

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

**MOTIVACE PRO PRÁCI V DOMÁCÍM HOSPICI**

**MOTIVATION TO WORK IN A HOME HOSPICE**



**Bakalářská diplomová práce**

Autor: Ing. Pavlína Furgaláková

Vedoucí práce: PhDr. Olga Pechová, Ph.D.

Olomouc

**2018**

### **Prohlášení**

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou na téma: „Motivace pro práci v domácím hospici“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne .....

Podpis .....

## **Poděkování**

Velice bych chtěla poděkovat PhDr. Olze Pechové, PhD. za její odborné vedení, náměty, připomínky, její čas, ochotu a vstřícný přístup, který mi věnovala při vedení této práce. Stejně tak bych chtěla poděkovat všem respondentkám, které věnovaly čas našim rozhovorům.

# Obsah

Úvod.....	5
TEORETICKÁ ČÁST .....	6
1 Paliativní péče .....	6
1.1 Vymezení paliativní péče .....	6
1.2 Novodobá historie paliativní péče.....	7
1.3 Historie paliativní péče .....	8
1.4 Etické aspekty paliativní péče .....	9
2 Formy poskytování specializované paliativní péče .....	11
2.1 Oddělení paliativní péče.....	11
2.2 Konziliární paliativní tým .....	11
2.3 Lůžkový hospic .....	12
2.4 Domácí hospic.....	12
2.5 Hospicová péče v České republice a její limity .....	13
2.6 Hospicová péče v zahraničí.....	16
3 Multidisciplinární tým .....	18
3.1 Lékař v týmu .....	18
3.2 Sociální pracovník v týmu .....	19
3.3 Role rodiny v péči o terminálně nemocného.....	20
3.4 Další členové týmu.....	20
4 Zdravotní sestra v týmu .....	21
4.1 Odbornost zdravotní sestry a nároky na její osobnost .....	21
4.2 Motivace k práci.....	22
4.3 Zdravotní sestra v domácím hospici .....	23
4.4 Pracovní stres a jeho důsledky .....	24
5 Vybrané výzkumy .....	26
EMPIRICKÁ ČÁST .....	29
6 Výzkumný problém, cíle práce, výzkumné otázky .....	29
6.1 Výzkumný problém.....	29
6.2 Cíle výzkumu .....	29
6.3 Výzkumné otázky.....	29
7 Metodologie – rámec výzkumu .....	31
7.1 Design výzkumu.....	31
7.2 Design výzkumu.....	31
7.3 Metody získání dat .....	32

7.4	Zpracování a analýza dat.....	33
7.5	Etické aspekty výzkumu .....	33
8	Výsledky výzkumu.....	34
8.1	Umírající pacient.....	35
8.2	Zdravotní sestra.....	36
8.3	Rodina .....	37
8.4	Veřejnost .....	39
8.5	Hospicový tým .....	40
8.6	Vzájemné působení a vazby mezi kategoriemi .....	40
9	Odpovědi na výzkumné otázky .....	42
10	Diskuse.....	45
11	Závěr .....	50
	Souhrn.....	52
	Seznam použitých zdrojů a literatury .....	54

Příloha č. 1 Abstrakt bakalářské práce v českém a anglickém jazyce

Příloha č. 2 Seznam zkratk

## Úvod

Hospice a jejich činnost se začínají dostávat do povědomí veřejnosti velmi pomalu. Hospic obvykle vyhledává člověk nebo jeho rodina až ve chvíli, kdy ho potřebuje. Lidé si často myslí, že hospic je zařízení pro seniory, vůbec si nepřipouští, že smrt se týká lidí v každém věku, bohužel i dětí. Téma smrti ztrácí nádech tabu velmi pomalu.

Hospice se začínají stávat hráči na poli zdravotní péče a zdravotního pojištění. K tomu, aby se staly kmenovými hráči zdravotního systému v České republice, je ještě daleká cesta. Přitom jejich role je velmi důležitá. Právě hospice navracejí smrt do běhu lidského života. Smrt lidský život ukončuje, ale není důvod, aby se odehrávala za nemocniční plentou a v osamění.

Hospice si prošlapují cestu pomalu a jejich úkolem je kromě poskytování služeb terminálně nemocným pacientům také osvěta a informování veřejnosti.

Tato bakalářská práce se zaměřuje na motivaci pro práci v domácím hospici, na motivaci zdravotních sester. Zdravotní sestra je tím, kdo tráví s umírajícím a jeho rodinou nejvíce času. Zdravotní sestra je v domácím hospici klíčovou osobou. Cílem této práce je pokusit se najít, co motivuje zdravotní sestry k práci v domácím hospici. Co stojí za jejich rozhodnutím. Hospic je místem, kde se nikdo neuzdraví, kde každý pacient umírá.

Pro toto téma jsem se rozhodla jednak z osobních důvodů. Spoluzaložila jsem domácí hospic a zajímá mě, co je hnacím motorem pro zdravotní sestry, které pracují na první pohled v ponuré blízkosti smrti. Proč si tuto práci zvolily a co je pro ně odměnou. Druhým důvodem je aktuálnost tématu. Každý rok onemocní v České republice onkologickým onemocněním desítky tisíc lidí, bohužel ne každého se podaří vyléčit.

V teoretické části bakalářské práce jsou objasněny pojmy paliativní péče a formy jejího poskytování včetně krátkého exkurzu do historie. Dále je představen multidisciplinární tým jako poskytovatel péče, podrobněji je představena zdravotní sestra a její role v domácí hospicové péči. Teoretickou část uzavírá přehled vybraných výzkumů, které se tématu bakalářské práce dotýkají.

Empirická část uvádí kvalitativní výzkum zaměřený na motivační faktory, které stojí za rozhodnutím zdravotní sestry pracovat v domácím hospici. Sběr dat proběhl formou polostrukturovaných rozhovorů a data byla analyzována pomocí metody zakotvené teorie.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Paliativní péče

### 1.1 Vymezení paliativní péče

Na úvod této práce je třeba osvětlit, co je to paliativní péče a co je jejím cílem. Paliativní péče, která respektuje umírání jako přirozenou součást lidského života, je základním kamenem péče hospicové. Paliativní péče je tedy „*aktivní péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevyлéčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stádiu*“ (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2011, 25). Cílem paliativní péče je zajistit pacientovi dobrou kvalitu života, i když se nachází v konečném stádiu života, zejména se jedná o zmírnění bolesti a dalších tělesných a duševních strádání vyplývajících z onemocnění. Paliativní péče stojí na principech respektu k lidské důstojnosti, respektu individuálních potřeb pacienta, respektu k možnosti strávit závěrečnou část života spolu s členy rodiny v prostředí, které splňuje charakteristiku důstojnosti a vlídnosti (Sláma et al., 2011). Důležitým principem paliativní péče je také koncentrace nejen na samotného pacienta, ale také na pečující okolí terminálně nemocného pacienta, tedy zejména na rodinu nebo přátele. Paliativní péče stojí na „*interdisciplinární spolupráci a integruje v sobě lékařské, ošetrovatelské, psychologické, sociální a spirituální aspekty*“ (Vorlíček et al., 2004, 17). O hospicového pacienta tedy pečuje lékař (může to být i více lékařů různých specializací), zdravotní sestry, sociální pracovník, podle potřeby také psycholog, psychiatr, duchovní, ale také blízká rodina.

Je důležité zdůraznit výraz aktivní péče. Stojí proti názoru, že je-li někdo nevyлéčitelně nemocný, nedá se s ním nic dělat, respektive není třeba s ním nic dělat. Paliativní péče se zaměřuje na zlepšení kvality zbývajících života pacienta, i přes nepříznivou prognózu onemocnění, přes vysoký stupeň pokročilosti onemocnění a také bez ohledu na stanovenou diagnózu. Nejčastějšími diagnózami hospicových pacientů jsou nádorová onemocnění, ale také cévní onemocnění mozku, chronická obstrukční onemocnění plic, neurodegenerativní onemocnění nebo AIDS (Vorlíček et al., 2004).

Paliativní lékař tedy vždy stanovuje cíl léčby. Dle Slámy (2011) cíl léčby souvisí s fází onemocnění, ve které se pacient nachází. Fáze identifikují lékaři tři: fázi kompenzovaného onemocnění, fázi nevratně progredujícího onemocnění a fázi terminální. Fázi kompenzovaného onemocnění charakterizuje nejdelší prognóza přežití pacienta, a je stanovena v řádu měsíců i let. V tomto případě je cílem udržet kompenzovaný stav co

nejdéle při zachování co nejvyšší funkční zdatnosti a samozřejmě co nejdelší možnost života. Pokud lékař stanovuje prognózu přežití v řádu týdnů a měsíců, jedná se o fázi nevratně progredujícího onemocnění. V tomto případě lékař cílí na udržení co nejvyšší kvality života. Při stanovení prognózy přežití v řádu několika málo týdnů, dnů nebo hodin hovoříme o terminální fázi. Cílem léčby je umožnit pacientovi důstojné umírání. Pacient není intenzivně léčen ani resuscitován, umírání není prodlužováno. Léčba je primárně zaměřena na symptomy této fáze a to snižování bolesti a dušnosti.

Paliativní péči lze dělit na obecnou a specializovanou, dělení souvisí s nabízenými službami směrem k pacientovi.

Obecná paliativní péče je poskytována pacientům s pokročilým onemocněním. Sláma (Sláma et al., 2011, 4) uvádí, že „větší část z celkového objemu paliativní péče poskytnuté v rámci primární péče má charakter obecné paliativní péče“. Obecná paliativní péče se zaměřuje jak na léčbu symptomů onemocnění, ale také na kvalitu života pacienta, tak na podporu psychosociální. Tato péče by měla být součástí klinické praxe praktických lékařů, za případné spolupráce dalších odborných lékařů a doplňující péče agentur domácí ošetrovatelské péče nebo domácí pečovatelské služby. Obecnou paliativní péči by měla běžně poskytovat zdravotnická zařízení.

Specializovaná paliativní péče nastupuje v okamžiku, kdy již vzhledem k obtížím pacienta nestačí obecná paliativní péče. Pacient by měl přecházet z péče obecné do péče specializované plynule. V případě indikace specializované péče nastupuje multidisciplinární tým, který pečuje jak o pacienta, tak o jeho rodinu.

## **1.2 Novodobá historie paliativní péče**

První hospic v novodobé historii, který se stal inspirací pro další hospice po celém světě, byl založen v roce 1967 v anglickém Sydenhamu. St. Christophers Hospice založila zdravotní sestra a sociální pracovnice Cecilly Saundersová. Toto zdravotnické zařízení pečovalo o fyzickou i duševní stránku umírajících a poprvé v historii pečoval o pacienty multidisciplinární tým. Založení tohoto hospice je obvykle považováno za počátek moderního hospicového hnutí (Svatošová, 2011).

Další zemí, kde vzniká hospic, je USA. V roce 1974 byl založen hospic ve městě New Haven ve státě Connecticut (Havlenová, 2012).



Zakládání dalších hospiců nastupuje ruku v ruce se zavedením paliativní medicíny jako samostatného oboru, který dodržuje pět zásad (Vorlíček et al., 2004):

1. Oddělení paliativní medicíny poskytují multidisciplinární péči zahrnující odbornou lékařskou péči.
2. Rozvoj domácí paliativní péče, jejímž základem je multidisciplinární tým zahrnující vyškolené lékaře a zdravotní sestry.
3. Rozvoj paliativních oddělení ve zdravotnických zařízeních, jejichž základem je multidisciplinární tým.
4. Rozvoj konzultačních služeb ve všech zdravotnických zařízeních.
5. Výuka odborného zdravotního personálu (lékařů, zdravotních sester) pro multidisciplinární spolupráci.

Ve Velké Británii a USA se rozvíjela spíše domácí hospicová péče. První oddělení paliativní péče v nemocnici bylo založeno v roce 1975 v kanadském Montrealu (Havlenová, 2012).

### **1.3 Historie paliativní péče**

Vznik prvního kamenného hospice v České republice je spojen se jménem lékařky Marie Svatošové, které se v roce 1996 se podařilo v Červeném Kostelci otevřít první český lůžkový hospic. Hospic byl založen podle vzoru anglického st. Christophers hospice v Sydenhamu. Hospic Anežky České v Červeném Kostelci se stal vzorem pro další hospice, které v České republice začaly vznikat. Následovaly hospice v Praze a v Plzni (1998), v Rajhradu u Brna (1999) a v roce 2001 v Litoměřicích (Svatošová, 2011).

Významným milníkem pro poskytování paliativní péče se stalo uznání samostatného atestačního medicínského oboru Paliativní medicína a léčba bolesti v roce 2004. Postgraduální vzdělávání zajišťuje subkatedra paliativní medicíny Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví (Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, nedat.).

Zásadním aktérem a nositelem odbornosti na poli paliativní medicíny je Česká společnost paliativní medicíny (ČSPM) při České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně. ČSPM definuje národní politiku rozvoje paliativní medicíny, vzdělává lékaře a zaměřuje se také na výzkum v oblasti paliativní medicíny. Cíli ČSPM je také šířit informovanost o tématu mezi laickou veřejností, zlepšovat poskytování paliativní péče a zavádět ji do každodenní praxe (Česká společnost paliativní medicíny, nedat.).

Vznik a rozvoj hospiců vedl k ustanovení zájmových sdružení v této oblasti. Jedním z nich je Asociace poskytovatelů paliativní hospicové péče (APPHP) sdružující poskytovatele lůžkové a mobilní hospicové péče (Asociace poskytovatelů paliativní hospicové péče, nedat.). Druhým je Fórum mobilních hospiců sdružující poskytovatele mobilní specializované paliativní péče, subjekty, které poskytují specializovanou paliativní péči v domácím prostředí pacienta – tedy domácí hospice, agentury domácí péče a další zdravotnická zařízení (Fórum mobilních hospiců, nedat.). Obě zájmová sdružení se zasazují o rozvoj hospicové péče v České republice.

Výzkumem kvality života pacientů v terminální fázi a jejich rodin se zabývá Centrum paliativní péče, výsledky výzkumů prezentuje veřejnosti, připravuje informační kampaně. Centrum také aktivně spolupracuje na zapojení paliativní péče do studijních plánů lékařských oborů (Centrum paliativní péče, nedat.).

Velkou roli při zviditelňování hospicové péče v České republice sehrálo sdružení Cesta domů. Tento pražský mobilní hospic založený v roce 2001 se věnoval a věnuje nejen péči o terminálně nemocné, ale také iniciuje průzkumy veřejného mínění a spolupracuje na mediálních kampaních.

#### **1.4 Etické aspekty paliativní péče**

Jak uvádí Sláma (2011) v paliativní péči platí stejné etické principy jako v jiných oblastech medicíny. Základními etickými principy jsou tedy:

1. Autonomie – každý je odpovědný za své zdraví a přání pacienta je respektováno, i když může mít za následek smrt.
2. Informovanost pacienta – pacient má právo na plné informace o svém zdravotním stavu, ale má také právo informace odmítnout.
3. Beneficence – princip prospěšnosti, dobro pacienta nemusí být totožné s představou lékaře.
4. Nonmaleficence – neškodit pacientovi po zdravotní ale i obecné stránce, to znamená včetně sociálního ublížení (například převody majetku v terminální fázi pod nátlakem).
5. Spravedlnost – proporcionalita mezi potřebami pacienta a možnostmi společnosti.

Zdrojem rozporů mezi veřejností je v souvislosti s umíráním eutanazie, tedy záměrné usmrcení člověka na jeho výslovnou a opakovanou žádost další osobou. Vedle eutanazie stojí také asistovaná sebevražda, kdy člověk usmrtí sám sebe za pomoci další osoby. Jak

eutanazie, tak asistovaná sebevražda nejsou v České republice legální. Jedinou legální a přípustnou možností v České republice je možnost odstoupení od neúčinné respektive neúčinné léčby. Jedná se o možnost, kdy „*je nenasazení nebo opuštění takových léčebných postupů, které pacientovi nepřinášejí žádný užitek a jsou pro něj zatěžující nejen fyzicky, ale i psychicky*“ (Sláma et al., 2011, 321). I v tomto případě dochází ke smrti pacienta, ale přirozeným způsobem, protože respektuje vývoj neléčitelné nemoci. Pacientovi zajišťuje multidisciplinární tým péči, kdy jsou ošetřeny fyzické i psychické symptomy spojené se smrtí. Paliativní péče na rozdíl od eutanazie vede k tomu, aby došlo ke zlepšení kvality života, který umírajícímu zbývá. Paliativní péče smrt neurčuje ani neoddluže (Sláma et al., 2011).

