

UNIVERZITA KARLOVA
HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Motivace pracovníků v hospicové péči
Motivation of hospice workers

Bakalářská práce

Vedoucí práce
MUDr. Jiřina Ondrušová, Ph.D.

Autor
Kateřina Mrázková

Praha 2020

Poděkování

Ráda bych poděkovala mé vedoucí práce MUDr. Jiřině Ondrušové, Ph.D., za její čas, cenné rady k práci a zájem o mé téma. Dále bych moc ráda poděkovala Hospici sv. Jiří za ochotu spolupracovat. Mé poděkování patří také mé rodině a přátelům za velkou podporu během studia.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou bakalářskou práci „Motivace pracovníků v hospicové péči“ vypracovala samostatně. Dále prohlašuji, že všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány, a že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne: 7. 5. 2020

Kateřina Mrázková

Anotace

Tato práce se zabývá problematikou hospicové péče, historií jejího vzniku a jednotlivými aspekty této péče s důrazem na motivaci pracovníků k práci v hospici. Dotazníkové šetření bylo realizováno u zaměstnanců v Hospici sv. Jiří v Chebu a v Tachově.

Klíčová slova: hospic, hospicová péče, paliativní péče, smrt, motivace

Summary

This work deals with the issue of hospice care, the history of its origin and individual aspects of this care with emphasis on the motivation of workers to work in the hospice. The questionnaire survey was performed among employees in the Hospic sv. Jiří in Cheb and in Tachov.

Key words: hospice, hospice care, palliative care, death, motivation

Obsah

| | |
|--|-----------|
| Úvod | 8 |
| 1. Hospicová péče | 9 |
| 1.1. Historie hospicové péče ve světě | 9 |
| 1.2. Historie hospicové péče v České republice | 9 |
| 1.3. Formy hospicové péče..... | 10 |
| 1.3.1. Domácí (mobilní) hospicová péče | 10 |
| 1.3.2. Stacionární hospicová péče (denní pobyty)..... | 11 |
| 1.3.3. Lůžková hospicová péče..... | 11 |
| 1.4. Cílová skupina hospicové péče..... | 12 |
| 1.5. Multidisciplinární pracovní tým | 13 |
| 1.6. Aspekty péče | 15 |
| 1.7. Sociální práce v hospicové péči..... | 17 |
| 1.8. Legislativní úprava hospicové a paliativní péče | 18 |
| 1.9. Ohrožení pracovníků v hospicové péči | 18 |
| 1.10. Hospic sv. Jiří v Chebu | 20 |
| 2. Paliativní péče | 21 |
| 2.1. Vývoj paliativní péče | 22 |
| 2.2. Principy paliativní péče..... | 22 |
| 2.3. Poskytování paliativní péče..... | 22 |
| 2.4. Formy specializované paliativní péče | 23 |
| 2.5. Etické problémy paliativní péče | 23 |
| 3. Umírání a smrt | 25 |
| 3.1. Definice smrti | 25 |
| 3.2. Fáze přijímání smrti | 25 |
| 3.3. Truchlení a rodina zemřelého | 27 |
| 4. Motivace pracovníků v hospicové péči | 29 |
| 4.1. Obecné vymezení pojmu | 29 |
| 4.2. Dimenze motivace | 29 |
| 4.3. Zdroje motivace | 30 |
| 4.4. Teorie motivace | 31 |
| 4.5. Motivace a životní hodnoty pracovníka | 33 |
| 4.6. Motivace k práci v hospicové péči..... | 34 |
| 5. Výzkumné šetření | 36 |
| 5.1. Výběr metody | 36 |
| 5.2. Metody sběru dat | 36 |
| 5.3. Metoda zpracování dat | 37 |

| | | |
|-----------------------------------|--------------------------------|----|
| 5.4. | Popis sledovaného vzorku | 37 |
| 5.5. | Vyhodnocování výsledků | 40 |
| 5.6. | Výsledky | 40 |
| 5.7. | Závěr výzkumného šetření | 49 |
| Závěr | 50 | |
| 6. Použitá literatura..... | 51 | |
| 7. Seznam příloh:..... | 55 | |

Úvod

Vybrala jsem si toto téma, protože jsem strávila rok jako dobrovolník v Hospici sv. Jiří v Tachově. Díky této životní zkušenosti s hospicovou péčí je mi dané téma velmi blízké. Obor hospicové péče se stává v dnešní době velice aktuální. Lidé si více uvědomují, že stáří a smrt jsou součástí každodenního života a snaží se svým nejbližším zprostředkovat co nejdůstojnější poslední chvíle. Díky větší informovanosti společnosti o možnostech zemřít v domácím prostředí, rodiny terminálně nemocných více vyhledávají nabídku péče v mobilních či kamenných hospicích.

Hospicová péče se v dnešní době mnohem více rozvíjí a začíná se považovat za velmi důležitou oblast pomoci. O hospicovou péči se zároveň začínají zajímat i ti, kteří tuto formu pomoci zatím osobně nepotřebují. Mnoho takových lidí je mladých a dobrovolnictví v hospicové péči je pro ně vhodnou příležitostí k rozvoji životních zkušeností v sociální oblasti.

Cílem bakalářské práce je popsat konkrétní aspekty hospicové péče se zaměřením na fenomén motivace pracovníků k tomu, že se rozhodnou pracovat právě v této oblasti. Teoretické poznatky doplňuje průzkum mezi pracovníky konkrétního hospice realizovaný formou on-line dotazníku.

V první kapitole vysvětlím pojem hospic. Zároveň se budu soustředit i na historii jeho vzniku a pracovní náplň osob zaměstnaných v hospicové péči. Ve druhé kapitole této práce se zaměřím na téma paliativní péče. Vysvětlím základní pojmy a popíši problémy s tím spojené. Termíny umírání a smrt objasním v kapitole třetí. Tématu motivace k práci v hospici se budu věnovat ve čtvrté kapitole. V poslední kapitole popisují výsledky dotazníkového šetření realizovaného mezi pracovníky konkrétního hospice v ČR.

1. Hospicová péče

„Hospicová péče se zabývá člověkem v jeho celistvosti a klade si za cíl naplnit všechny jeho potřeby – fyzické, emocionální, sociální i duchovní.“ (Radbruch, 2010)

Hospic je slovo latinského původu. V angličtině má toto slovo význam útulek nebo útočiště. (Haškovcová, 2007, s. 45)

Myšlenka hospice vychází z úcty k životu a člověku jako takovému. Vzniká také z respektu jedinečnosti osobnosti a víry v jeho velkou hodnotu. Každý člověk by měl mít právo na klidnou a důstojnou smrt. Otázkou však zůstává, jak toho docílit. Tímto se právě zabývá hospicové hnutí. Dle Svatošové je cílem *naplnit dny životem, nikoliv život naplnit dny*. (Svatošová, 2003, s.123) Základní cíle hospice jsou, aby nemocný netrpěl nesnesitelnou bolestí. Aby za každé situace nebyla opomíjena jeho důstojnost a hodnota. A posledním a však stejně důležitým cílem je, aby na sklonku svého života nemocný nebyl sám, ale naopak v obklopení svých blízkých. (Svatošová, 2003, s.123)

1.1. Historie hospicové péče ve světě

Během období středověku se termín “hospic” používal pro označení míst na odpočinek. Hospice poskytovaly pomoc na základní úrovni ve všech oblastech lidských potřeb tedy bio-psycho-sociální a zároveň i v spirituální oblasti. Poutníci si v nich mohli odpočinout a načerpat síly na další cestu. Součástí hospicových služeb byla i drobná ošetření. Později již o takovou formu pohostinství nebyl zájem a o hospicích není zmínka až do 18. století. Prvním zařízením, připomínající dnešní hospic byla tzv. zvláštní nemocnice pro umírající, založená v Dublinu roku 1878. Větší pozornosti se zařízením pro umírající dostalo až v druhé polovině 20. století.

Celé hnutí má původ v Anglii. První zakladatelkou a iniciátorkou byla Angličanka Cicely Saundersová. Saundersová byla původně zdravotní sestra a sociální pracovníce. Celý život měla pocit, že se ve vztahu k pacientům v terminálním stádiu nemoci nedělá dostatek. A že umírající potřebují péči, které se jim nedostává. Z tohoto důvodu si ve svých 38 letech dokončila lékařské vzdělání. Díky svému úsilí v roce 1967 otevřela Saundersová tzv. ”mateřský dům” hospicového hnutí. St. Christopher’s Hospice se sídlem v Londýně. Díky rozvoji hospicové péče zažila rozkvět i péče paliativní. Později paliativní péči Královská lékařská společnost uznala za samostatný lékařský obor. (Haškovcová, 2007, s. 46-47)

1.2. Historie hospicové péče v České republice

V dávných dobách byly životní procesy, jako je rození a umírání, spojeny s domácím prostředím. A byly brány naprosto přirozeně. V České republice umíme přijímat jako něco krásného a přirozeného rození dětí. Na druhou stranu pacienty s terminálním onemocněním často neumíme brát jako součást přirozeného procesu a často se stává, že místo pacientovy jediné fyzické potřeby-

tišení bolesti se lékaři snaží zachránit život všemi způsoby. A navíc během toho zapomínají, že nemocný umírající člověk má i psychické a spirituální potřeby. ¹

V České republice historie hospicového hnutí nesahá tak hluboko jako ve světě. Dle Haškovcové se první paliativní centrum otevřelo v roce 1992 na Moravě. Centrum bylo součástí nemocnice v Babicích nad Svitavou u Brna. Velmi důležitá osobnost v českém hospicovém hnutí je Marie Svatošová, která je zároveň i zakladatelkou občanského hnutí na podporu hospiců ECCE HOMO². Díky usilovné práci tohoto občanského hnutí, byl v České republice založen první kamenný hospic – Hospic Anežky České v Červeném Kostelci. Hospic vznikl za podpory Diecézní charity v Hradci Králové.

Dnes je paliativní a hospicová péče zastřešována organizací, založenou v roce 2005, Asociací poskytovatelů hospicové paliativní péče. (Haškovcová, 2007, s. 47-48) V České republice je k dnešnímu datu 19 kamenných hospiců. Počet mobilních hospiců se stále navyšuje a jejich počet momentálně sahá téměř k číslu 60. ³

1.3. Formy hospicové péče

Během vážných nemocí často nastane chvíle, kdy není potřeba hospitalizace na nemocničním lůžku a léčba nemoci již není možná. Pacient je v situaci, ve které potřebuje tlumit trýznivé příznaky a naplňovat i jiné potřeby než jen fyzické. V této situaci je vhodné využít nabídku hospicové péče. Každý pacient je odlišný a má své specifické potřeby. Protože každému pacientovi vyhovuje jiný přístup, existují tři formy poskytování hospicové péče: domácí, stacionární a lůžková péče. (Svatošová, 2003, s. 127)

Tyto formy se v jednom zařízení mohou překrývat. Například hospic sv. Alžběty v Brně poskytuje zároveň mobilní i domácí hospic.

1.3.1. Domácí (mobilní) hospicová péče

V naprosté většině se nemocní pacienti cítí nejlépe ve svém přirozeném prostředí. Často se stává, že by rodiny chtěli mít svého nemocného v péči u sebe doma, ale neví, jak by se o pacienta starali. S tímto problémem rodinám a blízkým nemocného pomáhá multidisciplinární tým. Tým odborníků je k dispozici 24 hodin denně 7 dní v týdnu. Pomoc se skládá z odborné praxe a ze zaučení blízkých osob v oblasti základní péče o nemocného. Zároveň nabízí asistenci při obstarávání pomůcek nutných pro péči v domácím prostředí. Se složitějšími úkony pečujícími pomáhá lékař, zdravotní sestra/bratr nebo pečovatel/ka. (Haškovcová, 2007, s. 59)

¹ <http://www.hospice.cz/otazky-a-odpovedi/kde-a-co-si-mohu-precist-o-hospicich/>

² Ejhle člověk!? Zvolání, které pronesl Pilát Pontský nad umírajícím Ježíšem. Připomíná nám, že umírající člověk je také člověkem.

³ <https://www.umirani.cz/adresar-sluzeb#11/50.1023/14.2863>

Profesionální péče je pacientům dostupná nonstop. Patří do ní i průběžná kontrola kvality péče v domácnosti, dokumentace všech postupů a aktualizace osobních cílů pacienta. (Standardy hospicové paliativní péče, 2007, s. 11) Ačkoliv se tato forma pomoci jeví jako ideální, vždy mohou nastat určité překážky. Dle Svatošové se jedná v zásadě o tyto:

- Péče o pacienta je nad možností domácí péče a je potřeba hospitalizace a neustálého odborného dohledu.
- Rodina je díky péči o nemocného vyčerpaná a na starání se už nemá energii.
- V rodině se stala další závažná událost, například onemocnění pečovatele nebo dítěte.
- Rodina má zájem pečovat, ale nemá k tomu vhodné nebo přijatelné zázemí. Například moc malý byt.

Důvody výše vypsány jsou často impulzem pro volbu jiné formy hospicové péče.

(Svatošová, 2003, s. 127)

1.3.2. Stacionární hospicová péče (denní pobyty)

Během nemoci se může stát, že potřebnou péči není možné uspokojivě provádět v domácím prostředí. I tak ale pacient nebo pečující osoba mohou trvat na domácí péči. V tomto případě přichází v úvahu stacionární péče. Ve stacionárii pacient tráví jen část dne (nejčastěji od rána do odpoledne). Jsou mu zde aplikovány například infúze nebo chemoterapie, která by nebyla možná v domácí péči poskytnout. Tato forma je ideální i pro rodiny, které si potřebují jen na chvíli od péče o nemocného oddychnout. (Haškovcová, 2007, s. 58)

1.3.3. Lůžková hospicová péče

Třetí formou je lůžková hospicová péče. To znamená, že pacient zde tráví více než jeden den a jedná se tedy o péči pobytovou. Bylo by nesprávné chápat lůžkový hospic jako místo, odkud se pacient už nikdy nemůže vrátit domů. Opak je pravdou. Pacienti přicházejí a odcházejí podle toho, jak jim jejich zdravotní situace umožní.

Hlavním cílem hospiců je co nejvíce připomínat pacientům jejich domov. Budova hospice musí být vždy bezbariérová, aby byla možnost poskytnout pomoc i lidem na lůžku nebo invalidním vozíku. Vše, co se v hospici děje, je v režii pacienta. Na rozdíl od nemocničního řádu zde nikdo pacienta nebudí brzy ráno na měření teploty. Sám pacient si rozhoduje, zda chce vsát nebo nikoliv. Rozhoduje si, kdy se chce obléci a v jaký čas má chuť na stravu. A také si sám rozhoduje, zda se bude účastnit společenských aktivit.

Na rozhodnutí pacienta se nechává i to, zda chce trávit čas v hospici sám, nebo se svým průvodcem. Návštěvy blízkých jsou více než žádané a jsou povolené 24 hodin po celý rok. Když někdo přijde na návštěvu, je mu umožněno o blízkého pečovat. Pokud si to pacient přeje, je návštěvě umožněno i strávit v hospici celou noc. V hospici je postaráno i o psychologické a existenciální potřeby pacientů, a to díky psychologům a pracovníkům, kteří pacienta vždy rádi vyslechnou. Pacientům je umožněno účastnit se mší a mají dostupnou i duchovní službu.

Dle Svatošové je k potřebám umírajících nutné obojí-hospice i nemocnice. Vzájemně se svou nabídkou nabízené péče doplňují. Ale „*Při dobré vůli lze mnoho z myšlenky hospice uplatnit i v nemocnicích, jednotky intenzivní péče nevyjímaje.*” (Svatošová, 2003, s.126-130)

1.4. Cílová skupina hospicové péče

Cílová skupina hospiců je širší, než by se na první pohled mohlo zdát. Specializovaná paliativní hospicová péče totiž cílí na pacienta, blízké osoby pacienta a poté i na pozůstalé. Součástí je i vzdělávání v tématech hospicové péče laiků a široké veřejnosti.

- **Pacient**

Hospicová péče je určena primárně a přednostně pro osoby jejichž nemoc je v pokročilém stádiu a brzy povede ke smrti. (Svatošová, 2003, s.130)

O tom, zda je pacient v takovém stádiu nemoci, rozhoduje hospicový lékař ve spolupráci s osobním lékařem pacienta. Při rozhodování o poskytování péče rozhodně nesmí hrát roli národnost, věk, orientace atp. pacienta. Péče je poskytována na základě principu rovnosti a má na ní právo každý člověk bez rozdílu.

