



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

**Zvládání pracovní zátěže u pracovníků ve vybrané
domácí hospicové péči**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

REHABILITACE

Autor: Michaela Adlerová

Vedoucí práce: Mgr. Dagmar Dvořáčková, Ph.D.

České Budějovice 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „Zvládání pracovní zátěže u pracovníků ve vybrané domácí hospicové péči“ jsem vypracovala samostatně, pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 3. 5. 2019

.....

Michaela Adlerová

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala paní Mgr. Dagmar Dvořáčkové, Ph.D. za trpělivost a cenné rady při realizaci této bakalářské práce. Dále děkuji pracovníkům vybraného zařízení za velmi ochotný a otevřený přístup k výzkumu. Především děkuji mé rodině a přátelům, kteří mi byli oporou a nápomocí při technickém zpracování bakalářské práce.

Zvládání pracovní zátěže u pracovníků ve vybrané domácí hospicové péči

Abstrakt

Doprovázení je pro pracovníky v hospicové a paliativní péči symbolem podat nevyléčitelně nemocnému pomocnou ruku a jít jeho cestou. Hlavním cílem sociálního pracovníka a zdravotní sestry je zlepšení kvality života člověka v terminálním stádiu onemocnění. Sociální pracovník a zdravotní sestra domácí hospicové péče jsou běžně články multidisciplinárního týmu v hospicové péči a společně s ostatními odborníky přispívají ke zvýšení kvality života klientů. Mnoho pracovníků domácí hospicové péče je vystaveno denně silnému stresu a hrozí syndrom vyhoření, případně rozvoj některé úzkostné poruchy nebo deprese.

Tématem bakalářské práce je zvládání pracovní zátěže u pracovníků ve vybrané domácí hospicové péči. Cílem práce je zmapovat pracovní zátěž, se kterou se pracovník potýká a její zvládání. Hlavní výzkumná otázka zní: Jaké faktory ovlivňují zvládání pracovní zátěže v domácí hospicové péči? Metodikou byl zvolen kvalitativní sběr dat (metoda dotazování, technika polostrukturovaný rozhovor). Pracovníci v hospicové péči jsou vybráni metodou kvótního výběru. Zvolené kvóty jsou následující: dotazovaný pracuje v přímé péči s klientem minimálně půl roku a je ochotný spolupracovat.

Klíčová slova:

Pracovní zátěž, domácí hospicová péče, stres, coping, syndrom vyhoření, osobnostní rysy, duševní hygiena, supervize.

Managing of the workers' workload in selected home hospice care

Abstract

The escort is for the workers in hospice and palliative care a symbol how to give the helping hand to the terminally ill people and go their way. The main objective of a social worker and a nurse is to improve the quality of life of the person in the terminal stage of the disease. A social worker and nurse of home hospice care are normally part of a multidisciplinary team in hospice care and, together with other professionals, contribute to improving the quality of clients' lives. Many home care workers are subjected to daily stress and are at risk of burnout or the development of some anxiety disorder or depression.

The topic of the bachelor thesis is how the workers in the selected home hospice care manage their workload. The aim of the work is to map the workers' workload and how the workers deal with it. The main research question is: What factors do affect workload management in home hospice care? The qualitative data collection was used as a methodology, using the interview method and the semi-structured interview technique. Employees in hospice care are selected by the quota selection method. The selected quotas are: The interviewee works in direct care with the client for at least half a year and is willing to cooperate.

Keywords:

Workload, home hospice care, stress, managing, burnout syndrome, personality characteristics, mental hygiene, supervisit.

Obsah

Úvod.....	8
1 Paliativní péče.....	9
1.1 Formy paliativní péče.....	9
2 Hospicová péče.....	10
2.1 Domácí hospicová péče.....	10
3 Interdisciplinární tým.....	11
3.1 Sociální práce v hospicové péči.....	11
3.2 Role zdravotní sestry v hospicové péči.....	12
4 Předpoklady pracovníka pro práci v oblasti hospicové péče.....	13
5 Zátěž pracovníků.....	14
5.1 Pracovní zátěž.....	15
6 Stres.....	16
6.1 Coping.....	17
7 Syndrom vyhoření.....	18
7.1 Faktory a fáze ovlivňující syndrom vyhoření.....	18
7.2 Příznaky.....	20
7.3 Prevence syndromu vyhoření.....	21
8 Supervize.....	22
8.1 Dělení supervize.....	22
9 Duševní hygiena.....	24
10 Operacionalizace základních pojmů.....	25
11 Cíl práce a výzkumné otázky.....	26
11.1 Cíl práce.....	26
11.2 Hlavní výzkumná otázka.....	26
11.3 Dílčí výzkumné otázky.....	26
12 Metodika.....	27
12.1 Metodický postup.....	27
12.2 Popis výzkumného nástroje.....	27
12.3 Popis výzkumného souboru.....	27
12.4 Předvýzkum.....	28
12.5 Způsob zpracování dat.....	28
12.6 Harmonogram výzkumu.....	29

12.7	Etické aspekty výzkumu	30
13	Výsledky a jejich interpretace.....	31
13.1	Výsledky dílčí výzkumné otázky č. 1	31
13.2	Výsledky dílčí výzkumné otázky č. 2	33
13.3	Výsledky dílčí výzkumné otázky č. 3	36
13.4	Výsledky dílčí výzkumné otázky č. 4	38
14	Diskuze	41
15	Závěr	48
	Seznam zdrojů:	50

Úvod

Pracovníci v domácí hospicové péči jsou denně vystaveni různým stresujícím faktorům, které mohou zvládat díky svým postojům a technikám, vedoucím k lepšímu zvládnutí jejich pracovní zátěže. Setkávají se s umírajícími lidmi a jejich rodinou, pracují se svými osobnostními rysy, které jim při práci pomáhají, nebo naopak jsou jim překážkou v určitých chvílích, musí pracovat interdisciplinárně, což znamená, že pracují v kolektivu a ne každý má kolektivního ducha a také pracují v prostředí, které jim ne vždy musí být příjemné. Je spousta zátěžových faktorů, se kterými se pracovník v hospicové péči musí vypořádat a unést váhu odpovědnosti.

Cílem této bakalářské práce je zmapovat pracovní zátěže a jejich zvládnutí u pracovníků ve vybrané domácí hospicové péči. Teoretická část bakalářské práce se v úvodu věnuje obecně paliativní a hospicové péči, interdisciplinárnímu týmu – zejména zdravotním a sociálním oborům a předpokladům, které by pracovník v hospicové péči měl mít. Dále se práce věnuje pracovní zátěži a následkům ze zátěže vyplývající, a to stres a syndrom vyhoření. Ke konci teoretické práce jsou popsány metody, které mohou přispívat k prevenci již zmíněných negativních následků, supervize a duševní hygiena.

V praktické části je popsán výzkum, který byl proveden ve vybraném domácím hospici. Výzkumu se účastnilo 5 pracovníků z tohoto zařízení. K výzkumu byla použita metoda dotazování a technika polostrukturovaného rozhovoru. Výsledky výzkumu jsou slovně popsány dle jednotlivých dílčích otázek a ke každé otázce přiřazeny trsy, které sjednocují názory dotazovaných informantů. Následně jsou v diskuzi porovnány se současným stavem. Poznatky byly využity jak z teoretické části, tak i z doplněných dalších poznatků, které se po výzkumu jeví jako důležité.

V závěru jsou shrnuty všechny výsledky z provedeného výzkumu, zhodnocení dosažení cíle a přínos této bakalářské práce pro praxi.

1 Paliativní péče

Paliativní péče je aktivní péče poskytovaná klientovi, který trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stádiu, kdy je cílem zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání, zachovat klientovu důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkým (Skála a kol. 2011). Dále tento autor uvádí, že paliativní péče chápe umírání jako přirozenou součást lidského života a vychází z toho, že každý člověk prožívá závěrečnou část svého života se všemi jeho tělesnými, duševními, sociálními, duchovními a kulturními aspekty zcela individuálně. Marková a kol.(2009) uvádí, že paliativní péče je aktivní, na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná nemocným, kteří trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém a terminálním stádiu.

Dále autorka (Marková a kol., 2009) popisuje cíl paliativní péče, kterým není klienta primárně vyléčit a prodloužit život, ale jako prevenci a zmírnění bolesti a dalších tělesných a duševních strádání. Autorka (Marková a kol., 2009) je toho názoru, že paliativní péči lze nejlépe poskytovat doma a ve spolupráci s rodinou. Tam, kde to možné není, by měla být pacientovi paliativní péče poskytována v prostředí domovu co nepodobnějším: v lůžkovém hospici, na paliativním oddělení nemocnice, ve spolupráci s ambulancí paliativní péče (Marková a kol., 2009).

Kupka (2014) uvádí hlavní cíl paliativní léčby, a to zlepšení kvality života nevléčitelně nemocných lidí, jak po stránce tělesné, tak i duševní, sociální i duchovní (jedná se tedy o komplexní bio-psycho-sociálně-spirituální přístup).

1.1 *Formy paliativní péče*

Formy paliativní péče podle Slámy a kol. (2011) jsou následující: lůžkový hospic, domácí hospic, ambulance paliativní medicíny a konziliární paliativní tým, oddělení paliativní péče při zdravotnických zařízeních, stacionární paliativní péče a speciální hospicová poradna.

Vzhledem k zaměření bakalářské práce se v následujících kapitolách budu zabývat a popisovat formu domácí hospicové péče.

2 Hospicová péče

Arnoldová (2016) uvádí, že hospicová péče je orientována na vytvoření systému služeb a péče pro umírající nemocné a jejich blízké, které v maximální možné míře respektují uspokojování individuálních potřeb nemocného, a kdy kvalita života umírajících je spojena se zajištěním podmínek, které dovolí nemocnému prožít své poslední dny v prostředí známém, v kruhu svých blízkých, bez fyzické i duševní bolesti a bez zbytečného utrpení.

Tomeš (2015) tvrdí, že i když se v dokumentu Světové zdravotnické organizace píše o paliativní péči, v podstatě se jedná o definici hospicové péče. Zatímco paliativní péče jako zdravotnické úsilí je především soustředěna na pacienta, na jeho bolesti a útlum zdravotního znevýhodnění, hospicová péče silně podporuje rodinu, respektive sociální prostředí, ve kterém člověk umírá, a jeho kvalitu života, která není definovaná jen zmírněním bolesti Tomeš (2015).

Tento autor (Tomeš, 2015) dodává další důležitý rozlišující znak mezi paliativní a hospicovou péčí, který spočívá v tom, že paliativní péče se zabývá všemi zdravotními aspekty dlouhodobé péče o nevléčitelně nemocné pacienty, zatímco hospic se soustřeďuje na terminální stádium nevléčitelné nemoci – hospicová péče klade stejný důraz jak na odstranění fyzického strádání, tak na zmírnění duchovních strastí, souvisejících s blížící se smrtí. Mnozí lidé s onemocněním v terminální fázi preferují domácí hospicovou péči

2.1 Domácí hospicová péče

Sláma a kol. (2011) konstatuje k domácí hospicové péči, že tato forma představuje ideální formu péče o umírající, klient je ošetřován v prostředí, které důvěrně zná, poskytovaná péče je maximálně individualizovaná a garantuje trvalou dostupnost péče pacientovi, kdy se může doplňovat s jinými službami. Tato péče může představovat pro rodinu velkou psychickou, fyzickou i ekonomickou zátěž (Sláma a kol., 2011).

3 Interdisciplinární tým

Mobilní hospic nebo též domácí hospic je tým terénních pracovníků (lékař, zdravotní sestra, sociální pracovník, psychoterapeut nebo psycholog, někdy též koordinátor dobrovolníků, terapeut pro pozůstalé, pastorační pracovník), kteří poskytují komplexní paliativní péči nevyčerpitelně nemocným klientům a jejich rodinám, které se o ně doma starají (Marková a kol., 2009).

Kupka (2014) uvádí a doplňuje Markovou (2009), že interdisciplinární tým je složen z lékařů různých specializací, zdravotní a dietní sestry, sociálního pracovníka, rehabilitačního pracovníka, psychiatra, psychologa či duchovního a zdůrazňuje výrazný podíl rovněž členů rodiny pacientů a dobrovolníků.

K tomuto tématu se vyjádřil i Šourek (2016) který uvádí, že se nejedná pouze o tým zdravotníků, ale i jiných profesí. Je potřeba si uvědomit, že umírání není nemoc, ale kritická životní fáze, která je doprovázená nemocí a různorodé potřeby člověka, které v této fázi vznikají a mohou být naplněny pouze týmovou prací, kdy interdisciplinární přístup samozřejmě neznamená nutnost najímání nových odborníků, ale lepší zapojení stávajících (lékaře, sociálního pracovníka, dobrovolníků) a jejich další vzdělávání (Šourek, 2016).

3.1 Sociální práce v hospicové péči

Jak jsem uvedla výše, na průběhu domácí hospicové péče se podílí multidisciplinární tým. Jeho nedílnou součástí je sociální pracovník. Dvořáčková (2010) uvádí, že sociální pracovník může pomoci rozhodovat, které věci jsou životně důležité, které je nutné řešit hned, či které naopak mohou počkat. Sociální pracovník je článkem, který propojuje služby a péči, kterou poskytuje komunita (Dvořáčková, 2010).