S umíráním se spojuje také termín dystanázie, zadržaná smrt (Vorlíček et al., 2004). Jedná se opět o proces, který není v souladu s principy paliativní medicíny. Dystanázie souvisí s přístupem, kdy je smrt pokládána za prohru, a proto se zdravotníci snaží zvrátit nepříznivý zdravotní stav pacienta a život nepřiměřeně prodlužují.

## **2 Formy poskytování specializované paliativní péče**

Specializovaná paliativní péči může být terminálně nemocným pacientům zajištěna v několika různých formách. Vždy záleží na individuálních potřebách pacienta, jakou formu zvolí on sám, jakou formu doporučí lékaři nebo co je v možnostech pečující rodiny (Sláma et al., 2011).

### **2.1 Oddělení paliativní péče**

Se specializovanou paliativní péčí se pacienti a jejich rodiny mohou setkat na oddělení paliativní péče, které je součástí lůžkového zdravotnického zařízení. Tato oddělení v České republice postupně vznikají, podle dostupných informací (Cesta domů, nedat.) je jich několik, například Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze nebo Všeobecná fakultní nemocnice v Praze. V rámci projektu Spolu až do konce Nadačního fondu Avast získalo v roce 2016 podporu 18 nemocnic na budování oddělení paliativní péče, respektive na budování konziliárních paliativních týmů. Výsledky toho projektu budou prezentovány v dubnu roku 2018 (Česká společnost paliativní medicíny, 2018). Další zdravotnická zařízení nabízejí takzvaná lůžka hospicového typu a rodinné pokoje, například Nemocnice s poliklinikou v České Lípě nebo Nemocnice Jihlava. V Příbrami funguje při Oblastní nemocnici Paliativní centrum. Je otázkou, zda nemocnice nebo léčebny dlouhodobě nemocných, které deklarují hospicový přístup, který popisují jako možnost návštěvy svých nemocných kdykoli chtějí a setrvat u nich, skutečně zajišťují specializovanou paliativní péči.

### **2.2 Konziliární paliativní tým**

Další možností zajištění specializované paliativní péče jsou konziliární paliativní týmy v lůžkových zdravotnických zařízeních. V tomto případě ale pacient zůstává léčen na stejném oddělení. Sláma et al. (2011) uvádí, že tyto konziliární paliativní týmy nejsou zatím v České republice rozšířené. Možnou variantou jsou ambulance paliativní medicíny, případně ambulance bolesti. Tento typ ambulancí vzniká zejména při lůžkových hospicích, případně při domácích hospicích. Podle doporučení ČSPM při České lékařské společnosti J. E. Purkyně by ideálně měla fungovat vždy jedna ambulance paliativní medicíny na 100 000 obyvatel (Česká společnost paliativní medicíny, 2013).

### **2.3 Lůžkový hospic**

V současnosti jsou již poměrně rozšířenou formou poskytování odborné paliativní péče lůžkové hospice. Lůžkový hospic je samostatné zdravotnické lůžkové zařízení, které poskytuje terminálně nemocným pacientům specializovanou péči. Cílem je poskytnout vše, co hospicová péče nabízí v takovém prostředí, kdy pacient může mít kolem sebe své blízké a je obklopen svými známými věcmi (Svatošová, 2011). Lůžkový hospic je velice otevřený k návštěvám a možnosti ubytovat i člena rodiny. Člen rodiny o pacienta nepečuje, ale pokud chce, může se do péče zapojit. Lůžkové hospice mají pracovní režim podobně jako je to v nemocnicích, ale tento režim se přizpůsobuje pacientům. Lůžkový hospic respektuje do velké míry, kromě potřeb pacienta, také jeho přání. Pacient nemusí setrvávat celý den v posteli, pokud mu to jeho zdravotní stav dovolí, může se pohybovat po hospici a věnovat se zájmovým činnostem. Pobyt pacienta v lůžkovém hospici obvykle trvá nejdéle několik týdnů. Lůžkové hospice často fungují jako respitní péče pro pacienty domácích hospiců. Lůžkových hospiců existuje v České republice aktuálně 19 (Cesta domů, nedat.). Lůžkový hospic funguje nyní v každém kraji České republiky, kromě kraje Vysočina.

### **2.4 Domácí hospic**

Formou, která se v současnosti nejvíce rozvíjí a stále nejvíce chybí, je domácí hospicová péče, někdy označovaná také jako mobilní hospicová péče. Tato forma péče je poskytována pacientům v jejich vlastním sociálním prostředí. Pacientům a jejich rodinám je dostupná 24 hodin denně 7 dnů v týdnu. Do péče jsou zapojeni také členové rodiny, což je současně podmínkou domácí hospicové péče. Jeden člen rodiny (popřípadě i více členů) se zavazuje o pacienta pečovat za podpory hospicového multidisciplinárního týmu. Léčbu indikuje vždy lékař (Sláma et al., 2011), v současnosti s odborností v paliativní medicíně. Frekvence návštěv týmu záleží na potřebách, stavu a přání pacienta. Tým je k dispozici pacientovi a rodině také v okamžiku smrti (in finem), ale do rodiny se vrací také po úmrtí, pokud o to rodina má zájem (Svatošová, 2011).

Součástí domácí služeb domácí hospicové péče je zapůjčení zdravotních a kompenzačních pomůcek v opět v závislosti na stavu pacienta. Obvykle se jedná o polohovací lůžko se speciální matrací, v případě dušnosti koncentrátor kyslíku. Dále jsou běžnou výbavou domácích hospiců lineární dávkovače léků a pomůcky k podávání infuzní léčby.

## **2.5 Hospicová péče v České republice a její limity**

Vznik a rozvoj hospicové péče v České republice je spojen se jménem lékařky MUDr. Marie Svatošové, která iniciovala vznik prvního lůžkového hospice v České republice. Hospic Anežky České v Červeném Kostelci vznikl v roce 1996 a jeho zřizovatelem je Diecézní charita Hradec Králové (Svatošová, 2011). Od té doby se hospicová péče rozvíjí, nicméně stále naráží na nejrůznější limity – dostupnost, finanční zdroje a také postoje společnosti k umírání a nedostatečné informace.

### ***Dostupnost hospicové péče***

Hospicová péče je v současnosti dostupná pouze částečně. Lůžkový hospic je dostupný v každém kraji České republiky. V kraji Vysočina, kde zatím lůžkový hospic chybí, probíhá příprava jeho vzniku (Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, nedat.).

Dostupnost domácích hospiců zatím dostatečná není. Podle informací APHPP v České republice chybí ještě 70 domácích hospiců, aby péče byla dostupná. Síť domácích hospiců musí být relativně hustá. Možnost dojezdu týmu domácího hospice k pacientovi činí asi 30 kilometrů. Důvodem je smysluplnost a reálnost možnosti dojezdu k pacientovi v akutním stavu z hlediska času (Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, nedat.).

Dostupnost hospicové a paliativní péče by měl doplnit a zajistit vznik ambulancí paliativní medicíny a konziliárních paliativních týmů. V souladu se Standardy ČSPM České lékařské komory J. E. Purkyně k otázce ambulantní a mobilní specializované paliativní péče v systému zdravotních služeb v České republice znamená optimální cílový stav dostupnosti jednu ambulanci paliativní medicíny na 100 000 obyvatel a jednoho poskytovatele mobilní specializované paliativní péče (domácí hospic) na 50 000-100 000 obyvatel (podle hustoty osídlení) s předpokládanou dojezdovou vzdáleností 25 km (Česká společnost paliativní medicíny, 2013).

### ***Financování hospicové péče***

Domácí hospicová péče není v současnosti hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Tuto péči si částečně hradí pacienti sami, částečně je hrazena z prostředků získaných od nadací, sponzorů nebo veřejných sbírek. Obrat ve financování by měl přinést pilotní program, který probíhal od jara roku 2015. Jednalo se o program VZP a několika domácích hospiců. Cílem pilotního projektu bylo ověřit, zda mobilní specializovaná paliativní péče

(MSPP) představuje pro pacienty bezpečnou formou zdravotní péče, zda pro něj má klinický přínos, a prověřit, jaké jsou náklady ve srovnání se stávajícími způsoby péče o umírající (Česká společnost paliativní medicíny, 2017).

Výsledky pilotního projektu o průběhu a nákladech na zdravotní péči sedmi domácích hospiců o téměř čtyři stovky pacientů podle zprávy ČSPM České lékařské komory J. E. Purkyně ukázaly v porovnání s průběhem posledních třiceti dní života zemřelých v nemocnicích, že domácí hospice umí poskytovat kvalitní a bezpečnou péči terminálně nemocným v souladu s legislativou, umí účinně tlumit symptomy terminálního stavu, zejména bolesti a zachovat kvalitu života. A i když v péči domácích hospiců bývají pacienti s vysokými nároky na zdravotní péči, průměrné náklady na jeden den péče jsou nižší (1 316 Kč) než běžná péče o terminálně nemocné (1 632 Kč). Rozdíl činí 316 Kč na jeden den péče o jednoho pacienta. Další služby domácích hospiců, které nemají zdravotnický charakter, tedy sociální práce, psychoterapeutická a psychologická podpora, péče o pozůstalé, stojí mimo financování zdravotní péče a hospice na tyto služby musí získat jiné finanční zdroje (Česká společnost paliativní medicíny, 2017).

Díky pilotnímu projektu je součástí nové úhradové vyhlášky a seznamu zdravotních výkonů platných od ledna roku 2018 samostatná odbornost 926. Zdravotní pojišťovny tak mohou zařazovat MSPP do systému hrazené zdravotní péče. V praxi to znamená, že krajské úřady mohou vypisovat výběrová řízení pro MSSP a domácí hospice se mohou do těchto výběrových řízení hlásit. Mezi kvalifikační kritéria ale patří mimo jiné personální obsazení lékaři v úvazku 1,2 a zdravotními sestrami v úvazcích 5,0. Po úspěchu ve výběrovém řízení na krajských úřadech budou se moci domácí hospice žádat o uzavření smlouvy se zdravotními pojišťovnami. Nikde není zaručeno, že zdravotní pojišťovny budou ochotny smlouvy uzavírat a hospice budou stále muset hledat dofinancování nezdravotnických služeb jinde. V každém případě společná tisková zpráva ČSPM České lékařské komory J. E. Purkyně a Fóra mobilních hospiců uvádí, že *„zařazení výkonů mobilní specializované péče do systému je historický posun, zejména pokud nezůstane na papíře a zdravotní pojišťovny budou tuto péči skutečně nasmlouvávat“* (Česká společnost paliativní medicíny, 2017).

Nadále budou tedy služby domácích hospiců do určité míry závislé na nadacích, grantech, veřejných sbírkách a darech.

## ***Postoj společnosti k umírání a smrti***

Aktuální postoje ke smrti a umírání dokládají pravidelně opakované výzkumy agentury STEM/MARK ve spolupráci s organizací Cesta domů. Jednotlivé výzkumy proběhly v letech 2011, 2013 a 2015. Ve výzkumech byli vždy zvlášť dotazováni zdravotníci a zvlášť laická veřejnost. Z výzkumu z roku 2011 mimo jiné vyplynulo, že pro dvě pětiny respondentů je těžké o smrti a umírání hovořit. Jako nejčastější důvod, proč je smrt tabu, uváděly obě skupiny strach a dlouhodobé opomíjení tématu smrti v rodinách, navíc podle 80% respondentů z řad zdravotníků je smrt tabu, protože lidé nemají s umíráním blízkých přímou zkušenost. Laická veřejnost vnímala hospic hůře než zdravotnický personál, protože nerozlišovala, co to hospic je, vnímala ho jako léčebnu dlouhodobě nemocných. Obě skupiny dotazovaných měly největší obavy ze ztráty důstojnosti, bolesti a osamělosti (Cesta domů, 2011).

Výzkum z roku 2013 uvádí, že konec života a umírání jsou vnímány jako společensky tabuizovaná témata. Podle jedné čtvrtiny veřejnosti se o nich ve společnosti dostatečně hovoří. Naopak většina populace (74 %) je se domnívala, že tématům není věnován ve společnosti dostatečný prostor. Zdravotníci měli názor více vyhraněný, až 91 % z nich se domnívalo, že prezentace témat umírání a smrti je nedostatečná.

Co se umírání týče, obě skupiny dotazovaných měly největší obavy ze ztráty důstojnosti, bolesti a osamělosti, stejně tak jako v předchozím výzkumu.

Až 79% laické veřejnosti netušilo, co si představit pod pojmem paliativní péče. Naopak 99% zdravotníků vědělo, co paliativní péče obnáší, ale chybí podle nich dostatečná aplikace v praxi (Cesta domů, 2013).

Výzkum z roku 2015 potvrzuje, že témata smrti a umírání jsou ve společnosti stále tabu, většina populace (68%) se domnívala, že o smrti se nemluví dostatečně. Na straně laické veřejnosti se výzkum zabýval zejména možností dříve vysloveného přání. Co se zdravotníků týče, výzkum ukázal zajímavé údaje, například jen pro polovinu lékařů je péče o umírající důležitou součástí jejich práce (Cesta domů, 2015).

Haškovcová (2000) uvádí důvody, proč společnost dospěla k postojům ke smrti a umírání uvedených ve výzkumech. Na straně zdravotníků je to takzvaná strategie úspěšné medicíny. V souvislosti s poválečným rozvojem a s rozvojem techniky v medicíně znamená smrt prohru v boji o lidský život. „*Ve snaze nedovolit smrti, aby zvítězila, ji však tabuizovala*“ (Haškovcová, 2000, 21). Další důvod tabuizace smrti vidí Haškovcová (2000)



v přechodu domácího modelu umírání v minulosti k institucionálnímu modelu umírání. V případě domácího modelu umírání, kdy lidé umírali doma, všichni členové rodiny včetně dětí věděli, jak vypadá umírání a smrt. Institucionální model umírání přesunul člověka do instituce a vyrobil z něho pacienta, o jehož život je potřeba svést boj. Nicméně pokus dát lidskou smrtelnost pouze do rukou lékařů nemá pozitivní výsledky (Gawande, 2016).

### ***Možnosti pečovat doma***

Limitující faktory v případě domácí hospicové péče mohou vyvstat i na straně rodiny. Limitující může být charakter domácího prostředí, kde by se mělo pečovat o nemocného pacienta. Malý byt, kde žije početná rodina, nemusí být optimálním místem pro péči, protože pacient potřebuje klid a soukromí. Druhým limitujícím faktorem na straně rodiny je nutná trvalá přítomnost alespoň jedné osoby, která je schopna pečovat. Pro oba tyto faktory lze najít řešení ve formě péče v lůžkovém hospici. Třetím limitujícím faktorem může být finanční stránka péče, vzhledem k tomu, že péči si částečně hradí pacient respektive pečující rodina. Toto úskalí obvykle vyřeší pomoc a podpora při získání příspěvku na péči. Rodiny velmi často o možnosti pobírat příspěvek na péči nic neví. Případně domácí i lůžkové hospice deklarují možnost snížení plateb tak, aby finanční situace rodiny nebyla překážkou pro poskytnutí péče.

## **2.6 Hospicová péče v zahraničí**

Vzhledem k historickým souvislostem a přelomu ve vývoji ve Střední Evropě po pádu Berlínské zdi v roce 1989, je zajímavé podívat se, jak se rozvíjí paliativní a hospicová péče u našich nejbližších sousedů. V mnoha zemích západní Evropy (Německo, Rakousko, země Beneluxu, Británie) je paliativní péče všeobecně dostupná a hrazená z veřejných prostředků (Loučka, 2016).

V Rakousku mohou pacienti v terminálním stádiu využívat služeb mobilních hospiců, paliativních oddělení nemocnic a lůžkových hospiců již od začátku 90. let minulého století. Péče je hrazena z více zdrojů, jak ze zdravotního pojištění, tak z rozpočtů jednotlivých zemí. Pacient se na léčbě finančně nepodílí (Loučka, 2016).

Provoz první německé paliativní jednotky byl zahájen v roce 1983 na Univerzitní klinice v Kolíně, první lůžkový hospic v Německu byl založen v roce 1986 v Cáchách. Rozvoj paliativní péče je spojen s 90. lety minulého století (Havlenová, 2012). Také v Německu je léčba součástí systému veřejného zdravotního pojištění.

