

**Univerzita Palackého v Olomouci**  
**Cyriľometodějská teologická fakulta**  
**Katedra křesťanské sociální práce**



*Charitativní a sociální práce*

Bc. Andrea Radomská, DiS.

**MÍRA SPOKOJENOSTI ZAMĚSTNANCŮ  
S PRACÍ V HOSPICI**

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Leoš Zatloukal, Ph.D.

**2016**

Prohlašuji, že jsem svou práci vypracovala samostatně a že jsem všechny použité informační zdroje uvedla v seznamu literatury.

V Olomouci 1.4.2016

.....

Andrea Radomská

Velmi děkuji vedoucímu mé práce Mgr. Leoši Zatloukalovi, Ph.D. za trpělivé vedení a cenné rady a celé své rodině, synům, přátelům a především mé vzácné mamince za trpělivost a lásku, se kterou mě podporovali po celou dobu studia.

# Obsah

ÚVOD.....	6
I. TEORETICKÁ ČÁST .....	9
1 HOSPICOVÁ PÉČE.....	10
1.1 Historie hospicové péče .....	10
1.2 Hospicové hnutí ve světě .....	11
1.3 Možnosti hospicové péče v České republice.....	12
1.4 Druhy specializované hospicové péče.....	14
1.5 Multidisciplinární hospicový tým .....	17
2 PALIATIVNÍ PÉČE .....	19
2.1 Vymezení paliativní péče .....	19
2.2 Pacient jako objekt paliativní péče.....	21
2.3 Paliativní péče v hospici.....	24
3 SPOKOJENOST .....	28
3.1 Definice spokojenosti.....	28
3.2 Motivace k poskytování hospicové péče.....	30
3.3 Vnější faktory vedoucí k pracovní spokojenosti .....	31
4 SYNDROM VYHOŘENÍ.....	33
4.1 Vymezení pojmu vyhoření .....	33
4.2 Fáze syndromu vyhoření .....	36
4.3 Syndrom vyhoření u zaměstnanců poskytujících hospicovou péči.....	38
4.4 Prevence vzniku syndromu vyhoření .....	40
II. EMPIRICKÁ ČÁST .....	44
5 PRŮZKUM.....	45
5.1 Průzkumný cíl a průzkumné otázky .....	45
5.2 Metodologie průzkumu .....	46
5.3 Průzkumný soubor.....	47
5.4 Zpracování dat.....	47
6 ANALÝZA DAT .....	49
6.1 Průzkumná otázka č. 1 .....	49
6.2 Průzkumná otázka č. 2 .....	54
6.3 Průzkumná otázka č. 3 .....	62

6.4 Průzkumná otázka č. 4 .....	66
7 INTERPRETACE ZJIŠTĚNÝCH DAT .....	70
8 DISKUSE.....	73
ZÁVĚR .....	77
ANOTACE .....	80
ANNOTATION .....	81
SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ .....	82
SEZNAM GRAFŮ .....	86
SEZNAM PŘÍLOH.....	87
Dotazník.....	88
Tabulky četností.....	93

Na smrti není nic tragického.  
To jen ztrácíme fyzickou možnost  
navzájem se dotýkat.  
Milovat však můžeme navždy.

( Švihálek M., 2009, Srdcem prožité )

## ÚVOD

Žijeme v době, která je charakteristická rychlým rozvojem ve všech oborech, včetně medicíny. V systému západního zdravotnictví se konec lidského života změnil v martyrium, v němž se utrácí obrovské peníze a pacienti tráví své poslední dny v nepohodlí, bolesti a iluzích. Tedy přesně naopak, než si většina z nich přeje. Přibývá lidí, kteří se musejí smířit s tím, že budou docházet na umělou dialýzu a jejich neustálým společníkem bude kyslíkový koncentrátor nebo kardiostimulátor. Ti s menším štěstím skončí upoutaní na lůžku nebo v kómatu. Existuje pro to dokonce výmluvný termín zadržaná smrt, kdy se organismus umírajícího drží ve funkčním stavu po měsíce i léta, někdy při porušeném vědomí. Obrovské úspěchy vědy a lékařské péče zrodily těžké dilema.

„Je stále obtížnější určit, kdy vlastně člověk umírá, hranice mezi životem a smrtí se stala méně ostrou,“ píše Atul Gawande, renomovaný lékař a profesor chirurgie na Harvard Medical School, v knize *Nežijeme věčně*, která nedávno vyšla v českém překladu. Podle jeho mínění lékaři stejně jako celá západní společnost trpí silnou úzkostí ze smrti. Jejich hlavním posláním, ke kterému jsou vedeni od začátku studia, je totiž se smrtí bojovat.

Rozeznat moment, kdy je třeba přestat a přijmout fakt blížící se smrti, je dnes pro pacienty i lékaře velmi obtížný úkol. Naléhavou otázkou, která dnes proto ožívá, nezní jen jak člověka zbavit chronických nemocí, ale také jak najít smysluplnou a důstojnou podobu konce života.

Ano, pomáhat lidem na konci života, odejít smysluplně a důstojně je mým posláním i povoláním posledních 17 let. Přivedla mě k němu osobní zkušenost s doprovázením

umírajících dětí na dětské hematologii, kde jsem pracovala jako dětská sestra, ale naplno především osobní prožitek s umíráním mého tatínka, který onemocněl zhoubným onemocněním, byl plně informován o nepříznivé prognóze a nemožnosti vyléčení a přál si strávit své poslední dny doma mezi svými blízkými a ne v nemocnici. V té době v našem okolí neexistoval žádný kamenný ani mobilní hospic a proto jsme o tatínka pečovali doma sami s podporou našich přátel zdravotníků a podařilo se nám prožít s tatínkem jeho poslední dny a týdny v kruhu rodiny, které byly naplněny láskou a porozuměním. Od té doby se naplno věnuji lidem na konci života, v současné době působím v mobilním hospici a to na kombinované pozici psychosociálního pracovníka a poradce pro pozůstalé dospělé i děti.

V tématu závěrečné práce jsem chtěla skloubit svůj zájem i zkušenosti. Zaměřila jsem se tedy na téma hospicové péče a její realizaci v praxi. Po domluvě s vedením v jednom nejmenovaném kamenném hospici jsem formou dotazníkové šetření provedla průzkum mezi zaměstnanci se záměrem zjistit, zda jsou tyto zaměstnanci s prací v hospici spokojeni, případně co jim chybí, nebo co by ve své práci potřebovali. Tento průzkum je popsán v empirické části práce.

Cílem teoretické části práce je shrnutí poznatků týkajících se hospicové péče. Uveden je historický vývoj hospicové péče ve světě i v České republice, definovány jsou základní pojmy, mezi něž patří hospicová péče, paliativní péče, druhy hospicové péče, ale též pracovní spokojenost, která je tématem této diplomové práce. Pozornost je věnována také syndromu vyhoření, který s oběma fenomény, tedy hospicovou péčí a spokojeností zaměstnanců, úzce souvisí.

Cílem empirické části práce je analýza míry spokojenosti zaměstnanců s prací v hospici. Pracovní spokojenost je dáována do souvislosti s rizikem vzniku a rozvoje syndromu vyhoření. Formulovány byly tyto čtyři průzkumné otázky: Jak jsou pracovníci spokojeni se službami hospice, které mají pacienti k dispozici? Jak jsou pracovníci hospice spokojeni se způsobem vedení organizace a řízením lidských zdrojů? Jak jsou pracovníci hospice spokojeni se zohledňováním potřeb důležitých pro výkon jejich práce? Jaká jsou u pracovníků hospice největší rizika rozvoje syndromu vyhoření v závislosti na pracovní spokojenosti?

Průzkum byl realizován jako kvantitativní, formou dotazníkového šetření. Dotazník předložený respondentům je v plném znění uveden v příloze práce. Data byla

zpracována pomocí základních statistických metod, výsledky jsou uvedeny v přehledné grafické podobě s doplněním slovního komentáře. Součástí práce je i doporučení pro praxi, které může sloužit např. vedení hospice, v němž byl průzkum prováděn, jako zdroj inspirace k realizaci možných změn. Tyto změny by mohly být přínosem pro pacienty hospice. Profitovat by z nich ovšem mohli především zaměstnanci hospice, a to v oblasti zvýšení jejich osobní i pracovní spokojenosti.



# **I. TEORETICKÁ ČÁST**

# 1 HOSPICOVÁ PÉČE

Slovo hospic je podle Kupky (2014, s. 30) možno přeložit z angličtiny jako útulek, nebo útočiště. V České republice je sice hospicová péče zavedena již řadu let, přesto se jedná o pojem, který široké veřejnosti není zcela jasně znám, respektive blíže je jí schopna specifikovat ta část obyvatel, která se o tuto problematiku zajímá, nebo s ní má svoji osobní zkušenost. Tato kapitola je tedy věnována vysvětlení základních pojmů a též přehledu historie tohoto konceptu jak ve světě, tak i v České republice, včetně popisu jednotlivých forem hospicové péče.

Hospicová péče je často zaměňována s paliativní péčí, nicméně oba pojmy se netýkají stejného jevu. Paliativní péče může být poskytována i mimo hospicové zařízení. Paliativní péče je podle Slámy, Kabelky a Vorlíčka (2011, s. 25) definována jako „aktivní péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stádiu. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání a udržet co nejvyšší kvalitu života.“

## 1.1 Historie hospicové péče

Pojem hospic byl původně používán ve středověku pro domy odpočinku. Zastavovali se v nich poutníci putující do Palestiny a v hospicích načerpávali novou sílu. Hospice ve středověku vedl člověk schopný lékařské péče. Později hospice zanikly, a nově se začaly objevovat v osmnáctém století, to již ovšem jako domy pro umírající (Kupka, 2014, s. 30).

Slovo hospic pochází z latinského slova hospes, což znamená host. I když první hospicové domy sloužili především k odpočinku, byly zaměřeny také na péči o jedince umírající, nevléčitelně nebo těžce nemocné. Rozvoj hospicové péče, podobné novodobé hospicové péči, je spojen s řadou církevních hnutí (Smith, 2014, s. 1).

K rozvoji hospicové péče přispěl také rozvoj medicíny. V devatenáctém století začalo ubývat osob, které umíraly v důsledku např. nějaké epidemie, tedy poměrně rychle od propuknutí nemoci, a naopak začal narůstat počet osob, pro které znamenala smrt poměrně dlouhý a bolestivý proces. Tito „umírající“, což byla de facto nová sociální skupina osob ve společnosti, začali být přesouváni ze svých rodin a domovů

do institucí, které spravovali náboženské řády. V druhé polovině dvacátého století nastal další obrat, a to směrem ke způsobu prožití konce života. V centru zájmu se začaly objevovat termíny jako kvalita života, zvládání bolesti a symptomů, psychosociální péče (Payneová, Seymourová a Ingletonová, 2007, s. 47-48).

Tak, jak se začalo měnit nazírání na způsob umírání, začaly se měnit i přístupy k umírajícímu v institucích, tedy zejména v nemocnicích. Jak uvádí Kutnohorská (2007, s. 77), izolování umírajícího od jeho okolí se datuje od třicátých let dvacátého století, kdy převládlo přesvědčení o správnosti tohoto přístupu. Pacienti umírali osamoceni, za bílou plentou, což ještě více násobilo a násobí jejich pocit osamocení v posledních okamžicích života. Smrt se do určité míry stala něčím abstraktním. Ve skutečnosti ale umírající potřebuje nebýt sám. Pokud je toho schopen, většinou je rád za každou návštěvu a stejně tak přítomnost profesionála. V návaznosti na tuto skutečnost začaly být hledány jiné cesty k rituálu smrti a umírání, s čímž souvisí také návrat k hospicové péči.

V současné době je hospic jak místo, kde „dochází k doprovázení smrtelně nemocného a jeho blízkých těžkým úsekem života. Hospic poskytuje pacientovi paliativní, především symptomatickou léčbu a péči a současně se snaží uspokojit i jeho potřeby psychické, sociální a spirituální.“ (Vorlíček, Adam a Pospíšilová, 2004, s. 511).

První institucionální domov pro umírající založila Skotka Frances Davidsonová, a to v roce 1885. V USA byl první domov bezplatné péče pro nemocné s rakovinou založen v r. 1896. Zakladatelkou byla Rose Hawthornová. Při vzniku dalších dvou domovů pro umírající stály Jeanne Garnierová a Mary Aikenheadová. Tyto čtyři ženy vybudovaly základnu pro hospicovou a paliativní péči. Tyto rané hospice byly postaveny na třech základních principech, a to na principu náboženském, filantropickém a morálním (Payneová, Seymourová a Ingletonová, 2007, s. 49-51).

## **1.2 Hospicové hnutí ve světě**

Podle údajů britské skupiny Hospice Information se v r. 2002 rozvíjela hospicová péče na všech světových kontinentech, ve 100 zemích světa. Celkový počet jednotek jak hospicové, tak i paliativní péče přesáhl počet 8 000. Do těchto jednotek patří hospitalizační jednotky, služby poskytované nemocnicemi, komunitní týmy, centra denní péče apod. (Payneová, Seymourová a Ingletonová, 2007, s. 56).

V novodobé historii hospicové péče je považována za kolébku této formy péče Velká Británie. V r. 1967 založila v Londýně Cicely Saundersová jeden z nejznámějších hospiců na světě, St. Christopher's hospice, který v současné době zajišťuje mimo jiné pro zájemce z celého světa metodickou přípravu. Podle dat zjištěných dlouhodobou praxí vykonávanou v tomto hospici je optimální počet hospicových lůžek pět, a to na sto tisíc obyvatel (Svatošová, 1995, s. 120-121).

Domácí forma hospicové péče se rozvinula především v USA a ve Velké Británii. V roce 1975 založil doktor Balfour Mount v Montrealu první oddělení paliativní péče. Tento termín byl použit záměrně, aby bylo zřejmé oddělení od péče hospicové a především kvůli skutečnosti, že slovo hospice má ve francouzštině pejorativní význam. Koncept paliativní péče vzešel z konceptu péče hospicové, nevymezuje se však zásadně proti hlavnímu proudu medicíny. Jeho cílem je zařazení prvků péče hospicové do ostatních zdravotnických zařízení. Do určité míry tak dochází k propojení obou směrů. V Severní Americe je pojem paliativní užíván v širší rovině, mnohdy tedy i pro péči hospicovou. Obecně je možné sledovat trend rozšiřování poznatků a postupů péče hospicové do péče, která je prováděna také v nemocnicích a jiných zdravotnických zařízeních (Vorlíček a Sláma, 2005, s. 34).

Ve většině zemí světa však počet hospicových lůžek neodpovídá potřebám obyvatelstva. Pochopitelně ne ve všech zemích světa je situace stejná. Obecně je možné říci, že počet hospiců je jedním z ukazatelů, který vypovídá o vyspělosti dané země v péči o nevléčitelně nemocné. Podle řady výzkumů je pacientům poskytována nejkvalitnější hospicová péče ve Velké Británii a v Austrálii. Kvalitní péče je poskytována např. také v Německu, kde je více než 1 500 ambulantních a 164 stacionárních hospiců a 166 paliativních jednotek, pochopitelně tato čísla každým rokem rostou. I přesto se nejedná o optimální stav, potřeby obyvatel jsou v tomto smyslu uspokojeny přibližně z jedné třetiny. V Belgii je běžnou praxí, že za potřebnými vyjíždějí pracovníci do terénu, tedy je v zemi rozsáhlá síť tzv. mobilních jednotek (Leška, 2010).

### **1.3 Možnosti hospicové péče v České republice**

V České republice je v současné době v Asociaci poskytovatelů hospicové paliativní péče sdruženo 21 hospiců. To ovšem neznamená, že se jedná o celkový počet

hospicových zařízení v České republice. Ne každá hospicová jednotka je členem této asociace (APHPP, 2014a).

Hospice v České republice jsou zřizovány soukromoprávními subjekty v oblasti působnosti dvou rezortů, a to Ministerstva zdravotnictví a Ministerstva práce a sociálních věcí. Jsou financovány jak z všeobecného zdravotního pojištění, tak i z veřejných rozpočtů. Mezi jednotlivými rezorty panuje nedostatečná koordinace a hospicová zařízení se potýkají s nedostatkem financí. V důsledku toho tak chybějící finanční zdroje, které hospicová zařízení doplňují financemi od sponzorů, ale i uživatelů těchto zařízení. Obecně je také diskutováno, zda-li má být hospicové zařízení institucí spadající do zdravotnictví, nebo spíše do sociálních služeb (Tomeš, Dragomirecká, Sedlářová a Vodáčková, 2015, s. 49).

V České republice nastal rozvoj hospicové péče až po r. 1989 a důležitou roli v něm sehrála doktorka Marie Svatošová, která založila první lůžkový hospic v Červeném Kostelci a stala se také první prezidentkou Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče. Lůžkové hospice jsou v České republice převážně nestátními zdravotnickými zařízeními, které existují samostatně, tedy mimo např. nemocnice. (ČSPM, 2013).

V počátcích byla hospicová péče spojena především s kamennými hospici a mobilní hospicové jednotky nebyly příliš podporovány státem. V r. 2015 odstartoval pilotní projekt, který si klade za cíl ověřit parametry práce mobilních hospiců, tj. bezpečnost, odbornou úroveň péče a přínos pro pacienta, ale též přesněji spočítat náklady na tento typ péče a srovnat je s náklady, které hradí zdravotní pojišťovny za péči o umírající pacienty ve stávajícím zdravotním systému, tj. v nemocnicích, domech pro seniory, léčebnách nebo doma v péči lékaře nebo agentury domácí péče. Více než tři čtvrtiny Čechů si přeje zemřít doma, ale realita je taková, že 60 % pacientů zemře v nemocnici a 9 % v nemocnici dlouhodobé péče. Toto číslo je oproti jiným vyspělým zemím velmi vysoké. Navíc v zahraničí, kde tato praxe běžně probíhá, je prokázáno, že náklady na umírajícího pacienta jsou v případě mobilních hospiců daleko nižší, než je tomu např. v nemocnici. V České republice dosud není mobilní specializovaná paliativní péče hrazena ze zdravotního pojištění a jednotky, které takto doposud fungují, existují z darů, grantů, veřejných sbírek a částečně za spoluúčasti pacienta, která se pohybuje v rozmezí 100-200 Kč za den. V Rakousku či Německu je model mobilní paliativní péče plně hrazen ze zdravotního pojištění (ČSPM, n.d.).

Podle Tomeše a kol. (2015, s. 50-53) spatřují čeští zdravotníci v hospicové péči některé nedostatky, které se týkají zejména financování, propojenosti péče a též způsobu léčby. Čeští zdravotníci se domnívají, že je v České republice stále neoptimálně využíváno opiátů, které jsou pacientům podávány méně, než by bylo vhodné. Ředitelé hospiců vnímají jako nedostatečnou propojenost hospicové péče s jinými typy služeb, např. LDN, nemocnicemi, Home care a VZP. Nemocnice jsou mnohdy v pozici rivalů hospicové péče, což škodí především pacientům. V hospicích mohou chybět lékaři, resp. není jich dostatečný počet, jak by bylo potřeba, pacienti a jejich rodiny či osoby blízké nejsou zejména v nemocnicích dostatečně informováni o možnostech, které mají k dispozici. Co se týče financování hospicové péče zdravotními pojišťovnami, je častou praxí, že příspěvek na péči není z časových důvodů přiznán včas. Průměrná délka pobytu pacienta v hospici je přibližně 32 dní. Do hospiců přicházejí pacienti mnohdy ještě s nepřiznanými příspěvky na péči a sociální pracovník, který má většinou vyřízení potřebné administrativy na starost, toto nestihne v limitovaném čase provést. Pakliže pacient zemře, úřad práce šetření zastaví. Tím ale vznikají hospicům dluhy. Tato skutečnost pak ovlivňuje fungování hospice ve všech rovinách, tedy v rovině ekonomické, v rovině poskytované péče co se týče možností a kvality, ale též to má negativní dopad na atmosféru v hospici, vztahy na pracovišti a možný vznik syndromu vyhoření, o němž bude pojednáno více ve třetí kapitole.

#### **1.4 Druhy specializované hospicové péče**

Existují tři základní formy hospicové péče, a to lůžková zařízení, stacionář a péče v domácím prostředí umírajícího, kterému pomáhá tzv. multidisciplinární hospicový tým. Kupka (2014, s. 31-35) uvádí, že každý z těchto druhů má svá specifika, která jsou následující:

- domácí hospicová péče: není pravdou, že každý nevléčitelně nemocný pacient chce zemřít v domácím prostředí, nicméně platí, že většina pacientů chce umírat doma, mezi nejbližšími. Pakliže pro nemocného přichází v úvahu pouze léčba směřující k odstranění bolesti a dalších obtíží, je možné tuto péči poskytovat právě v domácím prostředí. V rámci domácí péče se rozlišují dvě její formy, a to tzv. home help, tj. domácí péče poskytovaná laiky, a tzv. home care, kterou provádějí profesionálové. Pokud se rodina rozhodne pečovat o svého umírajícího člena rodiny doma, potřebuje pomoc odborníků, a to jak po stránce

medicínské, tak i po stránce psychické. Nejvhodnější forma domácí péče o umírající je v kompetenci hospice. Podmínkou je, aby umírající měl potřebné zázemí, a to jak v podobě blízkých osob, které mu mohou a chtějí pomoci, tak i co se týče otázky bytové a dostupnosti odborné pomoci,

- stacionární hospicová péče: pacient do hospice přichází ráno a večer se vrací do svého domova. Dopravu může zajišťovat rodina, nebo přímo hospic. Tato forma hospicové péče je vhodná v případech, kdy rodina není schopna zvládnout bolest pacienta, nebo je nutné provádět náročné medicínské kroky, jako např. chemoterapii nebo jinou paliativní péči. Důvody mohou být také psychické. Pečující rodina potřebuje nabrat potřebné síly, nebo není možné zajistit péči o umírajícího v celém rozsahu,
- lůžková hospicová péče: většinou se jedná o 25-35 lůžek, v kombinaci s dalšími dvěma zmíněnými druhy hospicové péče. Tato forma péče může být i krátkodobá, opakovaná, kdy se pacient po čase opět vrací např. do své rodiny. Hospic je vybaven potřebnými pomůckami, k nimž patří např. polohovací lůžka, pojízdná vana, mobilní dávkovače léků atd. Návštěvy jsou v hospicích neomezené a jsou vítány, neboť jsou součástí péče o pacienta. Pokud návštěvy chtějí, mohou se na ošetřování pacienta podílet. O lůžkové hospicové péči rozhoduje hospicový lékař po dohodě s ošetřujícím lékařem pacienta. Podmínkou je také informovaný souhlas pacienta. Ten může být v určitých případech nahrazen souhlasem blízké osoby, která se s pacientem v hospici ubytuje. K hlavním kritériím, které hospicový lékař zohledňuje, patří postupující nemoc pacienta, která jej ohrožuje na životě, nutnost paliativní léčby, není indikováno akutní ošetření a domácí péče není možná, nebo dostačující.

Kromě hospiců pro dospělé existují i dětské hospice. Slouží dětem, u kterých byla diagnostikována život ohrožující choroba, a též jejich rodinám. Primární zde není terminální péče, ale péče respitní, tedy odlehčovací. Děti a jejich příbuzní mnohdy přijíždějí do hospice na zotavovací pobyty. V hospici pak děti s jejich rodinami nacházejí bezpečí a praktickou pomoc (Matoušek, Kodymová a Koláčková, 2010, s. 204).

Prvním českým dětským hospicem je Dětský hospic Klíček, založený v roce 2004 manželi Královcovými v Malejovicích. První Dětský hospicový stacionář začal

fungoval v roce 2015 v Ostravě, jako součást mobilního hospice Ondrášek (Šatavová, 2011, s. 9).

Prostředí hospice připomíná spíše domov, než nemocnici. Stejně tak hospicový režim je co nejvíce uzpůsoben potřebám pacienta. Pacienti vstávají a chodí spát tak, jak chtějí. Pokud je to možné, pacient nosí svůj oděv a je zapojen do režimu hospice a může využívat dostupné služby. Provádění hygieny personálem také není na povel, stejně jako stravování. Každý pacient má většinou přidělenou svoji kmenovou sestru nebo ošetřovatelku, péče je individualizovaná. V každém pokoji většinou bývá k dispozici telefon pro případ potřeby. Pacient jej tak může využít jak k přivolání personálu, tak i pro volání mimo hospic (Haškovcová, 2007, s. 49).

Je tedy patrné, že hospicová péče se značně liší od péče, které se pacientům dostává např. v nemocnicích. Podle Határa (2012, s. 41) pacienti, o které je pečováno v nemocnicích, musí čelit dvěma druhům problémů – vnějším a vnitřním. Do okruhu vnitřních problémů patří např. ztráta vazeb s rodinou, ztráta společenských vazeb, neboť nemocnice mají svá striktní pravidla a dodržují řád, který často není vstřícný vůči pacientům a jejich sociálním vztahům, dezorientace v novém prostoru, nedostatečná komunikace mezi pacientem a zdravotnickým personálem, ztráta plnoprávné občanské pozice, neboť pacient je pojmán většinou jako objekt lékařské nebo ošetřovatelské péče, má omezené rozhodovací právo, a v důsledku toho ztrácí motivaci a vůli k zachování nezávislosti. Nemocný se začíná smířovat se svojí pasivní rolí. Do okruhu vnitřních problémů patří např. vyšší závislost na ošetřovatelské péči a nedostatečná analýza pacientových potřeb.

Jak uvádí Haškovcová (2007, s. 49-50), hospic není luxusní léčba pro dlouhodobě nemocné, není to ani ošetřovatelský ústav pro dlouhodobou péči poskytovanou pacientům, kteří jsou např. inkontinentní nebo trpí demencí. Nutnou podmínkou k přijetí do hospice je neblahá prognóza a potřeba paliativní péče. Hlavní indikací je většinou situace, kdy pacientovi nepostačují 3 návštěvy, nebo 2 hodiny práce sestry v domácí péči. V zahraničí se navíc stanovuje časový limit. Kritérium pro přijetí se týká očekávaného skonu do šesti měsíců po přijetí do hospice. Toto kritérium se jeví českým odborníkům jako příliš tvrdé, a proto se snaží každý případ jednotlivého pacienta posuzovat individuálně.



## 1.5 Multidisciplinární hospicový tým

Multidisciplinární tým tvoří lékaři, zdravotní sestry, sociální a pastorační pracovníci, psychologové a dobrovolníci. Jejich hlavním cílem je poskytování všestranné péče rodinám, které se rozhodly pečovat o umírajícího člena rodiny v domácím prostředí. Tyto týmy jsou schopné zvládnout všechny složité situace, které mohou nastat, a v důsledku toho je tedy možné, aby umírající, pokud si to přeje, mohl zemřít ve svém domácím prostředí a zároveň mu byla zajištěna odpovídající medicínská a ošetrovatelská péče (Marková, 2010, s. 23).