- **Blízké osoby pacienta**

Příbuzní a blízké osoby jsou cílem hospicové péče v posledních okamžicích pacientova života hned ve dvou aspektech. Prvním aspektem jsou blízké osoby jako osoby pečující. Bez jejich pomoci by hospicová péče těžko fungovala tak skvěle, jak funguje. Pracují tedy jako kolegové profesionálních pečovatелů a hrají během péče významnou roli. V průběhu péče o nemocného jim multidisciplinární tým poskytne jak teoretické informace, tak i praktické dovednosti. Součástí pomoci je i možnost si zapůjčit všechny potřebné pomůcky.

Druhým aspektem jsou osoby blízké jako objekt péče. Jsou vystaveni těžké životní situaci a dle svých potřeb je jim umožněno využít nabídky různých terapeutických či praktických služeb.

- **Pozůstalí**

Za kratší či delší dobu se z osob blízkých a pečujících stanou pozůstalí. Hospicová péče rozhodně nekončí smrtí pacienta. Tým pracovníků je připraven poskytnout péči pozůstalým a dát jim prostor a poradenství během prožívání těžkých chvil. V hospici sv. Jiří se pozůstalí mohou scházet ve svépomocných skupinách a sdílet svůj zármutek s ostatními. Dále mohou požádat o pomoc hospicového psychologa a domluvit si osobní schůzku.

- **Široká odborná i laická veřejnost**

Pro nové zakladatele hospiců, odborníky, dobrovolníky nebo jen pro lidi, kteří se chtějí dozvědět o hospicích více, existuje mnoho možností, jak získat potřebné informace. Jsou k dispozici školení, praxe, stáže či konference s různými aktuálními tématy. Poskytovatelé péče díky své otevřenosti šíří povědomí o péči pro veřejnost a zároveň dostávají i zpětnou vazbu. (Standardy hospicové paliativní péče, 2007, s. 9)

1.5. Multidisciplinární pracovní tým

V praxi zde probíhá interdisciplinární spolupráce. To znamená, že „*hospicová paliativní péče je poskytovaná týmem pracovníků různých profesí a dobrovolných pracovníků.*” (Standardy hospicové paliativní péče, 2007, s. 16)

- **Osobnostní předpoklady**

V hospicové péči samozřejmě nemůže pracovat každý. Jsou určité, velice potřebné, osobnostní předpoklady pro výkon této práce. Hlavním předpokladem je správná motivace pro práci. Když pracovník přichází se špatnou motivací, může to vést ke zklamání a až k osobnostnímu vyhoření. V této práci je také velice důležité ovládat empatii a mít lidský přístup k pacientům. Schopnost vyřešit krizové situace je také velice nutná dovednost, která pracovníkovi nesmí chybět. Je důležité být vyrovnaný se smrtelností a s umíráním a umět provázet pozůstalé. Pracovník musí umět dělat samostatně rozhodnutí a nesmí mít problém s přebíráním odpovědnosti. A v neposlední řadě musí mít způsobilost dle zákona č. 96/2004 Sb.⁴ k výkonu povolání zdravotnického pracovníka. (Standardy hospicové paliativní péče, 2007, s. 16)

- **Odbornost**

Všichni pracovníci jsou pro svou pozici řádně vybíráni na základě kompetencí a osobnostních předpokladů. Potřebné vzdělání je určeno předpisy. Kvalifikace všech pracovníků je taková, aby odpovídala kompetencím dané pracovní pozice. Důležité je dostatečné vzdělání na danou pozici, absolvovaná praxe v podobně zaměřených institucích a ochota navštěvovat doplňkové kurzy. (Standardy hospicové paliativní péče, 2007, s. 16)

- **Vzdělání**

Dle zákona č. 95/2004 Sb.⁵ je paliativní medicína uznána jako samostatný obor. Z tohoto důvodu je vytvořen vzdělávací program pro pregraduální a postgraduální přípravu lékařů (Kalvach, 2004). Primárně tento program vychází ze Švýcarska a v podmínkách České republiky je také používán. Ideální je zařadit pregraduální výcvik do všech přípravných ošetřovatelských škol a oborů. Mezinárodně určené základní hodnoty a principy jsou základem pro vzdělání v paliativní péči. Vzhledem k tomu, že pracovníci vstupují do hospicového zaměstnání s jiným rozsahem vzdělání má každý člen týmu vytvořený plán rozvoje na míru. Podle něj se určuje další vzdělávání. Je žádoucí své vzdělání dále prohlubovat pomocí účasti na konferencích a zájmem o aktuální novinky v oboru. (Standardy kvality specializované paliativní péče, 2007)

⁴ Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)

⁵ Zákon č. 95/2004 Sb. Zákon o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta

- **Dobrovolníci**

Dobrovolnictví je definované zákonem č. 198/2002 Sb. *Zákon o dobrovolnické službě a o změně některých zákonů (zákon o dobrovolnické službě)*. Dobrovolnictví neslouží k naplňování osobních zájmů. Jedná se o různou formu pomoci. Konkrétní situace jsou vyjmenovány ve zmíněném zákonu.

Dobrovolníci jsou nezbytnou součástí celého týmu. Velmi důležitým člověkem při práci s dobrovolníky je jejich koordinátor. Ten má na starosti jejich výběr, řízení, a chod celé jejich činnosti a poté následnou supervizi.

První při výběru dobrovolníků přichází na řadu osobnostní pohovor. Zde se zjišťuje motivace dobrovolníka. Dále zda instituce poskytuje možnosti, které dobrovolník požaduje a naopak. Druhý na řadu přichází kurz domácí paliativní péče. Zde se zjišťuje, zda dobrovolník má osobní zkušenosti se zármutkem a smrtí. Vysvětluje se zde jak komunikovat s pacienty a jejich rodinou. Součástí kurzu je i nácvik potřebných základních činností při péči a ošetřování nemocného a zároveň i seznámení s úkony probíhajícími při úmrtí. Po absolvování kurzu následuje praxe v rozsahu minimálně dva dny. Tato příprava je ukončena závěrečným osobním pohovorem. Zde se ujasní, zda má dobrovolník stále zájem pracovat v této oblasti a zda se tato náplň práce slučuje s jeho požadavky. Určí se jeho kompetence a je podepsána smlouva (vč. prohlášení o mlčenlivosti). Součástí práce dobrovolníků je i následné vzdělávání se formou vzdělávacích kurzů. (Standardsy hospicové paliativní péče, 2007)

Osobní zkušenost

Téma smrti mě vždy velice zajímalo a bylo mi velmi blízké. Mojí smrtelností jsem se zabývala již od dětství. Proto jsem byla velmi ráda, když se v mém městě blízká rodinná kamarádka rozhodla založit domácí hospic. Když potom potřebovala pomoci, bylo jasné, že budu součástí. Moje zkušenost s dobrovolnictvím v hospici se skládala převážně ze dvou činností. Asistovala jsem při různých fundraisgových akcích a pomáhala jsem při vzdělávání veřejnosti tím, že jsem roznášela letáky do škol a také pomáhala při přednáškách.

Bydlela jsem dva roky v jedné domácnosti se zakladatelkou hospice sv. Jiří v Tachově a měla jsem tedy všechny informace o překážkách či problémech z první ruky. Často jsme do noci diskutovali o smrti a o lidském utrpení. Z mé zkušenosti bylo nejčastějším problémem shánění financí. Je to nekonečné a únavné. A bytostně na tom záleží provoz daného zařízení. Dalším problémem byly občasné neshody v kolektivu. Tým pracuje v úzkých vztazích a je těžké vždy vyhovět každému.

Všimla jsem si, že ačkoliv byli pracovníci časově vytížení a fyzicky vyčerpaní, domů chodili duševně naplnění a spokojení. Odezva klientů byla vždy velmi pozitivní, a proto měli pracovníci motivaci jít každý den znovu do práce.

Díky této zkušenosti jsem se osobnostně hodně posunula a bavilo mě být součástí celého týmu a tím přispívat k fungování velmi smysluplné činnosti.

1.6. Aspekty péče

Struktura a postupy péče

Nejprve je pacientův stav zhodnocený na základě pohovoru lékaře s pacientem a poté i s rodinou. Nejdůležitější je tedy určit diagnózu a prognózu. Během pohovoru se dále zjišťují i očekávání a druhy péče, které bude pacient potřebovat. Dále se zhodnotí, zda hospic jeho očekávání dokáže naplnit. Hospic nabídne své možnosti a domluví si první návštěvu. V této fázi se rozhoduje, zda je vhodný mobilní či kamenný hospic.

Přijetí do péče a vše co následuje probíhá dle standardizovaného schématu, který je k přečtení ve Standardech domácí paliativní péče z roku 2004. Během procesu péče dochází k soustavnému hodnocení stavu pacienta. Dle potřeb je vždy možné změnit způsob či místo péče. Veškerá poskytovaná pomoc je založena na požadavcích pacienta a možnostech pečovatele. Členové týmu si mezi sebou předávají potřebné informace a stav pacienta se vždy průběžně dokumentuje. Cílem týmu je poskytovat efektivní péči a té se nedosáhne bez komunikace mezi jeho členy a pacientem. Dalším cílem péče je předcházení omylům a chybám. Toho se dosáhne aplikováním včasné péče a dodržováním správných postupů.

Náplň práce

Náplň práce se realizuje v mnoha různých aspektech. Jak mezi rozlišnými profesemi, tak i v mnoha rozdílných aspektech péče. Péče se poskytuje v oblasti fyzické (tělesné), psychologické, duchovní a existenciální, sociální a právní. Péče je vždy poskytována odborníky s potřebnými znalostmi. Celý postup a průběh péče je vždy důkladně dokumentován. (Špinková, 2004, s. 15-16)

• Fyzické aspekty péče

V hospicové paliativní péči se provozuje především léčba bolesti s cílem bolest utiřit úplně nebo ji alespoň přiblížit přijatelné míře. Dále se zde sleduje celkový fyzický stav pacienta a předchází se jakýmkoli následkům nemoci. Především jde o:

- péči o pokožku
- prevenci proleženin a polohování pacienta
- nutriční péče a poradenství v otázkách příjmu potravy
- péče o vyprazdňování
- péče o pitný režim
- péče o dutinu ústní, především v preterminální a terminální fázi
- péče o dýchací cesty, zvláště při onemocnění dýchacího systému v preterminální a terminální fázi

Součástí péče je i dokumentace symptomů a na základě spokojenosti či nespokojenosti pacienta zlepšení či změna péče. Důležité je také sledovat možná rizika spojená s tlumením bolesti a závažných obtěžujících tělesných symptomů jako dušnost, nevolnost či zvracení. Zároveň je třeba o všem informovat rodinu včetně pacienta samotného. (Špinková, 2004, s. 18-19)

- **Psychologické aspekty péče**

Členové hospicového týmu paliativní péče mají odborné psychologické znalosti a jsou schopni prevence, diagnostiky a léčby psychologických problémů a potřeb spojených se závažnou nemocí a umíráním. Součástí psychologické péče je dokumentace všech potřeb a problémů a následné řešení a snaha pacientovi vyhovět. Zjišťuje se úroveň porozumění své nemoci, zda je pacient obeznámen se svou situací a plně ji chápe včetně toho, zda netrpí obavami z budoucnosti. U pacienta je kontrolována přítomnost úzkosti, deprese či poruch spánku. Cílem péče je tyto negativní psychické aspekty co nejvíce eliminovat a být tu jako podpora pro pacienta a jeho rodinu.

Další součástí této péče je zjistit, zda pacient má nějaké potřeby v oblasti emocionálního růstu či usmíření se s jakoukoliv osobou. Pozornost a podporu dostávají stejně jako pacient i jeho blízcí. Následná psychologická péče se týká podpory pozůstalých v jejich zármutku a bolesti ze ztráty blízkého člověka. (Standardy mobilní specializované paliativní péče, 2019, s. 17)

- **Spirituální a existenciální aspekty péče**

Součástí hospicového paliativního týmu je odborník na duchovní potřeby, nejčastěji je to kaplan. Pracovníci jsou připraveni na odlišné názory a rozdílnou víru v tématu smrti. Respektují se všechna přání a názory. Cílem tohoto aspektu péče je uspokojivě odpovídat a reagovat na otázky a obavy spojené s životem a smrtí. Pracovníci mají snahu pochopit pacientovo spirituální zázemí a podporovat ho v projevování svých hodnot a případných rituálů. Péče je poskytována v souladu s vyznáním pacienta i jeho rodiny. (Standardy mobilní specializované paliativní péče, 2019, s.19)

- **Sociální aspekty péče**

Cílem hospicové specializované paliativní péče je minimalizovat negativní dopady vzniklé kvůli obtížné situaci pacienta. Pracovníci si uvědomují náročnost sociálního strádání vzniklou nevyléčitelnou nemocí. Do kompetencí pracovníka v hospicové paliativní péči patří i dokumentace všech sociálních informací o pacientovi, do které patří jeho finanční a životní podmínky, jaké má sociální vazby i například jaká je jeho situace v právní oblasti. V zájmu zlepšení kvality péče jsou součástí programu péče pravidelné schůzky s rodinnými příslušníky. (Standardy paliativní péče, 2013, s.13)

- **Etické a právní aspekty péče**

Základ pro všechna etická rozhodování pracovníků je vždy přání pacienta. Je samozřejmé, že je také nutné dodržovat etické kodexy a právní úmluvy. Pracovníci se ale vždy snaží jednat především ve prospěch přání pacienta. Jsou zde dodržována základní práva jako je právo na důstojné zacházení a právo na tišení bolesti. Plán péče je sestavován celým týmem a jeho podkladem jsou přání pacienta i jeho rodiny. Tato rozhodnutí jsou během celé péče respektována a akceptována. V průběhu léčby jsou pacientova rozhodnutí stále ověřována a aktualizována. Největší důraz je zde kladen na svobodnou volbu a na hodnotu pacienta. Důležitou součástí dokumentace je i včasné naplánování léčby ve stádiu, kdy již pacient nebude schopný komunikace. V tomto stádiu se i tak tým pracovníků snaží co nejvíce přibližovat dříve domluveným postupům péče.

Rodina má možnost během celého procesu péče využít poradenství v oblasti právních a etických problémů. Během práce s osobami na pomezí života a smrti mohou často nastávat etická dilemata. Primární snahou v tomto ohledu je veškeré otázky, ze kterých by mohla vzniknout závažnější dilemata, řešit ihned a snažit se je včas rozpoznat. Otázek na toto téma je mnoho. Například: Kdy ukončit léčbu? Je tato léčba efektivní? Je potřeba jít proti přání pacienta? Přeje si pacient resuscitovat? Rodina si přeje něco jiného než pacient... Veškeré etické problémy jsou dokumentovány a pokud je to nutné, konzultovány s odborníky. (Standardy hospicové paliativní péče, 2007, s. 27) (Špinková, 2004, s. 22-23)

1.7. Sociální práce v hospicové péči

Jelikož definice sociální práce se velice různí použiji zde stejnou jako použil Navrátil (2001, s. 12) definice dle NSAW⁶: „*Sociální práce je profesionální aktivita zaměřená na pomáhání jednotlivcům, skupinám a komunitám zlepšit nebo obnovit schopnost sociálního fungování a na tvorbu společenských podmínek příznivých pro tento cíl.*”

Předmětem sociální práce je člověk, který z jakýchkoliv důvodů nestačí sám na svou životní situaci. Pacienti, kteří využívají paliativní péči jsou často nesoběstační a zároveň v psychicky nepříznivé situaci. Z tohoto důvodu patří do předmětu sociální práce i terminálně nemocní či staří lidé.

