela, se jí podařilo založit dalších šest podobných zařízení v Paříži a New Yorku.

V Irsku se o vznik hospiců zasloužila řádová sestra Mary Augustina, která od roku 1834 založila dvě zařízení pro umírající, v jednom z nich nakonec sama zemřela.

Zvlášť pro pacienty s tuberkulózou založila v roce 1885 skotka Frances Davidsonová domov, jenž nesl název Frideheim, neboli místo míru pro lidi na konci života. Ten byl zřízen v Londýně a přednost měli lidé bez finančních prostředků. Z původní kapacity pro osm pacientů byl domov rozšířen na třicet pět lůžek. Mohli zde být ubytováni chudí lidé, kteří za pobyt neplatili, stejně jako ti, jenž si mohli zaplatit soukromý pokoj.

V USA se zasloužila o vznik Hospice sv. Rozy Rose Hawthornová, která též měla osobní zkušenost s umíráním, zemřelo jí dítě, přítelkyně i manžel. Specializovala se na pomoc pacientům s rakovinou.

Ve dvacátém století se o rozvoj hospicové péče postarala Cicely Sandersová, která roku 1967 vybudovala Hospic sv. Kryštofa v Londýně, mimo jiné také publikovala řadu odborných článků ve světových časopisech na téma hospicové péče. Její počínání silně ovlivnilo výše uvedené ženy, její předchůdkyně v hospicovém hnutí. Cicely Sandersová nezaměřovala v hospicu svou péči pouze na úlevu od bolesti, ale na celkovou pozornost věnovanou pacientovi, vyslechnutí jeho příběhu i obav. Byla si vědoma toho, že utrpení zahrnuje nejen fyzické, ale i sociální, emoční, dokonce i duchovní rozměry. Byla si též vědoma toho, že podporu je třeba poskytnout nejen umírajícím, ale i jejich blízkým. Myšlenky Sandersonové postupně byly rozvíjeny nejen v jejím hospici, ale i na jiných místech, kde bylo pečováno u

umírající. Ohled na celistvou osobnost pacienta a jeho rodinu začal být brán v potaz, v nemocnicích, vznikaly tzv. podpůrné týmy, kdy specialisté měli za úkol hovořit s pacienty a jejich rodinami. Rozvoj hospicové péče již nebylo možné zastavit, nejprve k němu docházelo v bohatých zemích, později v i chudších. Vznikaly asociace, snažící se o mezinárodní spolupráci a podporu v hospicovém hnutí. Roku 1973 byla založena mezinárodní asociace pro studium bolesti v Seatlu. Ta je profesní organizací pro lékaře a zdravotnický personál, kteří jsou zapojeni do diagnózy, léčby a vědeckého studia bolesti. Roku 1976 se konal první mezinárodní kongres o péči o smrtelně nemocné v Montrealu. Roku 1982 byla uznána škála úlevy od bolesti pro pacienty trpící rakovinou. V různých oblastech světa vznikají asociace, kongresy a delegace na rozvoj hospicové péče. Roku 1980 vzniká hospic ve Africkém Zimbabwe. (Payne, 2007, s. 48-59)

První dětský hospic vznikl roku 1982 z iniciativy sestry Frances Dominici, kterou k jeho založení inspirovalo setkání s dětskou pacientkou Helen, po které byl i pojmenován Helen House. Nachází se v anglickém Oxfordu a funguje doposud. Jsou do něj přijímány jak děti onkologicky nemocné, tak ty, které trpí vzácnými genetickými vadami. Pobyt rodičů je samozřejmostí. Pro adolescenty nad 16 let byl posléze vytvořen Douglas House, který funguje na obdobném principu. Dětské hospice zažily v Anglii svůj rozmach, v současné době jejich počet čítá 33 zařízení. (Haškovcová, 2007, s. 70)

I v Čechách lze nalézt první snahy o hospicovou péči ve středověku, při církevních řádech. Počátky moderního hospicového hnutí je možné spatřit v založení první zdravotnické školy na území tehdejšího Rakousko-Uherska roku 1874. Zásahu na založení školy měl lékař Vítězslav Janovský spolu s Eliškou Krásnohorskou a Karolinou Světlou. Ovšem první skutečně odborná škola vzniká až roku 1916 v Praze. Dvacátá léta dvacátého století přináší trend tzv. bílých zástěn, které měly sloužit k tomu, aby ostatní pacienti nebyli zneklidňováni pohledem na umírající a ti mohli zemřít v klidu bez zvědavých pohledů okolí. První oddělení specializované péče o umírající bylo otevřeno roku 1992 v Babičích nad Svitavou v rámci tamní nemocnice. Kapacita byla 20 lůžek.

První moderní hospic Anežky České vzniká roku 1995 v Červeném Kostelci, jeho zakladatelkou je MUDr. Marie Svatošová, která se významně zasloužila o rozvoj hospicového hnutí a osvětu ohledně této problematiky v ČR. Hospic byl vybudován v rekordní době třinácti měsíců. Nyní se na území ČR nachází dvanáct hospiců a dalších pět mobilních hospiců, které poskytují lékařskou, pečovatelskou i sociální pomoc a podporu v prostředí

pacientova domova.

V současné době také existuje řada občanských sdružení zabývajících se pomoci umírajícím a jejich rodinám, mezi jedno z nich patří Cesta domů, jenž si za hlavní cíle klade identifikovat slabiny současné hospicové péče, navrhnout nové koncepty a zapojit co nejvíce subjektů (zdravotní pojišťovny, média, státní orgány, široká veřejnost) do snahy o zkvalitnění péče o umírající. Při Fakultní nemocnici v Motole se také nachází Centrum pro léčení a výzkum bolestivých stavů, které se zaměřuje na výzkum, poradenskou činnost a vydávání odborných publikací. (Haškovcová, 2008,s.31)

1.3 .Formy hospicové péče

Hospicová péče je organizována ve třech základních formách a to (Haškovcová, 2007,s. 48) :

- v lůžkovém zařízení (tedy v samotné budově hospicu)
- ve stacionáři (ten je obvykle součástí budovy hospicu)
- v domácím prostředí umírajícího, kam za ním docházejí pracovníci hospicu

Hospicovou budovu tvoří obvykle lůžkové oddělení, kapacitně v rozmezí 25-30 lůžek, kde je přitom důsledně zachovááno prostředí klidu a intimity. Objekt bývá snadno dostupný, aby byly usnadněny návštěvy příbuzných, ale přitom se snaží zamezit nepříjemným ruchům okolí. Samozřejmostí je bezbariérový přístup a klidné zákoutí přírody, například hospicová zahrada či park. Některé hospice jsou vybaveny i jistým nadstandartem, například čajovnou. Kulturní akce v prostorách zahrady, či společenského sálu jsou zde běžnou záležitostí. Pokud počasí dovolí, mohou pacienti pobývat venku či na terase, kam jsou převezeni popřípadě i s lůžkem. Pokoje samotné jsou maximálně dvoulůžkové, návštěvy příbuzných jsou neomezené, s možností přespat na přistýlce, či v přílehlých zařízeních oblastní charity, apod. Každý pokoj je také vybaven televizorem a telefonem pro snadné spojení s rodinou, pokud by o to měl zrovna pacient zájem. Prostředí hospice má připomínat co nejvíce domov a naopak co nejméně nemocnici, se kterou jej spojuje jen neustálá kvalitní lékařská a ošetrovatelská péče a moderní léčebné přístroje. Denní režim je zcela individuální, pacienti odpočívají, spí či se účastní aktivit, kdykoliv chtějí, také míra dopomoci personálu při hygieně, oblékání, apod je zcela na požadavcích pacienta. (Haškovcová, 2007, s. 56)

Do hospice jsou přijímáni pacienti, které současná postupující choroba ohrožuje na životě, potřebují intenzivní paliativní léčbu a přitom není nutná hospitalizace v nemocnici. Také nestačí nebo není možná domácí péče. Samotné přijetí pacienta do zařízení je doprovázeno svobodným informovaným souhlasem, což je dokument, který hned na počátku upozorňuje na to, že člověk je svobodný jedinec, má právo rozhodovat sám o sobě v otázkách zdraví a nemoci a musí být také dostatečně informován. Formulář proto vyplňuje nejen žadatel, ale i jeho ošetřující lékař. Tyto informace potom slouží jako určitý návod k vhodné péči. Samotný pojem svobodný informovaný souhlas znamená, že se žadatel dobrovolně rozhodl požádat o

pobyt v hospici a je si vědom toho, co hospic je.

Hospic neposkytuje pouze ubytování, stravu a péči: služby, které nabízí, jsou mnohem různorodější. Nemocný má možnost využít nabídky psychoterapeuta, duchovního, či sociálního pracovníka, který mu ochotně poradí například v otázkách právní ochrany rodiny po jeho smrti. Důraz je dbán i na pomoc příbuzným, proto mohou i oni využít již zmíněných služeb sociálně-psychologicky-duchovních. Po smrti pacienta dochází k pravidelným setkáním pozůstalých při tzv. zápisu do Knihy živých, který je doprovázen mší slouženou za mrtvé, následuje posezení s občerstvením, vzpomínání na zesnulé. Příbuzní také mají možnost kdykoliv vyhledat znovu ošetřující personál, či další pracovníky hospice a znovu s nimi probrat otázky ohledně pobytu, nálady, či smrti zesnulého. Další možností jsou i tzv. svépomocné skupiny pozůstalých, konané pravidelně jednou měsíčně, pro ty, kteří ještě nepřekonalí ztrátu blízké osoby, i pro ty, kteří by se rádi podělili o své zkušenosti. Rozhovor s někým, kdo byl či je v podobné situaci, může poskytnout potřebnou úlevu.

Mezi služby poskytované hospicem patří též půjčovna zdravotních a kompenzačních pomůcek, které mohou být zapůjčeny i do domácího prostředí a usnadnit situaci pacientům i ošetřování jejich blízkým. Pomůcek je celá řada, ať už se jedná o elektrické polohovací postele, mechanické vozíky, wc židle, či kyslíkový koncentrátor na podporu dýchání, který je jinak v domácí péči nedostupný a mnohdy by bez něj pobyt doma ani nebyl možný. (<http://www.hospic.cz/poskytovane-sluzby.html>),

Odlehčovací služby v rámci hospicu jsou další variantou, kterou je možno využít zejména v případech, že není pro pacienta možnost pouze domácí péče, ale přitom nechce využít možnosti lůžkového zařízení. Tuto možnost také často využívají rodiny, které po určitý časový úsek nemají možnost umírajícímu péči poskytnout, například pokud se dostaly do složité životní situace. Hospicové stacionáře jsou více oblíbené ve světě než v ČR, ale přesto tato služba bývá nabízena a určitá část klientů ji skutečně využije, mnohdy třeba na přechodnou dobu, než se rozhodne pro variantu domácí hospicové péče, či lůžkové péče. Samotná péče ve stacionáři je omezena na několik hodin, dobu nutnou k podání infuzí, či pochůzek rodiny. O pacienta pečují opět celý tým odborníků, nabídka služeb je obdobná jako u lůžkového hospice, je i možnost využití kulturních akcí. Zájemce o odlehčovací službu musí být stabilizovaný, bez sklonů k agresii a nesmí být samozřejmě naplněna kapacita odlehčovací služby. (<http://www.hospic.cz/poskytovane-sluzby.html>),

Domácí hospicová péče, někdy též označována jako mobilní hospic, se nejen snaží ulevit rodinám pečujícím o těžce nemocného příbuzného a tomu poskytnout náležitou péči, kterou zaštiťuje tým odborníků zdravotnických i nezdravotnických, ale také samotné příbuzné naučit, jak pečovat o umírajícího. Zdravotnický personál se stará o úkony spojené s nemocí, kontrolu zdravotního stavu, apod., nezastupitelnou roli ovšem hraje i pomoc dobrovolníků, kteří mohou vypomoci s nákupy, hygienou, či úklidem a věnovat se s pacientem aktivizačním činnostem. Role lékaře, který do rodiny dochází, spočívá mimo jiné i v tom, že může pomoci rodině zvážit, zda by nebyla vhodnější hospitalizace v nemocnici či lůžkovém hospici. Cílem mobilních hospiců je ulehčit pečující rodině situaci, poskytnout čas na vlastní aktivity a pochůzky a zajistit kvalitní péči i zdravotní dohled umírajícímu. Obecně by měli být splněny tři požadavky na péči v domácím prostředí:

- Pacient si sám přeje domácí ošetřování
- Rodina s tímto souhlasí a má prostor, čas a zájem o něj pečovat
- Je vytvořen plán propojení domácí péče a zdravotního dohledu, ať už je garantem praktický lékař, či zdravotník mobilního hospice. Také je stanoven postup řešení akutních situací. (Haškovcová, 2007, s. 64-65)

Domácí hospicová péče má mnoho nesporných výhod, mimo jiné neustálý kontakt pacienta s rodinou a známé prostředí, je ale potřeba vždy konzultovat průběh péče a další postup s lékařským personálem, aby se stabilizovaný stav pacienta nezhoršil. Mezi nejznámější mobilní hospice v ČR patří projekt Cesta domů, založený v roce 2001 v Praze, díky iniciativě hospicového hnutí Cesta domů. Tento mobilní hospic zahrnuje mimo domácí péče, telefonickou poradnu pro pacienty a jejich rodiny, půjčovnu zdravotních pomůcek, svépomocný klub, webový informační portál a edukační činnost, zahrnující školení a semináře pro odbornou a laickou veřejnost, osvětu o paliativní péči a tisk materiálů k tomu určených. (Haškovcová, 2007, s. 66)

Dětský hospic je ojedinělým typem zařízení poskytující paliativní péči a má svá specifika. Prvním rozdílem je to, že primárně nenabízí terminální péči, ale spíše respitní. Do zařízení jsou přijímány děti, jejichž nemoc je přímo ohrožuje na životě, či je omezuje, popřípadě děti v poúrazových stavech. Přítomnost rodičů je samozřejmostí, pokud nevyužijí služeb hospice proto, aby nabrali nové síly, trochu si odpočinuli od péče o dítě. Přesto většina rodičů je s

dítětem v zařízení po celou dobu jeho pobytu zde. Častým jevem v dětských hospicích jsou krátkodobé pobyty rodičů s dětmi, které se pravidelně opakují dle zhoršení či zlepšení zdravotního stavu malého pacienta. Pro rodinu je velkou oporou už jen možnost promluvit si s někým v podobné situaci a zjistit, že mají v zařízení morální i fyzickou podporu. Jediný dětský hospic v ČR se nachází v Malejovicích u Kutné hory od roku 1993 a je pod patronátem Nadačního fondu Klíček zakladatelů manželů Královcových. Zařízení se nachází v areálu bývalé školy, která byla nově zrekonstruována a je plně přizpůsoben potřebám a zájmům dětí, včetně herny, tělocvičny, knihovny, dílny, hudební a společenské místnosti. Kapacita hospice je 30 míst, což znamená zhruba pět rodin, z toho s možností ubytovat dvě nepohyblivé děti. Velký důraz je kladen na roli tzv. herních terapeutů, kteří seznamují dítě i jeho rodiny šetrným způsobem s pobytem zde, jeho diagnózou a z ní vyplývajícími omezeními a nařízeními, připravují dítě na možné lékařské zákroky, starají se o náplň volného času a pomáhají v komunikaci rodičů s dětmi, které pod vlivem zhoubné nemoci nemusí vždy vědět jak ji správně provést.

Mezi velmi oblíbené a vyhledávané projekty Nadačního fondu patří i letní ozdravné dětské tábory pro děti po nemocniční léčbě. Tábory nejsou vyhledávány jen dětmi, ale i jejich rodiči, kamarády a sourozenci, takže se daří překlenovat rozdíly mezi nemocnými a zdravými. Mnohdy se i stává, že se na tyto pobyty vrací rodiče a sourozenci již zemřelých dětí. Jelikož ne všechny děti se mohou účastnit každé aktivity, je program velmi individuální a přitom se snaží zapojit všechny účastníky do společných her. Počet dospělých dobrovolníků bývá vysoký, kolem 15 dospělých na maximálně 30 dětí. Táborové hry sebou nesou i hlubší poselství, učí porozumění, orientaci ve složitých životních situacích a pomoci lidem v nouzi. Pobyt je opět uzpůsoben tak, aby se jej mohly účastnit i děti fyzicky omezené, které by na běžný tábor nemohly jet. (<http://www.klicek.org/>)

1.4. Analýza jednotlivých pracovních pozic v hospici

Na následujících řádcích bude popsáno personální složení hospice a jednotlivý popis profesí zde zastoupených. Jelikož je hospic zařízení poskytující nejen zdravotní, ale i psychologické a sociální služby, nabízí se zde možnost uplatnění i pro absolventy sociálně-pedagogických oborů, ať už v samotném vedení zařízení, na pozici sociálního pracovníka, v dětském hospici jako herního terapeuta, po absolvování patřičného psychoterapeutického výcviku, psychologa. Jednou z možností jak zjistit, zda by pro budoucího absolventa sféra paliativní péče byla vhodná, je odborná stáž na pozici dobrovolníka. Ovšem i ostatní pracovní pozice v hospici vykazují řadu sociálně-pedagogických aspektů, jak je vidno z analýzy pozic, které jsou uvedeny níže. Sociálně-pedagogickými aspekty společnými všem pozicím v hospici se bude zabývat další kapitola.

V čele organizační struktury hospicového zařízení stojí, podobně jako v nemocničních zařízeních, lékařský tým, složený z ošetřujících lékařů a sester. Do tohoto výčtu jsou zahrnuti i rehabilitační pracovníci a ošetřovatelé. Dalšími neméně významnými zaměstnanci jsou: sociální pracovník, duchovní, který dodává pobytu v zařízení duchovní rozměr, psycholog, popřípadě herní terapeut v dětském hospici. V zařízení je též možné potkat značný počet dobrovolníků, kteří z nejrůznějších důvodů chtějí zpříjemnit pacientům jejich pobyt a nejrůznější stážisty z řad středních, vyšších odborných, či vysokých škol. Všechny tyto pracovní pozice vykazují ve větší či menší míře aspekty sociálně-pedagogického směru. Jedinečná úloha těchto profesí je uvedena níže.

1.4.1. Pracovní pozice medicínsky-ošetrovatelského charakteru

Náplň práce lékaře v hospicovém zařízení může být právě pro tuto profesi značně frustrující. Již při studiu na lékařských fakultách je mladým medikům vštěpováno, že oni jsou ti, jenž budou léčit a cílem jejich snažení bude úspěšné vyléčení pacienta. Právě oni mají být záchránci, kteří v pravý čas přichází a najdou vhodný způsob léčby. V hospici se musí s touto myšlenkou rozloučit, cílem těchto zařízení není pacienty vyléčit a tomu jsou přizpůsobeny i lékařské úkony zde prováděné. Lékař je tím, kdo napomáhá lidské důstojnosti a ulevuje od bolesti, přitom ovšem vykazuje tato profese i aspekty sociálně-pedagogické. Lékař komunikuje s pacientem, reaguje na dotazy jeho i rodiny, je připraven respektovat přání a

obavy, pracuje s emocemi. I on je provázejícím členem týmu paliativní medicíny. Lékař vždy sděluje pravdivé informace, nedává planou naději. Také si je vědom toho, že mnohdy musí upustit od těch léčebných zákroků a postupů, které nevedou primárně ke zlepšení kvality života. Nesnaží se vyléčit, ale ulevit od bolesti. Lékař respektuje to, že pacient má právo spolurozhodovat o zdravotní péči jemu poskytované, stejně jako i on má právo odmítnout poskytovat léčbu, kterou považuje za škodlivou pro pacienta. Lékař musí být smířen s vysokou pravděpodobností úmrtí pacienta, nebát se s ním komunikovat, být empatický a počítat u pacienta s měnícími se emočními stavy. (Peyne, 2007, s. 153-156)

Úskalí profese zdravotní sestry se v mnohém prolínají s úskalími profese lékaře. I sestry jsou na školách primárně směřovány k úspěšnému vyléčení pacienta. Požadavky na vzdělání zdravotní sestry jsou: absolvování vyšší odborné školy v oboru diplomová všeobecná sestra, nebo vysokoškolské vzdělání v oboru všeobecná sestra. (zákonem 105/2011 Sb.). Kromě odborných předmětů studenti dochází na přednášky z psychologie a etiky, ve kterých lze nalézt prvky sociální, pedagogické a psychologické, stejně jako seznámení s paliativní péčí, ačkoliv ta hlouběji probírána není. Zdravotní sestra dohlíží v hospicovém zařízení na zdravotní stav pacienta, dbá pokynů lékaře a dodržuje jím stanovené léčebné postupy a metody. Přitom by neměla být jen netečným přihlížejícím procesu umírání a brát svou práci jako pouhou rutinu. Její citlivý přístup, zájem o pacienta a snaha uzpůsobit pobyt v hospici jeho potřebám a požadavkům, by měly být stejně důležité, jako profesionální zdravotní péče. (Marková, 2010, s. 47)

Fyzioterapie je jedna z metod rehabilitace, která je v medicíně hojně používána. Zabývá se diagnostikou, léčbou a prevencí poruch pohybového aparátu a bolesti. V případě pacientů paliativní péče může významně napomoci snížení bolestivých stavů bez medikace za pomoci určení místa a zdroje bolesti. Fyzioterapeut je v hospici odborníkem na kondiční cvičení, učí pacienty správným metodám dechu, využívá technických přístrojů používaných ve fyzioterapii (například elektroléčba, vodoléčba, fototerapie). Obecně vzato, dá se říci, že úlohou fyzioterapeuta je ulevit chátrajícím tělu umírajících pacientů od bolesti a nepohodlí, zachovat, dokud to jen jde, hybnost pacienta. (Janáčková, 2007 s. 77-79). Požadavky na vzdělání fyzioterapeuta je VOŠ nebo VŠ obor fyzioterapie.

Ošetřovatel je pracovníkem hospice, který dosáhl minimálně středního odborného vzdělání v daném oboru. Jeho profese je na pomezí zdravotní a sociálně-pedagogické sféry. Zajišťuje základní biologické potřeby pacienta, dopomáhá s hygienou, manipuluje s léčivý. Ovšem také

se stará o volnočasové aktivity pacienta (doprovod na procházkách, apod.). Jedná se tedy nejen o profesi striktně zdravotně-ošetrující, ale ve velké míře též sociálně-pedagogickou. Tvorba volnočasových aktivit, doprovázení na úřadech, pomoc s vyřizováním korespondence, vedení každodenní konverzace s klientem i jeho rodinou a to mnohdy i o hlubších tématech, pomoc se zpracováním strachu ze smrti, opuštění rodiny apod., to vše je úlohou ošetřovatele v hospici. Právě ošetřovatelé přicházejí s pacienty mnohdy do nejužšího kontaktu, mají na starost jen pár pacientů, o to intenzivnější je tudíž jejich vztah.

1.4.2. Profese sociálně-pedagogické

Nyní budou uvedeny ty profese, které v paliativní péči mají v popisu práce zejména činnost sociálně-pedagogickou a nabízí i možnost profesního uplatnění pro absolventy sociálně-pedagogických oborů. V této podkapitole je poukázáno zejména na popis pracovní náplně jednotlivých profesí. Sociálně-pedagogickými aspekty profese pracovníka hospice obecně se bude zabývat další podkapitola.

Sociální pracovník dosáhl vzdělání v tomto oboru na VOŠ, či VŠ (zákon.č. 105/2011sb.). Náplň jeho práce je značně různorodá. Věnuje se administrativě spojené s pobytem pacienta v zařízení, pomáhá při vyjednávání s úřady při různých žádostech a grantech, orientuje se v zákonech a vyhláškách, které poté interpretuje pacientům a jejich rodinám. Sociální pracovník obvykle bývá tím, kdo první navazuje kontakt s potenciálním klientem a jeho rodinou. Může také dohlížet na dobrovolníky, vést půjčovnu kompenzačních pomůcek, předávat a dohledávat kontakty na různá zdravotní pracoviště či služby paliativní péče. Stará se také o tvorbu volnočasových programů v zařízení, pořádá kulturní akce, apod. Žádá v rámci zařízení o dotace, sepisuje výroční zprávy o činnosti zařízení. Z výše uvedeného výčtu činností vyplývá, že sociální pracovník je v každodenním kontaktu s klienty i jejich rodinami. Povaha jeho práce má do značné míry charakter sociální, ale naleznou se zde i prvky pedagogické, zejména při vedení dobrovolníků, pomoci při jednání v úředních záležitostech, tvorbě programu, apod (Student, 2006,s. 35).

