

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

**Motivace sester pro výkon povolání v agentuře domácí  
péče**

bakalářská práce

Autor práce: Eva Urbanová  
Studijní program: Ošetrovatelství  
Studijní obor: Všeobecná sestra  
  
Vedoucí práce: Mgr. Alena Machová

Datum odevzdání práce: 3. května 2013

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci na téma „Motivace sester pro výkon povolání v agentuře domácí péče“ jsem vypracovala samostatně, pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 3. května 2013

.....

Eva Urbanová

## **Poděkování**

Mé poděkování patří zejména paní Mgr. Aleně Machové za její odborné vedení mé bakalářské práce, za její čas, cenné rady a věcné připomínky, které mi ochotně poskytovala. Dále bych chtěla poděkovat sestřičkám z níže uvedených agentur domácí péče za ochotu a vstřícnou spolupráci a jejich vedoucím, za kladné vyjádření při posuzování žádosti o provedení šetření. Touto cestou děkuji i paní Mgr. Štěpánce Neuschlové a panu Miroslavu Koblihovi, kteří mi ochotně pomáhali s překlady anglických textů. V neposlední řadě děkuji také mému manželovi a našim dvěma synům, za trpělivost a podporu, kterou mi po celou dobu mého studia věnovali.

## Abstrakt

**Název bakalářské práce: Motivace sester pro výkon povolání v agentuře domácí péče.**

**Současný stav:** Agentury domácí péče poskytují komplexní zdravotní i pečovatelskou službu jedincům všech věkových kategorií, chronicky nemocným a umírajícím v jejich přirozeném domácím prostředí, nebo v rodinách u svých blízkých. Domácí péči indikuje praktický lékař na základě aktuálního zdravotního stavu klienta. Péče je hrazena z veřejného zdravotního pojištění a je poskytována multidisciplinárním týmem odborníků složený z lékařů, sester, fyzioterapeutů, logopedů, sociálních pracovníků a jiných neméně důležitých odborníků. Lidské výkony však nejsou podávány bezdůvodně. Potřeba být užitečný je zakotvena hluboko v každém člověku v jeho osobnosti. Nejdůležitější faktor, který určuje chování každého jedince je situace, ve které se v danou chvíli nachází. Motivace se tedy mění v průběhu času a také vlivem různých okolností (Šamánková, 2006; Cejthamr a Dědina, 2010).

**Cíl výzkumného šetření:** Záměrem výzkumného šetření bylo identifikovat motivační činitele sester pracujících v agenturách domácí péče, v souvislosti s výběrem a výkonem povolání. Na základě záměru výzkumné práce, byly stanoveny následující dílčí cíle. Prvním cílem bylo zmapovat, jaké důvody vedly sestry pro výběr povolání v ADP, a druhým stanoveným cílem bylo zjistit, jakým způsobem jsou sestry v ADP motivovány. Třetí cíl výzkumného šetření mapuje, které osobnostní znaky mají sestry v ADP společné.

**Metodika:** Pro zpracování tématu bakalářské práce byla zvolena forma kvalitativního výzkumného šetření. K získání informací byla použita technika hloubkového rozhovoru metodou dotazování. Sběr dat byl uskutečněn v období únor až březen 2013. Získaná data byla následně analyzována metodou otevřeného kódování.

**Výzkumný soubor:** Výzkumný soubor tvořilo 6 sester poskytujících odbornou ošetrovatelskou péči klientům v jejich přirozeném prostředí, pracujících ve vybraných agenturách působících v jižních Čechách. Pro realizaci výzkumného šetření byly získány písemné souhlasy ze tří agentur domácí péče.

**Výsledky:** Výsledkem metody otevřeného kódování bylo identifikováno pět kategorií. První kategorie odhaluje aspekty, které ovlivnily sestry při volbě zdravotnické profese. Sestry byly při volbě svého povolání velmi ovlivněny zkušenostmi s nepříznivým zdravotním stavem z okruhu svých blízkých, nebo samy v sobě cítily potřebu pomáhat a starat se o nemocné. Při výběru povolání v agentuře domácí péče byly sestry ovlivněny především důvody sociálního charakteru, které identifikuje druhá kategorie. Nejčastěji se pro zaměstnání v agentuře rozhodovaly sestry po návratu z mateřské dovolené, kdy upřednostňují absenci směnnosti. Dalším důvodem je nevšední a zajímavé pracovní prostředí a možnosti, které jim tato práce nabízí. Třetí kategorie popisuje motivační činitele, které sestry shledávají především v rozmanitosti a volnosti v jejich pracovním prostředí, jež jim nabízí možnost samostatnosti, seberealizace, naplnění cílů a předpokladů. Za důležité považují dostatek uznání ze strany klienta a jeho rodiny, ale také ze strany zaměstnavatele. Cítí uspokojení ze své práce a z možnosti kontaktu s lidmi. Významnou roli zastává i pracovní kolektiv, který označují za nedílnou součást výkonu jejich práce. Čtvrtá kategorie odhaluje demotivující faktory, které sestry ve své práci pociťují. Patří mezi ně především nedostatek uznání a zájmu ze strany zaměstnavatele, nízké finanční ohodnocení, komunikační bariéra a neefektivní spolupráce mezi ošetrovatelským týmem, nedostatek pracovních sil a nejistota. Osobní rysy, kterými se sestry prezentují, charakterizuje poslední pátá kategorie. Vlastnosti, k nimž jednomyslně patří zájem o klienta, jeho zdraví, spokojenost a psychickou pohodu, lze označit pojmy prosociální chování, empatie, zodpovědnost, samostatnost a důslednost. Výše specifikovanými kategoriemi byl vytvořen proces interakce těchto skupin, které se určitým způsobem vzájemně ovlivňují.

**Závěr:** Závěr z této práce by měl směřovat především ke spokojenosti poskytovatelů, ale zároveň i příjemců odborné ošetrovatelské péče. Praktickým výstupem této bakalářské práce je rámec doporučení, určený vedoucímu managementu agentur domácí péče, týkající se oblasti motivace svých zaměstnanců uvedený v kapitole 6.1.

**Klíčová slova:** domácí péče, motivace, potřeba, pracovní prostředí, sestra

## **Abstract**

**The title of the bachelor's thesis: The nurses motivation to exercise of a profession in the Home Care Agency.**

**Current state:** Home care agencies provide comprehensive health and care services for individuals of all ages, chronically ill and those dying in their natural home environment or in families by their close relatives. A general practitioner indicates home care according to the current health status of the client. Care is covered by public health insurance and it is provided by a multidisciplinary team of experts consisting of doctors, nurses, physiotherapists, speech therapists, social workers and other no less important professionals. However, human performance is not given without reason. The need to be useful is deeply embedded in every man in his personality. The most important factor that determines the behavior of each individual is a situation in which we occur at the moment. The motivation is therefore change over the time and due to different circumstances (Šamánková, 2006; Cejthamr a Dědina, 2010).

**Objectives of the research:** The aim of the research was to identify the motivating factors of nurses working in home care agencies, related to the occupational choice and profession. The following objectives were established on based of this research project. The first objective was to indicate the reasons why the sisters have chosen an occupation in HCA and second objective was to determine how the nurses are motivated in HCA. The third objective of the research maps which personality characteristics have in common sisters in HCA.

**Methodics:** The form of qualitative research was chosen for elaboration of the subject of the bachelor's thesis. The technique of depth interview by method of questioning was used to obtain the information. Data collection was carried out during the period of February to March 2013. The acquired data were then analyzed using open coding method.

**The research group:** The research sample was consisted of 6 nurses, who work in selected agencies operating in southern Bohemia, providing professional nursing care to

clients in their natural environment. The written consents from three home care agencies were obtained for the realization of the research.