Na sousedním Slovensku rozvoj hospicové péče probíhá obdobně jako v České republice. První paliativní oddělení vzniklo v roce 1995 v Národním onkologickém ústavu v Bratislavě. Na Slovensku pracuje několik lůžkových hospiců soustředěných do větších měst, síť domácích hospiců ale chybí. V Polsku je paliativní péče na velmi dobré úrovni, je dostupná a vyvíjela se zejména na poli domácí hospicové péče již v 70. letech minulého století. První lůžkový hospic byl založen v roce 1983 v Gdaňsku (Havlenová, 2012).

### 3 Multidisciplinární tým

Specializovanou paliativní péči zajišťuje vždy multidisciplinární tým, bez ohledu na to, v jakém typu zařízení se pacient nachází, a podílí se na ní vždy lékaři nejrůznějších specializací, zdravotní sestry, sociální pracovníci, psychologové, duchovní, zapojuje se rodina nebo přátelé, často i dobrovolníci. Multidisciplinární tým reaguje na potřeby pacienta v oblasti biologické, psychologické, sociální a spirituální. Kromě zdravotních problémů je pacient a jeho rodina zatížena po stránce psychické, ekonomické a sociální. Multidisciplinární tým pečuje ve všech fázích umírání, tedy ante finem, in finem a také post finem. Zapojení jednotlivých členů týmu má v různých fázích umírání různou intenzitu. Kromě odborné zdatnosti jednotlivých členů, jsou důležité další kompetence a schopnosti – komunikace, empatie – ať se jedná o lékaře, zdravotní sestru nebo sociálního pracovníka (Vorlíček et al., 2004).

#### 3.1 Lékař v týmu

S lékařem se pacient setkává v souvislosti se symptomy svého konkrétního onemocnění a jeho léčbou v nemocnici nebo specializované ambulanci. Je to obvykle lékař, kdo sděluje pacientovi diagnózu, prognózu vývoje onemocnění a případnou nevléčitelnost onemocnění. Pacient vstupující do hospicové péče musí být informován o svém stavu, je to jednou z podmínek přijetí do této péče. Informovanost pacienta je důležitá cesta ke snížení obav ze smrti, kdy vědění nejen napomáhá růstu, ale také vede ke snížení strachu (Maslow, 2014).

Odborné zaměření lékaře, který v týmu spolupracuje, může být různé v závislosti na diagnóze a komplikacích s terminálním stavem souvisí. Vzhledem k tomu, že nejčastější diagnózy terminálních pacientů jsou onkologické, členem lékařského konziliárního týmu bývá onkolog nebo hematolog. Dále s ohledem na věk pacienta to může být také geriatrický lékař. Jedním s častých symptomů terminálního stavu je bolest, součástí týmu se tedy stává algeziolog. Dále to jsou internisté, chirurgové, neurologové, kardiologové, psychiatři a další. Hospicové zařízení úzce spolupracuje také s praktickým lékařem pacienta (Vorlíček et al., 2004).

V současnosti existuje nástavbová atestace Paliativní medicína nebo Paliativní medicína a léčba bolesti. Lékaři s touto odborností mohou pracovat buď v lůžkových zařízeních, v domácích hospicích nebo paliativních ambulancích. Tito lékaři zajišťují odborné zvládnutí somatických paliativních problémů.

Role lékaře je podobná v lůžkovém hospici i v domácím hospici. V druhém případě o pacienta pečuje lékař v jeho domácím prostředí. V obou případech lékař přijímá pacienta do péče, kontroluje jeho léčbu, upravuje medikaci, případně stanovuje smrt pacienta. V průběhu celé péče, ať v lůžkovém zařízení nebo domácím hospici, zajišťuje lékař dostupnost odborných konzultací 24 hodin 7 dnů v týdnu, komunikuje s týmem, pacientem i jeho rodinou (Kalvach, 2010).

### **3.2 Sociální pracovník v týmu**

Podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb, vzdělání sociálních pracovníků a jednotlivé sociální služby definuje v České republice zákon č. 108/2006, který byl naposledy novelizován v roce 2017.

Sociální pracovník by měl ve spolupráci s multidisciplinárním paliativním týmem nemocnému pomoci přijmout nevyléčitelnou nemoc jako součást života.

V lůžkovém zařízení řeší sociální pracovník s pacientem především jeho budoucnost, co se s pacientem bude dít po propuštění z nemocnice, kam a na koho se obrátit, jaké má pacient možnosti, co musí zajistit sám pro své další fungování ve společnosti a naopak, co může čekat od společnosti. Může to být právě sociální pracovník lůžkového zařízení, který předává pacientovi kontakt na hospicové zařízení.

Role sociálního pracovníka v hospicovém týmu je nezastupitelná, často je to právě sociální pracovník, který jako první přichází do rodiny terminálně nemocného pacienta provést šetření ještě před propuštěním pacienta z lůžkového zařízení. Sociální pracovník seznamuje rodinu s postupem a podmínkami domácí péče, prověřuje, zda je rodina schopna a ochotna o pacienta v domácím prostředí pečovat. Pokud tomu tak není, řeší sociální pracovník, co je třeba zajistit, aby péče v domácím prostředí možná byla. Činnost sociálního pracovníka neprobíhá jako sociální poradenství pouze ve formě rad a doporučení. Sociální pracovník sám aktivně jedná s institucemi, komunikuje s příbuznými a úřady. Konkrétně se může jednat například o vyřízení příspěvku na péči. Rodina obvykle neví, na co má nárok při péči o člena rodiny, kde ho uplatnit. Sociální pracovník dbá o co nejrychlejší vyřízení příspěvku na péči (Vorlíček et al, 2004).

Role sociálního pomocníka spočívá také při přípravě na smrt při vyřízení závěti a jiných právních úkonů, dokončení některých úkolů nebo rozloučení s určitými lidmi. Po

úmrtí poskytuje sociální pracovník poradenskou pomoc pozůstalým s administrativními kroky. Pomáhá také při prožívání procesu truchlení (Kalvach, 2010).

### **3.3 Role rodiny v péči o terminálně nemocného**

Rodina v paliativní péči má dvě role. Je tím, kdo pomáhá o pacienta pečovat, a je také tím, o koho tým pečuje společně s pacientem a následně po jeho úmrtí. Ze strany hospicového týmu se jedná především o péči psychosociální. Role rodiny při péči o terminálně nemocného pacienta je velice důležitá. Členové rodiny pacienta velmi dobře znají a procházejí s ním veškerou péčí. Rodina může pacienta zastoupit v komunikaci s týmem v momentech, kdy pacient sám už komunikace není schopen. Přítomnost alespoň jednoho člena rodiny u pacienta je podmínkou přijetí do domácí hospicové péče, kdy pacient nesmí zůstat doma v žádném případě sám. Rodina „*je nejen doma s nemocným, ... ale je též rovnocenným členem paliativního týmu zajišťujícím významný podíl péče*“ (Kalvach, 2010, 44). Hospicový tým podporuje rodinu a vytváří jí zázemí tak, aby starost o pacienta zvládla.

### **3.4 Další členové týmu**

Smrt a umírání přináší člověku potřeby spirituální (Kupka, 2014). Člověk sám sobě pokládá otázky po smyslu života, po tom, co je a není v životě podstatné, jak člověk žil, jak se choval k lidem, jaké k nim má vztahy, co je po smrti. Tyto a podobné další otázky mohou znamenat pro člověka utrpení. Na multidisciplinárním týmu opět leží úkol pomoci pacientovi toto utrpení snížit, pomoci mu nalézt odpovědi na podobné otázky. To je v multidisciplinárním týmu úkol pro psychologa, psychoterapeuta nebo duchovního. V případě lůžkových zařízení to mohou být nemocniční kaplani, v případě domácích hospiců kněží různých denominací. V rámci těchto spirituálních potřeb může člověk hledat odpuštění sobě nebo druhým, potřebuje ujistit o smyslu života.

Relativně neočekávaným členem multidisciplinárního týmu je rehabilitační pracovník. Rehabilitaci nemocných je obvykle spojována s pozitivní kurativní péčí. Rehabilitace v paliativní péči se může zaměřovat například na stabilizaci funkčního stavu, na posílení nezávislosti, zvýšení aktivity v denním životě prostřednictvím kompenzačních zdravotních pomůcek (Vorlíček et al., 2004). Rehabilitační péče je spíše obvyklá v lůžkovém hospici.

Plnohodnotnými členy pečujícího týmu se mohou stát dobrovolníci. Mohou navštěvovat pacienty, obstarávat jim nákupy. Mohou pomáhat připravovat benefiční akce nebo setkání pozůstalých (Svatošová, 2011).

## **4 Zdravotní sestra v týmu**

Role zdravotní sestry v multidisciplinárním týmu je naprosto klíčová, sestra je pacientovi i jeho rodině nejbliže a tráví s nimi nejvíce času. Sestra musí umět reagovat na všechny potřeby pacienta a zprostředkovat je dalším členům týmu. Na sestru jsou kladeny vysoké nároky po stránce ošetrovatelských kompetencí, kdy musí umět reagovat na symptomy terminálního stavu, ale také po stránce komunikační, organizační a edukační (Janáčková & Weiss, 2008).

Sestra spolu s lékařem pacienta do péče přijímá, pacienta pravidelně navštěvuje, může být přítomna i smrti pacienta. V případě domácího hospice rodina zdravotní sestru obvykle k úmrtí pacienta volá. Sestra je tedy přítomna v rodině v té nejtěžší chvíli, je rodině nejbliže. Sestra tedy tráví s pacientem a jeho rodinou nejvíce času z celého multidisciplinárního týmu, je kontaktní osobou zajišťující mnohastrannou komunikaci.

### **4.1 Odbornost zdravotní sestry a nároky na její osobnost**

Z hlediska získaného vzdělání v hospicích působí všeobecné zdravotní sestry nebo sestry s nejrůznějšími specializacemi, dětské sestry, sestry pro intenzivní péči, sestry interní, chirurgické a další.

Zdravotní sestra, stejně tak jako další členové týmu, se musí povinně vzdělávat. Pro získání vzdělání v oboru všeobecná sestra je třeba vedle absolvování středoškolského oboru s maturitou a jednoho roku na vyšší odborné škole (Zákon č. 201/2017 Sb., nedat.). Dále by měly podle doporučení ČSPM ČLK JEP zdravotní sestry, které budou působit v paliativní péči, absolvovat akreditovaný kurz minimálního rozsahu 30 hodin (např. ELNEC - End Of Life Nursing Education Consortium), který je garantovaný Českou asociací sester (Česká společnost paliativní medicíny, 2013).

Nároky na osobnost zdravotní sestry a dalších zdravotnických pracovníků jsou vysoké. Zdravotní sestra pracuje s nemocným člověkem. Zdravotní sestra kromě svého ve škole získaného vzdělání v oboru, musí umět pracovat s nejrůznější zdravotnickou technikou, musí prokázat fyzickou sílu a nést fyzickou zátěž, zvládat administrativní zátěž, komunikaci s pacientem a rodinou. Zacharová (2017) uvádí nezbytné osobnostní předpoklady, které by měly zdravotní sestry mít pro úspěšné zvládnutí své práce. Jedná se především o:

- kreativitu při řešení úkolů, v případě hospicové péče má sestra v kreativě a možnostech omezení, protože pracuje s terminálně nemocným pacientem a řešení obvyklá nemusí u terminálního pacienta platit,
- empatii a porozumění druhým,
- dobrý vztah k lidem, úctu k lidem,
- vztah k nemocným,
- smysl pro povinnost a odpovědnost,
- trpělivost,
- kritičnost a sebekritičnost, kontrola vlastního jednání,
- komunikativnost.

Není bez zajímavosti, že povolání zdravotní sestry se opakovaně (2011, 2013 a 2016) zařadilo v šetření Centra pro výzkum veřejného mínění Sociologického ústavu AV ČR na třetí místo v žebříčku stovky nejrůznějších povolání. Na žebříčku pracovní prestiže mezi českou veřejností předstihli zdravotní sestry pouze lékaři a vědečtí pracovníci (Centrum pro výzkum veřejného mínění, 2016).

## 4.2 Motivace k práci

Lze předpokládat, že motivace funguje u zdravotních sester stejně jako u jiných pracovníků. Obecně motivaci definujeme jako „*souhrn všech intrapsychických dynamických sil..., které zpravidla aktivizují a organizují chování i prožívání s cílem změnit existující neuspokojivou situaci nebo dosáhnout něčeho pozitivního*“ (Plhánková, 2003, 319). Navenek se tyto síly projevují jako motivovaná činnost nebo jednání. Motivace působí ve třech rovinách – směru, identity a stálosti. Rovina směru člověka určitým směrem orientuje nebo od nějakého směru odvádí pryč. Rovina identity je spojená se silou motivace, se kterou člověk usiluje o dosažení cíle. Rovina stálosti se projevuje mírou vytrvalosti, schopnosti člověka překonávat překážky, které se mu mohou stavět do cesty (Bedrnová & Nový, 2007).

Motivace k práci respektive „*pracovní motivace vyjadřuje přístup člověka k práci, ... vyjadřuje konkrétní podobu jeho pracovní ochoty*“ (Bedrnová & Nový, 2007, 242). V souvislosti s pracovní motivací jsou rozlišovány motivy související se samotnou prací a motivy, které se nacházejí mimo samotnou práci (Bedrnová & Nový, 2007). K prvně jmenovaným, tak zvaným intristickým motivům patří:

- potřeba něco dělat, nějakou činnost vykonávat,
- potřeba být v kontaktu s dalšími lidmi,

- potřeba dosahovat určitého výkonu, dosahovat určitého úspěchu,
- potřeba moci,
- potřeba smysluplnosti konání.

Do druhé skupiny, tak zvané extrinsické, patří především:

- potřeba vydělávat peníze,
- potřeba mít jistotu do budoucnosti,
- potřeba sebepotvrzení,
- potřeba být ve společnosti dalších lidí,
- potřeba sounáležitosti, respektive partnerského vztahu.

Nový uvádí (Bedrnová & Nový, 2007) uvádí, že zaměstnavatel může motivovat pracovníky nejrůznějšími prostředky a má tedy více možností, jak pracovníka motivovat. Je důležité zdůraznit, že každý pracovník má jiné priority a preference, jiný hodnotový žebříček. Na prvním místě se obvykle objevují hmotné odměny, tedy peníze, používání služebního auta k osobním potřebám, stravenky nebo jiné poukázky a řada dalších. Dalším motivačním faktorem bývá obsah práce, její tvořivost, samostatnost, smysluplnost, pocity seberozvoje a sebekontroly, pocity moci a nadvlády, možnost péče o druhé a další. Třetí místo v pomyslném žebříčku zaujímá neformální hodnocení pracovníků, tedy poskytování zpětné vazby ke kvalitě pracovního výkonu a posílení pocitu důležitosti pro zaměstnavatele. Vliv na pracovní výkon má také atmosféra pracovního kolektivu, pokud se pracovník v kolektivu dobře cítí, chodí do práce rád a jeho výkon je lepší. Důležitou roli v pracovním výkonu hraje také pracovní režim a podmínky práce, kdy lepší pracovní podmínky vedou ke zlepšení pracovního výkonu a současně mohou vést k posílení vztahu k zaměstnavateli. Pokud se podaří vytvořit kvalitní vztah k zaměstnavateli, zaměstnanec se identifikuje s prací a filozofií zaměstnavatele a jeho cíli. Výčet motivačních faktorů není jistě vyčerpávající a záleží na zaměstnavateli, aby odhalil, co je pro jeho zaměstnance podstatné a nepodkročitelné. V potaz musí brát také fakt, že existují další vlivy, na které má minimální vliv. Může jimi být politická a hospodářská situace, užší sociální vztahy pracovníka a jeho rodina.

### **4.3 Zdravotní sestra v domácím hospici**

Podle standardů APHPP musí po strážce ošetrovatelské hospicové sestra reagovat na všechny tělesné obtíže zejména na symptomy nejčastěji spojené s terminálním stavem pacienta, to znamená, monitorování bolesti a její léčbu, dušnost, problémy spojené



s gastrointestinálním traktem, tedy nevolnosti, zvracení, zácpy, nebo nespavost. Dále musí zvládat psychickou, emocionální i sociální podporu pacienta a jeho rodiny (Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, 2016).