Psycholog doplňuje multidisciplinární hospicový tým o zkušenosti a dovednosti, kterých ve svém oboru nabyt. Obvykle absolvoval psychoterapeutický výcvik a dle dané techniky postupuje. Právě on je tím, kdo pomáhá pacientům zpracovat jejich obavy z blížící se smrti, strachu z toho co čeká je a jejich blízké (Connor, 2009, s.49). Psycholog v hospici nepracuje obvykle v kanceláři ze stolem, sedává u postelí, venku na lavičce vedle pacientů.

V náplni práce psychologa hospicového zařízení je i podpora rodin pacientů. Ti trpí stejnými citovými bolestmi, bezmocí k prohlubující se bolesti, zoufalstvím z toho, co bude. Mnohdy jsou vyčerpaní, trpí výčitkami, že mohli něco udělat jinak. Psycholog by zde měl být pro ně, podpořit je, hledat spolu s nimi cesty k dalšími životu bez jejich blízkých. Práce psychologa v hospici nabízí možnost uplatnění zejména pro absolventy studijného oboru psychologie, kteří absolvovali psychoterapeutický výcvik, který je v tomto oboru velkou výhodou. Účinná psychoterapie je mocným nástrojem pomáhajícím klientům a může být též

zařazena mezi sociálně-pedagogické metody. (Payne, 2007,s. 232)

Ačkoliv byly hospice v prvopočátcích zakládány různými církevními řády a stále většinou zůstávají církevními institucemi, neznamená to, že by měly výhradně náboženský ráz. Do hospice jsou přijímáni pacienti s ohledem na jejich diagnózu, nikoliv náboženské vyznání (Connor, 2009, s. 22). Během jejich pobytu zde jim není víra nijak podsouvána, proto ani služeb duchovního nemusí využít. Přesto je přítomnost kněze v hospici velkým přínosem, stejně jako místnost zvaná modlitebna, kterou mohou využít jak pacienti, tak jejich rodiny. Přítomnost kněze v zařízení může mít velmi kladný vliv zejména na věřící pacienty i jejich rodiny. Vítaným aktem také bývá poslední mše za zemřelé, vykonávaná obvykle právě knězem zařízení, přímo v tamní modlitebně. Kněz v hospici bývá obvykle katolický, ovšem je možné si vyžádat přítomnost církevního hodnostáře jiného vyznání. Ač se může zdát, že profese duchovního mezi profese se sociálně-pedagogickými aspekty nepatří, odmyslí-li se náboženský podtext, dojde se k tomu, že duchovní je s klienty a jejich rodinami ve velmi úzkém kontaktu, pomáhá jim zpracovat jejich obavy, mnohdy radí jak postupovat v životě dále, vyrovnat se se ztrátou. Má tudíž ke zmiňovanému sociálními pracovníkovi a psychologovi velmi blízko, částečně dokonce i v náplni práce. Právě náboženský rozměr může mnohdy napomoci překonat stud i obavy klientů a být účinným nástrojem při práci se strachem. (Haškovcová, 2007,s.63)

Specifickou profesí, využívanou při práci s dětmi a tudíž zejména v dětském hospici, či nemocnicích jsou herní terapeuti. Herními terapeuty se stávají obvykle ženy, někdy též označované jako tzv. zdravotní víly. Působíštěm jejich práce bývají nemocnice, nebo právě dětský hospic. Herní terapeuti pomáhají překonat dětem strach z neznámého nemocničního prostředí, bolesti, bílých plášťů. Při své práci používají nejrůznější převleky, hračky a jiné pomůcky, co nejvíce odlišné od strohých nemocničních uniforem a lékařských přístrojů. Cílem jejich práce ovšem není pouze zpříjemnit dětem pobyt v nemocničním, či hospicovém zařízení, věnovat se s nimi výtvarným aktivitám, muzikoterapii, hrát hry a číst pohádky. Přípravují též děti na možnost bolestivých úkonů, operací, seznamují je blíže s neznámým prostředím (Haškovcová, 2007,s.72) . Herní terapeut působí pouze při dětském hospici, ale pro úplnost je zde uveden, jelikož náplň jeho práce má ryze sociálně-pedagogický charakter. Nutno také dodat, že pro to stát se herním terapeutem, není potřeba zvláštního vzdělání, ale spíše osobnostních předpokladů, empatie a chuti do práce. Herním terapeutem se může stát i

student sociálně-pedagogických a příbuzných oborů a rozšířit si tak praxi.

Dobrovolníci tvoří podstatnou součást týmu v paliativní péči, Dobrovolníkem se může stát prakticky kdokoliv, kdo chce bez nároku na mzdu pomáhat určité skupině osob, ať už z důvodů potřeby praxe, zájmu o danou oblast, sebepoznání, uspokojení z pomoci druhým, apod. Dobrovolníky se nejčastěji stávají studenti středních a vysokých škol, mnohdy sociálně-pedagogického zaměření, lidé nezaměstnaní, či důchodci. Dobrovolnictví se může stát zajímavou zkušeností, rozšířením obzoru o praxi v paliativní péči a v neposlední řadě zjištěním pro budoucí absolventy, zda by byli schopni věnovat se práci v této, na psychiku náročné, oblasti. Mnohdy se také dobrovolnictví věnují příbuzní umírajících, dlouhodobě nemocných, či již zesnulých, kteří mají pocit, že mohou alespoň takto pomoci dalším rodinám s podobným osudem. Dobrovolníci se mohou uplatnit v celé řadě činností, s ohledem na to, na co se cítí. Vítána je jakákoliv pomoc od roznosu letáčků, šíření osvěty, tvorby webových stránek, pomoci v kuchyni, či s uklidem, až po přímou práci s pacienty a jejich rodinami. Dobrovolníkům se obvykle věnuje minimálně jeden stálý pracovník zařízení, ať už přímo na pozici koordinátora dobrovolníků, sociálního pracovníka, herního terapeuta, či jiné. Ten zve potenciální zájemce na první schůzku, kde se probírají jejich očekávání, motivace, časové možnosti. Poté dojde k seznámení s organizační strukturou zařízení, prohlídce budovy, seznámení s dalšími pracovníky i pacienty. Jsou též dořešeny formality jako je smlouva o dobrovolnické činnosti, potvrzení o praxi, apod. Tím ovšem kontakt s dobrovolníky, dohled nad nimi a pomoc v jejich činnosti, není u konce. Každá organizace koordinuje své dobrovolníky jinak, ať už formou pravidelných písemných výstupů z jejich činnosti, pomocí skupinových či individuálních supervizí, či pravidelnými neformálními schůzkami. Dobrovolnictví nabízí široké spektrum činností, které si mohou dobrovolníci vyzkoušet, nejčastěji právě sociálně-pedagogického rázu, jak vyplývá z výčtu možných činností výše.

Výzkumem dobrovolnické činnosti v českých hospicích se zabývaly Soňa Vávrová a Renata Polepilová (2011,s. 23-31). Z jejich výzkumného šetření vyplývá, že dobrovolníky se stávají převážně ženy ve věkových kategoriích nad šedesát let. Dále poté převažují věkové kategorie do dvaceti pěti let, a poté od čtyřiceti let.

Celý tým pracovníků v rámci hospice se vyznačuje značnou multiprofesionalitou⁴, čili jak vyplývá z výčtu profesí výše, tým tvoří odborníci z více profesí. Aby tým správně fungoval a směřoval ke svému cíli, v tomto případě zplnohodnotnění života pacientům a pomoci a podpory jim a jejich rodinám, musí vykazovat rysy sounáležitosti, spolupráce a vzájemného respektu. Ne ve všech hospicových zařízeních je ovšem na tyto rysy brán zřetel. Například model hospicové péče v Německu je značně hierarchický. Na vrcholu stojí lékař a zdravotní sestry, tedy zástupci medicínské péče, ostatní profese v paliativní péči jsou značně podceňovány a podřizují se právě lékařským profesionálům. (Forman, 2003, s. 256). V ČR je situace odlišná, stále zůstává snaha o vzájemné propojení práce specialistů z různých oblastí. Samozřejmě by také měla být možnost ze strany vedení hospice poskytnout pracovníkům další doškolování a vzdělávání, prohlubující jejich znalosti a dovednosti.

⁴ Multidisciplinární tým je popisován v knize Sociální práce v hospici a paliativní péči (Student, 2006, s. 51) takto: vysoce kvalifikovaný a speciálně vycvičený hospicový tým profesionálů a dobrovolníků společně pracuje, aby vyhověl fyziologickým, psychologickým, sociálním, spirituálním a ekonomickým potřebám pacientů a jejich rodin a čelil terminálnímu onemocnění a ztrátám.

1.5. Současná legislativa spojená s paliativní péčí v ČR

Hospic je nestátní zdravotnické zařízení zřizované církví, popřípadě občanským sdružením. Hospicová zařízení by se v mnoha případech, minimálně při své výstavbě, neobešla bez dotace Ministerstva zdravotnictví ČR. Dotace z rezortních ministerstev a městských úřadů hrají podstatnou roli i dále při fungování hospice. Značnou část příjmů tvoří také sponzorské dary od soukromých osob, či firem. (Payne, 2007, s. 8-9). Pobyt v lůžkovém hospici je alespoň částečně hrazen některými zdravotními pojišťovnami, nadstandardní služby (samostatný pokoj, aj.) si pacienti musí připlácet. Hospicové zařízení v mnohých případech do značné míry přihlíží k finanční situaci pacienta a jeho rodiny a dle toho posuzuje sazbu. Pokud za pacientem dochází sestra domácí péče, některé pojišťovny tuto službu plně hradí, stejně jako u lékařských vyšetření, jiné nikoliv. Hospicová zařízení se snaží získávat finanční prostředky též formou dobročinných bazarů, prodeje předmětů vyrobených pacienty, či částečně z výtěžku půjčovny kompenzačních pomůcek.

Pacienti hospicové péče mají vzhledem k jejich zdravotnímu stavu nárok na příspěvek na péči, (dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách), ten mohou využít právě k pokrytí nákladů služeb hospice. Příspěvek na péči je poskytován osobám, které z důvodu dlouhodobě nepříznivého stavu potřebují pomoc jiné fyzické osoby při péči o sebe a při zajištění soběstačnosti. Sám příjemce dávky rozhoduje o tom, kterému poskytovateli této služby finanční obnos z příspěvku předá a v jaké výši. Poskytovatelem služby může být rodinný příslušník, některá z forem hospicové péče, pečovatelská služba, či kombinace výše uvedených. S žádostí o příspěvek na péči žadateli ochotně pomohou sociální pracovníci hospice. Po posouzení zdravotního stavu je stanovena výše příspěvku, která dle závislosti na pomoci druhých činí částku od třech do dvanácti tisíc korun.

Od roku 2006 je paliativní léčba uzákoněna zákonem č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění. Pod paragrafem č. 22 je zmíněna: Zvláštní ústavní péče- péče paliativní lůžková, pro osoby v terminálním stavu, poskytovaná ve speciálních lůžkových zařízeních hospicového typu. Domácí hospicová péče stále své místo v zákoně nemá a proto bývá problém s jejím proplácením ze strany zdravotních pojišťoven.

V rámci současné legislativy ohledně paliativní péče je potřeba zmínit i zákon č. 198/2002 Sb. o dobrovolnické službě, který vymezuje podmínky, za kterých je možno tuto činnost vykonávat. Dobrovolnictví v hospici se dá zahrnout pod pomoc osobám se zdravotním postižením a seniorům, jelikož konkrétně hospicová péče v tomto zákoně vymezena není.

1.6 Sociálně-pedagogické aspekty profese pracovníka hospice

V této kapitole budou shrnuty sociálně-pedagogické aspekty pracovníka hospice, nastíněné v kapitole, zabývající se analýzou jednotlivých pracovních pozic v tomto zařízení. Tyto aspekty jsou společné všem pracovníkům hospice, ačkoliv některé pozice je používají více, jiné méně, dle popisu jejich práce.

Pracovník v sociálních službách, zahrnujících i zařízení hospicového typu, se věnuje práci, která má jak sociální, tak pedagogický charakter (Potměšilová, 2013, s. 81). Do sociálních aspektů se řadí zejména zprostředkování kontaktu se světem, jelikož osobám dlouhodobě nemocným, v terminálním stadiu nemoci hrozí tzv. sociální smrt, neboli vyloučení ze společnosti ostatních lidí. Umírající jedinec si může připadat odtržený od okolního dění, jeho stav se stává jakýmsi stigmatem, znesnadňujícím mu kontakt s okolím (Forman, 2003, s. 200). Proto jsou zde pracovníci hospice, aby zamezili jeho vyloučení a odcizení okolnímu světu i blízkým osobám. Pracovník zabraňuje zprerhání rodinných a přátelských vazeb klienta s okolím, zprostředkovává mu kontakt se světem mimo hospic, udržuje jeho komunikační zvyklosti. Dlouhodobě se také pracovníci snaží povzbuzovat klienty k tomu, aby sami převzali za svůj život určitou odpovědnost. Právě klienti jsou těmi, kteří řídí a organizují svůj život (Murray-Parkes, 2007, s. 27). Pracovník také pomáhá také při vyřizování finančních záležitostí, žádostí o příspěvky, apod. Komunikuje s úřady, pokud má o to klient zájem. Pracovník projednává s klientem i jeho rodinou jeho přání, obavy, preference, naděje, informuje je o možnostech které se nabízejí. Dbá na to, aby byl pouhým prostředníkem, nositelem informací, nikoliv tím, kdo rozhoduje o dalším dění. Informace pracovník podává nezkresleně, přesně, jasně, v případě, že si není jist, zda je informace relevantní, odkáže na své kolegy, další odborníky. Vhodné též je, pokud informace z různých oblastí paliativní péče, podává zaměstnanec, nejvíce kompetentní v této oblasti. Do oblasti sociálních aspektů patří i emocionální podpora klienta a jeho rodiny.

Metodou pedagogickou je zejména aktivizační činnost. Aktivizací rozumí profesor Rudolf Kohoutek (1996, s. 45) „ *proces, kterým jsou lidé vedeni k činorodosti, kterou rozumíme stav člověka, kdy má dobrý pocit z toho, že něco dělá, ať už sám pro sebe, nebo pro své okolí.* “ Pracovník tedy podporuje klienta v jeho nezávislosti a samostatnosti, jak jen je to s ohledem na jeho zdravotní stav možné. Aktivizační činnosti se obvykle dělí do dvou skupin- ty, které vedou k rozvoji nových dovedností, schopnosti, či znalostí, klient pozná novou zkušenost. Do druhé kategorie jsou zařazeny činnosti, které vedou k udržení stávajících dovedností, tyto

činnosti bývají v paliativní péči často využívány. Klientům mnohdy zdravotní stav nedovoluje vykonávat činnosti, na které byli zvyklí a které pro ně byly samozřejmostí. Aktivizace se snaží o to, co nejvíce dopřát klientovi možnost věnovat se právě těmto činnostem.

Výše zmíněné metody sociální i pedagogické používají v menší, či větší míře, všichni pracovníci hospice, ať už má jejich profese blíže k sociálně-pedagogické činnosti, nebo lékařské a ošetrovatelské. Využití sociální pedagogiky v těchto oborech se projevuje hlavně ve formě komunikační a emocionální.

2. Rizikové situace pracovníka hospice v sociálně-pedagogickém kontextu

Pracovníci v sociálně-pedagogické oblasti, do které spadá i paliativní péče, vykonávají bezesporu práci velmi náročnou na psychickou stránku člověka. Konkrétně v hospicovém zařízení se jedná o každodenní setkání se smrtí, bolestí a utrpením umírajících i jejich rodin, které nelze absolvovat, aniž by na pracovnících nezanechalo svůj otisk. Otázkou ovšem je, do jaké míry by měla práce v hospici ovlivňovat osobní život a celkovou osobnost člověka? Tato kapitola se bude zabývat potenciálním psychickým ohrožením pracovníků hospice, počínaje stresem, který se zdá zdánlivě banálním zatížením a konče syndromem vyhoření a ztrátou sociálních vazeb a zájmů. Syndrom vyhoření, stres, popřípadě deprese, nejsou tématem pouze paliativní péče, ale sociálně-pedagogických profesí obecně. Diplomová práce se těmito jevy bude zabývat jak z hlediska základní terminologie, tak konkrétně v oblasti hospicové péče. Tato kapitola je také pojata jako teoretická průprava na empirickou část práce. Upozorňuje i na situace sociálně-pedagogického rázu, se kterými se pracovník v hospici setkává. Tyto situace mohou mít vliv na vznik rizikových faktorů pracovníka hospice, kterými se bude práce posléze zabývat.

Pracovník paliativní péče může být ve své kariéře ovlivněn několika problémovými oblastmi, které hrozí, že jej, pokud se nebude dostatečně chránit, mohou negativně ovlivnit, stejně jako jeho práci dosavadní i budoucí. Do těchto oblastí patří: deprese a jiné emocionální problémy, stres (jako následek pracovního zatížení, či osobní životní události), problémy na pracovišti, syndrom vyhoření. Jak předcházet výše zmiňovaným problémům bude náplní třetí kapitoly.

2.1. Rizikové situace v hospici z hlediska sociálně-pedagogického

Práce v hospici zahrnuje řadu sociálně-pedagogických aspektů, jak již bylo řečeno v rámci první kapitoly. Nyní je potřeba se na tyto aspekty podívat komplexněji, v rámci různých situací, se kterými se pracovník v běžném pracovním dni setká. Pracovníci velmi často hovoří o své práci jako o „doprovázení“ klientů a jejich rodin. Co si ale pod tímto pojmem konkrétně představit? *Doprovázení znamená jít kus cesty společně s umírajícím*, tak tento pojem vysvětluje sama Marie Svatošová. (2003, s. 78). Znamená to ovšem také doslova vžití se do kůže nemocného, maximální pochopení a sdílení jeho obav, nadějí, bolesti a strachů. Hospice poskytují svým klientům patřičný komfort materiální, lékařskou péči, ale v rámci doprovázení též zajišťují komfort psychický. Doprovázení lze tedy chápat jako lidské naladění se na druhého, či laickou psychoterapii. Nemocný má možnost opřít se o pečujícího, sdělit mu vše,

co jej trápí. To ovšem může být pro pracovníka leckdy vyčerpávající, bolestná, či stresující zkušenost. Doprovázení lze též považovat za situaci sociálně-pedagogického charakteru, se kterou se pracovníci setkávají každý den.

Mnozí pacienti potřebují ve své situaci víru, stejně jako někteří pracovníci. Víra je pro ně pilířem, stabilním bodem, o který se mohou opřít. Naděje proto znamená pro osoby dlouhodobě nemocné a umírající mnoho. Každý přitom může doufat v něco úplně jiného. Necítit bolest. Dožít se synovi promoce. Úplně se uzdravit. Být tu ještě na jaře. Zemřít. Časté jsou také značné ambivalence v postojích, je-li člověku fyzicky lépe, doufá v zázrak přežití, ve chvílích bolesti naopak touží po smrti. Proto je velmi těžké i pro ošetřující personál vést s pacientem komunikaci, při které se nedopustí žádné z mnohých chyb, buď příliš bagatelizujících, nebo naopak vnucujících planou iluzi naděje. Vymlouvat naději, která je mnohdy pro umírající posledním stéblem, kterého se zuby nehty drží a díky níž mohou prodloužit svůj život o nějaký čas, není ani etické, ani užitečné, stejně jako naopak vzbuzovat přílišnou naději tam, kde je pravděpodobně nereálná. Nevyléčitelně nemocní lidé obvykle velmi dobře znají svůj stav a vnitřně cítí, jak na tom skutečně jsou, kolik času jim může zbývat a kdo jim říká pravdu a kdo ne. Pracovníci hospice i příbuzní umírajícího by měli respektovat potřebu naděje. Ta může v jisté chvíli poskytnout úlevu i jim, pokud vidí, že jejich drahý vypadá spokojeněji, je na tom psychicky lépe. (Forman, 2003, 189). Cílem paliativní péče je doprovázení člověka a je tudíž na něm, jak chce prožít zbývající čas, o čem mluvit, čemu věřit. Není vyjimečné, že věří v zázračné uzdravení v posledním okamžiku, úkolem osob kolem něj může být třeba jen tiché naslouchání. Argumentace a snaha o obrácení do reality je velmi nevhodná, může způsobit zmatek, vyvolat obavy, deprese i v posledních chvílích života. Seneca kdysi prohlásil, že naděje je poslední útěchou v neštěstí, „*neberme ji tedy umírajícím, zkusme ji s nimi sdílet a doprovázejme je na konci jejich cesty jak nejlépe umíme.*“ (The, 2007, s.69-74)

Doprovázení úzce souvisí s další sociálně-pedagogickou situací a to komunikací s umírajícími. Komunikace s umírajícím má svá specifika a pracovník musí mít stále na mysli, že nevhodně vedený rozhovor může klientovi uškodit, utvrdit jej v jeho obavách, či zablokovat pro další komunikaci. V počátcích svého působení v hospici se mnozí pracovníci bojí, nevědí jak s klienty komunikovat. Po čase se tomu obvykle naučí, bez komunikace by práce nebyla možná. Pokud ale obavy z rozhovorů přetrvávají, mohou vést k frustraci z toho, že zaměstnanci nejsou schopni svou práci vykonávat. Rozhovory s klienty musí plynout v

klidném tempu, nesmí z nich být cítit beznaděj, lítost, ale ani přehnaná účast. Také musí počítat s tím, že klient, zejména pokud má bolesti, či strach ze smrti, může žádat o eutanázii, i s touto prosbou se musí vyrovnat, zpracovat ji sami v sobě, ale i adekvátně odpovědět klientovi (Forman, 2003, s. 190).

Komunikace s umírajícími tvoří jednu z nejvýznamějších metod jak jim napomoci k důstojnému a co nejvíce naplněnému odchodu. Každý z týmu pracovníků kolem pacienta s ním komunikuje tak, jak on sám rozumí umírání. Každá komunikace je sama o sobě velmi intimní a subjektivní záležitost, ale hovor na citlivé a mnohokrát tabuizované téma umírání sebou nese další překážky. Velmi častý jev při rozhovorech na téma smrt je tzv. negligace, neboli vytěsnění smrti. Každý si uvědomuje konečnost svého bytí, děsí jej a je proto jednoduší vůbec se smrtí a umíráním nezabývat. Tím, že ošetřující personál smrt ze svého vědomí vytěsňuje, stává se péče, ač kvalitní, značně neosobní. Péče o pacienta v terminálním stadiu onemocnění musí být zejména osobní, aby měla efekt nejen ošetřující ale i doprovázející (Firth, 2007, s. 58). Pokud navíc trpí pracovník tzv. thanatofobií, neboli panickým strachem ze smrti, jen těžko bude vzájemná interakce mezi ním a pacientem fungovat na jiné, než čistě ošetřující bázi. V dnešní době rozvoje zájmu o paliativní péči a adekvátní a účelnou pomoc umírajícím jsou dostupné i nejrůznější strategie formou her, které napomáhají a učí ošetřující personál navyhýbat se tématice smrti. Komunikace obecně, nejen ve vztahu k umírajícím, zahrnuje jak složku verbální, tj, slovní, tak neverbální-gesta, mimiku, řeč těla, která odráží postoje a přesvědčení komunikátora. Ze samotné komunikace, zejména empatictější jedinci, nemají větší problém vyčíst záměr, citové rozložení, či postoj komunikujícího. Již jen samotné zabarvení hlasu může mnohé napovědět. Pacienti jsou doslova závislí na sdělení ošetřujícího personálu a je tudíž jen na něm, jakým stylem a jak přesně jim bude interpretovat fakta ohledně jejich zdravotního stavu. Přitom by se měl vždy přesvědčovat, zda bylo jeho sdělení porozuměno, nedošlo k zaměnění některých informací, či špatnému vyložení, které by vedlo jen k dalším pochybám a obavám pacienta. Zejména je důležité, aby ošetřující sám rozuměl tomu, co sděluje. Pokud nerozumí diagnóze, kterou sděluje, nebude jí rozumět ani pacient. Odbornost je na prvním místě. I volba slov je důležitá, používá-li lékař pojmy z medicíny, kterým rozumí jen on sám a neověřuje-li si tuto skutečnost, pacient mu ji sám nemusí sdělit, obává se například ztráty důstojnosti či tzv. shozením se před lékařem. Komunikace v paliativní péči musí být vždy empatická a chápající, ne omezená na pouhé sdělování nezbytných faktů. Dobrá komunikace v paliativní péči lze označit i slovem „uklidňující.“ Taková komunikace totiž uklidní jak pacienty samotné tak i

personál, který ví, že koná něco vedoucí k upokojení pacienta. Komunikace s lidmi v terminálním stadiu nemoci nemusí být skličující a krajně pesimistická, jak by se mohlo zdát.

