



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Studies

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta  
Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Bakalářská práce

# Motivace sester pro výkon povolání v hospici

Vypracovala: Hana Němcová  
Vedoucí práce: Mgr. Alena Machová

České Budějovice 2014

## **ABSTRAKT**

***Název práce:*** Motivace sester pro výkon povolání v hospici

***Současný stav:*** V současné době je téma hospicové péče velmi aktuální. Mnoho lidí stojí v mezních životních situacích před rozhodnutím, kam umístit svého příbuzného, o kterého se již nemohou kvalitně postarat. Jednou z možností je hospic, který je často chápán jako konečná stanice v životě. V hospicích však pracují odborníci, kteří svoji práci vykonávají svědomitě a svým lidským přístupem pomáhají pacientům překonat bolest a strach. Důležitými členy ošetrovatelského týmu jsou sestry. Práce v hospici není jednoduchá, proto by se každá sestra měla zamyslet nad svým motivačním žebříčkem hodnot, tedy nad tím, co ji v zaměstnání žene kupředu. Velmi důležitá je i zpětná vazba, sestry potřebují vědět, zda svoji práci vykonávají kvalitně. Motivačními faktory sester pracujících v paliativní péči jsou především touha pomáhat a myšlenka hospicové péče. Hlavním účelem hospiců je co možná nejlépe zlepšit kvalitu života v jeho závěrečné fázi a umožnit člověku důstojné umírání. Hospicová péče nabízí těžce nemocným a jejich blízkým účinnou pomoc, kdy jsou prostředky klasické medicíny již vyčerpány. V České republice je v současnosti patnáct lůžkových hospiců. Jako první byl roku 1996 otevřen Hospic Anežky České v Červeném Kostelci, jako poslední zahájil svoji činnost na jaře roku 2011 zatím poslední lůžkový hospic u nás, Hospic Malovická, který organizačně spadá pod pražský hospic Štrasburk.

***Cíl výzkumného šetření:*** Záměrem výzkumného šetření bylo zjistit motivační faktory sester pracujících v hospici, s ohledem na výběr a výkon povolání. Na základě záměru výzkumného šetření byly stanoveny dílčí cíle. Prvním cílem bylo zmapovat důvody, které vedly sestry pro výběr místa výkonu povolání v hospici. Druhým stanoveným cílem bylo zjistit hlavní motivační faktory sester pracujících v hospici. Posledním dílčím cílem bylo najít společné osobnostní rysy jednotlivých sester pracujících v hospici.

***Metodika:*** V práci byla použita metoda kvalitativního výzkumu s malým vzorkem respondentů. K získání informací byla aplikována metoda dotazování a technika

polostrukturovaných hloubkových rozhovorů. Sběr dat byl realizován na jaře roku 2014. Získaná data byla následně analyzována metodou otevřeného kódování.

**Výzkumný soubor:** Výzkumný soubor tvořilo pět sester pracujících v Hospici sv. Lazara v Plzni. Pro realizaci výzkumného šetření byl získán písemný souhlas od vrchní sestry v Hospici sv. Lazara v Plzni.

**Výsledky:** Pomocí metody otevřeného kódování bylo ve výsledku identifikováno šest kategorií. První kategorie popisuje důvody sester pro práci ve zdravotnictví. Každá oslovená sestra měla svůj specifický důvod, proč se rozhodla pracovat v této oblasti. Některá věděla už od malička, že chce pracovat ve zdravotnictví, jiná dala na radu svých rodičů, pro další byla důvodem vlastní zkušenost s hospitalizací v nemocnici. Druhá kategorie byla zaměřena na důvody, které vedly sestry pro výběr místa výkonu svého povolání právě v hospici. Ani v této oblasti se dotazované sestry neshodly a uvedly rozličné důvody. U někoho šlo jen o souhru náhod, jiná sestra cítila nejistotu v předchozím zaměstnání, další sestře se líbil styl přístupu k pacientům v hospici. Ve třetí kategorii byl zjišťován rozdíl mezi předchozím a současným zaměstnáním. Většina sester se shodla na tom, že předchozí a současné zaměstnání nelze srovnávat, jelikož rozdíly jsou obrovské a slovy neuchopitelné. V hospici je větší pohoda na pracovišti a méně spěchu, sestry mají na pacienty více času. Práce v hospici je komplexní a setkává se v ní mnoho zdravotnických oborů. Styl práce je v hospici úplně jiný než v nemocnicích, vše je klidnější, ale psychicky náročnější. Čtvrtá kategorie zjišťovala motivační faktory sester pracujících v hospici. Na základě získaných odpovědí byly faktory rozděleny na kladné (motivující) a záporné (demotivující). Mezi nejčastěji uváděné motivující faktory patří dobrý kolektiv, mimohospicové akce a spokojenost pacientů. O demotivujících faktorech se sestrám moc mluvit nechtělo, většina uvedla, že nejsou žádné. Pouze dvě oslovené sestry přiznaly, že cítí řadu demotivujících faktorů, mezi něž patří občasné neporozumění ze strany vedení, nespokojenost pacientů, umírání pacientů a rozhovor s rodinou, která není smířená s blížící se smrtí pacienta. Pátá kategorie popisuje vliv profese na osobní život. Opět

muselo dojít k rozdělení odpovědí, a to na vliv kladný a záporný. Nejčastěji uváděným kladným vlivem profese na osobní život bylo poučení, že nestojí za to zabývat se maličkostmi a malichernostmi. Mezi další kladné vlivy patří změna životních hodnot, radost ze života, uvědomění si důležitosti vlastního zdraví, změna myšlení, změna přístupu k vlastní smrtelnosti a změna přístupu v chování k nemocným a starým lidem. Jako záporné vlivy profese na osobní život vyplynuly podvědomý strach z potíží, větší únava, neshody s partnerem, nutnost přizpůsobování osobního života profesnímu a nemožnost mluvit doma o zaměstnání. Poslední, šestá kategorie, charakterizuje osobnostní rysy sester pracujících v hospici. Touha pečovat, pohoda v povaze, empatie, lidskost, touha upřímně pomoci, klidná povaha, ochota, obětavost a kladný vztah k lidem, to jsou vlastnosti či rysy, které by měla mít každá sestra pracující v hospici.

**Závěr:** Z výzkumu vyplývá, že dotazované sestry jsou se svým zaměstnáním spokojené a kladou důraz především na dobrý kolektiv a zaměstnanecké akce mimo hospic. Závěr této práce by měl směřovat jak k poskytovatelům hospicové péče, pro které by mohl být návodem, jak sestry více motivovat, tak k veřejnosti, která má o hospicové péči nedostatečné informace.

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

## **ABSTRACT**

***The name of the thesis:*** The motivation of nurses for working in hospices

***The current state:*** At the present time the theme of hospice care is very topical. Many people find themselves in marginal situations facing the decision of where to place their relative whom they cannot provide with quality care anymore. A hospice, which is often perceived as a terminal station in life, is one of the possibilities. However, hospices employ specialists who do their work diligently and who help the patients to get over pain and fear through their human approach. Nurses are important members of the nursing staff. Work at a hospice is not simple and that is why all nurses should think about their motivation scale of values and thus about the factors that stimulate them at work. The feedback is also very important. Nurses need to know whether they do their work in a quality way. The motivation factors for nurses working within palliative care are mainly the desire to help and the idea of hospice care. The main purpose of hospices is to improve the quality of life in its final phase as much as possible and to enable a person to die with dignity. Hospice care offers effective help to those seriously ill and their closest ones when classical medical means have been depleted. In the Czech Republic there are fifteen inpatient hospices at the present time. Hospic Anežky České (the Hospice of Agnes of Bohemia) was the first to be opened in Červený Kostelec in 1996. In spring 2011 the last one, Hospic Malovická, started its activities in our country and it belongs to Štrasburg, a hospice situated in Prague.

***The aim of the research:*** The aim of the research was to find out the motivation factors for nurses working in hospices with regard to the choice of the job and job performance. Partial aims were set on the basis of the research purpose. The first aim was to map the reasons which led the responding nurses to the choice of the place to work in a hospice. The second target was to find out the main motivation factors for nurses working at a hospice. The last partial aim was to find common personal features of individual nurses working in a hospice.

***The methodology:*** The method of qualitative research with a small number of respondents was applied within the thesis. The method of questioning and the technique of deep semi-structured interviews were applied to obtain information. Data collection was carried out in spring 2014. The acquired data were further analysed by the open coding method.

***The research file:*** The research file included five nurses working in Hospic sv. Lazara (Saint Lazare Hospice) in Pilsen. A written approval for research implementation was obtained from the head nurse of Saint Lazare Hospice in Pilsen.

***Results:*** Six categories were identified in the result by means of the open coding method. The first category describes the reasons of the nurses for working within health care. All addressed nurses had their specific reasons why they decided to work in this area. Some of them have known since childhood they have wanted to work within health care. Another one took their parents' advice. Personal experience with hospitalization was another reason. The second category was aimed at the reasons which led the nurses to the choice of their jobs in a hospice. The questioned nurses were not in agreement in this area either and they stated various reasons. In one case it was just a coincidence; another nurse felt uncertainty in the previous job. One nurse liked the approach to patients in a hospice. In the third category the differences between the previous and the current jobs were inquired. Most nurses agreed that the previous and current jobs cannot be compared since the differences are huge and cannot be grasped verbally. In a hospice there is a better feeling of well-being and less haste, the nurses have more time for the patients. Work in a hospice is complex and it is associated with many medical branches. The style of work in a hospice is completely different from the one in hospitals, everything is calmer but psychologically more stressful. The fourth category looked into the motivation factors for nurses working in a hospice. The factors were divided into the positive (motivating) ones and the negative (demotivating) ones on the basis of the acquired answers. Among the mostly stated motivating factors there was a good team, events taking place out

of the hospice and satisfaction of the patients. The nurses did not want to talk about the demotivating factors very much; most of them stated that there were none. Only two addressed nurses admitted feeling a range of demotivating factors including occasional misunderstandings on the side of the management, dissatisfaction of the patients, dying of patients and conversations with families who have not reconciled themselves with the approaching death of the patient. The fifth category describes the impact of the profession on personal life. The responses had to be divided into positive and negative impacts again. The most frequent positive impact of the profession on personal life was the moral lesson that it is not worth dealing with trivialities and pettiness. Among other positive impacts there is a change of life values, joy of life, realization of the importance of one's health, change of thinking, change of approach to one's own mortality and change of approach in the behaviour to ill and old people. Among the negative impacts of the profession on personal life there was subconscious fear of troubles, intensive tiredness, troubles with partners, necessity to adapt personal life to professional life and impossibility to talk about the job at home. The sixth category, the last one, characterizes personal features of the nurses working at a hospice. The desire to care, emotional well-being, empathy, humanity, sincere desire to help, calm nature, devotion to such service, selflessness and positive relationship to people. These are qualities that every nurse working in a hospice should have.

**Conclusion:** It results from the research that the questioned nurses are satisfied with their jobs and they especially place emphasis on a good team and team events outside the hospice. The conclusion of this thesis should be aimed to both the providers of hospice care who could use it as instructions on how to motivate nurses more and the public who do not have sufficient information about hospice care.

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

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem svoji bakalářskou práci s názvem „Motivace sester pro výkon povolání v hospici“ vypracovala samostatně, pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 5.5.2014

.....

Hana Němcová



## **Poděkování**

V první řadě bych chtěla velmi poděkovat Mgr. Aleně Machové, vedoucí práce, za odborné rady a užitečné připomínky, bez kterých by tato práce nikdy nevznikla. Děkuji za Vaši ochotu a čas, který jste mi věnovala, za trpělivost, kterou jste se mnou vždy měla. Dále bych chtěla poděkovat sestřičkám pracujícím v Hospici sv. Lazara v Plzni, které mi ochotně poskytly rozhovory a věnovaly mi část svého drahocenného času. V neposlední řadě musím poděkovat svojí rodině za trpělivost, podporu a pochopení nejen při psaní bakalářské práce, ale po celou dobu mého studia.

## Obsah

ÚVOD.....	12
1 SOUČASNÝ STAV .....	13
1.1 Úvod do problematiky hospicové péče.....	13
1.1.1 Formy hospicové péče .....	14
1.1.2 Historie hospicové péče .....	15
1.2 Paliativní péče.....	16
1.2.1 Charakteristika paliativní péče.....	18
1.2.2 Historie paliativní péče .....	19
1.2.3 Typy paliativní péče.....	20
1.3 Umírání jako součást života.....	21
1.3.1 Důstojné umírání.....	22
1.3.2 Potřeby umírajících lidí .....	23
1.4 Zdravotnický personál v hospici.....	24
1.5 Role sestry v paliativní péči.....	25
1.5.1 Sestry a jejich vztah ke smrti .....	26
1.5.2 Sestry v paliativní péči a komunikace s pacientem a rodinou .....	28
1.5.3 Syndrom vyhoření.....	29
1.5.4 Sestry z hlediska bio-psycho-sociálního.....	30
1.6 Motivace .....	31
1.6.1 Motivace pracovní činnosti.....	33
1.6.2 Motivační teorie.....	34
1.6.3 Motivující pochvala a výtka .....	35
1.6.4 Účinné odměňování .....	35
1.6.5 Motivace sester v zaměstnání .....	36
2 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	38
2.1 Cíle práce .....	38
2.2. Výzkumné otázky .....	38
3 METODIKA VÝZKUMU.....	39
3.1 Použitá metoda.....	39

3.2 Výběr výzkumného souboru .....	40
3.3 Charakteristika výzkumného souboru .....	41
3.4 Charakteristika výzkumného prostředí .....	41
4 VÝSLEDKY .....	43
4.1 Kategorizace výsledků rozhovorů .....	43
4.2 Seznam podkategorií (kódů) .....	52
5 DISKUZE .....	55
6 ZÁVĚR .....	60
6.1 Doporučení pro praxi .....	61
7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ .....	62
8 PŘÍLOHY .....	65
8.1 Seznam příloh .....	65

## ÚVOD

Na myšlenku tématu bakalářské práce s názvem „Motivace sester pro výkon povolání v hospici“ mě přivedla osobní zkušenost, kdy jsem měla možnost navštívit hospic v Plzni a začala jsem se o problematiku hospicové péče podrobněji zajímat. Do té doby jsem měla jen velmi malé povědomí o činnosti hospicových zařízení. Vnitřně jsem cítila potřebu dozvědět se více o této oblasti péče o nemocné.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se zabývá hospicovým hnutím jak ve světě, tak v České republice. V jednotlivých kapitolách je popisována historie hospiců, paliativní péče a současný stav hospicové péče. Dalšími tématy práce jsou umírání, pracovní personál v hospici, role sestry v paliativní péči a motivace, včetně motivace sester. V praktické části byl proveden kvalitativní výzkum metodou dotazování a technikou polostrukturovaných hloubkových rozhovorů se sestrami v Hospici sv. Lazara v Plzni.

Cílem této bakalářské práce je představit lidem sestry pracující v hospici a přiblížit jim tak lidským pohledem jejich záslužnou činnost. Záměrem výzkumného šetření je zjistit motivační faktory, které vedly sestry pro výběr výkonu povolání v hospici. Dojde ke zmapování toho, čím jsou sestry ve své práci motivovány, jak vnímají svoji práci, jestli vykonávají své povolání s radostí a zda pociťují nějaké negativní činitele, které by mohly ovlivňovat jejich práci.

S ohledem na velké množství dostupných materiálů zabývajících se hospicovou péčí jsem pociťovala jakousi nutnost práci odlišit. Zaměřila jsem se proto přímo na zaměstnance hospiců, konkrétně sestry. Domnívám se, že je důležité vědět, proč si někdo jako svoje povolání zvolí takovou oblast činnosti, ve které se velmi často setkává se smrtí. Práce bude v praxi využitelná jak pro sestry, tak pro laickou veřejnost. Získané výsledky by měly pomoci budoucím sestram, které uvažují o práci v hospici, s rozhodnutím, zda by právě ony byly schopné pracovat v takovém zařízení.

# 1 SOUČASNÝ STAV

## 1.1 Úvod do problematiky hospicové péče

Počátkem 21. století získala v některých bohatších zemích hospicová péče uznání z řad široké veřejnosti, odborníků i politických činitelů. V chudých zemích se paliativní péči a hospicovému hnutí přikládala menší priorita, proto musela neustále bojovat o své místo. Základy hospicové péče byly položeny v 19. století a hlavní podíl na tom mají náboženské řády a dobrovolníci z řad lékařů. V tomto období docházelo k markantnímu zřizování nemocnic a umírající pacient byl chápán jako důsledek selhání medicíny. Smrt byla postavena na okraj zájmu, což vyústilo v situace, kdy charitativní instituce začaly zřizovat taková zařízení, ve kterých umožní lidem slušně dožít. V současné době můžeme říci, že paliativní péče má nemalé úspěchy a setkává se s kladným přijetím u veřejnosti. Inovací je především přístup k umírajícím pacientům (Payne a Seymour a kolektiv, 2007). Myšlenka hospice vychází z úcty k životu a člověku jako k neopakovatelné a jedinečné bytosti. Hospic nemocnému garantuje, že nebude trpět nesnesitelnými bolestmi a v každé situaci bude respektována jeho individualita a lidská důstojnost. V neposlední řadě patří k zásadám hospicového hnutí záruka, že nemocný nezůstane v posledních chvílích života osamocen. V otázce života a smrti vyvstávají dvě hlavní témata – kde a hlavně jak člověk zemře. Hospice po celém světě se snaží udržet kvalitu života až do jeho samého konce. Jde o doprovázení nemocného, ale také jeho blízkých, kteří hrají nezastupitelnou roli (Svatošová, 2011; Student a Mühlum a kolektiv, 2006).

Hospice, jak se útočištěm pro umírající říkalo, poskytovaly kvalitní a odbornou péči. Mezníkem v historii hospicové péče byl rok 1967, kdy došlo k založení Hospice sv. Kryštofa v Londýně. Stal se vzorem a inspirací pro ostatní. Stavěl na třech základních pilířích, kterými byla výborná klinická péče, vzdělání a výzkum. Tím se odlišoval od domovů pro umírající, které mu předcházely. Dnes můžeme říci, že úspěch Hospice sv. Kryštofa byl obrovský a brzy se stal podnětem k rozvoji hospicového hnutí po celém světě. Myšlenky hospicové péče se rychle šířily a od začátku se začaly uplatňovat odlišně. Zjistilo se, že principy hospicové péče lze aplikovat v různých

situacích odlišně. Nemusí se vždy jednat o specializované hospitalizační jednotky, ale také domácí péči a denní péči. Došlo ke vzniku podpůrných pracovních týmů, které vnášely osvětové myšlenky do nemocnic. Paliativní péče nebyla dlouhou dobu uznávána jako profese, k tomu došlo až roku 1987, což někteří považovali za radikální obrat v hospicové péči. Ke konci 20. století vzrůstá zájem o posunutí paliativní péče k lidem trpícím jinou chorobou než rakovinou (Payne a Seymour a kolektiv, 2007).

### ***1.1.1 Formy hospicové péče***

Všude v civilizovaném světě jsou obvyklé tři formy hospicové péče. První z nich je domácí hospicová péče. Tento typ péče je pro nemocného ideální, ale ne vždy uplatnitelný a dostačující. Problém nastává tehdy, nemá-li nemocný dostatečné rodinné zázemí nebo dojde k vyčerpání sil ošetřujících členů rodiny. Důvody mohou být i zcela materiální, např. malý byt. Dalším omezujícím faktorem může být i odbornost, zejména v místech, kde dosud chybí agentury poskytující domácí péči. Druhou formou hospicové péče je stacionární hospicová péče (denní pobyty). Jedná se o hospicový stacionář, kdy nemocný je do zařízení přijat ráno a odpoledne nebo k večeru se vrací domů. Doprava nemocného je zajištěna buď rodinou, nebo hospicem. Tato forma péče je vhodná pro nemocné v místě hospice nebo v jeho blízkém okolí. Důvodů k stacionárnímu pobytu je mnoho. Jedná se např. o diagnostický důvod, kdy nemocný trpěl doma bolestí, kterou se nepodařilo zvládnout. Druhý důvod je léčebný, např. za účelem aplikace chemoterapie. Podaří-li se ve stacionáři správně nadávkovat léky tak, aby nemocný netrpěl nesnesitelnou bolestí, může se opět vrátit do domácí péče. V neposlední řadě je důvod k přijetí do stacionáře psychoterapeutický. Z tohoto důvodu jsou přijati většinou ti pacienti, kteří žijí osamoceně nebo ti, s nimiž rodina nechce nebo nemůže o jejich problémech hovořit. Ti pak velmi rádi docházejí do hospice vypovídat se a být vyslechnuti. Dost častým důvodem k přijetí do stacionáře je odlehčovací (realitní) důvod. Když nemoc trvá příliš dlouho, čas od času si buď nemocný, nebo jeho rodina potřebují od sebe odpočinout. Není na tom nic špatného, naopak se jedná o preventivní opatření před vyčerpáním jak ze strany rodiny

tak nemocného. Zabrání se tak případným zbytečným konfliktům, které by mohly později mrzet (Svatošová, 2011).