Aby sestra mohla dostát svým povinnostem u terminálně nemocného, musí umět navázat kvalitní kontakt s pacientem a rodinou, musí umět vytvořit atmosféru důvěry. Musí umět komunikovat a reagovat v náhlých a složitých situacích. Byť je informovanost o terminálním stádiu podmínkou hospicové péče, ne vždy je například stav akceptován rodinou. Dalším úskalím je, že pacient se může nacházet v jakékoli fázi vyrovnání se s umíráním dle Elisabeth Kübler-Rossové. Sestra musí umět fázi odhadnout a přiměřeně reagovat. Paralelně těmito fázemi prochází také pečující rodina, nicméně se nemusí nacházet ve stejné fázi jako pacient (Svatošová, 2011). Rodina obvykle těmito fázemi prochází opožděně. Sestra musí opět odhadnout a reagovat na aktuální stav rodiny.

Sestra musí umět pracovat pod tíhou smutku a bolesti, kterou na ní přenáší pacient a rodina. Situace sestry je obtížná v tom, že je obvykle u pacienta v rodině sama, bez okamžité podpory lékaře nebo dalších sester.

Sestra stanovuje ošetrovatelský plán, posuzuje při každé návštěvě somatickou i psychickou stránku pacienta. Sestra také průběžně tento plán hodnotí a připravuje sebe, pacienta i pečující rodinu na případná rizika. Sestra se musí umět vyrovnat s tím, že nemocného nechává v péči rodiny a rodinu dostatečně poučit (Marková, 2010).

Z nároků na zdravotní sestru v domácím hospici je patrné, že se jedná o práci, která může působit velkou zátěž a stres.

#### **4.4 Pracovní stres a jeho důsledky**

Práce zdravotní sestry se řadí mezi pomáhající profese. Zdravotní sestra věnuje pozornost potřebám někoho jiného než sama sebe. Práce zdravotní sestry v hospici je velice náročná a může dojít k momentům, kdy má sestra pocit, že to zato nestojí, ať z důvodu únavy, vyčerpání nebo třeba nevděku pozůstalé rodiny. Může se stát, že sestra nemá z čeho dávat. Nejčastějším zdrojem stresu je smrt a umírání (O'Connor & Aranda, 2005).

Mezi povahové vlastnosti ztěžující práci zdravotní sestry, které mohou přispívat k vyhoření, patří (Venglářová, 2011) mimo jiné zaměření na výkon, pevná vůle, perfekcionismus, workoholizmus, cílevědomost, soutěživost, odpor k pravidlům, nadměrná zodpovědnost, přecitlivělost, zvýšená empatie vůči pacientům, snížené sebevědomí.

Syndrom vyhoření je popisován jako „*profesionální selhávání na základě vyčerpání vyvolaného zvyšujícími se požadavky od okolí nebo od samotného jedince*“ (Venglářová, 2011, 23). Syndrom vyhoření se projevuje v psychické stránce (například negativismus, cynismus, pesimismus, ztráta sebedůvěry), promítá se také do fyzické (únava, chybějící energie, úbytek nebo zvýšení váhy, zvýšená nemocnost, poruchy spánku, konzumace alkoholu nebo drog) a sociální stránky života (nechuť být s lidmi, ztráta radosti z přítomnosti lidí, uzavírání se do sebe), a obvykle je důsledkem nadměrného pracovního stresu.

Obvyklým postupem pro prevenci syndromu vyhoření ze strany zaměstnavatele jsou supervizní setkání. Supervize umožňuje s odstupem nahlédnout na situaci a hledat nové možnosti řešením poučit se ze situace (Hawkins & Shohet, 2004). Zaměstnavatel také může přispět k předcházení vyhoření formou pravidelného a dostatečného ocenění práce.

Na straně zaměstnance může posloužit jako prevence vyhoření péče o sebe, udržování dobrých mezilidských vztahů s blízkými lidmi, snaha porozumět sám sobě, koníčky, záliby, pravidelné sportovní aktivity (Marková, 2010).

Na straně zaměstnanců, tedy zdravotních sester, může mít prevence vyhoření mnoho podob. Pomoci může vlastní rodina, přátelé, specifické formy jako relaxace, záliby a jak uvádí Křivohlavý (2010) nejdůležitější krok v boji se stresem je orientace v oblasti hodnot. To znamená znát svůj žebříček hodnot, co je podstatné a důležité nebo kam člověk směřuje svůj život.

Pro sociální pracovníky platí povinnost pravidelné supervize. Zdravotníkům zatím taková povinnost uložena není. Nicméně v hospicích jsou supervizní setkání obvyklá, aby se případnému vyhoření předcházelo.

## 5 Vybrané výzkumy

V posledních letech vznikla na téma hospicové a paliativní péče řada bakalářských, diplomových a dizertačních prací na vysokých školách a univerzitách v České republice. Je tedy patrné, že téma se stává aktuálním i na půdě akademické. Tyto práce se podle oboru zájmu autora zaměřují na historii hospiců, na sociální pracovníky v hospicích, na dobrovolníky. Vznikly také práce, které se zaměřují na zdravotní sestry obecně, bez rozlišení jejich specializace nebo místa působení.

V roce 2014 byl realizován výzkum (Haroková, 2014) na téma Pracovní spokojenost sester v České republice, který byl zaměřen na vztah mezi pracovní spokojeností sester a jejich subjektivní pohodou s ohledem na kvalitu péče a setrvání sester na pracovišti. Výsledky výzkumu potvrdily slabou pozitivní korelaci mezi pracovní spokojeností sester a jejich životní spokojeností.

V letech 2011 a 2012 byl realizován výzkum (Vévoda, 2013) Klíčové faktory fluktuace všeobecných sester. Výzkum vycházel z Herzbergovy dvoufaktorové motivační teorie. Všeobecné sestry, které zamýšlely zůstat u svého zaměstnavatele, byly statisticky významně satureovány faktory image zdravotnického zařízení, péče o pacienty a pracovní klima. Sestry, které zamýšlely při vhodné příležitosti zaměstnavatele změnit, byly satureovány faktory možnost dalšího vzdělávání, poskytované informace a sociální výhody poskytnuté zaměstnavatelem.

Kněžková (2009) v provedla kvantitativní výzkum na téma Předpoklady pro práci sester v hospici motivace. Pracovala s hypotézami, že rozhodujícím předpokladem pro výběr práce v hospici je náboženské přesvědčení, že práce v hospici je vyhledávaná v souvislosti s osobním selháním, a že postoj sester o terminálně nemocné je závislý na vzdělání. Na první uvedenou hypotézu výzkum nepřinesl odpověď, z výsledků nevyplývá, že by náboženské přesvědčení bylo důvodem pro práci v hospici, i když polovina dotazovaných uvedla, že jsou věřící. Druhá hypotéza se nepotvrdila, motivem pro práci v hospici je nejčastěji filozofie hospicové péče. Třetí hypotéza se potvrdila, pro práci v hospici je rozhodujícím faktorem vzdělání. Pod pojem vzdělání řadily respondentky nejen celoživotní vzdělávání, ale také zralost a získané zkušenosti.

V roce 2007 byl realizován kvantitativní výzkum (Bräuerová) týkající se motivace k práci sestry v paliativní péči, výzkum se zaměřoval na rozdíly mezi zdravotními sestrami na onkologii a v lůžkovém hospici. Výzkum potvrdil, že existují rozdíly v motivaci sester

pracujících na onkologii a v hospici. Sestry zaměstnané na onkologii uváděly na prvním místě potřebu být užitečná, sestry zaměstnané v hospici sestry uváděly na prvním místě poslání. Výzkum dále zjistil, že existuje rozdíl ve spokojenosti mezi sestrami na onkologii a sestrami v hospici. Sestry v hospicích jsou častěji spokojené. Sestry pracující v hospicích uváděly častěji naplnění a uspokojení z práce, kterou vykonávají. Naopak sestry pracujícími na onkologii častěji uváděly častěji nespokojenost než sestry v hospicích.

V roce 2009 (Mackereth et al., 2009) byla publikována studie týkající se motivace pro práci v onkologické a paliativní péči. Do výzkumného souboru byly zahrnuti lékaři, zdravotní sestry a fyzioterapeuti. Podle výsledků studie je zdravotnický personál v oblasti onkologické a paliativní péče motivován odborným zájmem, potřebou poskytovat individuální péči, která je zaměřená na člověka. Jako další motivy vyplynulo zklamání respondentů z konvenční péče a osobní zkušenosti s rakovinou nebo jiným závažným onemocněním.

Studie zaměřená na osoby pečující o seniory (Lindquist, Tam, Friesema & Paid, 2012) zjistil, že tito pečující nejčastěji uvádí jako motivaci pro tuto práci radost z přítomnosti seniorů a nejlepší na této práci je podle nich uspokojení, na druhém místě možnost získávání moudrosti od seniorů.

Hotchkiss (2018) se zabýval vlivem psychologicky stresujícího prostředí na pracovníky hospiců, tedy trvalou přítomnost procesu umírání a následnou únavu, stres a vyhoření. Ve svém výzkumu zjistil, že hospicovní pracovníci, kteří cítili uspokojení z pomoci klientům, uměli lépe pečovat o sebe a vykazovali nižší riziko vyhoření. Toto zjištění podpořilo hlavní Hotchkissovou hypotézu, že hospicovní pracovníci, kteří ovládají a využívají více sebepečujících strategií, vykazují vyšší kvalitu profesního života. Toto zjištění je podle autora studie signálem, kudy by se měla ubírat péče o hospicové zaměstnance.

Studie provedená v roce 2015 (Donoso et al., 2015) zaměřená na nároky zaměstnavatelů se zabývala možností, že ne všechny nároky v zaměstnání mají negativní vliv na zaměstnance. Analýza byla provedena na zdravotních sestrách a bylo zjištěno, že každodenní emoční nároky na pracovišti měly pozitivní vliv na energii v práci a na vitalitu doma. Analýzy ukázaly, že pokud mají sestry čelit silným emocionálním nárokům v zaměstnání, pak ty z nich, které mají vyšší schopnost regulovat své emoce, jsou více motivované v zaměstnání a mají také pohodu doma. Emoční nároky na sestry a ošetřovatelky mohou působit jako výzvy, které podporují motivaci a pohodu.

Faktorům, které pomáhají vyrovnat se se stresem plynoucím z častého kontaktu se smrtí, se věnovala další studie provedená v roce 2015 (Sansó et al., 2015). Studie prokázala, že klíčovými proměnnými pro udržení kvality života zdravotnických pracovníků je specifické vzdělávání zaměřené na zvládání utrpení a smrti a péče o sebe.

Kamal (Kamal et al., 2016) se zabýval výzkumem charakteristik lékařů a zdravotních sester v hospicové a paliativní péči v USA. Výzkum mimo jiné zjišťoval důvody, proč odborný personál začal v této oblasti péče pracovat. Nejčastějším důvodem byl potenciál profesního růstu a dále příležitost k osobnostnímu růstu, následované zkušeností z praxe nebo ze vzdělávání, zkušenostmi s péčí o lidi a zkušenostmi z vlastní rodiny.

Na emocionální problémy ošetřovatelů při péči o umírání byla zaměřena také studie v Dánsku (Ingebretsen & Sagbakken, 2016). Autoři díky hloubkovým rozhovorům zjistili, že přes emocionální problémy, které ošetřovatelé v rozhovorech uváděly, emocionální výzvy při práci v hospici odčerpávají síly, ale současně obohacují osobnostní a profesní růst.

Zdravotních sester v kontextu hospicové péče se dotýká výzkum provedený agenturou STEM/MARK ve spolupráci s organizací Cesta domů v roce 2013. Tematicky se jedná o rozsah péče o umírající ze strany zdravotní sestry (Cesta domů, 2013).

Přestože výzkumy nejsou obvykle cíleny přímo na sestry v domácí hospicové péči, ale například na sestry v lůžkovém hospici, respektive obecně na zdravotní sestry, informace, které přinášejí, jsou zajímavé a relevantní při výzkumu o motivaci sester v domácích hospicích.

# EMPIRICKÁ ČÁST

## 6 Výzkumný problém, cíle práce, výzkumné otázky

### 6.1 Výzkumný problém

Práce zdravotní sestry v hospicové péči je vždy náročná, nikdy nevede k uzdravení pacienta a každý pacient umírá. Náročnost práce zdravotní sestry v domácím hospici může být akcelerována skutečností, že sestra dochází do rodiny obvykle sama, sama musí řešit všechny okamžité stavy a komplikace pacienta po stránce somatické, sama musí umět zareagovat na potřeby psychické a sociální nejen pacienta, ale také na obdobné potřeby členů pečující rodiny.

Výzkumy uvedené v teoretické části nejsou zaměřené výhradně na hospicové zdravotní sestry. Často jsou zkoumanou skupinou zdravotní sestry obecně nebo výzkumy zahrnují také lékaře a další pečující personál, případně nejsou zaměřeny výhradně na motivaci, ale na další charakteristiky spojené se zaměstnáním v hospicové nebo paliativní péči.

### 6.2 Cíle výzkumu

Cílem výzkumu bylo stanoveny zjistit, co motivuje zdravotní sestry pro práci v domácím hospici. Proč v hospici pracují, jaké jsou překážky v jejich práci. Co by se muselo stát, aby tuto práci opustily a změnilo zaměstnání.

### 6.3 Výzkumné otázky

Hlavní výzkumná, na kterou výzkum hledá odpověď, zní:

Co motivuje zdravotní sestry pro práci v domácím hospici?

Před započítím výzkumu byla hlavní výzkumná otázka doplněna o dílčí výzkumné otázky, které byly všem respondentkám pokládány:

- Jaké byly Vaše první informace o hospici?
- Proč jste si vybral/a práci v domácím hospici?
- Co Vás při práci motivuje?
- Co Vás při práci demotivuje?
- Co Vás motivuje, abyste v domácím hospici pracovala i v budoucnu?

V průběhu výzkumu byla doplněna další dílčí otázka, která se tázala na souvislosti víry v Boha a práce v domácím hospici.

## **7 Metodologie – rámec výzkumu**

### **7.1 Design výzkumu**

Provedený výzkum na téma motivace zdravotních sester pro práci v domácím hospici byl koncipován jako kvalitativní. Důvodem pro upřednostnění kvalitativního výzkumu před kvantitativním byla možnost získat hlubší informace bez nutnosti předem stanovené volby, která by respondentky omezovala. Kvalitativní přístup by měl přinést více detailnějších informací, které by kvantitativní pojetí výzkumu nezachytilo (Hendl, 2016). Sběr dat proběhl formou polostrukturovaných rozhovorů. Polostrukturovaný rozhovor nabídl všem respondentkám stejný rámec, na který mohly reagovat, doplňovat a zpřesňovat podle svých osobních názorů a zkušeností.

Data byla zpracována metodou zakotvené teorie, která vede k odhalení předem neznámých jevů, nových souvislostí, jejich výskytu a jejich vysvětlení (Strauss & Corbinová, 1999).

Vzhledem k počtu realizovaných rozhovorů a výběru respondentek nelze výsledek výzkumu zobecňovat ve smyslu, že by obdobně odpovídaly všechny zdravotní sestry v domácích hospicích v České republice.

### **7.2 Design výzkumu**

Lze odhadovat, že zdravotních sester pracujících ve specializované hospicové péči budou řádově stovky. Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) údaje o počtu zdravotních sester v hospicové péči neshromažďuje a nezpracovává. Mimo jiné z důvodu, že hospicová péče není komplexně zařazena do systému zdravotního pojištění. Sledovanou kategorií ve statistických šetřeních ÚZIS jsou všeobecné sestry a porodní asistentky. V roce 2016 pracovalo v této kategorii 82 796 osob, z celkového počtu 212 209 zdravotnických pracovníků v České republice (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2016).

Výzkumný soubor byl vybrán metodou záměrného (účelového) výběru, který je v kvalitativním výzkumu nejrozšířenější metodou. Respondenti jsou vyhledáváni na základě určitých vlastností nebo stavů (Miovský, 2006). Jako kritéria pro výběr výzkumného souboru byly zvoleny následující parametry:

- minimální dosažené středoškolské vzdělání v oboru všeobecná zdravotní sestra,
- aktuální pracovní poměr v domácím hospici jako zdravotní sestra,
- každý respondent pracuje v jiném domácím hospici.