Sestry mají pravidelně pohotovost a jsou tedy pacientovi a jeho rodině k dispozici 24 hodin denně, 7 dní v týdnu. Samozřejmostí je telefonická konzultace, je-li to potřeba, navštíví sestra pacienta a jeho rodina v jeho domácím prostředí i v nočních hodinách. Sestry mají k dispozici služební telefon, služební auto, základní lékařské vybavení. Vše potřebné konzultuje sestra s hospicovým lékařem. (Prokop, Kabelka, Tomášková, Pazderková, Alexandrová, Havlenová a Blinková, 2010, s. 3).

Sociální pracovník, který bývá součástí multidisciplinárního týmu, má na starosti psychosociální potřeby pacienta a jeho rodiny. Podílí se na tvorbě plánu péče o pacienta. V rámci týmu může osvětlit některé dynamické procesy, které probíhají v rodině, a může podat cenné rady týkající se práce s rodinou. Má na starosti také záležitosti týkající se oblasti sociální, tj. např. sociálních dávek a zprostředkování kontaktu či spolupráce se sociálními službami, které může pacient a jeho rodina využít, případně se jeho pomoc vztahuje také na situace, která nastanou, když pacient zemře (Rice, 2006, s. 461).

Jak jsme uváděli, nedílnou a neméně důležitou částí multidisciplinárního týmu jsou dobrovolníci. Ti se podílejí na životě hospice a jeho pracovníků a pacientů, pochopitelně ale nenahrazují odbornou zdravotnickou část personálu. Dobrovolníci tráví čas s pacienty, např. tím, že jim předčítají z knih, berou je na procházky, do zahrady hospice, na programy, které v hospici probíhají. Podílí se také na aktivitách hospice, které mají většinou ráz benefičních a fundraisingových akcí. Pomáhají také s administrativou. Dobrovolníci absolvují potřebná školení, často mají k dispozici supervize (APHP, 2014b).

Jak uvádí Marková (2010, s. 36-37), v multidisciplinárním týmu je velmi důležitá komunikace, která by měla být mezi všemi členy týmu partnerská. Důležitou informací

o pacientovi může přinést kterýkoliv člen. Pacient se mnohdy nesvěří s tím, co ho trápí, lékaři nebo sestře, ale řekne to např. sanitáři při cestě na vyšetření. Každý člen týmu tedy musí dostat svůj prostor. U komunikace v týmu je možno rozlišit z hlediska formy rovinu formální a neformální a z hlediska obsahu komunikaci případovou, která se týká jednotlivých pacientů, a komunikaci podpůrnou, která se týká potřeb jednotlivých členů týmu. Formální komunikace probíhá písemnou formou, a to zaznamenáváním všech relevantních informací do dokumentace. Tato dokumentace je dostupná všem členům týmu, ale též pacientovi a pokud pacient dovolí, i dobrovolníkům. Do formální komunikace patří také pravidelné schůzky multidisciplinárního týmu, které probíhají minimálně jedenkrát týdně. Podpůrná komunikace probíhá také formálně a neformálně.

Podle Payneové, Seymourové a Ingletonové (2007, s. 155-161) jsou pro odborníky pracující v paliativní péči v komunikaci s pacienty důležité zejména tři oblasti, k nimž patří diagnostické a posuzovací schopnosti, kvalifikovaná reakce na pacientovy potřeby a pocity (tj. např. pomoc s vyjadřováním emocí, rozpovídáním se, ale i schopnost přijmout a unést pacientovy silné emoce, k nimž může patřit např. zlost nebo sklíčenost) a umění vyhovět potřebě pacienta být informován a mít odpovědi na jeho otázky. Potřeby pacientů být informováni se během jejich onemocnění mění a je na odpovědnosti multidisciplinárního týmu, aby zjistil, čemu pacient dává přednost.

## 2 PALIATIVNÍ PÉČE

Paliativní péče není konceptem novým, ale v České republice se začala uplatňovat zejména až po roce 1989. Jedná se o druh lékařské a ošetrovatelské péče, která patří k základním druhům péče uplatňované ve zdravotnickém systému. Přestože se jedná o koncept, který má svoji dlouhou historii, obor se dynamicky rozvíjí zejména v posledních letech, zejména v souvislosti s technologickým pokrokem v medicíně.

V následující kapitole vymezíme tento pojem a zaměříme se především na praktickou stránku, tj. postavení pacienta v paliativní péči a úzkému spojení, které existuje mezi péčí paliativní a hospicovou.

### 2.1 Vymezení paliativní péče

Paliativní péče podle Slámy, Kabelky a Vorlíčka (2011, s. 25-26) usiluje o prodloužení a zachování života, a to o takové kvalitě, která je pro pacienta přijatelná. Dochází při ní k respektování a ochraně důstojnosti nevléčitelně nemocných. Důležité je uplatňování přání a potřeb pacienta, včetně hodnotových priorit. Pokud je to možné, jejím cílem je, aby pacient prožil zbytek svého života v kruhu jemu nejbližších osob, v důstojném a klidném prostředí. Kromě péče o umírajícího poskytuje oporu i příbuzným a přátelům pacienta, pomáhá jim zvládat jejich zármutek jak během života daného pacienta, tak i po jeho smrti. Od roku 2004 existuje samostatný obor Paliativní medicína a léčba bolesti.

Jedná se o komplexní bio-psycho-sociálně-spirituální přístup. Péče je prováděna interdisciplinárně a podílejí se na ní lékaři s různou specializací, dále zdravotní sestry, dietní sestry, sociální pracovník, rehabilitační pracovník, psychiatr, psycholog, nebo i duchovní. Do paliativní péče o umírajícího bývají zahrnuty i osoby nejbližší pacientovi. Je zaměřena primárně na chronicky nemocné pacienty, tj. na pacienty s onemocněním, které není možné léčit. V první řadě jde o zmírnění až odstranění obtíží pacienta. (Kupka, 2014, s. 26).

Někdy je za paliativní medicínu označována veškerá léčba, která není kurativní, tj. např. léčba na JIP, provádění nenákladných diagnostických postupů, nepodávání medikace apod. V tomto případě se ovšem jedná o pasivitu, terapeutický nihilismus, nezájem lékařů, který až hraničí se zanedbáním péče. V tomto ohledu se často hovoří

o spojení paliativní medicíny s eutanazií, případně o rozdílech, které mezi těmito dvěma akty existují. Paliativní péče vychází z předpokladu, že vždy je možné udělat něco pro zkvalitnění života, smrt neurychluje, ale ani neoddaluje. Aktivní eutanázie je usmrcení pacienta na jeho vlastní žádost a rozdíl mezi těmito přístupy je tedy značný (Sláma, Kabelka a Vorlíček, 2011, s. 26-27).

I když se paliativní medicína zaměřuje především na zmírnění symptomů, není ji možné ztotožňovat pouze se symptomatickou léčbou, ta je pouze její součástí a je v ní kladen důraz na dokonalou terapii bolesti (Kupka, 2014, s. 27).

K hlavním zásadám paliativní péče patří vyloučení, nebo alespoň maximální možné omezení všech invazivních metod, a to metod vyšetřovacích, ale i léčebných. Jedná se o přístup nedirektivní, který respektuje, pokud je to možné, vůli pacienta. Pokud pacient ví, že do určité míry může svoji léčbu korigovat, umožňuje to návrat pocitu bezpečí, který nemocný svojí nemocí ztrácí (Matoušek, Kodymová a Koláčková, 2010, s. 199).

Payneová, Seymourová a Ingletonová (2007, s. 65) zmiňují výzkum australské studie, která byla provedena v r. 2001. Dvacet pracovníků působících v oblasti paliativní péče měli určit, jak vnímají dobrou a jak špatnou smrt svých pacientů. Ve studii bylo zjištěno, že ošetřovatelé upřednostňovali důstojnost a povzbuzení svých pacientů a snažili se také ochraňovat a posilovat vztahy mezi pacienty a jejich rodinami. Důležitá je také týmová spolupráce a dobrá komunikace. Obecně je možné říci, že ke klíčovým konceptům v souvislosti s paliativní péčí patří znalost pacienta, týmová spolupráce, důstojnost, uklidnění, empatie, podpora a podpůrná péče, naděje, práce s utrpením a kvalita života.

Umírání je procesem a na smrt je možno nahlížet z několika pohledů. Někdy se rozlišuje smrt sociální, psychická a fyzická. Pacient umírá, ale zároveň může být vytržen ze svých sociálních vztahů. Pokud je to možné, je žádoucí posílit pacientovy sociální vazby a vést pacienta k tomu, aby umíral nejen jako bytost fyzická, ale i sociální. Psychická smrt se vztahuje k psychické rezignaci, intenzivně prožívané beznaději a zoufalství. Velmi úzce souvisí se smrtí fyzickou, která je prožívání smrti psychická značně urychlena. Fyzická smrt je úplná a trvalá ztráta vědomí. Smrt znamená, že není funkční žádná část mozku. Po mozkové smrti následuje smrt orgánů lidského těla (Kutnohorská, 2007, s. 74).

V paliativní péči je pozornost, jak jsme již uváděli, zaměřena na všechny složky lidského života. I když fyzickou smrt není možné zastavit, paliativní péče může hrát pozitivní roli v tom, aby pacient neumíral sociálně, psychicky či duchovně. Paliativní péče se velkou měrou zaměřuje právě na duchovní potřeby jedince, a to i u jedinců, kteří nejsou věřící. S tím souvisí i zvyšování kvality života umírajícího, na kterou je tedy možné nahlížet z mnoha pohledů. I když je kvalita života co se týče fyzické oblasti nízká, neznamená to, že pacient nemůže např. dojít ke smíření, zkvalitnit své vztahy s nejbližšími a nemohou být uspokojeny jeho potřeby duchovní.

## **2.2 Pacient jako objekt paliativní péče**

Zdraví je podle Matouška, Kodymové a Koláčkové (2010, s. 196) „plné tělesné, duševní, sociální a duchovní blaho člověka.“ Dle toho se tedy odvíjejí potřeby nemocného, které zahrnují všechny tyto čtyři roviny.

Paliativní péče se mimo jiné zaměřuje na léčbu bolesti. Ta může být nejen somatická, ale i psychická, např. v podobě deprese založené na skutečnosti, že jedinec přichází o své společenské postavení, prestiž v práci, příjem, který z této práce vyplývá, ale též je významným způsobem narušena jeho role v rodině a širších sociálních vztazích. Za umírajícím postupně přestávají chodit přátelé, lékaři mnohdy nejsou k zastížení, nebo na pacienta nereagují. To vše může zvyšovat úzkost pacienta. V důsledku toho dochází také ke snížení prahu bolesti (Matoušek, Kodymová a Koláčková, 2010, s. 199).

Paliativní péče se zaměřuje tedy nejen na bolest jako takovou, či na konkrétní symptomy, ale především se zabývá způsobem, jak tyto těžkosti zvládat. Zabývá se např. také únavou, která má u chronické nebo smrtelné nemoci jiný ráz, než který má únava mírná, s níž se jedinec potýká v každodenním životě. Na tento typ únavy nestačí si odpočinout, nebo se vyspat. Tento typ únavy tak může být velmi stresující a vyčerpávající. Zároveň je pro pacienty obtížné tuto skutečnost sdělit svému okolí, mimo jiné také proto, že tuto zkušenost ostatní většinou nemají. Zde se tedy naskýtá značný prostor pro paliativní péči. Pro pacienta je přínosem, pokud může se zdravotníky, či jinými osobami v ošetrovatelské péči, o těchto skutečnostech otevřeně hovořit a druhý mu naslouchá, nebagatelizuje jeho pocity a stavy, vyjadřuje empatii a porozumění, je trpělivý (Payneová, Seymourová a Ingletonová, 2007, s. 265).

K základním potřebám podle Haškovcové (2007, s. 163-164) patří:

- komunikovat s druhými a i při zhoršeném stavu nebýt sám,
- potřeba soukromí a intimity,
- potřeba hovořit o své situaci pravdivě, ale vždy s přítomností naděje,
- potřeba hovořit o smyslu svého dosavadního života, zhodnotit, co se povedlo a co se naopak někdy nepovedlo,
- potřeba vyjádřit se ke svému současnému stavu, včetně vyslovení obav ze smrti a umírání,
- potřeba vyjádřit svou bolest, úzkost a někdy i zakoušenou beznaděj,
- potřeba hledání odpovědi na otázku, jaké má utrpení smysl,
- potřeba hovoru o „vině“ na vzniku svého onemocnění,
- potřeba ujištění, že blízcí unesou bolest ze ztráty, pokud má nemocný nezaopatřené děti, potřebuje vědět, zda a jak o ně bude postaráno,
- potřeba truchlit a zaplakat si,
- potřeba připravit se na svou smrt,
- potřeba rituálů,
- potřeba ujistit se, že smrt nebude bolet a že všichni zúčastnění udělají vše, aby tomu tak bylo.

Jak jsme již zmiňovali, u umírajícího hrají velkou roli také jeho sociální potřeby. Bužgová (2015, s. 71-72) se zabývá změnou sociální pozice nemocného. Reakce nemocného na jeho nemoc do značné míry závisí na tom, jak k této změně přistupuje jeho nejbližší okolí, tj. jak tuto změnu nejbližší akceptují a co pro ně znamená. Sociální reakce jsou nejvíce ovlivněny viditelnými projevy, tj. úpravou zevnějšku (pro okolí může být obtížné přijmout, že nemocnému vypadávají vlasy, radikálně zhubnul, nebo mu byla amputována končetina), ale také změnou v kompetencích nemocného, který najednou není soběstačný v péči o sebe sama. Sociální podpora je důležitá, pokud pacient cítí, že nemá z důvodů emočních nebo fyzických situací pod kontrolou. Nenaplněné potřeby v sociální oblasti mívají zejména pacienti mající děti, bez víry, v lepším funkčním stavu a v depresi.

Co se týče emocí, umírající často prožívají silné emoce zahrnující hněv a strach. Úzkost zahrnuje obavy o vlastní existenci. Strach se týká konkrétního nebezpečí, tedy

v případě umírajícího se jedná o strach ze smrti, který se skládá z několika složek, k nimž patří strach z bolesti (tj. že to bude bolet, a možná velmi bolet), strach z opuštěnosti (v nejtěžší chvíli bude jedinec zcela sám), strach ze změny vzezření (že se jedinec nepozná sám), strach ze selhání (že to jedinec nezvládne a bude jednat jako zbabělec a slaboch), strach z utrpení (žít bude těžší než nežít, např. vlivem dušnosti a dechových obtíží), strach z regrese (že se jedinec bude chovat jako malé dítě), strach ze ztráty samostatnosti (že jedinec nebude moci dělat to, co chce, ale pouze to, co mu přikáže např. lékař nebo sestra), strach o rodinu (že to bez jedince doma nezvládnou), strach z nedokončení práce či životního díla (např. jedinec nedopíše knihu, nedostaví dům, nevychová děti). Strach se projevuje příznaky fyzickými, psychickými i sociálními. To, co pomáhá, je uvolnit úzkost i strach, tedy vypovídat se, vnímat, že mu druhý rozumí a cítí totéž. Není tedy chybou např. spolu s pacientem plakat (Křivohlavý a Kaczmarczyk, 1995, s. 25-28).

K dalším silným emocím patří pocity viny. Pomáhá svěřit se někomu druhému. Věřící navíc může o odpuštění prosit Boha. Je důležité se pacienta zeptat, zda jej něco netrápí, jestli se nechce s něčím svěřit. O vině a sebeobviňování je také velmi důležité mluvit s rodinnými příslušníky a blízkými osobami. Co se týče bolesti, je důležité ptát se pacienta na bolest – jak je velká, např. na stupnici bolesti. Prožívaná bolest do značné míry souvisí také s prožívaným strachem a úzkostí. Aby bylo možné bolest a utrpení zmírnit, je nejprve nutné obojí přijmout. Při zvládání bolesti, nebo pocitů viny, může být pacient agresivní, neboť je frustrován, a to v něm vyvolává zlost. Pacientovi pomůže vyjádřit své pochopení a vnímání toho, že se umírající nachází ve velmi těžké situaci (Křivohlavý a Kaczmarczyk, 1995, s. 28-31).

Rozdílné emoce také prožívá pacient v závislosti na tom, jak přijímá skutečnost, že umírá. Kübler-Rossová popsala pět stádií, kterými jedinec může, ale nemusí projít, v případě, že se dozví, že jej nečeká uzdravení. Pokud jedinec prochází všemi fázemi, nejprve prožívá šok, a tedy i popření. V této fázi je důležité věnovat pacientovi dostatek času a dát mu možnost se s touto skutečností začít vyrovnávat. Zdravotníci by se měli snažit především získat důvěru pacienta. Druhá fáze zahrnuje prožívání vzteku a určité vzpoury. Pacient může odmítat ošetření a lékařské úkony. Zdravotník by se neměl na pacienta zlobit, neměl by jej napomínat, ale naopak by se měl snažit dát pacientovi prostor pro odreagování. Pacient může přejít do fáze třetí, která bývá označována jako smlouvání. Umírající může hledat alternativní způsoby léčby, zkoušet „zázračné“ léky

apod. Zdravotník by měl být trpělivý a měl by pacienta motivovat k pokračování v dosavadní léčbě a ošetrovatelském procesu. Čtvrtá fáze je poznamenána depresí a smutkem. Pacient může přestat spolupracovat, vzdává se. V tuto chvíli by měl být zdravotník aktivnější, měl by se snažit pozorně naslouchat, podporovat pacienta, spolupracovat s jeho rodinou a společně v rámci multidisciplinárního týmu by měla být pozornost zaměřena na hledání řešení této situace. Poslední fáze, která ale také nemusí nastat u všech pacientů, se nazývá smíření. Pacient se vyrovnává s tím, že se neuzdraví a že zemře. V ideálním případě je pokorný, loučí se s blízkými, uzavírá vše potřebné. Zdravotník by měl být pacientovi nablízku, je-li to pacientovi příjemné, více se jej dotýkat a též by se měl zaměřit na zvýšenou pomoc rodině umírajícího (Venglářová a Mahrová, 2006, s. 214).

Jak uvádí Kutnohorská (2007, s. 74), jednotlivé fáze se mohou u pacienta vyskytovat v různém pořadí. Některé se mohou opakovaně vracet, nebo se prolínat, a to i několikrát během dne. Těmito fázemi navíc neprochází pouze nemocný, ale i jeho nejbližší. Je tedy důležité, aby osoby poskytující paliativní péči byly s touto skutečností dostatečně obeznámeny a v návaznosti na to, v jaké fázi se pacient případně ocitá a jaké má potřeby, mohli poskytnout adekvátní pomoc a podporu.

### **2.3 Paliativní péče v hospici**

V hospici pracují lidé, kteří chtějí umírajícím pomáhat. Každý, kdo v hospici pracuje, absolvuje odborné školení, ale i zde, jako v řadě jiných oborů a profesí, platí, že celoživotní vzdělávání je nutností. Hlavní podmínkou práce v hospici je láska k člověku. Ten, kdo není vyrovnán s vlastní konečností, nedokáže v hospici dlouho pracovat (Šafránková a Nejedlá, 2006, s. 203).

Zmiňovali jsme, že pacient v terminálním stádiu může trpět různými symptomy a je důležité, aby v rámci možností byly uspokojeny všechny jeho biologické, sociální, psychické a duševní potřeby.

Paliativní péče v hospici se tedy zaměřuje na všechny tyto oblasti. Podle Andrésové a Slezákové (2013, s. 170-173) se ošetrovatelská péče o pacienta v terminálním stádiu zaměřuje zejména na tyto kroky:

- vnímání zdravotního stavu: je důležité pacientovi podávat všechny potřebné informace a ujistovat se, že je pacient informován. Sledovány jsou subjektivní



pocity nemocného, jeho psychický stav, chování a projevy. Vždy je nutné respektovat individualitu nemocného,

- poloha, pohybový režim: pacient potřebuje dostatek soukromí, ale také maximální možný kontakt se svými blízkými. Pohybový režim v hospici není omezen a je určován stavem pacienta. Ošetřovatel dbá na to, aby pacient byl v úlevové poloze, v bezpečí. Sledovány jsou základní fyziologické funkce, zatěžující příznaky onemocnění, bolest a účinek léků,
- hygienická péče: ta závisí na soběstačnosti pacienta. Pacientovi se dopomáhá, nebo je nutné postarat se místo něj o celkovou hygienickou péči. Při zajišťování hygieny, na rozdíl od péče např. v nemocničním zařízení, má pacient vždy soukromí,
- výživa: závisí též na soběstačnosti pacienta. Sestra musí sledovat, zda-li pacient přijímá dostatek tekutin a též vhodnou stravu,
- vyprazdňování: dle aktuálního stavu dochází k dopomoci,
- spánek a odpočinek: pacienti v hospici mají podmínky pro kvalitní spánek, které vycházejí mimo jiné i z jeho domácích návyků,
- psychosociální potřeby: k pacientovi je potřeba přistupovat ohleduplně, citlivě, chápavě, nezlehčovat jeho obavy. Psychická podpora je poskytována i rodině pacienta. Respektování přání pacienta, tolerantnost k negativním emocím pacienta,
- spirituální potřeby: návštěva duchovního, má-li o to pacient zájem. O duchovních potřebách je možné hovořit i s nevěřícími pacienty, neboť i nevěřící hodnotí svůj život a hledá smysl.

Obecně platí, že s pacientem je v rámci paliativní péče v hospici jednáno opravdově, bez skrývání případné nejistoty či bolesti. Nic se nemá přehánět a především je nutné respektovat přání pacienta. Každý pacient preferuje jinou blízkost, včetně blízkosti fyzické. Toho jsou si členové multidisciplinárního týmu vědomi a dle toho zachovávají blízkost, nebo odstup. Pro umírajícího je velmi potřebné vědět, že má čas, že si na něj udělá čas lékař, ošetřovatel, či dobrovolník. S pacientem se dá hovořit, ale mnohdy je cennější s ním mlčet, ale zároveň tedy být s ním (Kutnohorská, 2007, s. 78).

Specifické postavení má v paliativní péči komunikace, neboť ta tvoří jednu z nejdůležitějších složek péče o umírající. Komunikací rozumíme výměnu informací. Slovo pochází z latinského výrazu *communicare*, což znamená radit se s někým,

dorozumívat se, ale též např. styk. V obecné rovině je možno chápat komunikaci jako proces dorozumívání, a to prostřednictvím slov, ale i mimoslovně, formou tzv. neverbální komunikace, případně činy či skutky. Jedná se o oboustranný proces – na jedné straně je ten, kdo informaci sděluje, a na straně druhé její příjemce. Komunikací je možno chápat v širším pojetí jako sociální interakci či proces, jehož cílem je vzájemné porozumění a výměna významů pomocí symbolů. Jedná se o nejdůležitější formu sociálního styku. (Vymětal, 2008, s. 22).

Podle Křivohlavého (2002, s. 159-160) k hlavním zásadám při jednání a komunikaci s umírajícím patří nevnucování pacientům nutnosti přijmout fakt konce. To je možné pouze z vlastní vůle a z vlastního uvědomění si konce svého života. Není tedy možné pacientovi říci, že „musí“ přijmout skutečnost, že umírá. Pracovník hospicové péče by téma smrti neměl nikdy otevírat z vlastní iniciativy. Je nutné počkat, až s tímto tématem přijde sám pacient. Pokud o tomto tématu začne pacient hovořit, je důležité si na něj udělat čas a trpělivě jej vyslechnout, s porozuměním a empatií. Je možné se jej ptát, z čeho konkrétně má pacient obavy. V jednání a komunikaci s umírajícím platí, že důležitější je naslouchat, než se snažit pacientovi něco říci, natož vést v jeho přítomnosti monolog. Někdy stačí, když pacient není v místnosti sám. Pacient potřebuje vědět, že je mu někdo nablízku, bude-li chtít pomoc, nebo např. s někým mluvit. U věřících lidí je navíc přítomnost jiných osob chápána jako symbolické vyjádření toho, že nejsou sami, tedy že je Bůh s nimi. U osob nevěřících je přítomnost někoho jiného při umírání chápána jako sociální pouto umírajícího se světem živých. Pokud je s umírajícím veden rozhovor, je důležité si uvědomit, že se v žádném případě nemá jednat o diskusi, argumentaci, nebo intelektuální debatu. Důležitější než to, co se řekne, je to, co se vyjádří beze slov. Jde tedy o celý soubor neverbálních projevů, od výrazu obličeje a pohledu očí po doteky, např. formou pohlazení nebo držení pacienta za ruku, celkový postoj a též trpělivost výdrže. Co se týče verbální stránky rozhovoru, pokud je pacient kauzálně léčen, je vhodné hovořit o této stránce, motivovat pacienta ke spolupráci a důvěře v pracovníky hospice. Pokud se stav pacienta zhoršuje, v centru zájmu je rozhovor o přijetí smrti.

Dobře zvládat komunikaci slovní i mimoslovní musí umět všichni pracovníci multidisciplinárního týmu a obecně všichni pracovníci, kteří v hospici pracují, tedy i uklízečky, sanitáři, řidiči, dobrovolníci. S nemocným a jeho rodinou, pokud o to stojí, je potřeba hovořit co nejvíce. Rodině je nutné vysvětlit, co se děje v těle nemocného,

a získat ji ke spolupráci. Někdy je možné použít nákresy, videa apod. (Vorlíček, Adam a Pospíšilová, 2004, s. 515).

Někdy pacienti, a to různým způsobem, mohou žádat o eutanázii. Většinou jsou tato přání spojena s vyčerpáním, únavou, bolestí a beznadějí. Pacienta není vhodné odbýt. Je důležité dát mu prostor k tomu, aby mohl vyjádřit své negativní pocity. Někdy v návaznosti na takový rozhovor může pracovník zjistit, že toto přání je vysloveno v důsledku nedostatečně ošetřených tělesných obtíží, a dle toho je možno jednat dále. Pacientovi je nutno vyjádřit pochopení a hledat s ním řešení jeho obtíží, zároveň také ale připomenout, že eutanázie není v České republice legální (Sláma, Kabelka a Vorlíček, 2011, s. 37).

Pokud je pracovník působící v hospici nejistý v pracovní oblasti, nebo je úzkostný ze smrti, projeví se to v jeho vztahu k pacientovi. Nejčastěji pracovník omezuje kontakt s pacienty a uniká do jiných činností, např. administrativních. Komunikace je v důsledku toho velmi narušena. Na straně tohoto pracovníka se navíc mohou objevovat psychosomatické obtíže, které fungují jako obranný mechanismus. Někdy naopak mohou pracovníci v hospici pociťovat vůči klientům lítost, která se navenek projevuje hrubostí v komunikaci, drzostí, a to i přesto, že je jejich pracovní výkon na vysoké úrovni (Kupka, 2014, s. 47).

## 3 SPOKOJENOST

Spokojenost pracovníků působících v pomáhajících profesích, tedy i v oblasti paliativní či hospicové péče, se odvíjí od řady faktorů. Tyto faktory se dají rozdělit do dvou velkých skupin, a to na faktory vnitřní, k nimž patří např. motivace pracovníků, nebo osobností faktory související s temperamentem, typem osobnosti, a na faktory vnější, mezi něž je možné zařadit např. rovinu vztahů na pracovišti, způsob řízení, plat apod.