Pro sociální práci v hospici je nezbytné, aby pracovník měl vyřešenou otázku smrti a konečnosti života. Rozhovory o smrti a utrpení by pracovníka neměly šokovat. Jakou má pracovník roli se určuje přímo institucí, kde je zaměstnán. Mezi jeho kompetence může patřit například informování pacienta a jeho rodiny o možnostech služeb (například odlehčující služby). Dále psychická i praktická podpora nejen pacienta ale i pečujících.⁷

Yalom ve své knize vyzdvihuje důležitost empatie jako nástroje pro spojování se s ostatními lidmi. Je to právě empatie, která tak pomáhá pacientům zvládnout těžkou situaci. Vědomí toho, že na to nejsou sami a pocít, že jsou chápáni jim dává sílu. (Yalom, 2008, s. 91)

Sociální práce v paliativní péči

Sociální práce v paliativní péči se skládá ze dvou úrovní. První se zabývá klientem přímo. Pracovník pomáhá pacientovi přijmout jeho situaci a spolu s ním hledá možnosti, jak pokračovat v životě plných změn. Pomáhá mu vyřizovat jednání s institucemi a prakticky pomáhá při vyřizování potřebných záležitostí. Zároveň i emočně provádí pacienta i jeho rodinu těžkým obdobím. Druhá úroveň je více obecná a zabývá se tím, jak společnost přistupuje k terminálně nemocným. Tato úroveň probíhá především vzděláváním široké veřejnosti prostřednictvím přednášek. (Vorlíček a kol., 2004, s. 485-491)

⁶ Národní asociace sociálních pracovníků USA

⁷ https://htf.cuni.cz/HTF-103-version1-cimrmannova_socialni_etika.pdf

1.8. Legislativní úprava hospicové a paliativní péče

Jelikož je hospicová a paliativní péče vcelku novou zdravotní a sociální oblastí, stále se ujasňují a stanovují standardy a normy. Standardy a normy jsou nezbytné pro určení minimální úrovně poskytované péče. Pro všechny poskytovatele jsou závazné. Ustanovené standardy a normy mají základ v mnoha zákonech a právních předpisech:

- Doporučení Rec (2003) 24 Výboru ministrů Rady Evropy členským státům - O organizaci paliativní péče – National care standards
- Standardy hospicové paliativní péče APHPP – červen 2006
- Standardy paliativní péče 2013
- Ústavní zákon č. 1/1993 Sb., Ústava České republiky
- Listina základních práv a svobod (publikována pod č. 2/1993 Sb.)
- Evropská úmluva o ochraně lidských práv a svobod (publikována pod č.209/1992 Sb.)
- Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů
- Zákon č. 372/2011 Sb. O zdravotních službách
- Zákon č. 108/2006 Sb. O sociálních službách
- Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění
- Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce
- Vyhláška č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče
- Vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci
- Vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb
- Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (Standardy hospicové paliativní péče APHP, 2016)

1.9. Ohrožení pracovníků v hospicové péči

Práce s lidmi, kteří jsou nevyhnutelně blízko smrti je spojena s mnoha specifickými problémy. Hospicová péče je služba druhým. Když se rozhodneme sloužit druhým, musíme být zároveň připraveni přinášet oběti. U pracovníků v hospici se očekává vysoká profesionálnost a emocionální stabilita. Požadavky pro výkon práce jsou často vysoké a můžou na pracovníka působit nežádoucí tlak. Pokud je tlak příliš velký, působí pracovníkovi nezvladatelnou zátěž. Když se práce stane příliš fyzicky či psychicky náročnou, hrozí nebezpečí naprostého vyčerpání organismu, tedy tzv. vyhoření. (Jankovský, 2003, s. 158) Dle výzkumu provedeného dotazníkem MBI⁸ uvádí Schaufeli a kol.

⁸ Maslach Burnout Inventory - "inventář psychického vyhoření" je dotazník vytvořený Christinou Maslachovou

(1993), že při práci s lidmi, kteří jsou v obtížných sociálních situacích, dochází k projevu syndromu vyhoření u 10-25 % pracovníků.⁹

Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření se skládá z více příznaků. Projevuje se nejčastěji u pomáhajících profesí. Při nástupu syndromu dochází k celkové vyčerpanosti organismu. Pracovník se cítí frustrovaně a reaguje nedůvěřivě a podrážděně. Vše je doprovázeno apatií a cynismem. Všechny tyto symptomy jsou důsledkem dlouhodobé zátěže při práci a nasazení pro druhé lidi. (Jankovský, 2003 s. 158)

Dle zakladatele pojmu syndrom vyhoření nebo také - Burnout syndromu, Henricha Freudenbergera, *je burnout konečným stádiem procesu, při němž lidé, kteří se hluboce emocionálně něčím zabývají, ztrácejí své původní nadšení (svůj entuziasmus) a svou motivaci (své vlastní hnací síly)*. Dle Maslachové a Jacksonové se dočteme, *že je burnout syndromem emocionálního vyčerpání, depersonalizace a sníženého osobnostního výkonu*.

Příznaky syndromu vyhoření můžeme rozdělit do dvou skupin subjektivní a objektivní příznaky. Mezi subjektivní příznaky patří únava, snížené sebehodnocení, špatné soustředění, podrážděnost, pesimismus a stres. Objektivním příznakem je snížená výkonnost, která je vnímána spolupracovníky i klienty. (Křivohlavý, 2012 s. 68)

• Prevence syndromu vyhoření

Ideálním cílem pracovníka je nedostat se do fáze syndromu vyhoření. Základní činností je tedy správná a efektivní prevence. Jedním z nejdůležitějších faktorů při vzniku syndromu vyhoření je otázka smysluplnosti žití. Nalézt smysluplnost v práci, kterou člověk vykonává, je prvotním úspěchem k vyhnutí se syndromu vyhoření. Dalším opatřením, je správný poměr mezi stresory a možnostmi stres řešit. (Křivohlavý, 2012, s. 102-144)

Velice důležitou roli v prevenci hraje psychohygienu. Je nezbytné umět tzv. vypnout a svoje myšlenky převést na něco pozitivního, ať už se jedná o jiný druh práce, chození do přírody nebo různé koníčky. Neméně důležitá je také sociální opora. (Jankovský, 2003, s.163)

Organizace má mnoho možností, jak podporovat své zaměstnance. To, co podporuje duševní zdraví u zaměstnanců, je správně zorganizovaná práce, pozitivní zpětná vazba a vnímání jejich potřeb. Jako další prevenci proti syndromu vyhoření svých zaměstnanců, může organizace poskytovat supervizi. V rámci supervize dochází supervizor (osoba která je citově nezajatá) do organizace a vzájemnou komunikací se zaměstnanci pomáhá dosahovat efektivity pomoci a zároveň zaměstnancům poskytuje podporu při řešení obtížných situací. (Hawkins, 2004, s. 51)

⁹ Schaufeli a kolektiv 1993 in KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Hořet, ale nevyhořet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2012. Orientace (Karmelitánské nakladatelství). ISBN 978-80-7195-573-3.

1.10. Hospic sv. Jiří v Chebu

Doma je doma... Až do posledního okamžiku.

Historie hospice v Chebu sahá již do roku 2008. Na začátku celého hospice bylo občanské sdružení, které mělo za cíl založit mobilní hospic. Prvotní snahou sdružení bylo vytvoření veřejné osvěty tématu paliativní a hospicové péče. V roce 2013, tedy pátým rokem své existence, přišel zlom. Díky příchodu paní Votavové do týmu sdružení získalo manažera a mohlo se tak posunout dál. Od této doby vzniká mobilní hospic a poskytuje komplexní pomoc terminálně nemocným v Chebu a okolí. V roce 2015 se začala rodit myšlenka, na založení mobilního hospice v Tachově, u paní Csanálosi a paní Davidové. Po dlouhém období shánění financí a pracovníků, vznikla dohoda o propojení obou hospiců. Tímto způsobem vznikla provozovna hospice sv. Jiří v Tachově.¹⁰

¹⁰ <https://www.hospiccheb.cz/>
<https://hospictachov.cz/>

2. Paliativní péče

Slovo paliace má původ v latině ve slovu „*palleo*” které nese význam bled, blednutí strachem, strachovati se. Dále je mu blízko slovo „*pallor*”, které znamená blednutí především tváří tvář smrti. (Pražák, 1999, s. 929)

Paliativní péče je jako součást zdravotního systému poskytovaná v souladu s etickými zásadami a platnými právními normami. V literatuře najdeme mnoho různě formulovaných definic, obsah je vždy však velice podobný. Ve velkém zdravotnickém slovníku vysvětlují paliativní péči jako „*péči zmírňující obtíže a bolest, ale neléčící vlastní podstatu choroby.*” (Vokurka, 2002, s. 615). Dle Světové zdravotnické organizace je paliativní péče „*přístup, který usiluje o zlepšení kvality života pacientů, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožujícím onemocněním. Včasným rozpoznáním, kvalifikovaným zhodnocením a léčbou bolesti a ostatních tělesných, psychosociálních a duchovních problémů se snaží předcházet a mírnit utrpení těchto nemocných a jejich rodin.*“¹¹ Další z definic nám poskytuje ve své knize Sláma a ten říká, že „*paliativní péče je aktivní péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevyléčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stadiu. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání a udržet co nejvyšší kvalitu života.*” (Sláma a kol. 2007, s. 25) Takže, chceme-li udat jednoduchou definici, paliativní péče se věnuje lidem, kteří jsou terminálně nemocní a zároveň i jejich blízkým. Snaží se nejen tišit bolest, ale zároveň i zachovat pacientovu důstojnost do poslední chvíle. Paliativní péče je poskytována tedy pacientům v terminálním stádiu nemoci jako jsou:

- nádorová onemocnění
- neurodegenerativní onemocnění (roztroušená skleróza, Parkinsonova nemoc, demence, amyotrofické laterální skleróza..)
- konečná stádia chronických orgánových onemocnění: srdečních, plicních, jaterních a ledvinných
- AIDS
- polymorbidita geriatrických pacientů
- pacienti v perzistentním vegetativním stavu
- některé vrozené pediatrické syndromy a onemocnění
- kriticky nemocní pacienti s nevratným multiorgánovým selháváním v prostředí intenzivní péče

(Standardy mobilní paliativní péče, 2018, s. 8)

¹¹ <https://www.who.int/publications-detail/palliative-care-for-noncommunicable-diseases-a-global-snapshot>

2.1. Vývoj paliativní péče

Historie paliativní péče jako takové, jak ji známe dnes, sahá do poloviny 19. století a překrývá se se vznikem hospicového hnutí. Nelze ale opominout, že již ve středověku (možná i dříve) se paliativní péče provozovala. Ale nikdy na takové organizované úrovni jako dnes.

Velmi důležitým rokem pro paliativní péči je rok 1967. V tomto roce byl založen první hospic v Londýně Cecílii Saundersovou. Ta byla ovlivněna Rogersovou humanistickou psychologií, kde je velice důležité pacientovi naslouchat, a ne se soustředit pouze na léčbu choroby. Saundersová tedy byla průkopnicí názoru, že je potřeba léčit tzv. celkovou bolest. V této fázi se péče vyvíjí a je velická snaha ji integrovat do nemocničního prostředí. Pojmenování paliativní péče poprvé použil kanadský lékař Belfour Mount v roce 1975.

Do České republiky se toto hnutí dostalo až znatelně později a můžeme o něm hovořit až v devadesátých letech.¹²

2.2. Principy paliativní péče

Základním principem, dle informačního portálu pro nemocné, pečující a pozůstalé, je klást velký důraz na kvalitu lidského života a přijímat umírání jako přirozený proces života. Paliativní péče pomáhá nemocným zvládat bolest a dokazuje, že umírání nemusí být doprovázeno trýznivými příznaky a nepříjemnými pocity. Pracovní tým paliativní péče je interdisciplinární tzn. stará se o pacienta nejen po fyzické stránce. Pracovníci pracují i s psychologickou, spirituální a sociální stránkou pacientova života.

Do multidisciplinárního týmu patří-lékař/ka, zdravotní sestra/bratr, sociální pracovník/nice, rehabilitační pracovník/nice, psycholog/psychiatr, duchovní, dobrovolníci a přátelé. Dalším principem paliativní péče je snaha nevytrhávat pacienta z jeho přirozeného prostředí (pokud je to možné), a naopak je záměrem respektovat jeho potřeby a přání.¹³

2.3. Poskytování paliativní péče

Standards pro paliativní péči (2004, s. 11-12) rozlišují, dle komplexnosti poskytovaných služeb, dvě úrovně poskytování péče: obecnou a specializovanou. V standardech paliativní péče se rozdíl vysvětluje následovně.

Obecná úroveň zahrnuje všechny poskytovatele zdravotní péče nezávisle na jejich specializaci či odbornosti. Každý pracovník ve zdravotních či sociálních službách by měl mít schopnost včas vyhodnotit situaci pacienta jako terminální stav. Ovládání empatie při přístupu k pacientům je při

¹² <https://www.umirani.cz/clanky/historie-paliativni-pece>

¹³ <https://www.umirani.cz/rady-a-informace/paliativni-pece>

obecné paliativní péči velmi potřebné. Do obecné úrovně zároveň patří i organizační rady ohledně následné péče pro nemocného.

Specializovaná úroveň poskytování paliativní péče již není v kompetenci všech zdravotních pracovníků, tak jako je obecná. Pro specializovanou péči je nutné mít speciální vzdělání, znalosti a potřebné zkušenosti. O specializované péči budu psát v následující podkapitole.

2.4. Formy specializované paliativní péče

Specializovaná péče je poskytována v mnoha institucích i v domácím prostředí. Ve všech formách je snaha o naplňování individuálních přání a potřeb. Péče v domácím prostředí (tzv. mobilní péče) je poskytována mobilním hospicem. Tuto formu péče pacienti přijímají ve svém přirozeném prostředí. Péče je zajištěna nonstop dostupností lékaře a ostatních pracovníků hospice. Součástí je i podpora blízkých osob. Příbuzní jsou často součástí péče o nemocného. Dále pro osoby, které z nějakých důvodů nemají tu možnost trávit své poslední dny v domácím prostředí, existují tzv. kamenné hospice.

Kamenný hospic je *samostatně stojící speciální lůžkové zařízení*. Zde mají pacienti možnost být navštěvováni svými blízkými a zároveň se jim dostává i specializované paliativní péče. Oddělení paliativní péče nalezneme i jako součást různých nemocnic a léčeben. Pokud pacientovi nevyhovuje ani jedna forma péče z již zmíněných, pacient má i další možnosti.

Další podporu při umírání a poskytování paliativní péče zajišťuje například specializovaná ambulance paliativní péče, nebo denní stacionář paliativní péče (tzv. denní hospicový stacionář). Denní stacionář nabízí mimo lékařskou péči zároveň i vzdělávací a rozvíjecí aktivity. Aby pacient mohl čerpat tyto služby musí do nich docházet z domova. (Standardy hospicové paliativní péče, 2007, s. 7)

Pro pacienty a jejich blízké je k dispozici také specializovaná poradna a tísňová linka. (Standardy domácí paliativní péče, 2004, s. 12)

2.5. Etické problémy paliativní péče

V paliativní péči mohou nastat mnohá dilemata. Častým přesvědčením je, že smrt je potřeba oddálit co nejvíce to je možné. Lékaři a pečující často volí, zda život zachraňovat či nechat člověka v klidu dožít. Je důležité uvědomit si, zda u pacienta prodlužujeme život nebo prodlužujeme jen jeho utrpení. Prodlužování života bez ohledu na to, jakou ten život má kvalitu se nazývá dystanzie. (Vorlíček a kol., 2004) Naopak *„eutanázie je úmyslné usmrcení člověka na jeho explicitní opakovanou žádost někým jiným než pacientem samotným.“* (Sláma a kol., 2011, s. 321)

V lékařské etice nalezneme čtyři základní principy, které je nutné za všech okolností dodržovat. Jsou jimi autonomie (samostatnost), nonmaleficence (nepoškozování), beneficence (prospěch) a justice (spravedlnost).

Nejpodstatnější pro téma paliativní péče je autonomie. Tento princip přináší otázku, do jaké míry o svém osudu může rozhodovat sám pacient. Jelikož zde vysvětlujeme přístup k umírajícím pacientům, může být odpověď na tuto otázku velice komplikovaná. V paliativní péči je ale vždy nejdůležitější důstojnost člověka. Právo na samostatnost pramení především z lidského práva na svobodu a důstojnost. Tuto komplikovanou situaci pomáhá vyřešit písemná dohoda mezi pacientem a lékařem nazývaná informovaný souhlas. Dalším aspektem, který dohlíží na dodržování práv pacientů, je vyhlášení Etického kodexu práv pacientů.

Rozhodování v těchto dilematických situacích nese obrovskou zodpovědnost. Pro rozložení odpovědnosti vznikají etické komise, kde se situace probere do hloubky a z různých úhlů. Funkce etických komisí je pouze poradenská. (Vorlíček a kol., 2004, s423-433)

3. Umírání a smrt

Celý lidský život je jen cesta ke smrti. (Seneca)

O tématu osobní smrti se z pravidla bavíme neradi. Ačkoliv o smrti paradoxně v dnešní době slýcháme každý den díky médiím a většímu propojení světa než kdy dřív. I přes to dokážeme otázku naší lidské konečnosti odsunout na tu nejbližší kolej a připustíme si jí, až když se nás dotkne osobně například ve formě vážné nemoci či v období stáří. V podstatě je ale možné říci, že člověk umírá hned od momentu narození.