**Results:** Five categories were identified as a result of the method of open coding. The first category reveals aspects that influenced nurses in choosing of a medical profession. The sisters were really influenced during choosing their profession by the experience of adverse health condition from the circle of loved ones or they felt in themselves the need to help and care for the sick persons. The nurses, when they chose their carrier in the agency home care, were affected mainly by social nature reasons, that are identify in the second category. The nurses after returning from maternity leave decide mostly for a job in the agency, because they prefer the absence of the shift work. Another reason is an unusual and interesting working environment, opportunities that this job offers to them. The third category describes the motivational factors that give nurses especially diversity and freedom in their working environment, which offers them the option of independence, self-fulfillment, fulfillment of the objectives and assumptions. The nurses considered to be very important a recognition of the client and his family, but also from the employer's side. They feel the satisfaction of their work and also of the possibility to be in contact with people. An important role also takes a working team, which they describe as an integral part of their work performance. The fourth category reveals demotivating factors that nurses' experience in their work. These include in particular the lack of recognition and interest from employers, low salaries, communication barriers and inefficient cooperation among nursing team, labor shortages and uncertainty. The last fifth category is characterized especially by personal traits, which the nurses present. Behavior to which unanimity belongs interested in the client and his health, satisfaction and psychological well-being can be described by concepts pro-social behavior, empathy, responsibility, independence and consistency. The above specified categories established a process of interaction of these groups that interact among themselves in a certain way.

**Conclusion:** The conclusion of this thesis should be directed primarily to satisfy providers, but also the recipients of professional nursing care. The practical outcome of this bachelor's thesis is a framework of recommendations designated for head of the

management of home care agencies, concerning the motivation of employees referred to in section 6.1.

**Key words:** home care, motivation, need, working environment, nurse



# Obsah

ÚVOD .....	12
1 Současný stav .....	14
1.1 Domácí ošetrovatelská péče .....	14
1.1.1 Domácí péče v České republice .....	15
1.1.2 Výhody a cíle domácí péče .....	16
1.1.2.1 Formy domácí péče .....	17
1.1.2.2 Zřizovatelé a poskytovatelé domácí péče .....	18
1.1.2.3 Financování domácí péče .....	19
1.1.3 Úloha sestry v domácí péči .....	20
1.1.3.1 Ošetrovatelský proces a ošetrovatelská dokumentace v domácí péči .....	21
1.1.3.2 Příprava a vedení návštěvy v domácím prostředí .....	23
1.2 Motivace .....	24
1.2.1 Motivační teorie .....	25
1.2.2 Motivace pracovního jednání .....	26
1.2.3 Motivační přístupy .....	27
1.3 Pracovní prostředí .....	28
1.3.1 Bezpečnost práce a ochrana zdraví .....	28
1.3.2 Služby poskytované zaměstnancům .....	29
2 Cíle a výzkumné otázky .....	30
2.1 Cíle práce .....	30
2.2 Výzkumné otázky .....	30
3 Metodika .....	31
3.1 Použitá metoda .....	31
3.2 Výběr výzkumného souboru .....	32
3.3 Charakteristika výzkumného souboru .....	33
4 Výsledky .....	34
4.1 Kategorizace výsledků rozhovorů .....	34
4.1.1 Kategorie volba zdravotnické profese .....	34
4.1.2 Kategorie výběr zaměstnání v ADP .....	35

4.1.3	Kategorie motivace sester v zaměstnání v ADP .....	37
4.1.4	Kategorie demotivující prvky .....	39
4.1.5	Kategorie charakteristické rysy sestry v ADP .....	41
4.2	Seznam podkategorií (kódů) .....	44
5	Diskuze .....	46
6	Závěr .....	53
6.1	Doporučení pro praxi .....	54
7	Seznam použité literatury .....	56
8	Klíčová slova .....	61
9	Přílohy .....	62
9.1	Seznam příloh .....	62

## Seznam použitých zkratk

ADP	agentura domácí péče
ADP ČR	Asociace domácí péče České republiky
DZP	domácí zdravotní péče
HCA	Home Care Agency
KDP	komplexní domácí péče
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NCO NZO	Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů

## Úvod

Na myšlenku k vypracování této bakalářské práce na téma motivace sester pro výkon povolání v agentuře domácí péče, mě přivedla přednáška v předmětu Komunitní ošetrovatelství. Do té doby jsem měla jen velmi malé povědomí o činnosti agentur domácí péče a o sestřích, které tuto službu poskytují. Cítila jsem potřebu dozvědět se mnohem více o této oblasti zdravotnického systému a zjištěné výsledky prezentovat.

Cílem této bakalářské práce je přiblížit lidským pohledem sestru jako poskytovatele odborné ošetrovatelské péče klientům v domácím prostředí. Záměrem výzkumného šetření je soustředit se především na potřeby sester v souvislosti s výkonem jejich povolání a zmapovat, čím a jakým způsobem jsou ve své práci motivovány, jak vnímají svou práci a zda pociťují ve svém zaměstnání také nějaké negativní činitele, které by mohly jejich práci ovlivňovat.

Sestry pracující v agenturách domácí péče jsou plnohodnotnými zdravotnickými profesionály, jejichž práce je vázána vysokou profesionalitou, znalostmi, svědomitostí a odpovědností. Velkou měrou k výkonu jejich práce může přispět i jejich zaměstnavatel, který má dnes velké možnosti v oblasti motivace svých zaměstnanců. Ať už se bude jednat o motivační faktory vnější v podobě finančního ohodnocení, vhodného pracovního prostředí či různých zaměstnaneckých benefitů, ale i o motivační faktory vnitřní, mezi které se řadí zejména uznání, možnost vlastního rozvoje, vzdělávání aj.

Agentury domácí péče dnes poskytují komplexní zdravotní i pečovatelskou službu jedincům všech věkových kategorií, tedy od novorozenců po seniory, chronicky nemocným a umírajícím v jejich přirozeném domácím prostředí, nebo v rodinách u svých blízkých. Domácí péči indikuje praktický lékař na základě zdravotního stavu klienta a poskytovaná péče vždy vychází z aktuálních potřeb klienta. Nespornou výhodou domácí péče je umožnění nemocnému zůstat ve svém přirozeném domácím prostředí a zároveň využití služeb domácí péče může výrazně přispět ke zkrácení doby hospitalizace.

Péči v domácím prostředí zajišťuje multidisciplinární tým profesionálních odborníků 24 hodin denně 7 dní v týdnu 365 dní v roce, kteří poskytují vysoce odbornou, specializovanou i laickou péči. Tento tým je tvořen lékaři, sestrami,

fyzioterapeuty, psychology, sociálními pracovníky a řadou jiných neméně důležitých odborností, jejichž složení v týmu je variabilní a řídí se aktuálními potřebami klientů (Misconiová, 2006; Šamánková, 2006).

Podle statistických údajů Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky, poskytovalo ke konci roku 2011 v České republice služby domácí zdravotní péče 472 pracovišť s více než 3 tisíci odbornými zdravotnickými pracovníky. Služeb domácí péče využilo 147 tisíc klientů, z nichž asi čtyři pětiny byly ve věku 65 let a více. V průběhu roku 2011 pracovníci agentur domácí péče uskutečnili u pacientů celkem 5,9 milionů návštěv. Celkem bylo provedeno 11,6 milionů výkonů. 96% z nich bylo hrazeno z veřejného zdravotního pojištění (Wija, 2012).

# 1 Současný stav

## 1.1 Domácí ošetrovatelská péče

Počátky ošetrovatelské péče sahají do období raného středověku. Péče o člověka má však mnohem starší historii. Pomoc druhému člověku, je považováno za přirozenou vlastnost. Vzhledem k úrovni medicínských poznatků té doby, byla domácí péče jedinou a nevyhnutelnou formou péče. V domácnostech se léčilo, rodilo a umíralo. Dominující postavení v opatrovnické péči zaujímaly především ženy, což bylo dáno jejich vrozenou potřebou pečovat o druhé (Kutnohorská, 2010; Hanzlíková 2007).

Nejširší všeobecně uznávaná definice domácí ošetrovatelské péče byla přijata v roce 1980: „Domácí ošetrovatelská péče je součástí kontinuální zdravotní péče, jejíž pomocí se poskytují zdravotní, sociální a podpůrné služby jednotlivcům a rodinám v místě jejich bydliště a v komunitě s cílem podpory, udržování nebo navrácení zdraví, nebo alespoň dosažení maximální možné nezávislosti při současné minimalizaci důsledků neschopnosti a nemoci včetně terminálních stavů.“ (Hanzlíková, 2007, s. 247)

Světová zdravotnická organizace definuje domácí ošetrovatelskou péči jako jakoukoliv formu péče, poskytovanou lidem v jejich domovech. Do této formy péče patří zajišťování fyzických, psychických, paliativních a duchovních potřeb (Jarošová, 2007).