Výzkumný soubor tvořilo 7 zdravotních sester, které v současnosti pracují v domácím hospici.

Respondentky byly osloveny přímo formou telefonického hovoru nebo formou emailu prostřednictvím kontaktních informací dostupných na webových stránkách konkrétního domácího hospice. Byly osloveny respondentky z pěti hospiců v Čechách a ze dvou na Moravě. Záměrně došlo k oslovení domácích hospiců s různě dlouhou historií tak, aby měly respondentky různě dlouhou zkušenost s prací v domácím hospici. Výběrový soubor tvořily samé ženy, nejmladší ve věku 42 let, nejstarší ve věku 53 let, průměrný věk respondentek činil 48 let. Všechny respondentky jsou buď vdané (4 respondentky) nebo rozvedené (3 respondentky). Všechny respondentky mají děti (1 – 4 děti). Respondentky buď ukončily středoškolské studium (3 respondentky) nebo získaly magisterské vysokoškolské vzdělání (4 respondentky). Vysokoškolské vzdělání si všechny respondentky doplnily s časovým odstupem, u žádné z nich nenavazovalo přímo na středoškolské studium. Co se délky zaměstnání v domácí hospicové péči týče, nejkratší doba zaměstnání činí 1 rok, nejdelší 17 let. Celkem 4 respondentky pracovaly a dosud pracují v jednom domácím hospici, dvě respondentky mají pracovní zkušenost ze dvou domácích hospiců, jedna respondentka má pracovní zkušenost z více než dvou domácích hospiců.

	Věk	Dosažené vzdělání	Délka praxe v domácím hospici
Respondentka 1	48 let	VŠ	2 roky
Respondentka 2	49 let	VŠ	17 let
Respondentka 3	46 let	VŠ	1,5 roku
Respondentka 4	53 let	SŠ	1 rok
Respondentka 5	42 let	VŠ	6 let
Respondentka 6	47 let	SŠ	1 rok
Respondentka 7	52 let	SŠ	9 let

Tabulka 1: Základní charakteristiky výběrového souboru

### 7.3 Metody získání dat

Sběr dat probíhal od listopadu 2017 do března 2018. Rozhovory probíhaly vždy v prostorách hospice, v samostatné místnosti, obvykle kanceláři. Rozhovory trvaly v rozmezí 40 minut až 70 minut, všechny rozhovory byly nahrány a přepsány do písemné podoby. Každý rozhovor tedy probíhal v jiném čase, na jiném místě a s jinou osobou.

## 7.4 Zpracování a analýza dat

Prvním krokem při zpracování dat byla identifikace významových slov, slovních spojení nebo odstavců a přiřazení kódů těmto entitám. Následně prošly kódy tříděním a zařazením do subkategorii s cílem redukovat informace do obecnějších kategorií, prošly tedy procesem kategorizace. Tento krok zakotvená teorie uvádí jako otevřené kódování (Strauss & Corbinová, 1999). Tímto postupem bylo stanoveno 14 subkategorii.

Dalším krokem při práci s daty bylo hledání vztahů a souvislostí mezi subkategoriemi, hledání jejich časového zařazení. Zakotvená teorie tento krok uvádí jako axiální kódování (Strauss & Corbinová, 1999). Jako centrální kategorii byla zvolena kategorie „*umírající pacient*“. Analýzou vzájemných vztahů a subkategorii byly vytvořeny kategorie: „*zdravotní sestra*“, „*rodina*“, „*hospicový tým*“ a „*veřejnost*“.

Třetí závěrečný krok práce metodou zakotvené teorie je selektivní kódování, kdy byly jednotlivé kategorie vztahovány k centrální kategorii (Strauss & Corbinová, 1999).

Vzhledem k tomu, že všechny rozhovory byly velice otevřené a osobní, není v příloze uveden žádný z nich. Rozhovory obsahují údaje, podle kterých by bylo možné jednotlivé respondentky identifikovat, ať z hlediska míst, kde respondentky získaly vzdělání, kde pracovaly i z hlediska míst působení domácího hospice.

## 7.5 Etické aspekty výzkumu

Všechny respondentky byly při prvním kontaktu seznámeny s tématem výzkumu a s jeho důvodem. Respondentky byly před samotným rozhovorem informovány o zachování anonymity dat, způsobu nakládání s daty, způsobu zpracování dat a způsobu jejich analýzy. Všechny respondentky se zařazením do výzkumu souhlasily. Jednotlivé respondentky byly pro účely výzkumu označeny pořadovým číslem, podle toho, v jakém pořadí s nimi byl rozhovor veden. Dále jsou tedy označeny jako Respondentka č. 1, Respondentka č. 2, ... Respondentka č. 7, zkráceně jako R1, R2, ... R7. S respondentkou č. 1 byl tedy veden rozhovor jako první a s respondentkou č. 7 jako poslední.

Veškeré informace získané z rozhovorů byly použity pro zpracování bakalářské práce.

## 8 Výsledky výzkumu

Model zobrazený ve schématu č. 1 zachycuje hlavní kategorie a vzájemné vztahy vyskytující se v domácím hospici tak, jak vyplývají z kvalitativní analýzy. Centrální kategorií je jednoznačně „umírající pacient“, dalšími kategoriemi, které mají k umírajícímu pacientovi vazby, jsou „zdravotní sestra“, „hospicový tým“, „rodina“ a „veřejnost“.

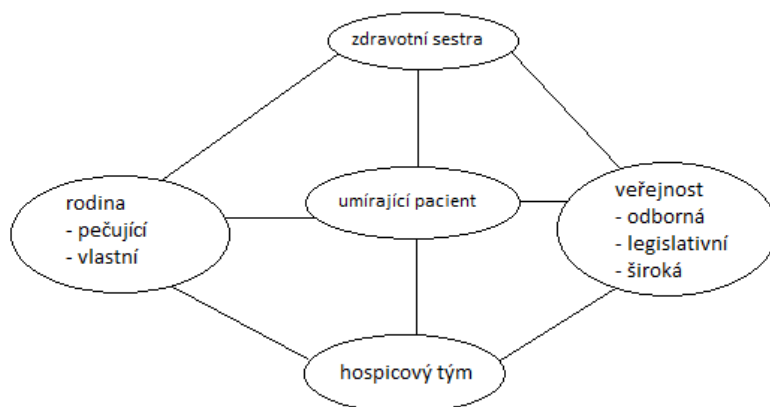


Schéma 1: Hlavní kategorie

Schéma č. 2 zobrazuje subkategorie jednotlivých kategorií, pro každou kategorii bylo identifikováno několik subkategorií. Následující kapitoly popisují vytvořené kategorie, subkategorie a vztahy, které mezi kategoriemi existují. Počet subkategorií není a nemusí být konečný, lze předpokládat, že další analýzou rozhovorů by se vynořily další subkategorie.

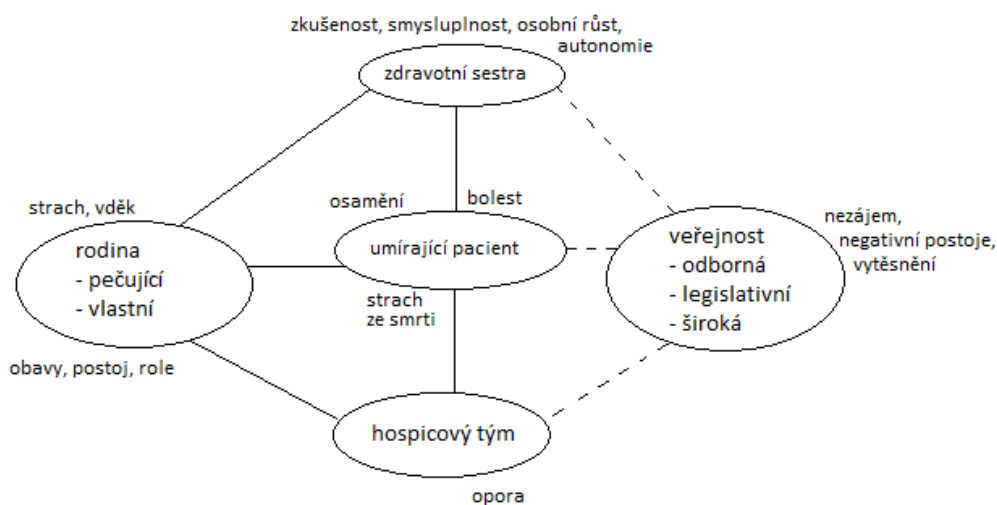


Schéma 2: Subkategorie a vazby mezi kategoriemi

## 8.1 Umírající pacient

„*Umírající pacient*“ je objektem péče zdravotní sestry, je členem rodiny, která o něj pečuje, je objektem péče hospicového týmu a je členem společnosti, která ho na konci života často odmítá a vytěšňuje. Vazby a vztahy mezi kategorií „*umírající pacient*“ a dalšími kategoriemi jsou oboustranné.

### *Subkategorie osamění, smrt, bolest*

O osamění, strachu ze smrti a obavách z bolesti ve spojení s umírajícím pacientem hovořily všechny respondentky.

Skutečnost, že lidé obvykle umírají v nemocnicích o samotě, pokládaly respondentky za velkou chybu zdravotnického systému. Neúcta ke smrti a umírajícím je podle respondentek ve zdravotnických zařízeních obecně rozšířený jev, může být způsoben nedostatečným vzděláváním zdravotníků na téma smrt a umírání. „*Ale pokud je léčba ukončena, nikdo si Vás nevšimne, stáváte se číslem...*“ (R7). Názory respondentek vycházely z postoje, že smrt je vedle narození nejdůležitějším a nejcitlivějším okamžikem lidského života. „*To je hrozný, jak tam sami čekají, až si pro ně přijde zubatá...*“ (R3). „*Umírala sama, opuštěná za plentou...*“ (R7).

Bolest je v terminálním stádiu velmi častým symptomem, se kterým umí domácí hospicová péče pracovat a utiřit ji díky medikaci léky. R5: „*Paní byla první den v péči a bez bolesti.*“ Aby „*člověk umřel doma mezi svými blízkými, bez bolesti*“ (R2), je součástí poslání domácích hospiců a jejich filozofie. R5 uváděla vlastní zkušenost z rodiny: „*maminka tehdy strašně trpěla bolestmi*“. R5 litovala, že v době, kdy její maminka umírala, byl postoj zdravotníků k opiátům odlišný než dnes a uvědomovala si, že v dnešní době by její maminka mohla zemřít v klidu, bez bolesti a doma.

Obavy pacientů ze smrti a otázky na to, co je po smrti, jsou součástí každodenní práce hospicových sester. „*Ptala se, bojím se smrti, ..., co bude po smrti? Bojím se umřít...*“ (R7). Respondentky uváděly, že psychické strádání a obavy ze smrti jsou pro pacienty stejně zásadní jako tělesné utrpení. Po zvládnutí tělesných symptomů umírání se otevírají zejména otázky hledající odpověď na to, jaká je smrt, co je po smrti. Pro zvládnutí obav pacientů, je třeba, aby byly zdravotní sestry empatické a především autentické.

## 8.2 Zdravotní sestra

Zdravotní sestra je v domácím hospici vedle pacienta druhým nejdůležitějším prvkem, bez kterého by hospic neměl smysl. Kvalitativní analýza odhalila několik subkategorií. Jedná se o minulou zkušenost, smysluplnost, osobnostní růst a autonomii.

### *Zkušenost, smysluplnost, osobnostní růst a autonomie*

Všechny respondentky spojuje zásadní a silná zkušenost z minulosti. Zkušenost se týkala umírání ve vlastní rodině, v okruhu blízkých přátel nebo umírání pacientů ve zdravotnickém zařízení. Zkušenosti z vlastní rodiny měly negativní konotaci: „*Mojí mamince našli onkologické onemocnění, mojí nejmladší sestřičce byly necelé 3 roky, když zemřela. Ten moment je ve mně hrozně hluboko, jak tam stojíme my děti jako schůdky, tu mámu odváží. Já jediná si uvědomovala, že už se domů nikdy nevrátí.* (R5)“ i pozitivní konotaci. R2: „*Můj tatínek umíral a věděl, že umírá... opravdu mohl zemřít doma důstojně.*“ Zkušenost z umírání blízkých přátel měla pozitivní konotaci: „*Jaruška, to byl milník, zemřela doma...*“, kdy respondentka (R1) jasně uváděla, že právě tento zážitek byl tím zlomovým okamžikem, kdy se rozhodla pro práci v domácím hospici.

Pokud respondentky nemají takovou zkušenost z vlastní rodiny, hovořily o umírání, se kterým se setkaly v minulém zaměstnání, často se jednalo o jednorázový zážitek. R2: „*Martínek mě chytil za ruku a už mě nepustil.... Ten pevný stisk, který mi skoro vytvořil modřinu, který pomalinku pouštěl, jak Martínek odcházel. To byl první veliký impuls a já si uvědomila, že tohle bych chtěla dělat.*“ R7: „*Žena umírala na jipce a přála si umřít doma. Napsala rukou dopis panu primáři, že chce domů. On to na vizitě před námi roztrhal a řekl, že doufá, že už to brzy skončí...*“

Případně respondentky uvádí opakovanou frustraci z průběhu umírání v nemocnici: „*V nemocnici se člověk resuscituje, když to nevyjde, tak se odepne a všichni odejdou. To je přece tak nehumánní!*“ (R6)

Vlastní zkušenost s umíráním jiného člověka, častěji negativní než pozitivní, uváděly všechny respondentky, žádná z nich ji nevynechala a tato subkategorie jednoznačně vyplývala z rozhovorů jako nejjasnější a nejsilnější moment. Negativní zkušenost s umíráním, kdy byla dotčena důstojnost umírajícího člověka, respondentky uváděly jako pocit velkého vlastního studu a hanby, protože byly součástí zdravotnického zařízení, kde nebyla důstojnost respektována. Ve všech případech se tyto zkušenosti odehrály v minulosti

v řádu let nebo desítek let, přesto si je všechny respondentky podrobně vybavovaly a podrobně je interpretovaly. Je tedy zřejmé, že jsou pro ně skutečně zcela zásadní.

Vedle silné zkušenosti z minulosti všechny respondentky hovořily o smysluplnosti své práce, která je velice naplňuje. Smysluplnost práce se vynořila jako další silná subkategorie a opět o ní hovořily všechny respondentky. R1: „*cítím hřejivý pocit, že jsem rodině dala možnost příbuzného dochovat doma, ..., jsem šťastná za ně.*“ R2: „*zpětná vazba těch lidí, to je ten dobíječ*“. R5: „*Dělala jsem najednou něco, co mělo obrovský smysl... radost z práce sestry jsem našla až v hospici.*“ R6: „*Až když jsem to začala dělat, tak jsem pochopila, že je to ono, že mě to naplňuje silou, že ta konkrétní práce mě velmi naplňuje a je tak smysluplná.*“ Některé respondentky během se během rozhovoru dokázaly do pocitů vžít a jedna dokonce uváděla, že radost při rozhovoru prožívá znovu a velmi intenzivně. Emoce při rozhovorech byly často velice intenzivní, protože se rozhovory odehrávaly během pracovní doby nebo po jejím skončení, kdy se respondentky vracely od hospicových klientů.

Další subkategorii, která se vynořila u všech respondentek, je trvalý osobnostní růst, protože „*...sestra trvale roste s pacientem a s rodinou*“ (R4). Vedle minulé zkušenosti a smysluplnosti práce respondentky zmiňovaly jako podstatný prvek své práce právě svůj osobnostní růst. Další respondentka (R7) vysvětlovala: „*V hospicové péči jste pořád ve škole, která nikdy nekončí, nedostanete vysvědčení, ale budete úžasně osobnostně růst.*“

Výraznou subkategorii je také autonomie při práci: „*Náročná a krásná služba, absolutní svoboda, není od – do...*“ (R7). Respondentky uváděly, že jsou sice u pacienta obvykle samy, samy musí rozhodnout, jak budou postupovat, což je na jednu stranu náročné, ale mají na telefonu další zdravotní sestry a lékaře. Nemusí ale o postupu péče diskutovat s jinými kolegy, kteří nesdílejí stejnou filozofii jako ony tak, jak tomu bylo dříve v jejich předchozích zaměstnáních. Mohou pacientovi věnovat tolik času, kolik potřebuje on a ne podle nařízení nadřízeného nebo potřeb zdravotní pojišťovny: „*Nejen přijet, udělat 20 minutový výkon a zase odjet...*“ (R3).