Přidalová (2010) uvádí, že sociální pracovník vnímá člověka v kontextu jeho života bez nemoci, v jeho užších i širších sociálních vazbách, v rámci rodinných struktur. Dále autorka (Přidalová, 2010) tvrdí, že jeho chování interpretuje právě na základě tohoto kontextu, snaží se mu pomoci adaptovat na život s nemocí, obnovit rovnováhu způsobenou zažitými ztrátami a najít nový způsob fungování v dané situaci a bere přitom ohled i na členy rodiny nemocného člověka, jak nemoc jejich blízkého ovlivnila jejich život a jejich schopnost fungovat ve svých ostatních sociálních rolích.

Možnosti intervence sociálního pracovníka v paliativní péči jsou vytvoření plánu pro život s terminální nemocí, doprovázení nemocných a jejich příbuzných náročným životním obdobím, přípravy na smrt a pomoc pozůstalým (Přidalová, 2010).

Dvořáčková (2010) popisuje intervenci sociálního pracovníka, kdy sociální pracovník zajišťuje spirituální péči pro klienta – uspokojení jeho duchovních potřeb, eventuálně další aktivity, jako je muzikoterapie, arteterapie, čtení knih, psaní dopisů a další programy, které klientově rodině zpříjemní poslední chvíle společného života. Dále Dvořáčková (2010) tvrdí, že sociální pracovník snímá z rodiny a blízkých břemeno, které je spojeno se zajištěním pohřbu a dalšími náležitostmi, které je nutno vypořádat po úmrtí klienta.

3.2 Role zdravotní sestry v hospicové péči

Zdravotní sestra zaujímá v multidisciplinárním týmu velmi důležité postavení, kdy je pacientovi nejbližším profesionálem, musí mu umět správně vysvětlit vše, na co se ptá, stejně tak jako musí předat ostatním členům v týmu své poznatky o pacientovi i rodině a monitoruje všechny potřeby nemocného a hledá možnosti, jak pacientovi umožnit jejich naplnění (Marková, 2010).

Plevová a kol. (2011) v následujícím odstavci popisují roli zdravotní sestry v hospicové péči. Zdravotní sestra u pacienta uspokojuje jeho fyzické, psychické a sociální potřeby. Pacient od ní očekává odborné znalosti v dané problematice. S pacientem je více v kontaktu než lékař, proto je i pro lékaře důležitým zdrojem informací. Do péče zahrnuje pacientovu rodinu. Pro vykonávání své profese musí vyžadovat určité schopnosti: senzomotorické (zručnost), intelektové (schopnost rozhodnutí v dané situaci), sociální, komunikační a také osobnostní předpoklady (Plevová a kol., 2011).

Faktory, ovlivňující připravenost sestry, Halmo (2014) tvrdí, že jsou především kvalifikační příprava, čas, vnímání pacienta sestrou (někdy sestry označují některé pacienty jako „těžké“ nebo „jednoduché“, případně mají zálibu v určité skupině pacientů, jimž chtějí péči poskytovat), stáří pacientů, pohlaví pacientů, rasa pacientů, sociální status.

4 Předpoklady pracovníka pro práci v oblasti hospicové péče

Kupka (2014) uvádí, že práce v paliativní medicíně klade zvýšené nároky na psychickou odolnost pracovníka, a proto je užitečné, aby management zdravotnického zařízení zakalkuloval pro každého začínajícího pracovníka do svých programů poskytnutí zkušebního období, během něhož by si mohli, on sám i jeho nadřízený, ověřit, zda se pro takovou práci hodí.

Marková (2010) pokládá za velmi důležité, aby vedoucí praxí nebo sestry zodpovědné za studenty, podporovali mladé zdravotní sestry ve zvládnání pro ně nové a náročné situace (tj. první setkání se smrtí).

Dále Kupka (2014) upozorňuje, že hlavním předpokladem je duševní zdraví a tvrdí, že pro tuto práci se nehodí osoby, které jsou nervově labilní či léčené pro duševní chorobu a pokud by se tak stalo, otevírá se tím cesta k iatropatogennímu působení na pacienty. Kupka (2014) pokračuje dalším předpokladem, a to je zralost osobnosti a určité povahové rysy, jako je schopnost sebeovládání a trpělivosti. Zdůrazňuje, že lidé, kteří jsou výbušní, neklidní, nevlídní a nevyrovnaní, by neměli v oblasti paliativní péče pracovat (Kupka, 2014).

Sláma a kol. (2011) se stejně jako Kupka (2014) věnuje předpokladům pro práci v paliativní péči a domnívá se, že nastupující pracovník by měl znát svou toleranci k nadlimitním zátěžím, což znamená, že by měl znát svá citlivá místa a měl by je znát i jeho nadřízený. Autor (Sláma a kol., 2011) uvádí, že hlavními předpoklady k vykonávání profese je dobré fyzické zdraví, schopnost komunikace, slušnost, trpělivost, klidné a seriózní vystupování a výhodou je samozřejmě i dobré rodinné zázemí.

Ptáček, Bartůněk a kol. (2014) uvádějí základní indikátory, jejichž naplnění je předpokladem pro to být profesionálem v péči o nevléčitelně nemocné - být člověkem a vnímat lidství, k tomu ovšem vynikajícím profesionálem ve znalosti průběhů nevléčitelných nemocí a možností symptomatické léčby, umět využít autenticky svou empatii a mít energii pro to - „jí předávat“ a mít vynikající komunikační schopnosti s lidovskými předpoklady.

5 Zátěž pracovníků

Kurucová (2016) uvádí definici zátěže jako faktor působící na organismus a kladoucí požadavky, jimiž se naruší rovnováha v organismu, což podnítl činnost zaměřenou na její obnovení, přičemž klade zvýšené nároky na senzomotorické, mentální, voluntární procesy a na schopnosti člověka. Dále uvádí, že zátěž vzniká tehdy, když je míra stresorů vyšší než schopnosti daného jedince tuto situaci zvládnout (Kurucová, 2016).

Paulík (2017) se domnívá, že člověk se s podněty zátěžové situace vyrovná, adaptuje se na ně, zvládne je běžnými adaptačními mechanismy, nebo proběhne stresová reakce v rovině biologické, psychologické či behaviorální a je-li člověk v zátěžové situaci silně znepokojen, cítí se ohrožen ve svých fyziologických potřebách, hodnotách, sebepojetí apod., reaguje buď aktivně (hněvem, útokem, útekem či ústupem), nebo pasivně (úzkostí, depresí či studem).

Podle Mlýnkové (2010) je zátěž výsledkem vzájemného působení dvou faktorů – vnější podmínky kladené na člověka (typická je jejich neočekávatelnost, neobvyklost, intenzita a délka trvání – náhlá změna v chování umírajícího) a vlastnosti pracovníka (pomocí nichž tyto vlivy zvládá).

Paulík (2017) se v následujícím odstavci a několika bodech zabývá dělením zátěže. Uvádí, že zátěž se dá diferencovat podle různých hledisek, například podle délky působení na krátkodobou a dlouhodobou, podle emoční odezvy na příjemnou a nepříjemnou, podle intenzity či podnětů na minimální, lehkou (mírnou), střední a těžkou (intenzivní, silnou):

- minimální zátěž: spojena s relativním klidem, nečinností, sporadickými a málo intenzivními podněty,
- lehkou zátěž: vyvolávají například nároky běžných činností, které nevyžadují větší námahu,
- střední zátěž: situace, kde jsou vyžadovány aktivity obtížnější a kde působí různé komplikující a rušivé vlivy a překážky úspěšné činnosti,
- těžká zátěž: souvisí s masivními nároky, ohrožením zdraví a života (Paulík, 2017).

Podle druhů zátěžových podnětů můžeme také rozlišit zátěž fyzickou a psychickou (Paulík, 2017). Dle Kurucové (2016) fyzickou zátěž pečovatele způsobuje statické

zatížení – výkony kolem pacienta vestoje, zatížení kosterního a svalového systému, kloubů – při zvedání a manipulaci s pacientem, porušení spánkového rytmu (nepřetržitá péče), nedostatek času na stravování i pitný režim a mnoho jiného.

Co se týče psychické zátěže, Kurucová (2016) tvrdí, že z psychických aspektů popisují pečovatelé nejvíce emocionální neklid, stres, nervozitu, strach a depresi. Dále uvádí, že do psychické zátěže se řadí stálá pozornost a sledování stavu klienta, pružné reakce na požadavky a změnu u klienta, nároky na paměť, odpovědnost za výsledky své práce, samostatné rozhodování a respektování určitých pravidel a kromě uvedených problémů pozorujeme i vliv péče o chronicky nemocného na vztahy v rodině a sociální oblasti (Kurucová, 2016).

Podle Mlýnkové (2010) může být zátěž optimální, přiměřená nebo škodlivá, a to, jak se naučíme se zátěží vyrovnávat, záleží zejména na rodinném prostředí a výchově každého z nás.

5.1 Pracovní zátěž

Pracovní zátěž podle Mikuláščíka (2015) jsou pracovní nároky kladené na pracovníka, způsob, jak je pracovník zvládá a jak tyto nároky působí na psychiku člověka. Pracovní zátěž je vnímaný vztah mezi množstvím schopností nebo prostředků pro duševní zpracování a množstvím, které práce vyžaduje (Jacobs, Hellman, Markowitz, 2013).

Péče o umírajícího člověka je pro pečujícího bez pochyby velmi náročná. Kebza (2012) je toho názoru, že se péče o umírajícího pacienta může stát dlouhodobě zatěžující aktivitou a rovněž práce s rodinnými příslušníky, kterým umírá jejich bližní, se tak stává situací extrémní zátěže, kdy jejich vypjaté emoční reakce, zvláště hněv, různé formy agrese, jsou situace, které se zvládají velmi obtížně. Kupka (2014) poukazuje právě na to, že práce s lidmi jako taková vede k emočnímu vyčerpání, které je zapříčiněno nadměrnými psychickými a emočními nároky. Paliativní péče je situací chronicky působícího stresu (Kupka, 2014).

6 Stres

Paulík (2017) se domnívá, že i když sám termín stres a jeho vztah k pojmu zátěž není vymezován všemi badateli shodně, zpravidla se stres spojuje se situacemi obtížnými, ohrožujícími, významně narušujícími rovnováhu organismu a vyvolávajícími závažné změny v hormonálním, oběhovém i imunitním systému. Stres Pešek (2016) definuje jako stav zatížení organismu, ke kterému dochází vlivem různých stresorů, kdy tyto stresory spouštějí stresovou reakci, která organismus přivádí do stavu pohotovosti a připravenosti k „boji“, nebo „úniku“.

Kopecská (2016) uvádí, že stres můžeme definovat jako negativní emocionální zážitek, který je doprovázen určitým souborem biochemických, fyziologických, kognitivních, a v chování pozorovatelných změn, které jsou zaměřeny na změnu situace, jež člověka ohrožuje, nebo přizpůsobení se tomu, co nelze změnit. Stresová reakce vyvolává neklid, napětí, mobilizuje energii potřebnou pro rychlou soustředěnou akci a dochází k výlevu adrenalinu a noradrenalinu a je aktivován sympatikus, což se projeví zúžením cév, zrychlením dechu a tepu srdce, zvýšením krevního zásobení a napětím kosterního svalstva, snížením napětí hladkého svalstva trávicího traktu, rozšířením zornic, objeví se „husí kůže“ (Pešek, 2016).

Další autorka (Prieß, 2015) se domnívá, že pod pojmem stres se obecně rozumí subjektivní stav, ve kterém má dotyčný pocit, že je vystavený obtížné situaci nebo nepříjemným okolnostem, kterým se nemůže vyhnout a ani je nemůže ovlivnit ve svůj prospěch. Autorka dodává ke svému tvrzení, že buď mu k jejich zvládnutí chybí schopnosti, nebo nemá k dispozici dostatečné zdroje (Prieß, 2015).

Mlýnková (2010) uvádí v několika bodech fáze stresových reakcí:

- uvědomění si zátěže,
- aktivace obranných reakcí – popírání skutečnosti, izolace od okolního světa, od nemocných, spolupracovníků, vyhýbání se kontaktům, stáhnutí se do sebe, negativní emoční ladění,
- aktivace fyziologických funkcí – rozbuší se srdce, zvýší se krevní tlak, zrychlí se tep a dýchání,
- coping – hledání a realizace způsobů, jak stresu čelit,
- první somatické příznaky – bolesti v nadbřišku, nechutenství, nespavost,

- syndrom vyhoření.

Stres dělíme na dva druhy, a to eustres a distres (někteří autoři používají pojmy dobrý a špatný stres). Eustres definují Venglářová a kol. (2011) jako stres příjemný, radostný, dodávající aktivní energii, každopádně může dojít také k přetížení člověka, ale v kladném slova smyslu (např. situace, kdy se člověk snaží zvládnout něco, co mu přináší radost, avšak vyžaduje to určitou námahu). Pešek (2016) uvádí, že k eustresu vedou události, jako přemíra práce, která nás baví a naplňuje. Křivohlavý (2010) se také těmto druhům věnuje a tvrdí, že o distresu se hovoří v případě, kdy přetížení člověka v dané situaci výrazně převyšuje jeho možnosti.

6.1 Coping

Venglářová (2011) definuje coping jako zvládnutí působícího stresoru, tj. nasazení všech sil k boji, aby jedinec zvládl nadlimitní zátěž. Dále se autorka (Venglářová, 2011) domnívá, zda to jedinec zvládne, či ne, záleží na adaptaci jedince (schopnosti přizpůsobit se relativně novým a neobvyklým změnám vnějšího prostředí). Při adaptaci jde o hledání a nalézání vhodných způsobů zvládnání úkolů, pro něž má člověk k dispozici vrozené i naučené způsoby řešení (Venglářová, 2011). Další definici copingu uvádí autoři (Preedy, Watson, 2010) jako zvládnání emočních reakcí na stres nebo změnu samotné stresující události.