Domácí péče představuje jeden z nejrychleji se rozvíjejících systémů zdravotní péče. Domácí péče je poskytována jedinci v jeho přirozeném sociálním prostředí, což bezpochyby přispívá k psychické pohodě člověka a hraje tak významnou roli v procesu uzdravování. Domácí péče je zajišťována multidisciplinárním týmem pracovníků, kteří poskytují péči dle aktuálního stavu klienta v jeho vlastním přirozeném prostředí (rodina, sestra, lékař, sociální pracovník, fyzioterapeut, nutriční terapeut, psycholog aj.). Jedná se o propojenou formu péče, a proto se někdy označuje také jako komplexní domácí péče (dále jen KDP). Je složena z odborné zdravotnické péče poskytované klientovi na základě indikace ošetřujícího lékaře. Základ domácí péče tvoří princip subsidiarity –

aktivní péče a pomoc ke svépomoci s podporou a rozvojem všech zbytkových potenciálů jedince (Jarošová, 2007; Hanzlíková, 2007).

V rámci zdravotní péče je domácí ošetrovatelská péče rozdělena dle zaměření aktivit na primární, sekundární a terciární péči. Primární péče je zaměřena na ochranu, upevňování a návrat zdraví, ale také především na prevenci onemocnění formou edukace, uspokojování potřeb jednotlivců, rodin a skupin. Sekundární zdravotní péče se zaměřuje na prevenci komplikací již vzniklého onemocnění. Tato péče je poskytována ve zdravotnických institucích, jakými jsou léčebny, hospice, nemocnice aj. Ošetrovatelská péče v rámci terciární zdravotní péče se zaměřuje na dokončení terapeutického procesu a na zlepšení zdravotního stavu klienta a je poskytována zejména v domácnostech klientů, rehabilitačních zařízeních či zařízeních dlouhodobé péče (Jarošová, 2007).

### ***1.1.1 Domácí péče v České republice***

Zlom v poskytování zdravotní péče nastává v České republice po roce 1989. Jde o období transformace, reformy struktury, řízení a financování zdravotnictví. Od roku 1990 vznikají v Čechách první agentury domácí péče při České katolické charitě. Tuto činnost MZ ČR v roce 1991 legalizovalo a povolilo její dvouletý experiment. V domácnostech klientů začalo pracovat 40 agentur domácí péče (Hanzlíková, 2007).

V počátcích vývoje domácí péče v České republice stál opatrný postoj klientů a ošetřujících lékařů k této formě péče. Obdobný pohled byl i na systém péče sociální. Postupem času a kladením důrazu na lidskost, kvalitu a efektivitu péče se systém domácí a sociální péče začlenil mezi plnohodnotné formy zdravotní a sociální péče. V koncepci zdravotní a sociální péče se stal pojem „domácí péče“ novým heslem. Domácí péče je propojenou formou zdravotní péče (mezinárodní termín Home care) a sociální péče (mezinárodní termín Home help), včetně péče laické poskytované klientovi v jeho přirozeném sociálním prostředí. Příjemcem takové péče se stává

jedinec, který je z důvodu změněného zdravotního a sociálního stavu plně odkázán na péči druhé osoby (Misconiová, 2006).

V České republice je domácí péče dle vyhlášky MZ ČR 55/2000 formálně evidována jako odbornost 925 – domácí zdravotní péče a je vedena formou zdravotní a sociální péče prováděnou v přirozeném prostředí klienta. O potřebnosti zdravotní péče o jejím rozsahu, obsahu a frekvenci rozhoduje ošetřující praktický lékař nebo ošetřující lékař za hospitalizace klienta. Domácí péče navazuje na léčebnou péči ošetřujících lékařů, specialistů ve zdravotnických zařízeních a doplňuje ji. Časově omezena domácí péče v České republice není. Indikuje-li ji lékař na základě zhodnocení zdravotního stavu klienta, může být domácí péče poskytována nepřetržitě. Zároveň je lékařem na základě aktuálního zdravotního stavu indikována základní zdravotní a sociální péče, odborná zdravotní a sociální péče nebo specializovaná zdravotní a sociální péče. Domácí péče je tedy určena klientům, u kterých již není vyžadován pobyt v nemocničních zařízeních, ale současně nestačí laická domácí péče. Cílem domácí péče v České republice je dosáhnout integrované formy zdravotní péče a sociální pomoci. Doporučená dostupnost domácí péče je 24 hodin denně, 7 dní v týdnu, 365 dní v roce (Jarošová, 2007; Haškovcová, 2002).

Základní jednotkou domácí ošetrovatelské péče je agentura domácí péče (dále jen ADP), která může být státním, či nestátním zdravotnickým zařízením (Misconiová, 1998).

### ***1.1.2 Výhody a cíle domácí péče***

Domácí péče má řadu nesporných výhod jak pro klienta, tak pro samotný zdravotnický systém. Mezi výhody domácí péče patří snižování nákladů na léčbu o třetinu až polovinu díky zkrácování doby hospitalizace. Péče o klienta v domácím prostředí je zajišťována víceoborovým – multidisciplinárním týmem, který je schopen sestavit plán péče dle individuálních potřeb klienta. V rámci domácí péče jsou klientovi poskytovány komplexní činnosti ošetrovatelské, léčebné, rehabilitační,



psychoterapeutické aj. Výhodou je též poskytování dlouhodobé péče, jejíž délka se odvíjí od potřeb klienta a jeho rodiny. Domácí péče se také zaměřuje na podporu zdraví zahrnující preventivní činnost v podobě primární, sekundární a terciární prevence. Nespornou výhodou je též zabránění traumatizace klienta odloučením od rodiny. To znamená, že klient zůstává ve svém sociálním prostředí se svými blízkými (Jarošová, 2007; Šamánková, 2006).

Mezi hlavní cíle domácí ošetrovatelské péče patří pomoc jednotlivci, rodině, skupině v podpoře zdraví nebo v nemoci, edukovat klienta a jeho rodinu k zodpovědnosti za vlastní zdraví, vedení klienta k nejvyšší možné úrovni soběstačnosti, vedení k činnostem upevňující zdraví klienta, vedení k návratu zdraví nebo umožnit nemocným v terminální fázi života umírat ve svém domácím prostředí v kruhu svých blízkých (Hanzlíková, 2007; Jarošová, 2007).

#### *1.1.2.1 Formy domácí péče*

Domácí péči dělíme do několika forem, mezi které patří akutní domácí péče, dlouhodobá domácí péče, preventivní domácí péče, domácí hospicová péče a v neposlední řadě domácí péče ad hoc tzv. jednorázová domácí péče (Jarošová, 2007).

Akutní domácí péče je indikována u klientů s akutním krátkodobým onemocněním. Jejich stav nevyžaduje hospitalizaci. Akutní domácí péče je indikována lékařem u klientů s akutní exacerbací choroby kardiovaskulární, neurologické, gastrointestinální, urologické. Zahrnuje specializovanou formu péče zejména klientům v pooperačním či poúrazovém stavu. Péče je poskytována krátkodobě v rozsahu několika dnů až týdnů (Jarošová, 2007).

Nejrozšířenější formou domácí péče v České republice je péče dlouhodobá. Je určena klientům s chronickým onemocněním, vyžadujících dlouhodobou a pravidelnou péči kvalifikovaným personálem. Jedná se zejména o klienty po mozkových příhodách, s roztroušenou sklerózou, komplikovaným diabetem, klienty s částečným či plným ochrnutím nebo o klienty s duševním onemocněním. Jde o vysoce integrovanou formu

péče, kde se prolínají zdravotní i sociální aktivity. Tato forma péče je poskytována v rozsahu několika měsíců až let (Jarošová, 2007).

Forma preventivní domácí péče je určena klientům, u kterých ošetřující lékař doporučí pravidelné sledování jejich zdravotního i duševního stavu. Pracovníci domácí péče provádějí měření fyziologických funkcí, monitorují celkový stav klienta a případné zjištěné změny ihned předávají ošetřujícímu lékaři. Forma preventivní péče je poskytována týdně nebo měsíčně (Jarošová, 2007).