### **8.3 Rodina**

Zajímavá je kategorie „*rodina*“, respondentky zmiňují rodinu ve dvojí souvislosti. Na prvním místě hovoří o pečující rodině pacienta. Pečující rodina spolu se sestrou a pacientem tvoří pomyslný trojúhelník vzájemných vztahů. Na druhém místě každá z respondentek také zmiňovala svou vlastní rodinu, u které si uvědomuje smrtelnost, a která je důležitým zázemím pro její práci.

### ***Strach o umírajícího, vděk za pomoc***

U pečující rodiny byly identifikovány dvě subkategorie: strach o umírajícího a vděk za pomoc. Strach o umírajícího je přítomný v každé rodině: „...oni trpí, protože se bojí...“ (R1). Respondentky uváděly, že péče domácího hospice je úlevná jak pro pacienta, tak pro pečující rodinu. Když „je pacient bez bolesti, rodina si uleví, že je mu relativně dobře“ (R6), rodina si může odpočinout a získat další energii pro péči o umírajícího. Respondentka (R6) uváděla jak je úžasné „vidět, jak ta rodina, která nic neví, je si nejistá se s naší pomocí během krátké doby vypracuje na úžasné zázemí pro nemocného“.

Vděk pečující rodiny je pro respondentky velice zásadní. Velikost vděku popisovala respondentka (R2) takto: „...ale tváří tvář té smrti, když pomůžete té rodině, tak ten vděk je ohromný.“ Respondentka (R4) uvedla, jak jí vděk rodiny pomohl v okamžiku, kdy byla unavená a pochybovala o sobě: „Přišla paní s kytkou a andělem, objímala mě a děkovala mi.“ Pro sestry je důležité také sdílení vděku pečující rodiny mezi sebou, i když se týká jen jedné nebo dvou sester z týmu: „Poděkování od rodiny říkáme všem sestrám...“ (R5).

### ***Obavy, role rodiny, postoj k hospici***

Subkategorie identifikovaná u vlastních rodin respondentek jsou obavy o samotnou zdravotní sestru. Respondentka (R1) zmiňovala vyjádření své dcery, že „babička se ptala, že pořád někam jezdíš a úplně se strháš“. Obavu u své maminky uvedla i další respondentka (R2): „Moje maminka mi dodnes říká, že by strašně chtěla, abych dělala veselejší práci...“

Druhou významnou subkategorii je role vlastní rodiny v životě a její postoj k práci v domácím hospici. Respondentka (R3) uvedla: „Uvědomuju si i svoji rodinu, je hrozně důležitý mít kolem sebe lidi, kterým něco dáváte, a oni dávají vám.“ Respondentky popisují, že je pro ně důležité, aby jejich rodina akceptovala jejich práci: „Moje holky to berou jako součást života.“ (R4) Další respondentka (R1) měla radost, že „dcera moji práci hájí před babičkou.“ Některé respondentky jsou rozvedené a jedna dokonce uvedla jako důvod rozvodu práci pro hospic. Obecně pokud rodina nechápe a nepodporuje práci zdravotní sestry, neakceptuje opakované výjezdy v jakoukoli denní hodinu a několika hodinovou nepřítomnost, respondentky to vnímají jako problém. Některé respondentky plnou podporu rodiny nemají, ale uvědomují si její důležitost, a velmi o ni stojí.

## 8.4 Veřejnost

Kategorie „veřejnost“ se u respondentek objevovala v několika souvislostech. Jako odborná veřejnost, tedy zdravotníci mimo hospicovou péči. Ať jako bývalí spolupracovníci nebo praktičtí lékaři, se kterými domácí hospice spolupracují, popřípadě záchranná služba nebo koroner. Jako veřejnost ve smyslu legislativního rámce, kde sestřám chybí ukotvenost hospicové péče v legislativě. Jako veřejnost v nejširším slova smyslu, která není připravená na umírání doma a téma smrti je tabu.

### *Nezájem, negativní postoje a vytěsnění*

U odborné veřejnosti se respondentky setkávají především s nezájmem nebo vytěsněním. Nejčastěji je nezájem patrný u praktických lékařů, se kterými respondentky (R3) spolupracují: „*Někdy je to praktický lékař, který nechce spolupracovat*“. Neochotu praktických lékařů uváděla respondentka R4: „*V pátek odpoledne ve dvě praktik řekne, že nebude psát opiáty, musel by otvírat trezor...*“. Několik respondentek mělo negativní zkušenosti s nezájmem lékařů nemocnic s osudem pacienta po propuštění z nemocnice: „*Oni šli domů z nemocnice, úplně nezabezpečení...*“ (R2). Vztah lékařů ke smrti doplnila také další respondentka R4: „*Mladá paní doktorka nadávala rodině, že mrtvé tělo...*“.

V případě legislativního nastavení respondentky zmiňovaly nejčastěji frustraci z nezájmu a negativních postojů k domácí hospicové péči. Respondentky (R2, R4) opakovaly termíny jako „*špatná legislativa*“. Zdrojem frustrace respondentek (R3) a je také „*nepochopení, neochota hospicovou péči nějak systémově nastavit*“. Respondentka R7 situaci shrnula: „*Tlaky, jak nás zastavit, znechutit, rozkolísat, legislativa, finance, ... obce, kraje, ministerstva, všude.*“ Z odpovědí respondentek plyne, že legislativní neukotvení opravdu negativně vnímají, ale není to důvod pro změnu zaměstnání. V souvislosti s nedostatečným legislativním nastavením respondentky okrajově zmínily problém financování hospicové péče ve smyslu obav o dostatečné mzdové prostředky.

Z pohledu respondentek ani povědomí a postoje nejširší veřejnosti nejsou zatím k tématům smrti, umírání a hospiců pozitivní. Témata smrti a umírání lidé vytěsňují: „*Nevím, jestli je na to společnost připravená. ... Lidi taková témata odstrkují pryč...*“ (R1). Negativní postoj ilustrovala ve své výpovědi také další respondentka R4: „*Na měště se paní rozčílila, co že si myslím, kdo bude chodit na takovou přenášku... o smrti. Téma není dostatečně otevřené.*“



Postoje veřejnosti se některé respondentky snaží změnit aktivním přednášením o hospicích a hospicové péči pro veřejnost. Nejsou ale dostatečným partnerem pro lékaře, aby ony samotné edukovaly lékaře. Snaží se tedy alespoň informovat praktické a odborné lékaře v okolí domácích hospiců.

## 8.5 Hospicový tým

Poslední významnou kategorií, která byla identifikována, je „*hospicový tým*“. Tým je pro respondentky při práci velkou oporou. Respondentky důležitost hospicového týmu zdůvodňovaly různými argumenty: „...*kolegyně, můžeme se na sebe spolehnout...*“ (R1). Tým je také pro respondentky (R5) zdrojem radosti: „*Tým, to je něco, proč chodíte ráda do práce, i když tam vlastně řešíte strašně těžké věci.*“ Respondentka R4 shrnuje důležitost vnímání stejné filozofie v hospicovém týmu: „...*kolegyně, se kterými tady jsme, jsme na stejné vlně.*“

## 8.6 Vzájemné působení a vazby mezi kategoriemi

Vazby na levé straně modelu zobrazeného ve schématech č. 1 a č. 2 mají výrazně pozitivní charakter. Vzájemné působení mezi umírajícím pacientem, zdravotní sestrou, rodinou a hospicovým týmem je motivující.

Vazby na pravé straně modelu zobrazeného ve schématech č. 1 a č. 2 jsou výrazně negativní, tedy mezi kategoriemi „*umírající pacient*“ a „*veřejnost*“, mezi kategoriemi „*hospicový tým*“ a „*veřejnost*“, mezi kategoriemi „*zdravotní sestra*“ a „*veřejnost*“. Ve schématu č. 2 jsou tyto vazby označeny přerušovanou čarou. Respondentky zmiňovaly nezájem, neochotu až otevřené nepřátelství. Otevřené nepřátelství přichází podle respondentek především ze strany domácích pečovatelských služeb a podobných zařízení, které domácí hospice považují za svou konkurenci.

Nejsilnější interakce a vazby vznikají mezi zdravotní sestrou a umírajícím pacientem, mezi zdravotní sestrou a pečující rodinou.

### *Umírající pacient – zdravotní sestra*

Vzájemné působení mezi pacientem a sestrou je charakterizované péčí ze strany sestry a důvěrou ze strany pacienta. Respondentky uváděly, že mezi pacientem a sestrou vzniká vztah, který při péči v nemocnici nemá čas vzniknout. Příklad živého vztahu s pacientem uvádí respondentka R2: „*Pacient mi řekne, vy moje zlatíčko, já jsem se na vás tak strašně těšil... Odjždím za hodinu úplně nabitá energií.*“ Sestra ve zdravotnickém zařízení se musí

věnovat mnoha pacientům, nemůže jim věnovat tolik času, kolik by chtěla. Pacienti se ve zdravotnickém zařízení často obměňují. V domácím hospici sestra na pacienta čas má. Má čas si s ním popovídat nejen o jeho tělesných problémech. Respondentka R5 uvedla příklad pacienta, který trpěl bolestmi: „...vzteklý a naštvaný pán, ... po pár dnech mi políbil ruku a řekl, že se cítí dobře a že děkuje za ten život a že se cítí šťastný. Směla jsem mu to vrátit, tu radost, řekla jsem, že je první chlap, který mi políbil ruku.“ Budování vztahu mezi zdravotními sestrami a pacientem je jedním ze základů důvěry, díky které se pak sestra přibližuje pacientovi i jeho rodině, a může empaticky reagovat na jejich potřeby.

### *Zdravotní sestra – pečující rodina*

Tato interakce je charakteristická velkým vděkem a důvěrou, jedná se o pomoc a podporu sestry pečující rodině. Respondentka R1 uvedla, „když je jim někdo nablízku, líp to zvládají“.

Respondentky často uvádějí, že vděk se často silně projeví až po úmrtí pacienta, v průběhu péče se energie rodiny zaměřuje na pacienta: „Všude jsem věděla, že je to dobře a správně, ten zemřelý to už neřekne, ale ta rodina byla potom vždycky strašně ráda...“ (R3).

Mezi zdravotní sestrou (R2) a rodinou pacienta často vznikají vztahy, které přetrvávají. „Po 12 letech, volala holčinka, které zemřela maminka, že se jí narodila holčička a že by hrozně chtěla, abych za ní přijela do porodnice a viděla ji první místo té zemřelé maminky.“

Obdobně je budování vztahu mezi zdravotními sestrami a rodinou je jedním ze základů důvěry: „Rodiny se otevrou a vy znáte během měsíce jejich život, tak vám věří, to je taky tak naplňující...“ (R4).

Mezi zdravotní sestrou a pečující rodinou může docházet i k negativním interakcím, jak uvádí respondentka R1: „Rodina tvrdila, že on to má v hlavě, že bolesti nemá, jen je hraje. To byla složitá situace.“ Respondentky s postojem, kdy „to rodina někdy nechápe, nechce to přijmout“ (R1), někdy bojují, vždy ale na první místo staví potřeby a přání pacienta. Neznamená to, že by o pacienta nikdo nechtěl pečovat. Spíše se jedná o neshody v rámci rodiny, kdy část rodiny doma pečovat chce a může, naopak část rodiny je proti a péči zajistit nemůže.

## 9 Odpovědi na výzkumné otázky

*Co motivuje zdravotní sestry pro práci v domácím hospici?*

Z rozhovorů vyplývá, že motivace zdravotních sester má dva aspekty – vnitřní a vnější. Zdravotní sestry mají hlubokou vnitřní motivaci díky hluboké smysluplnosti jejich práce, kdy pečují o umírajícího pacienta. Jejich motivací je trvalý osobnostní růst, kdy se mají příležitost dotknout se něčeho výjimečného a křehkého, lidské smrti. Lidskou smrt považují za stejně důležitý okamžik, jako je narození nového života, a proto mohou pracovat v domácím hospici dlouhodobě. Zásadní je také minulá zkušenost se smrtí a umíráním ve svém blízkém okolí nebo ve zdravotnickém zařízení. Prožitá zkušenost může mít pozitivní i negativní charakter.

Jako velice silný vnější motivační faktor působí okamžitá pozitivní zpětná vazba od pacienta a po jeho úmrtí také od pozůstalé rodiny. Vzhledem k tomu, že domácí hospic po úmrtí pacienta pracuje s pozůstalými nadále, jeho smrtí péče nekončí, pozitivní zpětná vazba ze strany pozůstalé rodiny je velmi často opakovaná.

*Jaké byly Vaše první informace o hospici?*

Respondentky se s termínem paliativní péče často setkaly již na střední škole. O hospicové péči si vyhledávaly informace samy, zejména díky publikační činnosti zakladatelky hospicového hnutí v České republice MUDr. Marie Svatošové. Respondentky, které si doplňovaly vysokoškolské vzdělání, se o hospicové péči dozvěděly během vysokoškolského studia.

*Proč jste si vybral/a práci v domácím hospici?*

Respondentky do hospicové péče směřovaly na základě osobní zkušenosti se smrtí a umíráním ve vlastní rodině nebo v okruhu blízkých přátel, případně zkušenosti úmrtí konkrétního pacienta.

Druhým zásadním důvodem, proč respondentky zvolily práci v domácím hospici, byla pro respondentky opakovaná zkušenost s dehumanizací zdravotnictví, ztráta úcty k lidské důstojnosti a umírání o samotě, které zažívaly při předchozím zaměstnání v lůžkových zdravotnických zařízeních.

Některé z respondentek se do hospice přihlásily na inzerát, přímo oslovily konkrétní hospic se žádostí o zaměstnání, případně založily svůj vlastní domácí hospic.

*Co Vás motivuje při každodenní práci?*

Kromě smysluplnosti práce a okamžité pozitivní zpětné vazby ke své práci, uváděly respondentky užitečnost své práce, sounáležitost hospicového týmu, možnost opory a podpory dalších domácích hospiců, vybudování blízkého vztahu k pacientovi a jeho rodině. Možnost dlouhodobého kontaktu s pacientem, ve smyslu délky času, kterou mohou s pacientem trávit během jedné návštěvy.

Součástí této otázky byly i otázky zaměřené opačně, co respondentky demotivuje. Uváděly zejména neukotvenost domácí hospicové péče v legislativě a zdravotním systému. Toto je faktor, který nemají jak osobně ovlivnit, a proto je nejvíce frustrujícím. Dalším demotivačním faktorem byly nevyhraněné vztahy v pečující rodině, ve smyslu, kdy rodina není jednotná v péči o umírajícího. Překážkou jsou pro respondentky také komunikační nedorozumění s praktickými lékaři umírajícího. Dva posledně jmenované faktory mohou respondentky samy ovlivnit a změnit. Některé respondentky odpovídaly, že je pro ně demotivující množství administrativy, kterou musí vyřídit.

*Co Vás motivuje, abyste v domácím hospici pracovala i v budoucnu?*

Všechny respondentky uvedly, že trvalou motivací i do budoucna je smysluplnost jejich práce. Jako překážku pro budoucí práci v domácím hospici připouští možnost poškození pacienta. Respondentky uvádí, že kdyby nemohly z jakýchkoli důvodů pracovat v konkrétním domácím hospici, hledaly by jiný domácí hospic, kde by se nechaly zaměstnat. Variantou je pro ně najít si blíže nespecifikovanou práci a v hospicové péči pracovat jako dobrovolník.

Respondentky uvádějí, že vědí, že jsou v hospici na správném místě, kam dlouho směřovaly.

*Je motivačním prvkem víra v Boha?*

Pro některé respondentky je víra v Boha pro práci zásadní a rozhodující. Motivem je křesťanská láska k bližnímu. Pro některé respondentky, ač jsou praktikující věřící, motivem víra není. Víra je pro ně možností přiblížit se k pacientovi, pokud je on sám věřící. Nebo je pro ně víra pomocníkem při vyrovnávání se se smrtí, kdy díky víře nemají pocit, že smrt je konečná prohra, ale mají naději do posmrtné budoucnosti pacienta. Víra respondentkám

slouží jako psychohygienu ve formě modlitby. Dvě z respondentek uvedly, že nejsou věřící, ale prvek víry v Boha v lidském životě plně respektují.