Žádný hlubší vztah se neobejde bez citového zapojení účastníků, bez emocí. Jelikož jsou ošetřovatelé s pacienty ve velmi častém kontaktu, měli by být schopni rozpoznat, v jakém citovém rozpoložení se nachází, pozorovat jejich chování, naleznout v něm obavy, či počínající depresi. Během intimních ošetřujících úkonů zase mají pacienti prostor vyjádřit své pocity. Úzkost a deprese jsou nejčastějšími duševními neduhy které pacienty trápí. Dle studie Hintona z roku 1963 až 24% pacientů trpí depresí a 37% úzkostnými stavy(Firth, 2007, s. 60).

Dále v této kapitole jsou uvedeny rizikové faktory pracovníka hospice- stres, deprese, syndrom vyhoření. Tyto faktory ovšem nepřichází samy od sebe, něco je způsobuje. Empirická část práce zjišťuje, zda někteří z pracovníků těmto faktorům propadli, ale také z jakých příčin, při kterých situacích sociálně-pedagogického charakteru se takto cítí.

2.2. Nejčastější příčiny syndromu vyhoření v paliativní péči

Syndrom vyhoření je pojem zavedený od roku 1975 Herbertem Freudenbergem, americkým psychoanalytikem. Ten jej poprvé použil v článku Staff burnout v časopise Journal of Social issues. Do té doby se o člověku, který by dnes již do kategorie syndromu vyhoření spadal, hovořilo jako o lenivém, lhostejném, či bez potřebného pracovního nasazení. (Maroon, 2012, s.54). Pojem syndrom vyhoření, mimo jiné označovaný jako burnout syndrom, pochází z angličtiny a výstižně znamená právě sloveso dohořet, vyhořet, vyhasnout. Jednoduše řečeno jedná se tedy o stav psychického, fyzického a emocionálního vyčerpání. (Venglářová, 2007, s. 43). S jednou z mnoha definic přichází Freudenberg a North (In. Křivohlavý, 2001,s. 64). Ti jej popisují jako „*konečné stadium procesu, při němž lidé, kteří se hluboce emocionálně něčím zabývají, ztrácejí své původní nadšení a svou motivaci*“

Syndrom vyhoření lze nalézt i v mezinárodní klasifikaci nemocí, v kategorii: Problémy spojené s obtížemi v uspořádání života. V České republice prozatím v klasifikaci nemocí není. (Bartůňková, 2010, s. 98) Vznik syndromu vyhoření je spojován s dlouhodobým působením stresových faktorů pracovních i osobních. Nejedná se tedy ani o běžný stres, či snad pouhou únavu. Ovlivňuje významně nejen sféru pracovní ale i osobní, ovlivněn je jak celkový výkon jedince, jeho názory, zájmy, chuť do práce, vztahy na pracovišti i mimo něj. Mezi hlavní znaky syndromu vyhoření patří vyčerpání a to jak tělesné, tak emoční. V této oblasti může být dokonce někdy zaměňován s depresí. Dále se syndrom vyhoření vyznačuje mírou odcizení jak osobám ve svém okolí, tak po stránce pracovní, své profesi. Tato změna může být zvláště viditelná zejména u osob do té doby své práci oddaných a odvádějících ji s patřičným zápalem, který nyní postupně mizí. S tím souvisí i značný pokles výkonnosti, jedinec již nezvládá běžné úkoly, potřebuje na ně více času, apod. (Stock, 2010, s. 85). A jaké jsou předpoklady pro vznik syndromu vyhoření? V první řadě musí být přítomny stresory, ať už se jedná o problematické klienty, obavy ze zvládnutí vlastní práce, strach ze ztráty zaměstnání, konfliktu na pracovišti, apod.

Velmi významným faktorem může být i frustrace z práce, o kterou u pomáhajících profesí není nouze. Frustrace může vzniknout tam, kde se člověk ptá po smyslu práce. V podmínkách paliativní péče je tato otázka mnohdy na místě. Jaký smysl má práce, která nedokáže zachránit život? Práce, která se setkává pouze s bolestí a bezmocí? Pokud chybí dostatečná odolnost, psychická zdatnost a bezpečné prostředí jak v pracovním, tak osobním životě, frustrace přichází velmi snadno. Dalším předpokladem jsou právě vztahy na pracovišti, jinak

řečeno, i práce, která sebevíc naplňuje, se velmi těžko vykonává tam, kde si člověk nepřipadá dostatečně přijímán. Poslední předpoklad je vliv prostředí, za čímž se skrývá míra kontroly na pracovišti, vedení organizace, apod.(Wágnerová, 2011, s. 71) Stručně řečeno, za syndromem vyhoření lze nálezt celou řadu spouštěčů, mezi nejčastější patří stres doma a na pracovišti, demotivující prostředí, rutinní práce, přepracování, konflikt hodnot v rámci pracovní náplně, špatné mezilidské vztahy, apod.

Z hlediska organizace jsou zaměstnanci nejčastěji ohroženi syndromem vyhoření v případě, že jsou ignorovány dva základní rizikové faktory (Vodáčková, 2001, s. 154) a to nedostatek vnitřní struktury organizace, nevymezení kompetencí pracovníků a nevyváženost jejich práv a povinností. Za druhý faktor se považuje nedostatek uznání pracovníků. K dalším faktorům, které mají za následek vznik bezmoci z práce, patří nejasnost pracovní role, nesplnitelnost pracovních úkolů, přemíra úkolů, neadekvátní finanční ohodnocení, apod. Právě bezmoc bývá se syndromem vyhoření často spojována.

Syndromem vyhoření nejsou ohroženy pouze pomáhající profese, ačkoliv u nich je riziko značně vysoké. Obecně se dá říci, že nejvíce ohroženy jsou profese vyžadující častý kontakt s lidmi (Bartůňková, 2010, s.91). Herbert Freudenberg také na základě pozorování pracovníků, jež se potýkají se syndromem vyhoření, vytypoval obzvláště náchylné osoby. Mezi ty patří osoby trpící komplexem méněcennosti, osoby labilní, neurotické, uzavřené, či neschopné dávat najevo vlastní emoce. Tito lidé nebývají zvláště ctižádostiví, primárně jim jde o to, aby je někdo měl rád. Do druhé kategorie spadají naopak osoby velmi aktivní, za každou cenu se snažící pomoci, čímž ovšem zakrývají vlastní pocity osamění, v práci vidí svou seberealizaci, berou na sebe vysokou zátěž a zodpovědnost. (Maroon, 2012, s. 54).

Syndrom vyhoření nepřichází okamžitě, nepozorován, je proto možné poznat celou řadu symptomů, které mu předchází a poté jej doprovází. Určit je sám na sobě může být ošemetné, část lidí si odmítá tento problém vůbec připustit. Rozeznat změny na osobách blízkých, rodině, či spolupracovnících, může být o něco snažší. Mezi příznaky značící syndrom vyhoření patří fyzická únava, která sebou mnohdy nese i somatické obtíže, bolesti břicha, hlavy, střevní problémy, nechutenství, nespavost. Emocionální vyčerpání-beznaděj, pocit bezmoci z práce, plačtivost, podrážděnost, mnohdy agresivitu vůči sobě, okolí i klientům. Mentální vyčerpání sebou přináší změnu postoje jak ke svému okolí, tak k práci. Co člověka dříve bavilo, práce která jej naplňovala, jej nyní pouze vyčerpává, pociťuje nevraživost vůči klientům, může se chovat až bezcitně, empatie vymizí. (Maroon, 2012, s. 56). Dále lze

příznaky rozdělit na subjektivní a objektivní (Křivohlavý, 2001, s. 98). Do první skupiny patří zvýšená unavitelnost, snížené sebehodnocení, zhoršená soustředěnost, snadné podráždění a získání dojmu, že člověk nemá žádnou hodnotu. Je bez energie, nadšení, zaujetí. Není schopen se pro cokoliv rozhodnout. Neví si rady jak s pracovními záležitostmi, tak sám se sebou. K objektivním příznakům se řadí snížená výkonnost dlouhodobého charakteru. Objektivní je tento příznak proto, že si ho může povšimnout právě okolí jedince.

Syndrom vyhoření nepřichází najednou, doprovází jej několik fází, které na něj upozorňují. Každá sebou přináší svá specifika a čím dříve je syndrom vyhoření diagnostikován, popřípadě si uvědoměn samotným pracovníkem, tím snažší jsou případná opatření a rekonvalescence.

Fáze syndromu vyhoření (Stock, 2010, s. 49):

- Idealistické nadšení. Aby člověk mohl vyhořet, musí mít nejprve patřičný zápal pro práci. Snáze vyhoří pracovníci, kteří se v práci nadměrně angažují, podřizují jí vše, nedbají na soukromý život. Potom stačí jeden větší pracovní nezdár a zdá se, že se vše hroutí. Právě proto je prvotní fází idealistické nadšení, nesoucí sebou nadměrné nasazení a nároky sám na sebe. Bezbřehý optimismus, žití pouze pro klienty, pocit, že všem se dá pomoci. Neschopnost realisticky odhadnout možné překážky.
- Stagnace. Poznání reality, přehodnocení ideálů. Nedá se všem pomoci, ne všichni jsou milí a chtějí pomoc. První zklamání, opojení z práce klesá. Zjištění, že celý dosavadní život se omezil pouze na práci a rodinný život mezi tím dostává trhliny.
- Frustrace. Pochyby o smysluplnosti práce, zpochybňování výsledků své práce, pocit bezmoci, zklamání, rozčarování, konflikty s klienty i vedením, boj s byrokracií.
- Apatie. To je poslední fáze syndromu vyhoření, značící ztrátu zájmu o profesi. Vyznačuje se hlubokou vnitřní rezignací, práce se stává pouze mechanickou činností vykonávanou pro mzdu, bez jakéhokoliv naplnění. Zoufalství nad vybranou profesí a dalšími možnostmi uplatnění.

Možnosti prevence syndromu vyhoření budou uvedeny v další kapitole.

Na závěr lze uvést Freudenbergovo srovnání syndromu vyhoření s rozpadající se budovou, které je velmi výstižné. (Maroon, 2012, s. 12) „ *Jestli jste někdy viděli dům, který shořel až do základů, pak víte, že to není žádný příjemný pocit. Z kostry, kdysi plné vitality a konání, teď nezbylo nic jiného než drolicí se memento bývalého života a síly. Možná uvidíte nějaké panely a okenní rámy, konstrukce domu je ještě neporušená. Když však vejdete dovnitř, spatříte skutečnou sílu ohně a zkázy.*“

2.3 . Deprese a psychické problémy ohrožující pracovníka hospice

Syndromem vyhoření, stresem, či dokonce depresí a psychickými problémy z práce v paliativní sféře je ohrožen každý pracovník. Pokud již k některému z těchto jevů ohrožujících psychiku jedince dojde, neznamená to, že se člověk nemůže vrátit k normálnímu životu a nebude již schopen na poli hospicové péče pracovat. Tato kapitola je zaměřena na depresi a psychické problémy, vzniklé profesí pracovníka v hospici a situacemi sociálně-pedagogického rázu, popsanými výše.

Deprese, pokud není léčena, může vést k sociální izolaci, ztrátě výkonnosti a radosti a zhoršuje i zdravotní stav jedince. V nejtěžší fázi může dokonce způsobit závislost na alkoholu, či omamných látkách, nebo dokonce dovést člověka až k sebevraždě. Dobrou zprávou je, že deprese je u většiny lidí léčitelná. (Praško, 2010, s. 9). Za předzvěst deprese se dá označit smutek, který v životě potká každého. Pokud je ovšem trvalejšího rázu, omezuje člověka v běžném životě a k jeho propuknutí stačí banální obtíže, může se překlenout v depresi. Dle Jána Praška (2010, s.10) zažije depresi během života dokonce každý pátý člověk. Podle intenzity je rozlišena na mírnou, střední a těžkou. Tyto stupně se liší mírou narušení každodenního fungování, intenzitou a v posledním stupni je dokonce obvyklá již hospitalizace. Deprese sebou přináší také změny a poruchy nálady, na které člověk není zvyklý.. Mezi nejčastější depresivní nálady patří smutek, který je ovšem hlubší, trvalejší a omezující běžný život. Spolu s ním dochází k vymizení radosti, plačtivosti a nevysvětlitelné úzkosti, vyznačující se neustálým pocitem psychického napětí. Člověk očekává jen to nejhorší, má strach o sebe, své blízké. V případě pracovníka hospice se může bát profesního selhání, obávat se, že osud klientů stihne i jeho samého, či rodinu. Dalším projevem deprese je nerozhodnost, která znemožňuje profesní jednání, i běžná rozhodnutí mimo práci. Podrážděnost sebou nese zpřetrhání sociálních vazeb, konflikty v práci a s bezmocí, jako dalším projevem typickým pro depresi, se uzavírá bludný kruh, člověk nevěří, že by depresi byl schopen zvládnout a zase někdy pocítil radost. Depresivním myšlenkám dominuje celková negativita vůči vlastní osobě, okolnostem, výhledu do budoucna. Jsou stále častější, nekontrolovatelné. Nevedou k žádnému cíli, nenabízejí řešení, pouze přiživují a prohlubují depresi. Předpokládají opět jen to nejhorší, vyvolávají komplexy, zejména u osob labilnějších, s nižším sebehodnocením. Zvláště zrádné na poli paliativní péče je sebeobviňování a pocity viny, člověk má pocit, že udělal málo a klientům dostatečně nepomáhá. (Praško, 2010,s. 16-18).

Aby mohla být deprese diagnostikována a odlišila se od běžného smutku, musí se u jedince vyskytovat minimálně pět z těchto příznaků: *depressivní nálada, snížený zájem o běžnou činnost, ztráta chuti k jídlu, nespavost, zpomalení pohybů i myšlení, ztráta životní energie, pocity snížené vlastní hodnoty a viny, snížená schopnost myslet a zhoršené soustředění a sebevražedné myšlenky, či aktivita k tomu směřující.* (Křivohlavý, 2003, s. 45)

Spouštěče deprese mohou být různorodé, někdy stačí konflikt v práci, či v osobním životě, rozchod, osamění, nadmíra úkolů v práci a následné vyčerpání. Příčiny ale mohou být i mnohem banálnější, například nedostatek spánku, či změna počasí, každý jedinec má jinou tzv. citovou zranitelnost. (Gray, 2010, s. 19). Zvláště ohrožené jsou proto osoby, které mají tuto citovou zranitelnost vyšší a vyznačují se například vyšší mírou etické odpovědnosti. Právě etická odpovědnost je v paliativní péči potřeba a pracovníci, kteří berou zhoršení stavu pacienta, či smrt, jako osobní selhání, navazují s klienty osobní vztahy, nepřipouští si nemožnost zlepšení stavu klienta, apod., mohou být depresí vážně ohroženi. K depresi mohou inklinovat také pracovníci v sociální sféře, u kterých se vyskytuje tzv. syndrom pomocníka. Ten je charakteristický pro osoby, které, byť neuvědomněle, v sobě řeší traumata, obvykle z dětství, kdy byli odmítáni rodiči. Upínají se poté na své klienty a přistupují k nim jako k nejbližším, jelikož sami v soukromém životě těžko navazují vztahy. (Schmidbauer, 2000, s. 64). Ztráta klienta se pro ně rovná ztrátě člena rodiny.

Možností léčby deprese je v současné době více. Jako velmi účinná se jeví psychoterapie, která pomáhá zpracovávat právě různá traumata a nedořešené vnitřní konflikty jedince. Napomáhá uvědomění si vlastní role a snaží se o zapojení jedince opět do běžného života a znovunalezení sociálních vztahů. Další možností je farmakoterapie, nabízející celou řadu léčiv, vhodnou pro daného klienta (Křivohlavý, 2003, s. 65). Zvýšené riziko následků u deprese hrozí v případě, že je odhalena příliš pozdě, není dostatečně a včas léčena, její epizody jsou velmi časté a mají závažný ráz a pokud je spojena s přidruženými problémy, například závislostmi (Gray, 2010, s. 89).

2.4. Stres v kontextu paliativní péče

Stres v profesi pracovníka hospice může být vyvolán řadou situací sociálně-pedagogického charakteru, uvedených v předchozích kapitolách a proto je zařazen mezi rizikové faktory sociálně-pedagogického rázu. Nyní na stres bude pohlíženo z hlediska terminologického:

Stres je psychický a somatický stav, který se v určitém časovém úseku vyznačuje déletrvajícím, či silnějším odchylkou od obvyklé úrovně podráždění. (Bartošíková, 2006, s. 7-9)

Dle M.H. Appleye (in. Bartošíková, 2006, s.7) je možné stres také chápat jako „*extrémně vyhrocenou frustraci, během které je osobnost vážně ohrožena (...)*“.

Člověk v tomto případě prožívá nebezpečí a jeho obranné reakce mohou zesílit až v paniku. Stres je pro jedince neobvyklou situací, která může vést i ke změně chování. Podle Howarda a Scotta (in. Bartošíková, 2007, s.9) stres vyjadřuje situaci člověka při řešení závažného problému, kdy se do snahy o řešení tohoto problému postaví nepřekonatelná překážka. Nutno také podotknout, že odolnost vůči stresu a zátěžovým situacím je u každého nastavena jinde a i obrana vůči těmto životním těžkostem je tudíž u každého jiná. Obecně je možné za situace vyvolávající stres považovat rozvod, či jiné závažnější rodinné problémy, ztrátu zaměstnání, či vážnější problémy v zaměstnání, zranění, nemoc, změnu finanční situace, stěhování, ale i svatbu, těhotenství, narození dítěte, dovolenou, apod. Mezi způsoby zvládání a zpracovávání stresu patří akční a intrapsychické způsoby. Akční odkazují k jednání, může se tedy hovořit o tom, jakým způsobem člověk jedná a řeší stresovou situaci. Dále lze rozlišit na způsoby intrapsychické, neboli ty, které odkazují k psychickému zpracovávání stresu. (Bartošíková, 2007,s.10) . Během celého života si jedinec vytváří určité „šablony“ pro zvládání stresových situací, k těm patří právě již zmíněné způsoby zvládání stresových situací.

Diplomová práce se bude zabývat stresem pracovním v kontextu sociální pedagogiky. K němu lze zařadit konflikty rolí v práci, pracovní zátěž, pocit odpovědnosti, problémy s organizací práce, (například nejasné vymezení kompetencí), nepříznivou perspektivu, nevyhovující pracovní kolektiv. V oblasti sociálně-pedagogické, konkrétně v paliativní péči je riziko vzniku stresu zvýšené, zároveň je spojeno i s možností chybných úkonů, zejména u sdravotních sester a lékařů. Právě stres je také spojen s častým odchodem pracovníků. (Bartošíková, 2007, s. 10). Pomine-li se zátěž fyzická, mezi kterou patří zatížení páteře a svalů, narušení spánkového cyklu při směnách, setkávání s nepříjemnými podněty, apod. , lze blíže řešit zátěže psychické, emocionální a sociální. Do této kategorie se řadí okamžité reakce na pracovišti, kdy zaměstnanec musí zvládat a řešit více situací najednou, reakce na různorodé

požadavky a změny a s tím související zodpovědnost za následky vlastní práce. Dále konfrontaci s utrpením, smrtí a bolestí pacientů, zacházení s intimitou druhého, péči o tělo i duši, provádění práce, která je ne vždy adekvátně hodnocena, jak finančně, tak společensky, konfrontaci s vlastními zážitky, nutnost přemýšlet o hodnotách, vlastním životě. Ke stresu vyvolanému setkáváním se se smrtí a bolestí se přidávají časté poruchy spánku, dle výzkumu Bohutínské z roku 2005 (In. Bartošíková, 2007, s. 11) se tři čtvrtiny sester v paliativní péči shodly na tom, že jejich zdravotní stav byl ovlivněn výkonem povolání. Další zátěž se kterou se musí pracovníci vyrovnat, je prakticky neustálý pocit bezmoci nad osudy umírajících pacientů. Bezmoc tváří v tvář realitě, kterou nelze změnit, kde veškerá medicína může vést pouze ke zmírnění bolesti. Požadavky pacientů na zkrácení jejich utrpení, úlevě, pomoci, která již není na této úrovni možná, mohou stresovou situaci vyvolat také, dlouhodobá zátěž poté vede až ke vzniku chronického stresu. V této souvislosti se rozlišují pojmy jako je běžný stres a kumulativní stres, při kterém se sčítají zátěže z různých oblastí. Ten může být pro jedince velmi ohrožující, pokud se vyrovnává se stresem pracovním i v osobním životě. Stres kumulativní již může být nadměrný a vést k velkým problémům v životě jedince.

Organismus se se stresem vyrovnává po svém, fyzickou reakcí může být například zvýšený krevní tlak, nevolnost, plynatost, bolesti na hrudi, bolesti hlavy, apod. Z hlediska kognitivního se dá sledovat zmatenost, problémy s pozorností, neschopnost rozhodnout se, z čehož vyplývají obtíže při řešení problémů, pracovník není schopen adekvátně, pohotově reagovat a rozhodnout se, což může v jeho práci vést k velmi vážným následkům. Z hlediska emocionálního se jedná o úzkost, nejistotu, strach, vznětlivost, pocity viny, ztrátu emoční kontroly, pocity zahlcení událostmi. Změny se dají najít i v chování člověka ve stresu a to ve stáhnutí se do sebe, podezřívavosti, emocionálním výbuchům.

2.5. Vymezení stresu, syndromu vyhoření a deprese

Nyní je potřeba rozlišit syndrom vyhoření od stresu, se kterým se během života setká doslova každý. Stres je do jisté míry nevyhnutelnou součástí života, ve zdravé míře může vést i k vyšší pracovní motivaci. Syndrom vyhoření je vyústěním chronického stresu, který je důsledkem dlouhodobého, popřípadě kumulativního stresu. Chronický stres sebou nese ještě další možné riziko a tím je vznik chronického unavového syndromu, jehož hlavním příznakem je dlouhodobé vyčerpání, bez zjevné příčiny. Dá se tedy jednodušeně říci, že zatímco stres je příčinou, vyhoření je důsledkem (Stock, 2010, s.15). Lze se setkat i s tvrzením, že syndrom vyhoření je určitá forma psychického stresu (Maroon, 2012, s.76). Někdy bývá syndrom vyhoření nepřesně zaměňován s depresivními stavy, jelikož některé symptomy se překrývají a navzájem podobají. Pokud je syndrom vyhoření v pokročilém stádiu, může být velmi obtížné jej od deprese rozlišit, musí se proto provádět anamnéza pacienta, s ohledem na zátěžové faktory, které za vyčerpáním stojí. Syndrom vyhoření ovšem není deprese, vyžaduje jinou léčbu a bylo by chybou zaměňovat tyto dvě diagnózy. Deprese může v některých případech také vzniknout jako reakce na závažnou stresovou událost, možnými spouštěči mohou být ztráta osoby blízké, nová životní role, či její ztráta, sociální izolace, apod. Dále je mezi příčiny vzniku deprese řazena reakce na některé léky, či nejčastěji, poruchy chemie mozku, nebo jeho organické poškození, například při úrazu. U deprese jsou často také zmiňovány faktory vrozené, pokud se již v rodině depresivní porucha vyskytla, riziko se zvyšuje. Depresí jsou více ohroženi lidé založením pesimističtí, kteří se celkově těžko radují ze života, nemají mnoho očekávání, těžko snášejí kritiku, či nemají rodinné zázemí. Průvodní znaky jsou u deprese a syndromu vyhoření podobné: únava, ztráta zájmu o dění kolem, pocity beznaděje. Syndrom vyhoření ovšem, alespoň se začátku, postihuje zejména pracovní oblast. Depresi lze léčit a je obvykle léčena farmaceuticky, syndrom vyhoření ne.