Domácí hospicová péče je určena klientům v preterminálním a terminálním stádiu života, u nichž lékař předpokládá ukončení jejich terminálního stavu nejdéle do šesti měsíců. Pracovníci domácí péče zajišťují klientům odbornou péči zahrnující mimo jiné management bolesti a emocionální podporu klientovi a jeho blízkým (Jarošová, 2007).

Poslední zmíněnou formou domácí péče je péče ad hoc. Tato forma péče je nejčastěji indikována z důvodů časového omezení ordinačních hodin ošetřujícího lékaře. Jde o mimořádné jednorázové využití domácí péče k provedení jednorázových odborných výkonů, jakými jsou např. odběry biologického materiálu, jednorázová aplikace injekce bez zavedení domácí péče (Jarošová, 2007).

#### *1.1.2.2 Zřizovatelé a poskytovatelé domácí péče*

Zřizovatelem ADP může být jak státní instituce, kde zřizovatelem je stát, např. fakultní nemocnice, polikliniky, obce, tak i nestátní instituce. Mezi nestátní instituce se řadí např. občanská sdružení, humanitární organizace (Český červený kříž), církevní sdružení (Česká katolická charita, Diakonie, Maltézští rytíři) apod. Zřizovatelem ADP mohou být i samostatné právnické či fyzické osoby (Šamánková, 2006; Hanzlíková, 2007).

Pro bezpečný provoz agentury, je zřizovatel ADP povinen dodržovat zdravotnické a hygienicko-epidemiologické podmínky. Mezi základní předpoklady pro provoz ADP je registrace na příslušném krajském úřadě, uzavření smluv s pojišťovnami a dohoda s praktickými lékaři. Dále je jasně definováno materiální a technické vybavení a

zabezpečení ADP, které také schvaluje kompetentní krajský úřad. Je vhodné, aby ADP měla vypracovanou koncepci, vymezenou oblast působnosti, zajištěné financování a v neposlední řadě kvalifikovaný zdravotnický personál, jehož obsazení se řídí odbornostmi zabezpečujícími výkony, které ADP poskytuje, ale také schváleným počtem. Každá ADP může poskytovat různé služby za úhradu. Má zpracovaný přesný ceník služeb, který je povinna dodržovat (Vonešová a Machová, 2011; Šamánková, 2006).

Ošetrovatelská péče v domácím prostředí je poskytována multidisciplinárním týmem odborníků, kteří poskytují odbornou, specializovanou i laickou péči. Tým je tvořen lékaři, sestrami, rehabilitačními pracovníky, logopedy, ergoterapeuty, psychology, duchovními, sociálními pracovníky. Složení týmu je variabilní. Je závislé na typu organizace ADP, na rejstříku požadovaných služeb a na rozsahu klientely. Většina poskytovatelů, je sdružována v Asociaci domácí péče České republiky (ADP ČR), která svým členům ukládá, ve znění svých platných stanov, řadu podmínek v oblasti vzdělávání a etických aspektů. Sestry jsou registrovány a jsou vázány zákonnou povinností zdravotníka pracujícího bez odborného dohledu – Zák. 96/2004 Sb. (Misoniová, 2006; Šamánková, 2006).

Dle platných právních norem musí odborný pracovník ADP poskytující péči splňovat po ukončeném kvalifikačním vzdělání 5 let odborné praxe ve zdravotnickém zařízení, z toho 2 roky odborné praxe u lůžka. V současné době probíhá pregraduální vzdělávání sester v bakalářských studijních programech ošetrovatelství na vysokých školách a absolvováním oboru všeobecná sestra na vyšších odborných školách (Jarošová, 2007).

### *1.1.2.3 Financování domácí péče*

Domácí ošetrovatelská péče je hrazena z veřejného zdravotního pojištění na základě vyhlášky MZ ČR č. 331/2007 Sb., ve znění pozdějších předpisů, která vymezuje seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami (Vonešová a Machová, 2011).

V tomto seznamu zdravotních výkonů má své místo odbornost 925 – sestra pro domácí péči. Zde jsou naprosto přesně definovány možnosti v ordinaci domácí péče. Úkon je spojen s vykazováním administrativní práce ošetřujícího personálu. Možnosti ošetrovacích návštěv se dělí do čtyř typů. Jedná se o délku ošetrovacích návštěv v rozmezí 15, 30, 45 nebo 60 minut. Péče poskytovaná ADP může být placena samotnými pacienty, kteří nemají zdravotní pojištění, pacienty jejichž zdravotní pojišťovna nemá smluvní vztah s poskytovatelem péče, nebo výkony, které nejsou hrazeny ze zdravotního pojištění. Finanční prostředky mohou být získávány v podobě sponzorských darů, prostředků z nadací, grantů apod. (Misconiová, 2006; Šamánková, 2006).

### ***1.1.3 Úloha sestry v domácí péči***

Sestra je ve své práci povinna respektovat čtyři základní prvky ošetrovatelství, mezi které patří péče o zdraví, předcházení nemocem, zlepšování zdravotního stavu a tišení bolesti. Základní standard pro jednání sestry s nemocným, jeho rodinou, komunitou a širokou veřejností, vyjadřuje Etický kodex (příloha 1). Etický kodex byl vypracován a poprvé přijat Mezinárodní radou sester v roce 1953 (NCO NZO, 2003; NCO NZO, 2006).

Role sestry se v moderním ošetrovatelství stále rozvíjí. Sestra se stává rovnocennou členkou zdravotnického týmu, schopnou samostatné práce v oblasti své působnosti. Se změnou kompetencí se mění i obsah práce sestry a profese se stává samostatnější. V moderním ošetrovatelství sestra zastává funkce pečovatele, edukátora, obhájce práv a potřeb nemocného, koordinátora a asistenta (Staňková, 2002).

Sestra v domácí péči poskytuje péči celé komunitě a to jak v primární, sekundární tak i v terciární prevenci. Dále se podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, neodkladné nebo dispenzární péči o jednotlivce a skupiny osob v jejich vlastním sociálním prostředí. Sestra pracující v domácí péči je zdravotnický pracovník s vyšší kvalifikací, který samostatně poskytuje, organizuje a řídí ošetrovatelskou

činnost, včetně vysoce specializované ošetrovatelské péče. Vedle běžných činností sestry pracující bez odborného dohledu, sestra v domácí péči komplexně analyzuje zdravotní a sociální situaci jednotlivce, skupiny či rodiny jak z hlediska vzájemného souladu zdravotní a sociální péče, tak z hlediska ošetrovatelské péče. Sestra pracující v domácí péči musí být způsobilá k zhodnocení problémů a k jejich řešení, k jednání s lidmi, k organizování a k plánování práce. Musí umět nakládat s informacemi, rozvíjet se a být rozhodná. Důležitým předpokladem je v domácím ošetrovatelství týmová spolupráce. Mezi osobní požadavky komunitní sestry bezesporu patří odhodlanost, preciznost, koncentrace, rozhodnost, empatie, komunikace, samostatnost, odpovědnost, jistota, pohotovost, zručnost a schopnost sociálního kontaktu (Čechová a Kalvach, 2011; Karnetová, 2012).

#### *1.1.3.1 Ošetrovatelský proces a ošetrovatelská dokumentace v domácí péči*

Staňková (2005) označuje ošetrovatelský proces jako sérii vzájemně propojených činností, které jsou prováděny ve prospěch nemocného, případně za jeho spolupráce při individualizované ošetrovatelské péči. Ošetrovatelský proces se uskutečňuje v pěti fázích. Zhodnocení či posouzení nemocného, stanovení ošetrovatelské diagnózy, plánování ošetrovatelské péče, provedení navržených opatření a zhodnocení efektu poskytnuté péče. Fáze ošetrovatelského procesu se vzájemně prolínají a opakují.