3.1. Definice smrti

V biologickém popisu smrti se jedná o terminální stav. Dle Vorlíčka je terminální stav „*postupné a nevratné selhávání životně důležitých funkcí orgánů s následkem smrti individua.*” (Vorlíček a kol., 2004, s. 435) V popisu psychologickém můžeme o smrti hovořit jako o poslední etapě života. V teologickém popisu je smrt vnímána jako závěr jednoho a začátek druhého života.

Ve velkém sociologickém slovníku se dočteme, že smrt znamená „*zánik živého organismu, k němuž dochází buď přirozeně, v důsledku uplatnění biologických zákonitostí, nebo v důsledku násilného zásahu do živého organismu, který nezvratně poškozuje a rozkládá jeho funkce.*” (Linhart aj., 1996, s. 1001)

Smrt velice důležitě ovlivňuje jedincův život. Díky tomuto jasně danému konci života máme motivaci si život dobře naplánovat a soustředit se především na důležité věci. (Špaténková, 2014, s. 35)

3.2. Fáze přijímání smrti

Není pochyb o tom, že se pohled na smrt v průběhu času mění. Dříve byla smrt vnímána jako součást života. Nemocní téměř vždy umírali ve svých domovech a v obklopení svých blízkých. Dnes zažíváme tzv. “odosobnění smrti”. Umírající osobu často bereme jako nesvéprávnou osobnost, které nedopřáváme právo na jakékoliv přání či potřebu. Smrt se tedy stává něčím mnohem více odstrašujícím a nepřívětivým, než jak byla vnímána v minulosti.

Velkou otázkou, kterou lékaři v souvislosti se smrtí řeší je: sdělit nebo nesdělit. Říct pacientovi pravdu o jeho stavu a riskovat jeho bouřlivou reakci? Nebo pravdu sdělit jen rodině a pacientovi skutečnost o jeho stavu zamlčet. Dle profesorky Kübler-Rossové by ale otázka neměla znít, zda pacientovi jeho stav oznámit ale jak oznámit. K tomu, aby lékař dokázal pacientovi s klidem sdělit pravdu o jeho stavu je důležité, aby lékař sám, měl v otázce smrti jasno a byl se skutečností smrtelnosti smířený. Dále je nezbytné ovládat empatii a rozpoznat vhodnou chvíli. Vždy je důležité rozpoznat, jak pacient potřebuje, abychom k němu přistupovali, a je nutné, abychom ho nenutili čelit realitě, když není připravený.

Profesorka Kübler-Rossová v jednom ze svých výzkumů definovala pět stadií, kterými si prochází člověk, který je postaven před skutečnost svého nevyhléditelného stavu. Jsou jimi popření, agrese, smlouvání, deprese a smíření. Tato stádia je možné také nazvat obrannými mechanismy, které člověk využívá k vyrovnání se s obtížnou situací. (Kübler-Ross, 2015)

- **Popření**

Tato fáze je častá u většiny pacientů na počátku své cesty vyrovnání se se smrtí. Je možné, že popření vytvoří nepropustnou hradbu a pacient se nedostane do dalších fází. Popírání můžeme vysvětlit jako ochrannou strategii. Časté jsou výmluvy a snaha najít chybu ve své diagnóze. (Callanan, Kelley, 2005)

- **Agrese**

Když pomine prvotní fáze popírání nastává další fáze. Po pochopení reality následuje fáze agrese a zlosti obklopená otázkami: proč já?! Pacient je v této fázi plný negativních emocí a cítí v sobě zmatek. Jakékoliv chování příbuzných není pro pacienta přijatelné a vždy si najde něco s čím nebude spokojen. Uvnitř ví, že jeho okolí za jeho nemoc nenese zodpovědnost a tyto pocity jen umocňují jeho frustraci. Pro pacienta je velice náročné zvyknout si na nové podmínky života. Zlost může mít původ i v nesplněných životních snech či nesplnění vlastních očekáváních. V této fázi je klíčové si jeho agresivní výlevy nebrat osobně.¹⁴

- **Smlouvání**

Smlouvání je možné vnímat jako snahu o odklad nepříjemného. V tomto čase jsou časté smlouvy s Bohem. Pokud pacient není věřící, smlouvá s kýmkoliv, kdo je na blízku a u koho si myslí, že má možnost mu s léčbou pomoci. (Callanan, Kelley, 2005) Pacient si dává mnoho závazků a má pocit, že pokud bude sekat latinu, nemoc se mu vyhne. (Kübler-Ross, 2015)

- **Deprese**

Terminální nemoc je spojená s mnoha nepříjemnými vyšetřeními a zároveň často i s velkou finanční zátěží. Pacient už nemůže zapírat realitu a nemá na koho svést své trápe. Přichází další fáze, a to fáze uvědomění si závažnosti svého problému. Fáze velikého smutku. Pacient se připravuje na přijetí svého stavu takového, jaký je. K tomu patří i zármutek nad tím, co člověk ztrácí a zármutek nad tím, co člověk v životě nestihl vykonat. Tato fáze deprese může být podstatnou přípravou na akceptování svého stavu. (Kübler-Ross, 2015)

Je důležité v tomto období pocity smutku nezlehčovat a být pro pacienta oporou. Jediné, co pacientu může opravdu pomoci, je pořádně ho vyslechnout. (Callanan, Kelley, 2005)

- **Smíření**

Akceptace přichází, když má pacient dost času prožít všechny předešlé fáze, které jsem popisovala výše. Bylo by mylné považovat tuto fázi za období štěstí. Je to, lépe řečeno, období pokoje.

¹⁴ <https://www.umirani.cz/rady-a-informace/faze-vyrovnani-se-s-tezkou-nemoci-a-ztratou>

Pacient se vlastně připravuje na dlouhou cestu. V této fázi je smrt vnímána jako úleva od utrpení tohoto světa. Velmi silným průvodcem pro nemocného během celého procesu je naděje. Každý pacient si v sobě ponechá malou jiskru naděje, která mu pomáhá myslet pozitivně. Tato naděje mu pomáhá přetrpět všechna nepříjemná vyšetření a velké bolesti. (Kübler-Ross, 2015)

V této fázi je pro pacienta uspokojující blízkost pár nejbližších osob a jiné potřeby již spíše nemá. Pokud je pacient v této fázi, může být jeho chování pro blízké nepochopitelné a jeho smíření se může projevovat až jako nezáměr. Toto může být pro blízké bolestné. V této chvíli je pro ně nejdůležitější pochopit umírajícího. (Callanan, Kelley, 2005)

3.3. Truchlení a rodina zemřelého

Rodina a blízcí hrají velikou roli v průběhu terminální nemoci pacienta. Jejich přístup k nemoci se velmi projeví na přístupu samotného pacienta. Obtížná situace je to pro obě strany a velké změny v životě čekají na všechny. Rodina se bude muset přizpůsobit životu, kde jeden člen již nebude fungovat jako dřív. Rodinu můžou provázet obavy z budoucnosti, pocity osamělosti či zlost. Onemocní-li jeden z partnerů, zdravý partner bude muset přebrat i roli nemocného partnera. To může být pro člověka, který se nachází v takové situaci velká výzva. Problémy, které má umírající zmizí s jeho odchodem, ale problémy jeho rodiny budou trvat dál. (Kübler-Ross,2015)

Před smrtí

Stejně tak jak jsem popsala výše potřeby umírajícího, mají potřeby i jeho blízcí. Prožívají podobná stadia akceptace reality jako pacient. Mohou se ze začátku snažit najít chybu ve výsledcích a nechtějí uvěřit realitě. Poté nastává období zlosti na všechny personál na sebe či na pacienta. Následuje období zármutku, kdy si rodina odžívá ztrátu milované osoby ještě dřív, než nastala jeho smrt. Asi nejnáročnější a nejbolestivější fází umírání je pro rodinu období, kdy se nemocný již se svou smrtí smířil, ale rodina do tohoto bodu ještě nedospěla.

Čím dříve se rodina a pacient s realitou smíří, tím mají více času na řešení důležitých záležitostí a zároveň mají prostor pro pořádné rozloučení. (Kübler-Ross,2015)

Jelikož je potřeba zařídit mnoho a zároveň být pro umírajícího oporou, časté myšlenky pečujících zní: jak dlouho to ještě zvládnou snášet? Život, který znali předtím končí a jsou nuceni se připravovat na život bez milovaného člověka.¹⁵

Po smrti

Bezprostředně po ztrátě milované osoby se může zdát, že je zármutek nesnesitelný. Smutek je intenzivní a ovládá celý náš život. Truchlení je ale proces a čím delší dobu zármutek prožíváme, tím více jsme připraveni přijmout realitu. Zármutek nikdy neopustí život pozůstalého, spíše se stane jeho součástí.¹⁶

¹⁵ <https://www.umirani.cz/book/export/html/10751>

¹⁶ https://issuu.com/cestadomu/docs/cd_letak_komplikovane_truchleni_dl_2019_issuu

Ihned po smrti je rodina otřesená nezávisle na tom, jak dobře se na tento moment připravovala. Najednou cítí hořkost a prázdnotu. Během rozhovorů s příbuznými je důležité nechat jim volnost projevu. Pokud potřebují křičet, plakat nebo nadávat, je důležité jim v tom nebránit. To hlavní, co nyní potřebují je někdo, kdo s nimi tyto emoce bude sdílet a bude tu pro ně k dispozici. Je to velice důležité pro jejich cestu smíření se s realitou. (Kübler-Ross,2015)

4. Motivace pracovníků v hospicové péči

Mít motivaci je důležité v každém zaměstnání. Mít ale správnou motivaci v pomáhajících profesích je klíčové. Ztrátou motivace či nevhodnou motivací se pracovník v pomáhajících profesích vystavuje nebezpečí osobnostního vyhoření. Toto je jeden z důvodů, proč jsem si vybrala téma motivace pracovníků v hospicové péči.

4.1. Obecné vymezení pojmu

Slovo vniklo z pojmu motiv, a to má původ v latině ze slova “*movere*”, což má význam hýbat. Můžeme říci, že motivace je něco, co nás pohání k pohybu. Z této definice slova nám vyplývá, že jde o nějaký proces uvnitř člověka, který nás vede k činnosti. (Adair, 2004, s. 14)

Ve Velkém psychologickém slovníku se dočteme, že motivace je “*vnitřní řídicí síla odpovědná za zahájení, usměrňování, udržování a energetizaci zacíleného chování.*” (Hartl, 2010, s. 320)

Dle více obsáhlejší definice Provozníka pojmem motivace “*vyjadřujeme skutečnost, že v lidské psychice působí specifické, ne vždy vědomé (uvědomované) vnitřní hybné síly-pohnutky, motivy, které člověka-jeho činnost určitým směrem orientují (zaměřují), které ho v daném směru aktivizují a které vzbuzenou aktivitu udržují.*” (Provozník, 2004, s. 23) Projevení výše popsaných vnitřních sil na venek vidíme motivovaným jednáním.

Z obou definic vyplývá, že díky motivaci člověk dokáže vytrvale plnit své cíle a zároveň je zodpovědná i za intenzitu našeho úsilí. (Provozník, 2004, s. 11)

4.2. Dimenze motivace

Velmi důležitým aspektem motivace je to, že ji rozeznáváme ve třech úrovních neboli dimenzích.

- **Dimenze směru** zaměřuje naši pozornost a naše činnosti žádoucím směrem. Současně nás odvádí od směrů, které nevedou k našim vysněným cílům. Tudíž jdeme směrem k splnění si vytyčených cílů.
- **Dimenze intenzity** určuje to, že činnost člověka závisí na síle (tzv. intenzitě) naší motivace. To znamená, jak moc velké úsilí jsme ochotni vyvinout k dosažení našich cílů. Neboli kolik energie věnujeme směru, který nás dovede k cílovému psychickému stavu.
- **Dimenze stálosti (perzistence)** nás informuje o tom, jak velké je naše odhodlání dosáhnout našich cílů. Určuje se schopností zdolat a ustát možné vnější či vnitřní překážky v naší cestě. Vysoká perzistence znamená, že přes jakoukoliv překážku pokračujeme stejným směrem se stejným odhodláním jako dříve. (Bedrnová, 2007, s. 363)

4.3. Zdroje motivace

K pochopení celé problematiky motivace je vhodné si ujasnit, odkud se motivace bere. Co má konkrétně vliv na to, že člověk po jedné věci touží a druhá ho naopak vůbec nezajímá. V této podkapitole si objasníme základní zdroje motivace, které ovlivňují její stálost a orientaci. Zdroji motivace můžou být potřeby, návyky, zájmy, hodnoty a ideály. (Provazník, 2004, s. 25)

- **Potřeby**

Ve Velkém psychologickém slovníku najdeme definici potřeby jako *“Nutnost organismu něco získat nebo se něčeho zbavit.”* (Hartl, 2010, s. 433) Potřeba je základním zdrojem veškeré motivace lidstva. Jinými slovy potřeba je napětí, kterého se člověk chce co nejdříve zbavit, a to ho motivuje k činnosti. Potřeby jsou subjektivní a u každého jedince se mohou lišit. Rozděluje je do dvou základních skupin, a to jsou potřeby biologické (primární) a potřeby sociální (sekundární). (Provazník, 2004, s. 25-30)

- **Návyky**

Podle Hartla (2010, s. 334) je návyk *“získaný sklon k vykonávání určitého úkonu v dané situaci nebo na daný podnět”*. V průběhu života se některé činnosti opakují často či pravidelně a člověk si jejich konání postupně zautomatizuje. Návyky lze popsat jako naučené vzorce chování. Návyky se tvoří výchovou a zároveň si je může vytvářet jedinec i sám během života. Návyky osobu motivují k činnosti ve známé či opakující se situaci. (Provazník, 2004, s. 30-31)

- **Zájmy**

Hartl (2010, s. 648) uvádí, že zájem je *„trvalejší zaměření na určitou činnost s výrazným emočním doprovodem.”* V jiné definici je zájem vnímán také jako motiv: *„Zájmy jsou motivy, zdroji poznávací činnosti a současně i jejím produktem.”* (Rubinštejn, 1961, cit. dle Hyhlík, Nakonečný, 1977, s. 322). Druhá definice nám tedy říká, že zájem určuje směr naší motivace a zároveň určuje naše cíle. Zájem člověka je velice ovlivněn jeho osobnostními rysy a u každého člověka je jiný. Člověk má tedy motivaci provádět ty činnosti, které ho povedou k uspokojení jeho zájmů. (Provazník, 2004, s. 31-32)

- **Hodnoty a hodnotové orientace**

Ve velkém psychologickém slovníku se dočteme, že hodnota je *„subjektivní cena, kterou člověk přisuzuje určitému objektu, situaci, události nebo činnosti ve spojitosti s uspokojením svých potřeb a zájmů.”* (Hartl, 2010, s. 183). Během svého života se člověk setkává s mnoha novými skutečnostmi či událostmi. Během jejich poznávání je zároveň i hodnotí, tudíž jim přisuzuje určitou hodnotu podle prospěšnosti pro jeho samotného, pro jeho blízké, či pro určitou sociální skupinu. Následně si utváří tzv. hierarchii hodnot, kde si ukládá skutečnosti, předměty či činnosti dle toho, jak moc jsou pro něj důležité. Některé hodnoty člověk dědí a některé si vytváří během vývoje sám. Je obvyklé, že člověk má motivaci vykonávat ty činnosti, které vedou k vyšším položkám v jeho hierarchii hodnot. (Provazník, 2004)

- **Ideály**

Ideál pro člověka představuje něco, co je myšlenkově dokonalé a k čemu se svým snažením a svými činnostmi snaží přiblížit. Je tvořen z velké části sociálním prostředím a výchovou. Ideál se může týkat čehokoliv, k čemu daný jedinec vzhlíží a čeho chce dosáhnout. Pokud se člověk nalézá ve skutečnosti, která není stejná jako jeho ideální představa, cítí napětí a neshodu. V tomto případě vzniká touha (motivace) tuto skutečnost změnit a jednat směrem k přiblížení se svému ideálu. (Provazník, 2004, s. 34)