Deprese, na rozdíl od syndromu vyhoření, není v první řadě reakcí na stres, nelze jej tedy označovat za příčinu vzniku deprese. Díky přílišnému stresu sice k rozvoji deprese může dojít, ale vždy tomu musí předcházet vrozené, či získané dispozice. Ty se mohou projevit, ale také nemusí, každý jedinec má jinou odolnost vůči stresu, reaguje na různé situace jiným způsobem. Těžko tedy určit, zda se deprese projeví a rozvine, či nikoliv. V každém případě, na pozoru by měli být především osoby, u kterých jsou depresivní stavy přítomny v rodinné anamnéze, či jsou celkově citlivější na zátěž (Maroon, 2012, s 80). Depresi, syndromem vyhoření, či stresem je, vzhledem k vysokému riziku výskytu v této oblasti, ohrožen skutečně

každý pracovník, což ovšem neznámá, že by k těmto jevům hromadně u všech docházelo. Jak jim předejít, jaká je účinná prevence ze strany organizace, bude obsahem další kapitoly..

Jelikož tyto faktory mohou být způsobeny situacemi sociálně-pedagogického rázu, jejichž ověření je cílem diplomové práce, jsou stres, syndrom vyhoření a deprese zařazeny pod rizikové faktory sociálně-pedagogické.

3. Sociálně-pedagogická prevence rizikových situací pracovníka hospice

Tato kapitola je zaměřena na prevenci sociálně-pedagogických rizikových faktorů a situací, kterými jsou ohroženi pracovníci hospice a které byly uvedeny v kapitole druhé. Také je část kapitoly věnována případným opatřením sociálně-pedagogického směru, které lze použít i při problémech již vzniklých.

Jak již bylo několikrát řečeno, práce v sociálních službách obecně a konkrétně na poli paliativní péče je velmi náročná na psychiku člověka. Je proto důležité, aby si byl jedinec náročnosti své práce vědom a dostatečně se chránil formou sociální opory svých blízkých, či efektivními strategiemi zvládání životních těžkostí. Ze strany organizace je také potřeba dostatečně pečovat o zaměstnance a chránit jejich psychické rozpoložení, které je pro odvádění dobré práce nesmírně důležité. Možnostmi, kterých zařízení může využít jsou supervize, konzultace s psychologem, zjišťování vztahů na pracovišti.

3.1. Supervize v hospicovém zařízení jako nástroj sociální pedagogiky

Pojem supervize pochází z angličtiny a znamená v překladu dozor, dohled nad nějakou osobou, či situací. To může vyvolat pocit určité kontroly, o čemž ovšem supervize není, vhodnější je tedy chápání supervize jako nadhledu nad situací, který může poskytnout supervidovanému právě supervizor, či ostatní účastníci. Definice supervizi je uvedena od Loganbilla (In.Havrdová, 2008, s 19): *„Supervize je intenzivní, mezilidsky zaměřený individuální vztah, v němž je úkolem jedné z osob usnadňovat rozvoj terapeutické kompetence druhé osoby.“* Supervize je ovšem také vztahem mezi supervizorem a supervidovaným. Supervizor poskytuje již zmíněný nadhled, zpětnou vazbu nad problémem, podněcuje, povzbuzuje. Také se dá říci, že do jisté míry nastavuje zrcadlo. Další, výstižná definice je přímo od Havrdové (2008, s.19), ta ji označuje za *„křehký proces, v němž nejde primárně o posuzování a hodnocení věcí, či snahu dojít k rozhodnutí, ale jehož účelem je pochopit a změnit smýšlení zúčastněných.“*

Supervizorem může být pracovník organizace, což ovšem nebývá obvykle zrovna dobrá volba. Supervidovaný může mít problém s vyjadřováním svých stížností, obav či pocitů, před kolegou, či nadřízeným. Vhodnější je tedy účast supervizora externího, tedy vně organizaci. I v tomto případě ovšem supervizi zadává zařízení a supervizor tedy musí dodržovat to, na čem se spolu dohodnou ještě před zahájením samotné supervize. Kdo může supervizi vykonávat,

je problematika pojmů. V současné době je název supervize a supervizor spojován nejen s terapeutickou praxí, ale lze se s ním setkat i v nejrůznějších organizacích a firmách, které s pomáhající profesí nemají mnoho společného. Supervizorem se zde často stává jednoduše nadřízený pracovník, vykonávající dohled nad prací, ovšem bez jakéhokoliv vzdělání souvisejícího se samotnou supervizí. Supervize se tedy do jisté míry stala pojem moderním, který ovšem nemá pevně vytvořené kvalifikační standardy. (Vávrová, 2012, s. 34).

Přesto existuje Český institut pro supervizi, jehož supervizoři jsou vysokoškolsky vzdělaní lidé s několikaletou praxí v pomáhajících profesích, absolventi psychoterapeutického výcviku. (Dostupné na : <http://www.supervize.eu/supervizori/kdo-je-supervizor/>). Právě zkušenost s prací v pomáhající profesi a akreditovaný výcvik zaručuje určitou kvalitu supervize i to, že bude skutečně účinná a přínosná pro supervidované. Role supervizora je velmi zodpovědná a nesnadná, zahrnuje více funkcí, mezi které patří poradce poskytující podporu, pedagog pomáhající rozvíjet se, manažer odpovědný za klienta i práci supervidovaného. (Hawkins, 2004, s. 32).

Supervize by měla splňovat tři základní funkce a to vzdělávací, podpůrnou a řídicí (Hawkins, 2004, s. 32). Funkce vzdělávací je zaměřena především na rozvoj dovedností, porozumění a schopností supervidovaných osob. Toho je dosahováno především pomocí reflexe a rozebírání práce. Podpůrná funkce supervize bývá také nazývána restorativní. Ta se zabývá zejména emocemi, které se během supervize objevují ze strany supervidovaných. Může se jednat o přehnanou empatii s klientem, neshody, konflikt, zoufalství z práce a další, zejména negativní situace a vjemy. Pokud by se s emocemi supervidovaných nepracovalo, následky by mohly být: nadměrná identifikace, či naopak obrana a odstup od klientů supervidovaných pracovníků, což by mohlo vést až k syndromu vyhoření. Poslední funkce je řídicí. Ta jediná plní funkci kontroly nad prací, respektive kvalitou práce supervidovaného. Sledují se standardy práce organizace, dodržování důstojnosti a lidských práv klientů zařízení, etika práce, či možné předsudky vůči klientům. (Hawkins, 2004, s. 43). Supervize by měla splňovat všechny tři své funkce, které by neměly fungovat jedna bez druhé, ale naopak se doplňovat. Supervize by měla být zaměřena jak na rozvoj dovedností a schopností supervidovaného a vést k získávání dalších kompetencí, které může využít při práci, tak na emoce, jejich projevy a možnost sdílení se supervizorem. Oddělit není možné ani funkci normativní, neboli řídicí, která chrání i klienty organizace.

Formy supervize lze rozdělit podle počtu účastníků na individuální, skupinové a týmové, které jsou určitou formou skupinové supervize. Individuální supervize je setkání supervizora se supervidovaným. Již na začátku je potřeba vytyčit hranice, aby nedošlo k vybočení směrem k individuální terapii, kterou supervize není. Mnohem častěji ovšem probíhá supervize skupinová, kdy supervizor pracuje se skupinou obvykle 8-10 členů. Tato forma práce má svá specifika, musí počítat se sítí vzájemných vztahů, skupinou dynamikou. Výhodou zde může být podpurná atmosféra skupiny, pokud jsou vzájemné vztahy přátelské, v opačném případě se ovšem supervizor musí vyrovnat s nepřátelským ovzduším, vzájemným obviňováním, hledáním obětního beránka, apod. Možné je i setkat se se skupinou nastavenou soutěžit, což není náplní supervizních setkání, popřípadě s rušivým členem, který se snaží dominovat setkáním, vyvolávat konflikty, nespolupracovat a strhávat k tomu zbytek skupiny. Výhodou také je, že pracující skupina může poskytnout celou řadu životních zkušeností, které mohou jednotliví členové spolu sdílet a popřípadě využít. Hlavní nevýhodou skupinové supervize může být hledisko časové, není možné se věnovat každému individuálně. Skupinová supervize nemusí vyhovovat každému, někomu může být i nepříjemné, sdílet své pocity s větším počtem lidí.

Týmová supervize je další formou supervize, nejedná se ovšem o supervizi skupinovou, jde o skupinu, kterou spojuje společný profesní život. Supervize je tedy zaměřena nejen na jednotlivé členy, ale na tým jako celek mající vlastní týmovou osobnost i život. Týmová supervize také pamatuje a pracuje s vývojem týmu a zajímá se o tuto problematiku. Zkoumá i uspořádání týmu, hledá jeho silná a slabá místa, zajímá se o to, zda má tým silného vůdce, či tvoří spíše koalici a jak se členové v týmu cítí. Tento typ supervize je velmi dobrou prevencí mobbingu, popřípadě jej může odhalit, pokud již na pracovišti probíhá.

Specifickou metodou supervize je balintovská skupina (Havrdová, 2008, s. 54). Jedná se o skupinovou práci, která se věnuje hlavně rovině zážitkové, účastníci pracují s vlastním prožíváním. Balintovská skupina má jasnou strukturu pěti fází, které se dodržují, někdy i na úkor spontaneity. V rámci supervize je vždy probírán jeden případ, který účastníci vyberou na základě hlasování. Poté se pracuje na základě již zmíněných fází, čítajících popis případu, otázky členů skupiny k referujícímu, fantazie účastníků za jednotlivé osoby vystupující v případě, praktické rady skupiny. Na závěr referující sděluje své dojmy a vyjadřuje se k průběhu sezení.

Další alternativou supervize jsou individuální setkání s psychologem. Psychologická sezení

se od individuální supervize liší, ačkoliv na první dojem mohou působit podobně. Zatímco supervize poskytuje zejména nadhled nad situací, ale je do jisté míry i dohledem nad prací zaměstnance, psychologická setkání se soustředí zejména na řešení hlubších problémů, mnohdy osobního rázu. Psychologická konzultace nemusí být primárně rozborem pracovních obtíží, ačkoliv i na ty se může zaměřit. Psycholog používá jiné metody práce, jde často spíše do hloubky a pátrá v osobnosti klienta. Pravděpodobně právě proto, že neřeší pouze pracovní záležitosti a pracuje s klienty individuálně, je mnohem více využívána na pracovišti právě možnost supervize. Některé organizace také řeší psychologickou podporu svým vlastním způsobem a to formou sezení s interním pracovníkem, který mnohdy ani není školeným psychologem. Řada organizací svého psychologa má a poskytuje jeho služby klientům zařízení, při té příležitosti nabízí konzultace i zaměstnancům. Ani toto řešení není úplně vhodné. Psycholog je zaměstnancem, tudíž i kolegou, případných zájemců o psychologické setkání. Svěřovat se vlastnímu kolegovi, kterého poté bude člověk nadále potkávat v práci s vědomím, že mu sdělil některé své hlubší obavy osobního rázu, nemusí být snadné. Ani pro druhou stranu nemusí být zrovna lehké oddělit obsah sezení s kolegou, od běžných pracovních setkání. Ještě méně vhodnou alternativou je již zmíněná možnost setkání s jiným pracovníkem, který nemá patřičné vzdělání psychologického rázu a nyní v tomto směru pracuje se zájemci o psychologickou službu. Otázka individuálních psychologických sezení v organizacích není lehká, řada organizací nechce použít svůj značně omezený rozpočet na tuto službu. Předpokládá, že supervize, zaměřená na ryze pracovní témata, bude pracovníkům poskytovat dostatečnou oporu. Vzhledem k tomu, že práce v paliativní péči je psychicky velmi náročná, je potřeba brát v úvahu, že i osobní problémy, které se do ní promítají mohou přizpět k celé řadě obtíží, jenž ovlivňují i práci samotnou.

Průběh supervize má také svá pravidla, která nyní budou nastíněna. Na začátku musí být vytvořen kontrakt, neboli smlouva mezi supervizorem a supervidovaným, která taktéž obsahuje očekávání organizace, jež supervizora pozvala. Zde jsou obsažena základní pravidla, hranice a očekávání. Supervizor se pokouší vyjasnit pravidla, dořeší praktický obsah, počet sezení, časovou dotaci, strukturu sezení, navozuje atmosféru bezpečí. Zahajuje supervizní sezení, někdy probíhají zahajovací rituály. Poté dochází k vzájemnému plánování, aktivaci účastníků, pojmenování témat pro supervizi. Následně je prezentováno vybrané téma, vybírá se metoda, která bude pro supervizi použita, například již zmíněná balintovská skupina, je možno přizvat k volbě metody i samotné účastníky. Po realizaci metody se hodnotí sezení a následuje krátké ukončení, shrnutí dojmů, prostor pro dotazy. Supervizor může při sezeních

využívat různé metody práce, mezi které patří zaměření pozornosti supervidovaných na dané téma, vizualizace zkušeností na tabuli, práce s mentálními mapami účastníků. Podněcuje také tvořivé učení pomocí hraní rolí, či brainstormingu, připravuje podmínky pro reflexi, vyladí se na účastníky a citlivě pracuje s jejich emocemi, včetně těch neuvědomnělých.

Supervize může být žádoucím nástrojem pro prevenci nežádoucích, ohrožujících jevů práce pracovníka paliativní péče. Z jejích funkcí uvedených výše vyplývá, že obsahuje prvky sociálně-pedagogické a proto ji lze řadit k účinným nástrojům prevence rizikových jevů sociálně-pedagogického charakteru. Může dopomoci zjistit, zda nejsou pracovníci vyhořelí, jaká je atmosféra na pracovišti a zda je práce vykonávána adekvátně. Supervize sebou nese i určité překážky, na které je potřeba myslet. Mezi ně patří v první řadě nalezení vhodného supervizora, který bude přínosem a naplní pravé poslání supervize. Organizace by proto měla zjišťovat spokojenost svých zaměstnanců se supervizi. Některým pracovníkům také může bránit v účasti na sezeních ostych sdílet své dojmy s ostatními kolegy i cizím člověkem. Do supervize by zaměstnanci neměli být nuceni, účast by měla být dobrovolná. Někdo také může mít problém s autoritou, kterou supervizor prezentuje. Je potřeba zvážit všechny klady i zápory supervize a nabídnout ji zaměstnancům jako pouze jednu z variant.

3.2. Pracovní klima a kultura organizace v hospici

Pracovní klima a problematika s ním spojená jsou uvedeny v kapitole Prevence rizikových jevů na pracovišti, protože právě kolektiv v zaměstnání, přátelské ovzduší a vhodné vedení zaměstnanců, společně s kulturou organizace, může zamezit vzniku stresu či syndromu vyhoření na pracovišti. Komunikace nejen mezi klienty a pracovníky, ale i mezi pracovníky samotnými, je podstatnou součástí práce v hospicovém zařízení, vykazující sociálně-pedagogické aspekty komunikační.

Hovoří-li o se o atmosféře na pracovišti, je potřeba zmínit některé pojmy z této oblasti. Organizační kultura je všeobecně sdílený a přijatý souhrn významů a vzorců, které určují, jak se mají zaměstnanci chovat. Právě kultura organizace mimo jiné ovlivňuje i to, do jaké míry se cítí zaměstnanci být součástí organizace, což má velký vliv na dobré vztahy na pracovišti. V zaměstnání, za jehož součást se lidé považují a mají zájem na jeho dobrém fungování, nemají potřebu vyvolávat konflikty a pracují efektivněji, jsou lépe ochotni snášet ústupky organizaci, zajímají se o další prohlubování profese, apod. Naopak, pokud se zaměstnanec nepovažuje za součást organizace, bude mít zájem přesně doržet stanovenou pracovní dobu a více se o dění v organizaci nezajímat. Při úvahách o fungování organizace musí být zmíněna i organizační struktura, která je významným faktorem ovlivňujícím fungování organizace (Kohoutek, 1999, s.85). Organizační struktura je založena na hierarchii organizace. Jasně stanovená a víceméně neměnná struktura, s danými pravidly, přispívá k bezproblémovému chodu, ve kterém každý zná svou pozici, náplň práce i na koho se v případě problémů obrátit (Rektořík, 2007, s.27). Organizační strukturu lze rozdělit na silnou, která je pro zaměstnance dobře čitelná, na rozdíl od slabé, která je nečitelná a často se proměňuje. Každá organizace musí vykazovat i větší či menší míru kontroly práce svých zaměstnanců, jinak by nebylo její fungování možné. Kontrola přitom nesmí být moc omezující, nadměrná kontrola je škodlivá, stejně jako kontrola žádná a pěstování výhradně přátelských vztahů mezi zaměstnanci a vedením (Bachmann, 2011, s. 165). Zajímavá je i teorie zmocnění, se kterou přichází Wall a kol. (In. Kolman, 2009, s. 32). Zmocnění zahrnuje okruh aktivit a iniciativ, které se podílí na plynulém chodu organizace. Zaměstnanec tedy sám spolurozhoduje o fungování zařízení, což může vést k většímu zájmu a angažovanosti v pracovní oblasti. Zmocnění se značí možností samostatného jednání, pracovními kompetencemi, které vedení zaměstnanci nabízí, čímž mu i uděluje svou důvěru v něj.

Důležitý je i vliv přátelských pracovních vztahů na psychiku jedince. Pracovní kolektiv se v mnohém podobá tomu školnímu. Stejně jako ve škole učitel sleduje, zda není některé dítě šikanováno, i vedoucí pracovník by neměl zavírat před tímto tématem oči. V případě podezření na mobbing by měl vprvé řadě zjistit, zda se jedná o ojedinělý konflikt ze strany jednoho zaměstnance vůči druhému, či o dlouhodobé jednání. Někdy ke konfliktům dochází v prostředí s vysokou mírou pracovního stresu, či nevyjasněných kompetenci, kde nikdo přesně neví ,co má dělat . Nejprve je potřeba si proto tyto skutečnosti vyjasnit. Poté promluvit se zaměstnanci i konkrétním původcem konfliktů, který může být pouze přetížený, či ve složité životní situaci. Každý vedoucí pracovník by měl své podřízené kontrolovat nejen z hlediska výkonu, ale i ovzduší na pracovišti a to ne pouze namátkově, až ve chvíli konfliktu, ale dlouhodobě.

Z hlediska toho, co může sám zaměstnanec udělat pro to, aby se na pracovišti cítil dobře, platí několik pravidel (Kratz, 2005, s. 13):

- Nesnažit se měnit chování toho druhého.
- Respektovat odlišnosti druhých a zacházet s nimi slušně
- Chovat se ke druhým tak, jak chci, aby se i oni chovali ke mně.
- Nebát se komunikovat, zeptat se, požádat o radu, promluvit si s druhými
- Nejednat falešně, nadřazeně, být naopak upřímný jak v práci tak v životě

Jelikož v přátelském ovzduší se pracuje nejlépe, je nesmírně důležité, aby spolu zaměstnanci vycházeli i po lidské stránce. Pracovní tým, založený jen na základě tichého respektu a nezájmu o druhé, nebude dosahovat takových výsledků jako tým, ve kterém budou pracovníci zároveň přáteli, se zájmem o sebe navzájem. Snahou o udržování těchto vztahů je akce nazvaná Prázdninový týden pracovníků hospiců, pořádaná právě pro ně a jejich rodiny. Zde si mohou nejen odpočinout a nabrat nové síly, ale prožít spolu své úspěchy, obavy, zážitky z práce. (Dostupné z : <http://www.asociacehospicu.cz/aktuality/chatky-na-jihu-2/>)

V poslední době, s vývojem technologií, začíná být lidská komunikace značně odlidštěná. Mnozí pracovníci i v rámci menších organizací preferují komunikaci po emailu, aniž by se setkali. S tím, jak se vytrácí osobní kontakt, mizí i možnost navazování přátelství, obyčejného prohození deních banalit. Jedná se stroze, formálně, pouze o pracovních záležitostech. Pro pěstování dobrého ovzduší na pracovišti je proto těch pár upřímných, neformálních banalit potřeba.

3.3 Prevence syndromu vyhoření v profesi pracovníka hospice

V otázkách prevence syndromu vyhoření existuje celá řada rad ohledně toho, jak se mu vyhnout. I publikace na téma syndromu vyhoření se zabývají prevencí, osvěta v této oblasti tedy probíhá. Některé z mechanismů, které jsou uváděny jako ty, které syndromu vyhoření zamezí, jsou uvedeny níže (Stock, 2010, s. 21):

- Péče o zdravý životní styl. Syndrom vyhoření je do velké míry propojen i s tělesnou stránkou člověka, dá se tudíž předpokládat, že lidské tělo a zdraví bude hrát roli i v prevenci tohoto jevu. Je třeba dodržovat vhodnou životosprávu, přiměřeně spát, odpočívat, mít dostatek pohybové aktivity.
- Z hlediska profesního je zde otázka profesního růstu. Stagnace po mnoho let na jedné pracovní profesi může sebou nést pocity frustrace a přispět právě k syndromu vyhoření. Proto je profesní rozvoj tak důležitý. Nemusí nutně znamenat ani stoupání po kariérním žebříčku, jako spíše profesní rozvoj, zvyšování kompetencí, další vzdělávání, školení, kurzy vedoucí ke zvýšení kvalifikace a prohloubení zájmu o obor.
- Z hlediska komunikace a mezilidských vztahů na pracovišti je potřeba být do jisté míry asertivní a umět říkat ne ve chvílích, kdy s něčím člověk nesouhlasí, cítí se přetížený. Je potřeba myslet na sebe a ne pouze na druhé, což může vést k syndromu pomocníka. Je potřeba si dodržovat patřičný emocionální odstup. Jedinec není zodpovědný za chyby a záležitosti druhých. Také vyjadřování vlastních emocí může být dobrá prevence syndromu vyhoření. Další možností je žádost o pomoc a podporu kolegů, či nadřízených ve chvílích, kdy si zaměstnanec neví rady. Je potřeba vyvarovat se negativního myšlení, sebelítosti, či lítosti a bezmocí nad osudy druhých. Naopak pěstovat pozitivní myšlení a hodnoty.
- V neposlední řadě je dobré srovnat si priority. Jsou chvíle a situace, kdy je lepší neplýtvat zbytečně vlastní energií nad zbytečnými záležitostmi. Změna a odchod někdy může být lepší, než zbytečné trápení na stávajícím místě.

Jedním z mechanismů prevence syndromu vyhoření je sociální opora. (Křivohlavý, 2003, s. 83). Sociální oporu lze také řadit k mechanismům sociálně-pedagogickým a proto je zde uvedena zevrubněji. Sociální opora je vztah mezi lidmi, kteří si poskytují potřebnou podporu v těžkostech. Právě sociální opora blízkého okolí může úspěšně napomoci předcházení

vyhoření, či jeho odhalení. Existují čtyři druhy sociální opory. Instrumentální opora zahrnuje materiální podporu, pomoc při zařizování různých záležitostí, apod. Informační podpora znamená poskytování rad a informací, pomoc při zorientování se v situaci. Také naslouchání druhému a jeho vyslechnutí. Emocionální podpora je forma blízkosti mezi lidmi, projevuje se přátelstvím, láskou, soucítěním, apod. Dodává naději, zmírňuje obavy. Hodnotící opora posiluje člověku sebevědomí, dodává vědomí vlastní hodnoty, jedná s respektem a úctou. Teorii podpůrných sociálních vztahů představují G.R. Pierce a B.R. Sarason (In. Křivohlavý, 2003, s. 86) . Ta je podle nich tvořena třemi charakteristickými rysy: Míra pomoci zkoumá, do jaké míry se může jedinec spolehnout na druhou osobu a její pomoc. Hloubka vzájemných vztahů se vyznačuje mírou oddanosti druhé osobě. Míra mezilidských konfliktů zkoumá častost a hloubku vzájemných konfliktů. Teorie podpůrných sociálních vztahů je zjišťována pomocí dotazníku. Ten operuje s otázkami typu : o koho se může jedinec v případě nouze opřít.