V následující kapitole se zaměříme na oblasti, které se vztahují k tématu naší práce, tj. spokojenosti s prací zaměstnanců v hospici. V kapitole je blíže definován pojem spokojenosti, s důrazem na spokojenost pracovní, motivace zaměstnanců a okruh faktorů vnějších. O vnitřních faktorech pojednává také kapitola čtvrtá, ve které se zabýváme kauzalitou mezi spokojeností a syndromem vyhoření.

### 3.1 Definice spokojenosti

Spokojenost definuje Blatný, český přední odborník na tuto problematiku, konkrétně tzv. well-being, tedy životní spokojenost, pocit osobní pohody, jako „subjektivní reflexi lidského prožívání a hodnocení vztahu k sobě i k okolnímu světu a jeho psychologické zpracování.“ Spokojenost jedince pramení z emoční reakce na události a je ovlivněna řadou faktorů, k nimž patří např. vědomí zvládnání stanovených cílů a pokroků, které k nim vedou, temperament jedince, realizace aktivit, které jsou pro jedince zajímavé a příjemné, a též pozitivní sociální vztahy. Subjektivní osobní pohoda je stabilní charakteristikou osobnosti jedince, podléhá však vlivům momentálních okolností (Zemanová a Dolejš, 2015, s. 52).

Podle Laška (2004, s. 216) je životní spokojenost pro člověka důležitá hned z několika důvodů. Hraje významnou roli v sebedefinici každého jedince, je obecným indikátorem psychického zdraví a též j velmi důležitou motivační komponentou racionálního chování. Pokud se jedinec cítí špatně, motivuje ho to k tomu, aby daný stav změnil. Životní spokojenost patří k jednomu z nejobecnějších cílů člověka a u jedince tedy dochází k takovému směřování prožívání a chování, aby tento cíl byl dosažen a udržen. K tomu přispívají dvě základní komponenty životní spokojenost, a to složka kognitivní a složka emocionální. V rámci kognice jedinec srovnává svůj aktuální stav s ideálním

situací, tedy tím, co si přeje a očekává. Pokud je rozdíl mezi těmito dvěma stavy nulový, nebo pozitivní, jedinec je spokojený. Emocionální stránka spokojenosti souvisí se zážitky, které jsou vyhodnocovány buď jako pozitivní, nebo negativní. Prožitek spokojenosti se odvíjí od výsledného rozdílu mezi pozitivními a negativními zážitky.

V našem výzkumu jsme sledovali spokojenost zaměstnanců, zejména s ohledem na pracovní spokojenost. Podle Kociánové (2010, s. 34-35) je pracovní spokojenost součástí celkové životní spokojenosti jedince. Roli hraje to, jak významná je pro člověka práce v jeho životě, jakou důležitost jí jedinec připisuje. Ne každý jedinec vykonává práci, která odpovídá jeho potřebám, hodnotám, zaměření. To, jak jedinec je spokojen ve svém zaměstnání, tedy ovlivňují jeho vnitřní, osobnostní faktory, ale také faktory vnější, tj. pojetí pracovní spokojenosti v dané organizaci. Je v zájmu každé organizace, aby přistupovala k pracovní spokojenosti svých zaměstnanců jako k aspektu velmi významnému, který má zásadní dopad na pracovní motivaci, výkonnost pracovníků, jejich identifikaci s organizací, což má za následek stabilitu a prosperitu organizace, včetně spokojenosti zákazníků. V konkrétní rovině je tak pracovní spokojenost spojena s jednotlivými aspekty pracovní situace, k nimž patří vztahy na pracovišti, tj. mezi kolegy a v rovině nadřizený - podřízený, pracovní činnost, pracovní podmínky, organizace a její vedení, možnosti osobního rozvoje, včetně vzdělávání, plat, pracovní doba a jistota pracovního místa.

Práce v hospici má svá specifika. Spokojenost zaměstnanců závisí na pozici, ve které pracují. S jinými problémy se potýká např. ředitel nebo ředitelka hospice, kteří, jak jsme zmiňovali, mnohdy bojují se státními orgány a nedostatkem financí a v důsledku toho i mnohdy nedostatečným počtem odborníků, kteří by měli péči o umírající zajišťovat. Od jiných faktorů se odvíjí práce jedinců, kteří poskytují přímou péči a jsou v častém kontaktu s nemocnými a jejich rodinami a blízkými.

Kopřivová (2010, s. 4-7) zmiňuje, že v hospicové péči pracují lidé, kteří tuto práci chtějí vykonávat, mnohdy je pro ně posláním, a od toho se odvíjí i jejich pracovní spokojenost. Pracovníci se často potýkají s nedostatečnou spoluprací s rodinami umírajících, což ztěžuje jejich práci a limituje možnosti, které v péči o umírající kvůli tomu mají. Spokojenost pracovníků závisí také na jejich schopnostech, pracovních dovednostech a kompetencích. Nemalou roli hraje pracovní kolektiv, neboť v multidisciplinárním týmu je velmi důležitá nejen vzájemná spolupráce a pomoc, ale též uspokojivé pracovní vztahy a atmosféra na pracovišti. Užitečné mohou být

pravidelné porady a supervize, při kterých dochází u pracovníků ke sdílení zkušeností, předávání informací, ale též je tímto způsobem zajištěna duševní hygiena a možnost odreagování tenze a negativních pocitů. Důležité je hovořit o pacientech, včetně těch, kteří zemřeli, a sdělit druhému, co se podařilo a jak velký kus práce pracovník vykonal.

### **3.2 Motivace k poskytování hospicové péče**

Motivaci definuje Nakonečný (1996, s. 27) jako „proces iniciovaný výchozím motivačním stavem, v jehož obsahu se odráží nějaký deficit ve fyzickém či sociálním bytí jedince, a směřující k odstranění tohoto deficitu, které je prožíváno jako určitý druh uspokojení.“

Ve zdravotnictví jsou motivace a pracovní spokojenost studovány již od třicátých let dvacátého století. První zjištění uváděla, že proměnné jako délka pracovní doby, postoj k práci, vztah k managementu, rovnováha pracovního a osobního života, příjem a příležitost k postupu odlišují spokojenou sestru od sestry, která spokojená není. Podle novějších výzkumů bylo zjištěno, že k pracovní spokojenosti nejvíce přispívají péče o pacienty, prostředí, vyrovnané pracovní úkoly, vztahy se spolupracovníky, osobní faktory, plat a benefity, profesionalita a smysl práce zdravotníka. Nespokojenost vyvolávají zejména pocit přetížení úkoly, faktory, které překážejí v péči o pacienta ve smyslu podmínek k práci, ale také spolupracovníci, kteří neposkytují dobrou péči a pocit křivdy (Vévoda, 2013, s. 19-20).

Klíčovým faktorem při motivaci zdravotních pracovníků je faktor „péče o pacienty“. Motivačním faktorem je tedy práce samotná. To je patrné již při samotné volbě tohoto povolání. To, jak péče o pacienty je ve skutečnosti realizována, dále přispívá k tomu, zda je zdravotnický pracovník spokojený, nebo nespokojený (Vévoda, 2013, s. 24).

Motivace pro práci v hospicové péči může být různá. Častým důvodem je skutečnost, že pracovník má zkušenost s umíráním či smrtí blízké osoby. V práci v hospici vidí smysl a chtějí touto cestou pomáhat těm, kteří tuto pomoc potřebují. Při práci s klientem hospicové péče musí pracovník mnohdy hledat sílu žít dál a přijmout to, co je nutné či možné přijmout, za pacienta, a to následně dodává i sílu jemu. Ne vždy je to jednoduché, neboť práce v hospici je spojena s prožíváním silných, mnohdy negativních emocí, a ne vždy stojí za úsilím pracovníka úspěch. Pracovník v hospicové péči často překonává sám sebe, učí se o sobě mnoho nového a nepoznaného. Práce

v hospici obohacuje život pracovníka, umožňuje nahlédnout na otázku života z jiné, hlubší perspektivy (Jones, 2008).

Motivace může také dle našeho názoru souviset s hodnotovým systémem jedince, včetně jeho víry a touhy pomáhat druhým. Pracovníci hospicové péče patří mezi tzv. pomáhající profese. U těch většinou není hlavním motivátorem otázka finanční, neboť tyto profese nejsou po stránce finanční dostatečně oceňovány, ve srovnání s jinými profesemi i s ohledem na potřebné vzdělávání, včetně nutnosti absolvovat řadu kurzů a výcviků, které si mnohdy hradí pracovník sám, z vlastních zdrojů. Problematika motivace zaměstnanců byla také součástí našeho výzkumů. U respondentů jsme zjišťovali důvody, které zaměstnance hospice vedou k vykonávání této práce, a zároveň nás zajímalo, který z těchto důvodů u nichž převažuje.

V obecné rovině je možné rozdělit motivaci pracovníků hospicové péče do dvou velkých skupin. Bateson v roce 1987 od sebe rozlišil motivaci altruistickou a egoistickou. Při altruistické motivaci je jednání jedince motivováno touhou zvýšit blaho druhého člověka, zatímco při egoistické motivaci jde především o blaho jedince, který se rozhodne pomáhat druhým. Cílem může být např. zvýšení sebeúcty, nebo odčinění viny. V rámci egoistické motivace je možné od sebe oddělit dva druhy motivace. Pracovníka hospicové péče může uspokojovat činnost jako taková, přinášet mu radost, uspokojení, pocit psychické pohody. Ve druhém případě přináší uspokojení a radost výsledek této činnosti, tj. konkrétní pomoc druhé osobě (Špirudová, 2015, s. 31).

### **3.3 Vnější faktory vedoucí k pracovní spokojenosti**

Spokojenost zaměstnanců se podle Armstronga (2002, s. 27) značně odvíjí od toho, jak jsou tito zaměstnanci vedeni. Manažeři a vedoucí mají mnoho nástrojů sloužících k motivaci zaměstnanců tak, aby bylo dosahováno cílů firmy či organizace, a zároveň byli tito zaměstnanci spokojeni, ztotožňovali se s cíli i kulturou organizace a z daného pracovního místa neodcházeli. K oblastem, které souvisejí s pracovní spokojeností a za které je odpovědné vedení organizace, mimo jiné patří:

- rozvoj pracovníků: aby organizace získala, ale také si udržela kvalifikované, oddané, angažované a dobře motivované pracovníky, musí předvídat a uspokojovat jejich potřeby a též zvyšovat a rozvíjet jejich schopnosti. Je nutné

zaměstnancům poskytovat příležitosti k soustavnému vzdělávání a rozvoji jejich potenciálu, schopností a pracovních dovedností,

- ocenění pracovníků: v obecné rovině by měl být pracovník odměňován a oceňován za vše, co dělá a čeho dosahuje, tedy i za dovednosti a schopnosti, které si osvojí,
- vztahy: vedení organizace a vedoucí pracovníci by měli věnovat velkou pozornost udržování produktivních a harmonických vztahů na pracovišti. Měli by dbát na týmovou spolupráci. Je jejich úkolem vytvářet ovzduší spolupráce a vzájemné důvěry. V závislosti na tom je také důležité věnovat pozornost individuálním zvláštnostem v potřebách jednotlivých pracovníků, včetně stylů práce a jejich aspirace. Všichni pracovníci musí mít stejné příležitosti a možnosti. Důležitá je spravedlnost a průhlednost.

Podle Pauknerové (2006, s. 196-200) jsou sociální vztahy na pracovišti důležité zejména proto, že v nich dochází k uspokojování sociálních potřeb pracovníka. K těm patří např. potřeba sociálního kontaktu, potřeba poskytovat a přijímat pomoc, potřeba být přijímán. Vztahy na pracovišti mohou být formální, které jsou dány především organizačními normami a pravidly, a neformální, které se vytvářejí na základě potřeba a subjektivních preferencí. Pakliže dochází na pracovišti ke konfliktům, je to příčinou i důsledkem nepříznivého sociálního klimatu. Na pracovišti existují neřešené rozpory mezi jednotlivými pracovníky či pracovními skupinami. Konflikt může vzniknout, když jedna strana usiluje o dosažení určitého cíle a druhá strana jí brání, nebo obě strany usilují o dosažení téhož cíle, ale dosáhnout jej může pouze jedna strana.

Je bezpochyby důležité, aby zaměstnanci hospice byli spokojenými zaměstnanci, neboť míra jejich spokojenosti souvisí s poskytovanou péčí umírajícím. Na pracovišti by měla být vytvářena dobrá, spolupracující atmosféra s minimem konfliktů mezi pracovníky. Vzhledem k tomu, že hospicová péče je poskytována v rámci multidisciplinárního týmu, je přímo nutné, aby si tyto členové vzájemně pomáhali, doplňovali se a byli si oporou. Zaměstnanci hospice také potřebují neustále zvyšovat svoji kvalifikaci a osvojovat si nové poznatky. Neméně důležitá je i oblast oceňování, ať již v podobě verbální, nebo např. formou platu či různých benefitů. Pouze spokojený zaměstnanec může směřovat své úsilí k naplňování stanovených cílů a podávat vyrovnaný pracovní výkon, včetně nepropadnutí syndromu vyhoření, jehož riziku jsou pracovníci hospicové péče velmi vystaveni.



## 4 SYNDROM VYHOŘENÍ

Syndrom vyhoření, neboli burnout syndrom, je jevem, který často postihuje pracovníky v pomáhajících profesích, ovšem nejen je. Mimo jiné úzce souvisí s pracovní spokojeností zaměstnance a zároveň má také na tuto pracovní spokojenost velký vliv. Lidé pracující s umírajícími, tedy pracovníci hospicové péče, jsou vystaveni silným emocím a ne vždy mohou nebo jsou schopni udržet si určitý odstup od pacienta, nebo konkrétní situace. Hrozí jim tedy velké riziko toho, že se u nich syndrom vyhoření projeví.

Tato kapitola je věnována syndromu vyhoření, a to popisu základních pojmů, včetně deskripce vzniku burnout syndromu. Obsahuje popis jednotlivých fází tohoto jevu, se zaměřením na možný průběh burnout syndromu u zaměstnanců poskytujících hospicovou péči. Syndromu vyhoření je možné předcházet, čemuž je věnována podkapitola prevence vzniku syndromu vyhoření.

### 4.1 Vymezení pojmu vyhoření

Syndrom vyhoření byl poprvé popsán v r. 1974. Syndrom vyhoření se pojí k zaměstnání, respektive ke smyslu vlastní práce. Jedná se o syndrom příznaků, které se projevují pod vlivem stresu a zasahují do oblasti psychiky, oblasti fyzické i sociální. V oblasti psychické je spojen s únavou, emočním a kognitivním vyčerpáním, apatií, zploštěním psychiky, pocity marnosti, pochybnostmi, rezignací, ztrátou energie, kreativity, ale i motivace a zájmu vykonávat svoji profesi. Lidé postižení syndromem vyhoření mohou dokonce téměř přestat komunikovat. V oblasti fyzické se kromě únavy objevují poruchy spánku, žaludeční obtíže, průjmy, potivost a třesy. V oblasti sociální se jedinec oddaluje svým nejbližším, ale i svým klientům či zákazníkům. Vztahy jedince jsou oploštělé (Kapounová, 2007, s. 177).

S termínem je spojen Henrich Freudenberg, který tento fenomén poprvé pojmenoval a definoval. Jak uvádí Křivohlavý (1998, s. 49), definoval jej jako „konečné stádium procesu, při němž lidé, kteří se hluboce emocionálně něčím zabývají, ztrácejí své původní nadšení (svůj entuziasmus) a svou motivaci (své vlastní hnací síly).“

Definice vymezujících burnout syndrom je mnoho. Je však u nich možné sledovat společné znaky, které se k syndromu vyhoření vztahují. Definice pojmu syndrom

vyhoření obsahují informace o negativních emocionálních příznacích, k nimž patří např. deprese, nebo vyčerpání. Často je v definicích burnout syndrom vztahován k určitým povoláním, zejména s povoláním zdravotníka, se kterým je pojem spojován nejvíce. Definice se zabývají menší pracovní efektivitou, která ale není dávana do souvislosti se špatnými pracovními dovednostmi, nebo schopnostmi, ale s negativními postoji, které v důsledku burnout syndromu u jedince vznikají. Důraz je kladen na psychické příznaky a prvky chování. Vždy je zdůrazňováno, že syndrom vyhoření není patologií, ale vyskytuje se u zdravých jedinců (Jeklová a Reitmayerová, 2006, s. 7).

Jedním z nástrojů, pomocí nichž je možné syndrom vyhoření měřit, je dotazník MBI, který navrhla Maslachová a Jacksonová. V něm jsou sledovány tři hlavní momenty syndromu vyhoření, a to emocionální vyčerpání, depersonalizace a snížení pracovního výkonu. Emocionální vyčerpání se projevuje jako první, a to jako odpověď na nadměrné požadavky, které na jedince klade jeho pracovní prostředí. Následuje depersonalizace, při které se dotyčný snaží odpoutat od druhých lidí a stahuje se do samoty až sociální izolace. Oba tyto faktory se následně spojí a ovlivňují výkonnost jedince (Křivohlavý, 2012, s. 85-86).

Burnout syndrom je nutné, mnohdy však velmi obtížné, odlišit od jiných psychických stavů, které jsou mu podobné, nebo které se mohou u jedince vyskytovat souběžně. Podle Křivohlavého (1998, s. 52-54) se jedná o tyto stavy:

- stres: stres patří také mezi negativní emocionální zážitky. Je definován rozdílem mezi tím, co jedince zatěžuje, a jaké má zdroje a možnosti zátěž zvládat. Do stresu se může dostat každý jedinec, ale burnout syndrom může být diagnostikován pouze u těch osob, které jsou intenzivně zaujati svojí prací, mají vysoké cíle, vysoká očekávání a výkonovou motivaci. Burnout syndrom se objevuje tam, kde se jedinec dostává do kontaktu s jinými lidmi. Stres je však s burnout syndromem velmi úzce spjat a je častou situací, že prožívaný stres přechází u jedince do syndromu vyhoření,
- deprese: deprese patří také mezi negativní emocionální zážitky a také se může objevit u jedinců, kteří intenzivně pracují. Deprese však může propuknout i u jedinců, kteří vůbec nepracují, nebo nepracují intenzivně. U syndromu vyhoření je častým vedlejším příznakem. Deprese se navíc vztahuje mimo jiné také k negativním zážitkům z minulosti. Největší rozdíl spočívá pravděpodobně ve skutečnosti, že depresi je možné léčit farmakologicky, což u burnout

syndromu není možné. U burnout syndromu je možná např. psychoterapie, ve které jedinec s pomocí psychoterapeuta hledá smysl života,

- únava: únava jako další negativní emocionální zážitek se také velmi často objevuje u burnout syndromu, a to únava fyzická, i psychická. Únava spojená s fyzickým vyčerpáním se poměrně snadno odstraní odpočinkem, navíc je často pocíťována jako stav příjemný. Podobně psychická únava z intelektuální činnosti je mnohdy spojena s radostným zážitkem spojeným s úspěchem nebo vykonanou činností. Únava u burnout syndromu je prožívána jako nepříjemný stav, tíživý a bezvýhodný,
- odcizení: odcizení je negativní emocionální zážitek spojený s činností, která je pro jedince nesmyslná, jdoucí proti jeho hodnotám a uznávaným společenským normám. Jedinec se syndromem vyhoření často pocít odcizení prožívá, většinou až v poslední fázi burnout syndromu. Odcizení se vyskytuje u syndromu vyhoření v souvislosti s prací, která je pro tyto jedince mnohdy smyslem života, zatímco odcizení mimo syndrom vyhoření je spojeno s činností, která mnohdy pro jedince nemá smysl žádný,
- existenciální neuróza: jedná se o poměrně nový negativní jev, který je spojen s vývojem lidstva v moderní společnosti. Jedinec, který prožívá existenciální neurózu, má pocit planosti, zbytečnosti, nenaplnění. Hovoří se také často o tzv. existenciální beznaději. U burnout syndromu může být tento stav přítomný v poslední fázi syndromu. Ztrátu smyslu života prožívají jedinci, kteří vyhořeli, když selhala jejich snaha, když překážky v jejich činnosti byly příliš velké a okolnosti natolik nepříznivé, že jejich úsilí nemohlo přejít ve smysluplnou a naplňující činnost.

Syndrom vyhoření může postihnout prakticky každého, kdo pracuje s lidmi. Dříve byl syndrom vyhoření spojován především se zdravotníky a pomáhajícími profesemi, v současné době se hovoří o daleko širším okruhu osob, které jsou z hlediska burnout syndromu v ohrožení. Podle Kebzy a Šolcové (1998, s. 434) je dnes navíc prokázáno, že zaměstnání nemusí být striktně spojeno s kontaktem s lidmi, respektive s primárním zaměřením na kontakt s lidmi, ale navíc je důležitá přítomnost dalšího faktoru, a to požadavku na vysoký, nekolísající výkon, který je pokládán za standard, jen s malou možností výkyvů a odchylek a potížemi, které nastanou, pakliže se pracovník dopustí omylů a chyb.

Švingalová (2006, s. 51) mezi hlavní profesní skupiny, u nichž je možné syndrom vyhoření předpokládat, řadí lékaře, zdravotní sestry a další zdravotnické pracovníky, psychology, sociální pracovníky, učitele, pracovníky pošt, dispečery, policisty, hasiče, politiky, manažery, duchovní a řádové sestry atd.

Jak uvádí Kebza a Šolcová (1998, s. 434), výskyt syndromu vyhoření ve společnosti stále roste, a to kvůli zvýšenému životnímu tempu, rostoucím nárokům na ekonomické, sociální a emoční zdroje jedince. Také se prodloužila doba života jedince, po kterou je nutné těmto zvýšeným nárokům čelit.

## 4.2 Fáze syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření probíhá ve fázích a jeho rozvoj může trvat i několik let. Jednotlivé fáze burnout syndromu popisuje Kapounová (2007, s. 177) takto:

- fáze nadšení: pracovník je plný ideálů, pracuje s nadšením a velkým pracovním nasazením,
- fáze stagnace: pracovník slevuje ze svých ideálů, požadavky klientů či pacientů jej začínají obtěžovat, postupně se vyhýbá kontaktu s klientem či pacientem. Jedinec zjišťuje, že se jeho představy nenaplnily, nebo nenaplnují. Zároveň je stresovaný vysokými nároky, které jsou na něj v práci nakládány,
- fáze frustrace: je doprovázena zklamáním ze zaměstnání, pracovník je velmi nespokojený,
- fáze apatie: pracovník vykonává jen nejnutnější pracovní úkony, vyhýbá se klientům či pacientům, kolegům a dalšímu vzdělávání,
- fáze vyhoření: pracovník se vyhýbá pracovním úkolům, má negativní postoj také vůči své vlastní osobě, ztrácí schopnost se radovat. Často je agresivní, netrpělivý, nervózní, unavený, depresivní či cynický.

Křivohlavý (2012, s. 87-89) zmiňuje jiné rozdělení burnout syndromu do fází, a to dělení, které popsal v roce 1977 rakouský psychoterapeut Alfried Längle. Jedná se o tři fáze, z nichž první začíná situací, kdy se jedinec pro něco nadchne a má před sebou určitý cíl. Najednou se jeho život stává smysluplným. Chce se přiblížit cíli, který si vytyčil. Smysl dotýčný vnímá ve své práci, která mu umožňuje směřovat k jeho cíli. Ve druhé fázi se z prostředku stává cíl. Roli hraje tzv. utilitarismus, tj. jednání směřující k blahu a prospěchu druhého člověka, nebo užitek. Pokud jedinec v první fázi pracoval,

aby dosáhl stanoveného cíle, pracují nyní proto, aby dosáhl vedlejšího produktu, kterým mohou být peníze, nebo ocenění v práci. Člověk již nevykonává danou práci proto, že ji chce vykonávat, ale proto, že mu něco přináší – a tím se začíná vzdalovat od svého původního cíle. Není tím, kým chtěl být. Dochází k odcizení a prožitku existenciálního vakua. Základní motivace je frustrována. Místo původních smysluplných cílů nastupují cíle zdánlivé. Pomalu tedy pohasíná původní nadšení. Třetí fáze je v tomto konceptu nazvaná „životem v popeli“. Je charakterizována ztrátou úcty k hodnotě druhých lidí, věcí a cílů a též ztrátou úcty k vlastnímu životu. Jedinec se začíná dívat na lidi kolem sebe jako na materiál nebo jako na věc. Dotyčný se začíná k druhým chovat necitlivě, cynicky, s ironií a sarkasmem. Navíc si jedinec přestává vážit i sama sebe – svého těla, ale i svého já. Nic pro něj nemá cenu. Jeho život ztrácí smysl a stává se pouhým „vegetováním“.

Jestliže dojde u pracovníka k vyhoření, podle Venglářové (2011, s. 32-38) je důležité převzít zodpovědnost za svůj život, což znamená především postarat se o vlastní smysluplný, příjemný a fyzicky aktivní život mimo roli pomáhajícího. Platí obecně známé tvrzení, že k tomu, aby se člověk mohl postarat o druhé, musí se v první řadě umět postarat o sebe samého. Někdy je nutné změnit zaměstnání, a to v případě, že zaměstnavatelé nedbají na psychickou pohodu zaměstnanců a dobrou atmosféru na pracovišti, tj. na pracovní spokojenost svých zaměstnanců. V pomáhajících profesích, ale nejenom v nich, je důležité, aby byl zaměstnanec schopen sebereflexe. Tu by měl provádět pravidelně. Někdy je možné využít služeb odborníka a pracovat na poznání sebe sama. Na sebepoznávání navazuje tzv. sebehodnocení. Kladné sebehodnocení vede ke zvýšení sebedůvěry, optimistickému pohledu na svět, dobrému fyzickému a psychickému stavu, vyššímu výkonu, ale též schopnosti lépe zvládat překážky a obtíže. Mnohdy se stane, že zdravotnický pracovník zapomene na svůj osobní život. Prožití syndromu vyhoření může být způsobem, jak na tuto skutečnost nahlédnout a některé faktory ve svém osobním životě změnit. Pěstování osobních zájmů a koníčků vede k radosti, uvolnění a spokojenosti. Spokojený člověk je také více tolerantní k druhým lidem. Jedinec, který vyhořel, se musí naučit, že „práce patří do práce“. Paliativní péče představuje časté a intenzivní setkávání mnohdy s tragickými osudy jiných, což vyvolává v pracovníkovi silné emoce. Ne každý umí při odchodu práce za sebou pomyslně zavřít dveře a na práci přestat myslet. Pokud to pracovník neumí, je nutné, aby se to naučil, např. prostřednictvím různých rituálů.