## 10 Diskuse

Bakalářská práce byla zaměřena na motivaci zdravotních sester pro práci v domácím hospici. Cílem bylo zkoumat, jaké jsou konkrétní motivační prvky pro tuto náročnou práci. Dílčími cíli bylo zjistit, proč zdravotní sestry v hospici pracují, co jim v této práci pomáhá a co je naopak omezuje nebo brzdí.

Jako metoda byl zvolen kvalitativní výzkum s předpokládaným záměrem hlubšího prozkoumání problematiky. Kvalitativní přístup k analýze dat přinesl pohled na vzájemné vztahy a souvislosti. S celkem sedmi respondentkami byly vedeny polostrukturované rozhovory. Původně stanovené výzkumné otázky byly rozšířeny o další otázku, která se týkala souvislosti víry v Boha a práce v domácím hospici. Respondentky reagovaly na výzkum velice pozitivně a odpověděly na všechny položené otázky. Neodmítly žádnou z otázek ani nevyužily možnost z výzkumu vystoupit.

Provedený výzkum je limitován několika faktory. Na prvním místě stojí záměrný výběr respondentů. Před započítáním výzkumu byla stanovena kritéria pro výběr, která se podařilo dodržet. Výsledek výzkumu může být ovlivněn faktem, že hospice, kde respondentky pracují, působí v pěti krajích a výzkum tedy nepokryl celou Českou republiku. V budoucím výzkumu na obdobné téma by bylo vhodné zkoumat respondentky ze všech krajů, protože domácí hospice již působí ve všech krajích České republiky.

Limitujícím faktorem je také skutečnost, že další sběr dat a zvětšování zkoumaného vzorku by mohl přinést nové podstatné informace, kódy a kategorie. Nelze tedy říci, že došlo k saturaci dat.

Limitou výzkumu je také možnost zkreslení analýzy dat předpokládanými výsledky dalších studií zabývajících se související tematikou. Toto zkreslení lze eliminovat opakovaným zkoumáním dat, opakovaným kódováním, kategorizací a analýzou vztahů. Tento postup byl při analýze dat uplatňován.

Výzkumů realizovaných v České republice na identické téma není mnoho, i z důvodu postupného rozvoje domácí hospicové péče v minulosti. V zahraničních výzkumů na podobné téma proběhlo více, ale nezaměřovaly se přímo na motivaci, případně byly zkoumány i další skupiny, například lékaři a další ošetrovatelský personál.

Výsledky výzkumu ukazují, že jako v každém jiném zaměstnání, tak i v domácím hospici mají zdravotní sestry pracovní motivaci. Konkrétní motivační faktory nejsou

srovnány ve stejném pořadí, jako je to běžné u pracovníků jinde. Odborná literatura (Bedrnová & Nový, 2007) uvádí na prvním místě hmotné motivační faktory, které respondentky, pokud vůbec zmínily, tak okrajově až na posledních místech. Prvotním impulsem pro zaměstnání v domácím hospici byla předchozí zkušenost s umíráním, kdy sestry zažily negativní umírání spojené s despektem k lidské důstojnosti umírajícího, který je v okamžiku blízkém smrti bezbranný, sám a pro klasický zdravotnický systém přestává existovat, i když ještě žije. Zdravotnický systém ho přestává léčit a vzhledem k tabuizaci smrti pacienta vyřazuje i společnost. Pro některé sestry byla prvotním impulsem smrt blízkého, ať pozitivní nebo negativní. Zkušenosti s umíráním byly velmi silné, protože utkvěly respondentkám v paměti i po dlouhých letech a neměly jakékoli zábrany o zkušenostech hovořit. Respondentky si byly vědomy, že právě tyto zkušenosti jsou primární motivací pro práci, kterou dělají.

Dalším silným motivačním prvkem je pro respondentky smysluplnost jejich práce, schopnost utěšit umírajícího člověka, utišit bolesti spojené s terminálním stavem, pomoci pečující rodině, jejíž přítomnost zajistí, aby člověk neumíral sám. Silným prvkem při jejich práci je poznání, že umírajícím lidem pomáhají po zdravotní stránce s relativně malým technickým vybavením. Po stránce duševní lidem pomáhají od utrpení prostá lidská přítomnost, vnímání člověka jako lidské bytosti, naslouchání, rozhovor a čas. Sestry vnímají, že s vybavením, které se vejde do jedné větší tašky, a lidským přístupem dokáží víc, než dokázaly v nemocnici plně moderní techniky, kde se ztrácí člověk a jeho důstojnost.

Poměrně nečekaným výsledkem je role osobnostního růstu při práci v domácím hospici. Požadavek na osobnostní růst v jiném zaměstnání, například zdravotní sestry na jiném pracovišti, je pochopitelný. V domácím hospici ho respondentky nepředpokládaly a nevyžadovaly předem, ale objevily osobnostní růst v průběhu práce jako vnější motivaci, kterou jim přináší každý pacient. Tento růst vnímají díky své zralosti. Sestry velmi často uváděly, že by nechtěly a možná ani neuměly pracovat v hospici hned po ukončení středoškolského studia a domnívají se, že jejich zralost je přínosem pro umírajícího pacienta i jeho rodinu. Potřebovaly zažít kus života, prožít vlastní utrpení, založit vlastní rodinu, žít v rodině, řešit běžné rodinné problémy, aby pak mohly autenticky reagovat na problémy umírajících pacientů a jejich rodin.

Zcela zásadní roli hraje hospicový tým, ve kterém cítí všechny respondentky velkou oporu. Jedná se zejména o sdílení stejné filozofie péče a práce, kdy se jí mohou respondentky

držet, aniž by musely vysvětlovat jiným kolegům a kolegyním své postupy. Tento faktor nelze zaměňovat s pracovním prostředím, které také často bývá klasickým motivačním faktorem. Hospicové kancelář nebývají v honosných budovách a ne vždy se jedná o příjemné a útěšné prostředí.

Všechny respondentky během rozhovorů byly velice otevřené a upřímné, protože jsou zvyklé takto hovořit i s umírajícími pacienty. Bez vlastní autenticity, otevřenosti by je umírající člověk nepřijal, nemohly by se k němu přiblížit, doprovázet ho a pečovat o něj v závěrečné části života.

Hospicové sestry, pacienti i rodiny vstupují do většinou negativní interakce s veřejností včetně veřejnosti odborné. Pro respondentky je nejvíce frustrující legislativní neukotvení hospicové péče, na tu mají jako jednotlivci minimální vliv a přitom je nejvíce ohrožuje. Respondentky uváděly spory s praktickými lékaři, kteří nejsou ochotni spolupracovat. Respondentky vnímaly velice negativně pro ně nepochopitelný nezájem jiných zdravotníků o umírající pacienty, o jejich utrpení. Vzhledem k výzkumům veřejného mínění, které v České republice proběhly je možné, že lékaři sami v rámci svého vzdělávání nezískají dostatečné informace o umírání, o komunikaci s umírajícím a jeho rodinou. Respondentky se k tomuto zdůvodnění přikláněly. Jako velice negativní vnímaly respondentky postoj nejrůznějších agentur domácí péče, které v hospicích vidí konkurenci. Tyto agentury obvykle deklarují, že domácí hospicovou péči zajišťují, ale v praxi to tak není. Respondentky uváděly, že se s agenturami domácí péče učí vzájemné komunikaci a spolupráci.

V kvantitativním výzkumu (Vévoda, 2013), který byl zaměřen obecně na zdravotní sestry, se jako statisticky významným motivačním prvkem jeví image zdravotnického zařízení. Výzkum provedený v rámci bakalářské práce tento závěr nepotvrzuje, hospice jsou zatím vnímány relativně negativně nebo je veřejnost příliš nezná. Další motivační faktor vyplývající z uvedeného kvantitativního výzkumu nazvaný péče o pacienty, se objevuje také u hospicových sester. Respondentky uváděly, že o hospicového pacienta mohou pečovat jinak, s jiným přístupem než je obvyklé v jiných zdravotnických zařízeních, mají na pacienta dostatek času.

Práci na podobné téma zpracovala Kněžková (2009), která zkoumala mimo jiné hypotézu, že předpokladem pro výběr práce v hospici je náboženské přesvědčení. Tato hypotéza se nepotvrdila, ani v práci Kněžkové ani ve výzkum provedeném v této bakalářské



práci. Víra v Boha není důvodem ani zásadní motivací pro práci v domácím hospici. Dále Kněžková zjistila, že motivem pro práci v domácím hospici je nejčastěji filozofie hospicové péče. S tímto tvrzením nelze zcela souhlasit. Respondentky ve výzkumu provedeném v bakalářské práci uváděly na prvním místě vždy smysluplnost práce. Filozofie je také motivačním prvkem, protože sestry na otázku, zda budou v hospici pracovat i nadále, souhlasily a pokud by jim nevyhovoval zaměstnavatel, tedy konkrétní hospic, hledaly by cestu jak se zaměstnat v jiném hospici, nicméně tento faktor není primární. Zde se projevuje vhodnější volba kvalitativního přístupu, protože kvantitativní přístup neodhalil intenzitu daného motivačního prvku. V kvalitativní analýze se jiné faktory jeví, jako mnohem důležitější, to znamená smysluplnost, okamžitá zpětná vazba a další.

Je otázkou, jak moc jsou sestry pro práci v hospici motivovány odborným zájmem. Tento zájem bude spíše na straně lékařů, kteří se zaměřují na paliativní medicínu. Sestry uváděly, že jim jejich odborné zkušenosti a praxe z jiných zdravotnických zařízení pomáhá, ale žádná nevedla, že by ji k práci v domácím hospici vedl odborný zájem.

Studie zabývající se přítomností smrti a umírání při práci a následného stresu a vyhoření (Hotchkiss, 2018) uvádí, že spokojení pracovníci o sebe umí lépe pečovat a vykazují nižší riziko vyhoření. Mezi závěry studie autor uvádí, že péče o hospicové zaměstnance by měla umět předcházet i reagovat na problematiku vyhoření. Tento závěr podporuje i výsledek výzkumu provedeného v bakalářské práci. Respondentky jsou si tohoto rizika vědomy, jedna z nich uvedla vlastní zkušenost s vyhořením. Každá respondentka uváděla způsob, jakým se se zátěží, únavou a stresem vypořádávají. Lze předpokládat, že vzhledem ke svým profesním zkušenostem vnímají respondentky své hranice a uvědomují si rizika jejich překročení. U některé respondentky je tou správnou metodou jak nevyhořet víra v Boha, často je to sport, u dalších setkání s přáteli, jiná respondentka uvedla meditaci. Riziko vyhoření by měli eliminovat vhodnými kroky také zaměstnavatelé.

V budoucnu, až bude počet domácích hospiců vyšší, bude mít při jejich zkoumání smysl kombinovat kvalitativní a kvantitativní výzkum. Některé výzkumy mají podobné závěry jako výzkum provedený v bakalářské práci, ale kvalitativní výzkumy neodhalily vazby a síly motivačních faktorů.

Témata spojená s umíráním a hospicovou péčí budou nadále atraktivním polem pro výzkumy, jsou to relativně nová témata a lze předpokládat, s ohledem na zkušenost v provedeném výzkumu, že zkoumání hospiců a jejich aktérů může přinést nové poznatky.

Velice citlivou otázkou, možností a výzvou v budoucích výzkumech je zaměření se na pečující rodiny nebo přímo na umírající pacienty.

Velice pozitivní stránkou výzkumu bylo zjištění, že ochota spolupracovat byla u oslovených respondentek stoprocentní. Žádná oslovená zdravotní sestra rozhovor neodmítla, naopak všechny reagovaly pozitivně a byly ochotné ihned domlout termín pro rozhovor. Jejich přístup souvisí s jejich ve výzkumu deklarovaným přesvědčením, že hospicová péče není zcela známou a je potřeba využít každou příležitost, jak přispět k vyšší informovanosti.

Všechny respondentky odpovídaly s velkou otevřeností a upřímností, protože jsou takto upřímně zvyklé mluvit i s umírajícími pacienty. Respondentky uváděly, že tvář tvář smrti, nelze lhát a je třeba být naprosto autentická.

Pozitivní reflexí bakalářské práce jsou některé reakce respondentek, kdy uváděly, že se jinak zamyslely nad věcmi, které denně žijí. Některé respondentky uváděly, že si uvědomily dar nebo schopnost pracovat s umírajícími a i tento faktor je pro ně velice naplňující.

Praktický přínos bakalářské práce vyplývá pro vedení domácích hospiců. Zdravotní sestry mají vnitřní a vnější motivaci, kterou jim vedení nemůže poskytnout přímo. Tedy ve smyslu obvyklých motivačních faktorů hmotného charakteru. Zaměstnavatel může stavět na motivaci, kterou sestry identifikují samy u sebe a přispívat k tomu, aby o vlastní motivaci nepřicházely. Úkolem zaměstnavatele je dbát na riziko vyhoření zdravotních sester. Jako riziko, které podle respondentek hrozí a vedení by ho mělo empaticky vnímat a řešit, zmiňovaly právě vyhoření. Od vedení respondentky očekávaly dostatečnou komunikaci a vnímání a respektování situace, kdy se sestry riziko vyhoření začíná dotýkat a na toto riziko adekvátně reagovat.

## 11 Závěr

Motivací pro práci zdravotní sestry v domácím hospici je obvykle silný zážitek smrti u člověka, ať blízkého v rodině nebo okruhu přátel nebo u pacientů v nemocnici. Tento zážitek může mít jak pozitivní, tak negativní nádech.

Dalším důležitým motivačním faktorem je smysluplná a naplňující práce, kdy zdravotní sestry empaticky vnímají důležitost smrti člověka a přisuzují jí stejný význam jako má narození. Nejčastějšími stavy spojenými s terminálním stádiem života jsou bolest, obavy ze smrti a ze samoty, zdravotní sestry tyto stavy dovedou zmírnit, případně zcela odstranit. Jsou tedy svědky toho, že člověk umírá bez bolesti, smířený se smrtí a v žádném případě ne sám, protože odchází doma v blízkosti nějakého dalšího člověka.

Zásadním přínosem je pro zdravotní sestry jejich trvalý osobnostní růst, který jim práce v hospici přináší. Zdravotní sestry uvádí, že životní příběh každého člověka a jeho smrti, jim přináší něco nového, nové zkušenosti, přesah. Zdravotní sestry faktor trvalého osobnostního růstu uváděly jako motivační faktor, ale na začátku práce v hospici tak pozitivní vliv nečekaly.

Jejich motivací je také skutečnost, že mají možnost a schopnosti být s umírajícím člověkem a dotýkat se křehkých okamžiků v životě člověka. Sestry uvádí, že vnímají jako dar své schopnosti využít a s umírajícími pracovat.

Středobodem domácího hospice je vždy umírající pacient a kolem něho se kromě zdravotní sestry pohybuje pečující rodina. Rodina je obvykle ten, kdo díky okamžité zpětné vazbě, sestrám dává najevo, že jejich práce má smysl a vyjadřují velký vděk.

Na prvním místě u zdravotních sester nestojí motivace hmotná, jako je to obvyklé u jiných povolání, tedy výše mzdy. Pro sestry jsou nejsilnější vnitřní motivační faktory pro práci ty, které nacházejí samy u sebe. Sestry vnímají také vnější pozitivní motivaci od pečujících rodin a svého blízkého hospicového týmu. Vnímají jako vzdálenou, ale silnou oporu také rostoucí počet domácích hospiců a lidí, kteří se v nich angažují. Otázku mzdy dotazované zdravotní sestry téměř neotvíraly, pokud ano, nebyla pro ně tak zásadní, jako nehmotné motivační faktory.

Očekávání, se kterým do zaměstnání nastupovaly, se prakticky u všech dotazovaných zdravotních sester naplnilo. I když připouštějí, že je brzdí problémy neukotvenosti domácí hospicové péče ve zdravotním systému České republiky. Dalším demotivujícím prvkem jsou

časté postoje zdravotnického personálu, který projevuje nezájem a nepochopení terminálního stavu člověka. Sestry také vnímají malou informovanost široké veřejnosti o smrti a umírání.

Role víry v Boha není rozhodujícím motivačním faktorem pro práci v domácím hospici. Pro některé respondentky je víra formou vypořádání se se zátěží a stresem, které přináší práce s umírajícími. Pro některé je víra v Boha jednou z možností, jak se přiblížit k umírajícímu.