Andršová (2012) se shoduje s Venglářovou a podobně definuje coping, jakož to spektrum způsobů chování jedince, které se uplatňují při zvládnání náročných situací, jde o nasazení sil k boji se stresem. Mareš (2012) uvádí nejčastější definici mezi autory, která říká, že zvládnání, je stále se měnící kognitivní a behaviorální úsilí jedince zvládnout, popřípadě tolerovat nebo redukovat požadavky, jež zatěžují, či dokonce převyšují jeho psychické zdroje a donedávna se předpokládalo, že nejde o jakoukoli zátěž, ale jen o takovou která se stává pro jedince nadlimitní.

Stock (2010) dělí copingové strategie na tři druhy, a to na strategii orientovanou na problém (např. otevřený rozhovor s nadřízeným v případě, že nesouhlasíte s nějakým rozhodnutím), strategie orientovaná na emoce (např. procházka jako zdroj uklidnění či rozptýlení) a neefektivní postupy (jedinec se zátěžové situaci vyhýbá, nepřipouští si ji, nebo si ji vědomě potlačuje – tím se sice problému v danou chvíli vyhne, ale jeho pravá příčina zůstává z dlouhodobého hlediska neodstraněná).

7 Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření je relativně nové civilizační onemocnění způsobené přetížením našich psychosomatických sil (Cong, 2015). Janáčková (2008) udává definici syndromu vyhoření jako profesionální selhávání na základě vyčerpání vyvolaného zvyšujícími se požadavky od okolí nebo od samotného jedince a zahrnuje ztrátu zájmu a potěšení, ztrátu ideálů, energie i smyslu, negativní sebeocenení a negativní postoje k povolání.

Pešek (2016) uvádí, že syndrom vyhoření je často provázený depresivními stavy, kdy se jedná o úplné emoční vyčerpání a pracovník odchází ze zaměstnání, nebo vyhořelý zůstává, a v té samé organizaci přechází na jinou pracovní pozici. Dále uvádí (Pešek, 2016), že v ideálním případě pracovník přehodnotí své postoje a životní styl, popřípadě absolvuje psychoterapii a s více realistickými očekáváním pracuje dál ve své původní profesi.

Venglářová a kol. (2011) uvádějí, že syndrom vyhoření se projevuje spíše v psychice postiženého a navenek je vidět až mnohem později. Autorka se ztotožňuje s názorem, že nejpravděpodobnější výskyt syndromu je v práci s lidmi.

7.1 Faktory a fáze ovlivňující syndrom vyhoření

Již zmíněné faktory k vzniku syndromu vyhoření definuje Kopecká (2015), kdy první faktor je prostředí pracoviště a typ klientů a druhý faktor se týká pozitivního prostředí pracovního kolektivu. Venglářová a kol. (2011) rozšiřují faktory podle Kopecké (2015) o osobnostní nastavení pomáhajícího. Pešek (2016) se domnívá, že vyhoření vzniká souhrou rizikových faktorů, které se nacházejí v osobnosti člověka, v pracovní sféře a v mimopracovním životě.

Pracovní prostředí - Laufer (2010) uvádí faktory, které sice neumějí vytvořit skutečnou pracovní spokojenost, vyvolávají však nespokojenost, pokud nejsou dostatečně dány nebo vytvořeny – hygienické faktory. K hygienickým faktorům, podle Laufera (2010), patří veškeré pracovní podmínky, např. dobré vybavení pracoviště, spravedlivá odměna, uspokojení sociálních potřeb, jistota pracovního místa, uspokojené mezilidské vztahy a atraktivní image zařízení.

Ptáček (2011) uvádí pracovní faktory a dělí je na fyzické (statické zatížení, narušení spánkového rytmu, nepravidelná strava) a psychické (vysoké pracovní tempo, nutnost

neustále a pružně reagovat, kontakt se smrtí, kontakt s pacientem a rodinou, vysoké nároky na pracovní výkon, časté nebo neefektivní organizační změny, nízká podpora profesního růstu, profesní nejistota, nárůst administrativy, zevní rušivé vlivy).

Typ klientů - Kebza (2012) je toho názoru, že se péče o umírajícího pacienta může stát dlouhodobě zatěžující aktivitou a rovněž práce s rodinnými příslušníky, kterým umírá jejich bližní, se tak stává situací extrémní zátěže, kdy jejich vypjaté emoční reakce, zvláště hněv, různé formy agrese, jsou situace, které se zvládají velmi obtížně.

Kolektiv - Stock (2010) tvrdí, že pokud je pracovní kolektiv nepřátelský, odměřený či chladný, pracovník se v něm necítí dobře. Týmu, který se potýká s problémy, chybí v něm kolegalita a převládá závist a nevraživá atmosféra se podle Stocka (2010) výrazně snižuje výkonnost. Nedostatek vzájemné soudržnosti mezi spolupracovníky může být pocíťován jako zdroj ohrožení a vyvolat stresovou reakci (Stock, 2010).

Osobnost pracovníka - Zatěžující osobnostní faktory u pracovníků podle Ptáčka (2011) jsou nedostatek odpočinku, nedostatek času na rodinu, nedostatek volného času na záliby, omezené sociální kontakty. Předpokladům pracovníků se věnuje i Hrozenková s Dvořáčkovou (2013) a uvádějí, že základním předpokladem pro poskytování kvalitních služeb je angažovanost pracovníka. Musí mít motivaci pracovat s klienty, pomáhat jim a aktivně se angažovat v jejich každodenním životě, jelikož neangažovaní pracovníci jsou pouze vykonavateli svých povinností, a tudíž v jejich působení chybí základní předpoklad pro pomáhající profesi (Hrozenková, Dvořáčková, 2013)

Pešek (2016) popisuje předcházející fáze syndromu vyhoření: nadšení, stagnace, frustrace a apatie. Tato stádia definuje také Kopecká (2015):

- nadšení: pracovník má vysoké ideály, je velmi angažovaný, pracuje ze všech sil,
- stagnace: ideály se pracovníkovi nedaří zrealizovat, začne se měnit jejich zaměření, požadavky klientů, jejich příbuzných či zaměstnavatele začínají pracovníka obtěžovat,
- frustrace: pracovník vnímá klienta negativně, pracoviště pro něj představuje velké zklamání,
- apatie: mezi pracovníkem a klientem vládne nepřátelství, pracovník se vyhýbá odborným rozhovorům s kolegy a jakýmkoliv aktivitám,

- syndrom vyhoření: pracovník dosáhl úplného stádia vyčerpání, ztratil smysl práce, je cynický, odosobněný, odcizený, vyhýbá se pracovním požadavkům (Kopecká, 2015).

7.2 *Příznaky*

Syndrom vyhoření se projevuje specifickou emoční únavou, dlouhodobým subdepresivním laděním a podrážděností a takto postižený pracovník se obtížně soustředí na klienty, trpívá pocitu zatrpklosti, dojmem, že se nic nedaří, že jeho práce nemá smysl, v zaměstnání se přestává angažovat a jeho výkon je spíše formální (Kupka, 2014).

Kopecká (2015) dělí příznaky do tří skupin, a to psychické příznaky (rozdělené na kognitivní a emocionální rovinu), tělesné příznaky a sociální vztahy. Venglářová a kol. (2011) v rámci psychických projevů tvrdí, že pracovník ztrácí schopnost radovat se ze života, ztrácí empatii, má emocionální problémy (rozmrzelost, výbušnost, netrpělivost, nervozita), často mění nálady, ztrácí profesní nadšení a zodpovědnost a je pronikavě pesimistický. Kopecká (2015) charakterizuje tělesné příznaky jako poruchy spánku, chuti k jídlu, náchylnost k nemocím, bolesti hlavy, bolesti pohybového aparátu, zvýšená náchylnost k psychosomatickým onemocněním (v oblasti kardiovaskulárního systému, dýchání, zažívání), rychlá unavitelnost, vyčerpanost, svalové napětí, vysoký krevní tlak, abúzus alkoholu, drog a léků. Kupka (2014) tvrdí, že se v extrémních případech může rozvíjet závislost jakéhokoli druhu či sebevražedný pokus. Kupka (2014) se také zabývá dělením příznaků, shoduje se s Kopeckou (2015) a Venglářovou (2011) a popisuje třetí rovinu příznaků, a to rovinu sociálních vztahů, kdy pracovník má celkový útlum sociability, nezájem o hodnocení ze strany druhých osob, výraznou tendenci redukovat kontakt s klienty i všemi osobami majícím vztah k profesi, zjevnou nechuť k vykonávané profesi a všemu co s ní souvisí, nízkou empatii (většinou u osob s původně vysokou mírou empatie) a postupné narůstání konfliktů.

Priesß (2015) v následujícím odstavci tvrdí, že cíl je podpořit nemocného, aby se vymanil z vlastní bezmoci a aby nezneužíval její moc. Základem úspěšné terapie syndromu vyhoření je navázat dialog a vztah sám se sebou.

7.3 Prevence syndromu vyhoření

Šauerová (2018) uvádí jako základní doporučení pro prevenci syndromu vyhoření, vycházející ze zásad duševní hygieny, které zahrnuje především pravidelný pohyb, relaxační cvičení a dodržování denního režimu a tyto aktivity ve svém důsledku zvyšují celkovou odolnost člověka. Dále z psychologického hlediska autorka tvrdí, že je velmi důležitá atraktivita provozované činnosti, díky níž je jedinec aktivitou plně pohlcen (Šauerová, 2018).

Prieß (2015) se domnívá, že prevence vyhoření jedince a systému, v němž se jedinec nachází, je neustálá ochota, důslednost a odvaha rozpoznat včas rušivé elementy, a to i tehdy, když se na první pohled zdá, že vhodné řešení neexistuje. Dále autorka upozorňuje, že je nutné být disciplinovaný a přes spory a rozpory se nepřenášet a nevolit únik před nimi, ani je před sebou nesunout, ale naopak je včas a neúnavně nazývat pravým jménem tak dlouho, dokud se nevyřeší (Prieß, 2015).

Hrozenská a Dvořáčková (2013) uvádějí několik typů pro prevenci syndromu vyhoření: kvalitní příprava na profesi zahrnující výcvik, jasná definice poslání organizace a metod práce, jasné vymezení profesionální role pracovníka a náplň práce, existence systému zácviku nových pracovníků, existence programu osobního rozvoje a podpora dalšího vzdělávání, omezení administrativní zátěže spojené s prací s klienty a průběžná supervize.

8 Supervize

Využití supervize, podle Venglářové a kol. (2013), je vhodné tam, kde se pracuje s lidmi a především tam, kde jsou pracovníci vystaveni stresujícím situacím, negativním emocím a tam, kde jsou přítomni situacím, kdy lidé trpí (ať už fyzicky či psychicky).

Autoři (Venglářová a kol., 2013) tvrdí, že smyslem supervize je péče o pracovníka, který díky dobré psychické pohodě i odbornému růstu, může lépe poskytovat kvalitní péči o umírající. Malíková (2011) se domnívá, že správně provedená supervize je nástroj, který kromě možnosti zvyšování kvality může pomoci s řešením mnoha problémů na pracovišti, např. se změnou klimatu v interpersonálních vztazích, v prevenci syndromu vyhoření, zaškolování nových pracovníků v podpoře vzdělávání a v osobnostním rozvoji jednotlivých pracovníků i celých týmů. Reinfelder, Jahn a Gingelmaier (2018) uvádějí, že problematika duševního zdraví je stále důležitější k veřejné diskuzi, a to se odráží v rostoucím počtu programů prevence práce na pracovišti a zavedení supervizí v pracovním prostředí.

Dle Kaliny a kol. (2015) jsou základem supervize, pojímané jako odborná opora, dobrovolná setkávání odborníků, která se odehrávají na úrovni DOSPĚLÝ-DOSPĚLÝ. Supervize je vnímána jako dohoda dvou odborníků, kde na jedné straně vystupuje supervidovaný – nezpochybnitelný odborník na svou oblast, na straně druhé supervizor – odborník na vedení supervize a jde o dobrovolnou dohodu a vyjednávání mezi dvěma odborníky (Kalina a kol., 2015).

Prvním předpokladem pro to, aby supervize mohla být skutečně k užitku, je určitá hladina důvěry a angažovanosti u jejích účastníků, a to podle Takács, Sobotkové, Šulové a kol. (2015) je v prostředí některých organizací či pracovišť jen obtížně splnitelná podmínka. Podle autorek (Takács, Sobotková, Šulová a kol., 2015) by zahájení supervize měl předcházet proces přípravy a také motivování pracovníků.

8.1 *Dělení supervize*

Kategorizaci supervizí dělí Marková (2010) podle toho, kdo se supervize účastní tj. supervize individuální (supervidovaná jedna osoba), supervize skupinová (skupina pracovníků, kteří mají společnou, nebo podobnou náplň práce, pocházejí však z různých pracovišť) a týmová supervize (pracovníci z jednoho pracoviště v různých pracovních rolích).

Dále Marková (2010) dělí supervize podle toho, kdo supervizi poskytuje, a to na externí (organizací najatý odborník) a interní (supervizor je zaměstnanec organizace, přičemž může být v nadřízeném vztahu k supervidovanému – manažerská supervize, nebo na stejné pracovní úrovni – intervize).

Podle toho, jaký účel supervize sleduje, Marková (2010) dělí na vzdělávací, podpůrnou (zvládání stresu a pracovní zátěže) a administrativní (plnění jasně daných cílů).