### 4.3 Syndrom vyhoření u zaměstnanců poskytujících hospicovou péči

Jak uvádí Kupka (2014, s. 38), u zdravotnických pracovníků patří péče o umírajícího pacienta z hlediska psychické zátěže k nejnáročnějším druhům zdravotnické péče. V první řadě je nutné vyrovnat se s vlastní smrtelností. Důležitá je znalost thanatologie, tj. vědy o umírání a smrti a v co největší možné míře absolvování supervizí. Náročná problematika paliativní péče se promítá do mezilidských vztahů na pracovišti. Zvýšené napětí a zátěž se mohou projevit např. nespokojeností a konflikty, z čehož vyplývá i následná fluktuace. Napětí a stres v zaměstnání se promítá do osobního života zdravotníků, a to v podobě např. konfliktů v rodině či s přáteli. V důsledku toho se snižuje spokojenost jedince se svým vlastním životem a též kvalita života. O pracovních problémech, které pracovníci hospice zažívají, často mohou se svým sociálním okolím hovořit jen minimálně. Tím dochází k odcizení a vzdalování se sobě navzájem. Rodiny pracovníků působících v hospici se mohou často rozpadat. Výjimkou není např. i alkoholismus a psychiatrické problémy, se kterými se pracovníci musí potýkat, neboť toto jsou možné způsoby, jak alespoň na chvíli z obtížné situace uniknout.

Křivohlavý (2012, s. 97-98) popisuje sadu rad, kterou sestavila Sheily Cassidyová, vedoucí jednoho z hospiců v Anglii. Podle Cassidyové je nejobtížnější při práci v hospici péče o psychický a fyzický stav personálu, v první řadě zdravotních sester. Tento soubor doporučení vytvořila Cassidyová po několikaleté zkušenosti s bojem se syndromem vyhoření. Jedná se o tyto body:

- být k sobě mírný a laskavý,
- úkolem sestry v hospici je především pomáhat druhým, ne změnit jejich situaci. Změnit může člověk pouze sám sebe, nikoliv někoho druhého,
- mít své útočiště, kam je možné se uchýlit v případě naléhavé potřeby uklidnění,
- být oporou a povzbuzením pro druhé, tedy kolegům a vedení. Je důležité hledat způsob, jak druhého pochválit či ještě lépe ocenit,
- důležité je uvědomění si, že je přirozené denně čelit bolesti a utrpení. V důsledku toho je také přirozené cítit se beznadějně a bezmocně,
- zkoušet hledat nové způsoby, jak vykonávat svoji práci a denní úkoly,
- rozlišovat mezi tím, co je nařikání ztěžující již tak těžkou situaci a nařikáním, které tiší bolest a utrpení,
- při cestě domů přemýšlet o tom, co se ten den v práci povedlo,
- povzbuzovat sám sebe, být tvořivý v práci,

- využívat pozitivních vztahů v práci jako zdroje sociální opory, jistoty a nadějného směřování života,
- ve chvílích přestávek a volna se vyhýbat rozhovorům týkajících se pracovních problémů a úřednických záležitostí,
- plánovat si „chvíle útěku“ během týdne a nenechat si tuto radost nikým překazit,
- naučit se říkat „rozhodla jsem se“ namísto „musím, mám povinnost“. Podobně je vhodnější říkat „nechci“, než „nemohu“,
- naučit se říkat „ne“. Pokud člověk nikdy neřekne „ne“, jakou hodnotu má potom vyřčené „ano“,
- nebýt ve svých vztazích netečný a rezervovaný,
- radovat se, smát se a hrát si.

Je zřejmé, že ne každý jedinec má potřebné předpoklady a schopnosti pro práci v hospici. Podle Kupky (2014, s. 46-47) by management hospice měl klást velký důraz na výběr zaměstnanců. Vhodné je poskytnout pracovníkovi dostatek prostoru ve zkušební době, aby si tento pracovník sám mohl ověřit, zda-li se jedná o zaměstnání, které je pro něj vhodné. Tato doba by měla být delší než u jiných zaměstnání, ideálně by měla trvat šest měsíců. Jedinci, kteří jsou emočně labilní, nebo se léčí s nějakou psychickou poruchou, nejsou vhodnými adepty pro práci v hospici. Pokud takový jedinec v hospici působí, může to mít neblahý, patogenní vliv na pacienty. Pracovník působící v hospici by měl být trpělivý a měl by být schopný se ovládat. Je-li to jen trochu možné, v hospici by měl být k dispozici psycholog, sociální pracovník, nebo služebně starší kolega, na kterého se může začínající pracovník v případě těžkostí obrátit. Je velmi užitečné, pokud jsou na pracovišti k dispozici balintovské skupiny. V nich může každý pracovník hovořit o svém neuspokojivém vztahu k pacientovi, který je pro něj zatěžující. Hovoří o svých nejistotách a nejasnostech, které při své práci zažívá. Ostatní účastníci sdělují své nápady, postřehy a fantazie, což pomáhá tomu, kdo svůj případ superviduje, nahlédnout např. na svoji averzi k pacientovi či na to, co se nedaří. Při supervizi dochází k žádoucí redukci tenze.

V praktické rovině tedy může udělat mnohé i vedoucí pracovník hospice. Dle Haškovcové (2007, s. 193) by měl vedoucí pracovník uplatňovat racionální politiku a dbát na přiměřené pracovní zatížení a dostatek personálu, zřetelné vymezení pravomocí a dostatečný čas na odpočinek, tj. např. nekumulovat pracovníkům směny. Omezena by měla být také administrativní činnost. Důležitá je také rotace

odpovědnosti, tj. střídání pracovní činnosti v rámci jednoho týmu. Neméně důležitá je již zmíněná supervize. Supervize umožňuje kontrolovat kvalitu práce, je způsobem vzdělávání pracovníků a především emocionální podporou.

K tomu, aby člověk mohl pracovat v hospici, potřebuje být dostatečně vybaven altruismem. Ten je definován jako nesobecká láska k bližnímu, jež vede k pomáhajícímu chování. Jak upozorňuje Haškovcová (2007, s. 189-190), každý pracovník poskytující hospicovou péči by si měl být mimo jiné vědom rizik, které s altruismem souvisí. Do altruismu nepatří sebeobětování, nebo spasitelský komplex. Platí také, že život musí probíhat dále, a to i v přítomnosti smrti. To v případě hospicové péče znamená, že každá pomoc má své meze a sebeoběť tedy není žádoucí. Neprospívá samotným pracovníkům, a v důsledku toho ani samotným pacientům. Nemocný je často tímto přístupem zatěžován, případně jeho negativními důsledky, které mohou nastat, když pracovník vyhoří. Je důležité, aby byl u pracovníka vyvážen jak altruismus, tak i egoismus, tedy opak altruismu. Při egoismu jedinec jedná ve svůj prospěch. Panuje-li mezi altruismem a egoismem rovnováha, pak stačí, když pracovník hospicové péče dodržuje základní zásady duševní hygieny.

#### **4.4 Prevence vzniku syndromu vyhoření**

Křivohlavý (2009, s. 117-118) rozlišuje faktory, které mají vliv na vznik a rozvoj burnout syndromu, na vnější a vnitřní. Obecně se ukazuje, že k jevu vyhoření dochází tam, kde je dotyčný příliš zaměřený na jeden velice úzce definovaný cíl. Je vhodné hospodárně nakládat se svými schopnostmi, vzhledem k vnějším podmínkám – tj. přiměřeně riskovat, nestanovovat si jen cíle svého snažení, ale též nástroje, pomocí nichž je možné těchto cílů dosáhnout, zajímat se o zpětnou vazbu na svoji vykonanou práci, dopředu si plánovat, tedy vytvářet plány krátkodobé, i dlouhodobé, úspěch nepovažovat za cíl, ale vedlejší produkt činnosti. Z vnějších faktorů je nejdůležitější sociální opora.

K tomu, zda jedinec vyhoří, či nevyhoří, přispívá přítomnost rizikových, nebo naopak protektivních faktorů. Kebza a Šolcová (1998, s. 439) je definují následovně:

- rizikové faktory: intenzivní kontakt s dalšími lidmi v práci, nutnost čelit stresu, příliš vysoký pracovní entuziasmus, nadšení pro práci, chování typu A, empatie, obětavost a zájem o druhé, nízká asertivita, pedantství a odpovědnost,



neschopnost relaxace, depresivní ladění, externí lokalizace kontroly, nízké sebevědomí a sebepojetí, chronické přesvědčení o nízkém ekonomickém hodnocení a společenském uznání profese,

- protektivní faktory: chování typu B, dostatečná asertivita, schopnost relaxovat, vhodná organizace času, pracovní autonomie, pestrost a proměnlivost práce, interní lokalizace kontroly, dispoziční optimismus, zážitek flow fenoménu, pocit osobní pohody.

Špatenková (2013, s. 28-29) uvádí, že pro prevenci syndromu vyhoření jsou klíčové následující kroky:

- nepropadat syndromu mesiáše: ten, kdo pečuje o umírající, není zodpovědný za všechno a za všechny. Nedokáže odstranit „všechnu bolest světa“, nemůže umírajícího uzdravit,
- trpělivost a zachování klidu v kritických okamžicích: ne vždy se paliativní péče vyvíjí podle představ pečujícího,
- obohacení své vlastní práce: práce by měla být rozmanitá a mělo by v ní být i něco příjemného,
- dobrá organizace práce: důležité je nepřeceňovat své síly,
- přestávky v práci: nikdo nemá nevyčerpatelnou zásobu energie. Přestávka v práci by měla být využita i k tělesnému pohybu a pracovník by při ní v ideálním případě měl prožít i něco příjemného,
- vyvarovat se negativnímu myšlení: je důležité radovat se z toho, co jedinec umí a dokáže, umět se sám pochválit, v případě potřeby se i vyplakat,
- předcházet problémům s klienty: je dobré se na každé setkání dobře připravit, využívat adekvátní postupy práce,
- vyhledávání výzev: tj. být otevřený novým zkušenostem, neustále se učit a vzdělávat. Z chyb je dobré se poučit,
- hledání a nacházení podpory: např. mezi kolegy v práci, ale též v rámci supervize,
- neodmítat pomoc, ale vyhledávat ji: každý je „jen“ člověk, nemusí být hrdinou za každou cenu. Není ostudou v případě potřeby vyhledat psychologa, nebo zavolat na linku důvěry,
- žít zdravě: dodržovat vhodné pracovní tempo, zdravou životosprávu,
- doplňování energie: naučit se zvládat stres, umět relaxovat, věnovat se tomu, co má jedinec rád a stejně tak pobývat s těmi lidmi, s nimiž je dotyčným dobře,

- péče o sebe sama: pracovní prostředí by mělo být pohodlné a atraktivní. Důležité je chodit na pravidelné preventivní prohlídky, dopřávat si masáže apod. Snažit se, aby byl život příjemný a naplňující.

Již jsme již uváděli, pro to, aby zaměstnanec nevyhořel, mohou udělat mnohé i vedoucí těchto pracovníků. Vedoucí pracovníci a obecně management mohou hrát v prevenci syndromu vyhoření velmi důležitou roli.

Podle Křivohlavého (2012, s. 132) působí proti burnout syndromu, pakliže existuje pravidelný kontakt mezi nadřízeným a podřízeným, nejen pouze v situaci, kdy se vyskytne nějaký problém, nebo je to nutné. Pokud je potřeba něco projednat, neměl by vedoucí přistupovat k podřízenému s prvotním podezřením, ale zajímat se o to, co se stalo. Pochopitelně je vhodné, aby vedoucí vztahy na pracovišti harmonizoval, nikoliv vytvářel konflikty. Vedení by mělo zaměstnance pravidelně seznamovat s plány organizace, nikoliv pouze s úkoly krátkodobými. Je vhodné společně hovořit o firemní filosofii, ale i ekonomických cílech. Nadřízený by měl být pro své podřízené vzorem, a to nejen pro pracovní stránce, ale i co se týče morálky. Je velmi důležité, aby nadřízený dával svým podřízeným najevo, že si jejich práce váží.

Obecně je úkolem vedoucích pracovníků eliminovat stres na pracovišti. Jak zmiňuje Mlčák (2005, s. 29-30), ke stresorům, které mohou přispívat ke vzniku syndromu vyhoření, patří např. obsah a podmínky práce (tedy práce na směny, fyzikální podmínky, úroveň rozhodování, odpovědnost a náročnost práce), role pracovníka v organizaci (jeho postavení, teritorium, konfliktnost a nejednoznačnost role), interpersonální vztahy v organizaci (konflikty se spolupracovníky, malá sociální podpora, přítomnost mobbingu, nevyhovující komunikační kanály mezi nadřízeným a podřízenými), vývoj profesní kariéry (její vzestup, plat), organizační kultura a klima (malý podíl na rozhodování, velká byrokracie, nevhodný způsob kontroly, špatný styl vedení, pracovní nejistota, obavy z reorganizace atd.).

Při prevenci syndromu vyhoření, ale i jeho léčbě, je tedy vhodné kombinovat řadu přístupů. Významnou roli hrají faktory vnější i vnitřní, přičemž není prokázáno, že by některý z faktorů měl na etiologii burnout syndromu větší vliv, než faktory jiné. V teoriích odborníků není zmiňován jeden zjevů, který působí preventivně nejen proti vzniku syndromu vyhoření, ale proti vzniku nemoci obecně, a je jím biologicky vybaven každý jedinec. Jedná se o smích.

Podle Honzáka (2015, s. 163-165) představuje srdečný smích velmi intenzivní aerobní cvičení. Je prokázáno, že srdeční aktivita po minutě smíchu odpovídá aktivitě po deseti minutách ostré jízdy na rotopedu. Bránice při smíchu okysličí celý organismus. Smích zlepšuje celkové naladění a budoucí postoje. Vyvolává pokles koncentrace stresových hormonů, upravuje metabolismus. Posiluje pečovatelské tendence a usnadňuje schopnost odpuštění – sobě, i druhým. Posiluje sebedůvěru a zvyšuje optimismus. Zlepšuje mezilidskou komunikaci. Je tedy účinnou prevencí celé řady civilizačních chorob vyvolaných psychosociálním stresem, včetně syndromu vyhoření.

## **II. EMPIRICKÁ ČÁST**

## 5 PRŮZKUM

Vzhledem k tomu, že empirické šetření bylo prováděno pouze v rámci jednoho hospicového zařízení, zvolili jsme jako formu realizace tohoto empirického šetření průzkum. Průzkum byl zaměřen na zjišťování míry spokojenosti zaměstnanců působících v kamenném hospici. Při formulaci průzkumných cílů jsme vycházeli z teoretických poznatků, které se k dané problematice vztahují. Spokojenost zaměstnanců jsme specifikovali na pracovní spokojenost a v průzkumném šetření jsme zjišťovali její spojitost se syndromem vyhoření. Průzkumné šetření bylo prováděno v kamenném hospici, z důvodu zajištění anonymity hospice není jeho název uváděn. O účast v průzkumu byli požádáni všichni jeho pracovníci. Průzkum byl prováděn formou dotazníkového šetření, celkem se jej zúčastnilo 48 respondentů. Získaná data byla analyzována prostřednictvím základních statistických metod.

### 5.1 Průzkumný cíl a průzkumné otázky

Průzkumný cíl a průzkumné otázky byly formulovány na základě teoretických poznatků uvedených v teoretické části. Cílem průzkumného šetření byla analýza názorů pracovníků hospice vztahujících se k jejich subjektivnímu prožívání pracovní spokojenosti a možnosti ohrožení syndromem vyhoření.

Stanoveny byly tyto průzkumné otázky:

- 1. Jak jsou pracovníci spokojeni se službami hospice, které mají pacienti k dispozici?**
- 2. Jak jsou pracovníci hospice spokojeni se způsobem vedení organizace a řízením lidských zdrojů?**
- 3. Jak jsou pracovníci hospice spokojeni se zohledňováním potřeb důležitých pro výkon jejich práce?**
- 4. Jaká jsou u pracovníků hospice největší rizika rozvoje syndromu vyhoření v závislosti na pracovní spokojenosti?**

## 5.2 Metodologie průzkumu

Průzkum byl koncipován jako kvantitativní. Kvantitativní průzkum podle Reichela (2009, s. 40-41) předpokládá, že fenomény sociálního světa, které průzkum činí předmětem svého zkoumání, jsou měřitelné, tříditelné a uspořadatelné. Informace o těchto fenoménech získáváme v kvantifikované podobě. Následně jsou získaná data analyzována pomocí statistických metod se záměrem ověřit platnost představ o výskytu charakteristik zkoumaných jevů, případně o vzájemných vztazích mezi těmito charakteristikami, stejně jako o vztazích k dalším objektům a jejich vlastnostem. Kvantitativní průzkum umožňuje poměrně rozsáhlé šetření zkoumaných skutečností, ověřování hypotéz, zkoumání hned několika aspektů u mnoha objektů, získávání údajů, které jsou standardizované, poměrně rychlý sběr dat a též poměrně rychlou analýzu dat, kvantifikaci dat a zobecnění takto získaných výsledků. Nevýhoda tohoto přístupu spočívá zejména v příliš velké abstraktnosti vyvozených závěrů. Kvalitativní průzkum oproti průzkumu kvantitativnímu umožňuje intenzivní šetření zkoumané skutečnosti, zkoumání mnoha aspektů u málo objektů, nestandardizované získávání dat. Využití statistiky je u kvalitativního průzkumu minimální, výpovědi jsou jedinečné, nekvantifikované, zobecnění výsledků je problematické, až nemožné.

Ferjenčík (2010, s. 245) charakterizuje kvantitativní průzkum jako reduktivní zkoumání. Vlivem tohoto zaměření je možné vybrat z mnoha charakteristik objektu zkoumání jen některé z nich, a ty potom pečlivě zkoumat. Takto získaná zjištění tedy mohou být přesnější, může jim však chybět celkový kontext.

V našem průzkumném šetření jsme zvolili kvantitativní způsob zkoumání spokojenosti zaměstnanců hospice a případného vzniku syndromu vyhoření u těchto zaměstnanců. Jako metodu kvantitativního zkoumání jsme zvolili dotazník. Otázky v dotazníku byly uzavřené i otevřené. Navíc měli respondenti i u uzavřených otázek možnost doplnit svoji volbu slovním vyjádřením vztahujícím se k dané položce. Informace získané z otevřených otázek a slovní vyjádření k uzavřeným otázkám jsme analyzovali vzhledem ke stanovenému cíli práce, a to kvalitativně. Tímto způsobem jsme získali informace upřesňující statisticky zpracovaná data. Tyto informace byly mimo jiné podkladem pro doporučení uvedená v kapitole 7.

Pro kvantifikaci získaných údajů byla u každé uzavřené otázky v dotazníku použita pětistupňová škála sloužící k hodnocení míry spokojenosti s danou oblastí práce v hospici. Hodnota 1 zastupovala názor „zcela spokojen(a)“, hodnota 5 „zcela

nespokojen(a)“. U poslední položky vztahující se k motivaci práce v hospici měli respondenti možnost volit více než jednu odpověď. Dotazník je součástí práce, uvedený v plném rozsahu v příloze práce.

Hlavní výhody dotazníku spočívají podle Ferjenčíka (2010, s. 183) v možnosti rozdat jednu a tutéž sadu otázek velkému počtu respondentů. Je to standardizované interview předložené v písemné podobě. Dotazníkové šetření umožňuje výzkumníkovi úsporu času a financí a také kvantifikaci získaných údajů. Nevýhody spočívají především v menší pružnosti, neboť např. oproti rozhovoru není možné klást doplňující otázky, v nižší věrohodnosti dat a v náročnost přípravy.

Otázky v dotazníku je nutné formulovat jasně a srozumitelně. K otázkám jsou nabízeny možnosti odpovědí. To se týká otázek uzavřených. Kromě toho je možné do dotazníku zařadit i otázky otevřené. U těch se škála odpovědí utváří dodatečně, na základě odpovědí respondentů. Odpovědi respondentů jsou hodnotami z určité škály. (Řezanková, 2007, s. 11-14).

### **5.3 Průzkumný soubor**

Dotazníkové šetření bylo provedeno v jednom nejmenovaném hospicovém zařízení. Vedení hospice bylo k realizaci průzkumu vstřícné a tento krok vítalo. Na základě dobře navázané spolupráce tak bylo možné oslovit všechny zaměstnance se žádostí o účast v průzkumu. Návratnost vyplněných dotazníků činila 88 %, do průzkumu tak mohlo být zahrnuto celkem 37 respondentů.

Průzkumný soubor tvořili ošetřovatelé, zdravotní sestry, ergoterapeutka, kuchařky, recepční a zaměstnankyně prádelny. Většinu průzkumného souboru tvořily ženy, mužů bylo v průzkumném souboru celkem pět. Tito zaměstnanci mají s hospicovou péčí dlouholetou praxi, tedy i zkušenosti s působením na obdobných pozicích v jiných zařízeních. Rozsah délky praxe respondentů je od 1 – 25 let.

### **5.4 Zpracování dat**

Při zpracování dat jsou odpovědím na uzavřené otázky přiřazeny slovní nebo číselné kódy. Hodnoty znaku jsou tedy kódované odpovědi, neboli kategorie. Možné odpovědi, tedy jim příslušející kódy, tvoří škálu hodnot. Jedná se o škály hodnot, které mohou být nominální, ordinální, intervalové a poměrové. U nominálních škál je možné pouze určit,

že hodnoty jsou různé. U ordinálních můžeme určit pořadí hodnot, u intervalových navíc je možné stanovit, o kolik je daná hodnota větší nebo menší než jiná hodnota. U škál poměrových je navíc možné stanovit kolikrát je jedna hodnota větší nebo menší než jiná (Řezanková, 2007, s. 19-20).

Podle Chrásky (2006, s. 48-49) je při zpracování hromadných dat nutné tato data charakterizovat, přičemž nejčastěji se používají tři hodnoty – modus, medián a průměr. Modus se používá u dat nominálních, medián u dat ordinálních a průměr u dat metrických. Modus je hodnota, která se v souboru dat vyskytuje nejčastěji.

Data získaná dotazníkovým šetřením jsme převedli do tabulky programu Microsoft Excel. Následně byly zjišťovány počty odpovědí na jednotlivé položky. Sledovali jsme, která odpověď se objevuje nejčastěji, tj. výše zmíněný modus, a dále četnost odpovědí všech respondentů na danou položku dotazníku. Zjištěná data byla graficky zpracována. Výsledky jsou prezentovány v kapitole páté, v kapitole šesté jsme provedli interpretaci získaných dat.

Jak jsme již uváděli, respondenti měli také možnost u každé položky dotazníku uvést slovní vyjádření jejich názoru na danou oblast. Ne všichni respondenti této možnosti využili. Takto získané odpovědi respondentů jsme tedy vzhledem k nízkému počtu odpovědí nezpracovávali kvantitativně, ale kvalitativně, pouze pro doplnění kvantitativně zpracovaných údajů. Všechny odpovědi, které jsme touto cestou získali, jsou uvedeny v kapitole páté a v kapitole sedmé jsme z nich vycházeli při formulaci doporučení pro praxi daného hospice.



## 6 ANALÝZA DAT

V návaznosti na průzkumné otázky byly formulovány položky dotazníku. Pořadí vyhodnocení jednotlivých položek neodpovídá jejich pořadí v dotazníku; položky jsou vyhodnocovány dle jejich přiřazení k průzkumným otázkám. Některé položky svým obsahem bylo možné přiřadit k více výzkumným otázkám, jejich vyhodnocení je předloženo jednou, a to vždy u průzkumné otázky, k níž primárně náleží a dle níž byly tyto položky formulovány.

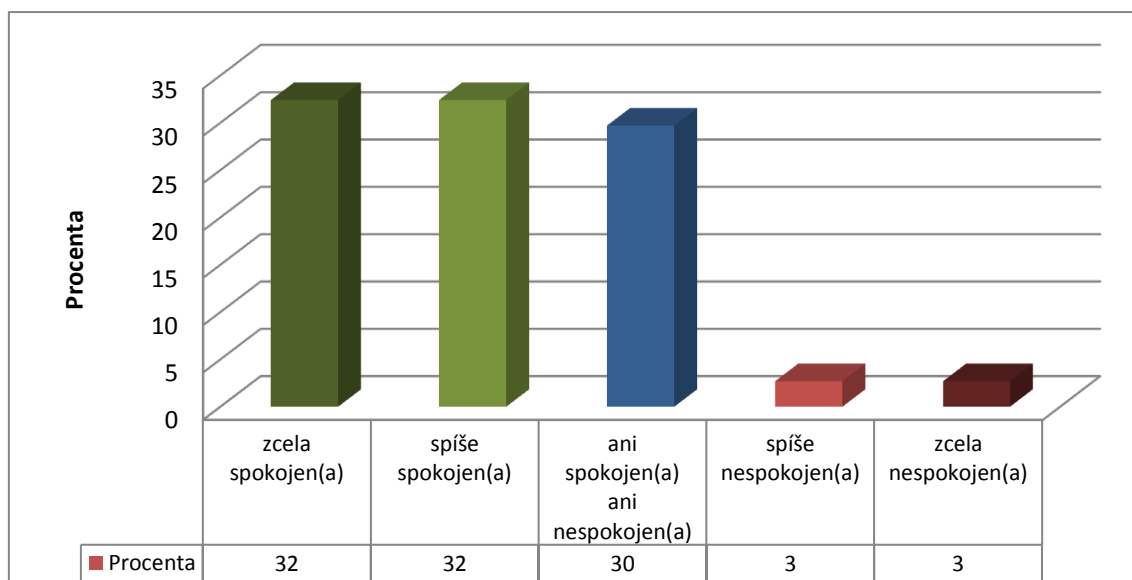
V této kapitole jsou prezentovány odpovědi respondentů formou grafů, s uvedením procentuálního zastoupení četností jednotlivých typů odpovědí. Detailnější přehled odpovědí respondentů na každou položku je uveden v tabulkách v příloze č. 2.

### 6.1 Průzkumná otázka č. 1

**Jak jsou pracovníci spokojeni se službami hospice, které mají pacienti k dispozici?**

K této otázce náležely v dotazníku položky č. 3, 6, 7, 8, 16 a 17.

#### Otázka č. 3: Kolegové



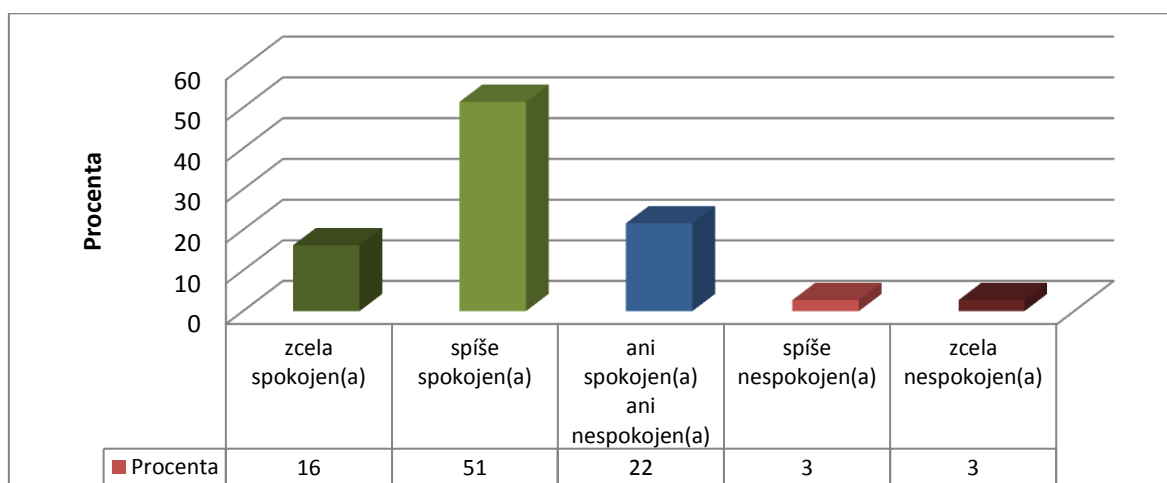
Graf 1: Spokojenost zaměstnanců se vztahy na pracovišti

Většina respondentů je se vztahy na pracovišti (tj. kolegiální, vzájemnými vztahy) spokojena, přičemž zcela spokojeno je 32 % respondentů, spíše spokojeno také 32% respondentů.