Posledním typem hospicové péče je lůžková hospicová péče. Není-li možné každodenní dojíždění nemocného do hospice, je nutno přejít k lůžkové hospicové péči. Nemocný, který si přijde lehnout na hospicové lůžko, na něm nemusí zemřít. Většina nemocných využívá možnost hospice pro krátkodobé, zpravidla opakované pobyty. Nemocný přichází zcela svobodně a dobrovolně ve chvíli, kdy cítí, že je to potřeba. V rodině se situace už nezvládá moc dobře, a přesto není nutná hospitalizace v nemocnici. Jako nezbytná součást péče o nemocného jsou v hospicích vítány návštěvy. Neočekává se od nich, že budou nemocného ošetřovat, ale pokud o to projeví zájem, je jim to umožněno. Režim dne si určuje sám pacient. Ráno ho nebudí sestřička s teploměrem, vstává a jí, kdy chce. Pokud se potřebuje vypovídat, vždy se najde někdo, kdo ho vyslechne, a to nejen ve dne, ale i v noci. Důraz je kladen na kvalitu života, na prvním místě je samotná osobnost člověka. Pokud není zdravotní důvod k celodennímu ležení na lůžku, nemocný se může obléknout do svých šatů a pohybovat se v prostorách hospice (s vědomím personálu i mimo něj). Pokoje nemocných by se mohly nazývat spíše ložnicemi, protože mnohdy slouží mobilním pacientům jen pro přespání. Vnitřní vybavení hospiců vychází z myšlenky připomínat nemocnému spíše domov než nemocnici. K vybavení patří i různé pomůcky usnadňující nemocným každodenní život a sestrám fyzickou námahu (polohovací lůžka, zvedáky, pojízdné koupací vany). Všechny prostory hospice jsou bezbariérové, včetně kaple a zahrady. O přijetí na hospicové lůžko rozhoduje zásadně hospicový lékař, po dohodě s ošetřujícím lékařem pacienta. Jsou-li všechna lůžka v hospici obsazena, musí být bezpodmínečně dána přednost těm pacientům, u nichž lze předpokládat, že jejich nemoc v brzké době povede ke smrti. Těm je hospic určen prvotně, takové pacienty nesmí zklamat (Svatošová, 2011).

### ***1.1.2 Historie hospicové péče***

Myšlenka hospice se zrodila ve Velké Británii v období po druhé světové válce v hlavě zdravotní sestry Cecilly Saundersové. Právě ona se zásadně zasadila o založení

St. Christopher Hospic, který je známý po celém světě. Myšlenka hospicové péče obletěla celý civilizovaný svět a dnes je v něm tisíce hospiců. Podle místních podmínek mají hospice ve světě různé formy, ale stejnou myšlenku. V USA převládá domácí ošetrovatelská péče, kde ani ta nestačí, existují „ošetrovatelské domy“. Budování hospiců přineslo další povzbudivý fakt – tam, kde byly vybudovány, došlo ke zlepšení péče o umírající pacienty v nemocnicích (Svatošová, 2011).

První hospic v České republice – Hospic Anežky České v Červeném Kostelci - vznikl v roce 1996 a založila jej MUDr. Marie Svatošová. Krátce po otevření byl zahrnut mnoha žádostmi o přijetí. Důvodem je útulné prostředí, uvolněný režim, neomezené návštěvy, přátelský vztah mezi pacientem a personálem. Nedalo se však vyhovět všem, kteří chtěli nastoupit do hospice. Lůžka by se rychle obsadila dlouhodobě nemocnými a ti, pro které byl hospic původně budován, by umírali osamoceni. Žádosti o přijetí posuzuje několikačlenná komise, aby se předešlo případné protekci. Hlavními důvody k přijetí jsou postupující nemoc ohrožující pacienta na životě, nutnost paliativní péče, nedostatečnost nebo nemožnost domácí péče (Svatošová, 2011). V roce 2005 vznikla Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče (APHPP), která je členem evropské asociace paliativní péče. „Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče sdružuje většinu organizací poskytující lůžkovou a domácí hospicovou péči v ČR a garantuje kvalitu jejich služeb. Zastupuje stovky profesionálů v hospicové paliativní péči, z nichž řada působí ve vzdělávání laické i odborné veřejnosti, včetně výuky na vysokých školách. Cílem APHPP je prosazování a podpora hospicové paliativní péče, která vychází z úcty k člověku jako jedinečné a neopakovatelné lidské bytosti.“ (Svatošová, 2011, str. 140)

## **1.2 Paliativní péče**

Název „paliativní péče“ je odvozen z latinského slova *paliatus*, které v překladu znamená plášť. „Paliativní péče klade větší důraz na péči než na léčbu.“ (Hanzlíková, 2006, str. 258) Tento druh péče akceptuje umírání jako přirozený proces a smrt jako součást života. Poskytuje úlevu od bolesti a snaží se o co největší možné zkvalitnění konce života. Realizuje se ve dvou rovinách, jako kontinuální péče a hospicová péče.



Prvním krokem kontinuální paliativní péče je diagnostika nemoci, která je nevyléčitelná. Pokud léčba selhává, zaměřuje se na kontrolu nad symptomy a snaží se o prodloužení života, ať už se jedná o chemoterapie či různé operace. Za každých okolností respektuje přání nemocného. Nelze-li již dále doufat v prodloužení života, přichází na řadu paliativní péče. Ta je zajištěna multidisciplinárním týmem odborníků, který se snaží o přiměřený komfort. Důležitou částí paliativní péče je i možnost poskytnutí duchovní podpory. Důraz je kladen na individualitu každého nemocného a jeho potřeby. Slovo hospic pochází z latinského hospitium, což v překladu znamená pohostinnost nebo hostinec. Dříve byly hospice místa pro opuštěné, poutníky nebo chudé lidi. Dnes jsou místem, které dává umírajícímu i jeho rodině naději, že na bolestné a smutné období konce života nezůstanou sami (Hanzlíková, 2006). Paliativní péče a léčba se netýká jen pacienta samotného, ale i jeho blízkých. Je zaměřena na péči o pacienta i v průběhu jeho onemocnění. V první řadě se tento typ péče poskytuje lidem, kteří trpí nevyléčitelnou nemocí a jejich onemocnění je v pokročilém stadiu. Objevují se názory a domněnky, že paliativní péče je totéž co hospicová péče. Není tomu tak, odbornou a kvalitní paliativní péči by měli být schopni poskytovat všichni zdravotníci, měla by se tedy týkat všech umírajících. Jedná se spíše o filosofii, kterou je možno aplikovat nejen v hospicích, ale i v nemocnicích nebo v domácím prostředí (Marková, 2010; Munzarová, 2005).

„Paliativní péčí se rozumí cílevědomá, ucelená (komplexní) kvalifikovaná podpora lidí se závažným, příčinně neléčitelným a život zkracujícím onemocněním (zdravotním stavem) a také rodin těchto lidí. Ucelením se rozumí podpora při obtížích jak tělesných, tak duševních, sociálních i spirituálních.“ (Kalvach, 2010, str. 12) Průkopnice hospicového hnutí v České republice, MUDr. Marie Svatošová, koncipovala toto hnutí jako umění doprovázet. Paliativní péče se má snažit poskytovat nemocným lidem prostor pro to, aby zůstali sami sebou a odborným způsobem je doprovázet (Kalvach, 2010). „Krédem paliativní medicíny by mělo být: umenšit utrpení, ctít život a naději, posílit smysl života a jistotu kontaktu s nejbližšími lidmi.“ (Kalvach, 2010, str. 13) Všichni členové paliativního týmu musí vědět a umět léčit co nejúčinněji, stejně jistí si musí být i v dávkování léků tlumících bolest (Kalvach, 2010). „Lékaři i ostatní

zdravotníci si musejí být zcela jednoznačně vědomi, že jejich partnerem ani úkolem není nemoc či příznak, které je třeba zkrotit, nýbrž pacient, kterého choroba či příznak trápí a jehož je třeba podpořit.“ (Kalvach, 2010, str. 14)

Cílem paliativní péče je kvalitní péče o každého umírajícího. Marná léčba, která pacienta nadměrně zatěžuje, je velmi nákladná. Efektivní paliativní péče by měla být levnější, avšak snižování nákladů na léčbu by nemělo být primárním cílem. Paliativní péče by měla být obecně dostupná všem lidem, kteří očekávaně a neodvratně umírají. Jedná se o pacienty s nádorovým onemocněním, ale i o lidi, u kterých došlo k selhání některého z orgánů. Dalšími uživateli paliativní péče jsou lidé s pokročilou demencí, AIDS nebo po cévní mozkové příhodě (Kalvach, 2010).

### ***1.2.1 Charakteristika paliativní péče***

Paliativní péče je taková, která se poskytuje pacientům, jejichž zdravotní stav je tak závažný, že není dostačující hospitalizace v nemocnici. Poskytuje úlevu od bolesti, která je projevem nemoci. Paliativní péče se nesnaží smrt ani urychlit, ani oddálit, bere ji jako přirozenou součást života. Snaží se, aby pacient mohl žít až do smrti tak aktivně, jak jen to je možné. Z hlediska paliativní péče hraje neméně důležitou roli rodina, které se snaží pomoci vyrovnat se s nemocí pacienta a se ztrátou blízké osoby. Jedná se tedy o komplexní péči, která je poskytována jak pacientovi, tak jeho rodině. Paliativní péče se ve většině případů poskytuje lidem s rakovinou, není však omezena jen na ně. Další a zároveň jedinou nemocí, která má historii specializovaných hospiců, je HIV/AIDS (Payne a Seymour a kolektiv, 2007).

Nezákladnějším prvkem paliativní péče je pečování. To nespočívá jen ve fyzickém plnění speciálních úkolů, ale i v citové a duševní starosti o potřeby druhého. Vztah k umírajícímu je nesmírně důležitý. Ošetřovatel je postaven před nelehký úkol. Musí udržet vztah k pacientovi na profesionální úrovni, i když často mezi nimi vznikají velmi intenzivní emoční vazby. Schopnost udržet jistou rovnováhu vyžaduje silnou osobnost. Většina umírajících říká, že by si přáli zemřít v klidu. Mluvíme-li o klidné smrti, často se setkáváme s pojmem „důstojnost“. Uchování důstojnosti je prvořadou otázkou jak pro pacienty potřebující paliativní péči, tak pro jejich pečovatele. Důležitým cílem

z hlediska ošetrovatelské péče je uklidnění. Umírající lidé potřebují psychickou oporu a jisté utěšení, ošetrující personál si však musí dávat pozor na to, aby nedošlo ke zkreslování skutečností nebo dokonce ke lhaní. Každý pracovník v hospici by měl mít schopnost vcítit se do druhých lidí, tedy empatii. Součástí empatie je také zdržení se různých soudů a schopnost dívat se na svět očima druhého člověka (Payne a Seymour a kolektiv, 2007).

### ***1.2.2 Historie paliativní péče***

Může se zdát, že paliativní péče je poměrně novým oborem. Opak je pravdou, jedná se o nejstarší formu medicíny. Již v dávné minulosti bylo úkolem lékařů, ošetrovatelů a sester mírnění bolesti a umožnění co nejpokojnější smrti. Na paliativní péči se podílela rodina, duchovní, přátelé, lékaři i sestry. Před druhou světovou válkou bylo zcela běžné, že lidé umírali doma a starala se o ně rodina s pomocí rodinného lékaře, na přání umírajícího byl v posledních chvílích jeho života přizván duchovní (kněz). Ve 20. století se umírání stalo ryze lékařskou záležitostí. Umírající člověk se měl léčit za každou cenu až do úplného vyčerpání organismu. Veřejnost i lékaři nabyli dojmu, že medicína dokáže vše vyléčit. Zdravotníci byli při své práci v nemocnicích neradi rušení pacientovo rodinou, proto docházelo k tomu, že nemocný často umíral sám. V 60. letech 20. století se začalo mluvit o zadržované smrti. Jedná se o stav, kdy nemocného udržují při životě jen lékařské přístroje, bez jejichž pomoci by dotyčný zemřel. To mělo za následek hlasité volání po asistované sebevraždě (eutanazii) a rozvoj hospicového hnutí. V roce 1967 byl otevřen první hospic v Anglii, v roce 1974 byl otevřen první hospic i v Americe (Marková, 2010).

Historie moderní paliativní péče je poměrně krátká, ale je nezbytné nahlédnout do minulosti, abychom lépe pochopili všechny souvislosti. Na začátku 19. století došlo ve světě k epidemiologickému zlomu – lidé začali více než na infekční nemoci umírat na choroby dlouhodobějšího rázu. Postupně začaly vznikat instituce, které se zaměřovaly výhradně na péči o umírající. Koncem 19. a začátkem 20. století došlo k rozvoji těchto zařízení, zlom nastal koncem 20. století, kdy je hospicová péče

charakteristická tím, že staví na takových termínech, jako je kvalita života, zvládnání bolesti a psychosociální péče (Payne a Seymour a kolektiv, 2007).

### ***1.2.3 Typy paliativní péče***

Paliativní péče se dělí na obecnou a specializovanou. Obecnou paliativní péči by mělo být schopno poskytnout každé zdravotnické zařízení. Spadá do ní vyhodnocení pacientova stavu, zvážení další léčby, doporučení do specializovaných zařízení, podpora rodiny a léčba bolesti. Specializovaná paliativní péče se uskutečňuje v zařízeních, jejichž hlavní činností je paliativní péče. Jsou charakteristická vyšší odbornou kvalifikací personálu, který i kvantitativně převyšuje počet pacientů. Pacient by zde měl získat podporu, ať už je kdekoliv – doma, v denním stacionáři nebo na specializovaném oddělení paliativní péče. S tím souvisí i místa poskytování paliativní péče. Domácí prostředí je pro pacienta tou nejlepší variantou, jak po stránce sociální, tak psychické. Musí však dojít k naplnění určitých požadavků. Minimálně jeden člen rodiny musí být schopen a ochoten převzít celodenní péči o nemocného, dotyčný s tím musí souhlasit a je nutné být v kontaktu s týmem odborníků, který by v případě potřeby řešil vzniklé komplikace. Zemřít doma představuje pro většinu pacientů představu dobré smrti. Ne vždy může být tento požadavek splněn. Úroveň domácí paliativní péče je v České republice stále kontroverzním tématem. Agentury domácí ošetrovatelské péče nemají ze strany státu dostatečnou podporu, ani úroveň znalostí praktických lékařů v léčbě bolesti není ideální. Proto se stává, že i nemocní, kteří mají podporu rodiny, musí být mnohdy převezeni do nemocnice, kde posléze umírají. Ve světě je domácí hospic nejrozšířenější formou poskytování paliativní péče. Multidisciplinární tým složený z lékařů, sester a dobrovolníků poskytuje podporu rodinám, které se rozhodly starat se o nemocného v konečné fázi jeho života doma. Existují i další typy domácí paliativní péče. Mnoho starých lidí je doma např. v domovech důchodců či penzionech pro seniory. Agentura domácí ošetrovatelské péče ve spolupráci s praktickým lékařem by měla být schopna zajistit takovým lidem potřebnou odbornou i lékařskou pomoc. Toto představuje jeden z velkých úkolů v sociální sféře v České republice (Marková, 2010).

Paliativní péče v nemocnici se neobejde bez vyššího počtu personálu, ideálně v poměru jeden pacient ku třem členům nelékařského zdravotního personálu (sestry, ošetřovatelé, asistenti). Kvalita paliativní péče poskytované v nemocnicích závisí na množství faktorů. Jedním z nich je i schopnost rozpoznat, kdy byly již prostředky klasické medicíny vyčerpány a na řadu musí přijít postupy paliativní. Neméně důležitým požadavkem je souhra a kvalitní komunikace v týmu, jak po stránce profesní, tak lidské. Samozřejmostí by měla být kvalita vzdělání ošetřovatelského personálu a otevřenost pro rodinu a dobrovolníky. Nemocnice zůstanou ještě dlouho místem, kde se umírá nejčastěji, proto by mělo být v jejich zájmu rozvíjet paliativní péči a léčbu. V nemocnicích, kde se pozornost personálu soustředí na pacienty, kteří mají perspektivu vyléčení, je velmi obtížné vytvořit dobré prostředí pro umírající pacienty. Řešením je vytvořit multidisciplinární paliativní tým, který by napříč odděleními poskytoval péči o umírající (Marková, 2010).

Personál pracující v hospici je speciálně připravován pro péči o umírající a jejich blízké. Hospice patří mezi zdravotně sociální zařízení. Vedle péče zdravotnické je v nich poskytováno sociální poradenství a pomoc. Hlavním posláním hospice je péče o umírající pacienty, všechny síly jsou tedy soustředěny na zajištění dobrého umírání pro hospitalizované. Nesmírně důležitou roli proto sehrává výběr vhodně motivovaného personálu. Názor, že v hospici každý umírá, není založen na pravdě. Přibližně třetina nemocných se po upravení léčby vrací do domácí péče (Marková, 2010).

### **1.3 Umírání jako součást života**

Utrpení ze života odstranit nelze. Smrt je přirozenou součástí našeho života a jako takovou ji hospic respektuje. Nesnaží se o její urychlení, snaží se pomáhat a sloužit. Pomoc je realizována jak po stránce fyzické (tedy poskytování kvalitní ošetřovatelské péče), tak po stránce psychické (snaha o pochopení smyslu utrpení). Právě toto pochopení smyslu utrpení představuje pro nemocného i jeho rodinu největší službu (Svatošová, 2011).

Postupem času se díky pokroku medicíny snížil počet úmrtí. Na počátku 20. století umírali lidé na banální choroby a smrt byla součástí života. V dnešní době se můžeme často setkat s dospělými lidmi, kteří ještě nemají se smrtí ani tu nejmenší

zkušenost. S tím souvisí i fakt, že se výrazně prodloužil průměrný lidský věk. Lidé si často myslí, že když se zmíní o smrti, nemocného tím jenom rozruší. Mnozí mají strach, že kdyby začali mluvit o něčem tak smutném jako je umírání někoho blízkého, propukli by v pláč a nemocného by také rozplakali. Na druhou stranu přílišné sebeovládání a vyhýbání se tomuto tématu může být vnímáno jako lhostejnost a nezájem (Callanan a Kelley, 2005). V minulosti byla smrt součástí života a lidé se s ní uměli vyrovnat tak, aby odchod blízkého člověka co nejméně zraňoval city pozůstalých. Důležitou roli sehrály i rituály, které měla společnost vytvořené. Dnes na tyto rituály a tradice zapomínáme, což vede k tomu, že si působíme psychické problémy. Děti se setkávají se smrtí pouze skrze virtuální svět, v počítačových hrách, ve filmech nebo ve zprávách. Ve 21. století chybí podpora komunity a pospolitost. Lidé jsou osamoceni, neumí si pomáhat a žijí izolované životy (Munzarová, 2005; Marková, 2010).