Ošetrovatelský proces ve všech jeho fázích umožňuje holistický pohled na jedince a tím reagovat na aktuální i potenciální problémy jedince. Ošetrovatelský proces přináší výhody jak samotnému příjemci, tak i poskytovateli péče. Pro příjemce znamená ošetrovatelský proces kvalitní a plánovanou péči, která je zaměřená na komplexní uspokojování všech potřeb jednotlivce, rodiny, komunity nebo společnosti. Zaznamenáním plánu péče je zajištěna návaznost a kontinuita péče a v neposlední řadě je nespornou výhodou účast klienta na péči, kdy sám příjemce péče může rozvíjet zručnost v péči, ve vztahu o sebe sama a stává se tím zodpovědnější za dosažení jeho cíle. Mezi pozitiva ošetrovatelského procesu pro poskytovatele ošetrovatelské péče patří

důsledné a systematické ošetrovatelské vzdělávání, spokojenost v zaměstnání, odborný růst, vyhnutí se rozporu se zákonem, splnění ošetrovatelských norem a splnění norem akreditovaných pracovišť (Tóthová, 2009).

K prvnímu posouzení klienta domácí péče sestrou dochází při první návštěvě v domácnosti. Sestra důsledně zaznamenává objektivní a subjektivní informace o klientovi a jeho rodině, které získává pomocí dotazníků a formulářů. Aby byly rozpoznány problémy klienta, stanovuje sestra domácí péče na základě zjištěných dat ošetrovatelské diagnózy. V České republice je používána podrobná klasifikace ošetrovatelských diagnóz pod názvem NANDA. Sestra, která využívá a zpracovává získané informace, je plně zodpovědná za sestavování ošetrovatelských diagnóz. Plánované ošetrovatelské aktivity jsou plně vázány na ošetrovatelské diagnózy. Sestra spolu s klientem a jeho rodinou plánuje krátkodobé i dlouhodobé cíle a stanovuje individuální plán ošetrovatelských intervencí. Plánované cíle jsou zaměřeny na podporu, udržení, navrácení zdraví a na prevenci komplikací. Neméně důležitou součástí ošetrovatelského procesu je přesné určení nejvhodnější zdravotní péče a stanovení očekávaných výsledků. Vhodně stanovené výsledky zajišťují návaznost péče a musí být zaznamenány do ošetrovatelské dokumentace klienta. Plán sestavený dle individuálních potřeb klienta je realizován na základě doporučení před návštěvou, v průběhu nebo po skončení návštěvy u klienta. O nejvhodnějším způsobu provedení plánovaných zásahů rozhoduje sestra tak, aby bylo dosaženo co nejlepší úrovně zdraví a funkční zdatnosti klienta. Vzhledem ke stanoveným cílům a očekávaným výsledkům hodnotí sestra spolu s klientem, jeho rodinou a zúčastněnými odborníky klientův stav. Během návštěv mohou být na základě klientova zdravotního stavu cíle upravovány nebo stanovovány cíle nové (Jarošová, 2007; Misconiová, rok neuveden).

V České republice zatím neexistuje jednotná ošetrovatelská dokumentace pro domácí péči. Avšak snahou ADP ČR je docílit zásadní změny ve sběru, analýze a záznamu získaných dat. Zavedení nové dokumentace do domácí péče by měla pomoci všem členům týmu agentur domácí péče ve sběru informací a analýzy dat souvisejících s bio-psycho-sociálně-ekonomickými potřebami klienta (Misconiová, rok neuveden).

### *1.1.3.2 Příprava a vedení návštěvy v domácím prostředí*

Pro poskytování ošetrovatelské péče je návštěva v domácím prostředí nezbytnou součástí provozu agentur zajišťujících domácí péči. Na rozdíl od nemocničních zařízení, kde je o klienta postaráno v mnoha ohledech, se klient v domácím prostředí o své potřeby stará sám nebo s pomocí rodiny. Schopnost provést úspěšnou návštěvu v klientově sociálním prostředí je umění, které vyžaduje určité znalosti z oblasti klinické praxe, psychologie, poradenství, komunikace apod. (Misconiová, 1998).

První návštěva v domácím prostředí klienta, dává sestře jedinečnou možnost zmapovat sociální prostředí klienta a zároveň analyzovat, jakým způsobem ovlivňuje jeho zdraví a život. Návštěva klienta je sestavena z několika úkonů, které by měly být prováděny při každé další návštěvě. Aby bylo možné sestavit účinný ošetrovatelský plán, musí být návštěva u klienta pečlivě naplánována a prováděna v logickém sledu tak, aby sestra efektivně využila čas pro získání potřebných informací. Příprava návštěvy je charakterizována v několika následujících fázích, mezi které v první řadě patří určení rozsahu návštěv, které je dáno předchozími zkušenostmi sestry či na základě indikace ošetrujícího lékaře. Následující návštěva se odvíjí již od splněných cílů léčebné a ošetrovatelské péče. Důležité je určení druhu prováděné návštěvy, jež se odvíjí od posouzení vztahu s klientem a jeho rodinou. Dále na stanovení určitých cílů, které budou dále prováděny při příštích návštěvách (Misconiová, 1998).

Následující návštěvy mohou být zaměřeny na zvláštní technickou pomoc, zvažování ošetrovatelského plánu, nebo mohou být zaměřeny na edukaci klienta i jeho blízkých. Neméně důležité je stanovení priorit, což je vázáno na zhodnocení situace sestrou a zaměřením se na potřeby, které musí být splněny ihned a které mohou být splněny při následující návštěvě. Důležitým aspektem je znalost pacienta a jeho rodiny. Informace lze získat z anamnestických údajů, zvláště byla-li klientovi již v minulosti poskytnuta ošetrovatelská péče v domácím prostředí. Informace lze čerpat i ze zkušeností ostatních spolupracovníků týmu. V takovém případě nesmí docházet k ovlivňování subjektivními názory, jejichž zdrojem mohou být právě ostatní zaměstnanci. S tím úzce souvisí možná předpojatost, které by se měl ošetrující personál

vyvarovat. Je třeba rozlišit podobnosti zhodnocené sestrou při návštěvě a indikací a charakterem ošetrovatelské péče, která byla klientovi poskytována již v minulosti. Klient má právo na jedinečnost péče tak, jak jedinečný je jeho plán ošetrovatelské péče (Misconiová, 1998).

Vůbec prvním kontaktem s klientem a jeho rodinou před samotnou návštěvou v jeho domácím prostředí je telefonický rozhovor. Tento počáteční kontakt, který je s klientem nebo jeho rodinou navázán, určuje tón pro návštěvy následující. Důležitým bodem je bezpečnost a bezpečnostní opatření poskytovatelů péče v domácím prostředí před návštěvou i během návštěvy. Většina agentur zajišťující domácí péči má zpracované směrnice k zajištění bezpečnosti svých zaměstnanců a každý zaměstnanec by měl být s obsahem těchto směrnic pravidelně seznamován. Neméně důležitou fází je příprava materiálu a kontrola zásob. V tomto případě jde o důkladně připravený sesterský kufřík, který se stal tradičním symbolem sestry poskytující domácí ošetrovatelskou péči. Jeho vybavení či vzhled si určuje sama agentura. Jedno musí mít ale společné a tím je možnost dodržení aseptických postupů v domácnostech z důvodu zabránění přenosu patogenů mezi klienty (Misconiová, 1998).

## **1.2 Motivace**

Motivace je pojem odvozený od latinského výrazu „movere“ – pohybovat se. Motivace je soubor specifických podmínek, které vzbuzují a udržují aktivitu jedince, který se orientuje na určitý směr a k určitému cíli. Mezi základní motivující činitele patří osobnost člověka, potřeby a okolní prostředí. Motivace znamená vůli jednat (Balková a Zibrinová, 2012; Dluhošová a Tkáčová, 2011).

Za základní jednotku motivace lze považovat motiv. Motivy jsou faktory, které určují směr aktivity, její obsah a průběh chování, intenzitu takové aktivity a délku chování této činnosti. Délku obvykle ukončuje uspokojení potřeby, která aktivitu vyvolala. Motivy vznikají v závislosti na vzájemném působení vnitřních a vnějších činitelů. Zdrojem motivu vnitřního činitele je potřeba, která se stává impulzem



k chování. Z vnějšího hlediska může být motivačním činitelem pobídka. To znamená, určitý vnější podnět vyvolává vznik potřeby a ta se stává motivem k jednání. Motivace je úzce spojena s emocemi, respektive s emočním prožitkem. Emoční prožitky, které doprovázejí navození potřeb, jednání i dosažení cíle, lze považovat za usměrňující a integrující složku motivace. Emoce zároveň fungují jako zpětná vazba, která jedince informuje o úrovni uspokojení (Vágnerová, 2007; Zacharová a Šimíčková-Čížková, 2011).