Důležitost sociální opory dokládá i to, že je řazena mezi sociální potřeby jedince, přičemž v případě jejich neuspokojení dochází u jedince k frustraci. Do sociálních potřeb patří potřeba sociálního kontaktu, potřeba důvěry, již zmíněná potřeba sociálního připoutání, vzájemnosti, komunikace, bezpečí, sociální identity, aj. Sociální oporu lze zkoumat ve dvou rovinách, obecné a specifické. Obecná rovina vyjadřuje každodenní život, existenci dobrých vzájemných mezilidských vztahů v jeho sociální síti. specifická je poté spojena s určitou kritickou životní situací, například úmrtím, nemocí, apod.(Křivohlavý, 2003, s. 63)

Sociální opora nemá pro každého stejný užitek a účinek v případě prevence syndromu vyhoření. Záleží na osobnostním naladění jedince, na jeho zájmu o osoby kolem sebe. Jinak řečeno ten, kdo má druhé lidi rád a rád s nimi navazuje sociální kontakty a zároveň má zájem o to, sám být v případě těžkostí u druhých nápomocen, má ze sociální opory větší užitek než jedinec bez velkého zájmu o lidi, zahleděný pouze sám do sebe. Sociální opora a pomoc nemusí být ovšem vždy pouze pozitivním aspektem a účinnou pomocí druhému. Pokud je pomoc nadměrná, může být spíše na obtíž, bere člověku možnost samostatného vyrovnání se se situací, zabraňuje mu v samostatném jednání, omezuje vlastní rozhodování, čímž dále narušuje jeho sebehodnocení. Také je zde hrozící riziko vzniku závislosti na pomáhající osobě. Další formou nevhodné pomoci může být snaha vnutit jedinci svá vlastní rozhodnutí a nápady, jak vzniklou situaci řešit. Sám jedinec by ovšem v ideálním případě měl dát najevo o jakou formu sociální podpory a pomoci stojí a co si naopak nepřeje.

Krátce zde bude nyní nastíněno, co dělat ve chvíli, kdy již pracovník se syndromem vyhoření bojuje. V první řadě se nabízí jako nejsnadnější řešení odchod ze stávajícího zaměstnání. Zde je potřeba položit si otázku, zda jedinec nevstupuje do stejného sektoru, na stejnou pracovní pozici, pouze v jiné organizaci. V tom případě je zde totiž riziko, že se syndrom vyhoření bude dále rozvíjet, pouze v jiném zařízení. Zaměstnanec si musí položit otázku, co stojí za jeho vyhořením. Pokud je to nevyhovující pracovní prostředí organizace, změna zaměstnavatele ve stejné sféře prospěje. Stojí-li však za syndromem vyhoření beznadějí z práce, pravděpodobně nebude jedinec spokojen na obdobném místě v jiné organizaci.

Krátkodobým řešením, při kterém není potřeba odcházet ze zaměstnání, může být změna pozice a náplně práce, je-li to možné a zaměstnavatel k tomu svolný. Například lze přejít k administrativní práci, či zaměřit se na komunikaci s blízkými klienty, pokud člověk zaznamenává obtíže při práci se samotnými klienty. Krátká dovolená a změna prostředí sice může na čas člověku dobít energii, ale v případě syndromu vyhoření velmi pravděpodobně nezabrání jeho pokračování po návratu. Vhodnějším řešením než krátkodobé řešení dovolené je změna pracovní doby, je-li to možné. Práce na zkrácený úvazek sebou přináší možnost dále se requalifikovat, věnovat vlastním zájmům a nebýt s klienty v tak častém kontaktu.

3.4 . Způsoby zvládání životních těžkostí

V prvé řadě je potřeba definovat pojem zvládání. S tím přichází Lazarus (In. Křivohlavý, 2003, s. 133). „*Jádrem zvládání je využívání snah řídit vnitřní či vnější požadavky, které těžce doléhají na člověka.*“ (...) V předchozí kapitole byly uvedeny osobnostní charakteristiky , které ovlivňují člověka v negativním smyslu, nyní bude uveden protipól, tedy osobnostní charakteristiky hrající pozitivní roli v boji se těžkostmi v životě (Gruhl, 2013, s. 99).

Resilience, neboli odolnost, či nezdolnost člověka vysvětluje, jakým způsobem bude zvládat pro něj složité životní situace. Jednoho může stejná situace úplně ochromit, dalšího naopak posílit . Psychická odolnost tedy zahrnuje veškeré síly, které jedinci pomohou zvládat životní těžkosti (Paulík, 2010, s. 102). Lidská nezdolnost se vytváří již od útlého věku a je ovlivňována jak výchovou rodičů, ranými zážitky, pocitem bezpečí, možností sdílet problémy s někým blízkým i tím, zda je život dítěte radostný. Nezdolnost ovšem automaticky nezasahuje všechny oblasti života, může zahrnovat nezdolný postup v soukromém životě, ale v pracovním právě naopak. Nezdolnost je také potřeba zvyšovat a udržovat, čehož je možné dosáhnout právě dostatečnou sociální sítí kolem sebe, dobrými vztahy v rodině i v práci, zbytečným neulpínáním na drobných problémech, přijímáním změn jako čehosi přirozeného, uskuťučňováním svých cílů, udržováním naděje i péči o své potřeby.

Podle Christiana Stocka (2010, s.,23) mají rezilientní lidé následující schopnosti:

- nezávislost, neboli schopnost jasně vymezit hranice mezi sebou a ostatními, pracovním a soukromým životem
- vztahy, schopnost vyhledávat a udržovat blízké a plnohodnotné vztahy na pracovišti i v soukromí
- smysl pro humor, schopnost zasmát se sám sobě a i na zdánlivě špatné situaci najít něco dobrého
- kreativita, schopnost přenést bolest či frustraci do různých aktivit a činností (sportovních, uměleckých)
- morálka, schopnost odlišit dobro a zlo a bojovat za uznávanou hodnotu.

Dalším způsobem jak zvládat životní těžkosti je míra osobní zdatnosti. Pod tímto termínem si lze představit vlastní schopnost řídit běh dění a mít situaci pod kontrolou. Právě to, do jaké míry je člověk schopen neztratit situaci pod kontrolou, do značné míry, ovlivňuje schopnost situaci celkově zvládnout. Tato osobní zdatnost zahrnuje i to , jak je člověk schopen

kontrolovat intrapsychické jevy, chování projevující se navenek, verbální a neverbální komunikaci, apod. Ovládá-li tyto oblasti, pravděpodobně bude schopen lépe aplikovat strategie zvládnání stresu (Paulík, 2010, s. 10).

V pracovním vypětí se také odráží smysluplnost života, kterou lze označit i jako zaměřenost (Helus, 2009, s. 76). Ať už se jedná o výraz smysluplnost, či zaměřenost, dá se chápat jako hnací síla, dávající životu cíl a smysl. Určuje smysl života, to čeho chce člověk dosáhnout, jeho hodnoty, obavy. Zaměřenost se utváří již v dětství, formují ji rodiče nejen svou výchovou, ale zejména tím ,oč usilují oni, jak jednájí, na čem jim záleží. Zameřenost aktivizuje pozitivní stránky osobnosti a mobilizuje schopnosti k dosažení vytyčeného cíle. Zameřenost určuje profesní dráhu a proto je zde také uvedena. Právě tato síla je jedním z důvodů, proč někteří lidé jako svou profesní dráhu volí právě paliativní péči. Není ovšem jen silou aktivizující, ale i demobilizující, a to v případě neúspěchu. Jsou lidé, kteří jsou v případě nezdaru natolik zklamání, že se úplně zhroutlí, rezignují, jsou hluboce ořeseni.

V paliativní péči hraje u některých zaměstnanců roli náboženská víra jako smysluplnost života. Právě díky náboženské víře tito lidé mnohdy vykazují vyšší míru spokojenost se životem, vyšší kvalitu života i vyšší míru osobního štěstí. Také v některých problematických otázkách životních událostí se s danou situací vyrovnávají lépe. Náboženská víra ovlivňuje i zdravý životní styl, věřící lidé mnohdy nekouří, nepijí alkohol, apod, což se odráží i na celkové kvalitě života.

To ,jak člověk hodnotí sám sebe, má také vliv na zvládnání životních těžkostí. Co si ovšem pod pojmem kladného hodnocení sám sebe představit? Tímto termínem lze označit stav, kdy je schopen vidět sám sebe podobně, jako vidí druhého člověka, umí se popsat, ohodnotit vlastní kladné i záporné stránky. U této schopnosti je potřeba podívat se sám na sebe s jistým odstupem. To, jak hodnotí sám sebe, ovlivňuje i to, jak je posléze viděn očima druhých. Problémem osob s nízkou mírou sebehodnocení mohou být pocity méněcennosti, těžkosti při vyrovnávání se se stresem, strach z konfliktu, problémy v komunikaci, nižší úroveň asertivity. Touha po jakémisi sebeideálu, kterého ovšem nejsou schopni dosáhnout. Naopak lidé s vyšší mírou sebehodnocení se lépe vyrovnávají se stresem, jsou asertivnější, odolnější a kladou si vyšší cíle. Nežádoucí je jak příliš nízká míra sebehodnocení, tak příliš vysoká. V obou případech se lidé vzdalují realistickému pohledu sami na sebe.

S odolností vůči stresu úzce souvisí i životní postoj-optimismus, který posiluje v těžkých

časech důvěry a naději. Optimismus napovídá, že nepříjemné situace přejdou, aktivizuje a ponouká k myšlenkám na lepší budoucnost. To ovšem neznamená, že by se jednalo o bagatelizaci, či snad popření problému. Optimistický člověk situaci čelí, neutíká před ní a přitom si zachovává víru v úspěšné vyřešení problému. Optimismus byl i předmětem vědeckého zkoumání. Studium vědeckého optimismu se zabýval americký psycholog druhé poloviny dvacátého století Martin E.P. Seligman. Ten označuje pesimistu za člověka, který v situacích, kdy se mu děje něco negativního, chápe tuto situaci za dlouhodobou a způsobenou pouze jeho vlastní vinou. Naopak optimista předpokládá, že situace bude mít krátkodobý charakter a okolnosti k ní vedoucí nebyly způsobeny jeho zásahem. (Křivohlavý, 2012,s. 43). Lze tedy říci, že postoj optimisty od pesimisty se liší zejména ze tří hledisek:

- Hlediska časového, optimista předpokládá, že nepříjemná situace je pouze krátkodobého charakteru, vidí východisko budoucnosti. Pesimista naopak počítá s dlouhodobým charakterem zlých časů.
- Hlediska rozsahu, pro pesimistu negativní událost znamená rozpad všeho, absenci naděje. Optimista se snaží najít a popřípadě odstranit příčinu. Snaží se zavést konkrétní řešení.
- Hlediska osobního podílu na situaci, pesimista vidí v dané situaci pouze svou zásluhu, on je za vše odpovědný. Optimista se snaží o externalizaci, situace byla způsobena faktory, jdoucími mimo něj. V tomto bodě může být optimismus někdy až falešný, pokud jedinec svádí veškerou vinu a účast na situaci na někoho jiného, nejedná se o optimismus, ale přehazování viny na druhé.

Každý se vyrovnává se stresovou situací jinak, pravděpodobně ovšem bude jednat na základě jednoho ze způsobů uvedených níže. Vyhýbání se stresu je první z těchto způsobů. Člověk před kontaktem se stresem utíká a minimalizuje kontakt , takže se ani nemůže naučit, jak se stresem bojovat a vyrovnat se. Tímto způsobem častěji jednají osoby, které mají menší zdroje k tomuto boji, například jsou nemocní, starší, bez sociální opory, apod. Druhým způsobem je postavení se stresu čelem a aktivní boj s ním, který využívají obvykle osoby s vyšší mírou sebehodnocení a pevnou oporou svého okolí. Dalším způsobem je sebeznehodnucující styl, kdy jedinec k dané situaci předem přistupuje pasivně s tím, že proti ní nemá šanci, čímž se zabezpečuje pro případný neúspěch, který přikládá za vinu vnějším okolnostem, nemoci, nespravedlnosti, apod. Dalším způsobem noje z životními těžkostmi jsou strategie zaměřené na řešení problémů. Strategie se dělí na dvě skupiny: strategie

zaměřené na řešení problému, tedy vyvinutí vlastní aktivity. Poté strategie zaměřené na vyrovnávání se s emocionálním stavem, které jsou zaměřené na vnitřní pochody člověka, odstranění strachu, apod (Křivohlavý, 2012, s. 45). Jako další dělení strategií je možné použít to, obsažené v práci Lazaruse a Folkmana (In. Křivohlavý, 2012, s. 46): na konfrontační způsoby zvládnání stresu, hledání sociální opory, plánované řešení problému, sebeovládání, hledání pozitivních stránek, přijetí osobní odpovědnosti za situaci.

Pod pojmem coping je souhrn způsobů chování, které člověk uplatňuje při zvládnání obtížných životních situací. Pokud jedinec tyto strategie neovládá, je potenciálně ohrožen například syndromem vyhoření, či jinými problémy nastávajícími při nezvládnutí zátěže (Stock, 2010, s.53-55). Pojem coping zavádí roku 1996 do psychologické terminologie Richard S. Lazarus, americký psycholog, zabývající se emočními stavy a konceptem stresu. Copingové strategie v praxi slouží k snížení úrovně daného stresoru, tedy obtížné situace a určité adaptace na ni, alespoň do té míry, aby byla v danou chvíli únosná. Z hlediska emočního je kladen důraz na zachování emoční rovnováhy. V potaz je brána i myšlenková činnost, tedy vědomé zpracování situace z hlediska rozumového. Copingové strategie pracují se sebeovládáním jedince, překonáním negativních emocí (strach, úzkost, apod.), či alespoň jejich zmírněním. Coping je účinný pouze tehdy, pokud má jedinec skutečný zájem situaci zvládnout. Musí přijmout odpovědnost za svůj vztah k situaci a aktivizovat se. Hlavním přínosem copingu, kromě zvládnutí konkrétní situace , je naučení se těmito strategiím a jejich využití v budoucnosti, budování pozitivního vnímání sám sebe a pocit uspokojení z vypořádání se se situací (Stock, 2012,s. 55).

Na coping je pohlíženo ze tří úhlů (Stock, 2012,s. 54):

- Strategie orientované na problém
- Strategie orientované na emoce
- Neefektivní postupy, jejich uvědomění a reorientace

3.6. Motivace k výkonu profese pracovníka hospice

Podkapitola motivace k výkonu povolání pracovníka v hospici je zde uvedena proto, že vhodná motivace může předejít syndromu vyhoření, stresu z práce i psychickým problémům a je tudíž potřeba ji zařadit do kapitoly prevence sociálně-pedagogických rizikových faktorů.

Motivaci člověka lze chápat jako uvědomělou poznávací aktivitu člověka, která určuje jeho chování a vybízí jej k dalšímu snažení (Šimíčková-čížková, 2008, s. 44). Rozlišují se dva základní motivy k práci a to přímé-vnitřní a nepřímé, neboli vnější. Za přímé motivy se považují zájem o oblast, potřeba činnosti, kontaktu s lidmi, apod. Naopak nepřímé motivy jsou víceméně zjištěné, založené na potřebě finančního zabezpečení, neboli mzdy. Ideální motivací k práci je kombinace obou motivů, pokud jeden zřetelně přesahuje nad druhým, může způsobit problémy v pracovním i osobním životě. Nadměra motivů vnitřních může vést k přílišné angažovanosti, konfliktům na pracovišti a absenci zájmu o osobní život, motivace vnější pak k rutinizaci práce a nezájmu o klienty (Tureckiová, 2009, s. 70). Obecně se dá říci, že práce v hospicu není pro každého, jedinec méně odolný, či s nedostatečnou motivací pro tuto práci, popřípadě vykonávající ji pod vlivem různých traumat, psychicky nestabilní, či nevěřící myšlenky hospicového hnutí, může uškodit nejen sám sobě, ale i pacientům a jejich rodinám.

Motivaci pro práci v paliativní péči lze hledat již v dětství budoucích pracovníků. Do jisté míry se touto problematikou zabývá i Wolfgang Schmidbauer ve své knize Syndrom pomocníka (2008, s. 103). Spojuje dohromady problematiku dětství a křivdy , na jedinci napáchané, s budoucí karierní orientací. Práce, kterou člověk vykonává mu, do jisté míry, pomůže vytvořit novou identitu. Konkrétně v pomáhající oblasti se pracovník může stát potřebným ostatním, přinášejícím úlevu, rozhodným. Jeho slovo je to, na které pacienti tolik čekají, on je tím, kdo uklidňuje je i jejich blízké. V práci se může stát jiným člověkem. Do jisté míry si může na práci utvořit dokonce závislost, zejména pokud chybí kvalitní soukromý život. Dá se dokonce hovořit o tom, že pracovník se stane obětí vlastního povolání. V případě neúspěchu, či snad dokonce ztráty zaměstnání, se jeho život hroutí. Udržuje-li hlubší vztahy, tak zejména s klienty a kolegy, není ovšem schopen pochopit, že jejich život není plně pohlcen pouze prací.

Z hlediska nežádoucí motivace pro práci lze uvést rozdělení z knihy Schmidbauera na tři varianty důvodů pro pomáhání (2008, s. 104):

- Pomáhání ze soucitu. Tento důvod může být spojen s náboženskými důvody, kdy pomoc bližnímu patří k víře. Může být v pořádku, pokud sebou nenese přílišnou závislost na práci a klientech.
- Pomáhání jako interakce. Tento důvod je ryze výměnný. Pracovník vykoná požadovanou práci jelikož je za ni honorován, má jisté místo, zajištěnou budoucnost. Ani tento důvod nemusí být špatný, pokud zde ale není naprostá absence zájmu o práci a klienty a zaměstnanec pouze mechanicky nevykonává dané úkoly.
- Pomáhání jako cesta za vlastním uspokojením. Tento důvod v sobě spojuje touhu po ocenění, moci, emocionální blízkosti, kontroly nad životy druhých. Tento důvod může být značně problematický, pokud v sobě zahrnuje manipulaci s klienty, budování závislosti na vlastní osobě a neustálé potřeby ujišťování o vlastní důležitosti a nepostradatelnosti. V případě, že motivem pro práci v hospici je například potřeba zachraňovat, tento hnací motor povede spíše k syndromu vyhoření, nežli k adekvátní pomoci klientům.

V rámci motivace pro práci je vhodné také zmínit identitu s vlastní profesí. Touto problematikou se zabývá studie Moniky Flídrové a Michala Opatrného-Role hodnot v identitě sociální práce (2014). Tu lze aplikovat nejen pro pole paliativní péče, ale celkově na sociálně-pedagogické obory. Identita je psychosociální potřeba člověka, stejně jako touha po ocenění. Dá se charakterizovat jako „*vnitřní proces, jímž lidé přesně chtějí stanovit kdo jsou a vymezit se vůči ostatním.*“ Identita je tedy potřeba být sám sebou, kladoucí si otázky po vlastních cílech a smyslu vykonávaných činnostech. Při výkonu profese si tudíž v rámci identifikace člověk klade právě tyto otázky: Proč danou profesi dělám? Komu pomáhám? Má práce smysl?

Identitou v sociální práci se zabývalo několik výzkumníků. V roce 2013 proběhl projekt GAJU pod hlavičkou Jihočeské univerzity, který pokládal sociálním pracovníkům otázku: jak se podle nich projevuje profesní identita? Odpovědi se shodovali v několika bodech a to: ve vztahu k druhým lidem, empatii, zájmu o druhé a snaze pomoci. V tom lze nalézt částečnou odpověď na pozitivní a vhodnou motivaci pro práci v hospici i sociálně-pedagogické oblasti. Dalším výzkumem, kvalitativního charakteru se zabývali Růžičková a Musil (2014), kteří vidí na poli sociální práce značnou roztříštěnost v identifikaci s profesí. Nicméně vymezili tři typy pracovníků sociální oblasti a to na: administrativní, profesionální a filantropické. Ideálním zástupce profese by měl pravděpodobně mít od každého trochu. Mít rád lidi, umět

dobít energii, sílu a lásku a být vyrovnán s vlastní konečností. (Svatošová, 2003,s. 54). Výzkumem ohledně motivace k práci v hospici se také zabývaly autorky Vávrová a Polepilová (2011, s. 65-68), která uvádí, že hlavními důvody pro tuto práci je touha po tom připadat si potřebný, zachovat se nesobecky, pomáhat druhým a poznat nicotnost materiálních hodnot.

S pojmem identifikace s profesí se úzce váže prvek hodnot a jejich role v tomto procesu. Člověk by měl znát a uvědomovat si nejen vlastní hodnoty, které by neměly být v rozporu s profesí, kterou vykonává, ale identifikovat se právě i s hodnotami v dané oblasti. Právě hodnoty poté vedou k seberealizaci v dané oblasti a vlastnímu uspokojení, čímž je člověk přínosný nejen sobě ale i druhým.

Důvod pro práci v hospici se dá nalézt i na samotných stránkách mobilního hospicu cesta domů (<http://www.cestadomu.cz/cz/nejcastejsi-dotazy.html>). Kde zaměstnanci vyjadřují, že *„práce v hospici je radostná práce na smutném poli. Jsme rádi, že umíme pomoci tomu, kdo to potřebuje, v čase, který je tak důležitý. Při své práci býváme často svědky velmi intenzivního života, nikoli pouze umírání.“*

II. VÝZKUMNÁ ČÁST

Prostředí hospice je velmi náročné na psychiku a vyžaduje pouze určité osobnostní rysy, určitý typ lidí, který zde může pracovat. Kdo jsou ale oni pracovníci hospice, kteří tuto práci vykonávají s úctou, radostí a nadšením pro práci? Empirická část diplomové práce se setkáním s těmito lidmi zabývá a zjišťuje, jak právě oni pohlíží na profesi v paliativní péči. V teoretické části diplomové práce byla popsána problematika paliativní péče, nastínění rizik, kterými mohou pracovníci hospice být ohroženi, uvedení sociálně-pedagogických aspektů, kterých pracovníci ve své práci využívají. Poté zde byl uveden nástin možnosti prevence, popřípadě již řešení rizikových faktorů některými sociálně-pedagogickými metodami.

Empirická část, navazující na teoretickou, ověřuje, zda pracovníci skutečně vnímají potenciální zmíněná sociálně-pedagogická rizika jako hrozbu pro jejich práci i osobní život. Dále se zabývá zjištěním jakými prostředky, zejména sociálně-pedagogickými, zajišťuje zařízení paliativní péče ochranu psychického zdraví svých zaměstnanců a sleduje, jakým způsobem na tyto opatření nazírají právě oni. Praktická část si tudíž klade otázku, zda jsou nabízené formy pomoci a prevence ze strany zařízení účelné, žádané a skutečně prospěšné. Také se ovšem zabývá tím, jak se chrání po psychické stránce zaměstnanci sami, co právě jim pomáhá, aby nevyhořeli, či nepropadli depresi z povolání. Mohou využít některých sociálně-pedagogických metod vlastními silami? Kterých sociálně-pedagogických aspektů své profese mohou při prevenci využít a které pracovní situace jsou pro ně z tohoto hlediska nejtěžší? Výzkumná část, v návaznosti na teoretickou, se zabývá také pracovním klimatem a kulturou organizace a možnými souvislostmi se vznikem rizikových faktorů pracovníků.

1. Formulace výzkumu

1.1. Výzkumný problém, cíl výzkumu a výzkumné otázky

Aby mohl být formulován výzkumný problém vlastní práce, je potřeba nejprve definovat výzkumný problém obecně. Podle F.N. Kerlingera je výzkumný problém *tázací věta nebo výrok, který se ptá: Jaký je vztah mezi dvěma, nebo více proměnnými?*“ Výzkumný problém by měl být tedy jasně, stručně, jednoznačně formulován. (Maňák, 2004, s. 13)

Pro účely diplomové práce byl formulován výzkumný problém na základě těchto výroků:

- Profese pracovníka hospice vykazuje řadu sociálně-pedagogických aspektů.
- Pracovníci hospice jsou ohroženi celou řadou sociálně-pedagogických rizikových faktorů.

- Potřebnou oporu by jim měla poskytovat organizace, záleží ovšem také na jejich vlastních metodách zvládání životních těžkostí a odolávání stresu.

- Sociální vztahy na pracovišti a klima organizace také přispívají k celkovému psychickému rozpoložení zaměstnanců .