4.4. Teorie motivace

Již od počátku se člověk snaží chovat tak, aby vždy dosáhl svého vnitřního i vnějšího uspokojení. Teorie o tomto vnitřním procesu však začali vnikat až ve 20. století. Teorie motivace je možné rozdělit do tří kategorií:

1. Teorie instrumentality
2. Teorie zaměřené na obsah
3. Teorie zaměřené na proces

(Armstrong, 2015, s. 219)

Teorie instrumentality

Tato teorie byla propagována Frederickem W. Taylorem a je založená na principu odměn a trestů. Vychází z předpokladu, že pracovníci budou motivováni pracovat více a lépe, budou-li odměněni přímo úměrně dle odvedené práce. Teorie instrumentality je stále velice oblíbená. (Armstrong, 2015, s. 219-220)

Teorie zaměřené na obsah

Teorie zaměřené na obsah se snaží nalézt faktory, které ovlivňují (motivují) chování. Jiným názvem se jim říká teorie potřeb. Dle těchto teorií je chování určeno neuspokojenými potřebami. Neuspokojené potřeby vytváří uvnitř člověka tenzi a nepohodu. Člověk si určí cíl, kterého chce dosáhnout, aby své potřeby uspokojil, a tím je jeho chování motivováno. Významnými autory těchto teorií byli Maslow, Alderfer či Herzberg. (Armstrong, 2015, s. 220)

- **Maslowova hierarchie potřeb**

Patrně všichni slyšeli o teorii Abrahama Maslowa. Tato teorie vyvrací teorii instrumentality a naopak říká, že na motivaci (chování) člověka nemají vliv vnější podněty například jako odměna anebo trest. Člověk je poháněn a motivován vnitřní silou (potřebou). Dle Maslowa je pro člověka typické, že po něčem neustále prahne. Uspokojí-li se jedna potřeba, ihned postoupí do popředí potřeba další. Autor této teorie studoval vzájemné vztahy mezi potřebami a sestavil tzv. hierarchii potřeb. Zjistil, že potřeby pro člověka mají různou váhu, a že člověk je schopný si potřeby uspokojovat postupně. Určil tedy pět úrovní potřeb:

1. Fyziologické potřeby
2. Potřeba jistoty

3. Společenské potřeby
4. Potřeba uznání
5. Potřeba seberealizace

(Adair, 2004, s. 29-30)

- **Alderferova teorie ERG (Existence, Relatedness, Growth)**

Tato teorie je stručnější než Maslowova - skládá se jen ze tří oblastí potřeb. Jméno této teorie je odvozeno od anglických názvů oblastí:

1. Existence (*existence needs*) - do této kategorie patří fyziologické potřeby jako je uspokojení hladu či žízně. Zároveň sem patří i potřeba mít dostatek prostředků pro uspokojení základních potřeb.
2. Sounáležitost (*relatedness needs*) - do této kategorie patří potřeba být přijatý mezi lidmi. Člověk je společenská bytost a je pro něj důležité vědět, že někam patří.
3. Růst (*growth needs*) - tato potřeba je ze všech nejvíce důležitá. Vysvětluje potřebu dosahovat cílů a seberealizace. (Armstrong, 2015, s. 221)

- **Herzbergova dvoufaktorová teorie**

Frederick Herzberg se především zabýval motivací v pracovním prostředí. Dle Pauknerové (2006, s.176) je tato teorie “založena na předpokladu, že člověku jsou vlastní dvě skupiny protikladných potřeb: potřeba vyhnout se bolesti a v jistém smyslu protikladná potřeba psychického růstu.” Pracovní spokojenost tedy ovlivňují dvě skupiny podmínek:

1. Faktory vnější (hygienické) - tyto faktory člověka ovlivňují v rovině *nespokojenost-ne nespokojenost*. Pokud vnější faktory na člověka působí negativně, vyvolává to v něm nespokojenost. Zároveň to má i negativní dopad na motivaci. Pokud ale působí pozitivně, místo spokojenosti to vyvolává jen neutrální pocit tzv. ne nespokojenost. To znamená, že nepůsobí pozitivně. Jde pouze o negativní či neutrální rozpoložení člověka.
2. Faktory vnitřní (motivátory) - tyto faktory člověka ovlivňují v rovině *ne nespokojenost – spokojenost*. Pokud mají faktory negativní ráz, nevyvolávají nespokojenost. Pokud mají vnitřní faktory pozitivní ráz, vyvolávají spokojenost a tím kladně ovlivňují i motivaci.

(Pauknerová, 2006, s. 176)

Teorie zaměřené na proces

Teorie zaměřené na proces se zaměřují na psychické procesy a síly. Jinými slovy se tyto teorie nazývají kognitivní. Zaobírají se tím, jak člověk vnímá a přemýšlí o svém pracovním prostředí. Teorie zaměřené na proces se jmenují: teorie cíle, teorie spravedlnosti, teorie sociálního učení, teorie kognitivního hodnocení, teorie posilování a teorie očekávání. Nebudu zde popisovat všechny teorie ale pro představu, jak teorie zaměřené na proces fungují, zde přiblížím podrobněji teorii očekávání.

- **Teorie očekávání**

Představitelem teorie očekávání je V. H. Vroom. Tato teorie popisuje, co způsobuje vysokou motivaci k práci. Dle teorie očekávání je za prvé nezbytné, aby člověk věděl, jakou přesně práci má vykonat. Za druhé je potřeba, aby člověk očekával, že za vykonanou práci obdrží odměnu. A za třetí teorie popisuje očekávání člověka, že odměna za vynaloženou práci bude mít dostatečnou výši. Motivace bude vysoká pouze v případě, že člověk jasně vidí vztah mezi výkonem a výsledkem. Zároveň finální výsledek musí sloužit i jako nástroj k uspokojení potřeb.

Všechny tři teorie (motivace) dohromady se nám snaží vysvětlit, jak složitý proces motivace je, jak probíhá a co přesně motivuje lidi k chování. Teorie zaměřené na obsah se nám snaží vysvětlit, jaké faktory motivaci ovlivňují. A teorie zaměřené na proces nám poté vysvětlují, jak motivace funguje. (Armstrong, 2015, s. 222-228)

4.5. Motivace a životní hodnoty pracovníka

V motivaci k pracovní činnosti obecně vymezujeme dvě skupiny motivace. První skupinu tvoří vnitřní motivy. Tyto motivy nejsou ovlivňovány vnějším okolím, a tudíž jím k uspokojení stačí jen práce jako taková. Druhou skupinou motivů jsou vnější motivy. Pro ně se nachází uspokojení mimo samotnou práci. (Vévoda, 2013, s.16)

Motivace pracovníka je dále ovlivněná jeho osobním nastavením. Odráží se v ní: z jakého prostředí pracovník přichází, čím si v životě prošel a jaké jsou jeho životní hodnoty.

Motivátorem pro člověka může být:

- **Peníze**

Peníze jsou nejčastější motivací. Mnoho lidí pracuje jen z důvodu vydělání dostatku peněz a na obsahu práce jim příliš nezáleží.

- **Osobní postavení**

Dalším motivátorem pro pracovníka může být aspirace na vyšší postavení. To, co ho žene vpřed a k lepším výsledkům, je vidina lepšího postavení ve společnosti

- **Výkon**

Být výkonný a mít dobré osobní výsledky, je pro někoho to nejdůležitější a nejvíc ho to naplňuje. Tyto pracovníci bývají často velice akční.

- **Přátelství/kolektiv**

Pro někoho je ta největší motivace příjemný kolektiv a klidné prostředí. Tvorba vztahů na pracovišti pro ně může být důležitější než to, kolik peněz za odvedenou práci dostanou.

- **Jistota**

Pro jiného pracovníka je motivací k pracovní činnosti mít jistou práci. Ohodnocení a náplň práce pro něho nejsou nejvyšší prioritou.

- **Odbornost**

Pro dalšího pracovníka je motivaci vzdělávat se ve svém oboru. Tento pracovník si nedokáže představit pracovat v jakékoliv jiné sféře a osobní postavení je u něj až na druhé koleji.

- **Samostatnost**

Další pracovníky motivuje možnost rozhodovat si o své práci sám a být sobě svým pánem. Takový pracovníci nemají rádi někoho, kdo by jim říkal, co mají dělat.

- **Kreativita**

Člověka, který má rád tvořivost, přemýšlení a vytváření nových možností motivuje možnost nových aplikovatelných nápadů. (Bělohávek, 2003, s. 42-43)

4.6. Motivace k práci v hospicové péči

Práce v neziskovém sektoru, do kterého hospicová péče patří, má svá specifika. Obvykle se očekává, že namísto velkého finančního ohodnocení dostává pracovník spíše vnitřní neboli psychické benefity. Neziskové organizace počítají s velkou vnitřní motivací pracovníků, jelikož nejsou schopni zajistit dostatečnou motivaci vnější. Proto je vnitřní motivace důležitým a nezbytným zdrojem úsilí.

V neziskových organizacích se zřídka kdy odměňuje za výkon, jelikož tým jako takový je velice důležitý, zvyšuje se finanční ohodnocení obvykle plošně.¹⁷

Málokoho napadne jako důvod k práci v hospicové péči finanční ohodnocení. Musíme si uvědomit, že pro práci v hospici se člověk rozhoduje spíše z hlubších důvodů než jen z důvodu zisku peněz. Jaké jsou tedy důvody pro práci v hospici? Motivací zde není zisk odměny ale pomoc druhým lidem. Aby člověk brzy motivaci neztratil je důležité vědět, že jeho práce má smysl. Velmi důležitým aspektem je “sebemotivace”. Uvědomovat si proč jsem si tu práci vybral. Při sebemotivaci je důležité si uvědomovat, jak měním lidem jejich poslední chvíle k lepšímu. Dále k tomu může sloužit pozitivní zpětná vazba nebo supervize. (Marková, 2010, s.43-45)

Pro práci v hospicové péči se často rozhodují zaměstnanci zdravotních služeb. V mnohých případech se jedná o pracovníky na oddělení ARO nebo na jiných pozicích, kde se často setkávají s umírajícími lidmi. Pro většinu pacientů ale není přáním zemřít v bílé chladné místnosti někde v nemocnici. Velká část lidí má přání zemřít doma, ve známém prostředí. Díky zkušenosti s odosobněnou smrtí mají někteří zdravotníci snahu tento nepříjemný zážitek změnit a dopřát lidem klidnou smrt mezi blízkými.

Příběhy osobní motivace

Marie Svatošová, protagonistka hospicové péče v České republice, uvádí v jednom ze svých rozhovorů, že její motivací pro založení hospice byla potřeba vzniku alternativy pro eutanázii. Dále snaha pomoci ostatním zlepšit jejich situaci během umírání a dopřát jim důstojnou smrt.¹⁸

¹⁷ http://socialniprace.cz/soubory/socprac0210komplet_web-100624191633-140219132801.pdf

¹⁸ <https://www.ceskenoviny.cz/zpravy/marie-svatosova-hospic-nabizi-lidstejsialternativu/348928>

Jednou z nejvýznamnějších současných osobností hospicového hnutí je Jana Sieberová. Jako bývalá zdravotní sestra založila společně se svým manželem v roce 2009 domácí hospicovou péči v Hořicích. Jejím motivem k opuštění bývalé profese byla nedostatečná péče o terminálně nemocné pacienty a diskuze o legalizování eutanazie. Silným zážitkem pro ni byla smrt její blízké kamarádky. U ní osobně zjistila, že umírající člověk se opravdu potřebuje zbavit nepříjemných projevů nemoci. A chce trávit čas s blízkými, v ideálním případě doma.¹⁹

Další významnou osobností mezi zakladateli hospicové péče je Martina Špínková. Společně se svým manželem (původně lékařem) založili Pražský domácí hospic Cesta Domů. Dříve jako ředitelka hospice, nyní jako redaktorka stejno-jmenného nakladatelství, se snaží přiblížit téma smrti jako něco, co se dříve nebo později bude týkat úplně každého z nás. Přijetí smrti jako něčeho přirozeného a čeho není potřeba se bát, ji motivovalo založit místo, kde se toto může dít.²⁰

Přímo na webových stránkách Hospice v Chebu najdeme osobní příběhy pracovníků. Jedna zdravotní sestra píše: „*Práce v hospici je pro mě něčím co má smysl, odbourává pocit nepotřebnosti. V této práci je klid a mír.*” Z toho vyplývá, že její motivací je opravdu smysluplnost dané činnosti. Sociální pracovnice o své práci v hospici napsala „*To, že jsem součástí něčeho tak potřebného a prospěšného mě naplňuje radostí a silou do další práce.*” Obě pracovnice ve svém osobním příběhu zmínily osobní zkušenost s doprovázením umírající osoby.²¹

Moje osobní motivace

K hospicové péči mě přivedla shoda okolností. Rodinná kamarádka zakládala domácí hospic a já jsem zrovna bydlela u ní doma. Před tím jsem se o tuto formu péče vlastně moc nezajímala a neměla o ní moc povědomí. Po krátkém čase a mnoha získaných informacích jsem byla přesvědčená o velké potřebnosti této pomoci. Motivací pro zapojení se do týmu dobrovolníků byla smysluplnost této činnosti. A díky možnosti být mezi lidmi, kteří berou smrt jako přirozenou součást života, jsem se i já měla možnost vyrovnat se svou smrtelností. Víím, že je mnoho smysluplných organizací, které také potřebují dobrovolníky. V mém případě ale bylo jasné, že mé místo je v hospicovém týmu.

¹⁹ https://jicinsky.denik.cz/zpravy_region/jana-sieberova-neni-dobre-aby-clovek-umiral-osamocen-20150118.html

²⁰ <http://www.xantypa.cz/cislo-casopisu/xantypa-12-17/3483-3/martina-spin>

²¹ <http://www.hospiccheb.cz/rubrika/clanky/prace-v-hospici-aneb-vyjadreni-pracovniku-o-svem-pusobeni-v-hospici.html>

5. Výzkumné šetření

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit motivaci k práci v hospicové péči. Dotazníkové šetření jsem realizovala v Hospici v Chebu a Tachově.

5.1. Výběr metody

Metody výzkumu se dělí na kvantitativní a kvalitativní. V poslední době se tyto dvě metody mnohem více překrývají a zároveň se doplňují. (Hendl, 2016, s. 56) Při volbě metody dotazování jsem se zamýšlela nad tím, kolik potřebuji oslovit lidí. Jelikož ve zkoumaném hospici jich je 26, rozhodla jsem se nejprve pro kvantitativní metodu dotazování. Tato metoda mi přišla pro můj případ nejlepší. Zároveň je to metoda, při které lze zjistit informace od mnoha lidí v poměrně krátkém čase. Nejčastější kvantitativní metodou pro zjišťování informací je dotazník. Sestavila jsem tedy dotazník s třinácti otázkami, kde sedm je otevřených. Moje rozhodnutí udělat otevřené otázky mi výzkum trochu zkomplikovalo a byla jsem nucena data pak analyzovat z kvalitativního ohledu.

Kvantitativní vs. Kvalitativní výzkum

Kvantitativní výzkum se často používá k ověření či vyvrácení již předem daných hypotéz. Můžeme říct, že předpokládá možnost měření lidského chování. Cílem tohoto typu výzkumu je popisovat a vysvětlovat předpokládané vztahy sledovaných proměnných. (Hendl, 2016, s. 42)

Kvalitativní výzkum nemá za cíl něco dokazovat, ale naopak vysvětlovat. Díky kvalitativnímu výzkumu můžeme jít více do hloubky problému. Během tohoto typu výzkumu hledáme motivy a příčiny jednání. Nepředchází žádná hypotéza, ale během sběru dat se pátrá po pravidelnosti, a až poté může vzniknout výsledek či například nová teorie. (Disman, 1998, s. 283-287)

V mém výzkumném šetření jsem potřebovala zjistit informace od mnoha lidí a uskutečnění rozhovoru s každým, bylo nad mé časové možnosti. Proto jsem zvolila typ dotazníkové šetření. Je mi jasné, že se tento typ šetření v kvalitativním výzkumu často nepoužívá. Ale s otevřenými otázkami jsem byla schopná, myslím si, získat potřebná data a dostatek informací. Jelikož můj průzkum nemá za cíl ověřit žádnou hypotézu, ale pouze informovat o motivech a vysvětlit, proč lidé pracují v hospici, je moje šetření zaměřeno kvalitativně.