### *1.2.1 Motivační teorie*

Motivační teorie zobecňuje důvod a způsob chování. Jedním ze způsobů ovlivnění motivace je stanovení cílů. Účast na stanovení cílů dává jedinci pocit osobního vlastnictví a spouští motivační proces, který zdokonaluje chování. V moderním managementu se můžeme setkat s několika různými motivačními teoriemi. Lze je rozdělit do dvou skupin, teorie potřeby a teorie motivačního procesu. Abraham Herold Maslow vidí hlavní princip motivace v hierarchickém uspořádání potřeb dle naléhavosti (příloha 2). Dle jeho zjištění lidé, kteří mají uspokojeny základní potřeby, jsou mnohem šťastnější, zdravější a výkonnější. Tito lidé pocítují touhu po sebenaplnění a dále usilují o seberealizaci. Herzbergova teorie je dělena do dvou skupin s odlišným postavením a funkcemi procesu motivace. Jsou jimi faktory hygieny, do kterých zahrnuje peníze (plat), podnikovou politiku a řízení, personální řízení, mezilidské vztahy, pracovní podmínky (fyzikální), jistotu pracovního místa a motivátory vnitřních pracovních potřeb, které tvoří výkon, uznání, obsah práce, zodpovědnost, pracovní postup, možnost rozvoje. Herzbergova teorie spolu s Maslowovou hierarchií potřeb patří k nejznámějším teoriím pracovní motivace (Dlugošová a Tkáčová, 2011; Grohar-Murray a DiCroce, 2003).

Další teorií je teorie X a teorie Y Douglase McGregora. Ačkoliv není jednoznačně řazena mezi motivační teorie, má závažné důsledky i pro oblast motivace. Základem jeho teorie tvoří především stanovení efektivních principů vedení lidí. McGregorova

teorie X a Y zobrazuje dva protikladné, zcela odlišné soubory tvrzení o lidských bytostech a o práci. Jedinci, spadající do teorie X, se práci vyhýbají, nemají práci rádi, mají malé ambice, potřebují kontrolu, řízení a vynucování. Reagují až pod hrozbou trestu. Teorie X je pesimistická, strnulá, statická a vyjadřuje stav, kdy jsou podřízení pracovníci vedeni především svými nadřízenými. Naproti tomu teorie Y je pružná a dynamická. Jedinci typu Y jsou odhodlanější, sami se řídí a kontrolují, rádi pracují a sami vyhledávají náročné úkoly a povinnosti. Kolman (2012) uvádí, že cílem McGregora bylo upozornit svými teoriemi X a Y na fakt, že jací lidé jsou, záleží na tom, jak se s nimi zachází (Dlugošová a Tkáčová, 2011; Grohar-Murray a DiCroce, 2003).

### ***1.2.2 Motivace pracovního jednání***

Lidské výkony nejsou podávány bezdůvodně. Potřeba být užitečný je zakotvena hluboko v každém člověku v jeho osobnosti. Pro každého je motivem něco jiného. Cejthamr a Dědina (2010) uvádějí, že nejdůležitějším prvkem, které určuje chování, je situace, ve které se jednotliví pracovníci nacházejí. Dle jejich tvrzení se motivace mění v průběhu času a také vlivem různých okolností.

Pracovní motivace úzce souvisí s podaným výkonem v zaměstnání a spokojeností jedince. Důležitým aspektem při motivaci je rozlišení mezi dvěma druhy motivace. Jedná se o motivaci vnitřní a motivaci vnější. U vnitřní motivace hraje roli takový motiv, který u jedince vyvolává jednání a vztahuje se přímo k obsahu a cílům úkolu. Mezi klasické prvky motivace patří obsahově atraktivní činnosti, odpovědnost, rozšiřování schopností, rozšiřování kvalifikace, uznání a výkon. O vnější motivaci lze hovořit tehdy, jestliže jsou jedinci ovlivňováni a podněcováni k pracovnímu výkonu faktory zvenčí. Tato vnější motivace však nepůsobí trvale. To znamená, že jakmile dojde k přerušení dodávání vnějších podnětů zvenčí, přestává fungovat. Typickými vnějšími podněty jsou peníze, postavení a titul, privilegia, jistota a v neposlední řadě také pracovní podmínky. Z výše uvedeného jednoznačně vyplývá, že motivovat nelze

jen mzdou nebo platem jako kompenzací za vykonanou práci. Finanční odměna není jediným ani prioritním faktorem, který motivuje pracovníka k určitému jednání a pracovní výkonnosti. Úkolem každého manažera je zjištění a znalost motivačních faktorů, a jejich stimulace, které vedou k využití schopností jednotlivých pracovníků (Daigler, 2008; Neščáková, 2008).

### ***1.2.3 Motivační přístupy***

Dle Armstronga (2008) lze motivační přístupy rozdělit do tří skupin, mezi které patří hodnocení lidí, finanční odměňování a poskytování nefinančních odměn. Tvrdí, že motivace se zvýší, pokud mají lidé pocit, že jsou ohodnoceni. To znamená, že je třeba investovat do jejich úspěchu, posilovat v lidech důvěru, poskytnout jim možnost rozvoje svých znalostí a dovedností potřebných ke zlepšení svého výkonu, poskytnout jim úplné informace a zacházet s nimi jako s rovnými partnery. Udává, že motivace v podobě finančního odměňování je sice hmatatelnou formou uznání a velmi účinným prostředkem, nicméně nemusí být prostředkem k trvalé spokojenosti. Říká, že existuje několik skupin lidí, mezi které patří i skupina těch, pro které je jediným faktorem při výběru zaměstnání výše jejich mzdy. Tento typ lidí však jejich práce plně neuspokojuje, protože jedinou jejich motivací se stává pouze finanční ohodnocení. Mezi nefinanční odměny řadí především osobní uznání, pracovní úspěch, odpovědnost, rozhodovací pravomoc a příležitost pro osobní rozvoj a růst. Výše uvedené motivační přístupy shrnul Armstrong do deseti kroků, které mají vést k dosažení vyšší motivace zaměstnanců. V nich se mimo jiné zmiňuje také o důležitosti stanovování náročných, ale dosažitelných cílů, dobrému využívání systému odměňování, poskytnutí účinného vedení a v neposlední řadě klade důraz na zpětnou vazbu.

### **1.3 Pracovní prostředí**

„Pracovní prostředí tvoří souhrn všech materiálních podmínek pracovní činnosti (stroje a zařízení, manipulační prostředky, osobní a ochranné prostředky, ostatní vybavení pracovišť, suroviny a materiál, stavební řešení), které spolu s dalšími podmínkami (technologii, organizací práce, společenskými podmínkami práce) vytváří faktory – fyzikální, chemické, biologické, sociálně psychologické a další – ovlivňující pracovníka v průběhu pracovního procesu. Skladba a úroveň pracovního prostředí působí na pracovní pohodu, výkon, ale i zdravotní stav pracovníka. Náročná adaptace na nepříznivé pracovní prostředí vyvolává u pracovníka nespokojenost nebo odpor, který se zpravidla odrazí i v jeho vztahu k zaměstnavateli.“ (Koubek, 2009, s. 353)

Z výše uvedeného vyplývá, že pracovní prostředí utváří mnoho pracovních faktorů. Obecně bývají zdůrazňovány složky pracovního prostředí, kterými jsou prostorové řešení pracoviště, mikroklimatické podmínky, osvětlení, barevná úprava pracoviště, čistota ovzduší, hluk, vibrace a záření. Soubor výše uvedených složek, s výjimkou prostorového řešení pracoviště, tvoří fyzikální podmínky práce. Fyzikální podmínky práce jsou zpravidla objektivně měřitelné a v zájmu ochrany pracovníků je žádoucí udržování jejich úrovně, která je upravována hygienickými předpisy (Koubek, 2009; Kocianová, 2010).