Výzkumný problém tedy bude znít takto: **Jak přispívají sociálně-pedagogické aspekty profese pracovníka hospice, pracovní klima a způsoby zvládání těchto rizik samotnými pracovníky, ke zvládání sociálně-pedagogických rizikových faktorů pracovníka hospice?**

Cíl výzkumu

Před samotnou charakteristikou cíle výzkumu práce bude definován cíl výzkumu obecně. (Hendl, 2004, s.14) *Cílem výzkumu by mělo být získání poznatků, jež popisují a vysvětlují svět kolem nás.* Výzkum by měl dle Hendla dále splňovat několik znaků:

- jde o proces shromažďování údajů
- je systematický
- problematizuje a syntetizuje dosavadní znalosti
- zahrnuje kritickou analýzu,
- vede ke zvyšování znalostí

Hlavním cílem výzkumu je odhalení sociálně-pedagogických aspektů a jejich vliv na vznik rizikových faktorů, se kterými se pracovníci hospice při své práci setkávají.

Dílními cíli výzkumu je poté popsání jakými sociálně-pedagogickými prostředky vedení organizace zaměstnance před těmito problémy chrání a ověření, zda je tento způsob ochrany dle zaměstnanců dostatečný, dále též popis způsobů, kterými se zaměstnanci chrání před rizikovými faktory sami a jaký vliv má na psychiku pracovní klima.

Výzkumné otázky

V kvalitativním výzkumu výzkumné otázky tvoří ekvivalent k hypotézám, kterých využívá výzkum kvantitativní. (Miovský, 2006, s. 88). Na dalších stránkách bude na výzkumné otázky odpovězeno. Vzhledem k cíli výzkumu bylo zvoleno několik hlavních a vedlejších výzkumných otázek, které napomohou vhodnému směřování práce.

Hlavní výzkumná otázka s ohledem na výzkumný problém je:

- S jakými sociálně-pedagogickými aspekty a problémy se nejčastěji setkávají při

výkonu své práce pracovníci hospice?

Vedlejší výzkumné otázky jsou následující:

- Jakými sociálně-pedagogickými prostředky je zajišťována ochrana psychického zdraví pracovníků v rámci zařízení?
- Je podpora zaměstnanců ze strany vedení podle nich dostačující?
- Jakými způsoby se sami zaměstnanci chrání před rizikovými faktory?
- Jakou roli hraje v ochraně psychického zdraví zaměstnanců sociální klima na pracovišti?

Ve výzkumu bylo využito zejména otázek přímých, doplňujících a naváděcích. Přímé otázky byly použity prvnotně. Dle odpovědi účastníků se poté přistoupilo k otázkám doplňujícím, aby byl získán komplexní pohled na problém. V některých případech byly využity i otázky navádějící.

2. Metody a techniky výzkumu

2.1. Druh výzkumu a výzkumná metoda

Po důkladném zvážení byl s ohledem na znění výzkumu zvolen výzkum kvalitativní, jelikož tento druh výzkumu umožňuje prozkoumání výzkumného problému do hloubky a zodpovězení výzkumných otázek. Vzhledem k oblasti zkoumání je právě tento druh výzkumu vhodnější. Bylo tedy zvoleno hlubší prozkoumání problematiky na úkor počtu respondentů. Jelikož oblast, ve které byl výzkum prováděn, není příliš zmapována, výzkumy v této oblasti se spíše zabývaly problematikou paliativní péče z hlediska klientů těchto zařízení. Diplomová práce se zaměřuje naopak na zaměstnance hospiců a za pomoci kvalitativních metod výzkumu se o této problematice více dozví.

Kvalitativní výzkum se vyznačuje tím, že zahrnuje popis a interpretaci výzkumného problému a usiluje o vytvoření komplexního obrazu zkoumaného problému. (Hendl, 2004, s. 16). Tento výzkum je tedy určitou rekonstrukcí situace a snaží se o vysvětlení jevů pomocí výpovědí respondentů.

Výzkumná metoda

Jako výzkumná metoda byl zvolen polostrukturovaný rozhovor, orientovaný na problém rizikových faktorů pracovníků hospice. Ten poskytl dostatečné odpovědi na výzkumné otázky a pomohl při ověřování hypotéz. Rozhovor se vyznačuje značnou mírou subjektivity zúčastněných a proto je jednou z metod kvalitativního výzkumu. Tato výzkumná metoda se skládá ze tří druhů otázek, kterých bylo využito: (Skalková, 1983, s. 93.):

2. Otázky sondující, otvírající rozhovor. Tyto otázky zjišťují důležitost daného problému pro tázaného a to, jaký pro něj má tato problematika význam.
3. Otázky návodné, vymezující problém, směřující k obsahu.
4. Otázky ad-hoc, neboli neplánované, vycházející z vyprávění respondenta, zachovávající kontinuitu.

Polostrukturovaný rozhovor se vyznačuje vytvořením určitého schématu, který obsahuje okruhy otázek. Pořadí otázek je možné měnit, popřípadě některé na základě odpovědi respondenta doplnit, podle toho, jakým směrem se rozhovor ubírá.(Miovský, 2006, s.159). Okruhy výzkumu jsou uvedeny v další kapitole.

2.2. Výzkumný vzorek

Výzkumný vzorek zahrnuje výběr respondentů, kteří jsou pro výzkum stěžejní. (Pelikán, 1998, s. 48) Výběr byl v tomto případě záměrný, nikoliv nahodilý, jelikož byla potřeba oslovit určitý soubor lidí, kteří vykazují stejné znaky. Nejprve byly tudíž stanoveny tyto znaky a poté se přešlo k samotnému oslovení respondentů. Respondenti vykazovali následující charakteristiky:

- Pracovník paliativní péče v organizaci poskytující pobytové, či terénní služby
- Pracovník v přímém, pravidelném styku s klienty
- Pracovník působící v této organizaci déle než rok
- Pracovník jehož náplň práce vykazuje sociálně-pedagogické aspekty

Na základě výše uvedených kritérií bylo osloveno celkem osm zařízení paliativní péče, která byla seznámena s charakteristikou výzkumu a popisem vyhovujícího výzkumného vzorku. Těmto zařízením byl napsán úvodní e-mail s žádostí o spolupráci na výzkumném šetření a přílohou obsahující nástin výzkumu a krátkou anotaci.

Výzkumný vzorek, který vznikl a byl použit ve výzkumném šetření se dá charakterizovat pomocí tabulky uvedené níže.

Pracovní pozice v zařízení	Věk	Délka zaměstnání v zařízení
R1 Dobrovolník	44 let	10 let
R2 Zdravotní sestra	48 let	12 let
R3 Sociální pracovnice	29 let	2 roky
R4 Ošetřovatelka	50let	V hospici 3 roky, předtím 8 let LDN
R5 Ošetřovatelka	32 let	5 let, s přerušením na mateřské dovolené

Problémy při výzkumu

Během výzkumu došlo k nečekaným překážkám. Poté co byly osloveny nejprve zařízení paliativní péče v oblasti bydliště (z důvodů dostupnosti) a posléze i vzdálenější, z oslovených osmi zařízení čtyři neodpověděly, tři výzkum přímo zamítly a v jednom případě jim

nevyhovovalo téma výzkumu. Nicméně díky těmto prvotním nepříjemnostem se naskytla možnost provést výzkum se samotnými pracovníky jednoho ze zařízení, kteří byli ochotni se rozhovoru účastnit, v případě, že nebudou zveřejněna jejich jména, ani zařízení ve kterém pracují. Ve čtyřech případech byly provedeny rozhovory osobně, v jednom případě telefonicky. Také se rozkryla oblast zkoumání sociálních vztahů na pracovišti a postojů vedení organizace, která mohla být zakomponována do výzkumu z hlediska sociálně-pedagogických vlivů na pracovišti.

2.3. Etika výzkumu

Výzkumné šetření je velmi citlivou záležitostí, která je snadno zneužitelná a znamená pro mnohé respondenty značné obavy ze zveřejnění jejich osobních údajů, názorů, zážitků, které ne vždy chtějí prezentovat veřejně. Etická pravidla jsou proto jednou z neopomenutelných složek výzkumu. Mezi základní etická pravidla patří (Miovský, 2006, s. 280-282):

- Souhlas s účastí ve výzkumu, bez kterého není možné jej realizovat. Tzv. Informovaný souhlas nelze obejít, stručně řečeno, pokud respondent nechce být účastníkem výzkumného šetření, nelze s tím nic dělat. Součástí informovaného souhlasu je vysvětlení průběhu výzkumu, poučení o jeho povaze a důsledcích, tzn. o tom, jakým stylem a kde bude popřípadě zveřejněn, jak bude zaručena anonymita, apod.
- Účastník výzkumu z něj může kdykoliv odstoupit, přerušit, či ukončit účast.
- Výzkum musí být prováděn v souladu se zákonem o ochraně osobních údajů (Zákon č. 101/2000 sb. O ochraně osobních údajů a jejich uchování v informačních systémech). Účastníci výzkumu jsou ještě před jeho zahájením informováni o tom kdo a za jakých podmínek bude mít přístup k získaným informacím. Osobními údaji jsou přitom myšleny ty informace o člověku, dle nichž je možné jej identifikovat.

Respondenti byli ještě před samotným zahájením výzkumu informováni o tom, k čemu výzkum slouží, kde a jakým způsobem bude zveřejněn a bylo jim přislíbeno, že nebudou uvedena pravá jména ani jiné osobní údaje, dle kterých by je bylo možné identifikovat. Během rozhovorů se někteří účastníci, zejména u citlivějších odpovědí, znovu dotázali, zda nebudou zveřejněna pravá jména ani souvislost se zařízením, ve kterém jsou zaměstnáni. Jelikož pro účely výzkumu nebyl dán souhlas přímo od vedení daného zařízení, ve kterém respondenti pracují, nemohlo být toto pracoviště uvedeno a ani respondenti si nepřáli jeho zveřejnění z obavy profesních postihů. Ve třech případech byl se svolením respondentů rozhovor nahráván při osobním setkání, v jednom případě byl nahráván telefonní rozhovor a v jednom případě byl rozhovor zapisován.

2.4. Fáze výzkumu

Každý výzkum se dělí do několika fází, které budou nyní stručně shrnuty. Výzkumné fáze není potřeba striktně dodržovat, podstatné je přizpůsobit se účastníkům výzkumu, umět reagovat na konkrétní situaci, která během rozhovoru nastane, zvolit individuální tempo, styl a průběh rozhovoru, který bude danému účastníkovi vyhovovat (Miovský, 2006, s. 163).

- Přípravná a úvodní část interwie. V přípravné fázi byly připraveny otázky pro výzkum, oslovení respondenti, domluveno konkrétní místo a čas rozhovorů, připraveny pomůcky pro výzkum (záznamový arch, diktafon, mobilní telefon, psací potřeby). Úvodní fáze zahrnovala seznámení se s respondenty, vyjádření vděku za poskytnutí rozhovoru, ubezpečení o anonymitě výzkumu a etice výzkumu, popsání pravděpodobného průběhu rozhovoru (schéma otázek).
- Fáze vzestupu a upevnění kontaktu. Tato fáze zahrnuje úvodní otázky, předtím než se přejde k samotnému jádru výzkumu. Také se v průběhu této fáze výzkumník naladí na účastníka, přispůsobí jeho tempu. Pro účely výzkumu diplomové práce se tudíž začalo s otázkami na dosavadní zkušenosti v paliativní péči, pracovní pozici, postupně se plynule přešlo ke spokojenosti s prací, vztahům na pracovišti, sociálně-pedagogickým aspektům práce. Respondenti odpovídali ochotně, ale pokud by se rovnou začalo s dotazy na vztahy na pracovišti, což je složitější téma, mohlo by dojít ke zkomplikování průběhu rozhovoru. S respondenty se mluvilo individuálně, někdy bylo uzpůsobeno tempo řeči, či přeformulována otázka.
- Jádro interview. Jádro interwie už zahrnuje samotný výzkumný problém a otázky jsou proto směřovány tímto směrem. V této fázi již byl výzkum zaměřen na hlavní výzkumné otázky. V polostrukturovaném rozhovoru byl dán respondentům prostor pro rozvedení odpovědí nedirektivní formou, byl též dán prostor pro vlastní myšlenkové pochody pracovníků a pouze v případě většího odchýlení od tématu byli směřováni zpátky k jádru problému.
- Poslení fáze závěru a ukončení bývá dle Miovského (2006, s. 168) mnohdy průzkumníky podceňována. V této fázi by měl být rozhovor důstojně ukončen, mělo by dojít k poděkování a nenechat respondenta v pozici toho, kdo byl pouze zneužit jako zdroj informací. Na konci dotazování tudíž byl účastníkům vyjádřen vděk za poskytnutí rozhovoru, opětovné ubezpečení o anonymitě a prezentaci výzkumu pouze pro akademické účely diplomové práce. Tento krok byl podstaný vzhledem k velkým obavám pracovníků hospice před i během výzkumu.

2.5. Okruhy výzkumu

Ve výzkumném šetření byly nejprve určeny okruhy výzkumu a dle nich vytvořeny otázky pro respondenty. Každý okruh směřuje k hlavnímu, či dílčím cílům výzkumu, reaguje na výzkumné otázky a vede k ověření hypotéz. Okruhy jsou následující:

- **Zjištění sociálně-pedagogických aspektů a situací pracovníků hospice**

Tento okruh je pro výzkum stěžejní a zahrnuje otázky směřované ke zjištění sociálně-pedagogických aspektů profese a situací tohoto charakteru, při kterých jsou aspekty využívány. Po odhalení těchto faktů může být výzkum směřován k dalšímu okruhu a odhalit jaký vliv mají tyto aspekty na vznik sociálně-pedagogických rizikových faktorů.

- **Ověření sociálně-pedagogických rizikových faktorů zaměstnanců**

Tento okruh směřuje také k hlavnímu cíli výzkumu- odhaluje ty problémy sociálně-pedagogického rázu, se kterými se pracovníci nejčastěji setkávají. Okruh první obsahuje následující body:

- Pociťují zaměstnanci příznaky syndromu vyhoření, stresu či deprese (při jakých sociálně-pedagogických příležitostech, jak dlouho již se takto cítí, jak došlo k této změně v psychice)

- Jaké jsou sociální vztahy na pracovišti, jak by se daly popsat?

- **Prevence sociálně-pedagogických rizikových faktorů ze strany organizace**

Druhý okruh směřuje k popsání forem prevence rizikových faktorů sociálně-pedagogického rázu, zmíněných v okruhu prvním, tentokrát ze strany organizace. Bude se zabývat následujícím:

- Otázky směřované k supervizi, jako sociálně-pedagogickému nástroji, v rámci zařízení.

- Dotázání zda jsou formy prevence ze strany vedení dle zaměstnanců dostačující.

- **Prevence sociálně-pedagogických rizikových faktorů samotných zaměstnanců**

V tomto okruhu bude popsána prevence rizikových faktorů ze strany zaměstnanců hospice.

- Jakými způsoby zaměstnanci odolávají stresu, depresi či syndromu vyhoření?

- Jsou některé z těchto způsobů sociálně-pedagogického rázu?

Na základě výše popsaných okruhů byly posléze vytvořeny **otázky k rozhovorům:**

- Jaké sociálně-pedagogické aspekty vnímáte ve své práci?
- Pomáhají Vám tyto aspekty vyrovnat se s náročností práce na psychiku? Co Vám pomáhá jiného?
- Má podle Vás vliv i sociální klima v práci na vznik stresu? Jak byste popsal vztahy na pracovišti?
- Dělá organizace nějaká preventivní opatření sociálně-pedagogického rázu, aby zamezila syndromu vyhoření, či nadměrnému stresu u svých pracovníků? (Jaká? Jsou podle Vás dostatečná? Co byste změnil?
- Cítíte se v práci ve stresu?
- Cítíte se někdy ve stresu v situacích sociálně-pedagogického rázu?
- Propadáte někdy depresi nebo vyhoření z práce s lidmi v terminálním stadiu nemoci?

3. Analýza dat

Před samotnou analýzou sebraných dat a jejich interpretací musela být data nejprve systematizována. Tento termín vysvětluje Miovský (2006, s. 55) jako „*dokončení procesu úprav dat do podoby vhodné k zahájení kvalitativní analýzy*.“ V rámci systematizace byly nejprve přepsány nahrané rozhovory na záznamový arch a označeny údaji respondentů, poté byla použita metoda zvaná redukce prvního řádu, která umožňuje učinění přepisu plynulejším a usnadňuje další práci s ním (Mioviský 2006, s. 56). V případě výzkumu pro účely diplomové práce znamenalo použití redukce prvního řádu přepsání textu bez pauz a tzv. slovní vaty, která byla v rozhovorech poměrně hojně respondenty využívána. Díky tomuto kroku bylo docíleno přehledného a pro výzkum validního přepisu kvalitativních dat.

Dalším krokem a též použitou metodou analýzy dat, bylo použití metody zakotvené teorie, v ČR používané od roku 2000, kdy vznikaly první práce, opírající se právě o tuto metodu (Mioviský, 2006, s. 226). Metodu zakotvené teorie uvedli v roce 1967 Glasser a Strauss (In Mioviský, 2006, s. 226) a prošla do doby prvního publikování v ČR v roce 1990 řadou změn. Mezi základní charakteristiku této metody patří systematické shromažďování údajů o zkoumaném jevu a poté analýza těchto údajů. Na základě této metody výzkumník získá teoretické vyjádření zkoumané reality. Hlavní metodou této teorie je analýza dat zvaná kodování, která byla v diplomové práci použita. Kodování je proces shromažďování a třídění dat do skupin, které umožňuje posléze snadnější práci s pojmy, získanými během rozhovorů. Metoda zakotvené teorie operuje s více druhy kodování, ovšem nevylučuje možné přecházení od jednoho typu k druhému. V diplomové práci byla použita metoda otevřeného, axiálního a selektivního kodování. Otevřeným kodováním se začalo, jelikož autoři zakotvené teorie jej uvádí jako první krok. Otevřené kodování kategorizuje pojmy z rozhovorů do skupin/kategorií, popřípadě subkategorií, které získávají pojmenování pro snadnější práci s nimi. Autoři doporučují pojmenování kategorií „šité na míru“, klidně i slangové, používané respondenty. V kategoriích jsou utříděné jednotlivé údaje, pojmy, zajímavosti, vlastnosti, události (Mioviský, 2006, s. 227).

Od otevřeného kodování se plynule přechází do axiálního kodování. To kategorie, získané během otevřeného kodování, převádí do základnějších kategorií, hledá vazby a vztahy mezi těmito kategoriemi a je poměrně složitým induktivně-deduktivním procesem (Mioviský, 2006, s. 229). Axiální kodování kategorie dále rozvíjí, zejména se zabývá určením kontextu, neboli konkrétním souborem vlastností. Selektivní kodování se podobá axiálnímu kodování, vytváří centrální kategorie. V souvislosti s tímto typem kodování bývá zmiňována tzv.

redukce druhého řádu, která vykládá kostru příběhu za pomoci vztahů mezi kategoriemi. Centrální kodování odpovídá na otázku proč se daná realita stala právě takto.

4. Kategorie výzkumu a jejich interpretace

4.1. Sociálně-pedagogické aspekty a jejich souvislost se zvládním rizikových faktorů

První vzniklá kategorii odpovědí pracovníků byla pojmenována sociálně-pedagogické aspekty a jejich souvislost se zvládním rizikových faktorů. Tato kategorie byla vytvořena na základě odpovědí na otázky, tážající se po sociálně-pedagogických aspektech profese pracovníka hospice, resp. jaké sociálně-pedagogické aspekty ve své profesi nalézají konkrétní respondenti. Druhá doplňující otázka směřovala k tomu, jak tyto aspekty pomáhají zvládat rizikové faktory profese. Na základě odpovědí vzniklo několik níže uvedených podkategorií, ke kterým jsou uvedeny i krátké výňatky z odpovědí respondentů. Respondenti otázkám k této výzkumné oblasti rozuměli a neměli problém s odpověďmi.

Komunikace

Komunikační aspekt v profesi pracovníka hospice byl již zmiňován. Komunikace v hospici není jen informačního rázu, pracovníci musí vědět: kdy a jakým způsobem vhodně reagovat na obavy klientů. Také musí být dostatečně empatičtí, vědět jak pracovat s emocemi, ovládat vhodné formy neverbální komunikace.

První podkategorie byla vytvořena z často zmiňovaných odpovědí pracovníků, kteří k sociálně-pedagogickým aspektům řadí právě komunikaci. Ta byla zmíněna v odpovědích třech pracovníků jako klíčový aspekt, provázející každodenní práci v hospici. *„Je to o tom jak s lidmi mluvit, o pocitech, obavách, o tom co je trápí, čeho se bojí.“* (Pracovník 1). Další pracovník ve své výpovědi uvádí možná úskalí v komunikaci. *„Mně se ze začátku do toho vůbec nechtělo, člověk neví o čem mluvit, ale je to hlavně o tom, že oni si chtějí popovídat, zavzpomínat na to hezký, co se jim stalo.“* Komunikační aspekt práce uvádí i sociální pracovnice, jakožto povolání sociálně-pedagogického charakteru. *„Ta komunikační rovina práce tam je, tu asi používáme všichni, každý si s klienty povídáme jinak, oni pak někteří vyžadují častěji toho, nebo toho pracovníka podle toho, kdo je jim bližší.“*

V souvislosti s komunikací byla také zmíněna komunikace s rodinami klientů, kterou někteří z pracovníků vnímají jako velmi zatěžující, jelikož se setkali i s agresí, způsobenou bolestí ze ztráty blízkého člověka. *„Občas při té komunikaci, jak s pacienty, ale hlavně s těmi kolem nich, je to smutné, náročné. Člověk se s nimi ze začátku bojí probírat to hlavní, to umírání, smrt, ale musí, od toho tu jsme.“* (Pracovník 3). Velmi těžko se sděluje příbuzným smrt klienta, což ve své výpovědi uvádí pracovník 2. *„Když pak máte říct, že už tu ta paní není, že umřela a oni u toho nebyli, třeba se dcera rozpláče a vy se ji nějak snažíte utěšit, že*

to maminku nebolelo, že nebyla sama, to se říká těžko. Všichni tu smrt čekáme, ale hrozně neradi pak říkáme příbuzným.“

Aktivizace

Další vytvořenou podkategorií je aktivizace. Tu pracovníci ve své práci hojně využívají. Vhodná výplň času, možnost něco tvořit, být s druhými, produkovat činnost, či se prostě bavit, je podstatou každého jedince, klienty hospice nevyjímaje. Samotný pojem aktivizace byl zmiňován v odpovědích pracovníků dvakrát. *„Pedagogická aktivizace, tu děláme hodně, i nějaké školení jsme měli, jak to dělat.“* (pracovník 1). Sociální pracovníce uvádí *„...Je tam aktivizační rovina, ta je spolu s tou komunikací asi nejpodstatnější částí práce, samozřejmě kromě té lékařské a ošetrující stránky. Pojem aktivizace dále upřesňuje jako „různé tvořivé dílničky, to se mohou účastnit třeba i děti z rodiny klienta, to je moc příjemné, pak je tu muzikoterapie, arteterapie, předčítání.“*

I ve výpovědích dalších pracovníků nalezneme zmínky o aktivizačních činnostech, ačkoliv nezmiňují samotný pojem. Přesto mohou být do této podkategorie zařazeny. *„Povídáme si, hrají se různé hry, taky je tu spousta akcí zvenčí, kdy někdo vystupuje, nebo se věnuje nějaké činnosti s klienty.“* (pracovník 2). *„Pořádají se různé programy, pak se jezdí s pacientama ven, na procházky a venku se taky něco vždycky dělá, mají předčítání, to je hodně oblíbené, taky muzikoterapie.“* (pracovník 3). *„Je tu nabídka různých aktivit, čtení, malování, zpívání, keramika, dost klientů si něco z toho vybere.“* (Pracovník 5).

Doprovázení

Doprovázení se vztahuje k práci s pacienty, ale i s jejich rodinami. Tvoří velmi podstatnou složku náplně pracovní činnosti pracovníka hospice a sama zakladatelka hospicového hnutí MUDr. Marie Svatošová se o doprovázení v hospicu zmiňuje a bere jej jako umění. Tomuto umění se pracovníci učí v práci, při kontaktu s klienty. Stává se součástí jejich osobnosti. Také si jej zdokonalují na různých seminářích(<http://www.umirani.cz/detail-novinky/mobilni-hospic-doprovazeni-pecujicich-a-pozustalych.html>). Doprovázení zahrnuje práci s psychickými potřebami klientů a poskytování vhodné intervence při ztrátě blízké osoby, také podporu při procesu truchlení.