Na co je supervize zaměřena, rozlišuje Marková (2010) supervizi případovou, která je zaměřena na „nasvícení“ jednotlivých případů, příběhů z praxe supervidovaných, poradenskou a programovou, která je zaměřena na cíle a směřování organizace nebo pracovníka.

Poslední dělení supervize dle Markové (2010) je podle časového schématu, a to na pravidelnou (např. jedenkrát za měsíc), nebo nepravidelnou, která je vyžádána v případě krize nebo potřeby pracovníka nebo organizace.

9 Duševní hygiena

Šauerová (2018) definuje duševní hygienu jako soubor zásad a technik, které při dodržování přispívají k redukci důsledků působení stresorů, pomáhají připravit se na náročné životní situace, zvyšovat odolnost vůči nim, eventuálně těmto situacím předcházet. Takács, Sobotková, Šulová a kol. (2015) pojmají duševní hygienu jako soubor poznatků, přístupů, pravidel a postupů, které umožňují efektivní předcházení nadměrné zátěži, připravují jedince na její zvládnutí a minimalizují její devastující dopady. V širším smyslu slova chápe (Šauerová, 2018) duševní hygienu jako obor, v jehož rámci usilujeme o nalézání optimální životní cesty s ohledem na potřeby každého jedince.

V rámci širšího pojetí do duševní hygieny zařazuje (Šauerová, 2018) také vlivy sociálního prostředí, kdy se duševní hygiena stává plnohodnotnou součástí životního stylu – primární prevence. Takács, Sobotková, Šulová a kol. (2015) doplňují, že ve smyslu primární prevence jde především o předcházení obtížným situacím průběžným posilováním vlastní psychické kondice a odolnosti vůči stresu jako takovému.

Takács, Sobotková, Šulová a kol. (2015) duševní hygienu pojmají také jako sekundární prevenci (včasné zachycení obtížné situace a její efektivní zvládnutí), jakož to přípravu na blížící se zátěžové situace, často zejména ve smyslu tréninku psychické odolnosti ve stresových situacích.

10 Operacionalizace základních pojmů

Pracovní zátěž – pracovní nároky kladené na pracovníka, způsob, jak je pracovník zvládá a jak tyto nároky působí na psychiku člověka (Mikuláščík, 2015).

Domácí hospicová péče – forma péče o umírající, klient je ošetřován v prostředí, které důvěrně zná, poskytovaná péče je maximálně individualizovaná a garantuje trvalou dostupnost péče klientovi (Sláma a kol., 2011).

Stres – negativní emocionální zážitek, který je doprovázen určitým souborem biochemických, fyziologických, kognitivních, a v chování pozorovatelných změn, které jsou zaměřeny na změnu situace, jež člověka ohrožuje, nebo přizpůsobení se tomu, co nelze změnit (Kopecká, 2016).

Coping – spektrum způsobů chování jedince, které se uplatňují při zvládnání náročných situací, jde o nasazení sil k boji se stresem (Andršová, 2012).

Syndrom vyhoření – profesionální selhávání na základě vyčerpání vyvolaného zvyšujícími se požadavky od okolí nebo od samotného jedince a zahrnuje ztrátu zájmu a potěšení, ztrátu ideálů, energie i smyslu, negativní sebeocení a negativní postoje k povolání (Janáčková, 2008).

Osobnostní rysy – stabilní osobnostní charakteristiky, které se projevují v konzistentních vzorcích chování a ty jsou pak relativně imunní vůči situačním vlivům – osoby s určitými rysy vyjadřujícími specifické predispozice k chování, by měly reagovat (chovat se) podobně napříč různými situacemi, kladoucími různé požadavky na chování člověka (Procházka, Vaculík, Smutný, 2013).

Duševní hygiena – soubor poznatků, přístupů, pravidel a postupů, které umožňují efektivní předcházení nadměrné zátěži, připravují jedince na její zvládnání a minimalizují její devastující dopady (Takács, Sobotková, Šulová a kol., 2015).

Supervize – nástroj, který kromě možnosti zvyšování kvality, může pomoci s řešením mnoha problémů na pracovišti, např. se změnou klimatu v interpersonálních vztazích, v prevenci syndromu vyhoření, zaškolování nových pracovníků v podpoře vzdělávání a v osobnostním rozvoji jednotlivých pracovníků i celých týmů (Malíková, 2011).

11 Cíl práce a výzkumné otázky

11.1 Cíl práce

Cílem této bakalářské práce bylo zmapovat pracovní zátěže a jejich zvládání v domácí hospicové péči.

11.2 Hlavní výzkumná otázka

Byla stanovena hlavní výzkumná otázka:

Jaké faktory ovlivňují zvládání pracovní zátěže v domácí hospicové péči?

11.3 Dílčí výzkumné otázky

DVO1 Jak pracovníky ovlivňuje typ klientů?

DVO2 Jak osobnostní rysy pracovníka ovlivňují při zvládání pracovní zátěže?

DVO3 Jak pracovníky ovlivňuje práce v kolektivu?

DVO4 Jak pracovníka ovlivňuje prostředí, ve kterém pracuje?

12 Metodika

12.1 Metodický postup

Pro následující výzkum jsem zvolila kvalitativní přístup. Pro sběr dat byla vybrána metoda dotazování a technika polostandardizovaného rozhovoru.

Dle Šubrta a kol. (2010), kvalitativní výzkum neuvžívá statistických metod a technik a v tomto pojetí je zpravidla charakterizován v protikladu k výzkumu kvantitativnímu. V kvalitativním výzkumu se při analýze vychází z velkého množství informací o malém počtu jedinců, přičemž se neredukuje počet proměnných ani vztahy mezi nimi, ale o jejich redukci rozhodují samy zkoumané subjekty (Šubrt a kol., 2010).

Cílem kvalitativního výzkumu je proniknout k významům, které samotní respondenti (komunikační partneři) přikládají skutečnosti, ve které jsou situováni a porozumět jejich vidění reality (Šubrt a kol., 2010). Podle Machkové (2009) je cílem výzkumu zjistit, jak velká část cílové skupiny vykazuje určité konkrétní znaky (názor, vlastnosti, zvyky).

12.2 Popis výzkumného nástroje

Pro sběr dat byla vybrána metoda dotazování a technika polostandardizovaný rozhovor.

Dotazování je vedeno tazatelem a může probíhat v domácnosti, na pracovišti a veřejných místech (Machková, 2009). Při osobních rozhovorech je možné využívat buď rozhovory standardizované (tazatel klade respondentovi jasně formulované otázky), nebo nestandardizované (tazatel klade otázky volně podle vlastního uvážení a jeho cílem je zjistit předem stanovené informace) a rozhovory polostandardizované (tazatel zčásti klade otázky ve stanoveném základním znění a částečně klade otázky volně) (Machková, 2009).

V tomto polostandardizovaném rozhovoru jsem použila předem připravené dílčí výzkumné otázky, kdy každá otázka směřovala na jednotlivé faktory, které mohou ovlivňovat zvládání pracovní zátěže pracovníků v domácí hospicové péči.

12.3 Popis výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl vybrán metodou kvótového záměrného výběru.

Při záměrném výběru, podle Zamazalové a kol.(2010), je dán předpis, záměr, kdo bude do výběru zahrnut. Nejčastější formou je tzv. kvótní výběr, při němž jsou dány počty (kvóty), které definují, kdo a kolik lidí má být vybráno (Zamazalová a kol., 2010).

V tomto případě se jednalo o pět pracovníků domácího hospice, kteří tvořili základní soubor. Pro mou bakalářskou práci a vzhledem k zaměření oboru, byli zastoupeni pracovníci jak z řad zdravotnického personálu, tak i sociálního. Konkrétně tři zdravotní sestry a dvě sociální pracovnice. Jako další kritérium bylo, aby pracovník pracoval v přímé péči s klientem minimálně půl roku a ochota spolupracovat.

V zařízení zdravotní sestry pro umírající používají termín pacient, ovšem sociální pracovnice používají termín klient. Pro sjednocení pojmu budu dále používat termín klient. Informanti budou označováni jako pracovníci.

12.4 Předvýzkum

Předvýzkumem si ověřujeme postupy, které použijeme při realizaci výzkumu, uvádí Kutnohorská (2009). Dále uvádí (Kutnohorská, 2009), že na menším vzorku respondentů si ověřujeme výzkumné techniky, vhodnost jejich použití apod.

Předvýzkumem může být získání orientačních informací bez plánu, sondáž v malé skupině nebo na menším prostoru, zúčastněné pozorování, ověření výsledků předchozích výzkumů ve velmi podobném prostředí (Kutnohorská, 2009)

Před samotným výzkumem byl proveden předvýzkum se sociální pracovníci v obdobném typu zařízení. Předvýzkum sloužil ke zjištění, zda jsou otázky vhodně položené pro bližší zmapování problematiky zvládnání pracovní zátěže s umírajícími.

Po provedeném předvýzkumu byly otázky finálně upraveny a sociální pracovníci doplněny dalšími dvěma otázkami.

12.5 Způsob zpracování dat

Pro způsob zpracování dat jsem zvolila vytváření trsů. Tahal a kol. (2017) tento způsob popisují tak, že do skupin se k sobě seskupují výroky na základě podobnosti. Metodou trsů, jak popisují autorky (Hutyrová, Růžičková, 2017), seskupujeme určité výroky do kategorií podle tématu, času, prostoru.

V případě této bakalářské práce byla data po přepsání rozhovorů postupně seskupena dle jednotlivých dílčích výzkumných otázek. Tyto skupiny následně byly popsány.

12.6 Harmonogram výzkumu

Pro teoretickou část v září 2018 byla provedena rešerše odborné literatury, která byla následně použita. V říjnu 2018 byla sepsána osnova. Teorie této bakalářské práce byla zpracovávána od listopadu do prosince 2018.

Metodická část byla zpracována v lednu 2019. V únoru 2019 byl proveden sběr dat pomocí rozhovorů s pracovníky ve vybraném domácím hospici. Následné vyhodnocení samotného výzkumu probíhalo v březnu až dubnu 2019 (tab. č. 1.).

Tabulka č. 1 – časový harmonogram zpracování BP

Fáze zpracování BP	Časový horizont	Činnosti
1. fáze	Září 2018	Rešerše literatury
2. fáze	Říjen 2018	Vypracování osnovy BP
3. fáze	Listopad – prosinec 2018	Zpracování teoretické části BP
4. fáze	Leden 2019	Předvýzkum
5. fáze	Leden 2019	Zpracování metodiky BP
6. fáze	Únor 2019	Sběr dat pomocí rozhovorů
7. fáze	Březen – duben 2019	Vyhodnocení dat z rozhovorů

Zdroj: vlastní výzkum

12.7 Etické aspekty výzkumu

Podle Čeňka, Smolíka a Vykoukalové (2016) lze etické aspekty logicky rozdělit do dvou okruhů, a to na etické principy samotné vědecké práce a vztah vůči respondentům výzkumu.

Podle Miovského (2006) je obecným pravidlem, že výzkum smí být proveden pouze s osobami, které k účasti udělily informovaný souhlas.

Pro tento výzkum byly vytvořeny dva informované souhlasy. Jeden pro ředitelku hospice (příloha č. 2) a druhý informovaný souhlas pro informanty (příloha č. 3). V informovaném souhlasu ředitelka souhlasila s provedením výzkumu, který bude nahráván, a v rámci zachování anonymity domácího hospice nebudu uvádět název zařízení. V druhém informovaném souhlasu pro informanty byli pracovníci seznámeni s výzkumem a souhlasili s nahráváním rozhovoru a následnou prezentací výsledků. Informantům bude zcela zachována anonymita.

13 Výsledky a jejich interpretace

13.1 Výsledky dílčí výzkumné otázky č. 1

Dílčí výzkumná otázka č. 1 zní: Jak pracovníky ovlivňuje typ klientů?

U první dílčí výzkumné otázky, jsem zvolila pět podotázek. Podotázky se týkaly typů klientů, se kterými pracovníci pracují, dále jak zvládají pracovníci práci s umírajícími, co pracovníky ovlivnilo při výběru práce s umírajícími, komunikace s klienty, zvládání obtížných situací a práce s rodinnými příslušníky (pečujícími).

Pracovníci v domácím hospici pracují s nevléčitelně nemocnými lidmi od 18 let v terminálním stádiu onemocnění a s jejich pečujícími.

Na otázku: „*Jak zvládáte práci s umírajícími?*“ pracovníci reagovali různě, avšak se stejným výsledkem, že dobře. Pracovníci se domnívají, že k tomu, aby dobře zvládali práci s umírajícími, musí mít sami vyřešenou svou vlastní smrtelnost. „*Zvládám ji dobře, nepřipouštím si to, patří to k životu.*“ Doplnují, že k práci s umírajícími je třeba jistého předpokladu, a to především osobnostního.

Pracovníci uvádějí, že zatěžující je, pokud je umírající dítě. „*Nemyslím, dítě, ale když pečující je rodič.*“ Dále pracovníci uvádějí, že velmi podstatná je duševní hygiena. „*Píšu si deník, snažím se nepracovat večer, nepracuju o víkendech, prostě chráním sama sebe, držím si svoje mantinely, kam už ty lidi nemůžou.*“

Při výběru práce s umírajícími, pracovníky ovlivnilo několik faktorů. Většina dotazovaných ovlivnila osobní zkušenost. „*Manžel zemřel na mozkový nádor a tenkrát nebyl hospic. Řekla jsem si, až se nějaké otevře, tak budu pomáhat v takových rodinách, protože je to dobře.*“ Další pracovníky ovlivnila předešlá práce se seniory a zkušenost ze školy (praxe na onkologii).