#### ***1.3.1 Bezpečnost práce a ochrana zdraví***

Zaměstnavatel je povinen vytvářet a zlepšovat zdravé a bezpečné pracovní podmínky ve všech činnostech svých zaměstnanců na všech úrovních řízení. Zároveň je zaměstnavatel povinen všestranně pečovat o bezpečnost a ochranu zdraví svých zaměstnanců na pracovišti. Při vytváření bezpečného a neohrožujícího pracovního prostředí v oblasti bezpečnosti a ochrany zdraví při práci, plní zaměstnavatelé své úkoly jednak vhodnou formou organizace práce a také systémem opatření vedoucích k prevenci rizik. Zaměstnanci mají právo na zajištění ochrany zdraví a bezpečnosti při

práci, taktéž mají právo na informace o nevyhnutelných rizicích jejich práce a na informace o takových opatřeních, které zabrání jejich působení. Zaměstnanci jsou též povinni dodržovat bezpečnostní předpisy, používat ochranné pomůcky, účastnit se školení, účastnit se pravidelných lékařských prohlídek a jednat v souladu se směrnicemi o bezpečnosti a ochraně zdraví na pracovišti. Hlavním cílem výše uvedených opatření je zejména zabránit vzniku pracovních úrazů a nemocí z povolání (Jakubka, 2009; Koubek, 2009). Bezpečnost práce sledují příslušné orgány státního dozoru, kterými jsou hygienická služba podřízená Ministerstvu zdravotnictví a Český úřad bezpečnosti práce se svými inspektoráty, který je podřízený Ministerstvu práce a sociálních věcí (Kocianová, 2010).

### ***1.3.2 Služby poskytované zaměstnancům***

Služeb, které mohou být nabízeny pracovníkům ze strany zaměstnavatele či organizace, je značné množství. Lze je rozdělit do dvou skupin. První skupinu zaujímají služby, které je možné poskytnout zaměstnancům na pracovišti. Patří mezi ně např. systém stravování pracovníků, zařízení sloužící osobní hygieně, oddechu a ukládání osobních věcí. Ačkoliv jsou tyto služby zakotveny v zákoně a musejí odpovídat určitým normám, jedná se v tomto případě spíše o poskytnutí dodatečných nebo nadstandardních služeb. Dále to mohou být služby související s používáním pracovních oděvů a ochranných pomůcek, např. praní a údržba, poskytnutí příspěvku na jejich pořízení apod. Další poskytovanou službou může být zajištění dopravy do zaměstnání, popřípadě poskytnutí příspěvku na dopravu a v neposlední řadě možnost poradenské služby týkající se pracovních záležitostí zaměstnance. Druhou skupinu poskytovaných služeb tvoří tzv. sociální služby, nabízené pracovníkům a jejich rodinám. Jedná se zejména o využití volného času, poradenské služby, které se netýkají pracovních záležitostí, služby zlepšující životní podmínky zaměstnanců např. bydlení, jesle, mateřské školy, půjčky, dobrovolná pojištění aj. (Koubek, 2009).

## **2 Cíle a výzkumné otázky**

### **2.1 Cíle práce**

Cílem výzkumného šetření je identifikovat motivační činitele sester pracujících v agenturách domácí péče, v souvislosti s výběrem a výkonem povolání.

Byly stanoveny tyto dílčí cíle:

**Cíl 1:** Zmapovat, jaké důvody vedly sestry pro výběr povolání v ADP.

**Cíl 2:** Zjistit, jakým způsobem jsou sestry v ADP motivovány.

**Cíl 3:** Zmapovat, které osobnostní znaky mají sestry v ADP společné.

### **2.2 Výzkumné otázky**

Na základě stanovených cílů, byly položeny následující výzkumné otázky:

**VO 1:** „Jaké jsou důvody sester pro výběr povolání v ADP?“

**VO 2:** „Čím jsou sestry v ADP motivovány?“

**VO 3:** „Jaké osobnostní znaky pojí sestry pracující v ADP?“

## 3 Metodika

### 3.1 Použitá metoda

Pro zpracování tématu bakalářské práce byla zvolena metoda kvalitativního výzkumného šetření. K získání informací byla využita metoda dotazování a technika hloubkového rozhovoru. Dle Švaříčka (in Švaříček, Šed'ová a kol., 2007) lze hloubkový rozhovor (in-depth interview) definovat jako nestandardizované dotazování jednoho účastníka výzkumu obvykle jedním výzkumníkem pomocí otevřených otázek. Podle Kutnohorské (2009) je výhodou otevřených otázek volnost v odpovědi, která je respondentovi ponechána a zároveň se mu nenapovídá předem žádné řešení.

V rámci dotazování, na základě průběžně získaných informací, byly respondentkám pokládány doplňující otázky. Předností těchto doplňujících otázek je, že specifikují pole pro odpověď a nutí respondenta držet téma dané otázkou (Kutnohorská, 2009). K rozhovoru byl předem připraven rámec otázek (příloha 3), který byl zároveň součástí žádosti o provedení výzkumného šetření.

Rozhovory byly realizovány v období měsíců únor a březen 2013 se sestrami pracujícími v agenturách domácí péče. Termíny setkání byly s ohledem na časovou vytíženost sester předem telefonicky dojednány, stejně tak čas i místo jejich provedení. Místem provedení bylo po dohodě ve dvou případech domácí prostředí tazatelky a ve zbývajících případech byly místem realizace klidné denní místnosti v jednotlivých agenturách. Před započítím rozhovorů byla každá z dotazovaných sester seznámena s tématem, cíli a metodikou výzkumu. V úvodu byly též položeny otázky identifikačního charakteru. Identifikační údaje jsou zpracovány do přehledné tabulky (Tabulka 1). Průměrná délka rozhovorů byla 45 minut až 1,5 hodiny. Rozhovory byly se souhlasem respondentek zaznamenávány na audio zařízení (diktafon) a po jejich ukončení byly výsledky přímou transkripcí zpracovány do textové podoby v programu Microsoft Word (příloha CD). Takto zpracované údaje byly převedeny do tištěné formy a analyzovány metodou otevřeného kódování. Metodu otevřeného kódování, popisují Švaříček, Šed'ová a kol. (2007) jako techniku, použitelnou a používanou díky své

jednoduchosti a zároveň účinnosti ve velmi široké škále kvalitativních projektů. Dále uvádí, že kódování obecně představuje operace, pomocí nichž jsou získané údaje rozebrány, specifikovány a složeny novým způsobem.

Získané údaje z rozhovorů byly pečlivě prostudovány a podrobeny analýze technikou otevřeného kódování v ruce, způsobem papír a tužka (příloha 4), (Švaříček, Šedřová a kol., 2007). Nejprve byly v textu barevně odlišeny jednotlivé pojmy, které byly následně hlouběji rozpracovány a kódovány slovy vystihujícími význam jednotlivých celků. Tímto způsobem bylo identifikováno pět kategorií.

Při analýze dat byly jednotlivé řádky rozhovorů očíslovány. Řádky jsou počítány zvlášť u každého rozhovoru, počínaje první položenou otázkou. Tento řádek je tedy považován za řádku 1. Rozhovory s jednotlivými respondentkami jsou značeny symbolem S1 až S6 (S2/58 rozhovor 2, řádka 58). V rámci kódování byl vytvořen seznam kódů uvedený v podkapitole 4.2.

Poslední krok výzkumu spočíval ve vytvoření závěrů a ukončení výzkumného šetření.

Na základě zjištěných skutečností vyplývajících z analýzy dat, byl pro objasnění problematiky spadající do čtvrté kategorie uskutečněn také rozhovor s praktickým lékařem, kterému byly položeny celkem čtyři dotazy (příloha 5). Získané informace jsou uvedeny v závěrečné diskuzi.

### **3.2 Výběr výzkumného souboru**

Výběr výzkumného souboru byl záměrný. Kritériem pro tento výběr bylo, že sestry, které pracují v jednotlivých agenturách, poskytují odbornou zdravotnickou péči. Pro výběr výzkumného souboru byla využita metoda tzv. sněhové koule. Tuto metodu označuje Miovský (2006) jako metodu, založenou na kombinaci účelového výběru a náhodného prostého výběru.