Samotný pojem doprovázení byl několikrát během rozhovorů zmíněn a proto je zde uváděn jako sociálně-pedagogický aspekt. Co si pod tímto pojmem představují pracovníci je uvedeno níže. *„Je to ten kontakt s lidma, to že jim uděláme radost, na chvíli zapomenou. I třeba práce*

s tím strachem, co v sobě mají, to je doprovázení.“ (Pracovník 1). „Já bych do těch aspektů tedy zařadila určitě doprovázení pacientů a to, že je provázíme a pomáháme jim, třeba i v tom. jak se vyrovnat se vztahy, co jsou v rodině, když jsou někdy třeba pošramocení, aby se jim pak odcházelo v klidu a míru.“ (pracovník 2). Zástupce sociálně-pedagogického oboru, sociální pracovníce vnímá doprovázení jako, „zprostředkování kontaktu klienta s okolním světem, rodinou, emoční podpora, dodání pocitu, že v tom nejsou a nebudou sami. Taky pak to, že to probereme s pozůstalými, aby si nic nevyčítali a šli dál.“ Stránku emoční, pocitovou zmiňuje i další respondent „je to o tom jak s lidmi mluvit, ne jenom o tom obsahu, ale věcech kolem, vzít je za ruku, uklidnit, provázet tím vším, čeho se třeba bojí.“

Poradenská činnost

Tato podkategorie byla vytvořena na základě tří výpovědí a to: sociální pracovníce a dvou jejích kolegů. Profese pracovníka hospice, zejména u profesí sociálně-pedagogického charakteru, zahrnuje i poradenství, pomoc s vyřizováním různých formálních záležitostí, poskytování dalších kontaktů a informací o oblasti paliativní péče, právní poradenství, pomoc při komunikaci s úřady, apod. Nyní budou uvedeny výňatky z odpovědí samotných pracovníků. „Třeba jim zařídíme různé věci, napíšu dopis, když mi ho nadiktují, zeptám se kolegyně a dám jim nějaký kontakt třeba na právní poradnu. Když potřebují něco dojednat ještě před smrtí, anebo i tady u nás, je tu psycholog, zatím chodí hodně pozůstalí, nebo ještě před tím.“ (pracovník 2). Sociální pracovníce vidí v náplni své práce zejména, „pomoc s žádostmi o sociální dávky, prezentaci hospicové péče potenciálním klientům, podporu klientovi a rodině, někdy se nemůžou rozhodnout jestli třeba dědečka skutečně chtějí do toho hospice dát, mají třeba výčitky, že se o něj nedokážou postarat doma. To jim pak nabídnu třeba jenom možnost stacionáře, nebo že někdo bude chodit za nimi domů, aby si taky i oni odpočinuli. A říkám jim, že si to nemusí vyčítat. Taky se pak starám o administrativu, individuální plány pro každého klienta. A zařizujeme taky i notáře, zařízení těch věcí praktického rázu, co se musí zařídit než odejdou. Taky potom pro ty rodiny, třeba vdovy, nebo vdovci, ti po smrti toho manžela těžko něco zvládají, kor když jsou starší, to jim pak pomůžeme vyřídit zase třeba pohřeb, pozůstalost, vdovský důchod, a tak. I další pracovník hovoří o pomoci s vyřizováním nejrůznějších záležitostí. „To oni kolikrát toho chtějí ještě strašně moc stihnout, ale už jsou na tom hodně špatně, ale pořád jen myslí na to, aby rodina neměla další starosti až umřou. Jako závěť, peníze, různé ty převody, pohřeb. Pořád na to myslí a my jim můžeme pomoci s tím zařízením, smlouvami, seznamem toho co se musí udělat

až tu nebudou. To pak dáme rodině a i pro ně je to o něco snažší, nemusí toho tolik zařizovat.“ (pracovník 4)

Za zmínku stojí, že dva pracovníci také uvádí i psychologický aspekt profese. *„Hodně se tam promítá rovina psychologická, jsme kolikrát takoví laičtí psychologové, i když je tu samozřejmě i vystudovaný psycholog, ale všichni musíme vědět co kdy říct , nebo neříct, jak se zeptat, co udělat , aby byl ten klient vyrovnanější. (Sociální pracovníce) . „Hodně je to i o psychologii, jak s lidmi mluvit.“ (pracovník 5).*

Souvislost sociálně-pedagogických aspektů se zvládáním životních těžkostí

Druhá otázka se tázala na to, zda sociálně-pedagogické aspekty pomáhají zaměstnancům vyrovnat se s obtížnými situacemi v práci. K tomuto tématu se pracovníci vyjadřovali velmi podobně. Několikrát bylo zmíněno to, že kdo pracuje v hospici, musí být smířen s vlastní smrtelností. *„Tak člověk si to nesmí tak brát, tu práci, Prostě ví, že ty lidi odejsou a to dost brzo.“ (pracovník 1). „Člověk s tou smrtí počítá, zvykne si, to samozřejmě, ale lehké to není.“ (pracovník 4). „Kdo by to neměl urovnaný a nedokázal si říct, že ta smrt k životu prostě patří a potká jednou každého, ten by tu práci tady asi nevládnul.“ (pracovník 5). V této souvislosti byla zmíněna i rizika blízkého vztahu s klientem. . *„Když si vytvoříte ten vztah, tak je to někdy hodně těžké, když nám pacient zemře.“(pracovník 4) . Jeden pracovník také uvádí, jak mu práce v hospici pomohla vyrovnat se s vlastním obtížným životním obdobím. „Mně ta práce dost pomohla, zrovna jsem se rozváděl, když jsem tu začal pracovat , eště ke svojí práci, kterou jinak dělám. Tady jsem začal dobrovolničit a člověk najednou vidí, že ty jeho starosti jsou vlastně hrozně hloupý.“ (pracovník 1). Shodně se také zaměstnanci zmiňovali o radosti z práce v případě, že jsou klienti spokojení. „ Tak já jsem rád, když se aspoň chvíli baví, třeba na tom tancování, zapomenou na ty starosti kolem.“ (pracovník 1). „ No určitě mám radost když jsou klienti aspoň chvíli veselí, v klidu, cítí se fajn. Nebo když se nám podaří urovnat rodinné vztahy, to je někdy oříšek.“ (pracovník 4). „Určitě nemáme nudnou práci, všechny ty aktivity tady absolvujeme taky, pomáháme s tím klientům, často nám sem jezdí různé hudební návštěvy. Vlastně je tu dost často veselo.“ (pracovník 5).**

4.2. Rizikové faktory pracovníka hospice

Do této kategorie byly zahrnuty rizikové faktory: stres, syndrom vyhoření, deprese, vztahy na pracovišti. Dále také sociálně pedagogický kontext těchto faktorů, tj. zda a při kterých situacích sociálně-pedagogického charakteru k těmto faktorům dochází. O vztazích na pracovišti se většina pracovníků rozhovořila, ovšem potřebovali ujištění, že jejich odpovědi budou zveřejněny anonymně, zejména při zmínkách o vztazích s vedením zařízení. Otázkám obecně rozuměli pracovníci dobře.

Sociální klima a vztahy na pracovišti

Klima na pracovišti velkou měrou přispívá k tomu, zda se lidem v práci líbí či naopak. Předpokladem tedy bylo, že v oblasti paliativní péče tomu bude obdobně, možná dokonce bude tento faktor ještě důležitější, jelikož se jedná o práci velmi náročnou na psychiku jedince. Pracovní prostředí a vztahy tedy mohou být klíčové pro zvládnání náročnosti práce. A to zejména z hlediska možnosti promluvit si s někým, kdo se se smrtí také setkává ve stejné intenzitě. Jedná se o společné sdílení, vyjádření pocitů, které dokáže pochopit kolega ze stejné oblasti. Tato domněnka se potvrdila, jelikož pracovníci se shodli na tom, že vztahy na pracovišti jsou pro jejich práci velmi důležité. „*No tak určitě to je hodně důležitý, jak se ty lidi k sobě chovaj v práci, jestli s úctou nebo si dělaj naschvály. To se pak těžko pracuje, pod stresem. A taky legrace musí být, aby to nebylo všechno tak vážný.*“ (Pracovník 1). „*Samozřejmě, že jsou vztahy v práci důležité. Když nedrží spolu, navíc v tomhle prostředí, nepodrží se, tak to pak ani těm pacientům nepomůžou.*“ (Pracovník 2). Roli týmu vyzdvihuje i další pracovník. „*To je strašně důležitá věc, aby byl tým sehraný a přitom si pomáhali a vycházeli spolu.*“ (Pracovník 4). Samotné vztahy na pracovišti popisují zaměstnanci rozdílně. S určitým nadhledem člověka který přichází částečně zvenčí, na ně nahlíží dlouholetý dobrovolník, který poukazuje na možné problémy s vymezením pracovních kompetencí. „*Je to o lidech, ale sestry a ošetřovatelky, to je tady takovej věčnej problém. Sestry nesnou ty ošetřovatelky a naopak, každej si myslí, že jen on to dělá dobře a jedinej správně. Doplatěj na to klienti. Ty lidi co to dělaj dlouho pak řešej každou prkotinu, hloupost, nezasmějou se, každou chybu hledaj*“ (Pracovník 1). Na problémy s vyjasněním kompetencí upozorňuje i další pracovník. „*Já si myslím, že ty vztahy jsou víceméně dobré, akorát ne každý vždycky ví co má dělat a dělá co by měl. Ošetřovatel je tu od toho, aby pomáhal s hygienou, je spíš na ty fyzické úkony, já jsem zdravotní sestra, tak jsem tu od toho, abych se starala o zdravotní stav pacienta, na to ostatní nemám čas*“ (pracovník 2). I další pracovník

upozorňuje na konflikty zdravotních sester ošetřovatelů. „Tady je jeden problém. Zdravotní sestry a ošetřovatelky, tam jsou někdy konflikty. Každý má svoje povinnosti, ale občas jako by se jim to pletlo, hlavně ty starší sestry neberou mladší ošetřovatelky a někdy i dobrovolníky, ty to pak mrzí.“ Stejný pracovník poukazuje také na konflikty s vedením. „Druhý problém je vedení. Ti nejsou tolik z praxe, jako v přímém styku s klienty, ale mají potřebu pořád měnit stanovy, systém práce, možná to myslí dobře, některé ty novinky by i nebyly špatné, ale podá se to s tím, že komu se to nelíbí, ten může jít.“ Tento problém uváděla sociální pracovníce s dovědkem, „A pak za mnou chodí zaměstnanci a stěžují si. Jenže co já s tím?“ Další zaměstnanec uvádí, že vztahy na pracovišti jsou hlavně ovlivněny tím, jak kdo s kým vychází. „S někým jste na té směně rád, zasmějete se, s jiným je to horší“ (Pracovník 4). Kladně vztahy na pracovišti vnímají dva pracovníci. „Je to tady fajn, o tom žádná, můžeme se na sebe spolehnout a to je hlavní“ (Pracovník 4). „Rozumíme si, já žádný problém s nikým nemám. I v práci se s holkama zasmějeme, pobavíme, třeba o dětech a tak.“ (pracovník 5).

4.3. Psychická úskalí profese pracovníka hospice

Do této podkategorie jsou zařazeny stres, syndrom vyhoření a deprese jako rizikové faktory psychického rázu. Pracovníci odpovídali na otázky, zabývající se touto problematikou. Z jejich odpovědí vyplynulo, že pro každého z pracovníků je stresorem jiná situace. Pracovník 1 je ve stresu v případě úmrtí pacienta. *„Když klient umře, to pak ve stresu jsem. Třeba když je hodně mladej a celej život před sebou. Nebo když je u nás dlouho, to je ten vztah potom takovej intenzivnější. Jeden den jdu do práce on tam je a druhý už ne, ani se nestihnu rozloučit.“* Za stresovou situaci vzhledem ke své pozici dobrovolníka pokládá také situaci, kdy je v hospici častěji než obvykle. *„Když jsem tam moc často, to pak už je toho na mě moc a musím vypadnout a pár dní tam nebýt. Věnovat se životu, ne jenom smrti.“* Další pracovník za stresovou situaci považuje dobu dovolených, kdy je mnoho práce a méně pracujících. *„Když jsou dovolené, je nás málo, nikdo mi nepomůže a ještě mám k ruce praktikanty a ti víc překáží, než pomohou.“* Sociální pracovníce nahlíží na situaci spíše jako na únavu, než stres. *„Cítím se spíš unavená, ne ve stresu.“* Za stresory považuje konflikty mezi kolegy, které ze své pozice musí řešit. *„Zmáhají mě ty konflikty, nebo spíš nepochopení mezi ostatními. Kdyby byli všichni víc v klidu a snažili se především zaměřit na klienty a ne na svoje žabomyši války, to by bylo fajn.“* Pracovnice 4 poukazuje na svou zkušenost z LDN a srovnává. *„Tady je to mnohem víc v klidu, některé kolegyně se stresují, že se všechno nezvládne, ale ono stejně není kam spěchat.“* Z výše uvedeného vyplývá, že čtyři z pěti pracovníků se ve stresu někdy cítí. Jedná se o konflikty v práci, obtížné vyrovnání se smrtí klienta a situace kdy je mnoho práce nebo jsou v ní častěji než obvykle.

Pracovníci se shodli ve svých odpovědích na tom, že depresi z práce nepropadají. *„Deprese, to je moc silný, spíš ten stres.“* (Pracovník 1) *„To bych pak nemohla dělat, kdybych měla deprese, každé jednou umřeme.“* (Pracovník 2). *„Já té práci věřím, že má smysl. A ono po té smrti třeba taky něco je.“* (pracovník 4). Pouze pracovník 5 se zmiňuje o tom, že bylo těžké si na práci zvyknout v začátcích. *„Když jsem tu začínala, těžko jsem si zvykala. Každé den, nebo každé tejdny tady někdo umře. Může mít bolesti, nebo si ho oblíbíte, záleží vám na něm. Párkrát jsem si i poplakala.“*

Ani syndromem vyhoření se pracovníci necítí ohroženi. Dobrovolník uvádí, *„že to spíš ty co to dělaj na pevně, některý sestry ty asi jo.“* Pracovník 2 se ani po dlouhé době v hospici necítí vyhořelý. *„Dělám to už dvanáct let a asi ještě pár let budu a vyhořelá se necítím.“* Sociální pracovníce si je rizika syndromu vyhoření vědoma a uvádí, že *„Já se vyhořelá*

necítím, ale kdyby ano, tak bych byla na tolik zodpovědná, že bych odešla.“ Pracovnice, která dříve pracovala v LDN opět srovnává zkušenosti z obou prací „*Z LDN jsem kolikrát odcházela v mizerném stavu, tam to bylo na psychiku horší, tady ne.*“ Zajímavou zkušenost uvádí i pátá pracovnice. „*Když jsem byla těhotná, to jsem to dělat nemohla, to nešlo. Byla jsem unavená a nechtěla do práce. Po dětech už je to zase dobrý.*“

Stres při sociálně-pedagogických situacích

V této podkapitole jsou zpracované odpovědi pracovníků na otázku, zda se cítí ve stresu při situacích sociálně-pedagogického typu. Tři pracovníci se ve stresu při těchto situacích cítí, dva nikoliv. „*Já jsem ve stresu při těch akcích, třeba před Vánocema, jich je hodně, musí se to všechno zorganizovat, nejsou lidi, nestíhá se to.*“ (Pracovník 1). Jeho odpověď doplňuje i výpověď pracovníka 2 „*Když je nás míň a je strašně moc nejrůznějších akcí v hospicu, my to musíme nějak naplánovat, být u toho, dělat to s pacienty a do toho ještě naši obvyklou práci, to pak ve stresu kolikrát určitě jsem.*“ Odpověď sociální pracovnice, jako oboru sociálně-pedagogického charakteru se liší. „*Asi se tak občas cítím při komunikaci s klienty nebo jejich blízkými. Je to takové smutné, náročné. Člověk se ze začátku bojí s nimi probírat to hlavní-to umírání, ale musí, proto tu jsme. Je to strašně důležitý a přitom hrozně náročný.*“ Naopak pracovník 4 a 5 se ve stresu při situacích sociálně-pedagogického charakteru necítí, pracovník 5 dokonce vypovídá „*Právě naopak, díky těmhle aktivitám tomu odolávám.*“

Z výše uvedeného se dá odvodit, že pro každého je stresorem jiná situace. Část z nich je i sociálně-pedagogického charakteru, ovšem jak vypovídají první dvě odpovědi, zejména ve chvílích, kdy je mnoho práce a méně lidí. Sociální pracovnice nad svou prací přemýšlí z jiného úhlu, jejím úkolem je zejména komunikace s klienty a jejich rodinami a z toho může pramenit její obava z komunikačního aspektu, která může přejít až ve stres.

4.4. Prevence rizikových faktorů sociálně-pedagogického charakteru

Následující kategorie zahrnuje preventivní opatření proti rizikovým faktorům uvedeným výše a to jak se strany zařízení, tak způsoby zvládnání, které používají sami zaměstnanci. U preventivních opatření ze strany organizace jsou uvedeny ty, které jsou sociálně-pedagogického charakteru. Zaměstnanci otázkám rozuměli a neměli problém s odpověďmi, které se v mnohém shodovaly.

Prevence ze strany organizace

Jelikož je práce v hospicovém zařízení velmi náročná na psychiku, výzkum byl směřován k tomu, jakým způsobem chrání organizace své zaměstnance a také zda je tato ochrana podle nich dostačující, popřípadě co by změnili. Zaměstnanci shodně ve všech pěti případech jmenovali pravidelnou supervizi, jako preventivní opatření organizované hospicem. *„Tak jsou každý měsíc supervizní setkání, tam se řešej různé problémy, právě syndromy vyhoření a tak.“* (Pracovník 1) . Z této výpovědi je možné se dozvědět i to, co je na supervizích řešeno za témata. Pracovník 2 uvádí *„Je možnost supervize, ta je jednou měsíčně, chodí sem paní supervizorka zvenčí.“* Supervizi jako nástroj preventivního opatření sociálně-pedagogického charakteru uvedla i sociální pracovnice, stejně jako další dva zaměstnanci. *„Máme supervizi, jednou měsíčně, to je takové povídání, přijde paní, co to dělá a povídáme si. Já si přitom odpočinu, dáme si kávičku“* (Pracovník 4). Další otázka byla směřována k tomu, zda tento způsob zaměstnancům vyhovuje. Z odpovědí vyplynulo, že čtyřem pracovníkům vyhovuje *„Je to příjemné, proberou se různé problémy.“*(Pracovník 2) *„Mě to takhle vyhoje úplně, nic bych neměnila“* (Pracovník 4). Také bylo řečeno, že účast není vždy velká. *„Ta účast je různá, někdo chce radši volno, nebo prostě o to nestojí.“* (Pracovník 1). Pracovník 5 uvádí vlastní názor *„Je pravda, že já tam moc nechodím, nepomáhá mi to nijak zvlášť, prostě v tom nevidím smysl, nesedí mi to.“* Ve dvou případech byl zmíněn i zájem o individuální setkávání. *„Já bych brala i ty sezení, jako psychoterapii, ale tak kde na to zas má vzít vedení peníze“* (Pracovník 2). Sociální pracovnice se také zmiňuje o této možnosti *„Myslím, že vzhledem k oblasti ve které děláme, by přece jenom mohla být ta supervize častěji, nebo i třeba individuálnější, ale on by tam zas málokdo chodil“*, zmiňuje obavy.

Zaměstnanci dále uvedli jako preventivní opatření v rámci organizace setkání zaměstnanců *„Někdy jsou neformální setkání pro zaměstnance, ale tam moc nechodím, to je spíš pro stálý“* (pracovník 1). *„Párkrát do roka se setkáme s kolegy mimo, kdo chce přijde, to taky pořádá vedení. I nám třeba zajistí ubytování, občerstvení.“* (pracovník 4). Na setkání s

kolegy upozorňuje i pracovník 5, který nemá o supervizi zájem, jak vyplývá z výše uvedené výpovědi. „Mám radši, když se sejdemě my zaměstnanci sami, nekam jedeme, probereme třeba i ty těžkosti v práci, zavzpomínáme na klienty.“

V jednom případě byla uvedena zmínka o duchovní pomoci kněze u pracovníka 2 „Někdy mi pomůže popovídat si s duchovním, ale to přímo organizace nezajišťuje, prostě si jen tak sedneme.“

Shrnutí výše uvedených odpovědí je, že jediným sociálně-pedagogickým nástrojem preventivního charakteru je supervize, kterou berou zaměstnanci jako možnost popovídat si, ačkoliv účast vždy není vysoká. O možnost individuální pomoci psychologa by v několika případech zájem byl. Zaměstnancům také shodně pomáhá probrat starosti z práce mezi sebou, oceňují možnost setkání mimo organizaci, která zařízení několikrát pořádá. Možná by byla uvítána i možnost duchovní podpory, kterou by organizovalo přímo zařízení.

Způsoby zvládání zaměstnanců

Nyní jsou uvedeny způsoby prevence a zvládání pracovních těžkostí a rizikových faktorů samotných zaměstnanců. Pracovník 1 na dobrovolné pozici uvádí „Tak já tu jenom dobrovolničím, jsem tady jen tak jednou tejdně, jinak dělám něco jinýho. Dělat to pořád tak nevím, asi bych to nedal.“ Z tohoto se dá poukázat na důležitost jiných aktivit mimo práci. Podobně se vyjadřují i další pracovníci „Chodím do přírody, do divadla, věnuju se něčemu jinému, než jen té práci“ (pracovník 2). „Je důležité aby se člověk někdy taky vyspal, nedával té práci všechno, měl i volno.ú (pracovník 3) „Ta příroda, ta je pro mě hrozně moc důležitá, tam zapomenu na všechny starosti a můžu jenom rozjímat a procházet se.“ (pracovník 5)

Shodně je jako preventivní opatření uváděna rodina a bezpečné zázemí „Asi nejdůležitější je ta rodina, děti, manžel.“ (pracovník 2) „Mě hodně pomohla rodina, děti, to že se máme rádi a přijdu domů a oni tam jsou, to že je i jiné prostředí mimo hospic.“ (pracovník 3) „Rodina, děti, to je na prvním místě.“ (pracovník 5)

Zaměstnanci též poukázali na pokoru k práci, kterou dělají. V jejich postojích se také promítá víra ve smysluplnost práce. „Jsem vděčná, že jsem zdravá já i děti i manžel a lidé co mám ráda „(Pracovník 2). „Víra v to, že, tohle utrpení má nějaký hlubší smysl, já si pak musím hrozně moc vážit toho, že my jsme všichni zdraví, ona vás ta práce do jisté míry dost změní, naučí pokoře, vděčnosti životu a tomu co máte.“ (Pracovník 5)

Sociální pracovnice také jako preventivní způsoby uvedla poznatky ze školy, které nyní využívá v praxi *„Něco mě naučila škola, takové ty zvládací mechanismy, jak přistupovat k práci.“* Uvádí také opětovně důležitost osobní rovnováhy a vědomí smrtelnosti jedince. *„Hlavně aby byl člověk vyrovnán sám se sebou i s tou smrtí, aby to mohl dělat.“*

5. Vyhodnocení získaných dat

Nyní budou shrnuty poznatky z empirické části diplomové práce. Hlavním cílem výzkumu bylo odhalit sociálně-pedagogické aspekty a zabývat se jejich vlivem na vznik rizikových faktorů u pracovníků hospice. Výzkumná otázka k tomuto cíli byla : s jakými sociálně-pedagogickými aspekty a problémy se nejčastěji setkávají při výkonu své práce pracovníci hospice? Z rozhovorů s pracovníky vyplynulo , že za tyto aspekty považují komunikaci, aktivizaci, doprovázení a poradenskou činnost. Dále je potřeba poukázat na vliv těchto aspektů na vznik rizikových faktorů, což bylo hlavním cílem výzkumu. Pro pracovníky je rizikovým aspektem zejména aktivizační činnost, pokud je spojená s nedostatkem zaměstnanců a množstvím aktivit pořádaných pro klienty. Za rizikovou se dá též považovat komunikace s klienty či jejich rodinami. Ovšem někteří pracovníci sociálně-pedagogické aspekty považují za prevenci těchto faktorů, jelikož díky nim není jejich práce jednotvárná. Za rizikové faktory není považována deprese, tu žádný z respondentů nepocítuje, stejně jako syndrom vyhoření. Pod stresem se zaměstnanci někdy cítí, obzvláště při rizikových aspektech sociálně-pedagogického charakteru, uvedenými výše.