Při komunikaci pracovníci ke klientům přistupují zcela individuálně. Téma si volí sám klient. „*Záleží na každém zvlášť. Někdo si chce povídat, někdo má v hlavě spoustu otázek ze stran toho umírání, bolesti, potřebujou si lidi vyřešit svoje otázky, jak to bude po smrti, co ta rodina.*“ Pracovníci tedy považují za důležité především klientům naslouchat a mluvit otevřeně. Dvě pracovnice uvedly, že v komunikaci s klienty využívají poznatky z výcviků krizové intervence. „*Mám teď úplně jiný nástroje k tomu, jak s těma lidma mluvit. Nevyhýbám se tématu smrti, mám mnohem víc způsobů, jak to*

téma otevřít, jak reagovat na to, co ty lidi říkají, nepodsouvat jim svoje myšlenky, nebo nepředpokládat dopředu, jak se ten člověk cítí. V tom mi hodně pomohl ten výcvik.“

Pracovníci dále uvádějí, že v komunikaci je velkou výhodou zkušenost, kterou mají z předešlých let práce v oboru.

Podmínkou pro přijetí klienta do domácího hospice je podepsání smlouvy, kdy se službou souhlasí, a proti jeho vůli služba poskytována není. Je možnost nezávislé návštěvy pracovnice, která klientovi popíše momentální situaci, ve které se nachází a má možnost služby, která za klientem může jezdit domů, vyhnout se případným hospitalizacím a zůstat se svými blízkými. Pokud klient nespolupracuje, pracovníci ho plně respektují. *„Snažím se nejdříve nabídnout benefity, které já v tom osobně vidím, aby je znal, kdyby změnil názor za hodinu, protože se mu to rozleží, tak aby měl s čím pracovat, když to odmítne, je to jeho rozhodnutí.“*

V domácím hospici pracovníci nepracují pouze s klientem, ale i s jejich rodinou. Hlavní náplní práce s rodinou je informovat o prognózách a o onemocnění samotném, o tom co domácí hospic nabízí a co mohou očekávat. Dále je velmi důležitá podpora rodiny a edukace. Pracovníci rodiny učí, jak s klientem manipulovat, jak podávat léky apod. Dalším úkolem pracovníků je pomoc s organizací v rodině, pokud rodina sama není organizace schopna. *„Někdy se stane, že má každý jinou představu a můj úkol je nastavit v té rodině, aby se byli schopný dohodnout všichni mezi sebou, včetně klienta i rodiny.“* Dále se pečující na pracovníky obrací dle potřeby.

Shrnutí DVO č. 1

Práci s umírajícími klienty pracovníci zvládají velmi dobře. Smrt berou jako přirozené vyústění života a tudíž mají vyřešenou vlastní smrtelnost. To jim pomáhá k dobrému zvládnutí práce s umírajícími klienty. Pracovníci přikládají také velký význam duševní hygieně. Pracovníky při výběru práce s tímto typem klientů ovlivnila většinou osobní zkušenost, či předchozí pracovní zkušenost. Při komunikaci s klienty, pracovníci využívají poznatků z různých výcviků a zkušeností. Pokud klient nespolupracuje, pracovníci to respektují a vysvětlí různé benefity, které by mohly plynout z následné intervence pracovníků. Pracovníci nepracují pouze s klientem samotným, ale i s pečujícími, zpravidla to bývá rodina. Jejich práce s rodinou spočívá především v edukaci, podpoře, informovanosti a organizaci péče o umírajícího.

Z analýzy vyplývají dva hlavní trsy. Tyto trsy sjednocují názory pracovníků týkající se vlivu klientů na pracovníky.

Přístup ke smrti – pracovníci mají vyřešenou vlastní smrtelnost a smrt berou jako přirozenou součást života. Přístup pracovníků ke smrti jim pomáhá k dobrému zvládnutí práce s tímto typem klientů.

Osobní zkušenost – pomáhá pracovníkům zejména v komunikaci s klienty. Je to také faktor, který je ovlivnil při výběru práce v hospici (osobní zkušenost ve smyslu úmrtí v rodině či předešlá praxe v oboru).

13.2 Výsledky dílčí výzkumné otázky č. 2

Dílčí výzkumná otázka č. 2 zní: Jak osobnostní rysy pracovníka ovlivňují při zvládnutí pracovní zátěže?

U druhé výzkumné otázky jsem zvolila osm podotázek, které se týkaly vlivu osobnostních rysů na zvládnutí pracovní zátěže, zvládnutí pocitů při práci s umírajícími, vyrovnáním se se smrtí klienta, péče o duševní hygienu a volný čas a supervize.

Otázka osobnostních rysů, ať v pozitivní nebo negativní rovině, je velmi individuální. Pro všechny dotazované pracovníky je přínosem pro práci s umírajícími především empatie, flexibilně se přizpůsobit neočekávaným situacím, komunikativnost, umění naslouchat a tolerance vůči jinému vyznání, rase, státní příslušnosti apod. Některé pracovnice dále uvádějí humor, umět si nastavit své hranice a pokoru. Dalším přínosným osobnostním rysem je partnerství. *„Beru je jako partnery, nejsem nikdo, kdo by nad nima čnil a věděl úplně nejlíp, co je pro ně nejlepší. Snažím se, aby se všichni cítili jako partneři, že nejsem ta paní socka.“*

Na rozdíl od osobnostních rysů, které mají pozitivní vliv na práci, kde se na některých rysech pracovníci shodli, u rysů, které pracovníky spíše brzdí, nikoliv. Na otázku: *„Které osobnostní rysy vás spíše brzdí ve vaší práci?“* jsem dostala pět různých odpovědí. Pracovnice tedy například uvádějí, že to, co je brzdí, je obezřetnost. *„Obezřetnost k tomu, abych ty lidi nevztahovala k sobě. Aby neměli moje číslo, abych je nevztahovala do svého nitra a abych jim nesuplovala rodinu.“* Další pracovník uvádí, že jej při práci brzdí jiné osobnostní nastavení, než zbytek kolektivu, vedoucí k neshodám v intervenci u klienta. Setkala jsem se i s odpovědí: *„Nevím.“* Další, co

pracovníka při práci brzdí, je situace, kdy nastanou náhlé organizační změny. *„Když se musí věci přeorganizovat a já se musím během chvilky přeorientovat na něco jiného. Zvládnou to, ale budí to ve mně neklid.“*

Pracovníci své pocity při práci s umírajícími zvládají velmi bravurně. Smrt berou jako přirozené vyústění života a přistupují ke smrti s respektem. Z odpovědi na otázku: *„Jak zvládáte své pocity při práci s umírajícími?“* vyplynulo, že u pracovníků se objevují i chvíle, které jsou pro ně pocitově náročné, např. pokud zemře někdo, koho pracovník znal, nebo bojuje s pocitem nespravedlnosti, pokud umírajícím je mladý člověk. Jestliže tato situace nastane, pracovníci se odkazují na duševní hygienu a svůj volný čas. *„Při situacích, kdy je to náročnější, je to různé. Mně vyhovuje vypuštění v čase volném. Zpravidla si nenesím práci domů. Snažím se mít nad situací nadhled, abych si v sobě mohl zhodnotit, co se stalo, co ne a jak to proběhlo, projít si tu situaci, i když to třeba nebylo jednoduchý.“*

U rozhovorů o zvládání smrti klienta, pracovníci opět zdůrazňují důležitost duševní hygieny, získání nadhledu, respekt a opět pracovníci zdůrazňují, že smrt *„patří k životu“*. *„Nemám pocit, že bych to v sobě někdy potlačoval, nebo z toho měl obavy. Snažím se respektovat smrt, nedělám, že tu není.“*

Jedna z pracovnic zmínila i dobu smrti klienta, která je pro ni obtížnější na zvládání, a to noční hodiny. *„Je špatný, když lidi umřou v noci v té tmě, pozůstali to taky berou hůř. Hůř se vám pak usíná, protože pak nejdete něco aktivně dělat.“*

Nejen duševní hygiena je pro zvládání smrti klienta důležitá, ale pro některé pracovníky jsou k dobrému zvládnutí situace důležité rituály, které provádějí bezprostředně po smrti klienta v domácnosti. Pracovnice, které rituály provádí, jsou toho názoru, že rituál dokáže zmírnit situaci, která je pro pečující velmi náročná. *„Tak vlastně, jak jsou ty lidi v šoku, tak neví, takže i tím rituálem se zklidní ty lidi. Zapálí se svíčka, otevře se okno a to ty lidi přijímají. Ne vždy jsou to lidi, který věří.“*

Další faktor, který má vliv na pracovníky a jejich zvládání smrti klienta, je osobní zkušenost.

Pracovníci mají velmi dobré povědomí, co je duševní hygiena a na duševní hygienu dávají velký důraz. Většina pracovníků uvádí, že je dobré mít *„mantinely, kam klient může a kam ne“*. Prakticky uvádějí příklady např. vypnutý pracovní telefon po pracovní

době, nepracovat mimo pracovní dobu, mít naplánováno, kam pracovník v následujícím období pojede a kam, popř. s jakým účelem, neříkat osobní údaje, neposkytovat osobní telefonní číslo apod. Ojedinělý je názor, který je spjatý s duševní hygienou, je nápomoc supervize. Pracovníci, v rámci duševní hygieny, se zpravidla odkazují na svůj volný čas. „*O duševní hygienu se starám moc dobře, mám hodně zálib, koníčků.*“

Z cela přirozeně každý pracovník tráví svůj volný čas jinak (tab. č. 2).

Tabulka č. 2 – Volný čas pracovníků

	Styl trávení volného času
Pracovník č. 1	Tai-Chi, ochotnické divadlo, četba, televize, deskové hry, kolo, procházky do přírody
Pracovník č. 2	Procházky do přírody, zahrada, setkávání se s přáteli, masáže, kadeřník
Pracovník č. 3	Zpěv, ochotnické divadlo, malování, setkávání se s přáteli, manuální práce, jazyky
Pracovník č. 4	Fyzická práce
Pracovník č. 5	Sport

Zdroj: vlastní výzkum

Pracovníci se shodují, že na regeneraci a na svůj volný čas mají dostatek času.

V domácím hospici probíhá týmová supervize třikrát za rok. Nejběžnější témata při supervizi jsou vztahy v kolektivu. Z rozhovorů vyplynulo, že někteří pracovníci mají negativní postoj k supervizi. Domnívají se, že pokud nastane problém, měl by se řešit v tu dobu, kdy je aktuální. „*Já v tom nevidím smysl, za mě by být nemusely, nevidím v tom nic užitečného. Jsem zastávce toho, že člověk nemá v sobě dusit něco půl roku a čekat na supervizi. Je to pro mě ztráta času.*“ Dále pracovníci týmovou supervizi nepovažují za bezpečné prostředí. „*Nekoukám na supervize pozitivně, když vás něco trápí, tak to musíte říct na rovinu a ne to říct do toho hloučku lidí s téma supervizákama. Dala bych ty peníze jinam.*“ Negativní postoj pracovníků k supervizi vnímají pracovníci, kteří supervizi vítají. „*Já supervize ráda mám, ale mám pocit, že pro některé kolegy takový význam nemají.*“

Pracovníci, kteří supervizi vítají, od supervize očekávají, že pokud pracovník přinese téma, bude mít supervizorovu pozornost a dostatečně se téma prodiskutuje.

Shrnutí DVO č. 2

Osobnostní rysy mají vliv na zvládání pracovní zátěže v rovině pozitivní i negativní. Rysy, bez kterých by se pracovníci neobešli, jsou především empatie, flexibilně se přizpůsobit neočekávaným situacím, komunikativnost, umění naslouchat a tolerance vůči jinému vyznání, rase, státní příslušnosti. Rysy, které pracovníky spíše brzdí, jsou individuální, dle osobnosti pracovníka. Své pocity při práci s umírajícími zvládají velmi dobře, a to proto, že jsou sami smíření se smrtí a smrt berou jako přirozenou součást života. Pracovníkům k dobrému zvládání práce pomáhá především péče o svou duševní hygienu, kterou spojují se svým volným časem, který každý pracovník tráví po svém a určitými striktními pravidly (nepracovat doma, vypnutý služební telefon po pracovní době apod.). Některé pracovnice využívají při své práci rituály, které mají vliv jak na pracovníkovi pocity, tak i na pozůstalé. Supervize v zařízení probíhá třikrát do roka formou týmové supervize, avšak pro většinu pracovníků není přínosem.

Z analýzy vyplývají čtyři hlavní trsy. Tyto trsy sjednocují názory pracovníků týkající se vlivu osobnostních rysů při zvládání pracovní zátěže.

Pozitivní vliv osobnostních rysů - empatie, flexibilně se přizpůsobit neočekávaným situacím, komunikativnost, umění naslouchat a tolerance vůči jinému vyznání, rase, státní příslušnosti. Tyto osobnostní rysy pomáhají pracovníkům k dobrému zvládání práce s umírajícími.

Zvládání pocitů při práci s umírajícími – pracovníci smrt berou jako přirozené vyústění života. K smrti přistupují s respektem.

Duševní hygiena – pro pracovníky neodmyslitelná součást práce s umírajícími. Duševní hygienu spojují se svým volným časem, kdy se každý pracovník věnuje svým koníčkům, které nejsou spojené s paliativní péčí.