Respondenti dále uvedli k položce tato slovní vyjádření:

- *Příjemní, milí, nápomocní*
- *Kdyby bylo dobré vedení, nedocházelo by k takovým jevům, jako jsou pomluvy, donášení, bezradnost*
- *Fungujeme jako skutečný tým, avšak objevuje se případ udávání a donášení a vrchní se staniční sestrou toho bezostyšně využívají*
- *Špatná atmosféra mezi nadřízenými nás obyčejný personál stmelila*

### Otázka č. 6: Strava pacientů



Graf 2: Názory zaměstnanců na spokojenost pacientů se stravou

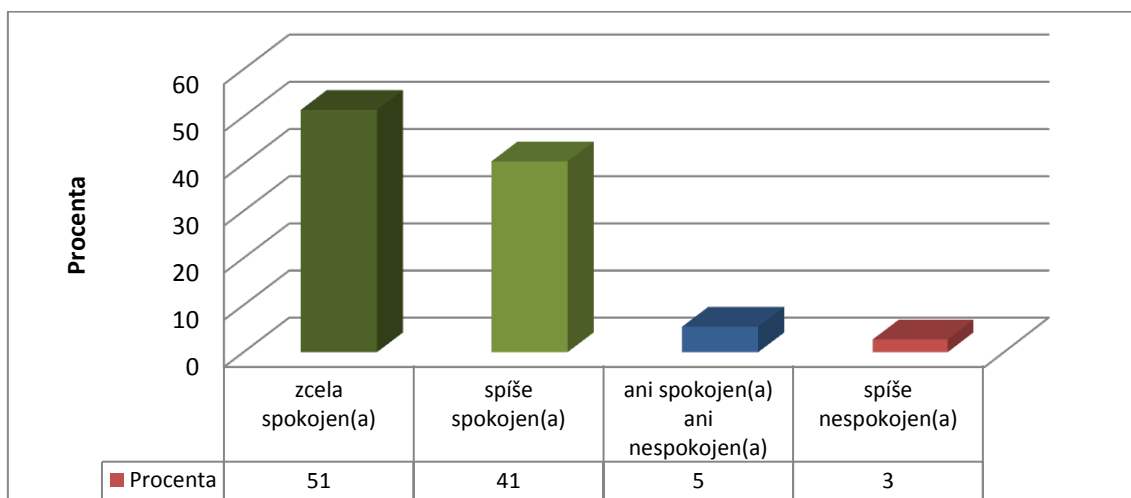
U této položky jsme zkoumali názory respondentů týkajících se toho, jak jsou dle reakcí pacienti spokojeni se stravou, která je jim poskytována. Tato položka byla zařazena do kategorie „pracovních podmínek“, neboť se jedná o služby, které hospic pacientům poskytuje a do určité míry „nástroj“, který pracovníci v péči o umírající mají k dispozici. Většina respondentů, tj. 51 %, se domnívá, že pacienti jsou spíše spokojeni. 2 respondenti neodpověděli.

Respondenti dále uvedli k položce tato slovní vyjádření:

- *Spolupráce s kuchařkami vynikající/ někdy ale těžší domluva s vedoucí kuchyně (nerada mění zaběhnuté).*

- *Kuchařky vždy ochotné k pacientům, což se nedá říct o vedoucí kuchyně.*
- *Stravovací komise bez zástupců klientů – sedí tam lidé, kteří nekrmí, a o potřebách klientů tolik nevědí.*
- *Pacienti často uvádějí, že porce jsou velké – zůstává nedojedeno.*
- *Často staré pečivo. Rohlíky jsou pro pacienty tvrdé (hodily by se občas loupáčky).*
- *Např. nedělní obědy – stěžují si na těstoviny/ kritizují studené večeře (stále to samé).*
- *Neustále sekané maso není zcela ideální, také pomazánky a játra.*
- *Vedoucí kuchyně nevyhoví a má nemístné poznámky ke klientům.*
- *Spolupráce s kuchyní na 1, s paní vedoucí kuchyně na 5.*
- *Dobrá domluva s kuchařkami, bohužel jsou omezeni nařízeními paní vedoucí, která není pružná a není moc ochotná vyhovět uživatelům v jejich přáních.*

### Otázka č. 7: Úklid, prádelna



Graf 3: Spokojenost respondentů s pracovníky zajišťujícími úklid a péči o prádlo

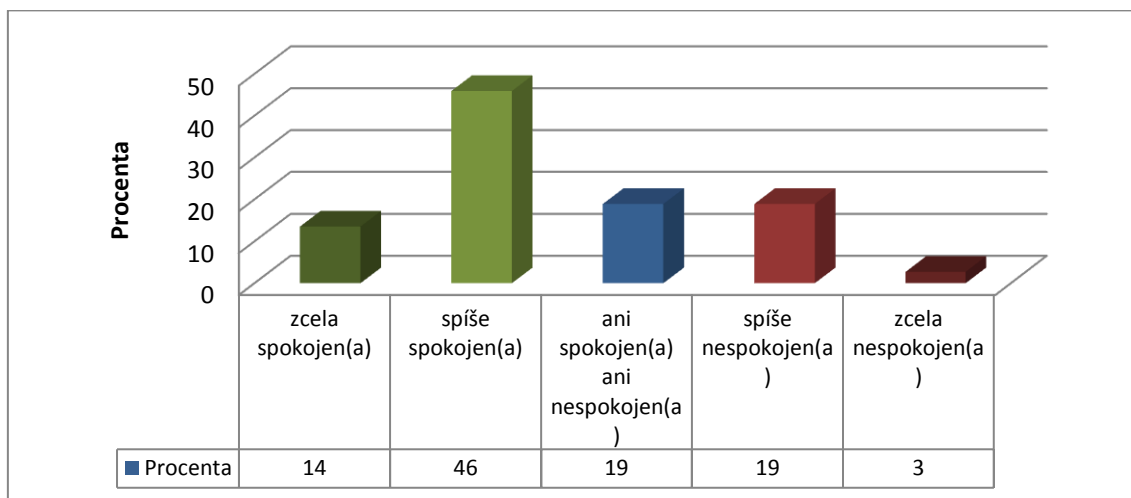
Většina respondentů, tj. 51 %, je spokojena s tím, jak je v hospici zajištěn odpovědnými pracovníky úklid, včetně praní prádla a péče o prádlo v hospici. Dalších 41 % je spíše spokojeno. Žádný respondent neuvedl možnost „zcela nespokojen(a)“.

Respondenti dále uvedli k položce tato slovní vyjádření:

- *Bez problému, vstřícnost/ ochota.*
- *Šikovní, ochotní/ vždy udělají, co je třeba.*

- *Více si všítat potrháných věcí, a opravit je.*

### Otázka č. 8: Materiální zabezpečení



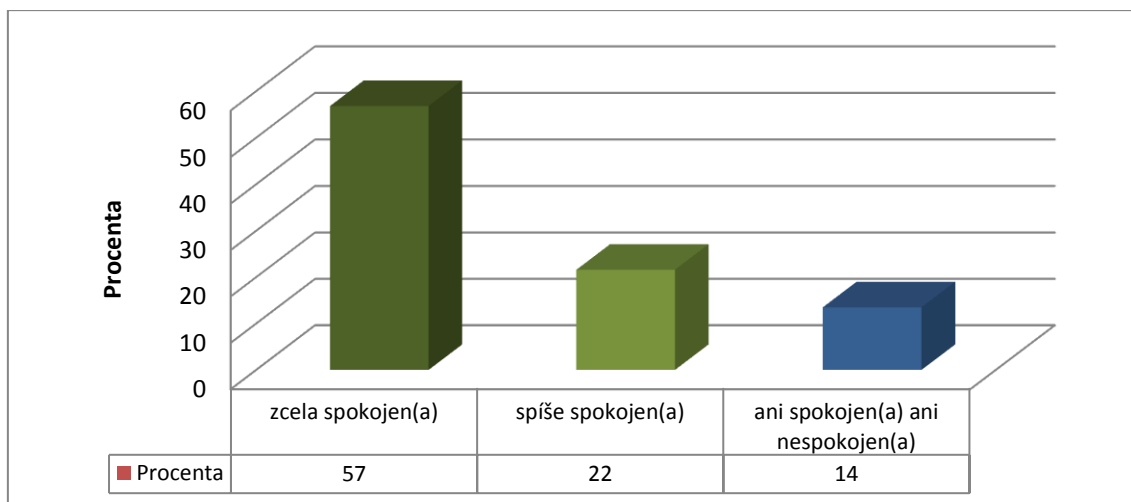
Graf 4: Spokojenost zaměstnanců s pomůckami a zdravotnickým materiálem

Nejčastější odpovědí respondentů bylo, že jsou spíše spokojeni (konkrétně 46 % z nich). Nespokojeno, ať již zcela nebo spíše, je celkem 22 % respondentů.

Respondenti dále uvedli k položce tato slovní vyjádření:

- *Slabé materiální zabezpečení – někteří zaměstnanci nosí pomůcky a materiál z domu, nebo ho kupují (např. perlan, masti).*
- *Chybí zvedák, vysoké chodítka a podložky do vodních lůžek.*
- *Často chybí rukavice.*

### Otázka č. 16: Volnočasové aktivity pro pacienty



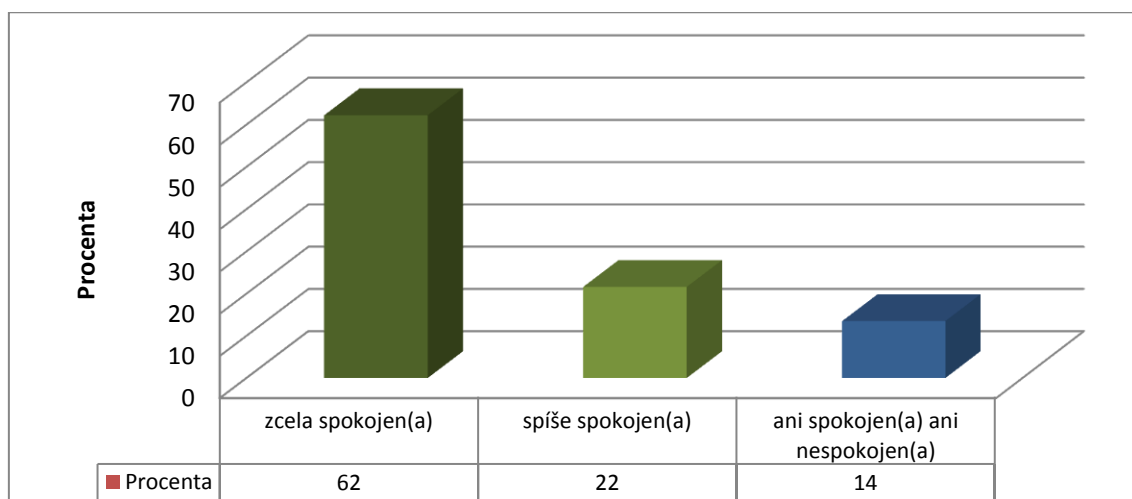
Graf 5: Spokojenost zaměstnanců se službami poskytovanými pacientům

Respondenti jsou většinou zcela spokojeni s tím, jak jsou pacientům zajišťovány volnočasové aktivity, včetně spolupráce s terapeutkou, konkrétně 57 % z nich. Žádný z respondentů nevedl, že by s touto oblastí byl nespokojen. 3 respondenti neodpověděli.

Respondenti dále uvedli k položce tato slovní vyjádření:

- *Velký přínos pro pacienty, ale někdy až moc v jednom dni – bývají unaveni a chtěli by se účastnit/ respektovat přání pacientů – že se např. nechtějí zúčastnit, když nemají chuť, sílu.*
- *Spolupráce je, jak má být. Přínos pro pacienty výborný.*
- *Vynikající aktivity.*
- *Dobrá věc, velmi dobrá ergoterapeutka/ jen nenutit pacienty – nechat to na jejich rozhodnutí.*
- *Perfektní činnost, paní ergoterapeutka je profesionál s lidským přístupem, ale nikdo jí nepomůže, je na všechno sama.*
- *Nejlepší. Mělo by do toho být zapojeno více lidí. Když paní terapeutka není přítomna, tak se tu nic neděje. Proč ji třeba nezastupuje koordinátorka péče? Protože ji práce s uživateli nebaví, nemá dobrý vztah ke starým lidem a projde jí to.*

### Otázka č. 17: Dobrovolníci



Graf 6: Spokojenost zaměstnanců s působením dobrovolníků v hospici

Většina respondentů, konkrétně 62 % z nich, je spokojena s tím, jakým způsobem probíhá v hospici dobrovolnická činnost, spíše spokojeno je 22 % respondentů. Žádný

z respondentů nevedl, že by byl s touto oblastí nespokojen. 1 respondent nevedl svoji odpověď.

Respondenti dále k položce uvedli tato slovní vyjádření:

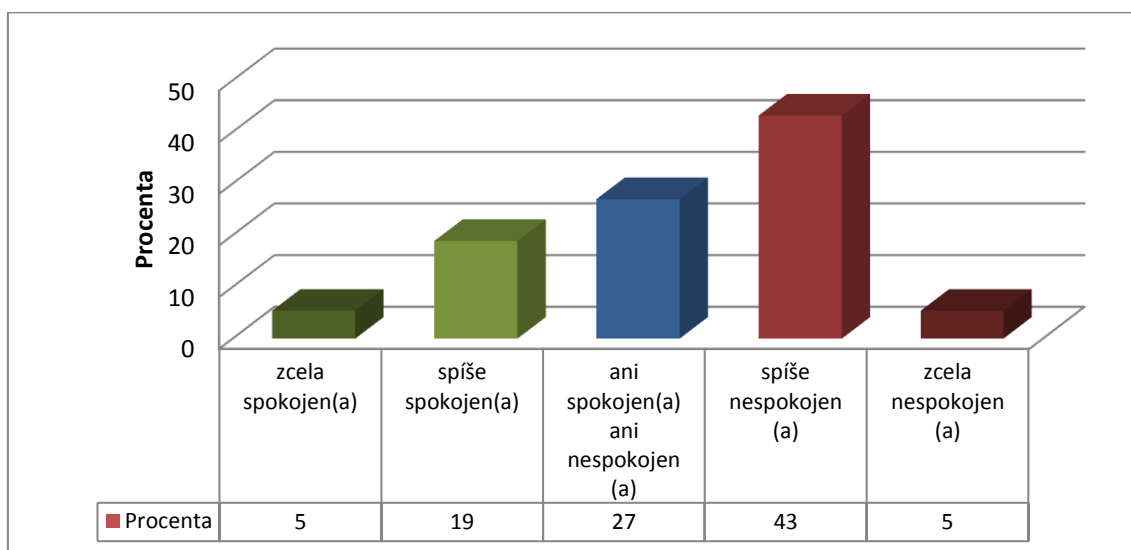
- *Dobrovolníci jsou velkým přínosem pro pacienty i personál, ale málo komunikují s personálem (co s kým dělali, za kým jdou apod.).*
- *Jsou milí, usměvaví, ochotní a věnují se opravdu pacientům.*
- *Je hezké, že se někdo klientům věnuje, ale ne až moc. Všeho moc škodí.*
- *Zakrývají velkou díru za nás, k pacientům jsou milí, přívětiví.*
- *Jedna z nejlepších novinek, velmi dobrý dopad na pacienty – vzhledem k tomu, že personálu je málo a není schopný jim dát tolik jako dobrovolníci.*
- *Žádné negativní zkušenosti/ škoda, že chodí hlavně k hospicovým, moc bychom je potřebovali i na odlehčovací služby.*
- *Jednička s hvězdičkou, jsou výborní.*
- *Prosím, ať chodí i na 3.patro, moc by tady pomohli.*
- 

## **6.2 Průzkumná otázka č. 2**

**Jak jsou pracovníci hospice spokojeni se způsobem vedení organizace a řízením lidských zdrojů?**

K této otázce náležely v dotazníku položky č. 1, 4, 11-15.

## Otázka č. 1: Atmosféra na pracovišti



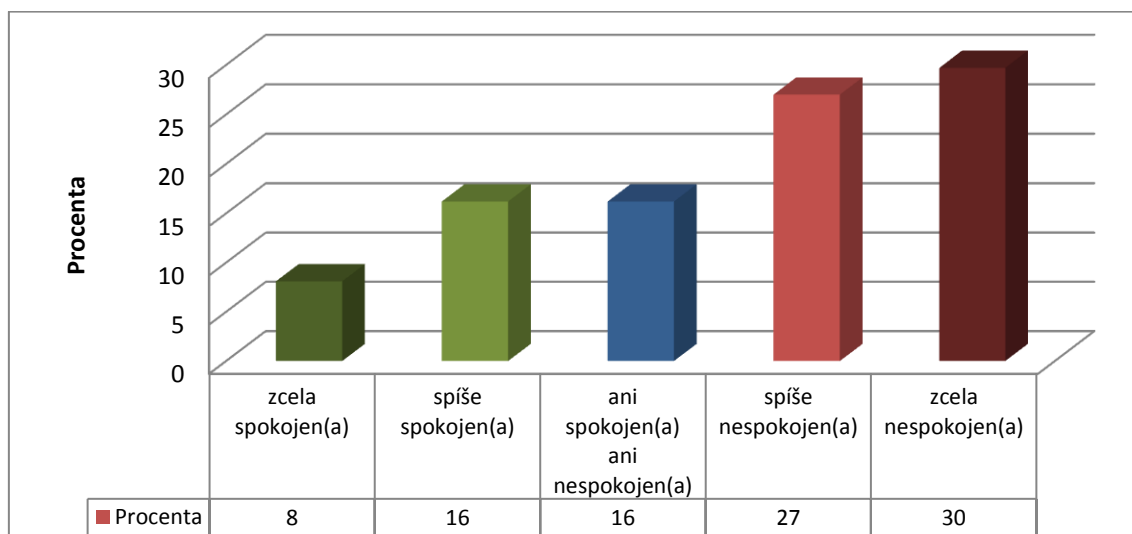
Graf 7: Spokojenost zaměstnanců s atmosférou na pracovišti

Většina respondentů, konkrétně 43 %, je spíše nespokojeno. Atmosféru na pracovišti nedokáže posoudit 27 % respondentů. Spokojeno, ať již zcela nebo spíše, je pouze 24% respondentů.

Respondenti dále uvedli k položce tato slovní vyjádření:

- *Je hezké mít práci, která vás baví, a ještě lepší je se do práce těšit. Bohužel není na co se někdy těšit, když víte, že někdo si na vás „vybije“ svůj špatný den.*
- *Velice vypjatá atmosféra, znechucení, zvažování odchodu kvůli vedoucím pracovníkům (vrchní sestra, staniční sestra a koordinátorka péče), kterým chybí empatie, bez zkušeností vést takový tým v opravdu těžké práci, chladné, arogantní, zneužívají své funkce, ponižují ostatní.*
- *Atmosféra – záleží na složení služby, jestli panuje pohoda nebo napětí.*
- *Pohoda s kolegy, stres s nadřízenými.*
- *Neustálý strach, napětí a šikana ze strany vrchní a staniční sestry.*
- *Mezi sebou jsme v pohodě, hlavně když tady není vrchní sestra.*

#### Otázka č. 4: Nadřizení



Graf 8: Spokojenost zaměstnanců se způsobem komunikace a jednání

Většina respondentů, konkrétně 57 % z nich, je nespokojena se způsobem jednání a komunikace ze strany nadřízených, konkrétně 30 % respondentů je zcela nespokojeno. Spokojeno je pouze 24 % respondentů, přičemž jen 8 % respondentů je zcela spokojeno.

Respondenti dále uvedli k položce tato slovní vyjádření:

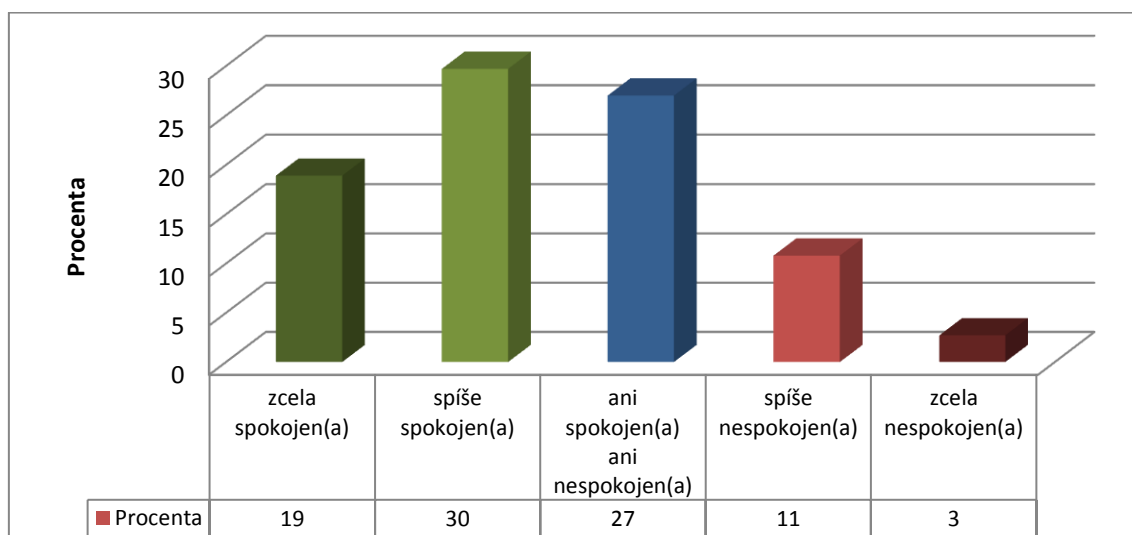
- *Některé banální věci jsou až moc řešeny a zbytečně namísto jiných, mnohem důležitějších.*
- *Nekomunikují, pouze nařizují, zakazují.*
- *Hrůza/ dost hrozné, šikana.*
- *Nikdy jsem neměla horší nadřízenou (odlehčovací služby)*
- *Vrchní se staniční sestrou jsou lidé bez špetky sebereflexe a empatie, nejsou schopny zajistit ani základní potřeby klientů (např. přes víkend byli bez kyslíku a opiátů, toto komentovaly slovy – však nikdo nezemřel).*
- *Problémy klientů neřeší a bagatelizují je/ nejsou schopny ani zajistit přecévkování/ lžou do očí a vymýšlí si pomluvy.*
- *Rozhodně nepatří do našeho týmu – nechápu, jak může pan ředitel něco takového tolerovat.*
- *Na svou funkci nemají profesně, ani lidsky.*
- *Vrchní sestra – arogantní, lže, kariéristka, pokud tady bude, tak změním místo/ staniční sestra – ve vleku vrchní a začíná přejímat její manýry, jinak je to hodná*



holka, která kdyby pracovala s jinou vrchní, tak by asi byla taky jiná/ sociální pracovnice – snaží se s námi mluvit pěkně, ale nechce nic řešit, nepálit si prsty, je často chválena za práci jiných a vůbec jí to nevadí. Nevěřím ji. Ale k pacientům a rodinám se chová pěkně/ psycholožka – nadšenec, snaží se za nás a pacienty bojovat a pak z toho má problémy. Dlouho to nemá šanci vydržet, pozor, ať vám neuteče. Pacienti ji milují/ koordinátorka odlehčovaček – stejná jako vrchní sestra, neumí jednat ani s pacienty, ani s rodinami, ani s podřízenými. Musí mít veliké známosti s vedením – kvůli ní utíkají dobří pracovníci. Takový člověk tady nemá co dělat/ pan ředitel – asi není špatný člověk, ale možná se bojí o své místo a tak nechce nic zásadního řešit. Cvičí s ním vrchní, sociální i koordinátorka. Kdyby byl více vstřícný k personálu, pomohlo by to atmosféře v Hospici.

- O komunikaci se moc nejedná, nikdo nechce znát náš názor. Koordinátorka si dělá své věci do školy a nezajímají ji ani uživatelé, ani my. Hlavně, že to nějak funguje. Paní vedoucí nás vyslechne, ale to je tak vše, pak se neděje taky nic.

### Otázka č. 11: Organizace práce



Graf 9: Spokojenost zaměstnanců s organizací práce

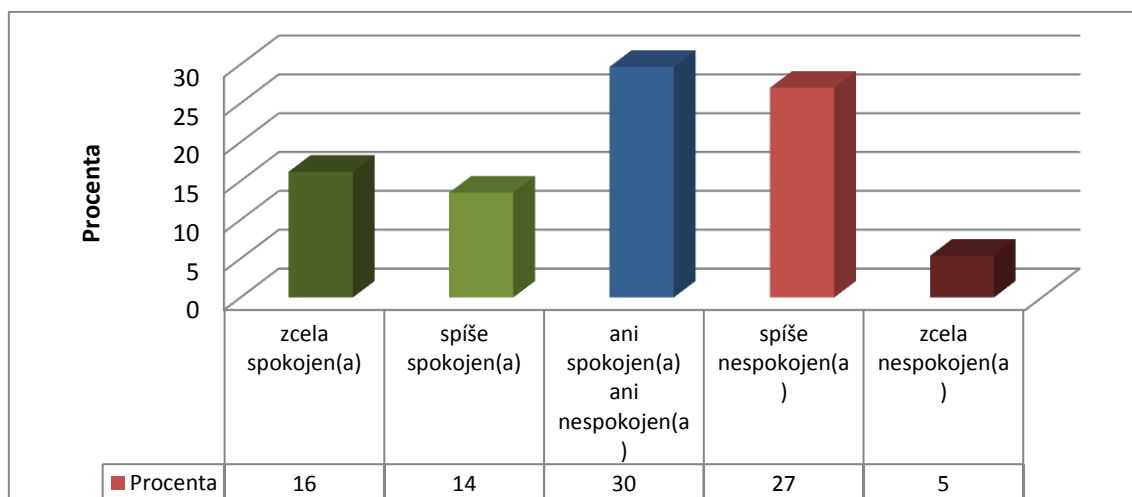
19 % respondentů je zcela spokojeno s organizací práce, která zahrnuje např. harmonogram péče, plán služeb. Spíše spokojeno je 30 % respondentů.

Nespokojeno, ať již zcela nebo spíše, je 14 % respondentů. 4 respondenti neuvedli svoji odpověď.