5.2. Metody sběru dat

Dotazník

Dotazník lze vysvětlit jako soubor předem sepsaných otázek, který pokládáme písemnou formou respondentům. Výhodou tohoto typu výzkumu je, že písemné zpracování odpovědí lze v počítači lehce graficky a statisticky zpracovat. Přínosem dotazníku oproti rozhovoru je více času na odpovědi, přičemž si respondent čas na přemýšlení určuje sám. Naopak nevýhodou dotazníků se může stát nesprávné pochopení otázky, jelikož u vyplňování nemusí být přítomen tazatel. Proto je důležité ptát se na jasné a jednoduché otázky. (Baum, 2014, s. 99-102)

Dotazník, provedený v obvyklé formě, je pro osobu, která výzkum provádí nejlehčím řešením, jelikož z odpovědí má tazatel ihned požadovaná data.

Můj dotazník se, jak jsem již zmínila, skládal z třinácti otázek, z toho z šesti uzavřených a sedmi otevřených.

5.3. Metoda zpracování dat

Metoda vytváření trsů

Tuto metodu jsem si vybrala, abych mohla svá data jednodušeji analyzovat a mohla jsem se dobrat interpretovatelných výsledků. Díky této metodě získám z odpovědí obecnější kategorie. Trsy jsou dle Miovského skupiny, které by měly vznikat na základě vzájemného překryvu (podobnosti) mezi identifikovanými jednotkami. (2006, s. 221)

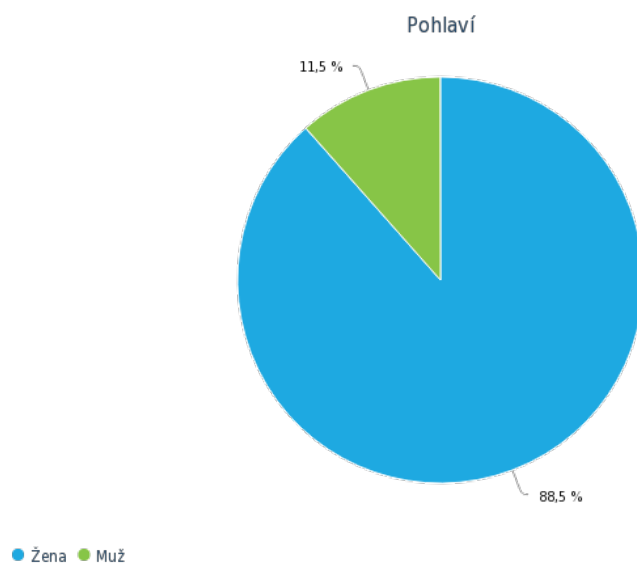
Na každou otevřenou otázku jsem získala 26 více či méně obsáhlých odpovědí. Každou odpověď jsem pečlivě přečetla a vytvořila tzv. trsy-pojmy. Jsou to pojmy, které se v mnoha odpovědích překrývají či spolu souvisejí.

5.4. Popis sledovaného vzorku

Respondentem v případě mého dotazníku byl vždy pracovník hospice sv. Jiří v Chebu či v jeho provozovně v Tachově. Pro popis sledovaného vzorku jsem použila faktografické otázky nacházející se v Tabulce 1. Dotazníkové šetření probíhalo elektronickou formou v obou provozovnách hospice sv. Jiří.

Šetření se zúčastnilo 26 pracovníků hospice z toho 88,5 % (23) žen a 11,5 % (3) muži (viz. graf č.1).

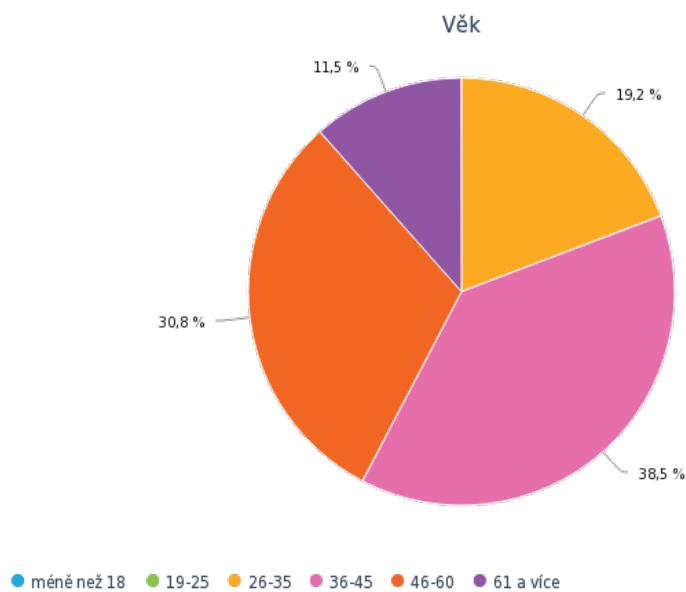
Graf 1



(zdroj: autor)

Věkové rozložení respondentů bylo 19,2 % ve věku 26-35 let, 38,5 % ve věku 36-45 let, 30,8 % ve věku 46-60 let a 11,5 % ve věku 61 a více. (viz. graf č. 2)

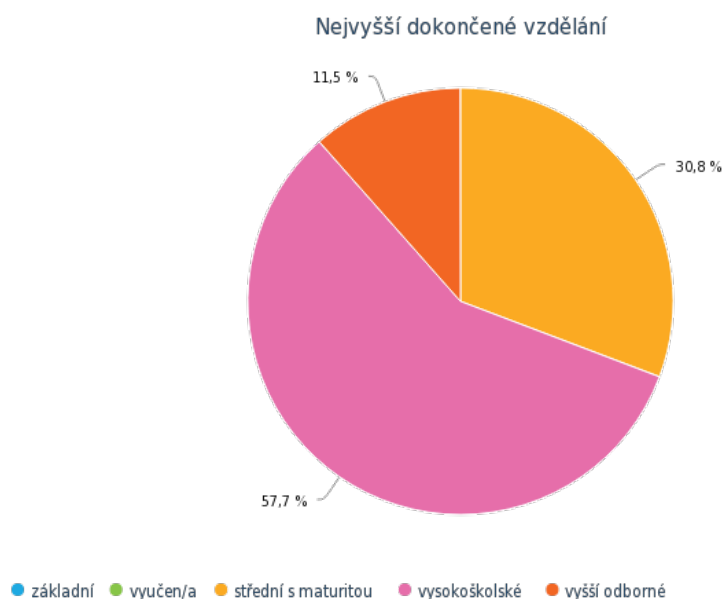
Graf 2



(zdroj: autor)

Mezi respondenty bylo 57,7 % s vysokoškolským vzděláním, 30,8 % se středoškolským vzděláním a 11,5 s vyšším odborným vzděláním. (viz. graf č.3).

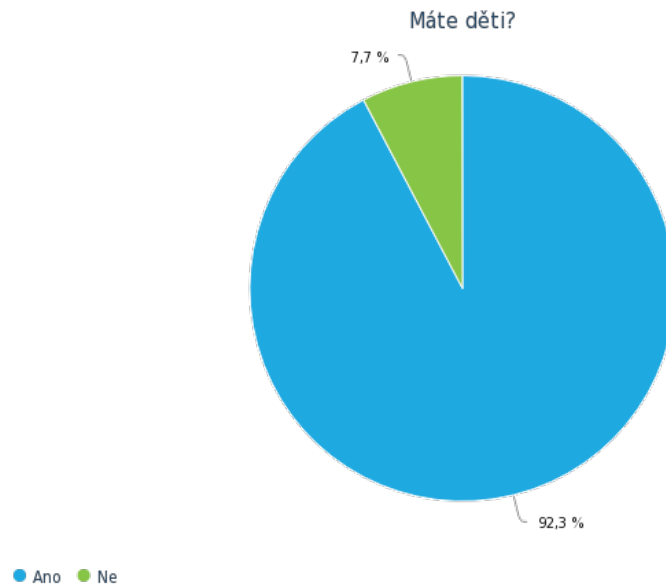
Graf 3



(zdroj: autor)

Téměř všichni respondenti měli děti 92,3 % (24) a pouze 7,7 % (2) z respondentů žádné děti neměli (viz graf č.4).

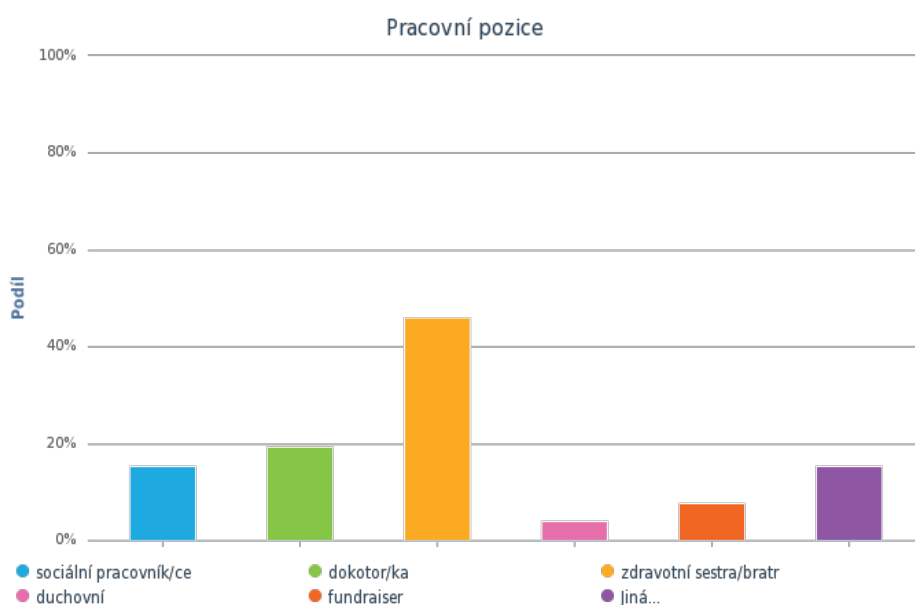
Graf 4



(zdroj: autor)

Zastoupení pozic pracovníku bylo následující: téměř polovina respondentů (46,2 %) pracuje jako zdravotní sestra/bratr. 19,2 % respondentů zastává pozici lékaře/ky a 15,4 % zastává pozici sociální pracovník/nice. V kategorii Jiná, respondenti odpověděli pozici jako psycholožka, vedoucí provozovny a ředitelka. (viz. graf č.5)

Graf 5



(zdroj: autor)

5.5. Vyhodnocování výsledků

Dotazník jsem sestavila na elektronické platformě pro vytváření dotazníků - Survio. Ten jsem rozeslala e-mailovou komunikací. Nasbírané odpovědi jsem následně pomocí elektronického portálu Survio a Excelu převedla do grafů.

5.6. Výsledky

Zkoumané otázky jsou otevřené. Vytyčila jsem základní pojmy (trsy), které se opakovaly ve více odpovědích. Respondent mohl zmínit více pojmů (trsů) než jeden. Otázky jsou formulovány ve třech okruzích:

Otázky 1-6 jsou faktografické, to znamená, že informují o sociodemografických údajích. Tyto jsou již popsány výše.

Otázky 7-11 se zaměřují na osobní postoje a motivaci k práci.

Otázky 12-13 se zaměřují na syndrom vyhoření a jeho prevenci.

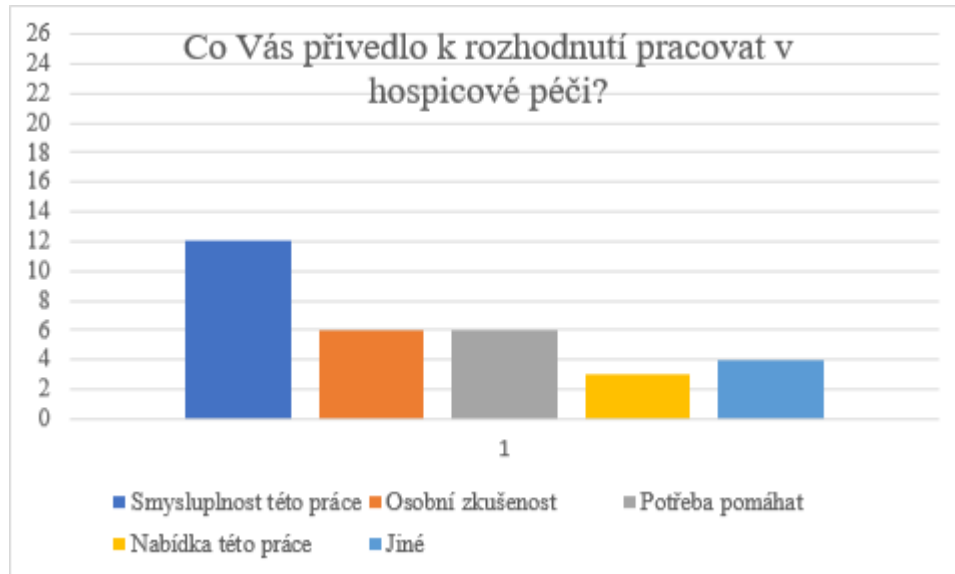
Tabulka 1

| Okruhy: | Tazatelské otázky k okruhu: |
|-------------------------------|--|
| Faktografické. | 1.Pohlaví 2.Věk 3.Nejvyšší dokončené vzdělání 4.Rodinný stav 5.Máte děti? 6.Pracovní pozice |
| Zaměření na motivaci. | 7. Co Vás přivedlo k rozhodnutí pracovat v hospicové péči? 8. Je práce v hospicové péči Vaše první zaměstnání? 9. Co Vás přimělo opustit bývalé povolání? 10. Co Vás na práci v hospici naplňuje? 11. Co Vás na práci v hospici vyčerpává? |
| Zaměření na syndrom vyhoření. | 12. Máte osobní zkušenost se syndromem vyhoření? 13. Používáte nějaké preventivní metody proti vzniku syndromu vyhoření? |

(zdroj: autor)

Otázka č. 7

Graf 6



(zdroj: autor)

Tato otázka měla za cíl, zjistit primární motivaci k rozhodnutí pro práci v hospicové péči. Téměř polovina, 12 respondentů, ve své odpovědi zmínila smysluplnost této práce. Ve volbě práce pro ně byla nejdůležitější potřeba vědět, že to, co dělají má smysl a pomáhá to potřebným.

Osobní zkušenost ve své odpovědi zmínilo 6 respondentů. Nejčastěji se osobní zkušenost týká úmrtí blízkého člověka, který zemřel za jiných podmínek, než by si respondent představoval. Respondent má tedy motivaci ušetřit další lidi této špatné zkušenosti.

Kvůli své potřebě pomáhat se pro práci v hospicové péči rozhodlo 6 respondentů. Potřeba realizovat se v pomáhající profesi byl tedy motiv pro 6 respondentů.

Pro 3 respondenty byla hlavním motivem k tomuto zaměstnání aktuální možnost a nabídka práce tohoto typu. Již dříve inklinovali k práci v hospici a v daný moment pro ně byla ideální souhra okolností.

Pro 4 respondenty byla motivace jiná. Pro 2 respondenty bylo hnací silou pro toto rozhodnutí brát téma smrti jako přirozenou součást života, a proto měli potřebu v tomto zařízení pracovat. Chtěli pomáhat lidem přijmout smrt stejně, jako se to podařilo jim.

Pro 1 respondenta byla motivací jen zvědavost a pro 1 byla motivací jeho víra v Boha. Díky víře v Boha není smrt koncem ale novým začátkem.