### ***1.3.1 Důstojné umírání***

Každý člověk má právo na důstojné umírání a strávení závěru života bez velkých bolestí. Umírajícímu by měl být zajištěn bio-psycho-sociálně-duchovní komfort. Z historického pohledu jsou známy dva přístupy péče o umírajícího člověka. V prvním, klasickém modelu, měla hlavní roli v péči o umírajícího rodina, která se u pacienta střídala. Výhodou tohoto modelu byl pohled na smrt, která se brala jako přirozená součást života. Nevýhodou byla absence profesionálů. Druhý model péče o umírající je moderní, kdy je péče přesunuta z domácího prostředí do zdravotnických zařízení. Viditelnou výhodou je neustálá přítomnost lékařů a sester. Nevýhodou je, že mnozí lidé umírají sami, bez rodiny a svých blízkých. Je tedy nutné, abychom převzali z klasického modelu jeho pozitiva a aplikovali je na model současný. Pomáhat zmírnit utrpení umírajícího a rodiny mohou lékaři, sestry, blízké osoby, psychologové, dobrovolníci či sociální pracovníci (Hanzlíková, 2006). Pacient a jeho rodina potřebují dostatek času, aby přijali sdělenou informaci o zdravotním stavu a smířili se s ní. Podle Küblerové-Rossové prochází pacient (potažmo i jeho rodina) různými fázemi reakce a následné adaptace na sdělenou informaci o nevléčitelné nemoci. Jedná se o pět následujících fází: negace (šok, popření), agrese (hněv, vzpoura), smlouvání, deprese (smutek)

a přijetí (smíření). Existuje také mnoho zásad, které by se při sdělování špatných zpráv měly dodržovat. Velmi důležité je zajistit pro rozhovor dostatek času a klidné místo, kde nebude nikdo rušit. Informace by měly být podávány stručně a jasně, zapomínat bychom neměli ani na neverbální komunikaci. Měli bychom se opakovaně pacienta dotazovat, zda sdělené informace dobře porozuměl a dát mu možnost vyjádřit své emoce. Sdělování diagnózy je začátkem vztahu pacienta a zdravotníka. Rozhovor o onemocnění se musí vést pravdivě, srozumitelně a citlivě. Zdravotníci by měli být schopni vcítit se do pocitů pacienta a snažit se mu informací co nejméně ublížit (Sláma a Kabelka a kolektiv, 2011).

### ***1.3.2 Potřeby umírajících lidí***

Stejně jako každý zdravý člověk má jiné potřeby a priority, liší se i potřeby jednotlivých umírajících lidí. Záleží na individualitě každého člověka, stejně tak na tom, jak se dokázal s nemocí smířit. Některé potřeby jsou však velmi časté a ve výzkumech je uvedla většina klientů paliativní péče. Jsou to tlumení bolesti, nezadržování smrti, neodloučenost, samostatnost (soběstačnost), zachování důstojnosti a bezpečnost. Mohli bychom říci, že nemocní lidé a jejich rodiny stojí především o kvalifikovanou paliativní péči s možností tlumení bolesti a tím spojeného snižování utrpení. Místo poskytování paliativní péče by mělo být takové, jaké si pacient přeje (např. domov). Zdravotníci by měli s pacientem konzultovat jeho zdravotní stav, postup léčby a respektovat jeho vůli a přání. Jednotlivé strany (pacient, jeho rodina, zdravotníci) by spolu měly otevřeně komunikovat. Paliativní péče si zakládá na neomezeném kontaktu s blízkými lidmi. Pokud si umírající přeje skonat v domácím prostředí, měl by mu kvalifikovaný tým poskytnout podporu. Paliativní péče funguje i po úmrtí pacienta, podpora pozůstalých po smrti pacienta a v době jejich zármutku je samozřejmostí. Stejně tak pomoc s uspořádáním osobních záležitostí a oficiálních spojených s vyřizováním pohřbu (Kalvach, 2010). „Služby specializované paliativní péče vyžadují týmový přístup spojující různé profese s multidisciplinárním způsobem práce. Členové týmu musejí být vysoce kvalifikovaní a paliativní péče by měla být jejich hlavním profesionálním zaměřením. Jádro týmu poskytujícího paliativní péči by mělo sestávat ze sester a lékařů

se speciálním výcvikem a mělo by být doplněno psychology, sociálními pracovníky a fyzioterapeuty.“ (Kalvach, 2010, str. 32) Samozřejmostí by měla být spolupráce paliativního týmu s praktickými a ošetřujícími lékaři pacientů (Kalvach, 2010).

#### **1.4 Zdravotnický personál v hospici**

Zdravotnický personál v hospici je jedinečný. V první řadě je nesmírně důležitý hluboký lidský a profesionální přístup. V hospici nemůže pracovat každý. Odbornost je bezpodmínečně nutná a celoživotní vzdělávání je samozřejmou povinností všech, ale to samo o sobě nestačí. V hospici může pracovat jen takový člověk, který je vyrovnaný se svojí vlastní smrtelností. Lékaři, sestry i dobrovolníci pracující v hospici by měli umět načerpat energii, lásku i sílu, jelikož doprovázení těžce nemocných vše toto ubírá. Na druhou stranu i mnoho dává – především moudrost a zralost (Svatošová, 2011).

Hospicová péče je realizována multidisciplinárním týmem, jehož každý člen má svoji nezastupitelnou roli. Hospicový tým spolupracuje s ošetřujícím lékařem pacienta, sestrami agentury domácí péče, charitativními a humanitárními organizacemi. Práce v tomto týmu je náročná, vyžaduje hluboce lidský a současně profesionální přístup a dobrou spolupráci všech, kteří se na péči o umírající podílejí. Pacient a rodina jsou centrem péče, stejně tak jsou i členy multidisciplinárního týmu. Úkolem týmu je zjistit o pacientovi co možná nejvíce informací, na jejichž základě se snaží vytvořit pro pacienta takové prostředí, ve kterém se bude cítit pohodlně a bezpečně. Mezi členy hospicového týmu patří lékař, sestra, zdravotnický asistent, sociální pracovník, duchovní, psycholog, dobrovolníci a laici. Hospicová sestra je pro tým klíčovou osobou. Její náplní práce je řídit celkovou péči o pacienta (Hanzlíková, 2006). „V hospicové péči je primárně zodpovědná za kvalifikované zaznamenávání všech změn fyzického stavu pacienta, což vyžaduje široké vědomosti o fyzickém odhadu a monitorování symptomů bolesti. Sleduje, doporučuje a zajišťuje dietní režim podle aktuálního stavu nemocného.“ (Hanzlíková, 2006, str. 266) Nezastupitelnou roli hrají také dobrovolníci, bez nichž se žádný hospic neobejde. Dobrovolníci jsou plnohodnotnými členy hospicového týmu a díky nim se prostředí v hospicích podobá více útulnému domovu než nemocnici. Ačkoliv dobrovolník dělá svoji práci bez nároku na honorář, musí na něj být stoprocentní spolehnutí (Svatošová, 2011).



Pracovníci v hospici by se neměli bát s vážně nemocnými mluvit o smrti a nelhat jim. Podnět k rozhovoru dává sám nemocný tehdy, když to potřebuje. Není jednoduché říct nemocnému pravdu, aniž bychom mu sebrali naději. V hospici se více než jinde dostává na řadu otázka „proč“, otázka po smyslu a důvodu. Není nic špatného na tom přiznat, že neznáme odpověď. Nesnažíme se pacientovi odpověď předkládat, ale pomáháme mu najít cestu, aby si dokázal odpovědět sám. Upřímnost je vysoce ceněna a pacienta zklidňuje (Svatošová, 2011). Zdravotnický personál, který pracuje v paliativní péči, se často setkává se smrtí. Zažívají pocity stresu, smutku, bolesti i frustrace. Jsou proto ohroženi ztrátou nebo výrazným snížením citlivosti pro chápání bolesti pacientů. Tento stav je v přiměřené míře žádoucí u lidí, kteří pracují s umírajícími. Pomáhá zvládat zátěžové a traumatizující situace. Smrt se však nikdy nesmí stát rutinní záležitostí. Pokud k tomu dojde, mluvíme o tzv. syndromu vyhoření (Hanzlíková, 2006).

### **1.5 Role sestry v paliativní péči**

Pro odbornou paliativní péči je typická multidisciplinární týmová práce, která je soustředěna na pacienta a jeho rodinu. Vedle lékařů, ošetřovatelů a dobrovolníků hrají nesmírně důležitou roli sestry. Kvalitně poskytovaná paliativní péče může být pro sestry zdrojem velké radosti z dobře odvedené práce. Ve vztahu k pacientovi je pro sestry důležité identifikovat pacientovy potřeby a porozumět jim. Nejedná se jen o potřeby tělesné, ale i psychosociální a duchovní, které často stojí u pacientů s nevléčitelnou nemocí v popředí. Není-li spokojen pacient, nemůže být ani sestra. Jejím úkolem je pochopit nejen potřeby pacienta, ale i své vlastní (Marková, 2010). Sestra ve své práci musí respektovat čtyři základní prvky ošetřovatelství. Jsou jimi péče o zdraví, předcházení nemocem, zlepšování zdravotního stavu a tláčení bolesti. Základním standardem pro jednání sestry s nemocným a jeho rodinou je Etický kodex, který byl vypracován a poprvé přijat Mezinárodní radou sester v roce 1953 (NCO NZO, 2003; NCO NZO, 2006). Etický kodex poskytuje základní rámec, v němž by se profesionálové měli pohybovat. V průběhu času dochází ke změnám etického kodexu, s ohledem na vývoj profese a práva. Vymezit etiku pracovníka v pomáhajících profesích je velmi obtížné, neboť do vztahu pracovník – klient vstupují osobnostní rysy. Kodex,

který by byl zaměřen přímo na zdravotně sociální péči, zatím nebyl definován (Kutnohorská a Cichá a kolektiv, 2011).

Aby sestra porozuměla svému vztahu k pacientům i jim samotným, měla by napřed poznat samu sebe. Existuje řada metod, skrze něž se může lépe poznat. Jedná se o sebereflexi, zpětnou vazbu od lidí v okolí, rozbor vlastní práce, rozhovor s odborníkem či dotazníky a testy. Základním předpokladem pro vykonávání povolání sestry je kvalifikační vzdělání. Předpoklady pro zvládnutí nároků na osobnost sestry jsou poznat sám sebe, všimnout si sebe a svých reakcí, dokázat komunikovat o svých potřebách a potížích. Povolání sester se řadí mezi jedno z nejnáročnějších. Sestry se musí během své profesní kariéry neustále vzdělávat. Při svém povolání se sestra setkává s řadou stresujících faktorů, jako je smrt, umírající nebo trpící pacienti (Venglářová, 2011). V moderním ošetrovatelství se role sestry neustále rozvíjí, sestra se stává rovnocennou členkou ošetrovatelského týmu. Profese sestry se stává samostatnější, v moderním ošetrovatelství sestra zastává funkci pečovatele, obhájce práv a potřeb nemocného, edukátora, asistenta a koordinátora (Staňková, 2002).

### ***1.5.1 Sestry a jejich vztah ke smrti***

Vztah ke smrti si každý člověk utváří již v útlém věku. Velmi důležitou roli zde hraje postoj rodičů. Pokud dítě cítí, že téma smrti je v rozhovoru tabu, již se dále nevyptává a vyrovnává se s tím samo. U sester je podstatné jejich první profesionální setkání se smrtí. K tomu ve většině případů dochází při praxích ve škole (Marková, 2010). „Při setkávání se smrtí v profesním životě je potřeba naučit se zvolit správnou míru angažovanosti a správnou míru optimálního odstupu. Každý z nás máme tyto hranice nastavené trochu jinak a k jejich uvědomování dochází postupně a nejlépe právě v rozhovoru s jiným pracovníkem, který své hranice již zná.“ (Marková, 2010, str. 32)

Při přípravě budoucích sester na jejich povolání by měla být problematika smrti věnována značná pozornost. Dát sestře prostor vstřebat danou situaci, moci si o ní promluvit a třeba si i poplakat, to jsou velmi důležité faktory, které ovlivňují její vyrovnání se s úmrtím. I sestry jsou jen lidé, proto mají potřebu a právo být smutné. Smutek je normální reakcí na ztrátu. Je nutné si tuto reakci prožít, abychom smutek

v sobě nehromadili. Intenzita smutku se odvíjí od míry vzájemného vztahu mezi sestrou a pacientem. Obvykle je dobré o ztrátě mluvit, vypovídat se a ulevit sám sobě. Každý prožívá ztrátu a smutek jinak. Někdo se rád vypovídá, jiný chce být spíše v ústraní. Smutek nad ztrátou pacienta nesmí sestry ochromit, ba naopak jim má pomoci nabrat nové síly. V paliativním týmu je dobré vytvořit si nějaké rituály pro rozloučení se s pacientem, který zemřel. Stačí např. zapálit svíčku nebo položit na lůžko květinu. Existuje mnoho projevů smutku a jedním z nejčastějších je pláč. Mnozí tvrdí, že pláč je projevem nízké profesionality. Není tomu tak. Pláč nad ztrátou pacienta je jen důkazem toho, že sestra měla s pacientem hluboký vztah (Marková, 2010).

Sestry stejně jako jiní pracovníci potřebují vidět výsledky své práce, aby byly spokojené. Je krásné vyléčit člověka, v paliativní péči se to však stává málokdy. V čem tedy spočívá smysl paliativní péče? V první řadě je důležité docenění času před smrtí. Sestra pracující v oblasti paliativní péče by se měla snažit nemocnému pomoci s dokončením úkolů, které ještě chce splnit. V ošetrovatelském týmu by jednotliví členové měli hledat kladné stránky péče, mnohdy přijde poděkování i ze strany pozůstalých. Sestra potřebuje pracovat v dobrém týmu, který soustředí své síly stejným směrem. Úkolem týmu je mírnit celkové utrpení nemocného a poskytnout mu kvalitní zbytek života. Do multidisciplinárního týmu paliativní péče by měli patřit jak rodinní příslušníci nemocného, tak sám pacient, který by měl mít z hlediska rozhodování o léčbě vždy poslední slovo. Sestry zauímají v týmu významné místo. Jsou s pacientem v každodenním kontaktu a musí mu umět vysvětlit vše, na co se ptá. Stejně tak musí své poznatky sdělit ostatním spolupracovníkům z týmu. Sestry si s pacienty vytváří vztah, který je postaven na rovnocennosti, důvěře a pravdě. Každý člen týmu by měl mít svůj prostor, mnohdy se totiž stane, že pacient se svěří např. sanitáři při cestě z nemocnice. Důležitou roli z hlediska paliativního týmu hraje komunikace. Formální komunikace probíhá jak v psané podobě (dokumentace), tak mluvenou formou. Tým se schází minimálně jednou týdně a reflektuje pacientův stav a případné změny. Neformální komunikace se uskutečňuje mezi členy týmu a stmeluje je. Dochází zde k vnímání potřeb jednotlivých členů týmu a jejich vzájemnému přiblížení a pochopení (Gulášová, 2009; Marková, 2010).

### ***1.5.2 Sestry v paliativní péči a komunikace s pacientem a rodinou***

Sestry by se měly neustále zdokonalovat v rámci dalšího vzdělávání. Jednou z důležitých schopností je umění rozvíjet účinnou komunikaci. Úkolem sestry je vytvořit pacientovi takové prostředí, aby se necítil osamocen. Komunikace neprobíhá jen v rovině slov (verbální), ale i prostřednictvím mimiky a gest (neverbální). Z našich pohledů, pohybů a postojů lze mnohé vyčíst. Pacient i rodina tak snadno vidí, jestli si jich vážíme nebo nám jsou lhostejní. V první řadě musí sestry umět navázat kontakt s pacientem a jeho rodinou. Nejdůležitější je skutečný zájem pečujícího člověka. Zdravotník by si měl osvojit techniky aktivního naslouchání, což znamená neklást mnoho otázek, ale nechat pacienta vyprávět. Zároveň by sestra měla umět poskytovat nemocnému zpětnou vazbu, čímž mu dává najevo, že ho opravdu poslouchá. Souhlas nebo přitakání ujišťuje nemocného v domněnce, že ho vnímáme a posloucháme. Pro zdravotnický personál je žádoucí vytvořit takovou atmosféru, aby se nemocný uvolnil a cítil se v bezpečí. Sestra by měla umět podat rodinným příslušníkům informace o stavu jejich příbuzného citlivě a pravdivě. Nemocný se často trápí myšlenkami, jak zvládá jeho rodina zřetelný blížící se konec. Sestra sděluje rodině správné a jasné informace o průběhu umírání a o tom, čím nemocný prochází. Zároveň musí umět předcházet a zvládat vyhocené situace. Nemocnému by měla dát prostor k tomu, aby si prošel ve svém zármutku procesem truchlení. Souhrnně řečeno, sestra musí umět zhodnotit jak fyzický, tak psychický stav pacienta. Tento krok je nezbytný k poskytnutí adekvátní ošetrovatelské péče. Jelikož ve většině případů dochází za nemocným do hospice rodina, je dobré zapojit i tu. Prvořadým úkolem v paliativní péči je posílit pacientovu důstojnost. Mnozí si v době svého onemocnění prošli řadou nemocničních oddělení a jejich zkušenosti nejsou vždy pozitivní. Sestry by měly brát vážně vše, co pacient říká. Pro uchování pacientovy naděje je nutné stanovit realistické cíle a poskytnout emoční podporu (Marková, 2010).

Součástí profesionálního vybavení sestry je schopnost komunikace s pacientem, která slouží k navázání kontaktu. Při každodenním setkání s nemocným člověkem poskytují sestry pomoc a oporu v těžkých chvílích. Pacient a ošetřující sestra jsou ve vzájemném vztahu a komunikace je druhem péče. Sděluje-li pacient svůj problém,

sestra ho poslouchá a může ho v projevu podpořit. Významnou roli hraje nejen komunikace, ale i způsob, jakým vykonáváme činnosti spojené s ošetřováním nemocného. Zvládnutí komunikace s umírajícím pacientem předpokládá vyjasnění osobního vztahu sestry k umírání a smrti (Venglářová a Mahrová, 2006).

### ***1.5.3 Syndrom vyhoření***

Tento pojem zavedl v roce 1974 americký psychoanalytik Herbert Freudenberger. Jedná se o stav psychického a fyzického vyčerpání, který se projevuje únavou, podrážděností, depresemi a negativním postojem jak k pracovnímu prostředí, tak k ostatním členům týmu i pacientům. Existují podmínky vzniku potenciálního syndromu vyhoření. Mezi ně patří vysoké pracovní nasazení, nedostatek personálu, nekvalitní organizace práce, malá podpora ze strany vedení, nerovnoměrnost zatížení členů týmu a časová tíseň ztěžující práci. Syndrom vyhoření je jakýmsi obranným mechanismem nebo reakcí na krizový stav, kdy je člověk permanentně vystavován krizovým situacím. Vzniká tehdy, nesplní-li se přání a představy člověka v porovnání s realitou, a pokud člověk více citově rozdává, než dostává. Syndromu vyhoření lze předcházet, jestliže dotyčný ví o příčinách, které k němu vedou. Člověk musí pochopit důležitost sebe samotného a svojí osoby. Dále je třeba správně a efektivně organizovat práci a dělat pravidelná setkání týmu, na kterých dojde k ventilaci pocitů všech členů. V rámci duševní očisty je na místě používat takové relaxační techniky, které dokáží odbourávat nahromaděný stres (Hanzlíková, 2006; Maroon a Goldmann, 2012). „K profesionálnímu přístupu k péči o umírající patří nejen empatie a profesionálně zvládnutý výkon, ale i schopnost lékařů, sester a ostatních pracovníků opakovaně se vnitřně vyrovnávat s náročnou životní situací bez negativních důsledků na jejich duševní zdraví.“ (Hanzlíková, 2006, str. 272)

O syndromu vyhoření se začalo mluvit v souvislosti s profesemi, ve kterých zaměstnanci pracují s lidmi a jejich životními osudy. Pomáhající často přebírají jejich problémy. V současnosti se tento pojem rozšiřuje i na jiné oblasti života, jako je např. syndrom vyhoření u žen na mateřské dovolené. Syndromem vyhoření jsou nejvíce ohroženy pomáhající profese, kam patří i povolání sester. Sesterská profese je velmi

fyzicky i psychicky náročná a je založena na určitém vztahu (Venglářová, 2011). „Smysl profese zdravotní sestry není jednoznačný. Jde převážně o poskytování pomoci, přičemž zpětná vazba, informace o úspěšnosti jejího působení, není vždy dosažitelná. Výsledky profesionální činnosti zdravotní sestry jsou málo zjevné a mají charakter dlouhodobé perspektivy. Hodnota vykonané práce je prakticky nevyčíslitelná, a možná i proto je nedostatečně oceněná. Pracovní úspěch se zde často měří morálními a duchovními hodnotami – i toto je důvod, pro který hrozí sestřám vyhoření.“ (Venglářová, 2011, str. 38) Příčinou vzniku syndromu vyhoření jsou dvě okolnosti. Jednou z nich je osobnostní nastavení pomáhajícího. Pokud má daný člověk příliš silnou motivaci pomáhat a pečovat, vede to k nadměrnému očekávání jak od sebe tak od lidí, kterým pomáhá. Druhou částí je prostředí, ve kterém pracuje a pracovní kolektiv. Ideálním stavem je pozitivní prostředí pracovního kolektivu. Vyhoření je stále častěji popisováno nikoliv jako stav, ale jako proces, který se může vyvíjet i několik let. Fáze syndromu vyhoření jsou: nadšení, stagnace, frustrace, apatie a vyhoření (Venglářová, 2011).