Respondenti dále uvedli k položce tato slovní vyjádření:

- *Služby se neustále mění, když má být víkend volný (Pá - volno, So – v práci, Ne – volno)*
- *Často chaotická organizace práce.*
- *Málo ošetřovatelů – v případě navýšení pracovníků by bylo možné plnit požadavky a věnovat se pacientům a hlavně doprovázení.*
- *Chtěli bychom si sami rozdělovat, kdo půjde na které patro, protože často ty klienty lépe známe a soustavné přehazování po patrech není dobré ani pro ně, ani pro nás.*
- *Velké selhávání v plánování služeb.*
- *Plán služeb – neustálé změny, studenti prý mají smůlu se svými požadavky.*
- *Jeden ošetřovatel na jednom patře je „zážitek“.*

### Otázka č. 12: Předávání informací



Graf 10: Spokojenost zaměstnanců s předáváním odpovědi

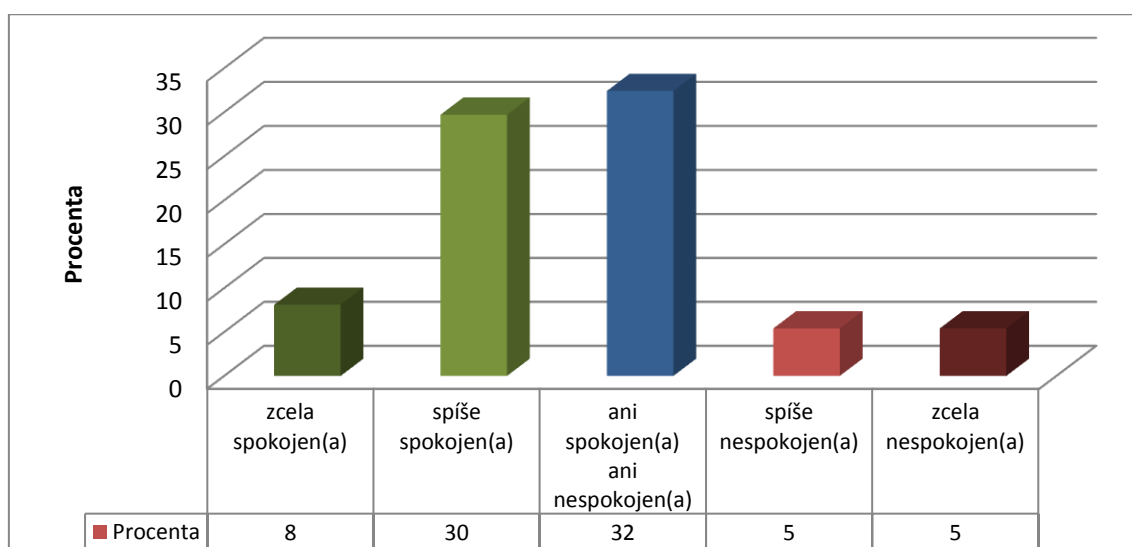
Nejčastější odpovědí respondentů bylo, že nejsou ani spokojeni, ani nespokojeni. Takto odpovědělo celkem 30 % respondentů. Ze zbylých odpovědí převažovaly odpovědi

záporné, tj. spíše nebo zcela nespokojeno je 32 % respondentů. 3 respondenti neuvedli svoji odpověď.

Respondenti dále k položce uvedli tato slovní vyjádření:

- *Předávají se jen ty informace, které nám chtějí říct a často zkreslené.*
- *Nejsou dobře předávány informace o odlehčovacích klientech ubytovaných na hospici 1 a 2 – hlášení často bez přítomnosti soc. úseku.*
- *Obdivuji některé kolegy, kteří někdy jedou z dálky na poradu ředitele, která má 3 body a skončí za 15 minut.*

### Otázka č. 13: Porady



Graf 11: Spokojenost zaměstnanců s poradami v hospici

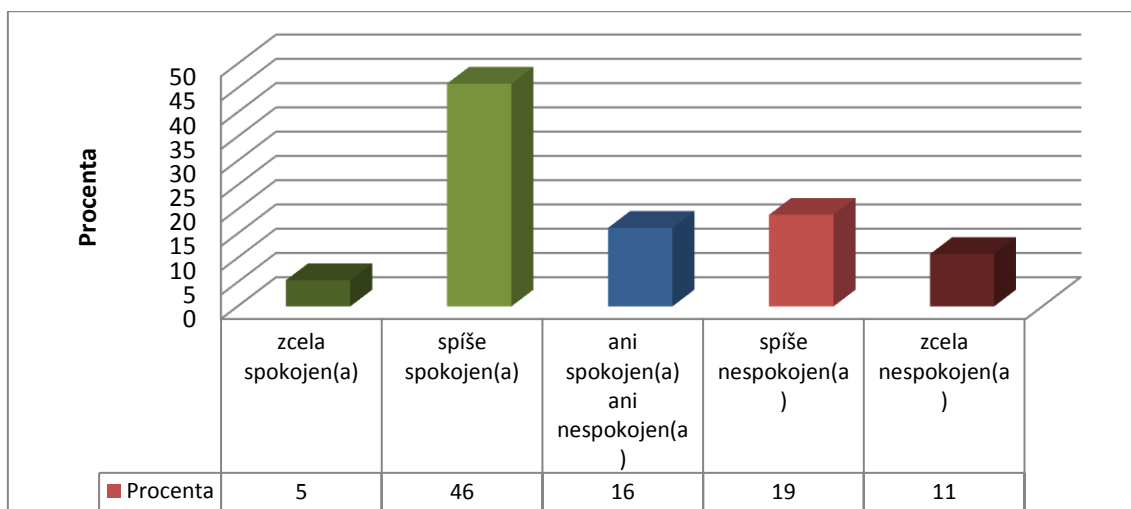
Nejčastěji respondenti nedokázali určit, zda jsou spokojeni, nebo nespokojeni s organizací porad v hospicovém zařízení, konkrétně tuto odpověď uvedlo 32 % respondentů. 38 % respondentů je spokojeno s četností i náplní porad, ať již zcela nebo spíše spokojeno. 7 respondentů neuvedlo žádnou odpověď.

Respondenti k položce dále uvedli tato slovní vyjádření:

- *Častost schůzí by se mohla upřesnit např. 1x měsíčně v určený den, kdy se může probrat vše ohledně práce a náměty personálu, ale problémy řešené na schůzích se bohužel doposud dál neřeší.*
- *Účast na nich by měla být pracovním časem, měly by být více podpůrné pro personál – vzájemné hledání řešení při problémovém chování klientů.*

- *Porady nelze hodnotit – teprve začaly.*
- *V současné době nevidím smysl porad, akorát ztráta času a pro dojíždějící i ztráta peněz.*
- *Některé informace by se mohly říct u předávání směn, nepotřebují na to porad.*

#### Otázka č. 14: Platové ohodnocení



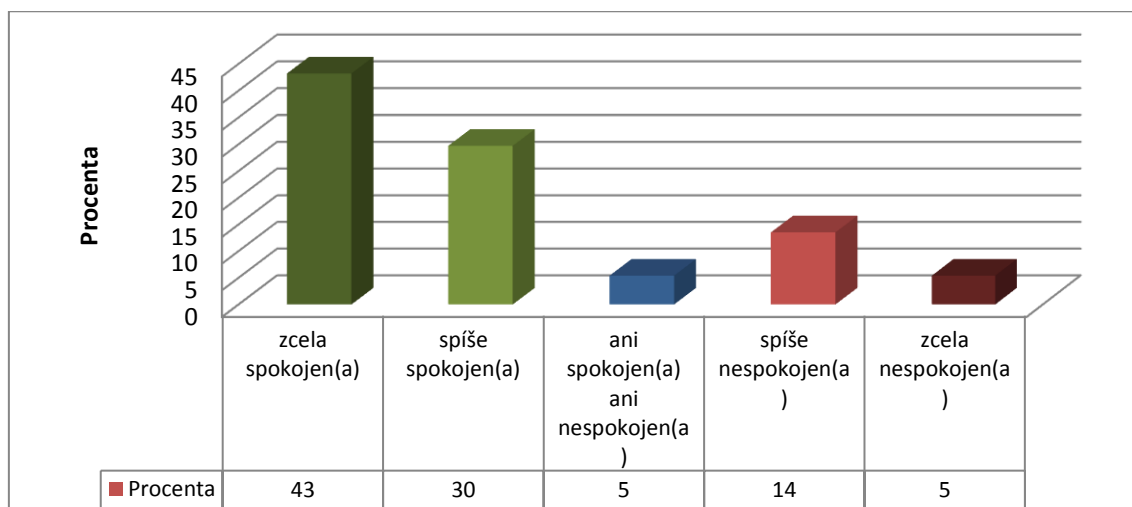
Graf 12: Spokojenost zaměstnanců s platovým ohodnocením

46 % respondentů je spíše spokojeno s platovým ohodnocením. Nespokojeno, ať již spíše nebo zcela, je 30 % respondentů. 1 respondent neodpověděl.

Respondenti k této položce dále uvedli tato slovní vyjádření:

- *Otázka proplácení přesčasů.*
- *Bylo slíbené osobní ohodnocení a nic se nekonalo – finanční motivace žádná.*
- *Odměny dostávají jen vedoucí, personál nikdy, ale plat je slušný.*
- *Chybí osobní ohodnocení – např. každému pro motivaci jednou za čtvrt roku dát 1000Kč.*
- *Práce bez osobního hodnocení, bez odměn – pan ředitel prohlásil, že nepotřebujeme odměny, protože je pro nás práce posláním.*
- *Odměny byly slíbeny, ale nic. Je to dobrá motivace.*

### Otázka č. 15: Informovanost o plánech a akcích v hospici



Graf 13: Spokojenost zaměstnanců s informovaností o akcích a plánech hospice

Většina respondentů, konkrétně 73 % respondentů, je zcela nebo spíše spokojena s tím, jak jsou informováni o plánech a akcích, které se týkají hospicového zařízení, v němž působí. 1 respondent neodpověděl.

Respondenti dále k položce uvedli tato slovní vyjádření:

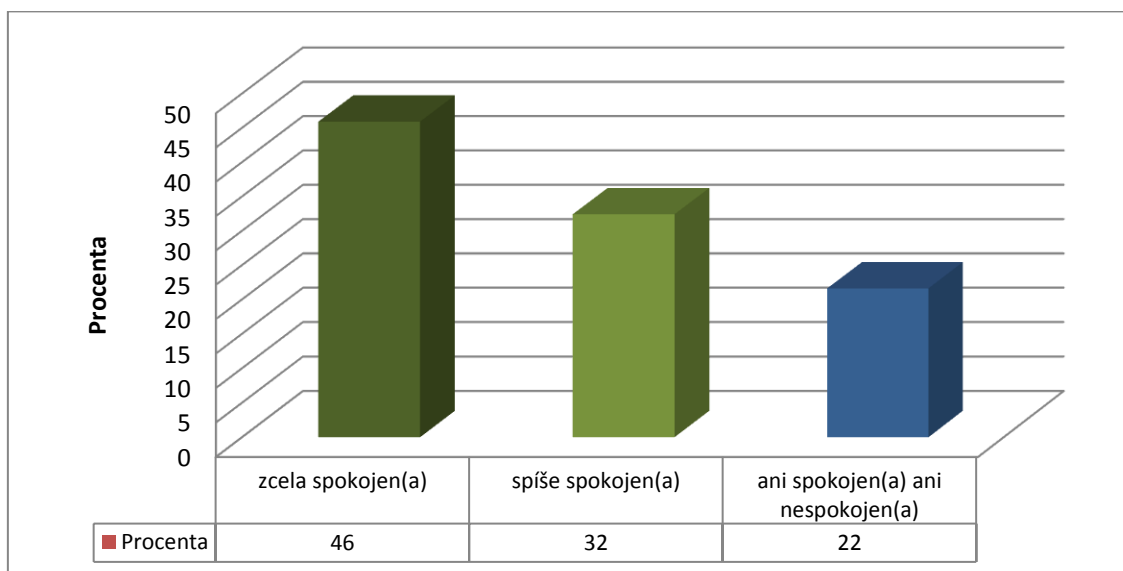
- *Dobrá informovanost, ale nikdo se nestará o internetové stránky (aktualizace).*
- *Akce se dovidáme pozdě, ale postupně se to lepší i čas se upravuje v dobu, kdy nijak nezasahuje do denního harmonogramu, např. doba večere apod.*
- *Informovanost žádná – co si vedení říká na poradě o plánech do budoucna se k nám nedostane – asi nepovažují za důležité informovat personál.*
- *V den konání akce ještě připomenout na ranním hlášení, ať personál nezapomene a může i akce připomenout klientům.*
- *O akcích se ví, jen je připomínat i v den konání. O plánech nevíme nic.*
- *Informovanost je dobrá hlavně díky paní psychologce, která vymýšlí spoustu dobrých věcí pro celý Hospic.*

### 6.3 Průzkumná otázka č. 3

**Jak jsou pracovníci hospice spokojeni se zohledňováním potřeb důležitých pro výkon jejich práce?**

K této otázce náležely v dotazníku položky č. 2, 5, 9, 10, 22.

#### Otázka č. 2: Práce zaměstnanců



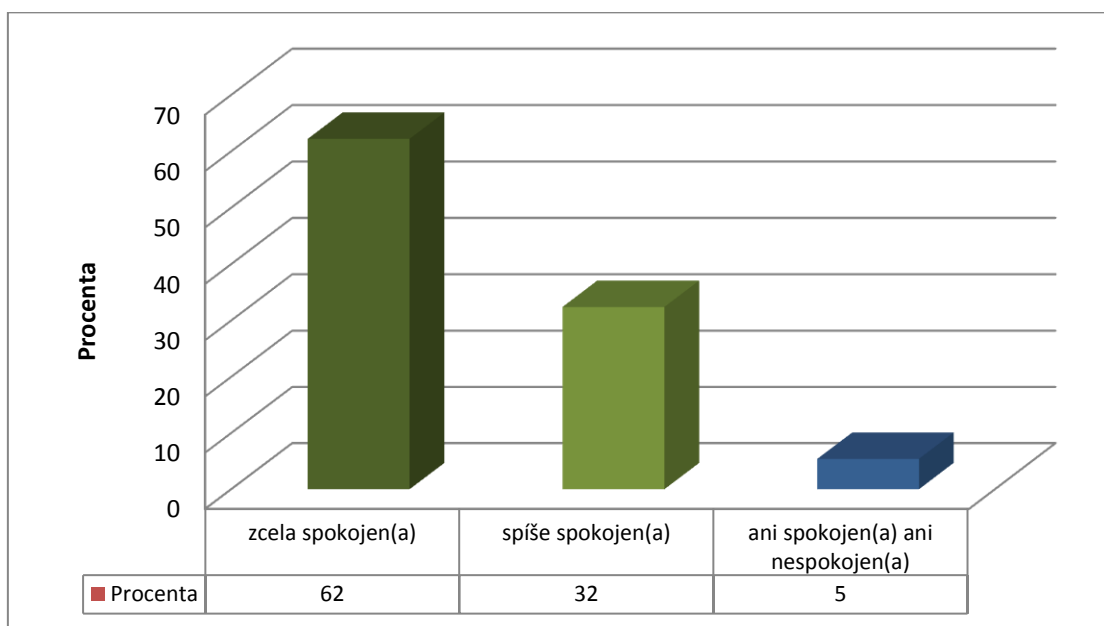
Graf 14: Spokojenost zaměstnanců s vlastní prací

Žádný z respondentů nevedl, že by byl se svojí prací (např. náplň, uspokojení z práce) nespokojen. Nejčastější odpovědí bylo „zcela spokojen(a)“, což uvedlo 46 % respondentů.

Respondenti dále k položce uvedli tato slovní vyjádření:

- *Samotná práce by byla naplňující, pokud by byla atmosféra klidná, odpovídající provozu. Pro seberealizaci zde není místo, ani pochopení.*
- *Krásná práce, která má smysl.*

## Otázka č. 5: Strava



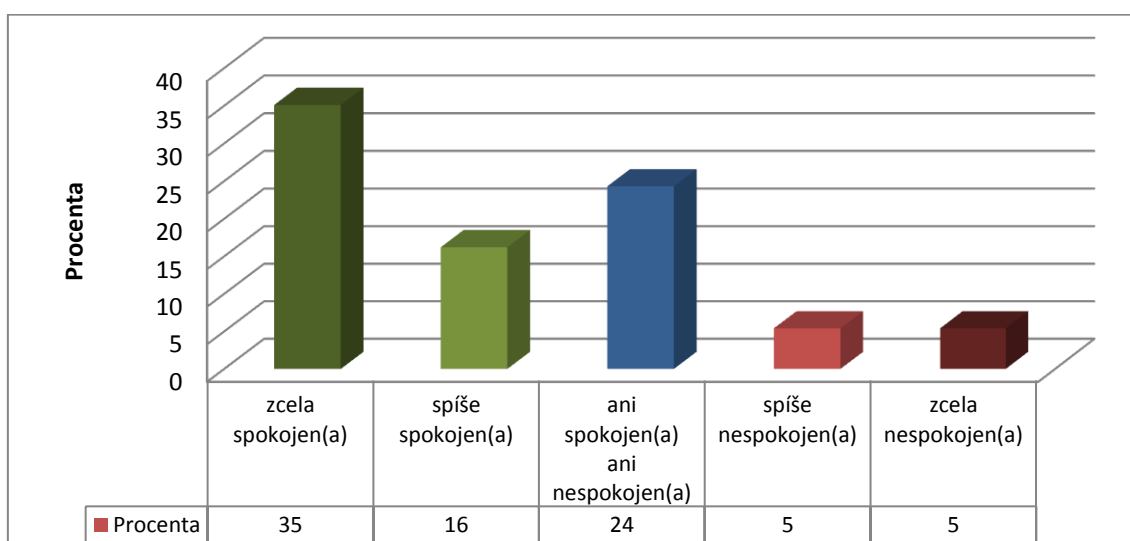
Graf 15: Spokojenost zaměstnanců se zajištěnou stravou

Žádný z respondentů nevedl, že by byl se stravou na pracovišti nespokojen. Většina respondentů, konkrétně 62 % z nich, je se stravou zcela spokojena.

Respondenti dále k položce uvedli tato slovní vyjádření:

- *Výborné/ chutná, ale málo pestrá/kuchařky vaří moc dobře.*
- *Veliká spokojenost, velmi chutná jídla*

## Otázka č. 9: Vzdělávání



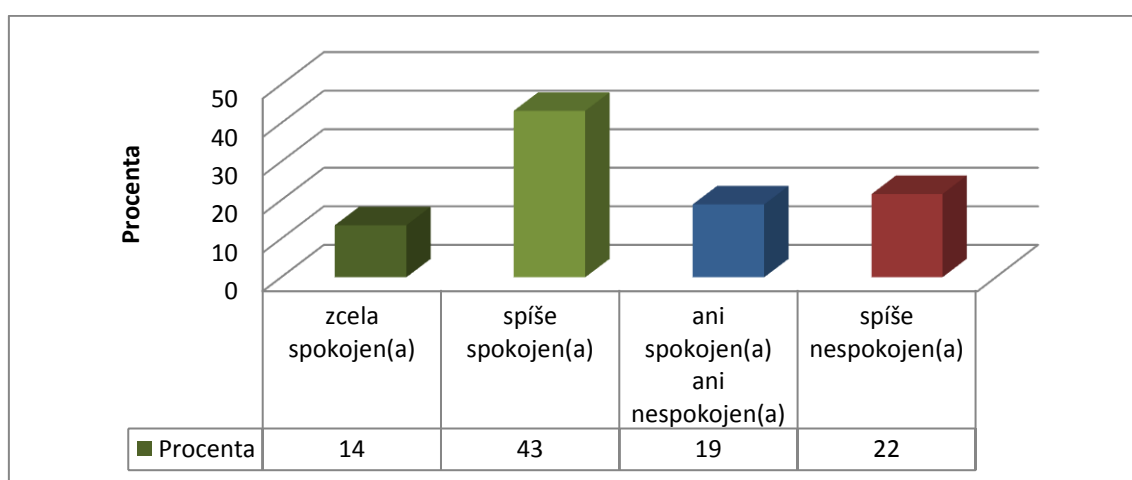
Graf 16: Spokojenost zaměstnanců s možnostmi vzdělávání

Většina respondentů, konkrétně 51 %, je zcela nebo spíše spokojena s možnostmi vzdělávání, které na pracovišti mají. 24 % respondentů odpovědělo neutrálně. 5 respondentů neodpovědělo.

Respondenti dále k položce uvedli tato slovní vyjádření:

- *Zájem o semináře o paliativní péči/ hospicová péče/ práce s umírajícími.*
- *Zájem o téma – jak komunikovat s pacienty a s rodinami.*
- *Téma psychohygiena (zvládání náročných a konfliktních situací ve vztahu klient-personál).*
- *Téma etická pravidla v péči o pacienty/ onkologické témata.*
- *Velice malá podpora ze strany zaměstnavatele.*
- *Díky spojení i s odlehčovací službou by mělo být vzdělání zaměřeno nejen na paliativní medicínu, ale i na akutní medicínu a to i mimo hospic a proplacené semináře.*
- *Očekávání zákonem stanoveného rozsahu vzdělávání (24h ročně) zcela hrazen zaměstnavatelem.*
- *Doprovázení umírajících, práce s pozůstalými, s dementními pacienty, komunikace v kolektivu.*
- *Semináře ne jen s hospicovou tematikou, ale i o uživatelích, kteří jsou na sociálním úseku.*

#### Otázka č. 10: Péče o zaměstnance



Graf 17: Spokojenost zaměstnanců s možnostmi, které v hospici mají

43 % respondentů je spíše spokojeno s tím, jak se hospic stará o jejich potřeby a spokojenost (např. zajištěním dobrých pracovních podmínek, zaměstnaneckých výhod

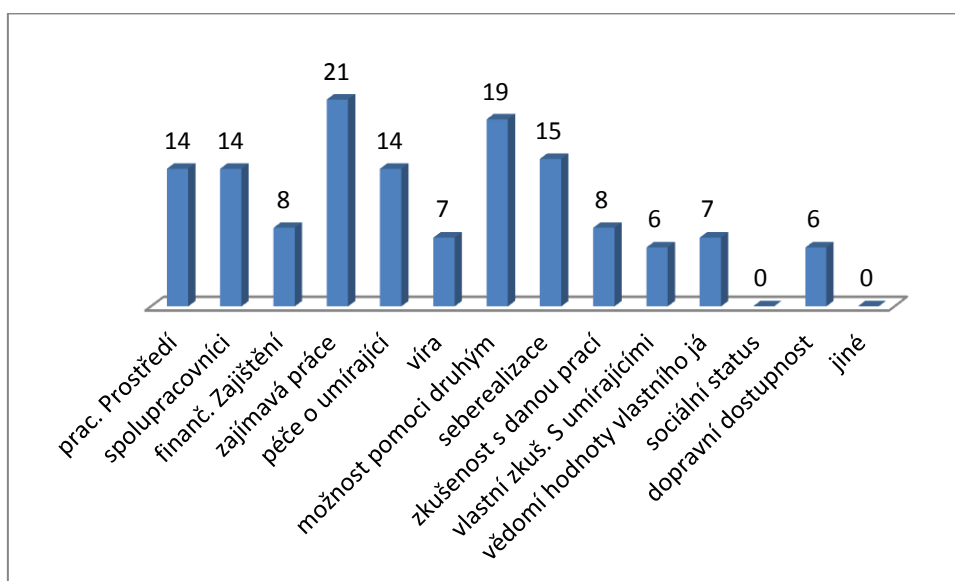


apod.). Žádný z respondentů není zcela nespokojen, „spíše nespokojen(a)“ uvedlo 22 % respondentů. 1 respondent neuvedl svoji odpověď.

Respondenti dále k položce uvedli tato slovní vyjádření:

- *Žádné zaměstnanecké výhody/ kromě dotovaných obědů.*
- *Slíbeno penzijní pojištění – bez výsledku.*
- *Prostředí – nové, hezké, čisté.*
- *Prostředí nové, hezké, často ale ne vše funguje dobře – neodtékající kanálky ve sprchách, absence vany pro mytí klientů – vodní lůžko je dost nepohodlné pro manipulaci i pro pocit pacienta.*
- *Nízký plat bez motivační složky, kromě dotovaných obědů žádné výhody.*
- *Na pracovišti dlouhá chodba to je trest.*

## Otázka č. 22: Motivace



Graf 18: Motivace zaměstnanců k práci v hospici

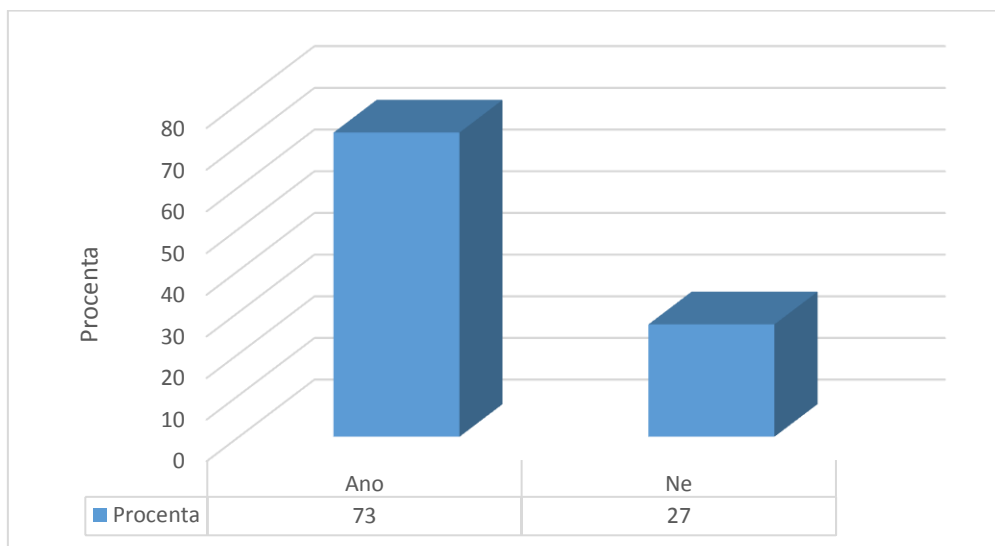
Respondenti u této položky měli na výběr celkem z 13 důvodů, případně mohli uvést důvod vlastní, proč si tuto práci zvolili. Nejčastější odpovědí bylo, že je to „zajímavá práce“, dále „možnost pomoci druhým“ a „seberealizace“. Žádný z respondentů nezvolil možnost uvést vlastní důvod, žádný z respondentů neuvedl, že je jeho hlavním motivem otázka sociálního statutu.

## 6.4 Průzkumná otázka č. 4

### Jaká jsou u pracovníků hospice největší rizika rozvoje syndromu vyhoření v závislosti na pracovní spokojenosti?

K této otázce náležely v dotazníku položky č. 18 - 21. Dále k této průzkumné otázce byly zařazeny připomínky, které mohli respondenti volně uvést v závěru dotazníku.