Negativní postoj k supervizi – pracovníci necítí týmovou supervizi jako bezpečné prostředí.

13.3 Výsledky dílčí výzkumné otázky č. 3

Dílčí výzkumná otázka č. 3 zní: Jak pracovníky ovlivňuje práce v kolektivu?

U třetí výzkumné otázky jsem zvolila pět podotázek, které se týkají kolektivu, vlivu kolektivu na práci, řešení případných neshod a podpory v kolektivu.

Pracovníci působí v domácím hospici již pět let, tudíž od počátku fungování zařízení. Z rozhovorů bylo patrné, že mezi pracovníky je napětí. Někteří však považují kolektiv za dobrý, a jak uvádějí, „*necítí křeč*“.

Pracovnice, které se v kolektivu cítí dobře, spolupracují a navzájem si předávají zkušenosti. Tyto předané zkušenosti pak mají vliv na vyšší kvalitu komunikace s klienty.

Z rozhovorů vyplývá, že v kolektivu mají společný problém, který pracovníky tíží. Pracovníci, jak uvádějí, se snaží o přátelskou a rodinnou atmosféru a měla by být jasně rozdělena rovina osobní a rovina pracovní. Dle jejich slov, tyto roviny často splývají. „*Ať už chceme nebo ne, tím, že je to takové rodinné prostředí, tak je tam i práce. Kamarád, když vám z pozice šéfa najednou něco diriguje, tak je to jiný, než když šéf řekne – běž něco udělat.*“ Pracovníci jsou toho názoru, že mezilidské vztahy se zhoršily. Toto téma bylo řešeno na supervizích i na interní poradě a byla nastavena striktní pravidla. „*Kolektiv to nechtěl přijmout.*“

Pracovníky kolektiv ovlivňuje různými způsoby. Pracovnice, které spolu úzce spolupracují, si navzájem předávají zkušenosti, především v komunikaci s klienty.

Pokud se objeví neshody na pracovišti, pracovníci preferují osobní otevřený rozhovor a společné konstruktivní hledání kompromisů. Supervize při řešení neshod není u pracovníků častá a v tomto směru ji pracovníci nevyhledávají. „*Neshody na supervizi řešíme, ale z vlastní zkušenosti vím, že bych tam už nevytáhl všechno. Nepřijde mi to bezpečné.*“

Pracovníci se shodně domnívají, že v kolektivu každý má podporu. „*V tomhle kolektivu je to hodně o respektu těch profesí. To v hospici jinak nejde, protože pracujeme multidisciplinárně a to tu je.*“

Shrnutí DVO č. 3

V kolektivu pracovníci vnímají napětí. Rozdělení pracovních rolí je v jejich přátelském prostředí zatěžující situací. Pracovníkům splývá rovina pracovní a rovina osobní. Tento problém byl řešen striktními pravidly, avšak s nevolí pracovníků. Některé pracovnice

ovšem napětí v kolektivu necítí a jsou toho názoru, že kolektiv má na ně velmi dobrý vliv z pohledu inspirace a předávání zkušeností, které pak jsou přínosem pro práci s klienty. Při případných neshodách pracovníci spíše preferují osobní konfrontaci a konstruktivní řešení problémů. Vztahy se na supervizi probírají, avšak do určité roviny, jelikož týmovou supervizi nevnímají jako bezpečné prostředí. Každý pracovník vnímá, že v pracovní rovině podporu od ostatních spolupracovníků má.

Z analýzy vyplývají tři hlavní trsy. Tyto trsy sjednocují názory pracovníků týkající se vlivu práce kolektivu.

Předávání zkušeností – zejména při komunikaci s klientem a jeho rodinou (popř. s jinými pečujícími).

Napětí v kolektivu – v kolektivu splývají roviny osobní a pracovní. Napětí pracovníci berou jako zatěžující faktor.

Řešení neshod na pracovišti – pracovníci preferují přímou konstruktivní konfrontaci ihned, když neshoda nastane, a hledají společné řešení.

13.4 Výsledky dílčí výzkumné otázky č. 4

Dílčí výzkumná otázka č. 4 zní: Jak pracovníka ovlivňuje prostředí, ve kterém pracuje?

U poslední výzkumné otázky jsem zvolila deset podotázek, které se zaměřují na prostředí, ve kterém pracovník pracuje, prostředí v domácnostech klientů, pracovníků, pozitivní či negativní vnímání domácností klientů, pomoc v terénu a vliv dalšího sebevzdělávání na práci s klienty.

Kanceláře domácího hospice byly přestěhovány před necelým rokem do prostorů nových, kde probíhal výzkum. Pracovníci se v novém prostředí cítí dobře, lépe než v prostorech minulých. Prostor je pro ně příjemné, útulné. V nových kancelářích je i venkovní terasa, kde si za příznivého počasí zpříjemňují různé porady a supervize.

Návštěvy v domácnostech klientů jsou předem domluvené. Většinou chodí do domácností pracovník jeden, popřípadě dva, záleží na účelu návštěvy. Pracovníci se po příchodu zeptají na klientův stav, provedou intervence v oblasti zdravotní či sociální a následně, jak pracovníci uvádějí, se s klientem nebo s rodinou otevře téma, které nastaví klient nebo pečující. „*Probereme co týden dal, nebo co můžeme zlepšit, pak je možnost*

si i sednout s těmi pečujícími. Velmi je to o povídání, tak dvacet procent je to ta odborná práce, zbytek si povídáme.“

Při práci pracovníkům pomáhá a práci usnadňuje široká škála faktorů. Co se týče zdravotní roviny, často to jsou různé kompenzační pomůcky a povědomí o vybavení domácnosti klienta zdravotnickým materiálem, jako jsou například jehly, apod. Dále pracovníci uvádějí, že při práci jim pomáhá dobrá komunikace s klientem, tudíž pracovník ví, co klient potřebuje. Sociálním pracovnícím usnadňuje práci kvalitní příprava materiálů (smlouvy, prospekty apod.) a významným faktorem, který pracovnice uvádí, jsou metody a techniky komunikace s klientem, které nabyly při různých výcvicích a zkušenostmi.

Pracovníci se v domácnostech klienta cítí dobře, jak shodně uvádějí, pokud v rodině klienta je pohoda a pečující se shodnou na péči o klienta, respektují ho a jsou „na jedné vlně“.

Případy, kdy se pracovníci v domácnostech necítí dobře, jsou tehdy, pokud pečujícími jsou například osoby závislé nebo pokud jsou pečující konfliktní. Dalším faktorem, který má negativní vliv na pocity pracovníků v domácnostech je, pokud jsou příbuzní ve fázi smlouvání. Pak po pracovnících žádají nereálné. „*Necítím se dobře, když se mě ta rodina snaží natlačit do něčeho, co víte, že fakt nejde.*“

Pokud se klient v domácnosti necítí dobře, nastává otázka: „*Co děláte pro to, aby nastala změna k lepšímu?*“ Jak uvádějí pracovníci, pokud je nějaký konflikt, obrací pozornost na klienta a připomínají důvod, proč pracovník v domácnosti je. Jak bylo zmíněno výše, ne vždy je důvodem negativního pocitu pracovníka konflikt, ale také nereálné požadavky rodiny. Pracovníci v tomto případě pracují s rodinou, vysvětlují postupy a význam péče. „*Beru si toho pečujícího bokem, a i když to není lehký, tak mu musím říct, že to nebude dobré, když klientovi nepomůžu, bude to jenom horší.*“ Způsob zvládnutí této obtížné krizové situace pracovníci zvládají s určitým nadhledem a pokouší se dělat maximum pro zmírnění situace, i když ne, vždy se situaci uklidnit podaří. „*Snažím se sám pro sebe najít alibi, že jsem udělal vše, co jsem mohl.*“

Na zvládnutí pracovní zátěže má velký vliv i další sebevzdělávání, které je povinné. Zdravotní personál především vyzdvihuje kurzy, které umožňují pracovníkům samostatnost. Zdravotní sestry tudíž mohou vykonávat neprodleně některé zdravotnické

výkony bez čekání na lékaře (zavádění mužského katetru, manipulace s portovou jehlou, výměna stomií, apod.). „*Ted' má klient retenci, ted' ho můžu zavést.*“ Sociální pracovníce využívají ke své práci především poznatky z kurzů, zaměřené na komunikaci s klienty (krizová intervence, Gestalt terapie).

Shrnutí DVO č. 4

Kanceláře domácího hospice byly před rokem přestěhovány do nových prostorů, a ty pracovníci vnímají velmi pozitivně. Návštěvy v rodinách klientů jsou předem domluvené a probíhají tak, že se nejdříve provede zdravotní nebo sociální intervence u klienta a následně se rozebírají témata k rozhovoru, který si klient zvolí sám. V rodinách klientů se pracovníci cítí dobře, pokud je rodina v péči zorganizovaná a pokud v domácnosti panuje klid. Kdy se pracovníci dobře necítí, jsou situace, kdy pečující jsou závislí, konfliktní nebo se nemohou shodnout na péči o klienta. Pokud nastane v rodině konflikt, pracovníci s respektem a nadhledem upozorní pečující, že všem jde o důstojný odchod klienta. Pracovníci vnímají další sebevzdělávání pozitivně, jelikož po absolvování kurzů jsou samostatnější při zdravotnických výkonech a využívají nové metody a techniky, jak komunikovat s klientem.

Z analýzy vyplývají čtyři hlavní trsy. Tyto trsy sjednocují názory pracovníků týkající se vlivu prostředí, ve kterém pracují.

Kanceláře domácího hospice – nové kanceláře domácího hospice jsou útulné, dobře vybavené, ctí soukromí, terasa nabízí zpestření porad a supervizí.

Pozitivní vliv domácnosti klienta na pracovníka – pokud rodina je v péči o klienta zorganizována, rodina se starat chce a v domácnosti je klid.

Negativní vliv domácnosti klienta na pracovníka – pečující jsou konfliktní nebo závislí.

Další sebevzdělávání – pracovníkům poskytuje samostatnost v péči o klienta a rozvíjí komunikaci. Tyto nově nabyté dovednosti vedou ke zlepšení práce jak s umírajícím, tak i s pečujícími.

14 Diskuze

Diskuze k dílčí výzkumné otázce č. 1: Jak pracovníky ovlivňuje typ klientů?

Pracovníci ve vybraném domácím hospici pracují s nevléčitelně nemocnými lidmi od 18 let v terminální fázi onemocnění a jejich pečujícími. Podobně jako pracovníci, Skála a kol. (2011) uvádí, že paliativní péče je aktivní péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stádiu, kdy je cílem zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání, zachovat pacientovu důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkým.

Kebza (2012) je toho názoru, že se péče o umírajícího pacienta může stát dlouhodobě zatěžující aktivitou a rovněž práce s rodinnými příslušníky, kterým umírá jejich bližní, se tak stává situací extrémní zátěže, kdy jejich vypjaté emoční reakce, zvláště hněv, různé formy agrese, jsou situace, které se zvládají velmi obtížně.

Z výzkumu však vyplynulo, že pracovníci, kteří pracují s umírajícími a jejich blízkými, zvládají práci s umírajícími velmi dobře. Pracovníci se především odkazují na dobrou duševní hygienu a určité předpoklady, které pracovník v hospicové péči musí mít. Smrt je u pracovníků brána jako přirozené vyústění života. Tyto faktory pracovníkům pomáhají k dobrému zvládnutí pracovní zátěže s umírajícími klienty.

Vliv na práci s umírajícími také má, podle pracovníků, osobní zkušenost, předešlá praxe rovněž s umírajícími lidmi a vzdělání v oboru.

Při komunikaci si klient k rozhovoru téma vybírá sám. Pracovnice v komunikaci s umírajícími využívají poznatků z různých výcviků a školení (např. krizová intervence). Dále opět zdůrazňují nezastupitelnou roli předešlé praxe s tímto typem klientů a určité předpoklady.

Ptáček, Bartůněk a kol. (2014) uvádějí základní indikátory, jejichž naplnění je předpokladem pro to, být profesionálem v péči o nevléčitelně nemocné - být člověkem a vnímat lidství, k tomu ovšem vynikajícím profesionálem ve znalosti průběhů nevléčitelných nemocí a možností symptomatické léčby, umět využít autenticky svou empatii a mít energii pro to, „jí předávat“ a vynikající komunikační schopnosti s lidskými předpoklady.

Pokud nastane situace, že klient nespolupracuje, pracovníci klienty respektují, vysvětlí benefity, které z péče v domácím prostředí plynou. Je možnost nezávislé návštěvy pracovnice, která klientovi popíše momentální situaci, ve které se nachází a má možnost služby, která za klientem může jezdit domů, vyhnout se případným hospitalizacím a zůstat se svými blízkými.

Sláma a kol. (2011) popisuje obdobně domácí hospicovou péči jako ideální formu péče o umírající, pacient je ošetřován v prostředí, které důvěrně zná, poskytovaná péče je maximálně individualizovaná a garantuje trvalou dostupnost péče pacientovi, kdy se může doplňovat s jinými službami.

Při práci s umírajícími se pracovníci setkávají a spolupracují s pečujícími. Pečujícími je ve většině případů rodina. Práce s rodinou především spočívá v podpoře, edukaci, informovanosti, s pomocí v organizaci péče o umírajícího a následná podpora rodiny po smrti klienta. Pracovník snímá z rodiny a blízkých břemeno, které je spojeno se zajištěním pohřbu a dalšími náležitostmi, které je nutno vypořádat po úmrtí klienta (Dvořáčková, 2010).