Otázka č. 8

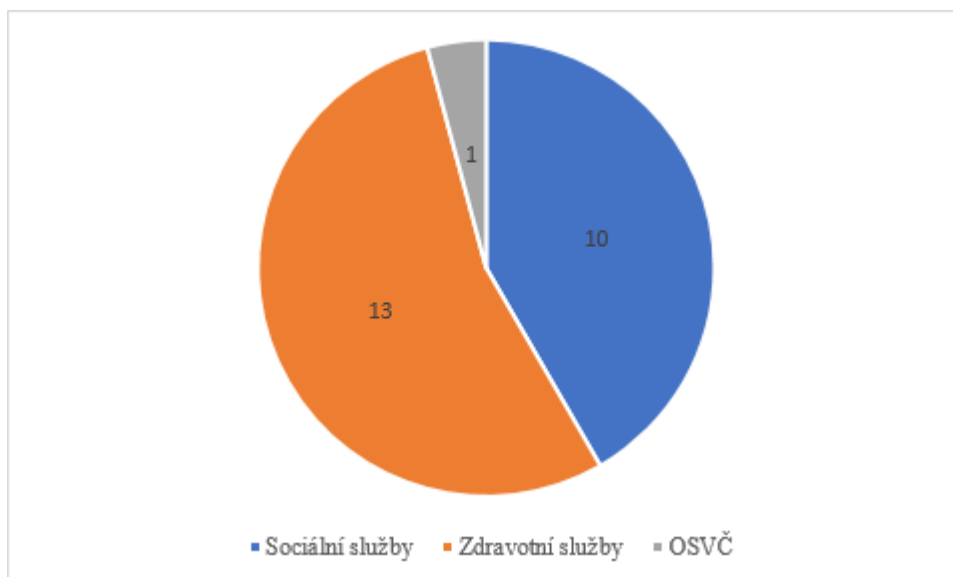
Graf 7



(zdroj: autor)

V této otázce bylo cílem zjistit, zda si práci v hospicové péči respondenti vybrali jako své první povolání, nebo zda k ní dospěli až v průběhu svého života. Jak můžeme vidět na grafu (č. 7), 24 respondentů (92,3 %) ne zvolilo hospicovou péči jako své první zaměstnání. Jen 2 respondenti (7,7 %) ji jako své první zaměstnání zvolilo. Výsledky nám ukazují, že často k práci v hospici člověk musí dozrát díky předchozím zkušenostem. Pokud respondent zvolil možnost Ne, měl dále uvést jaké bylo jeho předchozí zaměstnání. Výsledky vidíme na grafu (č. 8):

Graf 8

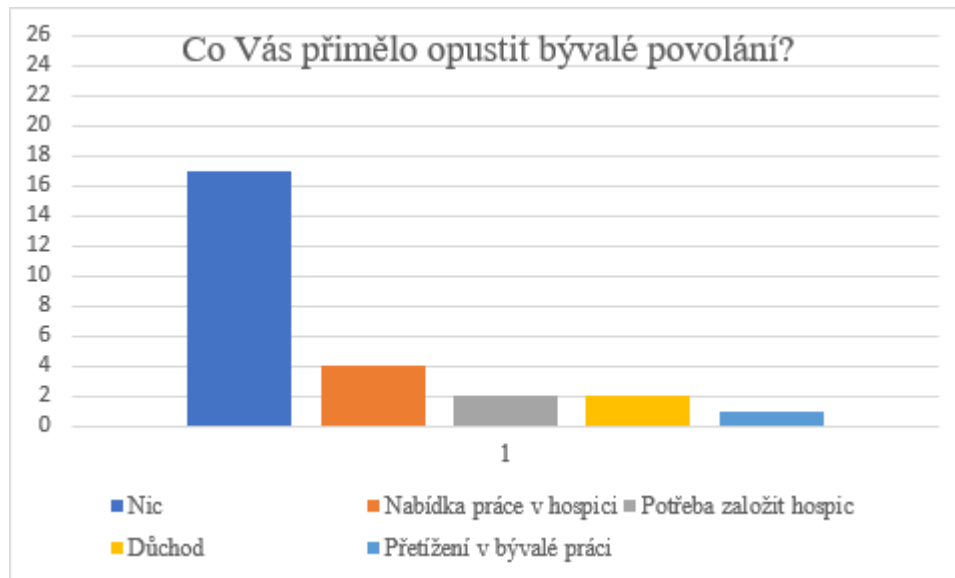


(zdroj: autor)

Z 24 respondentů, kteří zvolili možnost, že hospicová péče není jejich prvním zaměstnáním bylo 54,2 % (13) dříve zaměstnáno ve zdravotních službách, 41,7 % (10) v sociálních službách a 4,1 % (1) jako OSVČ. Jak můžeme vidět ve výsledcích výzkumného šetření, práce v sociálních nebo zdravotních službách je důležitým aspektem pro práci v hospicové péči. Pracovník má blízko k pomáhání lidem a jen si potřeboval najít jeho cílovou skupinu pomoci.

Otázka č. 9

Graf 9



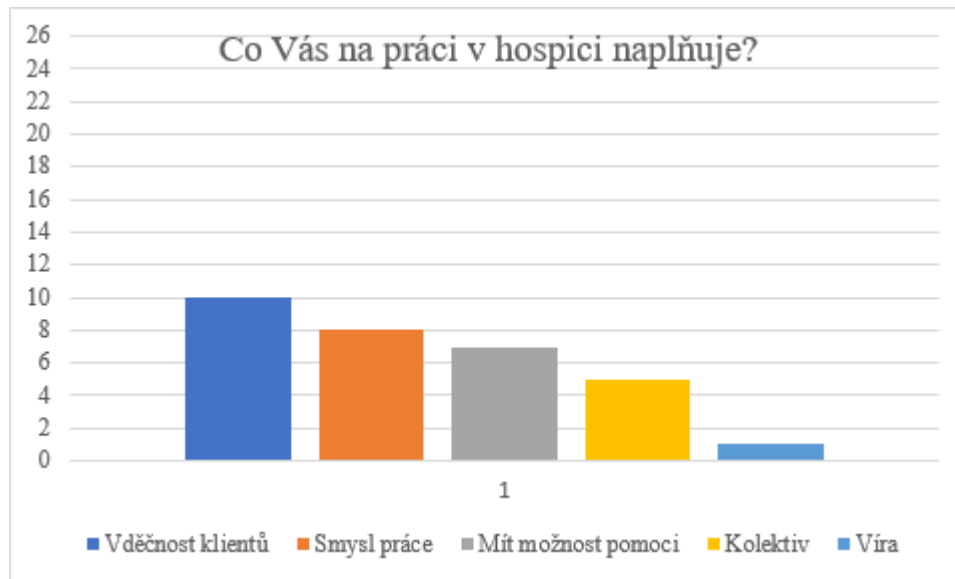
(zdroj: autor)

V této otázce jsem se zaměřila na motiv k opuštění svého bývalého zaměstnání a nastoupení do hospicové péče. 17 respondentů odpovědělo, že je nic k opuštění bývalého zaměstnání nepřimělo. To má vysvětlení takové, že mají souběh úvazků nebo práci v hospici jen na dohodu. Další 4 respondenti udali důvod “nabídka práce” pro opuštění bývalého zaměstnání. Z toho plyne informace, že pro ně bývalé zaměstnání již nebylo naplňující a pro jejich životní cestu jim přišlo důležité zaměřit se na pomoc lidem v terminálním stavu nemoci.

2 respondenti opustili své bývalé zaměstnání kvůli zakládání nového hospice. To pro ně bylo natolik náročné, že se tomu museli věnovat naplno. Důvod odchodu do důchodu uvedli 2 respondenti. Ti využívají svůj volný čas a v hospici pracují na částečný úvazek. Posledním zmíněným důvodem bylo přetížení v bývalé práci a to uvedl 1 respondent. V nemocniční péči je málo času na pacienta. To je naprostým opakem v hospicové péči. Hospic si vezme do péče pouze tolik pacientů, kterým se dokáže plně a dostatečně věnovat.

Otázka č. 10

Graf 10



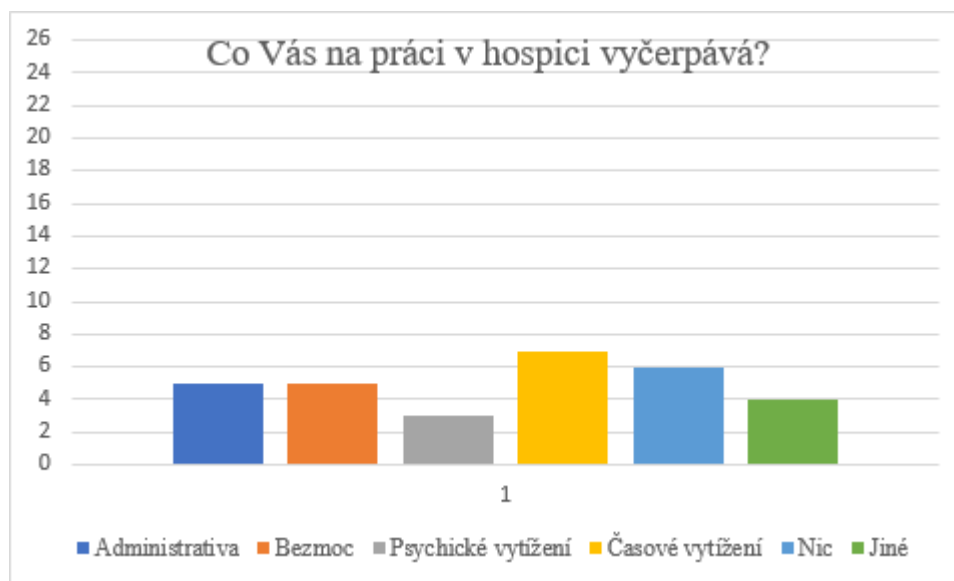
(zdroj: autor)

V této otázce jsem se zabývala tématem naplnění z práce a spokojenosti v práci. Cílem bylo zjistit, co respondenty v jejich práci naplňuje. Nejvíce respondentů zmínilo ve svých odpovědích vděčnost klientů. Pro 10 respondentů je tedy nejvíce naplňující vidět spokojené klienty, kterým poskytli vhodné služby a ti mohou z tohoto světa odcházet smířeni se svým osudem a vděčností za poslední okamžiky na světě.

Pro 8 respondentů je důležité a naplňující vědět, že jejich práce má smysl. Naplňuje je vědomí toho, že to, co člověk dělá je pro někoho přínosné. Pro 7 respondentů je také velmi důležité mít možnost pomáhat, ať už díky vlastní zkušenosti či jen díky velké empatii. 5 respondentů ve své odpovědi zmínilo kolektiv. Mít pozitivní a podporující kolektiv je jistě velký základ pro naplňující zaměstnání. V zařízení typu hospic, kde tým pracovníků musí úzce spolupracovat, je to obzvlášť důležité. Jeden respondent odpověděl, že ho naplňuje víra v Boha a že to, co dělá, je v souladu s jeho přesvědčením.

Otázka č. 11

Graf 11



(zdroj: autor)

V této otázce jsem se zabývala tím, co může pracovníky v hospicové péči naopak demotivovat a vyčerpávat. Cílem bylo tedy zjistit, co respondenty na jejich práci vyčerpává. 5 respondentů zmínilo ve svých odpovědích administrativu. Nadměrná byrokracie a zbytečné papírování je demotivuje tuto práci dělat a vyčerpává je.

Dalším pojmem zmíněným v odpovědích 5 ti respondentů je bezmoc. Zdrojem bezmoci může být neschopnost dostatečně pomoci, či vzájemné nepochopení mezi klientem a pracovníkem. Psychické vyčerpání zmínili ve své odpovědi 3 respondenti a časové vyčerpání zmínilo respondentů 7. To, že práce v hospicové péči vyžaduje vysoké soustředění a častou potřebnou pohotovost se promítá do psychického stavu pracovníků. Toto vysoké očekávání může skončit demotivací. 6 respondentů uvedlo, že je nic nevyčerpává.

4 respondenti uvedli čtyři odlišné odpovědi. 1 respondent uvedl ve své odpovědi jako vyčerpávající neustálé shánění financí. Jelikož financování hospice je z velké míry z darů a příspěvků veřejnosti, záleží na fundraisrech činnost hospice. Další respondent uvedl, že k vyčerpání mu přispívá vědomí vlastní smrti, které se mu každý den připomíná. Dalšího 1 respondenta vyčerpává doprovázení známé osoby, kde se velice emotivně angažuje.

A poslední 1 respondent ve své odpovědi uvedl, že k vyčerpání mu přispívá nevědomost veřejnosti o tématu hospicové péče.

Otázka č. 12

Graf 12



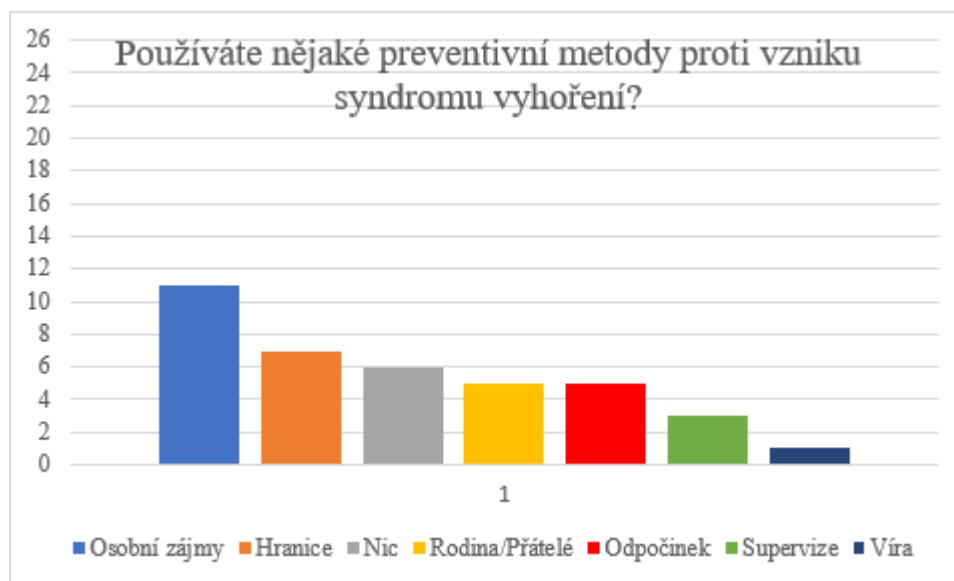
(zdroj: autor)

Syndrom vyhoření je nebezpečím pro všechny pomáhající profese. Z tohoto důvodu jsem zařadila i dvě otázky na toto téma do mého výzkumu.

Při prožívání syndromu vyhoření člověk ztrácí motivaci pro svou práci. V mém výzkumu 16 respondentů (61,5 %) má osobní zkušenost se syndromem vyhoření. Část z nich si jím prošla a již má na symptomy tzv. čich a díky tomu již ví, kdy zpomalit. A část si jím prošla opakovaně. Zbýlých 10 respondentů (38,5 %) se syndromem vyhoření osobní zkušenost nemá.

Otázka č. 13

Graf 13



(zdroj: autor)

Jak jsem již zmínila, syndrom vyhoření přímo souvisí s motivací. Proto jsem do svého výzkumu zařadila i otázku, která měla za cíl zjistit, zda pracovníci používají nějaké preventivní metody proti vzniku syndromu vyhoření. Pouze 6 respondentů ve své odpovědi uvedlo, že žádné metody nepoužívá. 11 respondentů ve své odpovědi zmínilo dostatečný čas na své osobní zájmy. Ať je to sport, koníčky či chození do přírody. Dalším pojmem, který byl zmíněn 7 respondenty jsou hranice. Mít správně nastavené hranice a vědět kdy přestat nebo si jen dát pauzu je velice důležité.

5 respondentů uvedlo, že je důležité trávit čas s rodinou/přáteli. Dalších 5 respondentů uvedlo ve svých odpovědích čas na odpočinek. Vědomí, že je potřeba se zastavit a nedělat nic do práce je velice nápomocné při péči o svoje duševní zdraví. Pouze 3 respondenti uvedli, že využívají možnost supervize. Poslední, 1 respondent uvedl, že jeho preventivní metodou proti syndromu vyhoření je víra v Boha a vědomí toho, že vše má svůj smysl.

5.7. Závěr výzkumného šetření

Cílem mého výzkumného šetření bylo zjistit jaké motivy a motivace mají pracovníci v Hospici sv. Jiří. Dotazovanou skupinu tvořilo 26 pracovníků v hospicové péči. Výzkum jsem prováděla dotazníkem s otevřenými otázkami, a vyhodnocovala metodou trsů. Výzkumné šetření není aplikovatelné na jiné skupiny lidí a má čistě informativní charakter.

Dle výsledků výzkumu je motivací respondentů pro práci jejich osobní zkušenost se smrtí, kde se často setkali s nežádoucími podmínkami pro smrt jejich blízkých. Dále je to vědomí smysluplnosti této práce či potřeba pomáhat. Tato práce jim dává prostor naplňovat své potřeby pro pomoc lidem. Pracovníky v této práci naplňuje a motivuje i vděčnost klientů a jejich blízkých. Dále je naplňuje vědomí toho, že jejich činnost a jejich pomoc má obrovský smysl a dokáže měnit životy klientů. Pro pracovníky je také velice naplňující pozitivní kolektiv, který je tvořený z podobně smýšlejících lidí.