#### Otázka č. 18: Šikana na pracovišti



Graf 19: Zkušenosti zaměstnanců se šikanou nebo mobbingem na pracovišti

Se šikanou nebo mobbingem na pracovišti se setkala celkem 73 % respondentů. K této položce dále respondenti uvedli následující slovní hodnocení:

- Šikana „na denním pořádku“/ Nejhorší je to, že ti, co by to měli vidět, nevidí, nebo nechtějí vidět.
- Hlavně ze strany vrchní a staniční sestry.
- Setkala jsem se, ale ne osobně, některé kolegyně s tím mají velké problémy.
- Využívání vyšší pozice, zbytečné vyčítání a kritika, bez slušnosti/ přidělování dovolené bez vědomí a souhlasu personálu.
- Vidím to, jak vrchní a staniční sestra některým kolegyním s chutí znepříjemňují práci (nesmí si např. pomáhat mezi patry).
- Běžný jev na našem pracovišti a neustále se stupňuje – ze strany vrchní a staniční sestry.
- Já ne, ale vím, že kolegové ano. Děje se i na sociálním úseku.

### **Otázka č. 19: Demotivující faktory na pracovišti**

U této položky (v konkrétním znění: „Co Vás demotivuje, co Vám kazí dobrý pocit z vykonané práce“) nevybírali respondenti z možností odpovědí, ale měli odpovědět volně, jednalo se o otázku otevřenou. Odpovědi respondentů byly následující:

- *Názory některých nadřízených/ chování a přístup nadřízených v určitých situacích.*
- *Špatné vztahy na pracovišti, celková atmosféra, člověk musí být pořád ve střehu.*
- *Chybí motivace k práci, pochvaly.*
- *Koordinátorka odlehčovacích služeb*
- *Nesmíme si odpočinout, když je práce hotová nebo málo klientů, stále ve střehu.*
- *Řeší se zbytečnosti a podstatné věci u pacientů opomíjené.*
- *Strach z kontrol nadřízených/ buzerace/ pomluvy/ rivalita.*
- *Málo personálu – není čas popovídat si s pacienty.*
- *Nedostatek pomůcek – hlavně vozíků (např. na mši se nedostanou všichni, kteří by chtěli).*
- *Ne všichni nadřízení pracovníci umí ocenit vykonanou práci, která je mnohdy fyzicky i psychicky náročná.*
- *Nepřátelská atmosféra mezi odděleními, mezi vedoucími pracovníky, pomluvy a očerňování.*
- *Lhostejnost ze strany vedení k problémům a potřebám provozu/ vnímání pracovníků jako flákačů.*
- *Nefér jednání, věty typu – Když se někomu něco nelíbí, tak ať jde, na UP čekají další zájemci o práci.*
- *Časová tíseň, nedostatek personálu, šikana nadřízenými, nedostatek uznání, soustavné problémy s nedoplňováním materiálu, styl psaní služeb.*
- *Shazování ze strany vedení, když uděláme něco navíc, ještě s tím máme problém/ nejlépe jsou na tom ti, kteří nic neřeší a jenom proplouvají/ když to tak půjde dál, tak tu takových bude většina a my sklouzneme na úroveň obyčejné LDN.*

### **Otázka č. 20: Příspěvní k týmové spolupráci**

Respondenti byli dotázáni, jak konkrétně oni sami přispívají k týmové spolupráci. Odpovědi respondentů byly následující:

- ❖ *Nápomoc kolegům/ ochota vždy pomoci/ snaha/ otevřená komunikace.*
- ❖ *Dělat práci tak, aby ji nikdo nemusel dotahovat.*
- ❖ *Spolehlivost, vstřícnost, zodpovědnost.*
- ❖ *Dobrá nálada/ snaha být v pohodě/ úsměv/ nekonfliktní komunikace.*
- ❖ *Schopnost přijmout kritiku.*
- ❖ *Nepomlouvám, otevřené řešení problémů.*
- ❖ *Díky složení týmu, kdy někteří kolektiv rozeštvávají, již odmítám přispívat k týmové práci, nemá to smysl.*
- ❖ *Důležitá je komunikace/ tolerance v týmu/ povzbuzování/ humor.*

### **Otázka č. 21: Co by se mělo změnit**

Respondenti měli odpovídat na otevřenou otázku: „Co byste změnili v organizaci, kdybyste mohli?“ Odpovědi respondentů byly následující:

- *Přístup některých jedinců k personálu/ přístup vedení k personálu/ zájem vedení o problémy.*
- *Výměna vedoucích pracovníků/ výměna vedení (vrchní a staniční sestry, koordinátorka ze sociálního) – pomluvy, špatný vztah k personálu, pacientům i k rodinám.*
- *Pokud se nezmění naše nadřízené, pořád bude vše při starém a kvalitní a zkušení pracovníci z těchto důvodů jsou schopní odejít.*
- *Vzájemná tolerance a úcta.*
- *Výměna vrchní a staniční sestry.*
- *Chybí rehabilitační pracovník – velká poptávka od pacientů.*
- *Vyměnit pár lidí, hned by se lépe dýchalo – proč vedení zde nechá pracovat člověka, který vypudí všechny dobré zaměstnance?*
- *Projektový manažer, který by se staral pouze o finanční zdroje.*
- *Otázka víry by neměla mít tak velký vliv na chod celého zařízení – rozepře kvůli tomu, jestli někdo je věřící nebo ne.*

- *Prodat sterilizátor/ zajistit plynulý přejezd z pokoje na balkon/ skříň pro erární prádlo na každém patře – více přístupné, přehledné/ chybí klimatizace/ možnost zakoupení minerálek, sladkostí (i pro návštěvy klientů).*
- *Jako první a zcela zásadní krok vidím výměnu vrchní sestry a staniční sestry – pokud nedojde k této změně, odcházím já, odmítám pracovat pod někým tak neschopným a nemorálním.*
- *Méně slibů, více skutků.*
- *Vyměnit vrchní sestru, koordinátorku odlehčovaček, vedoucí kuchyně a recepční, která je sice hodná, ale neumí vůbec mluvit s lidmi a kazí nám hned na začátku pověst, vůbec se na to nehodí.*
- *Změnila bych „Bermudský trojúhelník“ (vrchní, staniční sestra, koordinátorka), díky kterému pověst Hospice už dost utrpěla – psaní školních prací v pracovní době, šikanování, nezájem o pacienty, arogantní chování. Také recepční – děsím se oho, kolik lidí odradila, aby k nám dali svého příbuzného.*
- *Vrchní sestra by měla být dobrá nejen organizačně, ale i jako člověk – srdečná, milá, vstřícná, příjemná – měla by jít příkladem.*

Respondenti v závěru dotazníku mohli uvést to, co v dotazníku nebylo dle nich zmíněno, v rámci tzv. „dalších připomínek“. Respondenti uvedli tyto připomínky:

- *Už tento způsob dotazování, kterým jediným můžeme vyjádřit svůj názor, svědčí o špatném vyšším managementu – nutnost situaci zlepšit, jinak ani tento dotazník nemá smysl.*
- *Z druhých lidí dostanete to nejlepší, když vydáte to nejlepší co je ve vás samotných.*
- *Není prostor na paliativní péči/ malý zájem vedení o člověka – je třeba vychovat a formovat personál vnitřně motivovaný pro tuto službu, ale díky přístupu vedení k ošetrovatelskému personálu se zde formuje personál naštvaný, bezradný – chybí péče o personál.*
- *Dodnes nemáme nové pracovní smlouvy, ty původní skončily 30. 9. 2011.*
- *Vedoucí by měl umět jednat slušně se svými podřízenými.*
- *Vytvořit zde domácí prostředí i kvůli personálu, který je v neustálém stresu, co zase udělali špatně.*

## 7 INTERPRETACE ZJIŠTĚNÝCH DAT

V průzkumu jsme stanovili čtyři průzkumné otázky. V rámci první výzkumné otázky jsme zjišťovali, jak jsou pracovníci hospice spokojeni se službami hospice, které mají pacienti k dispozici. Z průzkumu vyplývá, že v této oblasti zaměstnanci spokojeni jsou. Kolegové mezi sebou dobře spolupracují, což jim umožňuje zajišťovat péči, kterou pacienti potřebují. Jsou si vzájemně nápomocní, dle jejich názoru fungují jako dobrý tým. Jeden z respondentů uvedl, že tato koheze v týmu je dána špatným vedením a že „špatná atmosféra mezi nadřízenými nás obyčejný personál stmelila.“ Pacienti dle názorů respondentů dostávají dobrou stravu, dobrá je spolupráce s kuchařkami a také jednání kuchařek vůči pacientům a vycházení vstříc jejich potřebám. Jeden respondent ve slovním vyjádření uvedl, že ve stravovací komisi chybí zástupce klientů. Respondenti jsou spokojeni také s úklidovými službami, včetně péče o prádlo. Tito pracovníci jsou dle názorů respondentů ochotní a spolupracující. Spokojenost mezi zaměstnanci také panuje co se týče materiálního vybavení. Ve slovních vyjádřeních se však objevovaly výtky, např. k chybění drobného materiálu, který si musí někdy zaměstnanci nosit z domu, případně chybí i některé zařízení, jako zvedák či podložky do vodních lůžek. Zcela spokojeni jsou respondenti se zajišťováním aktivit pro pacienty. Do této kategorie patří i služby ergoterapeutky, které zaměstnanci hodnotí jako na velmi vysoké úrovni. Převažuje naprostá spokojenost s dobrovolníky, kteří v hospici působí. Dobrovolníci jsou dle respondentů velkým přínosem pro pacienty, mnohdy zastanou práci, kterou vzhledem k podstavu personálu nejsou mnohdy schopni zajistit k tomu odpovědní pracovníci.

Ve druhé průzkumné otázce jsme zkoumali spokojenost zaměstnanců s vedením a tím, jak je organizace řízena. S většinou oblastí vztahující se k této otázce jsou zaměstnanci spíše spokojeni, velmi nespokojeni jsou ale se svými přímými nadřízenými, resp. s vedoucí a staniční sestrou. V důsledku špatných vztahů mezi nadřízenými a podřízenými dochází k napětí na pracovišti. S atmosférou na pracovišti jsou respondenti spíše nespokojeni. Ve slovním hodnocení byla atmosféra označena za „velmi vypjatou“. Tento fakt kazí pracovníkům nadšení z práce, kterou mají rádi a rádi ji vykonávají. Zatímco mezi kolegy panují dobré vztahy, není tomu tak v rovině nadřízený – podřízený. Objevily se i názory, že jsou pracovníci šikanováni, a to ze

strany staniční a vrchní sestry. S nadřízenými jsou respondenti často velmi nespokojeni. Spokojena je pouze čtvrtina respondentů. Ze slovních vyjádření vyplývá, že respondenti spatřují hlavní nedostatky v komunikaci vedoucích vůči podřízeným. Tato komunikace je mnohdy velmi direktivní. Výtky se týkaly zejména již uvedené vrchní a staniční sestry, které dle názorů respondentů nejsou empatické ani vůči podřízeným, ani vůči klientům. Zaměstnanci nemají příliš možností sdělovat své názory. S tím, jak jsou organizovány služby a celkově stanoven harmonogram péče jsou respondenti spokojeni. Ve slovních vyjádřeních se však vyjadřovali odlišně, jednalo se o vyjádření těch respondentů, kteří jsou nespokojeni, a těch je v tomto ohledu více než třetina respondentů. Pokud jsou zaměstnanci nespokojeni, jejich nespokojenost se týká především dle jejich slov „chaotické organizace práce“, častých změn v plánovaných směnách. To je pravděpodobně dáno nízkým počtem ošetřovatelů. Nespokojenost převažuje také v oblasti předávání informací, např. co se týče určitých druhů služeb. K poradám se respondenti nejčastěji nedokázali vyjádřit, pokud ano, převažovalo spíše kladné stanovisko. Nespokojení respondenti uváděli, že porady se konají pro řadu zaměstnanců mimo pracovní dobu a nepřinášejí příliš důležitých informací, zaměřeny by měly být dle jejich názoru spíše na podporu zaměstnanců a konkrétní práci. S platem jsou respondenti také spokojeni, pokud jsou nespokojeni, pak zejména proto, že jim byly přislíbeny odměny, které nedostaly. S informovaností o plánech a akcích hospice jsou zaměstnanci také spokojeni. Vzhledem k náročnosti práce a chodu zařízení by pracovníci uvítali častější připomínání již oznámených akcí, případně lepší organizaci těchto akcí tak, aby se nepřekrývaly s pravidelnými činnostmi v hospici.

Ve třetí průzkumné otázce jsme zjišťovali, jak jsou pracovníci hospice spokojeni s tím, jak jsou zohledňovány jejich potřeby. S náplní své práce jsou respondenti spokojeni. Většinou si tuto práci zvolili, protože jim přijde zajímavá, umožňuje jim pomáhat druhým. Mohou se při ní seberealizovat, spokojeni jsou také s pracovními podmínkami, či vztahy se spolupracovníky. Spokojeni jsou zaměstnanci také se stravou, která je jim zajišťována. V otázce vzdělávání také bylo nejčastější odpovědí „zcela spokojen(a)“. Respondenti ve svých slovních vyjádřeních uváděli, jaké kurzy a semináře by rádi navštívili, jeden respondent uvedl, že očekává, že bude schváleno povinné vzdělávání, hrazené zaměstnavatelem, i pro pracovníky působící v hospicích. Respondenti jsou také spokojeni s tím, jakým způsobem jsou zajištěny jejich pracovní podmínky, jakých

zaměstnaneckých výhod se jim dostává. Jako nedostatek vnímají chybění motivační složky platu.

Ve čtvrté průzkumné otázce jsme zkoumali, v jakém riziku vzniku syndromu vyhoření se pracovníci ocitají, v návaznosti na jejich pracovní spokojenost. Přestože jsou pracovníci spokojeni s tím, jaké služby hospic svým pacientům zajišťuje, jaké pracovní podmínky mají a jak jsou satureovány některé jejich potřeby, z průzkumu vyplývá, že respondenti jsou v riziku rozvoje syndromu vyhoření, k čemuž přispívá zejména nespokojenost s vedením hospice. Většina respondentů, téměř tři čtvrtiny z nich, uvedla, že se na pracovišti setkává se šikanou a mobbingem. Šikana je dle názoru jednoho respondenta „na denním pořádku“. Vlivem špatné atmosféry musí být pracovníci dle jiného respondenta „neustále ve střehu“. Respondentům chybí také dostatek ocenění, a to nejen formou finanční, ale též co se týče pochval a podpory. Mnohdy pracovníci nevnímají, že jsou pro vedení či organizaci důležití. Zaměstnanci jsou mnohdy přetěžováni v důsledku nedostatku personálu. Respondenti požadují změnu vedení, zejména vrchní a staniční sestry, ale též aby se o jejich problémy a tedy i problémy pracoviště zajímalo širší vedení, vedení hospice. Mnohé je dle jejich slov slibováno, ale již není realizováno. Komunikace v organizaci je nedostatečná a nevhodná. Špatná atmosféra v organizaci má dle vyjádření jednoho respondenta vliv na zhoršení pověsti hospice.



## 8 DISKUSE

Péče o umírající představuje velmi náročnou práci, a to jak po stránce fyzické, tak především po stránce psychické. Téma smrti ve většině lidí vyvolává strach a úzkost. Doprovázení při smrti někoho druhého je procesem, který oslovuje řadu osobnostních složek doprovázejícího a je tedy procesem velmi ohrožujícím vnitřní integritu jedince. Je důležité, aby lidé, kteří pečují o umírající, dbali o svoji duševní hygienu, byli pokud možno spokojeni jak se svou prací, tak i se svým životem, neboť toto jsou jedny z hlavních preventivních kroků, které brání vzniku a rozvoji syndromu vyhoření.

Pracovní spokojenost podle Urbana (2012, s. 116) ovlivňuje pracovní výkon, v důsledku tedy také úspěch firmy a spokojenost jejích zákazníků. Tato skutečnost byla prokázána i v našem průzkumu. Respondenti uváděli, že jsou nespokojeni zejména s vedením organizace. Komunikace vedoucích pracovníků, zejména vrchní a staniční sestry, není na dostatečné úrovni, je direktivní, s organizací práce, např. s plánováním služeb, jsou zaměstnanci spokojeni, ve slovních vyjádřeních se ale objevovaly také názory, že toto plánování je chaotické, služby se často nečekaně mění, což může být dáno nedostatkem pracovníků. Za alarmující považujeme skutečnost, že 73 % respondentů uvedlo, že se v hospici setkala se šikanou a mobbingem.

Je zřejmé, že pokud zaměstnanec pracuje v atmosféře strachu, nedůvěry, nejsou dodržovány koncepty tzv. důstojné práce, včetně dodržování jejích základních kritérií, k nimž patří zejména svoboda, rovnost, bezpečí a lidská důstojnost, nemůže být příliš spokojen, ocitá se v ohrožení, což může vyvolat např. vznik syndromu vyhoření, k němuž bezesporu přispívá i stres na pracovišti, kterému jsou pracovníci hospice vystaveni.

Jak uvádí Tomeš a kol. (2015, s. 50), hospicová péče se potýká s řadou nedostatků, zejména s nedostatečným financováním ze strany státu. Přestože koncept hospicové péče je již v České republice rozvíjen řadu let, některé prvky hospicové péče nejsou ještě dostatečně etablovány, diskutuje se o potřebě větší dostupnosti mobilních hospiců apod. V našem průzkumu respondenti uváděli, že jsou spokojeni s tím, jak je jejich hospic vybaven, spokojeni jsou také s platem, který dostávají. Přesto by uvítali možnost motivační složky platu, prémie a různé benefity. Zaměstnanci mají svoji práci rádi, chtějí však být také dostatečně oceněni. Podle některých respondentů v zařízení chybí

důležité pomůcky, ať již co se týče přístrojů umožňujících snazší péči o umírající, nebo i potřebný zdravotnický materiál, který někteří pracovníci zajišťují občas i ze svých zdrojů.

I přes nedostatky ve vedení hospice v oblasti řízení lidských zdrojů zaměstnanci uváděli, že služby, které jsou pacientům poskytovány, jsou na velmi dobré úrovni, a to jak co se týče stravy, prostředí hospice, hygieny, ale též služeb, které mají pacienti k dispozici. Respondenti vyzdvihovali zejména činnost psycholožky hospice a ergoterapeutky.

Paliativní, nebo hospicová péče umožňuje zvyšovat kvalitu života nemocného. Podle Slámy, Kabelky a Vorlíčka (2011, s. 27) je vždy možné učinit něco navíc pro zkvalitnění života umírajícího. K tomu je bezesporu možné přiřadit i výše zmíněné služby speciálních pracovníků. Umírající pacienti trpí bolestmi, a to jak fyzickými, tak i psychickými. Hospicová péče se zaměřuje na uspokojování potřeb pacientů a jejím cílem mimo jiné je, aby pacient žádnou bolestí netrpěl. Pacient, je-li to možné a má o to zájem, vítá možnost hovořit s někým druhým o tom, co jej trápí, pochopitelně je rád, když se mu uleví od bolesti fyzické. Pacienti potřebují, aby jim někdo naslouchal, aby nebyli sami. Někdy se na konci svého života potýkají s pocity viny, trápí se, že nedokončili něco pro ně velmi důležité, přemýšlí o svých vztazích s nejbližšími, rekapituluje, co se povedlo, a co se naopak nepovedlo. Potřebují podpořit, slyšet slova útěchy, a mnohdy i pomoci s tím, jak se k některým situacím postavit, případně ještě něco změnit. K tomu bezesporu může sloužit i pomoc psychologa, který má zkušenost s touto cílovou skupinou, umí naslouchat a problematice rozumí. Jako velmi cennou pomoc a službu pacientům zmiňovali respondenti angažovanost dobrovolníků. Těch v hospici přibývá. Mnohdy pomáhají tam, kde personál nestačí, i z důvodu nedostatečného personálního obsazení. Dobrovolníci jsou respondenty hodnoceni jako „milí“, nebyly vůči nim uváděny žádné výtky, naopak zaměstnanci je vnímají jako užitečnou pomoc a přínos pro pacienty.

Neméně důležité je, aby pacienti v terminálním stádiu mohli pokud možno strávit poslední dny naplněné i něčím jiným, než je jejich bolest a starosti. Respondenti uváděli, že hospic se podílí na řadě různých akcí, zejména s příchodem psycholožky na pracoviště. Někdy dle jejich slov může být těchto aktivit příliš, resp. by se mohla zlepšit organizace těchto aktivit. Tyto akce mnohdy zasahují do pravidelného chodu hospice,

konají se např. v době večerů, nebo se jich pracovníci nezúčastňují, neboť v důsledku velkého množství práce zapomenou, že se tyto akce v hospici konají.

Celkově jsou zaměstnanci s prací v hospici spokojeni. Svoji práci si vybrali, protože jim přijde zajímavá, chtějí pomáhat, umožňuje jim to seberealizovat se. Právě velké nadšení však může být příčinou vzniku syndromu vyhoření.

Prieß (2015, s. 56) uvádí, že svoji identitu by jedinec neměl hledat ve vnějším prostředí, ale především uvnitř. Jen tak je možné nevyhořet. Zaměstnanci jsou nadšeni pro svoji práci, mají zájem o další vzdělávání. To je samozřejmě možno vnímat kladně, na druhou stranu u zaměstnanců hrozí riziko, že budou prací pohlceni příliš. Řešením je tedy mimo jiné absolvování takových kurzů, které jsou zaměřeny na duševní hygienu, sebereflexi, emoce. Vhodné je také absolvovat alespoň kratší kurzy věnované psychoterapeutické práci, která v sobě též zahrnuje práci se sebou samým.

Pro hospic by bezesporu bylo přínosné věnovat finance i čas na zavedení pravidelných supervizí. V hospici se nově realizují porady, s těmi jsou pracovníci spokojeni, často to však pro ně znamená práci navíc, i ve volném čase. Jako nedostatek ve své práci vnímáme chybění některých položek v dotazníku. Při dotazníkovém šetření byly položky mnohdy formulovány příliš volně, nemůžeme u nich tedy přesně určit, co svými odpověďmi respondenti mínili. To se týká např. položek zjišťujících míru spokojenosti s poradami, nebo vzděláváním. V důsledku nespecifikace dotazu jsme nezjistili, zda-li se např. v hospici konají supervize, bálintovské skupiny apod., a pokud ano, jak často a jak jsou s nimi zaměstnanci spokojeni.

Z dotazníkového šetření, na základě předem stanovených průzkumných otázek, vyplývá, že zaměstnanci jsou s prací v hospici a podmínkami této práce spokojeni, ne však zcela. Pokud zaznamenávali své odpovědi na pětistupňové škále a volili „spokojenost“, spíše než „zcela spokojen“ volili možnost „spíše spokojen“. Při zodpovídání průzkumných otázek jsme zjistili, že pracovníci jsou spokojeni se službami, které hospic pacientům nabízí, jsou spokojeni také s vedením, tedy tím, jak je organizována práce, značně nespokojeni jsou však zejména se staniční a vrchní sestrou, někteří pracovníci kvůli nim uvažují o odchodu ze zaměstnání. Téměř tři čtvrtiny pracovníků se cítí být šikanováni, což považujeme za velmi vysoké číslo. Co se týče uspokojování jejich potřeb, pracovníci jsou spokojeni, a to i s platem, možnostmi vzdělávání, náplní práce. Poslední průzkumná otázka se vztahovala ke kauzalitě

mezi spokojeností zaměstnanců a vznikem či rozvojem burnout syndromu. Domníváme se, že pracovníci jsou v ohrožení vyhoření, neboť na pracovišti panuje velmi nezdravá atmosféra. Pracovníci se necítí bezpečně, nemohou být otevření, jsou i šikanováni. Vzhledem k tomu, že syndrom vyhoření se jich velmi týká kvůli zaměření jejich práce, zaměstnanci pracují s velkým pracovním elánem a nasazením, často na úkor volného času, je možné předpokládat, že někteří pracovníci se již nacházejí v některé z fází syndromu vyhoření, nebo jim jeho vznik hrozí. Tato práce byla zaměřeně především na spokojenost zaměstnanců, z toho důvodu jsme tuto oblast dále nezkoumali. Bylo by bezesporu vhodné na tento výzkum navázat a více explorovat i tuto oblast, tedy co pracovníci dělají pro to, aby syndromem vyhoření netrpěli, jaké znalosti o něm mají, jak poznají, že se jich burnout syndrom týká apod.

Z toho vyplývají i naše doporučení. Pracovníci hospicové péče by měli být dostatečně vzdělávání v oblasti duševní hygieny. Když měli respondenti uvést, o jaké kurzy a semináře mají zájem, zmiňovali formy vzdělání zaměřené na pomoc pacientům, lepší znalost problematiky, získání dalších dovedností. Žádný z respondentů nezmínil kurz, který by byl zaměřen např. na sebepojetí, práci s vlastním tělem, duševní hygienu apod. V tomto ohledu by měla být prováděna u pracovníků osvěta. Pracovníci tohoto hospice by dozajista uvítali i kurzy asertivního jednání a efektivní komunikace, vzhledem ke konfliktům s nadřízenými, které na pracovišti existují.

Jako důležité vnímáme též pravidelné konání supervizních porad, možnosti individuálních psychologických či psychoterapeuticky zaměřených konzultací zacílených na podporu a hledání řešení náročných situací, s nimiž se při práci zaměstnanci setkávají. Pravděpodobně v současné době není možné zavést pravidelná setkávání s možností otevřené komunikace, otevřená komunikace by však měla být vedením podporována, včetně větší angažovanosti ředitele hospice v případných konfliktech mezi zaměstnanci. Nejvyšší vedení by mělo provádět pravidelná setkávání se zaměstnanci, se zaměřením na analýzu vztahů na pracovišti a případné zlepšení těchto vztahů. Dobrou praxí bývá zajištění externí agentury, která pracuje s pracovním kolektivem a napomáhá zlepšit atmosféru na pracovišti a tzv. firemní kulturu.

## ZÁVĚR

Hospicová péče má ve světě dlouhou tradici, v České republice je však fenoménem poměrně novým. První kamenný hospic byl v naší zemi založen v r. 1994 v Červeném Kostelci Marií Svatošovou, která je průkopníkem hospicového hnutí v České republice. Hospicová péče se rozvíjí, a to nejen v naší zemi, ale v celém světě. Někdy je zaměňována péče paliativní s péčí hospicovou, nejedná se však o totožné pojmy. Paliativní péče může být poskytována i mimo hospic, hospice paliativní péči praktikují.

Cílem paliativní, tedy i hospicové péče, je zvyšování kvality života pacientů v terminálním stádiu. Jedná se o velmi náročnou práci, a to jak po stránce fyzické, tak pochopitelně i po stránce psychické. Klade na pečujícího jedince velké nároky. Tuto práci vykonávají většinou lidé, kteří chtějí pomáhat, být prospěšní, mnohdy také proto, že mají osobní zkušenost s umíráním někoho blízkého. Nadšení a elán ovšem jako kvalifikace pro tuto práci nestačí, mnohdy naopak tyto atributy mohou být na překážku. Jestliže jedinec nedbá také o péči o svoji vlastní osobu, dostatečně neuspokojuje své základní potřeby, může jej práce „pohltnout“ a jedinec vyhoří.