Diskuze k dílčí výzkumné otázce č. 2: Jak osobnostní rysy pracovníka ovlivňují při zvládnání pracovní zátěže?

Osobnostní rysy, které pracovníkům pomáhají k dobrému zvládnání pracovní zátěže, jsou především empatie, flexibilně se přizpůsobit neočekávaným situacím, komunikativnost, umění naslouchat a tolerance vůči jinému vyznání, rase, státní příslušnosti. Sláma a kol. (2011) uvádí, že hlavními předpoklady k vykonávání profese je dobré fyzické zdraví, schopnost komunikace, slušnost, trpělivost, klidné a seriózní vystupování a výhodou je samozřejmě i dobré rodinné zázemí. Shoduje se tak s tvrzením všech pracovníků.

Naopak osobnostní rysy, které mají negativní vliv na zvládnání pracovní zátěže, pracovníci uváděli zcela odlišné rysy. Zatěžující osobnostní faktory u pracovníků podle Ptáčka (2011) jsou nedostatek odpočinku, nedostatek času na rodinu, nedostatek volného času na záliby, omezené sociální kontakty. Pracovníci však uvádějí, že práce v domácím hospici jim dává dostatek času na rodinu a své zájmy a mají dostatek času na odpočinek.

Kupka (2014) se domnívá, že předpokladem pro práci s umírajícími je zralost osobnosti a určité povahové rysy, jako je schopnost sebeovládání a trpělivosti. Zdůrazňuje, že

lidé, kteří jsou výbušní, neklidní, nevlídní a nevyrovnaní, by neměli v oblasti paliativní péče pracovat (Kupka, 2014).

Pracovníci mají velmi dobré povědomí o tom, co duševní hygiena znamená a dávají na ni velký důraz. Většinou ji spojují s vlastním volným časem, kdy se věnují aktivitám, které nejsou s paliativní péčí spojené. Každý pracovník svůj volný čas zcela přirozeně tráví jinak. Pracovníci tedy mají stejný názor jako Šauerová (2018), která zařazuje do duševní hygieny také vlivy sociálního prostředí, kdy se duševní hygiena stává plnohodnotnou součástí životního stylu.

Pracovníci dále uvádějí, že o svou duševní hygienu pečují vlastními nastavenými mantinely, kam klient může zajít a kam už ne (nepracují doma, mají vypnutý služební telefon po pracovní době apod.). Tím také předcházejí vzniku syndromu vyhoření.

Hrozenská a Dvořáčková (2013) uvádějí několik dalších typů pro prevenci syndromu vyhoření: kvalitní příprava na profesi zahrnující výcvik, jasná definice poslání organizace a metod práce, jasné vymezení profesionální role pracovníka a náplň práce, existence systému zácviku nových pracovníků, existence programu osobního rozvoje a podpora dalšího vzdělávání, omezení administrativní zátěže spojené s prací s klienty a průběžná supervize.

Supervize, je podle Hrozenské a Dvořáčkové (2013), jedním z typů pro prevenci syndromu vyhoření. Využití supervize, podle Venglářové a kol. (2013), je vhodné tam, kde se pracuje s lidmi a především tam, kde jsou pracovníci vystaveni stresujícím situacím, negativním emocím a tam, kde jsou přítomni situacím, kdy lidé trpí (ať už fyzicky či psychicky).

Z výzkumu však vyplývá, že většina pracovníků se k supervizi staví negativně, a to z důvodu nedůvěry v bezpečné prostředí při týmových supervizích, které se v zařízení konají přibližně třikrát do roka. Týmové supervize se podle Markové (2010) účastní pracovníci z jednoho pracoviště v různých pracovních rolích.

Prvním předpokladem pro to, aby supervize mohla být skutečně k užítku, je určitá hladina důvěry a angažovanosti u jejích účastníků, a to podle Takács, Sobotkové, Šulové a kol. (2015) je v prostředí některých organizací či pracovišť jen obtížně splnitelná podmínka.

Diskuze k dílčí výzkumné otázce č. 3: Jak pracovníky ovlivňuje práce v kolektivu?

Z výzkumu vyplývá, že pro některé pracovníky je velmi zatěžující a stresující práce v kolektivu. Stock (2010) se domnívá, že týmu, který se potýká s problémy, chybí v něm kolegiální a převládá závist a nevraživá atmosféra, se výrazně snižuje výkonnost. Nedostatek vzájemné soudržnosti mezi spolupracovníky může být pocíťován jako zdroj ohrožení a vyvolat stresovou reakci (Stock, 2010).

Plevová a kol. (2012) uvádějí nejčastější příčiny konfliktů v pracovním kolektivu, a to rozdíly ve vnímání problémů, rozdíly v motivech a cílech, neslučitelnost různých rolí, zápas o uznání, obtížné mezilidské vztahy a události, které mění život v zařízení. Pracovníci nejvíce pocíťují z uvedených příčin neslučitelnost různých rolí (v tomto případě rovina osobní a pracovní) a na to navazující obtížné mezilidské vztahy.

Situace, ve které se pracovní kolektiv momentálně nachází, je bezpochyby pro pracovníky velmi stresující. Prieß (2015) se domnívá, že pod pojmem stres se obecně rozumí subjektivní stav, ve kterém má dotyčný pocit, že je vystavený obtížné situaci nebo nepříjemným okolnostem, kterým se nemůže vyhnout a ani je nemůže ovlivnit ve svůj prospěch.

Pro řešení této situace, která z výzkumu vyplynula, byla v domácím hospici zadána striktní pravidla, kterých se pracovníci budou držet. Taková řešení uvádějí i Plevová a kol. (2012) a domnívají se, že pro efektivnost týmové spolupráce a zamezení jejím negativním vlivům je vhodné stanovit konkrétní a jasná pravidla, která budou respektována všemi členy týmu. Ovšem takové nařízení se u pracovníků setkalo s vlnou nevole.

Vévoda a kol. (2013) vysvětluje v následujícím odstavci důležitost zadaných pravidel ve vybraném domácím hospici, kdy se jedná o soubory pravidel, které určují, co je správné a vhodné ve vztazích v týmu. Vyvíjejí se převážně nevědomě, silou zvyku. Každý člen týmu musí být s těmito pravidly seznámen, a tím, že se na společných pravidlech domluví, je také vyjádřen souhlas, že v případě jejich nedodržení, mohou být členové týmu povoláni k odpovědnosti. Pokud nejsou standardy v týmu stanovené, mají členové implicitní povolení chovat se k sobě, jak uznají za vhodné, nevyjímaje chování nevhodné či zraňující (Vévoda a kol., 2013).

Pokud se v týmu objeví neshoda, pracovníci preferují osobní konfrontaci a konstruktivní řešení problémů. Prieß (2015) je toho názoru, že přes spory a rozpory by se pracovník neměl přenášet a nevolit únik před nimi, ani je před sebou nesunout, ale naopak je včas a neúnavně nazývat pravým jménem tak dlouho, dokud se nevyřeší.

Další možností, při které je možné řešit napětí v kolektivu, je týmová supervize, která je v zařízení přibližně třikrát do roka. Takovou možnost ovšem pracovníci nevyhledávají, jelikož někteří nemají kladný vztah k supervizi. Negativní vztah k supervizi některých pracovníků tak ovlivňuje smysl supervize a problém není možné otevřít a řešit v plné rovině.

Venglářová a kol. (2013) uvádějí, že bezpečné prostředí při supervizi je prostor, kde pracovníci mohou bez obav mluvit, sdílet své pocity, nic je neohrožuje a nejsou hodnoceni a kritizováni. Pracovníci tudíž necítí týmovou supervizi jako bezpečné prostředí.

Malíková (2011) se domnívá, že správně provedená supervize je nástroj, který kromě možnosti zvyšování kvality může pomoci s řešením mnoha problémů na pracovišti, např. se změnou klimatu v interpersonálních vztazích, v prevenci syndromu vyhoření, zaškolování nových pracovníků, v podpoře vzdělávání a v osobnostním rozvoji jednotlivých pracovníků i celých týmů.

Z výzkumu dále vyplývá, že napětí v kolektivu některé pracovnice necítí. Tyto pracovnice spolupracují a navzájem si předávají zkušenosti, čímž zvyšují své znalosti vedoucí k lepší péči o klienty.

Z aktivní spolupráce v týmu, podle Venglářové a kol. (2011), plynou i další výhody, a to spokojenost při spolupráci na společném plánování a řešení úkolů, schopnost respektovat a i podřídit se skupinovému řešení, potěšení ze setkání s druhými a schopnost přijmout podporu a také ji poskytovat.

Diskuze k dílčí výzkumné otázce č. 4: Jak pracovníka ovlivňuje prostředí, ve kterém pracuje?

Ideální bezpečné pracovní prostředí je podle Vévody a kol. (2013) prostředí, v němž nejen nehrozí žádná havárie, úraz ani jiné poškození zdraví – tedy žádné porušení pohody tělesné, duševní ani sociální, ale je to prostředí, které zdraví a tedy pohodu

tělesnou, duševní a sociální podporuje. Domácí hospic byl před rokem přestěhován do nových kanceláří, které pracovníci vnímají velmi pozitivně. Jsou pro ně útulné, dobře vybavené a ctí soukromí pracovníků.

Laufer (2010) uvádí faktory, které sice neumějí vytvořit skutečnou pracovní spokojenost, vyvolávají však nespokojenost, pokud nejsou dostatečně dány nebo vytvořeny – hygienické faktory. K hygienickým faktorům, podle Laufera (2010), patří veškeré pracovní podmínky, např. dobré vybavení pracoviště, spravedlivá odměna, uspokojení sociálních potřeb, jistota pracovního místa, uspokojené mezilidské vztahy a atraktivní image zařízení. Tyto faktory domácí hospice (vyjma uspokojených mezilidských vztahů) podle pracovníků splňuje.

Pracovníci nepracují pouze v kancelářích domácího hospice, ale především pracují v domácnostech klientů a jejich rodin.

V domácnostech klienta se pracovníci cítí dobře, pokud péče o klienta je dobře zorganizována a pokud je v domácnosti klid. Péči o umírající ve většině případů přejímá rodina. Pokud rodina zvolí domácí péči, Kupka (2014) uvádí, že nesmí být ponechána její snaha bez pomoci. Rodinám je nutné poskytnout psychickou podporu a praktickou pomoc, dodává Kupka (2014). Některé úkony spojené s ošetřováním se rodinní příslušníci naučí za asistence zdravotníka, některé však zdravotníci musí zajistit sami (Kupka, 2014).

Kdy se pracovníci dobře necítí, jsou situace, kdy pečující jsou závislí, konfliktní nebo se nemohou shodnout na péči o klienta. Marková (2010) věnuje pozornost tzv. ohroženým skupinám (kdo může být v době umírání blízkého ohrožen) a dělí je do následujících třech skupin podle charakteru.

První skupina je již zmíněná ohrožená skupina příbuzných, kteří jsou přehnaně úzkostní, depresivní, agresivní, závislí, nebo jinak duševně nemocní. Druhá ohrožená skupina jsou lidé, kteří mají s umírajícím neobvyklý vztah – ať již v kladném nebo záporném významu – neobvykle intenzivní, vztah závislosti (vztah rodič/dítě). Třetí skupinou, uzavírá Marková (2010) ohrožené skupiny, a to skupinou lidí, kteří ve stejný čas prožívají více stresujících situací.

Podle Markové (2010) by pracovník měl vědět o zvláštní ohroženosti některých příbuzných a měl by umět zprostředkovat další odbornou pomoc. Pokud nastane

v rodině konflikt, pracovníci s respektem a nadhledem upozorní pečující, že všem jde o důstojný odchod klienta.

Sledování stavu klienta, pružné reakce na požadavky a změnu u klienta, nároky na paměť, odpovědnost za výsledky své práce, samostatné rozhodování a respektování určitých pravidel, pozorování vlivu péče o chronicky nemocného na vztahy v rodině a sociální oblasti se dle Kurucové (2016) tyto činnosti mohou dlouhodobě stát psychicky zatěžujícími.

15 Závěr

Cílem této bakalářské práce bylo zmapovat pracovní zátěž, se kterou se pracovník potýká a její zvládnání.

Hlavní výzkumná otázka zněla: Jaké faktory ovlivňují zvládnání pracovní zátěže v domácí hospicové péči? Základními faktory, které ovlivňují pracovníky při zvládnání pracovní zátěže ve vybrané domácí hospicové péči jsou: typ klientů, osobnostní rysy, práce v kolektivu a pracovní prostředí. Z výzkumu však vyplynulo, že nejvíce zatěžujícím faktorem pro pracovníky je práce v kolektivu.

Pracovníci zvládají práci s umírajícími velmi dobře. Smrt berou jako přirozené vyústění života a sami v sobě mají vyřešenou vlastní smrtelnost. Dále pracovníci zmiňují i důležitost duševní hygieny, která je nezastupitelnou složkou pro dobré zvládnání práce s umírajícími. Dalším faktorem je i osobní zkušenost – doprovázení blízkého nebo předchozí pracovní zkušenost. K práci s tímto typem klientů je potřeba určitého osobnostního předpokladu.

Osobnostní rysy a předpoklady pro práci s umírajícími jsou velmi důležitým faktorem pro pracovníky. Empatie, flexibilně se přizpůsobit neočekávaným situacím, komunikativnost, umění naslouchat a tolerance vůči jinému vyznání, rase, státní příslušnosti jsou osobnostní rysy, které pracovníkům pomáhají při práci v domácím hospici. Pracovníkům k dobrému zvládnání práce pomáhá především péče o svou duševní hygienu, kterou spojují se svým volným časem, který každý pracovník tráví po svém a určitými striktními pravidly (nepracovat doma, vypnutý služební telefon po pracovní době apod.). Týmovou supervizi, která probíhá v hospici třikrát do roka, pracovníci nevnímají jako přínosnou.