#### ***1.5.4 Sestry z hlediska bio-psycho-sociálního***

Povolání sestry je náročné jak po stránce fyzické, psychické i emocionální. Ošetrovatelské povolání představuje dlouhou a náročnou cestu po stránce profesionálního i osobnostního zrání. Sestra neustále vstupuje do interakce s druhými lidmi, je svědkem tělesného i duševního utrpení člověka, což na ni působí. Ovlivňuje to její hodnoty, postoje a celou osobnost. Nejnáročnější situací je přímé setkání se smrtí. V takové chvíli musí sestra umět uspokojit nejen tělesné potřeby, ale především použít laskavého a citlivého přístupu. Tyto náročné situace předpokládají zralou osobnost, důležitou složkou je i schopnost vzájemné sociální komunikace mezi lékařem, sestrou a pacientem. Povolání sestry je výzvou, aby mohla být výzva splněna, potřebují zdravotníci podněty, stimuly a motivaci (Zacharová, 2010). Zátěž v práci sester je obrovská. Od zdravotníka se očekává, že zvládne práci s moderní technikou, unese fyzickou zátěž, vykoná různé administrativní úkoly a je schopen vypořádat se jak s problémy svých pacientů, tak s problémy vlastními. Ve vztahu mezi sestrou

a pacientem vystupují do popředí problémy, s nimiž si sestra v dané chvíli neví rady. Cítí se zaskočená, bezradná a ukřivděná. Jedním z takových problémů jsou např. slovní projevy strachu pacienta z blížící se smrti. Mezi nejčastěji uváděné situace, které jsou zdrojem psychosociální zátěže, patří kontakt s umírajícím a jeho rodinou. Psychické přetížení sester se vyskytuje v mnoha kolektivech. Při neřešení takové situace může dojít až k již zmiňovanému syndromu vyhoření, proto je vhodné sestry včas zapojit do kurzů komunikace, důležitá je i podpora ze strany vedoucích pracovníků (Jobánková a Kvapilová, 2007).

### **1.6 Motivace**

Motivace je pojem odvozený z latinského výrazu „movere“ (pohybovat se). Motivace je souborem specifických podmínek, které vzbuzují a udržují aktivitu jedince. Mezi základní motivující činitele patří osobnost člověka, okolní prostředí a potřeby. Motivace je vůle jednat (Balková a Zibrinová, 2012; Dlugošová a Tkáčová, 2011). Termín motivace byl do psychologie uveden zhruba před sto lety. Motivace je něco, co podmiňuje určitý čin nebo chování a určuje jeho druh a intenzitu. Pochopíme-li motivaci člověka k určitému činu, pochopíme, proč se zachoval právě oním způsobem a ne jinak. Zkoumáním motivace se zabývá několik oborů, proto můžeme říci, že pohled na motivaci je multidisciplinární. Mezi obory studující motivaci patří filosofie, psychologie, fyziologie a etika. Motivace předpokládá jisté ovlivnění zvenčí, kalkuluje s působením těla na mysl, jako se tomu děje např. při hladu nebo žízni. To, jak se chováme, je často ovlivněno přítomností jiných lidí. Motivace má tedy i aspekty sociální. Studium motivace není jednoduché, jelikož existuje celá řada teorií, z nichž každá vysvětluje něco, ale ne všechno. Některé teorie a pojetí si dokonce odporují, proto ten, kdo se rozhodne motivaci studovat do hloubky, může být záhy zmatený. Teorii motivace lze chápat jako komplexní a dynamicky se vyvíjející obraz, který nejen vysvětluje, ale současně přivádí k praktickým návodům, které je možno mnohostranně využít (Kolman, 2012).

Motivace je hybnou silou lidského jednání a chování, které vede k vlastnímu uspokojení a soběstačnosti. Při práci s nemocnými by měli být zdravotníci schopni povzbudit dotyčného ve správném postoji. Pro osobní motivaci nemocného je nadějí už

jen to, že mu věnujeme náš čas. K motivaci vedou tři základní klíče. Jsou jimi touha dosáhnout cíle, důvěra ve vlastní schopnosti a vlastní představa dosažené změny. Při společném hledání a plánování dalšího postupu se při práci s pacientem vychází z výše jmenovaných okruhů. Pro spolupráci nemocných a zdravotníků je nutná hlavně společná práce, laskavé a podporující prostředí, kde se lidé nebojí zasmát (Klevetová a Dlabalová, 2008). „Osobní přístup ke konkrétnímu nemocnému posílí jeho sebedůvěru ve vlastní možnosti a vlastní potenciál.“ (Klevetová a Dlabalová, 2008, str. 36) Jen statečný nemocný najde sílu a rozhodne se čelit každodenním problémům. Ani v nejbolestivějších obdobích života bychom neměli zapomínat na to, že život je také zábava a radost. Pacienti mají vždy svobodnou možnost volby mezi prázdnotou a přijutím svého života i v jeho bolestivějších chvílích. Zdravotníci by neměli dopustit, aby nemocný upadl do deprese a stavu beznaděje. Naopak mu mají ukázat, že jejich smyslem je přijmout realitu prožívané situace, ať už je jakkoliv obtížná a neveselá (Klevetová a Dlabalová, 2008).

Studium motivace vyvolává řadu otázek. Jednou z nich je ta, zda procesy související s motivací jsou vrozené nebo získané v průběhu života člověka učním. Současné stanovisko je někde uprostřed, něco je nám vrozeno (např. potřeba se najíst), něco se formuje v průběhu života a prostřednictvím osvojení (např. kdy jím, za jakých okolností, co jím). Dalším dílčím bodem, který stojí za pozornost, je otázka, zda motivaci vyvolávají vnitřní potřeby nebo vnější cíle. Často však jde jen o úhel pohledu, jak se na konkrétní událost díváme a jak ji vnímáme (Kolman, 2012). Žádný lidský výkon není podáván bezdůvodně. V každém člověku je hluboce zakotvena potřeba být užitečný. Situace, ve které se člověk v danou chvíli nachází, je nejdůležitějším faktorem, který určuje chování jedince. Motivace se mění v průběhu času a vlivem okolních situací (Cejthamr a Dědina, 2010).

Pracovní motivace je hybnou silou všech pracovníků, která buď je, nebo není přítomna. Všichni lidé mají potřebu být motivováni k práci. Vhodnými manažerskými přístupy lze motivaci k práci ovlivnit. Nedostatek motivace se u pracovníka projeví snížením kvality práce. Ztráta motivace je jedním ze spouštěcích mechanismů tzv. syndromu vyhoření, který když se rozvine, ohrožuje nejen pracovníka, ale také



pacienty, potažmo celý tým (Marková, 2010). Mnoho zaměstnavatelů se domnívá, že jedinou motivací jsou pro lidi peníze. Výplata má bezesporu značný význam, ale není jediným prostředkem motivace. Existují lidé, pro které nejsou peníze prvořadým důvodem výkonu jejich zaměstnání. Různí lidé dávají přednost různým motivům. Významným motivem pro většinu lidí jsou již zmiňované peníze. Pro někoho může být motivem osobní postavení, potřeba řídit chod věcí a určitá pýcha na dosažené postavení. Dalšími motivy jsou pracovní výsledky a výkon. Pro některé lidi je přátelská atmosféra na pracovišti a dobré vztahy s okolím více než cokoli jiného. Lidé, pro které je v zaměstnání nejdůležitější jistota, se hodně řídí předpisy a neradi riskují, spokojí se s málem, které jim stačí. Rozhodující motiv lidí, kteří upřednostňují svůj profesionální rozvoj, je odbornost. Jsou i lidé, pro které je důležité, aby pracovali sami, jejich motivem je tedy samostatnost. Také tvořivost (kreativita) je pro mnoho lidí nesmírně důležitým motivem (Daigeler, 2008; Nešćáková, 2008; Bělohlávek, 2008).

Pokud chce vedoucí motivovat pracovníky, měl by vědět, které motivy jsou pro ně dominantní. Lidé se snaží uspokojovat své potřeby, a když se jim to nedaří, jsou frustrováni. Frustraci může způsobit pokažení práce, malá výplata i nedodržení slibu dovolené ze strany vedoucího. Různí lidé reagují na stav frustrace různými způsoby. Victor Vroom představil svoji teorii očekávání, podle které je k tomu, aby pracovník zvýšil svoje úsilí, potřeba naplnit tři důležité podmínky. Úsilí musí být následováno přiměřeným výsledkem. Žádný člověk nedělá rád nesmyslnou práci a každý za sebou rád vidí výsledky, které nemusí být jen materiální. Důležitou podmínkou je i to, že výkon musí být odměněn. Zaměstnanec může vykonávat svoji práci dobře a svědomitě, nedojde-li ale k odměně, bude demotivován. Odměnou se nerozumí jen finanční ohodnocení, ale i pochvala ze strany vedoucího či kolegů. Neméně důležitý je i fakt, že člověk musí o odměnu stát. Odměna musí mít pro člověka význam, ať už jde o peníze, veřejné uznání, překonání překážky či potěšení z práce (Bělohlávek, 2008).

### ***1.6.1 Motivace pracovní činnosti***

Mluvíme-li v souvislosti s prací o motivaci, logicky vyplývá, že člověk buď motivován je, nebo není. Ve skutečnosti je člověk motivován vždy, výjimku tvoří pouze

o jediné situaci, např. stav bezvědomí. V souvislosti s motivací mluvíme o kvalitě, intenzitě a směru. Pojem motivace je abstraktní teoretický konstrukt, což znamená, že ne vždy může být měřen nebo pozorován. S motivací jsou úzce svázány pojmy jako produktivita, výkon nebo úsilí. Produktivitou se zde myslí produktivita ekonomická. Je to poměr mezi tím, co bylo vyprodukováno a tím, co bylo na produkci vynaloženo. Měření produktivity není jednoduché, zvláště v případě, kdy nelze vytvořená hodnota porovnat z hlediska nějaké peněžní jednotky, a náklady na produkci se nedají vyjádřit v číslech. Velmi důležitý je vztah mezi motivací pracovníka a jeho individuálním výkonem (Kolman, 2012). Podle Armstronga (2008) existují tři motivační přístupy, jsou jimi hodnocení lidí, finanční odměňování a poskytování nefinančních odměn. Pokud lidé mají pocit, že jsou ohodnoceni, motivace se zvýší. K trvalé spokojenosti nestačí jen finanční odměňování, člověk potřebuje být chválen, záleží mu na osobním uznání, rozhodovací pravomoci či příležitosti k osobnímu rozvoji. V zaměstnání je důležité stanovit náročné, ale dosažitelné cíle.

### ***1.6.2 Motivační teorie***

Významnou motivační teorií je Maslowova teorie potřeb, ze které později vychází i Clayton Alderfer. Podle Maslowovy teorie má člověk pět základních potřeb, od nejnižší po nejvyšší. Jedná se o fyziologické potřeby, potřebu bezpečí a jistoty, potřebu lásky, přijetí a sounáležitosti, dále potřebu uznání a úcty a jako nejvyšší potřebu seberealizace. Clayton Alderfer zredukoval těchto pět potřeb na pouhé tři: potřeby existenční, potřeby vztahové a potřeby růstové. Potřeby existenční jsou všechny materiální potřeby, potřeby vztahové zahrnují náš vztah k lidem (láska, nenávisť, hněv) a potřeby růstové se týkají jedince a jeho práce na sobě samém a na svém okolí. Alderfer nesouhlasil s Maslowem v hierarchii potřeb a v jejich rozdělení na vyšší a nižší. Uznal pouze to, že některé potřeby jsou více konkrétní a některé méně. Další motivační teorií je Herzbergova dvoufaktorová teorie, která rozlišuje dva motivační podněty na pracovišti. Jedná se o faktory, které způsobují nespokojenost a faktory, které vyvolávají spokojenost. Mezi faktory, které způsobují nespokojenost, řadí pracovní pravidla, technické vedení, pracovní podmínky, vztahy k nadřízeným, vztahy

ke spolupracovníkům a výdělek. Naopak faktory způsobující spokojenost jsou výkon, uznání, práce samotná, růst, odpovědnost a služební postup (Adair, 2004; Marková, 2010).

### ***1.6.3 Motivující pochvala a výtka***

Pochvala je jedním z nejsilnějších nástrojů motivace. Vedoucí sděluje pracovníkovi, že je s jeho prací spokojen a ten je tak naplněn novou energií a radostí z úspěchu. Existují jistá pravidla pochvaly, kterých by se měli vedoucí pracovníci držet. Za prvé by pochvala měla být konkrétní. Pracovník by měl vědět, za co je chválen. Pochvala by měla být adresná, směřována na konkrétního člověka. Pokud se chválí tým, měli by být vyzdvihnuti jeho aktivní jedinci. Pochvala by měla být vyslovena včas, nejlépe ihned po dosaženém úspěchu pracovníka. Veřejná pochvala, která je vyslovena před ostatními pracovníky, má dvojnásobnou hodnotu. Důležitá je i forma podání pochvaly, která by neměla být formální. Pro pracovníka bude jistě příjemné, bude-li se vedoucí zajímat o cestu, díky které k úspěchu došel. V neposlední řadě by měl vedoucí aktivně vyhledávat úspěchy, za které může podřízené chválit. Důležitým nástrojem motivování je vedle pochvaly i výtka. I pro ni existují různé zásady. Prvním důležitým úkolem je zjistit důvody selhání. Vytýká se nedbalost a nezodpovědnost. Je třeba sledovat důvody selhání a vytýkat pouze chyby z nedbalosti, v ostatních případech je lepší pracovníka jen poučit o vhodnějším postupu. Pracovník musí přesně vědět, co se od něj očekává. Stejně jako pochvala, i výtka má být adresná. Vytýkat je třeba konkrétní věci a výtka nesmí obsahovat osobní napadení. Osobní kritikou bychom člověka spíše urazili. Pokárání za špatně provedenou práci je soukromá záležitost, proto by k ní mělo docházet mezi čtyřma očima. Veřejná výtka pracovníka ponižuje. I při pokárání je třeba respektovat důstojnost kritizovaného pracovníka (Bělohlávek, 2008).

### ***1.6.4 Účinné odměňování***

Největší význam bývá připisován finanční motivaci. Výkonnost je motivována především pohyblivou složkou mzdy, jako jsou odměny a prémie. Pracovníci by měli chápat vztah mezi odměnou a pracovními výsledky, jinak se ztrácí účinek. Stále stejná

odměna snižuje motivaci. Vedoucí pracovníci většinou vidí hlavní motivační nástroj v pohyblivé složce mzdy (Bělohlávek, 2008). „Neuvědomují si, že zatímco pohyblivá složka posiluje výkonnost, pevná složka je nástrojem stability pracovníků. Ti berou pohyblivou část mzdy za něco nejistého, co v budoucnu může nebo nemusí platit v závislosti na výsledcích firmy. Stejně tak uchazeči o práci v organizaci se zajímají spíše o pevnou složku než o pohyblivou část mzdy. O co nejvyšší pevnou složku většinou bojují i odbory, protože jí pokládají za jistější z hlediska zabezpečení zaměstnanců.“ (Bělohlávek, 2008, str. 51) Mnoho lidí si myslí, že pracovní výkon odpovídá výši mzdy. Mzda se v první řadě určuje na základě ceny práce na trhu práce. Cena práce se odvíjí od odvětví, ve kterém člověk pracuje, dále od zastávané pracovní pozice a případného rizika. Z hlediska výše mzdy je velice zajímavým činitelem zastávaná pozice pracovníka. Platí zde přímá úměra – čím vyšší pozice, tím vyšší plat. Kdybychom vycházeli z předpokladu, že výše mzdy určuje pracovní výkon, znamenalo by to, že pracovníci na vyšších postech pracují více a intenzivněji než zaměstnanci na nižších pozicích. Tak tomu ale není. Na rozdílných pozicích je vyžadován i rozdílný druh práce a obecně platí, že lidé na vyšších postech mají větší odpovědnost. Někteří lidé pracují zadarmo, přesto stále platí, že většina lidí chodí do práce kvůli penězům. Je dokázáno, že nízká mzda může vyvolat snížení kvality práce. Práce neznamená pro všechny lidi totéž. Někoho práce baví, pro jiného je nutné zlo. Někdo pracuje především proto, aby si mohl pořídit věci, které chce, jiný pracuje proto, aby měl co jíst (Kolman, 2012). Zaměstnanci by se měli zajímat i o výsledky celého týmu. Motivaci posiluje i včasnost odměny, která by měla být dána ihned po skončení úkolu. Výše odměny by měla odpovídat zásluze pracovníka a ten by o její výši měl vědět. Nízká odměna vyvolá hněv, příliš vysoká odměna zase pocit viny (Bělohlávek, 2008).

### ***1.6.5 Motivace sester v zaměstnání***

Motivace je jedním z úkolů manažerů, každá sestra je však zodpovědná sama za sebe a měla by se zamyslet nad svým motivačním žebříčkem hodnot. Sestry by (stejně jako ostatní zaměstnanci) měly vědět, co je jejich hybnou silou, oním motorem, který je v zaměstnání žene kupředu. Na základě této sebereflexe pak může sestra dojít

k zajímavým závěrům. Je-li motivátorem kreativita, pak může hledat stále nové postupy a přístupy k pacientům. Je-li hybnou silou výkonu potřeba smysluplnosti práce, je dobré si čas od času uvědomit, jakou měrou přispívá ke zkvalitnění pacientova života (Marková, 2010).

Z hlediska motivace je také důležitá zpětná vazba. Každá sestra potřebuje vědět, jestli svoji práci vykonává kvalitně a kde má svoje silné stránky a slabiny. Proto je nesmírně důležité provádět pravidelné hodnocení práce zaměstnanců. Nedostatečné ocenění práce mnohdy vede k syndromu vyhoření. V průmyslu se práce hodnotí jednoduše, protože je na první pohled zřejmé, zda se věc podařila nebo ne (fungující stroj, dobrý výrobek). Ve zdravotnictví, potažmo v oblasti paliativní péče, je hodnocení kvality práce mnohem obtížnější. Hodnocení nemůže být postaveno na tom, zda se pacient uzdravil nebo ne. Hodnocení pracovního výkonu by mělo mít několik zásad. Jednou z nich je pravidelnost. Pokud se pracovní výkon nehodnotí v pravidelných intervalech, může zaměstnance nemile překvapit. Ti pak mají pocit, že něco provedli. Dalším důležitým kritériem je přesný datum a čas, aby se obě dvě strany mohly na hodnocení připravit. Dále musí zaměstnanci vědět, v jakých oblastech budou hodnoceni, je tedy na místě stanovit si jasná kritéria. Nedílným znakem hodnocení je také aktivní účast, což znamená, že si zaměstnanci společně shrnou, čeho ve sledovaném období dosáhli a připraví si kroky do budoucna. O každém hodnotícím pohovoru je proveden zápis, který obě strany odsouhlasí a podepíší. Při pravidelných schůzkách multidisciplinárního týmu by mělo být hodnocení práce jednou z jeho složek. Vedoucí týmu by měl umět vyzdvihnout úspěchy a pochválit za ně (Marková, 2010). V pomáhajících profesích je důležitá supervize. Jedná se o jakýsi nadhled nebo nestranný pohled na určitou problematiku. Je nástrojem ke zkvalitnění práce. Supervize nám může dát možnost podívat se na věci s odstupem a pustit se do hledání nových možností. Supervize se dá rozdělit podle mnoha kritérií, například na supervizi externí (supervizorem je osoba zvenčí, najatá organizací za účelem poskytnutí supervize) nebo interní, která je poskytována supervizorem, který v dané organizaci pracuje (Hawkins a Shohet, 2004).