Se syndromem vyhoření má zkušenost více než polovina respondentů. Většina provozuje preventivní metody proti jeho vzniku.

Nikdo z respondentů ve své odpovědi nezmínil, že by ho naplňoval zisk či peníze za odvedenou práci. Je to tedy důkaz o tom, že pracovníci v hospicové péči mají motivaci spíše ve smysluplnosti práce a ve vědomí toho, že pomáhají lidem. V přímé konfrontaci se smrtí má člověk možnost každý den přehodnocovat své postoje a hodnoty.

Vyčerpání a demotivaci způsobuje přílišné časové a psychické vytížení, obsáhlá administrativa a pocit bezmoci při nedostatečných možnostech pomoci.

Do hospicové péče většina pracovníků přišla ze zdravotní či sociální péče, tudíž věděli, že chtějí pomáhat, avšak chtěli pomáhat jiným způsobem.

Závěr

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jaká je motivace pracovníků v hospicové péči. Práce se skládá ze čtyř teoretických kapitol a z kapitoly závěrečné, v níž popisují výsledky výzkumného šetření.

V teoretických kapitolách jsem vysvětlila základní pojmy jako hospicová péče, paliativní péče, umírání a smrt, a motivaci se zaměřením na oblast práce v hospicové činnosti. Praktická část se skládala z dotazníkového šetření v konkrétním hospici v ČR a následné analýzy odpovědí pomocí metody vytváření trsů.

Omezujícím pro výzkumné šetření byl velký počet respondentů a snaha o zhodnocení jejich odpovědí z kvalitativního hlediska. Nakonec jsem zvolila metodu, která dle mého mínění byla pro tento typ šetření vhodná.

Výsledky šetření potvrdily můj předpoklad, že pracovníci v hospicové péči mají spíše vnitřní motivaci (smysluplnost práce) než vnější (finanční ohodnocení). Stejně jako v jiných neziskových organizacích je hlavní motivací pracovníků touha pomáhat potřebným lidem, stát se na situaci požadovanou dobu součástí jejich příběhu a podepřít slabé doprovázením v rámci svého vnitřního i vědomostního vybavení.

Žádný z respondentů nezmínil ve své odpovědi jako zdroj své motivace finanční ohodnocení. Je známo, že v neziskových organizacích je mnohem potřebnější „sebemotivace“ než je tomu v jiných sférách. Motivace vždy závisí na osobních postojích a hodnotách jedince. V tomto šetření se potvrdilo, že do hospicové péče chodí pracovat osoby s podobným hodnotovým nastavením.

Vědět, jaká je motivace pracovníků v organizaci s takto náročnou náplní práce, je podle mě velice důležité. Je to důležité nejen pro pracovníky samotné ale také pro ostatní lidi, kteří si díky těmto informacím mohou přehodnotit své postoje. Pro čtenáře může být přínosem i to, že jsem se snažila přiblížit smrt jako přirozenou součást života.

6. Použitá literatura

Knižní zdroje:

1. ADAIR, John Eric. *Efektivní motivace*. Praha: Alfa Publishing, 2004. Management (Alfa Publishing). ISBN 80-86851-00-1.
2. ADAM, Zdeněk, VORLÍČEK, Jiří a Yvona POSPÍŠILOVÁ, ed. *Paliativní medicína. 2.*, přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0279-7.
3. ARMSTRONG, Michael a Stephen TAYLOR. *Řízení lidských zdrojů: moderní pojetí a postupy: 13. vydání*. Přeložil Martin ŠIKÝŘ. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5258-7.
4. BAUM, Detlef a Ostravská univerzita. *Výzkumné metody v sociální práci*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2014. ISBN 978-80-7464-390-3.
5. BEDRNOVÁ, Eva a Ivan NOVÝ. *Psychologie a sociologie řízení. 3.*, rozš. a dopl. vyd. Praha: Management Press, 2007. ISBN 978-80-7261-169-0.
6. BĚLOHLÁVEK, František. *Jak řídit a vést lidi*. Brno: Computer Press, 2003. ISBN 80-7226-840-6.
7. CALLANAN, Maggie, Patricia KELLEY a Cesta domů (sdružení). *Poslední dary: jak porozumět zvláštnímu vnímání a potřebám umírajících*. Praha: Vyšehrad, 2005. ISBN 80-7021-819-3
8. DISMAN, Miroslav a Univerzita Karlova. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. Praha: Karolinum, 1998. ISBN 80-7184-141-2.
9. HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Velký psychologický slovník*. Ilustroval Karel NEPRAŠ. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-686-5.
10. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti. 2.*, přeprac. vyd. Praha: Galén, c2007. ISBN 978-80-7262-471-3.
11. HAWKINS, Peter a Robin SHOHET. *Supervize v pomáhajících profesích*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-715-9.
12. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.
13. HYHLÍK, František a Milan NAKONEČNÝ. *Malá encyklopedie současné psychologie. 2.*, dopln. vyd. Praha: SPN, 1977. Knihnice psychologické literatury.
14. JANKOVSKÝ, Jiří. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-329-6.
15. KALVACH, Zdeněk a Ondřej SLÁMA. *Vzdělávání v paliativní péči: návrh vzdělávacích programů pro pregraduální a postgraduální přípravu lékařů*. Praha: Cesta domů, c2004. ISBN 80-239-4333-2.

16. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Hořet, ale nevyhořet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2012. Orientace (Karmelitánské nakladatelství). ISBN 978-80-7195-573-3.
17. MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3171-1.
18. MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4.
19. NAVRÁTIL, Pavel. *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Marek Zeman, c2001. ISBN 0-903070-0-0.
20. PETRUSEK, Miloslav, Hana MAŘÍKOVÁ a Alena VODÁKOVÁ. *Velký sociologický slovník*. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 80-7184-311-3.
21. PRAŽÁK, Josef Miroslav, František NOVOTNÝ a Josef SEDLÁČEK. *Latinsko-český slovník*. Vyd. 20. (v KLP v této podobě 1.). Praha: KLP-Koniasch Latin Press, 1999. ISBN 80-85917-51-3
22. PROVAZNÍK, Vladimír a Růžena KOMÁRKOVÁ. *Motivace pracovního jednání*. 2. přeprac. vyd. Praha: Oeconomica, 2004. ISBN 80-245-0703-x.
23. RADBRUCH, Lukas a Sheila PAYNE. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě: doporučení Evropské asociace pro paliativní péči*. Praha: Cesta domů, 2010. ISBN 978-80-904516-1-2.
24. RŮŽIČKA, Jiří. *Motivace pracovního jednání*. 4. dotisk 2. přepr. vyd. Praha: VŠE, 1996. ISBN 80-7079-626-x.
25. SLÁMA, O. L. KUBELKA a J. VORLÍČEK et al., *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, 2007, ISBN 978-80-7262-505-5.
26. *Standardy hospicové paliativní péče*. Praha: Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, 2007.
27. SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 5. dopl. vyd. Praha: Ecce homo, 2003. ISBN 80-902049-4-5
28. ŠPINKOVÁ, Martina a Štěpán ŠPINKA. *Standardy domácí paliativní péče: podklady pro práci týmů domácí paliativní péče*. Praha: Cesta domů, 2004. ISBN 80-239-4329-4.
29. VEBER, Jaromír. *Management: základy, moderní manažerské přístupy, výkonnost a prosperita*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Management Press, 2009. ISBN 978-80-7261-274-1.
30. VÉVODA, Jiří. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4732-3.
31. VOKURKA, Martin a Jan HUGO. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf, c2002. ISBN 80-85912-43-0.
32. YALOM, Irvin D., *Pohled do slunce: o překonávání strachu ze smrti*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-376-5.

Elektronické zdroje:

33. Adresář služeb. *Umírání, informační portál pro nemocné, pečující a pozůstalé* [online] © [cit. 16.02.2020]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/adresarsluzeb#11/50.1023/14.2863>
34. *Asociace Hospicu* [online]. Copyright © 2010 všechna práva vyhrazena [cit. 27.02.2020]. Dostupné z: <https://www.asociacehospicu.cz/>
35. CIMRMANNOVÁ, T. *Sociální etika* [online]. Copyright © [cit. 30.04.2020]. Dostupné z: https://htf.cuni.cz/HTF-103-version1-cimrmannova_socialni_etika.pdf
36. *Česká společnost paliativní medicíny* [online]. Copyright © 2016 [cit. 27.04.2020]. Dostupné z: <https://www.paliativnimedicina.cz/>
37. Fáze vyrovnávání se s těžkou nemocí a ztrátou. *Umírání, informační portál pro nemocné, pečující a pozůstalé* [online]. © [cit. 01.03.2020]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/rady-a-informace/faze-vyrovnavani-se-s-tezkou-nemoci-a-ztratou>
38. FILEC, V. Úloha ministerstva zdravotnictví při vzniku hospicového zařízení v České republice. *Hospice.cz.* [online]. © 2003-2006, [cit.02.01.2020]. Dostupné z: <http://www.hospice.cz/otazky-a-odpovedi/kde-a-co-si-mohu-precist-o-hospicich/>
39. Historie paliativní péče. *Umírání, informační portál pro nemocné, pečující a pozůstalé* [online]. © [cit.17.01.2020]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/clanky/historie-paliativni-pece>
40. *Hospic sv. Jiří v Chebu* [online]. Copyright © [cit. 10.04.2020]. Dostupné z: <https://www.hospiccheb.cz/>
41. KAŇÁK, J. *Metody a techniky sociálního výzkumu* HTF UK, 2017/18, zimní sem.
42. Komplikované truchlení. *Cesta domů. Digital Publishing Platform for Magazines, Catalogs* [online] Copyright © [cit.02.01.2020]. Dostupné z: https://issuu.com/cestadomu/docs/cd_letak_komplikovane_truchleni_dl_2019_issuu
43. KOUROVÁ, P. Martina Špinková, chtěla bych mít čas přejít ten most. *Xantypa.* 12/2017[online]. Copyright © XANTYPA 2020 [cit. 30.04.2020]. Dostupné z: <http://www.xantypa.cz/cislo-casopisu/xantypa-12-17/3483-3/martina-spinkova>
44. KOVÁŘOVÁ, I. Jana Sieberová: Není dobré, aby člověk umíral osamocen. *Jičínský deník - informace, které jsou vám nejbliž* [online]. Copyright © [cit. 30.04.2020]. Dostupné z: https://jicinsky.denik.cz/zpravy_region/jana-sieberova-neni-dobre-aby-clovek-umiral-osamocen-20150118.html
45. KUBÁČKOVÁ, E. Motivační systém konkrétní neziskové organizace s ohledem na potřeby zaměstnanců *Sociální práce/Sociálna práca* 2/2010 [online] Copyright © [cit. 10.02.2020]. Dostupné z: http://socialniprace.cz/soubory/socprac0210komplet_web-100624191633-140219132801.pdf
46. MIČOLOVÁ, D. MUDr. Marie Svatošová – Aby tu byla jiná alternativa než zabíjení nemocných. *Budu Pomáhat* [online] Copyright © [cit. 03.01.2020]. Dostupné z:

- <http://www.budupomahat.cz/clanky/mudr-marie-svatosova-aby-tu-byla-jina-alternativa-nej-zabijeni-nemocnych>
47. Paliativní péče *Umírání, informační portál pro nemocné, pečující a pozůstalé* [online] © [cit. 30.01.2020]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/rady-a-informace/paliativni-pece>
 48. Palliative care for noncommunicable diseases: a global snapshot. *WHO World Health Organization* [online]. Copyright © [cit. 03.03.2020]. Dostupné z: <https://www.who.int/publications-detail/palliative-care-for-noncommunicable-diseases-a-global-snapshot>
 49. Poslední dny a týdny. *Umírání.cz, informační portál pro nemocné, pečující a pozůstalé* [online] Copyright © [cit. 12.02.2020]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/book/export/html/10751>
 50. Práce v hospici aneb vyjádření pracovníků o svém působení v hospici. *Hospic sv. Jiří v Chebu* [online]. Copyright © Hospic Sv. Jiří o. p. s. [cit. 21.04.2020]. Dostupné z: <http://www.hospiccheb.cz/rubrika/clanky/prace-v-hospici-aneb-vyjadreni-pracovniku-o-svem-pusobeni-v-hospici.html>
 51. SKÁLA, Bohumil, Ondřej SLÁMA a Jiří VORLÍČEK, et al. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci: Doporučený a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře* [online]. 1. vydání. Praha: Společnost všeobecného lékařství, 2011. Dostupné z: <https://www.svl.cz/files/files/Doporucene-postupy-2008-2012/paliativni-pece-2011.pdf>
 52. Standardy hospicové paliativní péče. *Asociace Hospicu* [online]. Copyright © 2010 všechna práva vyhrazena [cit. 17.04.2020]. Dostupné z: <http://asociacehospicu.cz/standardy-hospicove-paliativni-pece/>
 53. Standardy mobilní specializované paliativní péče, *Česká společnost paliativní medicíny* [online]. Copyright © 2016 [cit. 14.04.2020]. Dostupné z: <https://www.paliativnimedicina.cz/standardy-mobilni-specializovane-paliativni-pece/>
 54. Standardy paliativní péče. *Česká společnost paliativní medicíny* [online]. Copyright © 2016 [cit. 27.03.2020]. Dostupné z: https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/11/standardy_pp_cspm_2013_def.pdf
 55. SVATOŠOVÁ, M.: Hospic nabízí lidštější alternativu *České noviny* [online]. Copyright © 2020 ČTK [cit. 30.04.2020]. Dostupné z: <https://www.ceskenoviny.cz/zpravy/marie-svatosova-hospic-nabizi-lidstejsialternativu/348928>
 56. *Umírání, informační portál pro nemocné, pečující a pozůstalé.* [online] Copyright © [cit. 12.04.2020]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/>
 57. *Úvod - Hospic Sv. Jiří Tachov* [online]. Copyright © Lenka Lašková [cit. 21.01.2020]. Dostupné z: <https://hospictachov.cz/>

7. Seznam příloh:

Příloha č. 1: Dotazník

Příloha č. 2: Soupis použitých příloh

Dotazník:

Motivace pracovníků v hospicové péči

Anonymní dotazník

Dobrý den, obracím se na Vás s prosbou o vyplnění mého dotazníku. Jmenuji se Kateřina Mrázková, jsem studentkou Husitské teologické fakulty v Praze, oboru Sociální a charitativní práce. Toto dotazníkové šetření se týká mé bakalářské práce na téma Motivace pracovníků v hospicové péči. Dotazník je zcela anonymní a jeho výsledky budou použity výhradně pro účely mé bakalářské práce. Předem Vám moc děkuji za Váš čas a za spolupráci.

1. Pohlaví

Nápověda k otázce: Vyberte jednu odpověď Žena Muž

2. Věk

Vyberte jednu odpověď: méně než 18, 19-25, 26-35, 36-45, 46-60, 61 a více

3. Nejvyšší dokončené vzdělání

Vyberte jednu odpověď základní vyučen/a střední s maturitou vysokoškolské vyšší odborné

4. Rodinný stav

Vyberte jednu odpověď: žije sám/a, žije s manželem/partnerem, s manželkou /partnerkou

5. Máte děti?

Vyberte jednu odpověď: Ano Ne

6. Pracovní pozice

Vyberte jednu nebo více odpovědí: sociální pracovník/ce, doktor/ka, zdravotní sestra/bratr, duchovní, fundraiser, jiná...

7. Co Vás přivedlo k rozhodnutí pracovat v hospicové péči?

Prosím o podrobnou odpověď.

8. Je práce v hospicové péči Vaše první zaměstnání?

Vyberte jednu odpověď: Ano, Ne-kde jste pracoval/a předtím?

9. Co Vás přimělo opustit bývalé povolání?

Pokud je hospicová péče Vaše první odpovězte: nic.

10. Co Vás na práci v hospici naplňuje?

Prosím o podrobnou odpověď.

11. Co Vás na práci v hospici vyčerpává?

Prosím, o podrobnou odpověď.

12. Máte osobní zkušenost se syndromem vyhoření?

Pokud ano popište jakou.

13. Používáte nějaké preventivní metody proti vzniku syndromu vyhoření?

Napište případně jaké.

Soupis použitých příloh:

- Graf 1
- Graf 2
- Graf 3
- Graf 4
- Graf 5
- Graf 6
- Graf 7
- Graf 8
- Graf 9
- Graf 10
- Graf 11
- Graf 12
- Graf 13
- Tabulka 1