Práce v kolektivu je pro některé pracovníky nejvíce zatěžujícím faktorem, jelikož v kolektivu cítí napětí. Napětí v kolektivu pramení z pracovních rolí, které velmi často splývají v rovině osobní a pracovní. Neshody na pracovišti pracovníci řeší spíše osobní konfrontací a hledáním společného kompromisu. Při týmové supervizi pracovníci necítí bezpečné prostředí, proto vztahy v kolektivu řeší při supervizi pouze do určité míry. Některé pracovnice však napětí necítí a spolupracují, navzájem se inspirují a předávají si zkušenosti vedoucí k novým poznatkům, které mohou následně aplikovat u klienta.

Pracovní prostředí, ve kterém se nejvíce pracovník pohybuje, je domácnost klienta. V domácnosti klientů se pracovník cítí dobře, pokud se rodina (nebo jiný pečující) o klienta starat chce, v péči je dobře zorganizována a v domácnosti panuje klid. Naopak, kdy se pracovník v domácnosti dobře necítí, jsou situace, pokud jsou pečující závislí, konfliktní a v péči neorganizovaní. Pokud nastane krizová situace, pracovník s respektem pečujícím připomíná, že v první řadě jde o důstojný odchod klienta.

Pracovníci vnímají další sebevzdělávání pozitivně, jelikož po absolvování kurzů jsou samostatnější při zdravotnických výkonech a využívají nové metody a techniky, jak komunikovat s klientem.

Tato bakalářská práce může být přínosná pro management organizace a pomoci tak k lepšímu komfortu pracovníků, jelikož lepší komfort zaměstnanců může vést k lepší péči o klienty. Výsledky mohou dále posloužit jako zpětná vazba o zvládání pracovní zátěže a pohled třetí nezávislé strany.

Jako doporučení bych pro vybraný domácí hospic navrhovala zavést supervize vícekrát do roka a nastavení konstruktivních pravidel, se kterými budou pracovníci souhlasit.

Seznam zdrojů:

1. ANDRŠOVÁ, A., 2012. *Psychologie a komunikace pro záchranáře: v praxi*. 1. vydání. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-4119-2.
2. ARNOLDOVÁ, A., 2016. *Sociální péče 2. díl: Učebnice pro obor sociální činnost*. 1. vydání. Praha: Grada. 320 s. ISBN 978-80-247-5148-1.
3. CAGE, H., HOLDSWORTH, L., FLANNERY, C., 2015. *BMC Palliat care* . 14: 75, doi: <https://doi.org/10.1186/s12904-015-0065-4>.
4. CONG, L., 2015. Burn-out-syndrom. In: *Chinesische psychosomatische Medizin*. New York: Springer. ISBN 978-3-662-45328-5.
5. ČENĚK, J., SMOLÍK, J., VYKOUKALOVÁ, Z., 2016. *Interkulturní psychologie*. 1. vydání. Praha: Grada. 312 s. ISBN 978-80-247-5414-7.
6. HROZENSKÁ, M., DVOŘÁČKOVÁ, D., 2013. *Sociální péče o seniory*. 1. vydání. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-4139-0.
7. HUNEŠ, R. (2008). Hospic-místo radosti. *Kontakt: odborný vědecký časopis pro zdravotně sociální otázky*, 69-73.
8. HUTYROVÁ, M, RŮŽIČKOVÁ, V., 2017. *Koheze speciální pedagogiky v současnosti*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 301 s. ISBN 978-80-244-5256.
9. JACKOB, K., HELLMAN, M., MARKOWITZ, J., 2013. Workload. In: *Gellman M.D. Turner J.R. (eds) Encyclopedia of Behavioral Medicine*. New York: Springer. ISBN 978-1-4419-1004-2.
10. JANÁČKOVÁ, L., 2008. *Základy zdravotnické psychologie*. Praha: Triton. 104 s. ISBN 978-80-7387-179-6.
11. KALINA, K. a kol., 2015. *Klinická adiktologie*. 1. vydání. Praha: Grada. 696 s. ISBN 978-80-247-4331-8.
12. KEBZA, V., 2012. *Psychická zátěž, stres a psychohygienu v lékařských profesích*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. 95 s. ISBN 978-80-247-4569-5.
13. KOPECKÁ, I., 2015. *Psychologie 3. díl – Učebnice pro obor sociální činnost*. 1. vydání. Praha: Grada. 268 s. ISBN 978-80-247-3877-2.
14. KUPKA, M., 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. 1. vydání. Praha: Grada. 216. ISBN 978-80-247-4650-0.

15. KURUCOVÁ, R., 2016. *Zátěž pečovatele: posuzování, diagnostika, intervence a prevence v péči o nevléčitelně nemocné*. 1. vydání. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-5707-0.
16. KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
17. LAUFER, H., 2008. *99 tipů pro úspěšné vedení lidí*. 2. vydání. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-2445-4.
18. MACHKOVÁ, H., 2009. *Mezinárodní marketing*. 3. vydání. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-247-2986-2.
19. MALÍKOVÁ, E., 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vydání. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
20. MAREŠ, J., 2012. *Posttraumatický rozvoj člověka*. 1. vydání. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-247-3007-3.
21. MARKOVÁ, A. a kol., 2009. *Hospic do kapsy – příručka pro domácí paliativní týmy*. Praha: Cesta domů. 100 s. ISBN 978-80-254-4552-5.
22. MARKOVÁ, M., 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vydání. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.
23. MIKULÁŠTÍK, M., 2015. *Manažerská psychologie*. 3. vydání. Praha: Grada. 344 s. ISBN 978-80-247-4221-2.
24. MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. 332 s. ISBN 978-80-247-1362-4.
25. MLÝNKOVÁ, J., 2010. *Pečovatelství 2. díl: Učebnice pro obor sociální péče – pečovatelská činnost*. 1. vydání. Praha: Grada. 324 s. ISBN 978-80-247-3185-8.
26. PAULÍK, K., 2017. *Psychologie lidské odolnosti*. 2. vydání. Praha: Grada. 368 s. ISBN 978-80-247-5646-2.
27. PEŠEK, R., PRAŠKO, J., 2016. *Syndrom vyhoření – Jak se prací a pomáháním druhým nezničit*. Praha: Pasparta. 179 s. ISBN 978-80-88163-00-8.
28. PLEVOVÁ, I. a kol., 2011. *Ošetrovatelství I*. 1. vydání. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-3557-3.
29. PLEVOVÁ, I., a kol., 2012. *Management v ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-247-3871-0.
30. PREEDY, V., WATSON, R., 2010. *Handbook of Disease Burdens and Quality of Life Measures*. New York: Springer. ISBN 978-0-387-78664-3.

31. PRIEß, M., 2015. *Jak zvládnout syndrom vyhoření*. 1. vydání. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-5394-2.
32. PROCHÁZKA, J., VACULÍK, M., SMUTNÝ, P., 2013. *Psychologie efektivního leadershipu*. 1. vydání, Praha: Grada. 152 s. ISBN 978-80-247-4646-3.
33. PŘIDALOVÁ, M. (2010). Sociální práce v paliativní péči. *Časopis Sociální práce/Sociálna práca*, 2, 14-15.
34. PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. a kol., 2014. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. 1. vydání. Praha: Grada. 520 s. ISBN 978-80-247-5471-0.
35. PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. 1. vydání. Praha: Grada. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.
36. REINFELDER, E., JAHN, R., GINGELMAIER, S., 2018. *Supervision und psychische Gesundheit*. New York: Springer. ISBN 978-3-658-22192-8.
37. SLÁMA, O. a kol., 2011. *Paliativní medicína pro praxi*. 2. vydání. Praha: Galén. 363 s. ISBN 978-80-7262-849-0.
38. SLÁMA, Ondřej. Paliativní a hospicová péče v České republice a v Evropě. *Klinická onkologie*, 2009, 22.4: 183-185.
39. STOCK, CH., 2010. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. 1. vydání. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-3553-5.
40. ŠAUEROVÁ, M., 2018. *Techniky osobnostního rozvoje a duševní hygieny učitele*. 1. vydání. Praha: Grada. 280 s. ISBN 978-80-247-5255-6.
41. ŠOUREK, D., 2016. Doprovázení umírajících v pobytových zařízeních. *Sociální služby*. ISSN 1803-7348.
42. ŠUBRT, J., 2010. *Soudobá sociologie IV*. 1. vydání. Praha: Karolinum. 383 s. ISBN 978-80-246-1789-3.
43. TAHAL, R. a kol., 2017. *Marketingový výzkum: postupy, metody, trendy*. 1. vydání. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-271-0206-8.
44. TAKÁCS, L., SOBOTKOVÁ, D., ŠULOVÁ, L. a kol., 2015. *Psychologie v perinatální péči: Praktické otázky a náročné situace*. 1. vydání. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-5127-6.
45. TOMEŠ, I. a kol., 2015. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. 1. vydání. Praha: Karolinum. 168 s. ISBN 978-80-246-2941-4.
46. VENGLÁŘOVÁ, M. a kol., 2013. *Supervize v ošetrovatelské praxi*. 1. vydání. Praha: Grada. 104 s. ISBN 978-80-247-4082-9.

47. VENGLÁŘOVÁ, M. a kol., 2011. *Sestry v nouzi – Syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. 1. vydání. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3174-2.
48. VÉVODA, J. a kol., 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. 1. vydání. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-4732-3.
49. ZAMAZALOVÁ, M. a kol., 2010. *Marketing*. 2. vydání. Praha: C. H. Beck. 499 s. ISBN 978-80-7400-115-4.

Seznam příloh

1. Návod pro rozhovor
2. Informovaný souhlas pro ředitele
3. Informovaný souhlas pro pracovníky

Příloha č. 1 Návod na rozhovor

DVO1: Jak pracovníky ovlivňuje typ klientů?

S jakými typy klientů se setkáváte?

Jak zvládáte práci s umírajícími?

Co vás ovlivnilo při výběru práce s tímto typem klientů?

Řekněte mi něco o komunikaci mezi klienty a vámi?

Jak zvládáte, když klient nespolupracuje?

Řekněte mi, v čem spočívá vaše práce s rodinnými příslušníky umírajícího?

DVO2: Jak osobnostní rysy pracovníka ovlivňují při zvládnání pracovní zátěže?

Jaké vaše osobnostní rysy jsou pro vaši práci přínosem?

Které osobnostní rysy vás spíše brzdí ve vaší práci s klienty?

Jak zvládáte své pocity při práci s umírajícími?

Jak se vyrovnáváte se smrtí klienta?

Jak pečujete o svou duševní hygienu?

Jakým způsobem trávíte svůj volný čas?

Jak probíhá supervize?

Co očekáváte od supervize?

DVO3: Jak pracovníka ovlivňuje práce v kolektivu?

Řekněte mi o kolektivu, který je u vás v hospici?

Jak se v kolektivu cítíte?

Jakým způsobem vás kolektiv při práci ovlivňuje?

Pokud se na pracovišti vyskytnou neshody, jak je řešíte?

Jakou formu podpory kolektivu vítáte? (popř. byste uvítala)

DVO4: Jak pracovníka ovlivňuje prostředí, ve kterém pracuje?

Jak vnímáte vaše „kamenné pracoviště“?

Jak probíhají návštěvy v rodinách klientů?

Jak se cítíte v domácnostech klientů?

Jaké pomůcky využíváte při práci s klienty v domácnosti?

Jak vypadá domácnost klienta, kde se cítíte dobře?

Co ovlivňuje skutečnost, že se u klienta v domácnosti necítíte dobře?

Pokud se u klienta necítíte dobře, co děláte pro to, aby nastala změna?

Čím jste schopna atmosféru v rodině sama ovlivnit?

Je něco, co by vám při práci s klienty v terénu pomohlo?

Jaký vliv má další vzdělávání na vaší práci s klienty?

Příloha č. 2 Informovaný souhlas pro ředitele

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno ředitele zařízení:

Informovaný souhlas o provedení výzkumu k bakalářské práci na téma „Zvládání pracovní zátěže u pracovníků ve vybrané domácí hospicové péči“.

Prohlašuji, že jsem byl/a seznámen/a s podmínkami a průběhem výzkumu. Souhlasím, že název zařízení bude anonymní a rozhovory budou nahrávány na audio zařízení pro účely výzkumu, který bude popsán v bakalářské práci studentky oboru Zdravotně sociální fakulty, Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, Michaely Adlerové.

V Českých Budějovicích

podpis ředitele

Příloha č. 3 Informovaný souhlas pro pracovníky

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno informanta:

Informovaný souhlas k účasti na výzkumu k bakalářské práci na téma „Zvládání pracovní zátěže u pracovníků ve vybrané domácí hospicové péči“.

Prohlašuji, že jsem byl/a seznámen/a s podmínkami a průběhem výzkumu. Souhlasím s nahráváním rozhovoru na audio zařízení pro účely výzkumu, který bude popsán v bakalářské práci studentky oboru Zdravotně sociální fakulty, Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, Michaely Adlerové.

Byl/a jsem poučen/a, že v rámci výzkumu mi bude zachována anonymita, že údaje poskytované pro účely tohoto výzkumu budou použity pouze pro účely této práce a že kdykoliv mohu z výzkumného šetření odstoupit.

V Českých Budějovicích

podpis informanta