## **2 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY**

### **2.1 Cíle práce**

Cílem výzkumného šetření je zjistit motivační faktory sester pro výkon povolání v hospici. Byly stanoveny tyto dílčí cíle:

**Cíl 1:** Zmapovat důvody, které vedly sestry pro výběr místa povolání (hospic)

**Cíl 2:** Zjistit hlavní motivační faktory sester pracujících v hospici

**Cíl 3:** Najít společné osobnostní rysy jednotlivých sester pracujících v hospici

### **2.2. Výzkumné otázky**

Na základě zmíněných cílů práce byly stanoveny následující výzkumné otázky:

**VO1:** „Jaké jsou důvody sester pro výběr povolání v hospici?“

**VO2:** „Čím jsou sestry v hospici motivovány?“

**VO3:** „Jaké motivační faktory ovlivňují výkon povolání sestry v hospici?“

**VO4:** „Jaké jsou společné osobnostní rysy sester pracujících v hospici?“

## 3 METODIKA VÝZKUMU

### 3.1 Použitá metoda

V bakalářské práci byl použit princip kvalitativního výzkumu s malým vzorkem respondentů. Byla aplikována metoda dotazování a technika polostrukturovaných hloubkových rozhovorů s ošetrovatelským personálem v Hospici sv. Lazara v Plzni (příloha 2). Došlo k záměrnému výběru osob, které dobře reprezentují dané prostředí, v případě potřeb této práce se jednalo o sestry pracující v Hospici sv. Lazara v Plzni. Výzkumné otázky vycházely z názvu práce, zjišťovali jsme, jaký důvod vedl sestry pro výkon práce právě v hospici, jak se cítí, zda by v případě možnosti volily jiný typ pracoviště. Zaměřili jsme se na jejich pocity, názory a poznatky. Analýza dat byla provedena vyhodnocováním jednotlivých případů aplikací metody kódování.

Rozhovory byly realizovány na jaře roku 2014 se sestrami pracujícími v Hospici sv. Lazara v Plzni. Termíny setkání byly předem domluveny prostřednictvím e-mailové komunikace. Místem provedení rozhovorů byl plzeňský Hospic sv. Lazara. Před začátkem rozhovorů byla každá sestra seznámena s tématem, cíli a metodikou výzkumu. Průměrná délka rozhovorů byla 25 minut. Rozhovory byly se souhlasu respondentek zaznamenávány na diktafon a následně došlo ke zpracování výsledků prostřednictvím přímé transkripce do textové podoby. Zpracované údaje byly analyzovány metodou otevřeného kódování v ruce, způsobem papír a tužka. Tato metoda je používána díky své jednoduchosti a účinnosti v široké škále kvalitativních projektů. Kódování obecně představuje operace, pomocí nichž jsou získané údaje rozebrány, analyzovány a následně složeny novým způsobem (Švaříček a Šed'ová, 2007). V textu byly barevně odlišeny jednotlivé pojmy, které se následně hlouběji rozpracovaly a byly kódovány slovy vystihujícími význam jednotlivých celků. Tímto způsobem bylo identifikováno šest kategorií (příloha 3). První kategorie důvod volby práce ve zdravotnictví vznikla propojením podkategorií image (vzhled) sestry, vzor v rodině, zájem o zdravotní problematiku, dostupnost školy v místě bydliště, poslání pomáhat lidem, sen z dětství, vlastní zkušenost s hospitalizací v nemocnici. Druhá kategorie výběr místa výkonu povolání v hospici je složena z podkategorií nejistota v předchozím zaměstnání, nabídka práce v hospici, zhlédnutí záznamu

z otevření hospice v Plzni, souhra náhod, zrušení oddělení v předchozím zaměstnání, styl přístupu k lidem (pacientům), blízkost hospice v místě bydliště, zajímavá pracovní náplň. Třetí kategorie rozdíl mezi předchozím a současným zaměstnáním je charakterizována podkategoriemi pohoda na pracovišti a méně spěchu, negativní přístup mladých pacientů, používání nových metod, nelze srovnat, více času na pacienty, komplexnost práce, styl práce. Čtvrtá kategorie s názvem motivační faktory sester pracujících v hospici byla rozdělena na faktory motivující a demotivující. Mezi kladné (motivující) faktory patří dobrý kolektiv, náplň práce zdravotníka, dobré vztahy s pacienty, spokojenost a vděk pacientů, chování (přístup) k lidem, důvěra ze strany zaměstnavatele, mimohospicové akce (teambuilding), finanční ohodnocení, jistota práce a pravidelného příjmu, slušné zacházení zaměstnavatele, možnost sebevzdělávání. Naopak mezi záporné (demotivující) faktory patří žádné, nepochopení ze strany vedení, při sporu s rodinou místo prohrávajícího, nespokojenost pacientů, umírání pacientů, rozhovor s rodinou. Předposlední, pátá kategorie, popisuje vliv profese na osobní život. Na základě získaných odpovědí byla kategorie rozdělena na kladné a záporné vlivy. Mezi kladné vlivy patří změna životních hodnot, nezabývání se malichernostmi, radost ze života, uvědomění si důležitosti zdraví, možnost setkání s různými lidmi, získání přátel a známých, změna myšlení, změna přístupu k vlastní smrtelnosti, změna přístupu v chování k nemocným a starým lidem. Naopak mezi záporné vlivy patří podvědomý strach z potíží, větší únava, neshody s partnerem, nutnost přizpůsobení osobního života profesnímu, neschopnost oddělit osobní život od pracovního, nemožnost mluvit doma o zaměstnání. Poslední kategorie charakterové vlastnosti (osobnostní rysy) sester pracujících v hospici byla definována následujícími podkategoriemi: touha pečovat, pohoda v povaze, empatie, lidskost, touha upřímně pomáhat, klidná povaha, ochota, obětavost a kladný vztah k lidem.

### **3.2 Výběr výzkumného souboru**

Výběr výzkumného souboru byl záměrný, kritériem bylo, aby oslovené sestry pracovaly v zařízení hospicového typu. Pro výběr výzkumného souboru byla použita metoda tzv. sněhové koule, která spočívá v kombinaci účelového výběru a náhodného



prostého výběru (Miovský, 2006). Nejprve byla s žádostí o poskytnutí rozhovoru oslovena vrchní sestra v Hospici sv. Lazara (příloha 4), která doporučila další sestry.

### 3.3 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo pět sester pracujících v Hospici sv. Lazara v Plzni.

*Tabulka 1 – Identifikační údaje*

respondenti	Sestra 1	Sestra 2	Sestra 3	Sestra 4	Sestra 5
<b>věk</b>	53	47	55	47	60
<b>nejvyšší dosažené vzdělání</b>	SŠ zdravotní	Středoškolské s maturitou	Střední odborné	Pomaturitní specializační	Zdravotnická nástavba po gymnáziu
<b>délka praxe ve zdravotnictví</b>	33 let	15-17 let	38 let	28 let	42 let
<b>délka praxe v hospici</b>	10 let	14 let	15 let	13 let	12 let

Zdroj: vlastní výzkum

Celkem se výzkumu zúčastnilo 5 respondentek ve věku od 47 do 60 let. Průměrný věk respondentek je 52 let. Tři respondentky mají středoškolské vzdělání s maturitou, jedna respondentka má navíc pomaturitní specializační vzdělání a další má zdravotnickou nástavbu po gymnáziu. Délka praxe respondentek ve zdravotnictví je od 15 do 42 let. Průměrná délka praxe respondentek činí 31 let. Délka praxe respondentek v hospici je od 10 do 15 let. Průměrná délka praxe respondentek v hospici činí 13 let.

### 3.4 Charakteristika výzkumného prostředí

Hospic sv. Lazara v Plzni je nestátní neziskové zdravotnické zařízení, provozované občanským sdružením Hospic sv. Lazara v Plzni. Posláním je poskytovat komplexní a na kvalitu života zaměřenou péči nemocným, kteří trpí nevléčitelnou, ve většině

případů onkologickou chorobou v jejím pokročilém nebo terminálním stadiu v Plzeňském kraji. Hospic neslibuje uzdravení, zároveň nebere naději a slibuje odbornou péči. Hospic není konkurentem zdravotnických zařízení, ale jistou alternativou. Financování je vícezdrojové, jedním ze zdrojů je i platba pacienta. Zaměstnanecký tým Hospice sv. Lazara tvoří 46 lidí a skládá se z lékařů, sester, ošetřovatelů, sanitářů, pracovníků v soc. službách, fyzioterapeutky, psychoterapeutky, sociálních pracovníků a zaměstnanců zajišťujících chod organizace, jako jsou recepční, údržbáři, ekonomka, personalistka a kuchařka. Nedílnou součástí týmu jsou také dobrovolníci.

## 4 VÝSLEDKY

### 4.1 Kategorizace výsledků rozhovorů

Metodou otevřeného kódování rozhovorů vznikly následující kategorie:

- důvod volby práce ve zdravotnictví
- výběr místa výkonu povolání v hospici
- rozdíl mezi předchozím a současným zaměstnáním
- motivační faktory sester pracujících v hospici
- vliv profese na osobní život
- osobnostní rysy sester pracujících v hospici

Všechny uvedené kategorie byly vytvořeny na základě výpovědí dotazovaných sester, které jsou plně nebo částečně ocitovány. Citace neobsahují veškeré výroky, které sestry pronesly, ale obsahují popisné informace vztahující se k jednotlivým kategoriím.

#### 4.1.1 Kategorie důvod volby práce ve zdravotnictví

Kategorie popisuje důvody, které vedly sestry pro volbu povolání ve zdravotnictví. Vznikla propojením následujících podkategorií (kódů): image (vzhled) sestry, vzor v rodině, zájem o zdravotní problematiku, dostupnost školy v místě bydliště, poslání pomáhat lidem, sen z dětství, vlastní zkušenost s hospitalizací v nemocnici. Důvody pro výběr povolání ve zdravotnictví se u každé oslovené respondentky lišily. Některé chtěly ve zdravotnictví pracovat odmalička, jiné daly na radu svých rodičů. S1 uvedla, že pro ni byl nejdůležitější vzhled sestry, dále pak vzor v rodině a všeobecný zájem o zdravotní problematiku: „*Čepec, zástěrka a šaty byly moc hezký a hodně holek tenkrát motivovaly. Další důvod byl, že moje teta byla zdravotní sestra a hodně jsme jí navštěvovaly s mojí sestrou a chodily za ní do práce. A dále zájem o zdravotní problematiku.*“ U S2 byla důvodem volby zaměstnání ve zdravotnictví dostupnost školy v místě bydliště, která byla důležitá především pro její rodiče: „*V patnácti člověk neví nic o životě, o tom, co chce dělat. Na zdrávku mě nasměrovaly rodiče. Škola byla*

dostupná v Plzni. Z mé strany volba zdravotní profese nebyla až tak aktivní.“ Pro S3 je zdravotnická profese posláním: „... myslím si, že je to poslání, pomáhat lidem.“ S4 byla o budoucím povolání rozhodnuta již od dětství a to na základě vlastní zkušenosti s hospitalizací v nemocnici: „To jsem chtěla od malička. V pěti letech jsem měla infarkt ledviny, takže jsem strávila dost času po nemocnicích a od té doby jsem si myslela, že bych to mohla dělat.“ S5 chtěla ve zdravotnictví také pracovat již od útlého věku: „Protože jsem k tomu inklinovala od malička. I medvěd přestal po injekci bručet.“

#### **4.1.2 Kategorie výběr místa výkonu povolání v hospici**

Kategorie výběr místa výkonu povolání v hospici popisuje důvody, které vedly sestry k tomu, aby si za místo výkonu svého povolání vybraly právě hospic. Respondentky uvedly mnoho rozličných důvodů, na jejichž základě vznikly následující podkategorie (kódy): nejistota v předchozím zaměstnání, nabídka práce v hospici, zhlédnutí záznamu z otevření hospice v Plzni, souhra náhod, zrušení oddělení v předchozím zaměstnání, styl přístupu k lidem (pacientům), blízkost hospice v místě bydliště, zajímavá pracovní náplň. S1 uvedla, že v jejím předchozím zaměstnání byly problémy s pravidelností výplat a shodou okolností jí vrchní sestra v hospici nabídla pracovní místo: „Rokycanská nemocnice se stala akciovou společností, přestali nás pravidelně vyplácet, tak jsme se docela rozprchli. Hodně holek odešlo a já jsem chodila po Plzni a sháněla práci. Vrchní sestra v hospici mi tenkrát řekla, že místo má, že zrovna sestřičky shání.“ S2 byla na mateřské dovolené a viděla v televizi záznam z otevření plzeňského hospice: „Byla jsem na mateřské a viděla jsem záznam z otevření hospice v Plzni. To byl první podnět. Také jsem sháněla práci ve zdravotnictví a napadl mě hospic, na základě shlédnuté reportáže o otevření hospice. Šla jsem se zeptat, byla jsem se tu podívat a celkově mě to tu zaujalo.“ Pro S3 bylo rozhodnutí pracovat v hospici souhrou náhod, kdy hrozilo, že se v předchozím zaměstnání zruší oddělení a bude se propouštět: „Tenkrát to byla taková náhoda, asi to tak mělo být. Ve Vojenské nemocnici se rozhodovalo, že se zruší jedno oddělení a že se bude propouštět a potkala jsem kamarádku, která mi řekla, že se otvírá hospic a že byla na konkurzu a potřebují ještě dvě sestry.“ S3 se rozhodla, že se zkusí o práci ucházet, zavolala řediteli a za dva

dny šla na konkurz: „*Tak jsem šla na konkurz a pak nás poslali do Červeného Kostelce, abychom se jeli podívat, do čeho jdeme. Tam se mi moc líbilo, bylo to tam příjemný, ne jako v nemocnici. Máte na lidi čas a můžete s nimi jednat.*“ Jednoznačný důvod pro výběr povolání v hospici měla S4, která o něm zpočátku nechtěla mluvit: „*To já nemůžu nikde říkat – protože bydlím tady přes dvůr.*“ V hospici pracovala nejprve jen brigádně, poté nastoupila na trvalý pracovní poměr a práce ji zaujala: „*Pak jsem zjistila, že paliativní péče a práce v hospici je věc, která mě dokáže zaujmout, tak proto jsem tu zůstala.*“ Pro S5 byl důvodem přístup k lidem: „*Protože do nemocnice se mi nechtělo a chtěla jsem být tam, kde lidi jsou lidi až do konce. A k těm lidem se tak i chováme.*“

#### **4.1.3 Kategorie rozdíl mezi předchozím a současným zaměstnáním**

Kategorie rozdíl mezi předchozím a současným zaměstnáním je zařazena záměrně, protože si myslím, že byly získány velice zajímavé odpovědi respondentek, které nám mohou pomoci s pochopením, proč se rozhodly sestry změnit místo výkonu svého povolání. Některé odpověděly, že rozdíl je nesrovnatelný. Práce v hospici je podle nich natolik specifická, že není možné srovnání s prací v nemocnici. Na základě odpovědí vznikly následující podkategorie (kódy): pohoda na pracovišti a méně spěchu, negativní přístup mladých pacientů, používání nových metod, nelze srovnat, více času na pacienty, komplexnost práce, styl práce. Podle S1 je v hospici větší pohoda a méně spěchu: „*Tady je pohoda, tak výrazně se tu nespěchá, nemělo by se spěchat, lidi by z Vás měli cítit, že nejste vystresovaná nějakým tlakem. Takže tady by měla být pohoda a měla by být cítit hlavně z Vás.*“ Zároveň však S1 podotýká, že v hospici stále cítí negativní přístup mladých pacientů: „*Ale zase z druhé strany, stále nás berou negativně mladí pacienti. Do hospice chodí zemřít nejenom starý lidi, ale i mladý lidi.*“ S1 připomíná, že umírání starého člověka je fyziologický a přirozený proces, kdežto umírání mladého člověka je snášeno těžce jak ze strany pacienta, tak ze strany sester. Podle S2 je rozdíl v nových metodách, které se používají ve zdravotnictví. Nespátřuje v tom však hlavní důvod: „*Rozdíl je v tom, že se používají nové metody. V tomto bych však hlavní rozdíl neviděla, nedá se srovnávat, co bylo před 25 lety a co je teď.*“ S2 nakonec připustila, že rozdíl je nesrovnatelný: „*Z hlediska ošetřování je rozdíl mezi*

*předchozím a současným zaměstnáním obrovský, to se nedá srovnávat. Dneska jsme ve zdravotnictví už někde jinde.*“ Více času na pacienty hospice vidí jako hlavní rozdíl S3: *„Tady je na lidi víc času, můžete se jim víc věnovat.“* S4 je přesvědčena, že srovnání není možné: *„Diametrální rozdíl. Na chirurgii, obzvláště tam, kde jsem pracovala já, na transplantaci ledvin, to je vysoce specializovaná práce, tam je sestra opravdu paní sestra, protože musí umět, musí znát a musí se vzdělávat. To je opravdu neporovnatelné s prací v hospici.“* Dále S4 uvádí, že práce v hospici není specializovaná pouze na jeden obor a styl práce je klidnější: *„Tady se vlastně setkávají úplně všechny obory, práce tu není specializovaná, vidíte tady všechno. Od chirurgie, přes internu, neurologii, oční, ORL až po psychiatrii. To je jedna věc. Druhá věc je styl práce. Tady je vše klidnější, psychicky náročnější, člověk musí mít srovnáno v hlavě, proč tu pracuje. Kdežto na chirurgii se práce dá dělat, aniž byste musela vědět, proč ji děláte.“* Podle S5 nelze předchozí a současné zaměstnání srovnávat: *„To je nebetyčný rozdíl, to ani nejde srovnávat. Ty oblasti práce jsou tak specifické, že to nejde srovnávat.“*

#### **4.1.4 Kategorie motivační faktory sester pracujících v hospici**

Kategorie motivační faktory sester pracujících v hospici byla na základě získaných odpovědí respondentek rozdělena na faktory kladné (motivující) a záporné (demotivující). Můžeme tedy definovat následující podkategorie (kódy), které sestry uvedly jako kladné (motivující) faktory: dobrý kolektiv, náplň práce zdravotníka, dobré vztahy s pacienty, spokojenost a vděk pacientů, chování (přístup) k lidem, důvěra ze strany zaměstnavatele, mimohospicové akce (teambuilding), finanční ohodnocení, jistota práce a pravidelného příjmu, slušné zacházení zaměstnavatele, možnost sebevzdělávání. Na základě odpovědí týkajících se záporných (demotivujících) faktorů vznikly podkategorie (kódy): žádné, nepochopení ze strany vedení, při sporu s rodinou místo prohrávajícího, nespokojenost pacientů, umírání pacientů, rozhovor s rodinou. S1 uvedla, že pro ni je největším motivačním faktorem dobrý kolektiv: *„Nejdůležitější je pro mě kolektiv. Tahle práce by se nedala dělat v kolektivu, kde lidi dělají různé podrazy, kde se pomlouvají, musí ten kolektiv táhnout za jeden provaz a to tady je.“*