Prvním dílčím cílem výzkumu bylo zjištění preventivních opatření sociálně-pedagogického charakteru, kterými organizace zaměstnance chrání. Dále názor zaměstnanců na tato opatření, popřípadě návrhy na zlepšení. Zaměstnanci shodně uvedli jako tato opatření supervizi a pravidelná setkávání zaměstnanců. Supervizi většina z nich považuje za vhodný způsob, ačkoliv je v několika případech brána spíše jako popovídání si a odpočinek od práce. Někteří zaměstnanci by uvítali pomoc psychologa, či častější supervizní setkání. Dle výpovědí je ale možné, že ne všichni zaměstnanci zařízení by o tyto nabídky stáli. Setkání zaměstnanců považují respondenti za dobrý způsob pro odpočinek, prevenci rizikových faktorů a možnost probrání pracovních těžkostí.

Dalším dílčím cílem výzkumu bylo zjištění ochrany před rizikovými faktory ze strany samotných zaměstnanců. Ti se shodují na důležitosti kvalitních rodinných vazeb, odpočinku a popřípadě aktivit mimo pracovní vytížení. Také byla zmíněna víra v práci, kterou pracovníci odvádí. Jak bylo během výzkumu zjištěno, zaměstnanci se domnívají, že ne každý může tuto práci vykonávat a poukazují právě na víru v její smysluplnost. Posledním dílčím cílem výzkumu bylo zjištění toho, jaký vliv má na psychiku pracovní klima. Zaměstnanci se shodně domnívají, že vliv zde určitě je a to nezanedbatelný. Dále z jejich odpovědí vyplývá, že konflikty se nevyhly ani tomuto pracovišti, problém nastává při nevyjasněných pracovních

kompetencích, kdy se do konfliktu dostávají ošetřovatelé a zdravotní sestry. Dále byly zmiňovány jako důležité faktory sehranost týmu, podpora a vzájemné sdílení, potřeba zasmát se spolu, vzájemná úcta.

Dále se ve výzkumu vyskytly i informace, které ačkoliv nebyly cílem výzkumu jsou zajímavé. Proto jsou zde uvedeny jako nepřímá zjištění, ke kterému nebyl výzkum směřován, ale zaměstnanci se sami o těchto jevech zmiňovali. Několikrát padly zmínky směřované k myšlenkám o vlastní smrtelnosti. Respondenti se zmínili, že je důležité být vyrovnaný sám ze sebou a mít ujasněné vnímání vlastní smrtelnosti. Tento faktor může být také považován za prevenci rizikových faktorů, jelikož vyrovnanost jedince a jeho vnímání smrtelnosti napomáhá psychické rovnováze. Také bylo zjištěno, že zaměstnancům velmi pomáhá vědomí, že klientům ulehčí životní starosti a udělají radost.

Výsledek výzkumného šetření v některých věcech překvapil, pro zaměstnance prostředí hospice není rizikové z hlediska deprese, či syndromu vyhoření. Nejen z odpovědí na přímé otázky, ale i z celého vyznění rozhovorů vyplynulo, že zaměstnanci skutečně tyto negativní jevy na sobě nepocítují. I v tomto prostředí dochází ke konfliktům na pracovišti. Zajímavý byl fakt, že ačkoliv zaměstnanci shodně zmiňovali důležitost smysluplnosti práce a víry v jejich konání, víra náboženská zmiňována nebyla. Sociálně-pedagogické aspekty profese v několika případech přispívají k prevenci rizikových faktorů.

Nyní bude poukázáno na zajímavosti ve výpovědi dobrovolníka v hospici, který zde pracuje v intenzitě cca 1x týdně po dobu deseti let. Z jeho odpovědí vyplývá, že práci zde má rád, baví jej a záleží mu na ní. Přitom si je ovšem vědom toho, že by v zařízení pravděpodobně nemohl dělat na plný úvazek, jelikož by byl ohrožen rizikovými faktory „*Dělat to na plnej úvazek, tak nevím, to bych asi nedal. Takhle mě to baví, když tu jsem jen někdy.*“ K práci přistupuje s nadhledem a pravděpodobně ani není vtažen do konfliktů na pracovišti, stejně jako se neúčastní některých preventivních opatření organizace. „*Je tu ta supervize a setkávání pro zaměstnance, ale to je spíš pro stálý zaměstnance.*“

Pracovnice hospice, která dříve pracovala v LDN zase několikrát srovnává nynější pozici s tou předcházející. „*Tady je to mnohem lepší, pohodovější než v LDNce, tam to bylo ještě mnohem víc uspěchanější, smutnější.*“ A dále v otázce na syndrom vyhoření „*...tam jsem odcházela v mizerném stavu, celé to prostředí bylo prostě takové depresivní, šedivé, nemocniční. Tady jsou barvy, je tu veselo, hezky.*“

Nyní bude srovnám rozhovor vedený ze sociální pracovnící, jako zástupkyní oboru sociálně-pedagogického, s rozhovory vedenými s ostatními zaměstnanci. Sociální pracovníce bez problémů vyjmenovala několik sociálně-pedagogických aspektů své profese, je si jich tudíž dobře vědoma. *„Je tu rovina komunikační, aktivizační, doprovázení, tedy to zprostředkovávání kontaktu klienta s okolním světem.“* Také poukazuje na přípravu ze svého studia, která jí pomáhá při zvládnání rizikových faktorů. *„Něco mě naučila škola, takové ty vyrovnávací mechanismy, jak přistupovat k práci.“* Tato výpověď značí o důležitosti přípravy a předchozího studia pro tuto profesi. Upozorňuje též jako jediná na neshody s vedením, což vypovídá o tom, že je s ním v intenzivnějším kontaktu a je si tudíž těchto problémů více vědoma. *„Druhý problém je vedení....mají pořád potřebu měnit stanovy, systém práce....“* Z této výpovědi se dá poukázat na to, že pracovníce se podílí na vytváření stanov, předává je dále, věnuje se administrativním úkonům, apod. Také z rozhovoru vyplynulo, že zaměstnanci se svými stížnostmi chodí za sociální pracovnící a ona sama neví, jak s těmito skutečnostmi naložit. *„A pak za mnou chodí zaměstnanci a stěžují si. Jenže co já s tím?“* Supervizi bere jako vyhovující nástroj prevence, uvítala by ji i častěji. *„....Vzhledem k té oblasti, kde pracujeme, by mohla být i častěji než jednou za měsíc....“* Také někdy považuje za rizikovou, či obtížnou, komunikaci s klienty, či jejich rodinami. Záleží jí na tom, aby dokázala efektivně pomoci. *„Občas při té komunikaci je to náročné....strašně důležité je aby odcházeli klidní, vnitřně smíření....“*

6. Navrhovaná opatření

Nyní budou navrhována případná opatření a doporučení, vyplývající z výzkumného šetření. Vzhledem k menšímu výzkumnému vzorku je potřeba brát výpovědi s ohledem právě na počet respondentů. Odpovědi respondentů byly obsáhlejší a mnohé informace které, ač nebyly cílem výzkumu a neodpovídaly přímo na výzkumné otázky, byly obohacující. Nyní by bylo možné na tuto oblast bádání použít výzkum kvantitativní a ověřit poznatky z kvalitativního výzkumu na širším vzorku respondentů. Tím by se dalo zjistit, jaké sociálně-pedagogické faktory vnímají pracovníci jako stežejní a zda skutečně nejsou ohrožení rizikovými faktory uvedenými výše.

Také by bylo přínosné získat vyjádření vedení hospiců a zjistit jejich pohled na stežejní sociálně-pedagogické aspekty profese pracovníka hospice. Vedení by také mělo možnost vyjádřit se k sociálnímu klimatu na pracovišti ze svého pohledu a odpovědět, zda je podle nich prevence rizikových faktorů pracovníků dostatečná. Také by se mohli vyjádřit k tomu, proč ji organizují právě tímto způsobem a zda neuvažují nad jinými formami. Bylo by možné ověřit i rizikové faktory pracovníků z pohledu nadřízených.

Vzhledem k výpovědím v empirické části bylo zjištěno, že by někteří pracovníci pravděpodobně uvítali větší prostor pro vyjádření svých obav, emocí a obtíží v práci. Někteří by přijali s povděkem častější supervizní setkání. Také by ze strany mnohých zaměstnanců byl zájem o individuální setkání s psychologem na bázi individuální či možná i skupinové psychoterapie. Tato opatření preventivního charakteru, by vzhledem k oblasti paliativní péče, která je velmi náročná na psychiku jedince, poskytla možnost hlubší práce s emocemi a obavami zaměstnanců a možnost sdílení. Vedení by také mělo možnost zjistit, zda zaměstnanci nevykazují příznaky rizikových faktorů, které by zkušený psycholog či psychoterapeut měl odhalit již v začátcích.

Zaměstnanci sami dále uvedli, že jim pomáhá relaxace a odpočinek, zařízení by tedy mohlo uspořádat semináře či workshopy na téma relaxačních technik, či meditace, dle zájmu zaměstnanců.

Většina zaměstnanců se shodně zmínila o pozitivních neformálních setkávání zaměstnanců, což je tudíž dobrá cesta k prevenci rizikových faktorů, kterou organizace pořádá. V tomto směru by tedy prevence mohla dále pokračovat a kromě občasných výjezdů mimo zařízení, by mohlo vedení pořádat pravidelná setkávání, která by ani finančně nebyla natolik náročná.

Výše uvedeným možnostem preventivních opatření ze strany organizace by mohl předcházet krátký průzkum, provedený vedením zařízení, mezi zaměstnanci. Ti by měli možnost vyjádřit se k těm možnostem prevence, o které by skutečně měli zájem a dle těchto vyjádření by vedení mohlo dále postupovat.

7. Diskuze

V kapitole diskuze nyní bude diplomová práce porovnána s dalšími vědeckými pracemi podobného tématu. Z některých z nich empirická část do jisté míry vychází, je jimi inspirována. Hlavním cílem a tématem práce-sociálně-pedagogickými aspekty, se žádná z prací nezabývala, dílčí témata lze nalézt v několika vědeckých člancích, či výzkumných zprávách, publikovaných v ČR. Tématem postojů pomáhajících pracovníků ke smrti a způsoby zvládnání stresu se zabývá studie Marie Šumberové (2011). V mnohém se její výzkumné závěry shodují s výzkumnými závěry diplomové práce. I ona ve své práci uvádí, že práci v hospici není možné vykonávat, aniž by si člověk uvědomoval svou smrtelnost, což je vedlejším výzkumným zjištěním i empirické části diplomové práce. Dále ze studie vyplývá, že pro pracovníkům v hospici se jeví práce v nemocničním zařízení náročnější, než na jejich pracovišti. I tento fakt podpořily výroky z diplomové práce. Pracovnice, která dříve v nemocnici pracovala několikrát srovnávala tato dvě prostředí a práce v nemocnici ji více psychicky vyčerpávala. V diplomové práci se sice respondenti zmiňovali o komunikaci s příbuznými klientů, která je někdy obtížná, ale neurčili ji jako hlavní zátěžovou situaci, vyvolávající stres. Naopak tomu je ve studii Šumberové, která komunikaci s klienty uvádí jako klíčový zdroj stresu. Rolí hodnot v identitě sociální práce se zabývala i studie Moniky Flídrové a Michala Opatrného z roku 2014, která je předvýzkum projektu GAJU Jihočeské univerzity. Jejich závěr, že pro pracovníky v sociálních službách je stěžejní hodnotou, která jim pomáhá práci zvládat, kvalitní a pevný vztah v rodině, se shoduje i se závěry diplomové práce.

Jelikož jedním z respondentů diplomové práce byl i dlouholetý dobrovolník, je možné srovnat závěry, vyplývající z jeho výpovědí, se závěry výzkumného šetření z roku 2011, shrnuté v článku Dobrovolnictví v hospicích, Soňy Vávrové. Je samozřejmě potřeba brát v potaz výzkumný vzorek, který je v případě výzkumu Vávrové větší, přesto je možné srovnávat. Z výzkumu Vávrové vyplývá, že pro dobrovolníky je velmi důležitá supervize, kterou jako nástroj prevence zmiňoval i respondent z diplomové práce, ačkoliv ji více nevyzdvihuje. Supervize dobrovolníkům pomáhá zpracovat zážitky z hospicového zařízení, nejčastěji setkání se smrtí. Respondent z diplomové práce se vyrovnává s psychicky obtížnou prací jiným způsobem. Pomáhají mu aktivity mimo hospic i vědomí, že zde nepracuje na hlavní pracovní poměr. Shodně se respondent z diplomové práce, i účastníci výzkumu Vávrové shodují na tom, že v práci jim pomáhá skutečnost, že někomu pomohou.

Z výše uvedených srovnání diplomové práce s dalšími výzkumnými studii vyplývá, že se v mnohém shodují a pracovníci hospice jsou si osobnostně podobní, uznávají podobné hodnoty, motivy pro práci, vyrovnávací mechanismy.

Závěr

Diplomová práce byla zaměřena na sociálně-pedagogické aspekty pracovníka hospice, jejich vliv na rizikové situace pracovníka a preventivní opatření sociálně-pedagogického charakteru. Zaměstnanci hospice jako zástupci sociálně-pedagogických profesí, vykonávají práci hodnou obdivu. Ne každý by byl schopen v zařízení paliativní péče působit. Vzhledem k tomu, že náplní jejich práce je každodenní kontakt s lidmi v terminálním stadiu nemoci, jsou výrazně ohroženi rizikovými faktory, mezi které jsou, pro účely diplomové práce, řazeny stres, syndrom vyhoření, deprese a jiné psychické problémy. Zařízení paliativní péče si jsou pravděpodobně, do jisté míry, těchto skutečností vědoma a proto zajišťují preventivní opatření před těmito jevy. Hlavním nástrojem preventivní ochrany, sociálně-pedagogického charakteru, je supervize. Zaměstnanci sami také hledají způsoby jak předcházet rizikovým faktorům své práce, zejména formou bezpečných rodinných vazeb a kvalitního odpočinku.

Cílem teoretické části diplomové práce bylo shrnutí informací o paliativní péči v současné literatuře, která se touto problematikou zabývá. Použity byly prameny knižní, přeložené do českého jazyka, i cizojazyčné v originálním znění. Dále značným přínosem byly webové stránky věnující se jednotlivým hospicům, které nabídly vhled do skutečného dění v daném zařízení. V diplomové práci bylo možné se též opřít o řadu vědeckých článků a výzkumů na poli paliativní péče. Teoretická část popisuje terminologické vymezení paliativní péče, analyzuje profesní ukotvení jednotlivých pozic v hospici, nastiňuje rizikové situace a faktory této práce. Dále také předkládá možnosti preventivních opatření a upozorňuje na sociálně-pedagogické aspekty, vyplývající z profese pracovníka v hospici. Empirická část obsahuje kvalitativní výzkumné šetření, zaměřené na témata předložená v teoretické části. Zejména ověřuje, jak na danou problematiku nazírají sami pracovníci. Vzniklé kategorie a podkategorie jsou založeny na autentických výpovědích respondentů z jednoho zařízení paliativní péče. Výzkumné šetření naplnilo předem stanovené cíle výzkumu a odpovědělo na výzkumné otázky. Nepřímým cílem diplomové práce bylo dozvědět se více o problematice paliativní péče z hlediska zaměstnanců, což bylo naplněno. Dalším nepřímým cílem bylo podnítit potencionální výzkumníky k dalším výzkumům v této oblasti.

Hospicová zařízení a práce v nich jsou možná do jisté míry tématem, o kterém se tolik nemluví. Přesto, či právě proto, zasluhují další zkoumání, která by vedla ke zlepšení kvality práce zaměstnanců. Zejména formou nových preventivních opatření sociálně-pedagogického charakteru, chránících je před rizikovými faktory.

Seznam použité literatury

Tištěné zdroje:

BACHMAN, Pavel. Management neziskové organizace. Hradec Králové: Gaudeamus, 2011. ISBN 978-80-7435-130-3.

BARTOŠÍKOVÁ, Ivana. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 80-7013-439-9.

BARTŮŇKOVÁ, Staša. *Stres a jeho mechanismy*. Praha: Karolinum, 2010. ISBN 978-80-246-1874-6.

CONNOR, Stephen,R. *Hospice and palliative care*. New York: Taylor and Francis group, 2009. ISBN 13-978-0-415-99356-2.

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

FORMAN, Walter, B. *Hospice and palliative care-concepts and practise*. London: Jones and Bartlett publishers, 2003. ISBN 0-7637-1566-2.

GRAY, Christian. *Bipolární porucha*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-668-1.

GRUHL, Monika. *Psychická odolnost v každodenním životě*. Praha: Portál, 2013 . ISBN 978 80-262-0345-2.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén, 2007. ISBN 616-03688.

HAVRDOVÁ, Zuzana. *Praktická supervize*. Praha: Galén, 2008. ISBN 978-80-7262-532-1.

HAVRDOVÁ, Zuzana. *Hodnoty v prostředí sociálních a zdravotních služeb*. Praha:

Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy, katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích, 2010. ISBN 978-80-87398-06-7.

HAWKINS, Peter, Robin, SHONER. *Supervize v pomáhající profesi*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-715-9.

HELUS, Zdeněk. *Osobnost a její vývoj*. 2. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 2009. ISBN 978-80-247-4007-2.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.

- HRADECKÁ, Milada. *Kapitoly z vývojové psychologie*. Brno: Univerzita J.E. Purkyně, 1980. ISBN 80-8765-877-7.
- JANÁČKOVÁ, Laura. *Bolest a její zvládnání*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-210-2.
- KOHOUTEK, Rudolf. *Psychologie práce a řízení*. Brno: CERM, 1999. ISBN 80-214-1552-5.
- KOHOUTEK, Rudolf. *Základy pedagogické psychologie*. Brno: CERM, 1996. ISBN 80-85867-94-X.
- KRATZ, Hans-Jurgen. *Mobbing, jak ho rozpoznat a jak mu čelit*. Praha: Management press, 2005. ISBN 80-7261-127-5.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat depresi*. 2.vyd. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0575-3.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Optimismus, pesimismus a prevence deprese*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4007-2.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-551-2.
- MAŇÁK, Josef, Vlastimil ŠVEC. *Cesty pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-078-6.
- MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3171-1.
- MAROON, Istifan. *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0180-9.
- MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4.
- MURRAY PARKES, Colin. *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. ISBN 978-80-87029-23-7.
- PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2959-6.
- PELIKÁN, Jiří. *Základy empirického výzkumu*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1916-3.
- PEYNE, Sheila, Jane SEYMOUR, Christine INGLETON. *Principy a praxe paliativní péče*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. ISBN 978-80-87029-25-1.
- POTMĚŠILOVÁ, Petra. *Sociální pedagogika v teorii a praxi*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2013. ISBN 978-80-244-3831-3.

- PRAŠKO, Ján. *Bolestně smutná nálada, aneb co je to deprese a jak se léčí*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2011. ISBN 80-85121-68-9.
- REKTOŘÍK, Jaroslav. *Organizace neziskového sektoru*. 2.vyd. Praha: Ekopress, 2007. ISBN 978-80-86929-25-5
- SCHMIDBAUER, Wolfgang. *Psychická úskalí pomáhajících profesí*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-312-9.
- SCHMIDBAUER, Wolfgang. *Syndrom pomocníka*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-369-7.
- SKALKOVÁ, Jarmila. *Úvod do metodologie a metod pedagogického výzkumu*. Praha: SPN, 1983. ISBN 80-432-6754.
- STOCK, Christian. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3553-5.
- STUDENT, Johann-Christoph. *Sociální práce v hospici a paliativní péči*. Jinočany: H a H, 2006. ISBN 80-7319-059-1.
- SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. Praha: ECCE HOMO, 2003. ISBN: 80-902049-4-5.
- ŠIMIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jítka. *Osobnost a její rozvoj*. Ostrava: Ostravská univerzita, Pedagogická fakulta, 2008. ISBN 978-80-7368-620-8.
- THE, Anne-Mai. *Paliativní péče a komunikace*. 5.vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. ISBN 978-80-87029-24-4..
- TURECKIOVÁ, Michaela. *Řízení a rozvoj lidí ve firmách*. Praha: Univerzita Jana Ámose Komenského, 2009. ISBN 978-80-86723-80-8.
- VÁVROVÁ, Soňa. *Doprovázení v pomáhajících profesích*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262.
- VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Zátěž pracovníků v přímé péči*. In : Martina VENGLÁŘOVÁ. *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada , 2007. pp. 82-85. ISBN 978-80-247-2170-5.
- VODÁČKOVÁ, Daniela. *Krizová intervence*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-696-9.
- WÁGNEROVÁ, Irena. *Psychologie práce a organizace*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3701-0.

Webové stránky

Umírání [online]. Cesta domů. [vid. 28.11.2014]. Dostupné z : <http://www.cestadomu.cz/cz/nejcastejsi-dotazy.html>

Co je stomie [online]. Dobrovolné sdružení stomiků. [vid. 12.11. 2014]. Dostupné z : <http://www.ilco.cz/cojestoma.php/>

Doma je doma až do posledního okamžiku [online]. Hospic Sv. Jiří o. p. s. [vid. 20.11.2014]. Dostupné z: <http://www.hospiccheb.cz/>

Hospic Anežky České- poskytované služby [online]. Hospic Anežky České. [vid. 23.11. 2014]. Dostupné z: <http://www.hospic.cz/poskytovane-sluzby.html/>

Chatky na jihu [online]. Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče. [vid. 28.11. 2014]. Dostupné z : <http://www.asociacehospicu.cz/aktuality/chatky-na-jihu-2/>

Nadační fond Klíček [online]. Nadační fond Klíček. [vid. 23.11.2014]. Dostupné z : <http://www.klicek.org/>.

Paliative care [online]. World Health Organization. [vid. 23.11. 2004]. Dostupné z: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/98418/E82931.pdf/ .

Supervize-stránky pro supervizory a supervidované [online]. Český institut pro supervizi. [vid. 27.11.2014]. Dostupné z : <http://www.supervize.eu/supervizori/kdo-je-supervizor/>

Články v časopisech

FLÍDROVÁ, Monika, Michal OPATRŇY. Role hodnot v identitě sociální práce. In: *Sociální práce*. Vol. 2, No. 2014, pp. 118-125. ISSN: 1213-6204 .

KOLMAN, Luděk, Pavel MICHÁLEK. Z pojednání o vlivech na koncipování a vývoj teorií motivace pracovní činnosti. In: *Československá psychologie*. Vol. LIII, No. 6, pp. 618-625. ISSN: 0009-062X.

ŠUMBEROVÁ, Marie. Postoj pomáhajících pracovníků ve vybraném hospicovém zařízení ke smrti a jejich způsob zvládnání stresu z všudypřítomné smrti. In: *Sociální práce*. Vol. 3, No. 2011, pp 100-110. ISSN : 1213-6204.

VÁVROVÁ, Soňa, Renata POLEPILOVÁ. Dobrovolnictví v hospicích. In: *Sociální práce*. Vol. 4, No. 2011, pp. 78-86. ISSN: 1213-6204 .

Výzkumné zprávy

JIHOČESKÁ UNIVERZITA. *Profesní identita sociálních pracovníků*. České Budějovice: Projekt GAJU, 2013.

OTRADOVCOVÁ, Iva. *Stomická sestra v hospici* [online]. Chirurgická klinika 2. LF UK a ÚVN Praha, 2009. [28.11. 2014]. Dostupné z : <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/stomik-v-hospicove-peci-447363/>.

RŮŽIČKOVÁ, Daniela, Libor MUSIL. *Hledají sociální pracovníci kolektivní identitu?* Praha: Sociální práce, 2009. ISSN 1213-6204.

Zákony

ČESKO. Zákon č. 48/ 1997 Sb. ze dne 14.března 2002 O dobrovolnické službě a o změně některých zákonů (zákon o dobrovolnické službě). In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011. ISSN 1211-1244.

ČESKO. Zákon č. 101/ 2000 Sb. ze dne 4.dubna 2000 O ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011. ISSN 1211-1244

ČESKO. Zákon č. 105/ 2011 Sb. ze dne 22. dubna 2011 O podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011. ISSN 1211-1244.

ČESKO. Zákon č. 108/ 2006 Sb. ze dne 7. března 1997 O veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011. ISSN 1211-1244

ČESKO. Zákon č. 198/ 2002 Sb. ze dne 24.dubna 2006 O sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011. ISSN 1211-1244