Dotazované zdravotní sestry uvedly, že by nevolily své zaměstnání jinak. V domácím hospici cítí, že naplňují své poslání. Pokud by se objevila jakákoli překážka pro práci v konkrétním hospici, kde pracují, budou hledat zaměstnání v hospici jiném.

Motivační faktor pro práci v domácím hospici tedy není jeden hlavní, ale u každé sestry se prolíná několik motivačních faktorů, které byly shrnuty výše.

## Souhrn

Bakalářská práce se zaměřuje na motivaci zdravotních sester pro práci v domácím hospici a hledá, jaké jsou hlavní motivační faktory pro volbu zaměstnání v domácím hospici.

Teoretická část bakalářské práce je rozdělena do pěti hlavních kapitol. První kapitola se zabývá paliativní péčí a jejím vymezením. Hospicová péče se stále rozvíjí a je stále spíše na začátku, první kapitola uvádí také novodobou historii paliativní péče ve světě a vývoj paliativní péče v České republice. V kapitole jsou zmíněny etické aspekty paliativní péče, její odlišení od eutanazie a dystanazie.

Druhá kapitola charakterizuje jednotlivé formy paliativní péče, jak a kde může být pacientům paliativní péče poskytována, s důrazem na domácí hospicovou péči. Nejvíce rozvinutou formou péče jsou v České republice lůžkové hospice. Ostatní formy, tedy oddělení paliativní péče v lůžkových zařízeních, konziliární paliativní týmy se začínají teprve objevovat. Domácí hospicová péče se začíná pomalu rozvíjet po celé České republice, bez zakotvení v legislativě a zásadní podpory zdravotních pojišťoven.

Třetí kapitola navazuje multidisciplinárním týmem, tedy charakteristikou pracovníků a dalších aktérů, kteří paliativní péči zajišťují. Jedná se o lékaře, sociální pracovníky, pečující rodinu, duchovní, psychology a dobrovolníky. V kapitole je popisována role jednotlivých pracovníků při péči o umírajícího a provázanost jejich činností. Každý pracovník má v péči o umírajícího své nezastupitelné místo.

Čtvrtá kapitola je věnována podrobněji ústřední postavě multidisciplinárního týmu zdravotní sestře. Kapitola shrnuje nutnou odbornost zdravotní sestry rovině obecného vzdělání i v rovině speciálního vzdělávání pro hospicovou péči. Kapitola také uvádí obvyklé motivační faktory pro práci. Dále jsou v kapitole popsány činnosti zdravotní sestry v domácím hospici. Kapitola se také věnuje riziku vyhoření jako důsledku silně stresujícího a náročného prostředí, ve kterém sestry pracují.

Poslední kapitola teoretické části uvádí vybrané výzkumy na téma motivace zdravotních sester. Jejich výsledky naznačují různé motivační faktory pro práci v domácím hospici.

Cílem výzkumu bylo nalézt odpověď na otázku, co motivuje sestry pro práci v domácím hospici. Domácí hospic je pracoviště, kde každý pacient umírá. Výběrový soubor se skládal ze sedmi respondentek, zdravotních sester pracujících v domácím hospici. Data

byla získána formou polostrukturovaných rozhovorů. Pomocí metody zakotvené teorie vznikl model, který spojuje hlavní kategorie, tedy umírajícího pacienta, zdravotní sestru, pečující rodinu, hospicový tým a veřejnost.

Výzkum ukázal, že žádný motivační faktor není hlavní. Motivačních faktorů odhalil několik a ty se s různou mírou vyskytují u všech respondentek. Výzkum naznačil, že pro zdravotní sestry v domácím hospici nejsou stěžejními faktory prvky hmotné motivace, mzda, prestiž pracoviště nebo jiné obvyklé pracovní bonusy. Zdravotní sestry ve všech případech přivedl k práci v domácím hospici silný zážitek smrti u člověka, ať blízkého nebo neznámého, ať zážitek pozitivní nebo negativní, oba póly mají motivační charakter. Sestry jsou také motivovány silnou a okamžitou zpětnou vazbou pacienta a jeho rodiny. Sestry motivuje vědomí, že mohou a umí reagovat na fyzické i psychické symptomy, které s sebou nese umírání. Mezi sestrou a pacientem vzniká silný vztah, obvykle takový vztah vznikne i mezi sestrou a pečující rodinou. Pečující a posléze pozůstalá rodina je často opakovaně v kontaktu se sestrou a generuje tak další pozitivní zpětnou vazbu k práci zdravotní sestry. Práce s umírajícími přináší zdravotním sestřím osobnostní růst a autonomii při práci, kterou v běžném lékařském zařízení nezažijí.

Hlavní přínos bakalářské práce spočívá v identifikaci motivačních prvků pro práci zdravotní sestry a identifikaci vzájemných interakcí mezi jednotlivými kategoriemi. Pro zaměstnavatele je pozitivní, že zdravotní sestry v domácím hospici mají pro práci silnou vnější a vnitřní motivaci, která je na osobě zaměstnavatele prakticky nezávislá. To neznamená, že by měl na tyto motivace zaměstnavatel spoléhat a sám žádné aktivity nevyvíjet. Naopak je třeba, aby byl vnímavý k riziku vyhoření a dokázal mu přecházet.

## Seznam použitých zdrojů a literatury

Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče. (2016). *Standardy hospicové paliativní péče*. Získáno 27. prosince 2017 z <http://www.asociacehospicu.cz/standardy-hospicove-paliativni-pece>

Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče. (nedat.). *Úvod*. Získáno 27. prosince 2017 z <http://www.asociacehospicu.cz/poslani-asociace>

Bedrnová, E. & Nový, I. (2007). *Psychologie a sociologie řízení*. Praha: Management Press

Bräuerová, Š. (2007). *Motivace k práci sestry v paliativní péči*. (Nepublikovaná diplomová práce). Masarykova univerzita Brno

Centrum paliativní péče. (nedat.). *Úvod*. Získáno 5. ledna 2018 z <https://paliativnicentrum.cz/cs>

Centrum pro výzkum veřejného mínění. (2016). *Prestiž povolání – únor 2016*. Získáno 6. ledna 2018 z <https://cvvm.soc.cas.cz/cz/tiskove-zpravy/ekonomicke/prace-prijmy-zivotni-uroven/2013-prestiz-povolani-unor-2016>

Cesta domů. (nedat.). *Adresář služeb*. Získáno 5. ledna 2018 z <http://www.umirani.cz/adresar-sluzeb#8/49.883/15.491>

Cesta domů. (2011). *Smrt a péče o umírající*. Získáno 11. listopadu 2017 z <http://www.umirani.cz/sites/default/files/custom-files/cesta-domu-zprava-umirani-a-pece-o-nevylecitelne-nemocne-2011.pdf>

Cesta domů. (2013). *Umírání a péče o nevléčitelně nemocné II*. Získáno 11. listopadu 2017 z <http://www.umirani.cz/sites/default/files/custom-files/cesta-domu-zprava-umirani-a-pece-o-nevylecitelne-nemocne-2013.pdf>

Cesta domů. (2015). *Dříve vyslovená přání*. Získáno 11. listopadu 2017 z <http://www.umirani.cz/sites/default/files/custom-files/cesta-domu-zprava-umirani-a-pece-o-nevylecitelne-nemocne-2015.pdf>

Česká společnost paliativní medicíny. (nedat.). *Vize a cíle*. Získáno 27. prosince 2017 z <https://www.paliativnimedicina.cz/cspm/vize-a-cile-2/>

Česká společnost paliativní medicíny. (2013). *Standardy paliativní péče*. Získáno 27. prosince 2017 z [https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/11/standardy-pp\\_cspm\\_2013\\_def.pdf](https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/11/standardy-pp_cspm_2013_def.pdf)

Česká společnost paliativní medicíny. (2017). *Společná tisková zpráva České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP a Fóra mobilních hospiců*. Získáno 20. prosince 2017 z [https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2017/11/2017\\_tiskova\\_zprava.pdf](https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2017/11/2017_tiskova_zprava.pdf)

Česká společnost paliativní medicíny. (2018). *Konference o paliativní péči v nemocnicích programu Spolu až do konce*. Získáno 13. března 2018 z <https://www.paliativnimedicina.cz/konference-o-paliativni-peci-v-nemocnicich-programu-spolu-az-do-konce/>

Donoso, L. M. B., Demrouti, E., Hernández, E. G., Moreno-Jiménez, B. & Cobo, I. C. (2015). Positive benefits of caring on nurses' motivation and well-being: A diary study about

- the role of emotional regulation abilities at work. *International Journal of Nursing Studies*, 52, 804-816. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.01.002
- Fórum mobilních hospiců. (nedat.). *Co děláme*. Získáno 5. ledna 2018 z <https://www.mobilnihospice.cz/co-delame/>
- Gawande, A. (2016). *Nežijeme věčně*. Praha: Dokořán
- Haroková, S. (2014). *Pracovní spokojenost sester v České republice*. (Nepublikovaná disertační práce). Ostravská univerzita v Ostravě
- Haškovcová, H. (2000). *Thanatologie*. Praha: Galén
- Havlenová, Z. (2012). *Hospicová péče v českých zemích*. (Nepublikovaná diplomová práce). Univerzita Palackého v Olomouci
- Hawkins, P. & Shohet, R. (2004). *Supervize v pomáhajících profesích*. Praha: Portál
- Hendl, J. (2016). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál
- Ingebretsen, L. P. & Sagbakken, M. (2016). Hospice nurses' emotional challenges in their encounters with the dying. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 11. doi.org/10.3402/qhw.v11.31170
- Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví. (nedat.). *Jak získat specializovanou způsobilost*. Získáno 28. prosince 2017 z <https://www.ipvz.cz/lekari-zubni-lekari-farmaceuti/ziskavani-specializace/jak-ziskat-specializovanou-zpusobilost>
- Janáčková, L. & Weiss, P. (2008). *Komunikace ve zdravotnické praxi*. Praha: Portál
- Hotchkiss, J. T., (2018). Mindful Self-Care and Secondary Traumatic Stress Mediate a Relationship Between Compassion Satisfaction and Burnout Risk Among Hospice Care Professionals. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 1-10. doi: 10.1177/1049909118756657
- Kamal, A. H., Bull, J., Wolf, S., Samsa, G. P., Swetz, K. M., Myers, E. R., ... Abernethy, A. P. (2016). Characterizing the Hospice and Palliative Care Workforce in the U.S.: Clinician Demographics and Professional Responsibilities. *Journal of Pain and Symptom Management*, 51 (3), 597-603. doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.10.016
- Kalvach, Z. (2010). *Manuál paliativní péče o umírající pacienty*. Praha: Cesta domů
- Kněžková, K. (2009). *Předpoklady pro práci sester v hospici*. (Nepublikovaná bakalářská práce). Získáno 20. prosince 2017 z <https://theses.cz/>.
- Křivohlavý, J. (2010). *Sestra a stres*. Praha: Grada
- Kübler-Rossová, E. (1992). *Hovory s umírajícími*. Hradec Králové: Signum Unitatis
- Kupka, M. (2014). *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada
- Lindquist, L. A., Tam, K., Friesema, E. & Martin, G. J. (2012). Paid caregiver motivation, work conditions, and falls among senior clients, *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 55, 442-445. doi.org/10.1016/j.archger.2012.01.008
- Loučka, M. (2016). *Mobilní specializovaná paliativní péče – zahraniční inspirace*. Získáno 20. prosince 2017 z <https://www.paliativnimedicina.cz/prezentace-ze-seminare-paliativni-pece-v-domacim-prostredi-vysledky-pilotniho-projektu/>



- Mackereth, P., Carter, A., Parkin, S., Stringer, J., Roberts, D., Long, A., ... Caress, A. (2009). Complementary therapists' motivation to work in cancer/supportive and palliative care: A multi-centre case study. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 15 (3), 161 – 165. doi.org/10.1016/j.ctcp.2009.03.004
- Marková, M. (2010). *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada
- Maslow, A. (2014). *O psychologii bytí*. Praha: Portál
- Mehta, D., H., Perez, G. P., Traeger, L., Park, E. R., Goldman, R. E., Haime, ... Jackson, V. A. (2016). Building Resiliency in a Palliative Care Team: A Pilot Study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 51(3), 604-608. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2015.10.013
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada
- O'Connor, M. & Aranda, S. (2005). *Paliativní péče – pro sestry všech oborů*. Praha: Grada
- Ústav zdravotnických informací a statistiky. (2016). *Personální kapacity v českém zdravotnictví*. Získáno 27. prosince z <https://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/ekonomika-financni-analyzy/pracovnici-ve-zdravotnictvi>
- Plháková, A. (2003). *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia
- Sansó, N., Galiana, L., Oliver, A., Pascual, A., Sinclair, S. & Benito, E. (2015). Palliative Care Professionals' Inner Lief: Expoloring the Relationships Among Awareness, Self-Care, and Compassion Staisfaciton and Fatigue, Burnout, and Coping With Death. *Journal of Pain and Symptom Management*, 50 (4), 200-20. doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.02.013
- Sláma, O., Kabelka, L., Vorlíček, J. et al. (2011). *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén
- Sláma, O. (2009). Paliativní a hospicová péče v České republice a v Evropě, *Klinická onkologie*, 22, 183-185. Získáno 26. ledna. 2018 z <https://www.linkos.cz/>
- Strauss, A. & Corbinová, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu*. Brno: Podané ruce
- Svatošová, M. (2011). *Hospice a umění doprovázet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství
- Špatenková, N. et al. (2014). *O posledních věcech člověka*. Praha: Galén
- Venglářová, M. et al. (2011). *Sestry v nouzi*. Praha: Grada
- Vévoda, J. et al. (2013). *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada
- Vorlíček, J. et al. (2004). *Paliativní medicína*. Praha: Grada
- Zacharová, E. (2017). *Zdravotnická psychologie – teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada
- Zákon č. 108/2006 Sb., zákon o sociálních službách. (nedat.). Získáno 27. prosince 2017 z <https://www.zakonyprolidi.cz>
- Zákon č. 201/2017 Sb., zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče. (nedat.). Získáno 27. prosince 2017 z <https://www.zakonyprolidi.cz>

## **Příloha č. 1: Abstrakt bakalářské práce v českém a anglickém jazyce**

### **ABSTRAKT BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

**Název práce:** Motivace pro práci v domácím hospici

**Autor práce:** Ing. Pavlína Furgaláková

**Vedoucí práce:** PhDr. Olga Pechová, Ph.D.

**Počet stran a znaků:** 56, 100 666

**Počet příloh:** 2

**Počet titulů použité literatury:** 53

#### **Abstrakt:**

Bakalářská práce popisuje motivaci zdravotních sester pro práci v domácím hospici. Teoretická část popisuje paliativní péči a formy jejího poskytování. Dále charakterizuje paliativní tým jako nositele paliativní péče s důrazem na zdravotní sestru. Ve výzkumu byl zvolen kvalitativní přístup. Výběrový soubor tvořilo sedm zdravotních sester zaměstnaných v domácím hospici a data byla tvořena pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Data byla analyzována metodou zakotvené teorie. Výsledek výzkumu dokládá, že zdravotní sestry mají vnitřní i vnější zdroje motivace k práci, které nestojí primárně na hmotných faktorech.

**Klíčová slova:** paliativní péče, domácí hospic, zdravotní sestra, motivace

## **ABSTRACT OF THESIS**

**Title:** Motivation to work in a home hospice

**Author:** Ing. Pavlína Furgaláková

**Supervisor:** PhDr. Olga Pechová, Ph.D.

**Number of pages and characters:** 56, 100 666

**Number of appendices:** 2

**Number of references:** 53

### **Abstract:**

The thesis describes the motivation of nurses to work in a home hospice. The theoretical part describes palliative care and its forms. Furthermore describes palliative team who is the holder of this care with an emphasis on a nurse. In the research was selected qualitative approach. The sample consisted of seven nurses employed in a home hospice. The data was obtained by semi-structured interviews. Grounded theory methodology was used for the data analysis. The result of the research shows that nurses have both internal and external sources of motivation to work, which do not primarily concern material factors.

**Key words:** palliative care, home hospice, nurse, motivation

## **Příloha č. 2: Seznam zkratk**

APPHP Asociace poskytovatelů paliativní hospicové péče

AV ČR Akademie věd České republiky

MSPP Mobilní specializovaná paliativní péče

ČSPM Česká společnost paliativní medicíny

ČLS JEP Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně

ÚZIS Ústav zdravotnických informací a statistiky