V teoretické části práce jsme popsali důležité pojmy a jevy, které s hospicovou péčí souvisí. Stručně je shrnut historický vývoj hospicové péče, a to jak ve světě, tak i v České republice. Vysvětleny jsou jednotlivé druhy hospicové péče, se zaměřením na mobilní hospice a důležitost multidisciplinárního týmu. Jedná se jednotku, která je pacientům k dispozici 24 hodin denně. Aby mohla efektivně fungovat a být přínosem pro pacienta, je nutné, aby mezi členy týmu byla vytvořena velmi dobrá spolupráce, existovala efektivní komunikace a tedy se jednotliví členové týmu na sebe mohli spolehnout a důvěřovat si.

Pozornost jsme věnovali také paliativní péči. Definovali jsme tento pojem a odlišili jej od pojmu hospicová péče. Důraz byl kladen na pacienta v paliativní péči, jeho potřebám a zvláštnostem, které je nutné zohledňovat ve vzájemné komunikaci mezi pacientem a zdravotníkem, respektive všemi pracovníky, kteří přijdou do kontaktu s pacientem. Mnohdy totiž pacient řekne víc např. sanitáři nebo kuchaře, než lékaři.

Cílem teoretické části práce bylo objasnění problematiky hospicové péče, definice základních pojmů, kterými jsou kromě hospicové péče spokojenost a též syndrom vyhoření, které s hospicovou péčí a spokojeností pracovníků hospicové péče velmi úzce

souvisí. Vysvětleny byly základní koncepty a teorie, analyzovány byly odborné zdroje. U spokojenosti jsme blíže definovali motivaci zaměstnanců jako velmi důležitý vnitřní faktor pracovní spokojenosti a též faktory vnější, k nimž patří zejména pracovní podmínky, způsob vedení v organizaci a oceňování pracovníků. U syndromu vyhoření jsme popsali fáze burnout syndromu a pozornost jsme věnovali zejména prevenci tohoto jevu u pracovníků, zejména pracovníků působících v hospicové péči.

Cílem našeho průzkumu bylo zjištění míry spokojenosti zaměstnanců hospice, ve kterém byl průzkum formou dotazníkového šetření prováděn. Zkoumali jsme, v jakých aspektech výkonu své práce jsou zaměstnanci spokojeni, v jakých nikoliv, a jaká je míra této spokojenosti. Zjištěné výsledky jsme vztahovali ke čtyřem předem formulovaným průzkumným otázkám.

Průzkumu se zúčastnilo 88% zaměstnanců organizace, celkem se jednalo o 37 respondentů. Respondentům byl předložen dotazník, který byl tvořen otázkami uzavřenými i otevřenými. Dotazník byl vyhodnocován kvantitativně, pomocí základních statistických metod. Zjišťovány byly četnosti těchto odpovědí. Informace získané touto cestou byly doplněny informacemi ze slovních vyjádření respondentů, čímž bylo možné v rámci našeho průzkumu získat detailnější pohled na chod zařízení, ale zejména spokojenost pracovníků v tomto hospici.

Z průzkumu vyplývá, že pracovníci jsou spokojeni se službami, které zařízení pacientům poskytuje. Spokojeni jsou také s pracovními podmínkami a způsobem vedení. Spokojenost respondentů však není zcela stoprocentní, většinou respondenti na pětistupňové škále volili možnost „spíše spokojen“. Převažující spokojenost neznamena, že respondenti jsou spokojeni se všemi oblastmi své práce. Velkou nespokojenost vyjadřovali s nejužším vedením, se kterým dle jejich názoru jsou respondenti často v konfliktu. Na pracovišti panuje velký stres, téměř tři čtvrtiny pracovníků uvádělo, že na pracovišti zažili šikanu či mobbing. Zlepšení by pracovníci uvítali také v oblasti vybavení zařízení pracovními pomůckami, ve zvýšení počtu pracovníků nebo v zavedení motivační složky platu.

K volbě tématu mne vedl zájem o tuto problematiku. V oblasti hospicové péče se pohybuji již dlouhou dobu. Domnívám se, že je stále co zlepšovat. Tato práce by tedy měla sloužit též k osvětě problematiky hospicové péče. Při realizaci dotazníkového šetření byl navázán dobrý kontakt s pracovníky hospice. Společně s nimi

a též s vedením hospice jsme se domluvili na možnosti poskytnout práci k jejich dispozici. Bude-li tedy zájem na straně hospice, ve kterém průzkum probíhal, zjištěné výsledky je možné použít jako zdroj informací o chodu zařízení a případně jako inspiraci k tomu, co by mohlo být v hospici změněno tak, aby z toho profitovali nejen pacienti, ale též zaměstnanci. Zaměstnanci mají svoji práci rádi, přijde jim zajímavá, jsou však dle mého názoru v ohrožení vzniku a rozvoje burnout syndromu. To by mohlo vést k tomu, že práci v hospici ukončí, o čemž také někteří uvažují již dnes.

## **ANOTACE**

Diplomová práce se zabývá mírou spokojenosti zaměstnanců s prací v nejmenovaném hospici. V teoretické části jsou popsány a vysvětleny základní pojmy, tedy koncept hospicové a paliativní péče, druhy hospicové péče, vývoj hospicové péče v České republice i ve světě. Definován je pojem spokojenost, s důrazem na spokojenost pracovní, blíže jsou definovány vnitřní a vnější faktory spokojenosti, stejně jako syndrom vyhoření, jeho etiologie a možnosti prevence. V empirické části je popsán průzkum provedený formou dotazníkové šetření mezi zaměstnanci v hospici. V průzkumu byla zjišťována spokojenost zaměstnanců se službami hospice, způsobem vedení tohoto zařízení, spokojenost s uspokojováním potřeb zaměstnanců a riziko rozvoje syndromu vyhoření v závislosti na pracovní spokojenosti zaměstnanců.

Klíčová slova: hospic, multidisciplinární tým, pacient, paliativní péče, spokojenost, syndrom vyhoření



## **ANNOTATION**

This thesis deals with the degree of job satisfaction in an unnamed hospice. The theoretical part describes and explains the basic concepts, namely the concept of hospice and palliative care, hospice care types, the development of hospice care in the Czech Republic and worldwide. Describes the term satisfaction, with emphasis on the satisfaction of working closely defined internal and external factors of satisfaction, as well as burnout syndrome, its etiology and prevention. In the empirical part is described a survey conducted by using a questionnaire survey among employees in a hospice. The survey was assessed employees' satisfaction with the services of hospice, the conduct of this hospice, the satisfaction of meeting the needs of employees and the risk of developing burnout, depending on the job satisfaction of employees.

Key words: burnout syndrome, hospice, multidisciplinary team, palliative care, patient, satisfaction

## SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ

- ANDRÉSOVÁ, M. a SLEZÁKOVÁ, L. (2013). *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy*. Praha: Grada.
- ARMSTRONG, M. (2002). *Řízení lidských zdrojů*. Praha: Grada.
- BUŽGOVÁ, R. (2015). *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada.
- FERJENČÍK, J. (2010). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál.
- HAŠKOVCOVÁ, H. (2007). *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén.
- HATÁR, C. (2012). Domáca versus inštitucionálna starostlivosť o nesebestačných seniorov alebo o medzigeneračnej solidarite inak. In BALOGOVÁ, B. (ed.). *Medzigeneračné mosty – vstupujeme do roka medzigeneračnej solidarity. Zborník príspevkov z konferencie s medzinárodnou účasťou 10.1.2011 v Prešove*. Prešov: Prešovská univerzita.
- HONZÁK, R. (2015). *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření*. Praha: Vyšehrad.
- CHRÁSKA, M. (2006). *Úvod do výzkumu v pedagogice*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- JEKLOVÁ, M. a REITMAYEROVÁ, E. (2006). *Syndrom vyhoření*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí.
- KEBZA, V. a ŠOLCOVÁ, I. (1998). *Burnout syndrom: teoretická východiska, diagnostické a intervenční možnosti*. *Československá psychologie*, 42 (5), s. 429-446.
- KAPOUNOVÁ, G. (2007). *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada.
- KOCIÁNOVÁ, R. (2010). *Personální činnosti a metody personální práce*. Praha: Grada.
- KOPŘIVOVÁ, J. (2010). *Sociální práce v hospici*. *Sociální práce/sociální práce*, 2010 (2), s. 4-7. ISSN 1213-6204.
- KŘIVOHLAVÝ, J. a KACZMARCZYK, S. (1995). *Poslední úsek cesty*. Praha: Návrat domů.
- KŘIVOHLAVÝ, J. (1998). *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada.

- KŘIVOHLAVÝ, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada.
- KŘIVOHLAVÝ, J. (2009). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
- KŘIVOHLAVÝ, J. (2012). *Hořet, ale nevyhořet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství.
- KUPKA, M. (2014). *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada.
- KUTNOHORSKÁ, J. (2007). *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada.
- LAŠEK, J. (2004). *Subjektivní životní spokojenost u tří věkových skupin respondentů*. *Československá psychologie*, 2004, 48(3), s. 215-224. ISSN 0009-062X.
- MARKOVÁ, M. (2010). *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada.
- MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P. a KOLÁČKOVÁ, J. (2010). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál.
- MLČÁK, Z. (2005). *Psychologie zdraví a nemoci*. Ostrava: Ostravská univerzita.
- NAKONEČNÝ, M. (1996). *Motivace lidského chování*. Praha: Academia.
- PAUKNEROVÁ, D. (2006). *Psychologie pro ekonomy a manažery*. Praha: Grada.
- PAYNE, S., SEYMOUR, J. a INGLETON, CH. (2007). *Paliativní péče: principy a praxe*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu.
- PRIEB, M. (2015). *Jak zvládnout syndrom vyhoření: najděte cestu zpátky k sobě*. Praha: Grada.
- PROKOP, J., KABELKA, L., TOMÁŠKOVÁ, H., PAZDERKOVÁ, R., ALEXANDROVÁ, R., HAVLENOVÁ, Z. a BLINKOVÁ, M. *Hospicová péče v praxi*. Rajhrad: Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa.
- RAICHEL, J. (2009). *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada.
- RICE, R. (2006). *Home Care Nursing Practice: Concepts and Applications*. Amsterdam: Elsevier Health Sciences.
- ŘEZANKOVÁ, H. (2007). *Analýza dat z dotazníkových šetření*. Praha: Professional Publishing.
- SLÁMA, O., KABELKA, L. a VORLÍČEK, J. (2011). *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén.

- SMITH, C.E. (2014). *A Hospice Guide Book: Hospice Care: A Wise Choice providing Quality Comfort Care Through the End of Life's Journey*. Bloomington: Inspiring Voices.
- SVATOŠOVÁ, M. (1995). *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Ecce homo.
- ŠAFRÁNKOVÁ, A. a NEJEDLÁ, M. (2006). *Interní ošetřovatelství II*. Praha: Grada.
- ŠATAVOVÁ, I. (2011). *Dům na cestě: první dětský hospic u nás*. Dobré zprávy: Časopis Výboru dobré vůle – nadace Olgy Havlové. 2011 (3), s. 7-9. ISSN 2338-596X.
- ŠPATENKOVÁ, N. (2013). *Poradenství pro pozůstalé: principy, proces, metody*. Praha: Grada.
- ŠPIRUDOVÁ, L. (2015). *Doprovázení v ošetřovatelství I: pomáhající profese, doprovázení a systém podpor pro pacienta*. Praha: Grada.
- ŠVINGALOVÁ, D. (2006). *Stres a „vyhoření“ u profesionálů pracujících s lidmi*. Liberec: Technická univerzita v Liberci.
- TOMEŠ, I., DRAGOMIRECKÁ, E., SEDLÁROVÁ, K. a VODÁČKOVÁ, D. (2015). *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Karolinum.
- URBAN, J. (2012). *10 kroků k vyššímu výkonu pracovníků: jak snadno a účinně předcházet nedostatkům v práci*. Praha: Grada.
- VENGLÁŘOVÁ, M. a MAHROVÁ, G. (2006). *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada.
- VENGLÁŘOVÁ, M. (2011). *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada.
- VÉVODA, J. (2013). *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada.
- VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a POSPÍŠILOVÁ, Y. (2004). *Paliativní medicína*. Praha: Grada.
- VORLÍČEK, J. a SLÁMA, O. (2005). *Paliativní medicína – historie a současnost*. *Sanquis*. 41 (10), s. 34-35.
- VYMĚTAL, J. (2008). *Průvodce úspěšnou komunikací: efektivní komunikace v praxi*. Praha: Grada.

ZEMANOVÁ, V. a DOLEJŠ, M. (2015). *Životní spokojenost, sebehodnocení a výskyt rizikového chování u klientů nízkoprahových zařízení pro děti a mládež*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Internetové zdroje:

APHPP (2014a). *Hospice v ČR*. [online] 10.7.2014 [cit. 2016-04-03]. Dostupné z <http://asociacehospicu.cz/hospice-v-cr/>.

APHPP (2014b). *Dobrovolníci v hospicové a paliativní péči*. [online] 10.7.2014 [cit. 2016-04-03]. Dostupné z <http://asociacehospicu.cz/dobrovolnici-v-hospicove-a-paliativni-peci/>

ČSPM (2013). *Paliativní péče v ČR v roce 2013* [online] 12.2.2013 [cit. 2016-04-03]. Dostupné z <http://www.paliativnimedicina.cz/aktualita/paliativni-pece-v-cr-v-roce-2013>.

ČSPM (nedatováno). *Pilotní program mobilní specializované péče*. [online] n.d. [cit. 2016-04-03]. Dostupné z <http://www.paliativnimedicina.cz/aktualita/pilotni-program-mobilni-specializovane-pece>.

JONES, S.H. (2008). *A Delicate Balance: Self-Care For the Hospice Professional*. [online] n.d. [cit. 2016-04-07]. Dostupné z <http://www.todayseriatricmedicine.com/archive/spring08p38.shtml>

LEŠKA, V. (2010). *Počet hospiců většinou nestačí nikde na světě*. [online] 8.10.2010 [cit. 2016-04-03]. Dostupné z [http://www.denik.cz/ze\\_sveta/pocet-hospicu-vetsinou-nestaci-nikde-na-svete.html](http://www.denik.cz/ze_sveta/pocet-hospicu-vetsinou-nestaci-nikde-na-svete.html)

## SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Spokojenost zaměstnanců se vztahy na pracovišti.....	49
Graf 2: Názory zaměstnanců na spokojenost pacientů se stravou.....	50
Graf 3: Spokojenost respondentů s pracovníky zajišťujícími úklid a péči o prádlo.....	51
Graf 4: Spokojenost zaměstnanců s pomůckami a zdravotnickým materiálem.....	52
Graf 5: Spokojenost zaměstnanců se službami poskytovanými pacientům.....	52
Graf 6: Spokojenost zaměstnanců s působením dobrovolníků v hospici.....	53
Graf 7: Spokojenost zaměstnanců s atmosférou na pracovišti.....	54
Graf 8: Spokojenost zaměstnanců se způsobem komunikace a jednání.....	55
Graf 9: Spokojenost zaměstnanců s organizací práce.....	57
Graf 10: Spokojenost zaměstnanců s předáváním odpovědí.....	58
Graf 11: Spokojenost zaměstnanců s poradami v hospici.....	59
Graf 12: Spokojenost zaměstnanců s platovým ohodnocením.....	60
Graf 13: Spokojenost zaměstnanců s informovaností o akcích a plánech hospice.....	61
Graf 14: Spokojenost zaměstnanců s vlastní prací.....	62
Graf 15: Spokojenost zaměstnanců se zajištěnou stravou.....	63
Graf 16: Spokojenost zaměstnanců s možnostmi vzdělávání.....	63
Graf 17: Spokojenost zaměstnanců s možnostmi, které v hospici mají.....	64
Graf 18: Motivace zaměstnanců k práci v hospici.....	65
Graf 19: Zkušenost zaměstnanců se šikanou nebo mobbingem na pracovišti.....	66

## SEZNAM PŘÍLOH

Dotazník.....	88
Tabulka četností.....	94

## Dotazník

### Dotazník pracovní spokojenosti zaměstnanců Hospice

Milí zaměstnanci Hospice,

Jsem studentkou navazujícího studia charitativní a sociální práce na katedře Křesťanské sociální práce Cyrilometodějské teologické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci a dovoluji si Vás požádat o vyplnění anonymního dotazníku, jehož výsledky budou součástí mé závěrečné práce. V případě Vašeho zájmu by mohly pomoci i s řešením některých problémů, se kterými se v práci potýkáte.

Anonymitu dotazníku je plně zaručena, vyplněné dotazníky v zalepené obálce mi můžete předat osobně, nebo je můžete vhodit do schránky k tomu určené.

Za spolupráci předem děkuji.

Andrea Radomská

Na pětistupňové škále vyjádřete prosím svoji spokojenost nebo nespokojenost s následujícími složkami Vaší práce a odpovídající číslici zakroužkujte.

**Pod každou otázkou je prostor pro Vaše osobní vyjádření ke konkrétnímu tématu.**

1- zcela spokojen(a)

2- spíše spokojen(a)

3- ani spokojen(a) ani nespokojen(a)

4- spíše nespokojen(a)

5- zcela nespokojen(a)



1/ Atmosféra na pracovišti – pohoda, vstřícnost, vztahy.... 1 2 3 4 5

2/ Vaše samotná práce – uspokojení, náplň .... 1 2 3 4 5

3/ Kolegové - kolegiální, vzájemné vztahy .... 1 2 3 4 5

4/ Nadřízení – způsob komunikace, jednání .... 1 2 3 4 5

5/ Strava – spokojenost personálu 1 2 3 4 5

6/ Strava – spokojenost pacientů dle jejich reakcí a vyjádření, spolupráce s personálem  
1 2 3 4 5

7/ Úklid, prádelna – spokojenost, komunikace, spolupráce ....	1 2 3 4 5
---	-----------

8/ Materiální zabezpečení – pomůcky k práci, zdravotnický materiál	1 2 3 4 5
--	-----------

9/ Školení, vzdělávání - možnosti, podpora vzdělávání, očekávání ....	1 2 3 4 5
---	-----------

Napište o jaké konkrétní semináře a témata máte zájem:

10/ Pracovní podmínky - zaměstnanecké výhody, pracovní prostředí apod.	1 2 3 4 5
--	-----------

11/ Organizace práce – harmonogram, časové rozložení, plán služeb....	1 2 3 4 5
---	-----------

Co by Vám pomohlo lépe zvládat pracovní úkoly? Co by jste zlepšili ?

12/ Předávání informací	1 2 3 4 5
-------------------------	-----------

Pokud máte nějaké konkrétní náměty, prosím napište je zde:

13/ Porady - četnost, funkce .... 1 2 3 4 5

14/ Platové ohodnocení - spokojenost, očekávání ... 1 2 3 4 5

15/ Informovanost o plánech a akcích v Hospici 1 2 3 4 5

16/ Volnočasové aktivity v hospici – přínos pro pacienty, spolupráce s terapeutkou  
1 2 3 4 5

17/ Dobrovolníci – přínos pro pacienty, připomínky k náplni činnosti, chování .... 1 2 3 4 5

18/ Setkali jste se na pracovišti se šikanou nebo mobbingem? ANO NE

19/ Co Vás demotivuje, co Vám kazí dobrý pocit z vykonané práce?

20 / Jak konkrétně Vy přispíváte k týmové spolupráci?

21/ Co byste změnili v organizaci, kdybyste mohli ?

**Prostor pro Vaše další vyjádření:**

22/ Motivace k práci v hospici

Zatrhněte prosím křížkem všechny důvody, pro které v hospici pracujete.

- pracovní prostředí
- spolupracovníci
- finanční zajištěnost
- zajímavá práce
- péče o umírající
- víra
- možnost pomoci druhým
- seberealizace (využití svých schopností)
- zkušenosti s danou prací
- vlastní zkušenost s umírajícími
- vědomí hodnoty vlastního já (nárůst sebeúcty)
- sociální status
- dopravní dostupnost
- jiné důvody (vypište jaké )

## Tabulky četností

1. Atmosféra na pracovišti			
	Frequency	Percent	Valid Percent
Zcela spokojen (a)	2	5,4%	5,4
Spíše spokojen (a)	7	18,9%	18,9
Ani spokojen (a), ani nespokojen (a)	10	27,0%	27,0
<b>Spíše nespokojen (a)</b>	<b>16</b>	<b>43,2%</b>	<b>43,2</b>
Zcela nespokojen (a)	2	5,4%	5,4
Total	37	100,0%	100,0

Tab 1: Spokojenost s atmosférou na pracovišti

2. Náplň práce			
	Frequency	Percent	Valid Percent
<b>zcela spokojen (a)</b>	<b>17</b>	<b>46%</b>	<b>46</b>
spíše spokojen (a)	12	32%	32
ani spokojen (a) ani nespokojen (a)	8	22%	22
Total	37	100%	100

Tab 2: Spokojenost s náplní práce

3. Kolegové			
	Frequency	Percent	Valid Percent
zcela spokojen (a)	12	32%	32
spíše spokojen (a)	12	32%	32
ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	11	30%	30
spíše nespokojen(a)	1	3%	3
zcela nespokojen(a)	1	3%	3
Total	37	100%	100

Tab 3: Spokojenost s kolegy na pracovišti

<b>4. Nadřizení</b>			
	Frequency	Percent	Valid Percent
nezodpovězeno	1	3%	3
zcela spokojen(a)	3	8%	8
spíše spokojen(a)	6	16%	16
ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	6	16%	16
spíše nespokojen(a)	10	27%	27
<b>zcela nespokojen(a)</b>	<b>11</b>	<b>30%</b>	<b>30</b>
Total	37	100%	100

Tab 4: Spokojenost s nadřizenými

<b>5. Strava pro pacienty</b>			
	Frequency	Percent	Valid Percent
<b>zcela spokojen(a)</b>	<b>23</b>	<b>62%</b>	<b>62</b>
spíše spokojen(a)	12	32%	32
ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	2	5%	5
Total	37	100%	100

Tab 5: Názor zaměstnanců na spokojenost pacientů se stravou v hospici

<b>6. Strava pro zaměstnance</b>			
	Frequency	Percent	Valid Percent
nezodpovězeno	2	5%	5,4
zcela spokojen(a)	6	16%	16,2
<b>spíše spokojen(a)</b>	<b>19</b>	<b>51%</b>	<b>51,4</b>
ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	8	22%	21,6
spíše nespokojen(a)	1	3%	2,7
zcela nespokojen(a)	1	3%	2,7
Total	37	100%	100

Tab 6: Spokojenost zaměstnanců se stravou v hospici

<b>7. Úklid, prádelna</b>			
	Frequency	Percent	Valid Percent
<b>zcela spokojen(a)</b>	<b>19</b>	<b>51%</b>	<b>51,4</b>
spíše spokojen(a)	15	41%	40,5
ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	2	5%	5,4
spíše nespokojen(a)	1	3%	2,7
Total	37	100%	100

Tab 7: Spokojenost pracovníků s úklidem, prádelnou

<b>8. Materiální zabezpečení</b>			
	Frequency	Percent	Valid Percent
zcela spokojen(a)	5	14%	13,5
<b>spíše spokojen(a)</b>	<b>17</b>	<b>46%</b>	<b>45,9</b>
ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	7	19%	18,9
spíše nespokojen(a)	7	19%	18,9
zcela nespokojen(a)	1	3%	2,7
Total	37	100%	100

Tab 8: Spokojenost zaměstnanců s materiálním zabezpečením

<b>9. Školení, vzdělávání</b>			
	Frequency	Percent	Valid Percent
nezodpovězeno	5	14%	13,5
<b>zcela spokojen(a)</b>	<b>13</b>	<b>35%</b>	<b>35,1</b>
spíše spokojen(a)	6	16%	16,2
ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	9	24%	24,3
spíše nespokojen(a)	2	5%	5,4
zcela nespokojen(a)	2	5%	5,4
Total	37	100%	100

Tab 9: Spokojenost zaměstnanců se zajišťováním vzdělávání

<b>10. Pracovní podmínky</b>			
	Frequency	Percent	Valid Percent
nezodpovězeno	1	3%	2,7
zcela spokojen(a)	5	14%	13,5
spíše spokojen(a)	16	43%	43,2
ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	7	19%	18,9
spíše nespokojen(a)	8	22%	21,6
Total	37	100%	100

Tab 10: Spokojenost s pracovními podmínkami

<b>11. Organizace práce</b>			
	Frequency	Percent	Valid Percent
nezodpovězeno	4	11%	10,8
zcela spokojen(a)	7	19%	18,9
spíše spokojen(a)	11	30%	29,7
ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	10	27%	27
spíše nespokojen(a)	4	11%	10,8
zcela nespokojen(a)	1	3%	2,7
Total	37	100%	100

*Tab 11: Spokojenost s organizací práce*

<b>12. Informovanost</b>			
	Frequency	Percent	Valid Percent
nezodpovězeno	3	8%	8,1
zcela spokojen(a)	6	16%	16,2
spíše spokojen(a)	5	14%	13,5
ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	11	30%	29,7
spíše nespokojen(a)	10	27%	27
zcela nespokojen(a)	2	5%	5,4
Total	37	100%	100

*Tab 12: Spokojenost s informovaností v hospici*

<b>13. Porady</b>			
	Frequency	Percent	Valid Percent
nezodpovězeno	7	19%	18,9
zcela spokojen(a)	3	8%	8,1
spíše spokojen(a)	11	30%	29,7
ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	12	32%	32,4
spíše nespokojen(a)	2	5%	5,4
zcela nespokojen(a)	2	5%	5,4
Total	37	100%	100

*Tab 13: Spokojenost s konáním porad v hospici*



14. Plat			
	Frequency	Percent	Valid Percent
nezodpovězeno	1	3%	2,7
zcela spokojen(a)	2	5%	5,4
spíše spokojen(a)	17	46%	45,9
ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	6	16%	16,2
spíše nespokojen(a)	7	19%	18,9
zcela nespokojen(a)	4	11%	10,8
Total	37	100%	100

Tab 14: Spokojenost s platem

15. Informace o akcích v hospici			
	Frequency	Percent	Valid Percent
nezodpovězeno	1	3%	2,7
zcela spokojen(a)	16	43%	43,2
spíše spokojen(a)	11	30%	29,7
ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	2	5%	5,4
spíše nespokojen(a)	5	14%	13,5
zcela nespokojen(a)	2	5%	5,4
Total	37	100%	100

Tab 15: Spokojenost s informováním o akcích v hospici

16. Volnočasové aktivity			
	Frequency	Percent	Valid Percent
nezodpovězeno	3	8%	8
zcela spokojen(a)	21	57%	57
spíše spokojen(a)	8	22%	22
ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	5	14%	14
Total	37	100%	100

Tab 16: Volnočasové aktivity

17. Dobrovolníci			
	Frequency	Percent	Valid Percent
nezodpovězeno	1	3%	2,7
zcela spokojen(a)	23	62%	62,2
spíše spokojen(a)	8	22%	21,6
ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	5	14%	13,5
Total	37	100%	100

Tab 17: Spokojenost zaměstnanců s působením dobrovolníků v hospici

<b>18. Šikana, mobbing</b>			
	Frequency	Percent	Valid Percent
Ano	<b>27</b>	<b>73%</b>	<b>73</b>
Ne	10	27%	27
Total	37	100%	100

*Tab 18: Zkušenost pracovníků se šikanou či mobbingem v hospici*