*Takže to je hlavní motiv. Leccos vás v práci štve, ale když chodíte do dobré party, tak leccos přehodnotíte.*“ Jako další motiv S1 řekla, že je to práce zdravotníka všeobecně. Je přesvědčena, že ji pacienti berou a respektují. Starost o pacienty chápe jako svoji profesi, nechce však mluvit o poslání: *„Já chodím ráda do práce kvůli lidem, starám se o lidi, což je moje profese a musím se starat o to, aby se to tady dělalo dobře. Za to jsem já zodpovědná. Ale jako aby mě motivovalo nějaký takový jako poslání, já o tom mluvit nemůžu.*“ S1 je kladně motivována i ze strany zaměstnavatele, a to jeho důvěrou a pořádáním různých mimohospicových akcí: *„Zaměstnavatel mě motivuje důvěrou, protože on si mě vybral, nemám vzdělání a myslím si, že spolu dobře spolupracujeme a dá na můj názor. Druhá věc také je, že trávíme dost času společně i mimo.*“ Naopak demotivující faktory necítí S1 žádné. S2 uvedla jako motivující faktory jak dobré vztahy s kolegy, tak s pacienty: *„V první řadě jsou to dobré vztahy s pacienty a s kolegy. Když máte dobré vztahy s kolegy, tak se hezky pracuje, než kdybyste šla do práce a věděla, že vás někdo napadá. Takže mě motivují dobré vztahy s kolegy, s kolektivem a pokud možno s pacienty.*“ Dále upozorňuje S2 i na další motivující faktor, kterým je spokojenost pacientů: *„Když vidíte, že jste pacientovi udělala radost nebo splnila jeho přání, aniž by ho kolikrát vyřknul, a vidíte, že je spokojený, tak to je to nejdůležitější, ten pacient.*“ V neposlední řadě je S2 motivována i od zaměstnavatele, a to především na základě společných akcí mimo hospic: *„Máme různé mimohospicové akce, třeba jezdíme na hory nebo máme pravidelné vánoční večírky, takže se setkáváme i mimo práci, v soukromí, a je to takové uvolněnější.*“ O demotivujících faktorech v zaměstnání nechtěla S2 mluvit. Pro S3 je nejvíce motivující spokojenost a vděk pacientů: *„Když vidíte spokojené lidi, když jim můžete posloužit, něco namalovat, pustit televizi, pustit hudbu, co mají rádi, popovídat si s rodinou. Když vidíte, že jsou rádi, že tam s nimi může chvíli někdo být, to mě motivuje. A ne v rychlosti, ve spěchu, jim tam něco strčit a odběhnout. Ten vděk je velmi motivační.*“ Dalším motivačním faktorem jsou pro S3 akce mimo hospic, kam jezdí zaměstnanecký personál: *„Jezdíme na různé výlety, víkendové pobyty, jezdíme do Krkonoš, dvakrát do roka se pořádá seminář prevence syndromu vyhoření.*“ S3 nevnímá ve své práci žádné demotivující prvky. S4 také uvádí jako hlavní motivační

faktor spokojenost pacientů a dále pak dobrý kolektiv: „*Spokojenost lidí. Zní to jako klišé, ale je to pravda. Když člověk, který je úplně ubohý, kterému je špatně, vám dokáže poděkovat, tak to člověka nabíjí. A pak kolektiv.*“ Z pohledu zaměstnavatele je pro S4 motivačním faktorem finanční ohodnocení: „*Samozřejmě je ta motivace i finanční, nebudeme si nalhávat, že ne. Nebudu říkat, že se tady máme úplně špatně. Pokud dostaneme nějakou odměnu na konci roku, tak je to také dostatečná motivace.*“ Motivací jsou podle S4 i různé akce mimo hospic, které dříve platil zaměstnavatel, ale v posledních dvou letech si je musí hradit sami zaměstnanci. Ve své práci cítí S4 mnoho demotivujících prvků, především je to občasné nepochopení ze strany vedení, kdy v případě sporu personálu s rodinou je personál ten prohrávající: „*Občas je to nepochopení si s technickým zázemím. Tím nemyslím přístroje, ale vedení. Není to tak, že by bylo vše špatně, ale někdy práce ze strany managementu je vnímaná bohužel trochu jinak. Demotivující je hlavně to, když nastane nějaký spor mezi personálem a rodinou, tak my jsme ti, kdo mají smůlu.*“ Jako další demotivující prvek cítí S4 nespokojenost pacientů: „*A pak je samozřejmě demotivující to, když jsou nespokojeni pacienti. A to už je jedno, jestli je to z mojí strany nebo ze strany někoho jiného. To je věc, která mě osobně nemotivuje k lepšímu výkonu, spíše se stáhnu.*“ S5 vidí největší motivační faktor v přístupu (chování) k lidem a v kolektivu: „*Myslím si, že je to kolektiv, který se tady za ta léta vytvořil, což je strašně důležitý a chování k lidem. Jednoznačně chování k lidem.*“ S5 je motivována ze strany zaměstnavatele tím, že má jistotu práce a pravidelného příjmu. Zároveň poukazuje na slušné zacházení ze strany zaměstnavatele a možnost sebevzdělávání: „*Myslím si, že už jen to, že je práce a pravidelný příjem, je v dnešní době motivace. A slušné zacházení, to taky všude nemáte. Pak ještě možnost sebevzdělávání. Sestry určitě motivují různé stáže, semináře, já už tedy budu za chvíli odcházet do důchodu, ale celá léta jsem se vzdělávala.*“ Demotivující prvky spočívají podle S5 hlavně v tom, že si nikdy nezvykne na to, že pacienti umírají. Zároveň je podle ní také nesmírně těžké mluvit s rodinou, která se s odchodem blízkého člověka nesmířila: „*Nikdy si nezvyknete na to, že ti lidé odcházejí. A co je někdy hrozně těžký, je mluvit s rodinou. To je jedna z nejtěžších věcí, protože*



*pacient je mnohdy už smířený se smrtí, ale rodina ne. To je to nejtěžší, co se může pacientovi i nám stát.“*

#### **4.1.5 Kategorie vliv profese na osobní život**

V kategorii vliv profese na osobní život bylo zjišťováno, jak se změnil život sester od doby, kdy začaly pracovat v hospici. Ze získaných odpovědí vyplynulo, že je nutno kategorii rozdělit na vlivy kladné a záporné. Mezi kladné vlivy patří následující podkategorie (kódy): změna životních hodnot, nezabývání se malichernostmi, radost ze života, uvědomění si důležitosti zdraví, možnost setkání s různými lidmi, získání přátel a známých, změna myšlení, změna přístupu k vlastní smrtelnosti, změna přístupu v chování k nemocným a starým lidem. Naopak mezi záporné vlivy patří podkategorie (kódy): podvědomý strach z potíží, větší únava, neshody s partnerem, nutnost přizpůsobení osobního života profesnímu, neschopnost oddělit osobní život od pracovního, nemožnost mluvit doma o zaměstnání. S1 přiznala, že u ní došlo k obrovským změnám od doby, kdy začala pracovat v hospici. Změnily se životní hodnoty a priority, nezabývá se maličkostmi, které dříve řešila jako problém: *„Hodně práce v hospici mění hodnoty. Takže ze mě se stal člověk, který nefňuká, že nemá peníze, který nefňuká kvůli blbinám. Takže hodnotový žebříček totálně přestavěný a myslím si, že dobře přestavěný.“* S1 se také více raduje ze života a uvědomila si důležitost svého zdraví: *„My si tady nestěžujeme na blbosti. My prostě máme radost ze života. Samozřejmě jsem ještě chtěla říct, že si začínáte vážit svého zdraví.“* Zároveň S1 přiznává, že má podvědomý strach z potíží. Souvisí to s tím, že kolem sebe vidí různá onemocnění a uvědomuje si, že by to jednou mohlo potkat i ji samotnou: *„Když vidím lidi tady, jak dopadli a proč, tak samozřejmě, že je to taky strach, podvědomý strach z potíží. Stane se z vás malinko takový jakoby hypochondr, tím že ne, že byste litala k doktoru, ale myslíte na to.“* S1 zažívá v osobním životě drobné neshody s partnerem kvůli odlišnému pohledu na problémy. Zatímco S1 se nezabývá malichernostmi a leccos bere na lehkou váhu, její partner řeší každou maličkost: *„Leccos berete na lehkou váhu a on to tak nemá, protože on je ten člověk, který řeší každou kravinu. Takže tam se to tluče.“* Práce v hospici obohacuje S2 především díky možnosti setkat se s různými

lidmi, kteří mají odlišné pohledy na svět a ona pak má možnost vzít si ponaučení do svého života: „Člověk se pořád učí, poznává různé povahy, různé charaktery, někdy si ze setkání s různorodými lidmi něco vezmu pro sebe a poučím tak samu sebe. Asi to mě nejvíc obohacuje – možnost setkat se s velkým množstvím lidí. Pacienti nám ukazují své pohledy na život, který prožili, a to mě obohacuje, můžu se z jejich vyprávění poučit a neudělat pak v něčem chybu.“ Jako záporný vliv profese uvádí S2 větší únavu, kterou na sobě pozoruje: „Jsem hodně unavená, to je bohužel hodně znát.“ S2 přiznává, že práce v hospici má na její život velký vliv. Při plánování různých rodinných akcí musí brát ohled především na svoje směny v zaměstnání: „Různé plánování, např. rodinné akce, se musí hodně přizpůsobovat mému zaměstnání, abych měla volno.“ S3 uvádí jako hlavní změnu fakt, že se netrápí maličkostmi: „Nedělám si hlavu z maličností, z malicherností. Když vidíte, jak jsou tady na tom lidé daleko hůř než vy, nezabýváte se pak hloupostmi. Tady vidíte to utrpení. Některé věci už pak člověk tak neprožívá.“ S3 mluví také o neschopnosti oddělit osobní život od pracovního. Ač byla otázka o vlivu profese na její život mířena přímo na ni, zajímavé je, že odpovídala v množném čísle: „Je pravda, že někdy nedovedeme úplně oddělit osobní život od pracovního, někdy nedovedeme ty dveře zavřít a zapomenout. Ať chcete nebo nechcete, tak s některými klienty, když jsou tady delší dobu, si vytvoříte vztah a pak to jde trochu s vámi.“ Velká změna v osobním životě nastala i u S4, ať už se jedná o změnu myšlení, změnu přístupu k vlastní smrtelnosti či změnu přístupu v chování k lidem: „Moje práce se určitě do mého osobního života promítla. Došlo ke změně myšlení, změně přístupu k vlastní smrtelnosti, změně přístupu k tomu, jak se chovat k lidem, kteří jsou staří nebo hodně nemocní. Důležitý je ten člověk, který leží v posteli a jeho názor. Druhá věc je to, že si člověk uvědomí, že je sám smrtelný.“ S4 mrzí jen to, že doma nemůže o svém zaměstnání mluvit: „O chirurgii jsem doma mohla mluvit, ale o hospici doma mluvit nemůžu. Můj muž je totiž ten nesmrtelný. Ne nemocný a ne smrtelný. To je také trochu mínus, že o tom člověk nemůže mluvit. Já o tom tedy mluvím kdekoliv jinde, ale doma si nejde postesknout.“ Pro S5 je hlavním přínosem práce v hospici získání nových přátel a nezabývání se malichernostmi: „Získala jsem spoustu

*kamarádů, známých. Přestala jsem se zabývat malichernými věcmi, ze kterých jsem si dřív dělala hlavu, dnes to pro mě není důležité. Důležité je naplno prožít každý den.“*

#### **4.1.6 Kategorie charakterové vlastnosti (osobnostní rysy) sester pracujících v hospici**

Kategorie charakterové vlastnosti sester pracujících v hospici vznikla na základě otázky, zda existuje nějaká vlastnost, která je či měla by být společná všem sestřím pracujícím v hospici. Ze získaných odpovědí byly definovány následující podkategorie (kódy): touha pečovat, pohoda v povaze, empatie, lidskost, touha upřímně pomáhat, klidná povaha, ochota, obětavost, kladný vztah k lidem. Podle S1 by měla být hlavním osobnostním rysem touha pečovat a pohoda v povaze: *„Samozřejmě je důležité chtít pečovat, chtít to dělat, dělat to ráda, to by měla být společná vlastnost všech zdravotníků. A potom by měla být taková pohoda v povaze trošku.“* S2 je přesvědčena, že nejdůležitější je empatie, tedy schopnost vžít se do pocitů druhého člověka. Polemizuje o tom, že nemocní lidé ležící v posteli mají velmi mnoho času na přemýšlení a sestry by se měly snažit pacienty chápat: *„Empatie. Musíte se umět vžít do pocitu člověka, co potřebuje, musíte mu splnit jeho přání.“* Dalšími důležitými faktory jsou podle S2 lidskost a upřímná touha pomoci: *„Hodně důležitá je lidskost. Pacienti spíše oceňují, jaká je sestra po lidské stránce, než to, jak je šikovná, jestli zná nějaké léky, jestli má vystudovaný nějaký management. Tohle si pacienti obvykle ani neuvědomují, ale důležitá je ta lidskost, taková ta touha upřímně pomoci.“* S3 říká, že nejdůležitější vlastností sester by měla být klidná povaha, ochota a obětavost: *„Sestry by měly být klidné, rozmyslet si, než něco řeknou. Dále by měly být ochotné – lidé v hospici jsou hrozně křehký, člověk k nim musí přistupovat velmi opatrně. Také by měly být obětavé.“* Podle S4 by vlastností sester pracujících v hospici měla být především empatie: *„Určitě je to empatie, schopnost vcítit se do lidí a představit si, jak by bylo nám, na posteli.“* S5 svoji odpověď rozšířila na všechny pracovníky ve zdravotnictví a myslí si, že by měly mít hlavně kladný vztah k lidem: *„Všechny holky, které jdou do zdravotnictví, by měly mít rády lidi. Důležitá je všeobecně láska k člověku, vzít ho takového, jaký je. Proto si myslím, že to chce mít toho člověka rád. A hlavně být tu pro něj celý a nechvátat na něj, mít na něj čas, aby neměl pocit, že je na obtíž.“*

## **4.2 Seznam podkategorií (kódů)**

### **Důvod volby práce ve zdravotnictví**

Image (vzhled) sestry: S1/5-7

Vzor v rodině: S1/6

Zájem o zdravotní problematiku: S1/7

Dostupnost školy v místě bydliště: S2/7

Poslání pomáhat lidem: S3/7

Sen z dětství: S4/5, S5/6

Vlastní zkušenost s hospitalizací v nemocnici: S4/5-6

### **Výběr místa výkonu povolání v hospici**

Nejistota v předchozím zaměstnání: S1/10-11

Nabídka práce v hospici: S1/13

Zhlédnutí záznamu z otevření hospice v Plzni: S2/15-17

Souhra náhod: S3/9

Zrušení oddělení v předchozím zaměstnání: S3/9-10

Styl přístupu k lidem (pacientům): S3/14-16, S5/8-9

Blízkost hospice v místě bydliště: S4/8-9

Zajímavá pracovní náplň: S4/11

### **Rozdíl mezi předchozím a současným zaměstnáním**

Pohoda na pracovišti a méně spěchu: S1/25-28

Negativní přístup mladých pacientů: S1/29-31

Používání nových metod: S2/22

Nelze srovnat: S2/29-30, S4/13-15, S5/10-11

Více času na pacienty: S3/19-20

Komplexnost práce: S4/23-24

Styl práce: S4/25-27

## **Motivační faktory sester pracujících v hospici**

### **Kladné (motivující) faktory**

Dobry kolektiv: S1/61-62, S2/42-44, S4/38, S5/19

Náplň práce zdravotníka: S1/65-67

Dobré vztahy s pacienty: S2/42,44

Spokojenost a vděk pacientů: S2/45-46, S3/23-26, S4/37-38

Chování (přístup) k lidem: S5/19-20

Důvěra ze strany zaměstnavatele: S1/163-164

Mimohospicové akce: S1/164-165, S2/79-80, S3/47-48, S4/67-72

Finanční ohodnocení: S4/67-69

Jistota práce a pravidelného příjmu: S5/39-40

Slušné zacházení zaměstnavatele: S5/40-41

Možnost sebevzdělávání: S5/41-42

### **Záporné (demotivující) faktory**

Žádné: S1/95, S2/55, S3/34

Neporozumění ze strany vedení: S4/41-43

Při sporu s rodinou prohrávající pozice: S4/43-44

Nespokojenost pacientů: S4/47-49

Umírání pacientů: S5/25

Rozhovor s rodinou: S5/29-31

## **Vliv profese na osobní život**

### **Kladný vliv**

Změna životních hodnot: S1/70-71, 76-77

Nezabývání se malichernostmi: S1/73-74, S3-31-33, S5/23-24

Radost ze života: S1/74

Uvědomění si důležitosti zdraví: S1/79-80, 86-88

Možnost setkání s různými lidmi: S2/47-51

Získání přátel a známých: S5/21

Změna myšlení: S4/50

Změna přístupu k vlastní smrtelnosti: S4/50-51, 55

Změna přístupu v chování k nemocným a starým lidem: S4/51-52, 54-55

### **Záporný vliv**

Podvědomý strach z potíží: S1/81-84

Větší únava: S2/52-54, S3/35

Neshody s partnerem: S1/98-101, 106-107

Nutnost přizpůsobení osobního života profesnímu: S2/56-59

Neschopnost oddělit osobní život od pracovního: S3/36-39

Nemožnost mluvit doma o zaměstnání: S4/57-59

### **Charakterové vlastnosti (osobnostní rysy) sester pracujících v hospici**

Touha pečovat: S1/180

Pohoda v povaze: S1/181

Empatie: S2/91, S4/82

Lidskost: S2/99-102

Touha upřímně pomáhat: S2/102

Klidná povaha: S3/53

Ochota: S3/53

Obětavost: S3/55

Kladný vztah k lidem: S5/50, 52-53, 60-63

## 5 DISKUZE

Cílem práce bylo zjistit důvody, které vedly sestry pro výběr místa povolání v hospici. Zjišťovali jsme hlavní motivační faktory sester pracujících v hospici a hledali jsme společné osobnostní rysy jednotlivých sester, které v hospici pracují. Při hloubkovém rozhovoru měly oslovené sestry možnost vyjádřit svůj názor a postoj k zaměstnání v hospici a předat nám své vlastní zkušenosti získané dlouholetou praxí v zařízení hospicového typu. Ke zjištění informací byl zvolen kvalitativní výzkum za pomoci metody hloubkových polostrukturovaných rozhovorů. Bylo osloveno celkem pět sester pracujících v Hospici sv. Lazara v Plzni.

V rámci diskuze dojde k hodnocení a porovnávání získaných poznatků z výzkumného šetření. Prvním cílem bylo zmapovat důvody, které vedly sestry pro výběr místa povolání v hospici. Nejprve jsme zjišťovali, jaké důvody vedly sestry obecně k volbě zaměstnání v oblasti zdravotnictví, dále se zjišťovaly důvody volby práce v hospici a nakonec jsme analyzovali rozdíly mezi předchozím a současným zaměstnáním. Vzhledem ke zjištěným skutečnostem si tato oblast zaslouží hlubšího zamyšlení. V první řadě bych se chtěla věnovat rozhodnutí sester o změně svého zaměstnání. Balková a Zibrinová (2012) uvádějí jako nejzávažnější faktor při úvahách o změně zaměstnavatele plat. Podle mého zjištění výše platu u oslovených sester nehraje významnou roli. Při změně zaměstnání hrála roli nejistota v předchozím zaměstnání, nabídka práce v hospici, souhra náhod, styl přístupu k lidem i blízkost hospice v místě bydliště. Mimo rozhovor se mi sestry svěřily, že v porovnání s předchozím zaměstnáním mají plat cca o 5000 Kč nižší. Avšak ani jedna z nich si na finanční ohodnocení nestěžovala, naopak všechny působily velmi spokojeně a vyrovnaně. Dozvěděla jsem se, že s platem jsou spokojeny, ačkoliv tato otázka ani nebyla vyřčena.

Mezi předchozím a současným zaměstnáním vidí sestry markantní rozdíl. Většina z nich se shodla na tom, že rozdíl ani nelze slovy popsat, jelikož se jedná o neporovnatelné oblasti. Práce v nemocnici i práce v hospici s sebou přináší určitá specifika. Z výzkumu vyplynulo, že v hospici je větší pohoda na pracovišti a méně spěchu, sestry mají na pacienty více času, můžou se jim tedy věnovat osobněji.

V souvislosti s výše zjištěnými informacemi bych chtěla upozornit na to, že průměrný věk respondentek je 52 let, celková průměrná délka praxe ve zdravotnictví 31 let a průměrná délka praxe v hospici 13 let. Oslovené sestry jsou tedy velmi zkušené a zralé osobnosti, které vědí, co dělají a proč to dělají. Kněžková a Trešlová (2011) provedly v roce 2009 výzkum, který byl zaměřen na sestry pracující v českých hospicích. Výzkumný soubor tvořilo 107 sester pracujících ve dvanácti českých lůžkových hospicích. Ve výzkumu došly k zajímavému zjištění o výši věku sester pracujících v českých hospicích. Nejmenší počet sester je totiž podle nich ve věku 46 a více let (31%).

V Hospici sv. Lazara v Plzni pracuje mnoho sester, které jsou starší než 46 let. Nedokáži posoudit, zda se jedná o výjimečný případ, ale myslím si, že věk hraje v této sféře zdravotnictví důležitou roli. Samozřejmě je možné, že i mladá sestra může být natolik vyzrálá osobnost, že práci v hospici po psychické stránce zvládne. Když jsem se však procházela po chodbách hospice, nasávala atmosféru zařízení a realizovala rozhovory se sestrami, došlo mi, že práce v hospici musí být nesmírně náročná. Od vrchní sestry jsem zjistila, že pracovní kolektiv v Hospici sv. Lazara se tvořil mnoho let, aby došel do své finální podoby a byl tak dobrý, jako je. Mnoho mladých sester práci nezvládlo, především po stránce psychiky a jak sama vrchní sestra přiznala, roli sehrál i nízký věk. Zajímalo mne tedy, zda by se oslovené sestry znovu rozhodly pro práci v hospici. Odpověď zněla, že ano, ale až v pozdějším věku, rozhodně ne jako mladé. Myslím si, že práce v paliativní péči je jednou z nejtěžších, jelikož se člověk každý den setkává s umírajícími nebo vážně nemocnými pacienty. Výsledky práce sester na takovém oddělení jistě nejsou tak viditelné jako je tomu v nemocnici. Proto se domnívám nejen já, ale i z výzkumu vyplynulo, že v hospici může pracovat jen vyspělá osobnost, která je smířena se svou vlastní smrtelností, chce pomáhat lidem až do úplného konce a touží po takovém pracovním prostředí, které jí nabídne klid a možnost věnovat se každému pacientovi na sto procent.

Kněžková a Trešlová (2012) ve svém výzkumu zjišťovaly názor respondentů na důvod pro práci v hospici u ostatních sester. Nejčastějšími důvody bylo láskyplné prostředí, touha pečovat o druhé, myšlenka hospicové péče a životní zkušenost. V mém



výzkumu dvě sestry odpověděly, že si práci v hospici vybraly kvůli stylu přístupu k lidem (pacientům) a ve zdravotnictví se rozhodly pracovat proto, že cítí jisté poslání pomáhat lidem, mají zájem o zdravotní problematiku, vzor v rodině ve zdravotní sféře a vlastní zkušenost s hospitalizací. Proto se s výsledky výše jmenovaných ztotožňují.

Druhým cílem bylo zjistit hlavní motivační faktory sester pracujících v hospici. Z výzkumu vyplynulo, že je nutno kategorii rozdělit na faktory motivující a demotivující. Čtyři sestry se shodly na tom, že hlavním motivujícím faktorem je pro ně dobrý kolektiv a mimohospicové akce, tři sestry uvedly jako motivující faktor spokojenost a vděk pacientů. Mezi další motivující faktory, které sestry uvedly, patří všeobecně náplň práce zdravotníka, dobré vztahy s pacienty, chování (přístup) k lidem, důvěra ze strany zaměstnavatele, finanční ohodnocení, jistota práce a pravidelného příjmu, slušné zacházení ze strany zaměstnavatele a možnost sebevzdělávání. Bártlová (2007) mimo jiné říká, že pracovní vztahy zaujmají jeden z významných činitelů atmosféry na pracovišti a ovlivňují spokojenost v zaměstnání. Také Balková a Zibrinová (2012) ve svých výsledcích výzkumu uvádějí, že pro sestry jsou důležité vztahy na pracovišti a pracovní podmínky. Důležité jsou podle nich i různé rehabilitační a relaxační akce, což vyplynulo i z našeho průzkumu. Sestry se rády setkávají mimo hospic a povídají si o běžných radostech i starostech všedního života.

O demotivujících (záporných) faktorech působících na sestry pracující v hospici se osloveným respondentkám moc nechtělo mluvit. Tři dokonce uvedly, že žádné demotivující faktory necítí. Přesto jsem z jejich odpovědí cítila určitou nejistotu a možná i strach povědět něco více. Dvě sestry řekly, že demotivující faktory cítí, a jsou jimi občasné nepochopení ze strany vedení, v případě sporu personálu s rodinou vždy místo prohrávajícího, nespokojenost pacientů, umírání pacientů a rozhovor s rodinou, která není smířena se smrtí pacienta.

Třetím cílem bylo najít společné osobnostní rysy sester pracujících v hospici. Nejprve bych se ale zaměřila na oblast podle mě velmi důležitou, a tou je vliv profese na osobní život. Práce sestry není jednoduchá, jak po stránce fyzické, tak v hospici (a nejen tam) i po stránce psychické. Zajímalo mě, jak působí zaměstnání na osobní život sester. Ze získaných odpovědí bylo nutno rozdělit kategorii na vliv kladný

a záporný. Tři sestry se shodly na tom, že mezi kladný vliv profese na osobní život považují fakt, že se přestaly zabývat maličkostmi a malichernostmi. Mezi další kladné vlivy patří změna životních hodnot, kdy sestra uvedla, že se jí totálně přestavěl hodnotový žebříček, v dobrém slova smyslu. Ta samá sestra dále uvedla větší radost ze samotného života a uvědomění si důležitosti vlastního zdraví. V prostředí, kde přijde každý den do styku s umíráním a vidí kolem sebe lidi, jak dopadli, se raději věnuje vlastnímu zdraví a snaží se pravidelně docházet na různé prohlídky. Poslední oslovená sestra uvedla, že práce v hospici měla na ni samotnou obrovský vliv. Došlo u ní ke změně myšlení, změně přístupu k vlastní smrtelnosti a změně přístupu v chování ke starým a nemocným lidem. Práce v hospici ovlivnila život každé dotázané sestry a myslím si, že spíše v dobrém slova smyslu.

Samozřejmě sestry pocítují i negativní (záporný) vliv na jejich život. Je jím například podvědomý strach z potíží. Podle sestry, která takto odpověděla, se z člověka stane tak trochu hypochondr a každé píchnutí či náznak bolesti chápe jako signál nějaké nemoci. Dvě sestry se shodly na tom, že na sobě pocítují větší únavu. Což je, podle mého názoru, zcela pochopitelné a spíše by bylo překvapující, kdyby se uvedený faktor mezi ostatními neobjevil. Další sestřička uvedla, že má doma lehké neshody s partnerem, které pramení z jejího nezabývání se maličkostmi. Její partner je člověk, který řeší každou malichernost a ona se už naučila toto neřešit. Proto dochází k neshodám, kdy partner svoji ženu nechápe a říká jí, že oni jsou v hospici úplně jiní. Ano, to jistě jsou, protože kdyby nebyli jiní a lámali by si hlavu s každým sebemenším problémem, moc dlouho by asi ve své pozici nevydrželi. Nutnost přizpůsobování rodinných akcí s ohledem na zaměstnání uvedla jako negativní faktor další sestra. Občas jí vadí, že se veškeré dění u ní doma musí řídit podle toho, jakou má službu v práci. Další sestra cítí, že se jí nedaří úplně oddělit osobní život od pracovního. Nedokáže po skončení pracovní doby zavřít dveře a vše nechat za nimi. Ač ostatní sestry tvrdily, že to dokáží, já si to nemyslím. Možná je to jen můj subjektivní pocit, ale v zařízení hospicového typu podle mě nelze striktně oddělit práci od soukromí. Je možné, že sestry doma o svých pocitech a zážitcích z práce nemluví, ale jistě nad nimi přemýšlí. Člověk není stroj a srdce není kámen, aby někdo opravdu dokázal dokonale přepnout. S tím

souvisí i poslední odpověď, že negativní faktor je nemožnost mluvit doma o zaměstnání. Sestřička uvedla, že její muž je ne nemocný a ne smrtelný, proto o zážitcích z práce doma raději nemluví, aby nedošlo k hádce. Vattaiová (2012) uvádí jednu pravdivou věc – pokud má sestra být pro pacienty povzbudivou oporou, musí být ona sama ve svém životě v pohodě. Kontakt sester s umírajícími pacienty přináší obrovskou psychickou zátěž, se kterou je těžké se vyrovnat. Práce sestry hodně ovlivňuje její osobní život, důležité je proto brát ohledy sama na sebe a snažit se předejít tzv. syndromu vyhoření.

Posledním cílem našeho výzkumu bylo zjistit, jestli existuje nějaká charakterová vlastnost, která by byla společná všem sestřím pracujícím v hospici. Dvě z pěti dotazovaných sester se shodly, že takovou vlastností je empatie, tedy schopnost vcítit se do druhých lidí. Dalšími osobnostními rysy oslovených sester by měla být touha pečovat, pohoda v povaze, lidskost, touha upřímně pomoci, klidná povaha, ochota, obětavost a kladný vztah k lidem. Mellanová, Čechová a Rozsypalová (2014) ve své knize uvádějí, že profese zdravotní sestry je rozebírána v mnoha publikacích a jednoznačná odpověď na otázku, jaká by sestra měla být, neexistuje. Škála požadavků na vlastnosti sestry je tak široká a všeobecná, že ji snad nikdo nemůže obsáhnout. V různých výzkumech se často objevuje konstatování, že úspěšné sestry by měly být sociálně zralé osobnosti, orientované na druhého člověka. Toto tvrzení potvrzují i výsledky našeho výzkumu. Gulášová (2009) říká, že sestra v paliativní péči by se měla snažit co nejdéle udržet samostatnost člověka, zmírnit jeho utrpení, tišit bolest a zprostředkovat člověku co možná nejvyšší kvalitu života. Sestra by měla být starostlivá a poskytnout pomoc a podporu pozůstalým. Jedním slovem řečeno, důležitá je lidskost a touha pomáhat. Zacharová, Hermanová a Šrámková (2007) popisují sestru jako člověka, který by měl v pacientovi budit důvěru, projevit trpělivost, takt a v neposlední řadě musí projevit zájem o problémy, nálady a starosti klienta. Role sestry vyžaduje pochopení, laskavost a porozumění.

## 6 ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo zjistit důvody, které vedly sestry pro výběr místa výkonu povolání v hospici. Dalším cílem bylo zjistit motivační faktory sester pracujících v hospici a dozvědět se více nejen o jejich práci, ale především o nich samotných, a to na základě charakteristiky osobnostních rysů, které by sestry pracující v hospici měly mít. Cíle práce byly splněny. Z provedených rozhovorů vplynuly následující skutečnosti. Pro výběr výkonu povolání v hospici měla každá oslovená sestra svůj osobní důvod. Pro některou to byla nejistota v předchozím zaměstnání, pro jinou jen souhra náhod, další sestře se líbil styl přístupu k lidem v hospici. Můžeme tedy říci, že rozdíly jsou odlišné a každá oslovená sestra si hospic vybrala z jiného důvodu. Motivační faktory sester pracujících v Hospici sv. Lazara byly také různorodé, avšak sestry se shodly, že největším motivačním faktorem je pro ně dobrý kolektiv a zaměstnanecké akce mimo hospic. Ve výzkumu byly zjišťovány také demotivující faktory. Většina sester uvedla, že nejsou žádné, ale z odpovědí jsem cítila, že nějaké jsou, jen o nich nechtějí mluvit. Pouze dvě sestry uvedly, že mezi demotivující faktory patří umírání pacientů, občasné nepochopení ze strany vedení, rozhovor s rodinou a nespokojenost pacientů. Na otázku, jaké jsou charakterové vlastnosti, které by sestry pracující v hospici měly mít, jsem se dozvěděla, že je to empatie, lidskost, touha pečovat, pohoda v povaze, klidná povaha, touha upřímně pomáhat, ochota, obětavost a kladný vztah k lidem. V hospici by měly pracovat sestry, které jsou vyrovnané a smířené se svou vlastní smrtelností.

Tato bakalářská práce je věnována sestřám pracujícím v hospici, jejich zaměstnavatelům, stejně tak i široké laické veřejnosti. Kdyby práce pomohla jen jedné rodině, která stojí před rozhodnutím, zda umístit svého nemocného člena rodiny do hospice, považovala bych to za velký úspěch. Hospic je krásné, přívětivé a klidné místo. Mým přáním je, aby hospicová péče byla dostupná všem zájemcům a hospice nestály na okraji oblasti zdravotnictví. Praktickým výstupem této práce je rámec doporučení, určený vedoucímu managementu hospice, týkající se oblasti motivace svých zaměstnanců uvedený v kapitole 6.1.

## 6.1 Doporučení pro praxi

### **Rámec doporučení v oblasti motivace zaměstnanců pro vedoucí management hospiců**

Na základě získaných informací od sester pracujících v hospici bych navrhla několik opatření týkajících se jejich motivace ze strany managementu (vedení).

- je velmi důležité udržovat dobré vztahy v zaměstnaneckém týmu, jelikož sestry cítí dobrý kolektiv jako největší motivační faktor; zaměstnavatelé by měli věnovat čas svým zaměstnancům při řešení osobních i pracovních záležitostí
- přístup k zaměstnancům ze strany vedení by měl být individuální, s ohledem na jedinečnost každého člověka; je nutné posilovat v každém zaměstnanci pocit užitečnosti, potřeby a nenahraditelnosti
- v zaměstnancích by měla být podporována zdravá soutěživost; důležitý je faktor účinného odměňování, tedy za dobře vykonanou práci dostat od zaměstnavatele zpětnou vazbu v podobě uznání či poděkování – zaměstnanec by měl vidět souvislost mezi vykonanou prací a odměnou
- vedení hospice by mělo dbát na mimohospicové akce a podporovat jakékoliv setkávání zaměstnanců mimo hospic; atraktivitu takových akcí by zvýšil fakt, kdyby zaměstnavatel mimohospicové aktivity hradil
- zaměstnanci hospice by jistě ocenili i nefinanční benefity, jako je např. poukaz, očkování, relaxační pobyt, atd.
- neméně důležité je zajistit zaměstnancům vyhovující a příjemné pracovní prostředí (např. místo k odpočinku, pravidelné přestávky, dostatek času na jídlo, pracovní pomůcky a materiál)

## 7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- ADAIR, John Eric, 2004. *Efektivní motivace*. Praha: Alfa Publishing. ISBN 80-868-5100-1.
- ARMSTRONG, Michael, 2008. *How to manage people*. Great Britain: Kogan Page. ISBN 978-0-7494-5241-4.
- BALKOVÁ, Hilda a Monika ZIBRINOVÁ, 2012. Motivace sester na pracovišti. *Sestra*. Roč. 22, č. 6, s. 29-30. ISSN 1210-0404.
- BÁRTLOVÁ, Sylva, 2007. Pracovní vztahy a kompetence všeobecných sester v České republice. *Sestra*. Roč. 17, č. 3, s. 14-17. ISSN 1210-0404.
- BĚLOHLÁVEK, František, 2008. *Jak vést a motivovat lidi*. Brno: Computer Press. ISBN 978-802-5122-358.
- CALLANAN, Maggie a Patricia KELLEY, 2005. *Poslední dary: jak porozumět zvláštnímu vnímání a potřebám umírajících*. Praha: Vyšehrad. ISBN 80-702-1819-3.
- CEJTHAMR, Václav a Jiří DĚDINA, 2010. *Management a organizační chování*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3348-7.
- DAIGELER, Thomas, 2008. *Vedení lidí v kostce*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2158-3.
- DLUGOŠOVÁ, Anna a Lubomíra TKÁČOVÁ, 2011. Motivace a její aplikace na práci sester. *Sestra*. Roč. 21, č. 9, s. 22-24. ISSN 1210-0404.
- GROHAR-MURRAY, Marry Ellen a Helen R. DICROCE, 2003. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0267-3.
- GULÁŠOVÁ, Ivica, 2009. *Telesné, psychické, sociálne a duchovné aspekty onkologických ochorení: teorie, praxe, kazuistiky*. Martin: Osveta. ISBN 978-808-0633-059.
- HANZLÍKOVÁ, Alžběta, 2006. *Komunitní ošetrovatelství*. Martin: Osveta. ISBN 978-808-0632-571.
- HAWKINS, Peter a Robin SHOHET, 2004. *Supervize v pomáhajících profesích*. Praha: Portál. ISBN 978-807-1787-150.
- JOBÁNKOVÁ, Milada a Jaroslava KVAPILOVÁ, 2007. Zdroje psychosociální zátěže v sesterské profesi. *Sestra*. Roč. 17, č. 7-8, s. 68. ISSN 1210-0404.

- KALVACH, Zdeněk, 2010. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. 1. vyd. Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-904516-4-3.
- KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ, 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-802-4721-699.
- KNĚŽKOVÁ, Klára a Marie TŘEŠLOVÁ, 2011. Předpoklady pro práci sester v hospici. *Florence*. Roč. 7, č. 7-8, s. 26-31. ISSN 1801-464X.
- KOLMAN, Luděk, 2012. *Motivace, produktivita a způsob života*. Praha: Linde. ISBN 978-807-2018-925.
- KUTNOHORSKÁ, Jana, Martina CICHÁ a Radoslav GOLDMANN, 2011. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4738-437.
- MARKOVÁ, Monika, 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-802-4731-711.
- MAROON, Istifan a Radoslav GOLDMANN, 2012. *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků: teorie, praxe, kazuistiky*. Praha: Portál. ISBN 978-802-6201-809.
- MELLANOVÁ, Alena, Věra ČECHOVÁ a Marie ROZSYPALOVÁ, 2014. *Speciální psychologie*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-559-4.
- MIOVSKÝ, Michal, 2006. *Kvalitativní výzkum a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1362-4.
- MUNZAROVÁ, Marta, 2005. *Eutanazie, nebo paliativní péče?*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1025-0.
- NCO NZO, 2006. *České ošetrovatelství 2. Praktická příručka pro sestry*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-7013-270-1.
- NCO NZO, 2003. *Struktura kompetencí všeobecné sestry podle ICN*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-7013-392-9.
- NEŠČÁKOVÁ, Libuše, 2008. *Profesní chování a komunikace*. Praha: Institut svazu účetních. ISBN 978-80-86716-52-7.

- PAYNE, Sheila, Jane SEYMOUR a Christine IGLETON, 2007. *Paliativní péče: principy a praxe*. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu. ISBN 978-808-7029-251.
- SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK, 2011. *Paliativní medicína pro praxi: jak porozumět zvláštnímu vnímání a potřebám umírajících*. Praha: Galén. ISBN 978-807-2628-490.
- STAŇKOVÁ, Marta, 2002. *České ošetřovatelství: Sestra – reprezentant profese. Praktická příručka pro sestry*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků. ISBN 80-7013-368-6.
- STUDENT, Johann-Christoph, Albert MÜHLUM a Radoslav GOLDMANN, 2006. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Jinočany: H. ISBN 80-731-9059-1.
- SVATOŠOVÁ, Marie, 2011. *Hospice a umění doprovázet: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. 7., dopl. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. ISBN 978-80-7195-580-1.
- ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ, 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.
- THE, Anne-Mei, 2007. *Paliativní péče a komunikace*. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu. ISBN 978-808-7029-244.
- VATTAIOVÁ, Monika, 2012. Osobní pohoda a životní styl budoucí sestry. *Sestra*. Roč. 22, č. 9. [online]. [cit. 2014-3-31] Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/osobni-pohoda-a-zivotni-styl-budouci-sestry-466836>.
- VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2011. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4731-742.
- VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ, 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1262-8.
- ZACHAROVÁ, Eva, 2010. Motivační faktory v sesterském povolání. *Sestra*. Praha: Knižní podnikatelský klub. Roč. 20, č. 6, s. 62. ISSN 1210-0404.
- ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ, 2007. *Zdravotnická psychologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2068.



## **8 PŘÍLOHY**

### **8.1 Seznam příloh**

PŘÍLOHA 1	Seznam poskytovatelů hospicové péče
PŘÍLOHA 2	Seznam otázek jako podklad pro rozhovor
PŘÍLOHA 3	Schémata výzkumu
PŘÍLOHA 4	Žádost o svolení k provedení výzkumného šetření

## **PŘÍLOHA 1 Seznam poskytovatelů hospicové péče**

V České republice patří do adresáře poskytovatelů hospicové paliativní péče

- Hospic Štrasburk (Praha)
- Hospic Dobrého Pastýře (Čerčany)
- Nadační fond Klíček (Uhlířské Janovice, podpora vážně nemocných dětí a jejich rodin)
- Hospic sv. Jana N. Neumanna (Prachatice)
- Hospic sv. Lazara (Plzeň)
- Hospic sv. Štěpána v Litoměřicích
- Hospic v Mostě
- Hospicová péče sv. Zdislavy v Liberci
- Hospic Anežky České v Červeném Kostelci
- Hospicové občanské sdružení Duha v Hořicích
- Hospic Chrudim
- Hospicové hnutí – Vysočina v Novém Městě na Moravě
- Hospic sv. Alžběty v Brně
- Hospic na Svatém Kopečku v Olomouci
- Hospic Citadela – Diakonie CCE ve Valašském Meziříčí
- Hospic Hvězda ve Zlíně
- Hospic sv. Lukáše v Ostravě-Výškovicích

Zdroj: SVATOŠOVÁ, Marie, 2011. *Hospice a umění doprovázet: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. 7., dopl. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. ISBN 978-80-7195-580-1.

## **PŘÍLOHA 2 Seznam otázek jako podklad pro rozhovor**

1. Jaká je délka Vaší praxe ve zdravotnictví?
2. Jak dlouho pracujete v hospici?
3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
4. Kolik je Vám let?
5. Proč jste se rozhodla pracovat ve zdravotnictví?
6. Kde jste pracovala před nástupem do hospice?
7. Proč jste se rozhodla pracovat v hospici?
8. Jaký rozdíl vidíte mezi předchozím a současným zaměstnáním?
9. Jak se naplnilo Vaše očekávání v kontrastu s realitou, z hlediska pracovní náplně?
10. Jaké motivační faktory jsou pro Vás důležité ve Vašem zaměstnání?
11. Čím Vás obohacuje práce v hospici?
12. Vnímáte na sobě nějaké změny, které u Vás nastaly, když jste začala pracovat v hospici?
13. Vnímáte ve Vaší práci nějaké demotivující prvky? Pokud ano, jaké.
14. Jaký vliv má Vaše profese na Vaš osobní život?
15. Jak byste popsala vaše pracovní prostředí?
16. Jaké Vám Váš zaměstnavatel poskytuje pracovní zázemí?
17. Jak Vás motivuje Váš zaměstnavatel, popřípadě čím?
18. Cítíte někdy pocity marnosti, zbytečnosti, tzv. syndrom vyhoření?
19. Jak je pro Vás důležitý pracovní kolektiv ve Vašem zaměstnání?
20. Jak byste popsala sama sebe z pohledu charakterových vlastností?
21. Existuje podle Vás nějaká vlastnost, která je či měla by být společná všem sestřám pracujícím v hospici?
22. Kdybyste měla možnost něco ve svém zaměstnání změnit, co by to bylo?
23. Pokud byste znovu stála před rozhodnutím, zvolit si za místo výkonu svého povolání hospic, rozhodla byste se stejně?

Zdroj: vlastní

### PŘÍLOHA 3 Schémata výzkumu

Schéma 1 Důvody sester pro výběr zdravotnické profese

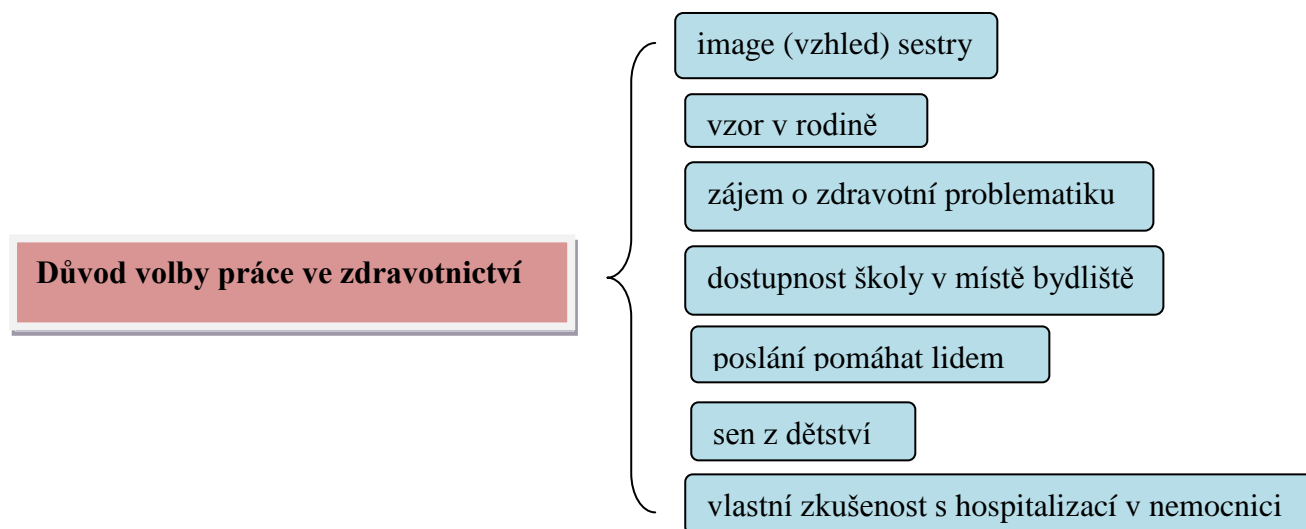


Schéma 2 Důvody sester pro výběr povolání v hospici

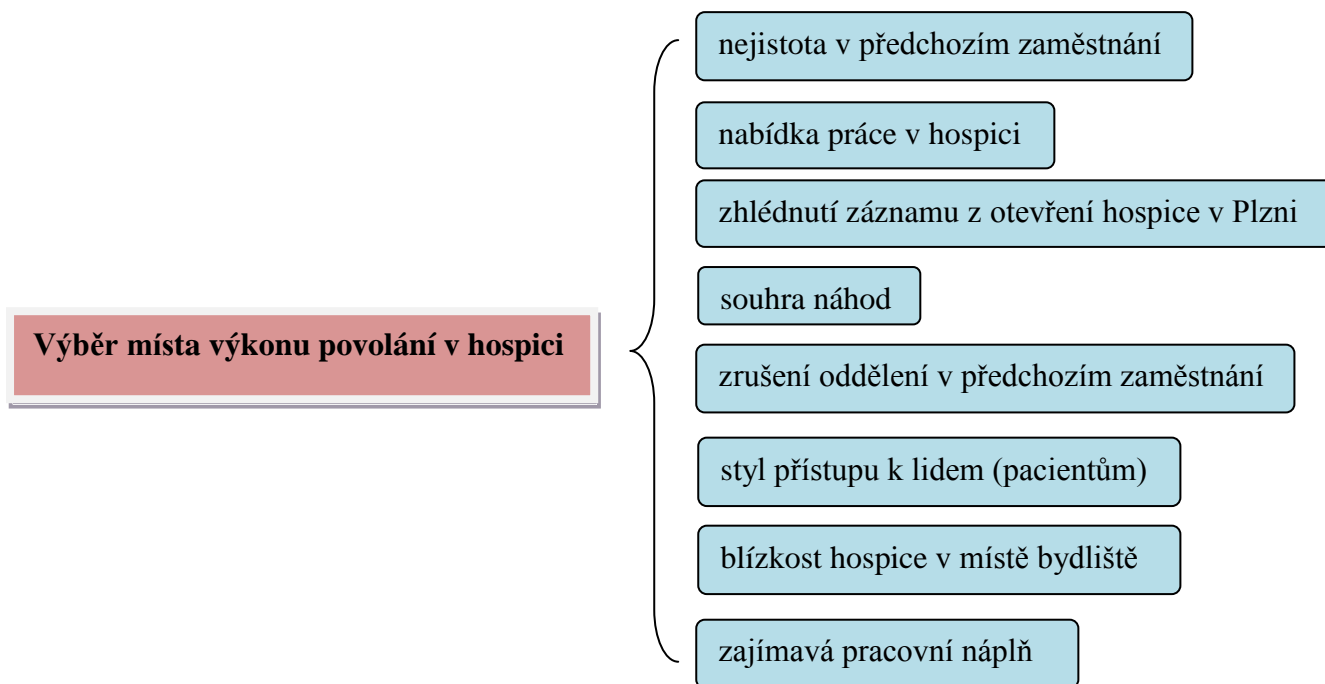


Schéma 3 Rozdíl mezi předchozím a současným zaměstnáním

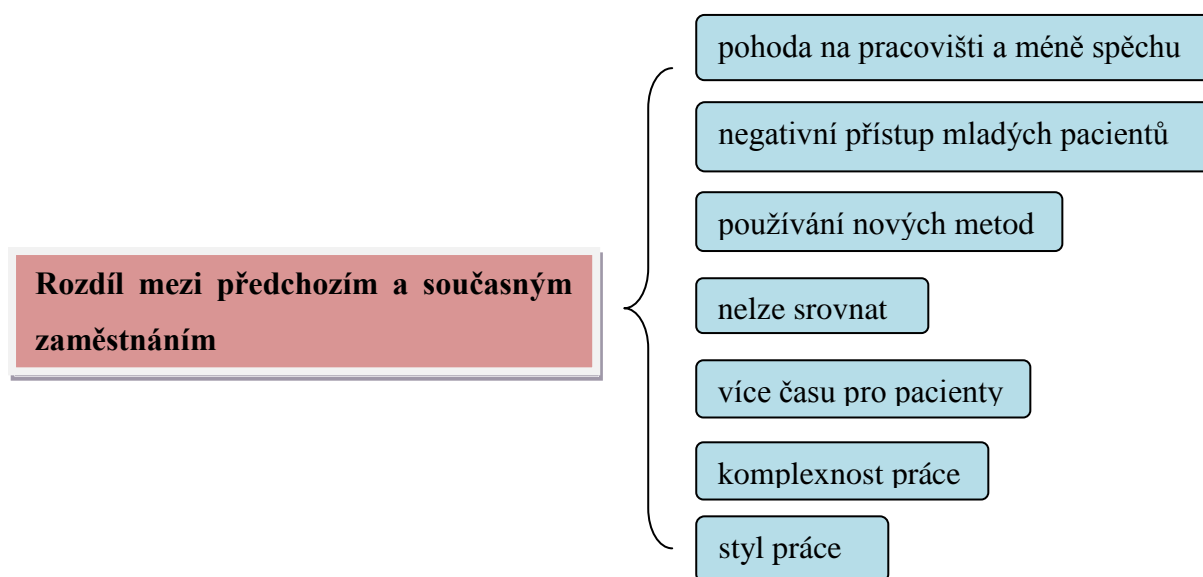
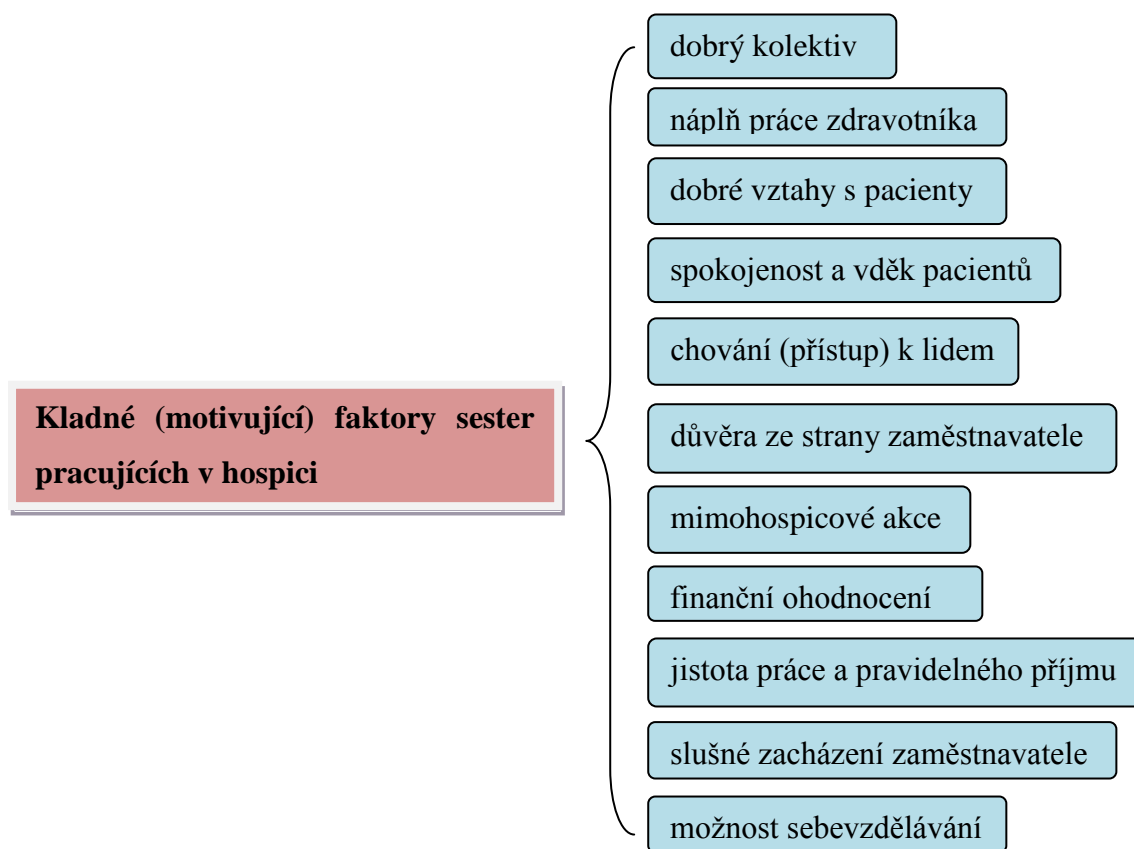


Schéma 4 Motivační faktory sester pracujících v hospici



**Záporné (demotivující) faktory sester pracujících v hospici**

žádné

neporozumění ze strany vedení

při sporu s rodinou prohrávající pozice

nespokojenost pacientů

umírání pacientů

rozhovor s rodinou

*Schéma 5 Vliv profese na osobní život*

**Kladný vliv profese na osobní život**

změna životních hodnot

nezabývání se malichernostmi

radost ze života

uvědomění si důležitosti zdraví

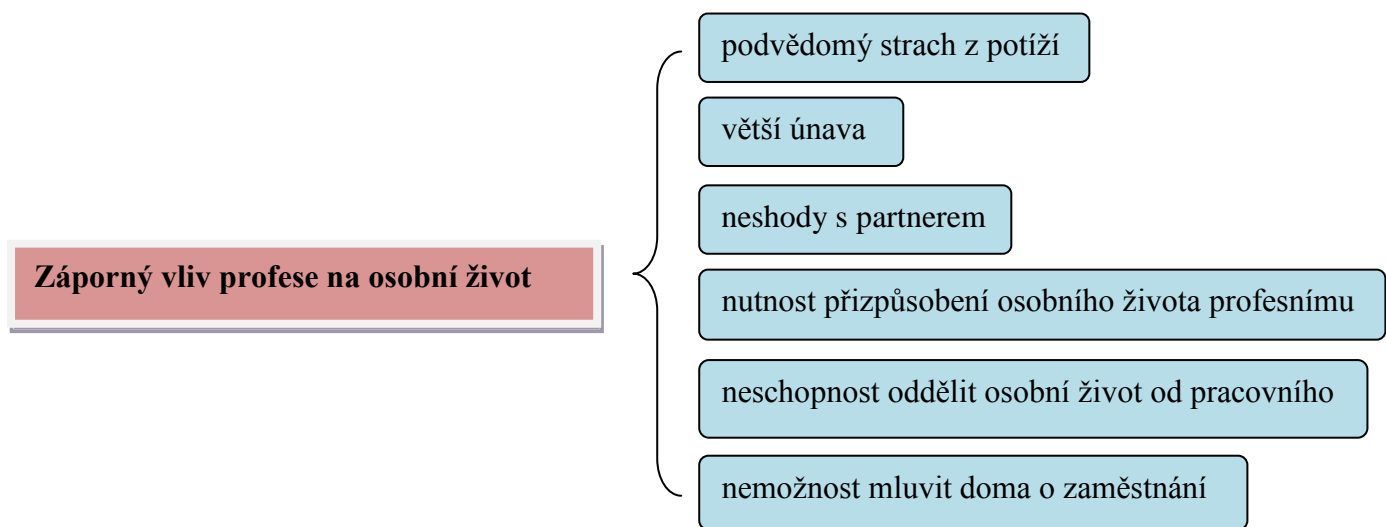
možnost setkání s různými lidmi

získání přátel a známých

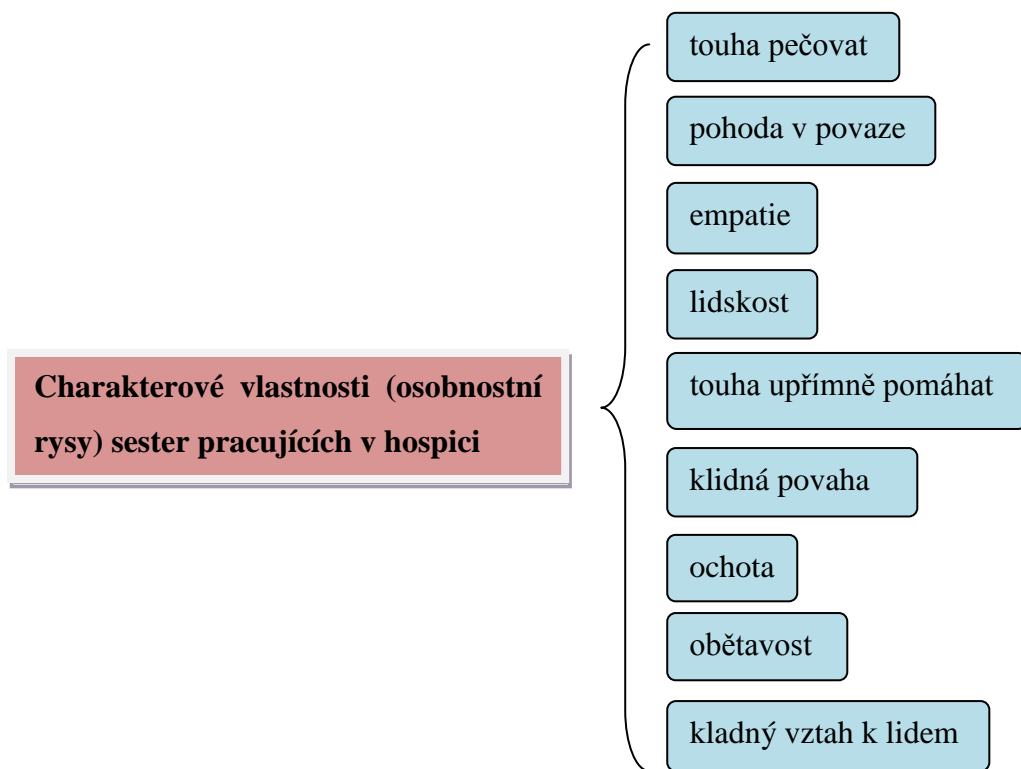
změna myšlení

změna přístupu k vlastní smrtelnosti

změna přístupu v chování k nemocným a starým lidem



*Schéma 6 Osobnostní rysy sester pracujících v hospici*



## PŘÍLOHA 4 Žádost o svolení k provedení výzkumného šetření

### Žádost o svolení k provedení výzkumného šetření v Hospici sv. Lazara v Plzni

Hana Němcová

Hospic svatého Lazara

Manětínská 1

Sladkovského 947/66

323 00 Plzeň

326 00 Plzeň

### Věc: Žádost o svolení k provedení výzkumného šetření

Vážená vrchní sestro paní Ivano Kalousová, jsem studentkou třetího ročníku Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulty, oboru všeobecná sestra. Touto cestou bych Vás chtěla požádat o Vaše svolení k provedení výzkumného šetření v souvislosti s vypracováním bakalářské práce na téma „Motivace sester pro výkon povolání v hospici“. Šetření by mělo být provedeno metodou dotazování, technikou polostrukturovaných rozhovorů, se sestrami pracujícími ve Vašem zařízení. Z důvodů časové úspory budou rozhovory nahrávány na diktafon. Získané informace budou použity výhradně jako podklad k vypracování bakalářské práce a budou zcela anonymní. Předpokládaný termín uskutečnění je v průběhu února a března roku 2014. K žádosti přikládám konstrukci otázek.

Věřím, že mé žádosti vyhovíte a budu se tak moci těšit na spolupráci s Vámi.

S pozdravem Hana Němcová.

V Plzni dne *14. 2. 2014*

Vyjádření..... *Souhlasím*

*Mae*  
Razítko a podpis

**HOSPIC SV. LAZARA V PLZNI**  
Sladkovského H. 66 • 301 44 Plzeň  
tel: 019-743 13 81-4 • fax: 019-743 13 85  
ICO: 46 36 15 08