Jako první byla požádána o spolupráci sestra z jedné agentury domácí péče. S touto sestrou se znám z osobního i pracovního prostředí. Jejím prostřednictvím byla zapojena



do výzkumného šetření její kolegyně z téže agentury. Tyto sestry poskytly kontakty na ostatní agentury domácí péče a sestry, které v těchto agenturách pracují. Pro realizaci výzkumného šetření, tedy byly osloveny celkem tři agentury domácí péče působících v Jižních Čechách.

### 3.3 Charakteristika výzkumného souboru

Mezi oslovené agentury patří agentura domácí zdravotní péče TEREZA při Nemocnici Tábor a.s., agentura komplexní domácí péče Městské charity v Českých Budějovicích a agentura domácí zdravotní péče Soběslav s.r.o.. Vedoucí management jednotlivých agentur byl obeznámen s tématem, cíli a metodikou výzkumné práce a zároveň byl požádán o vyjádření k žádosti o provedení výzkumného šetření (příloha 6, 7, 8). Z každé z výše uvedených agentur, byl získán ústní souhlas s poskytnutím rozhovoru dvou sester, které se byly ochotny zúčastnit výzkumu na dané téma. Výzkumný soubor tvořilo celkem 6 sester poskytujících domácí zdravotní péči. Celková délka praxe ve zdravotnictví se u respondentek pohybuje v rozmezí od 8 do 23 let, z toho délka výkonu povolání v agentuře domácí péče je v rozsahu od 2 do 15 let. U zmíněného výzkumného souboru je zastoupena středoškolská, vyšší odborná i vysokoškolská úroveň vzdělání.

*Tabulka 1 Identifikační údaje respondentů*

Respondenti	Sestra 1	Sestra 2	Sestra 3	Sestra 4	Sestra 5	Sestra 6
Celková délka praxe ve zdravotnictví	18 let	20 let	23 let	8 let	15 let	18 let
Délka praxe v domácí péči	12 let	15 let	10 let	4 roky	3 roky	2 roky
Nejvyšší dosažené vzdělání	Vysoká škola	Střední s maturitou	Střední s maturitou	Vyšší odborné	Střední s maturitou	Střední s maturitou

## **4 Výsledky**

### **4.1 Kategorizace výsledků rozhovorů**

Metodou otevřeného kódování rozhovorů vznikly následující kategorie:

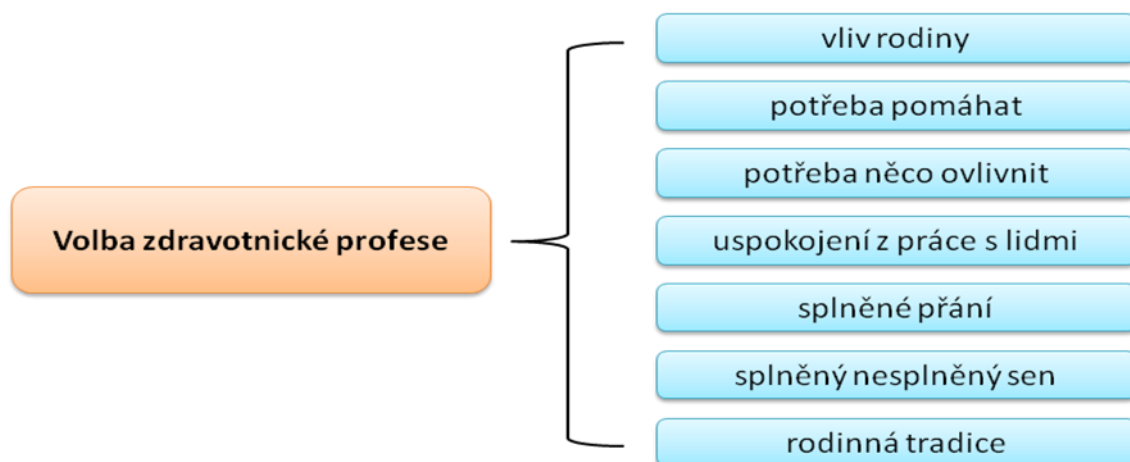
- volba zdravotnické profese
- výběr zaměstnání v ADP
- motivace sester v zaměstnání v ADP
- demotivující prvky
- charakteristické rysy sestry v ADP

Všechny uvedené kategorie jsou podpořeny plným nebo částečným ocitováním výpovědí dotazovaných sester. Citace neobsahují tedy plný výčet výroků, ale jsou seskupeny tak, aby obsahovaly signifikantní informace vztahující se k dané kategorii.

#### ***4.1.1 Kategorie volba zdravotnické profese***

Kategorie popisuje vlivy, které měly pro sestry význam při volbě zdravotnické profese, a vznikla propojením následujících podkategorií (kódy): vliv rodiny, potřeba pomáhat, potřeba něco ovlivnit, uspokojení z práce s lidmi, splněné přání, splněný nesplněný sen, rodinná tradice.

### Schéma1 Důvody sester pro výběr zdravotnické profese



**S1:** „Pracovala tam moje maminka. Líbilo se mi, co dělá, že může pracovat s lidmi a pomáhat...Chtěla jsem být také taková. Pomáhat a starat se...“

**S2:** „Já jsem se rozhodla pro práci ve zdravotnictví už v dětství...,...díky zdravotnímu stavu mé babičky...Byla hodně nemocná.“

**S3:** „Chtěla jsem pracovat s malými dětmi...,...pro velký zájem uchazeček jsem se na tento obor nedostala a byla jsem přeřazena na všeobecnou sestru.“

**S4:** „Baví mě práce s lidmi.,...nějak mě to naplňuje.“

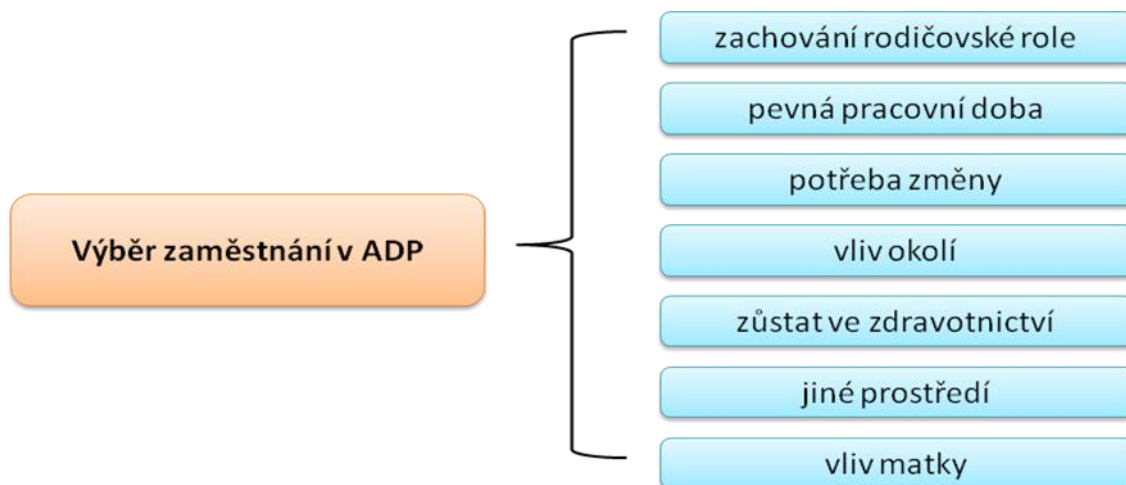
**S5:** „Byl to můj sen už od dětství. Vždycky jsem si přála pomáhat lidem.“

**S6:** „V deseti letech, kdy mi zemřel dědeček na infarkt, jsem svým způsobem byla rozhodnutá, že se stanu zdravotní sestrou. Měla jsem i vyšší ambice, jako byla medicína, ale časem jsem od toho upustila.“

#### 4.1.2 Kategorie výběr zaměstnání v ADP

Tato kategorie charakterizuje důvody sester pro výběr povolání v agentuře domácí péče a je tvořena podkategoriemi (kódy): zachování rodičovské role, pevná pracovní doba, potřeba změny, vliv okolí, zůstat ve zdravotnictví, jiné prostředí, vliv matky.

Schéma 2 Důvody sester pro výběr povolání v ADP



**S1:** „...pět let přede mnou nastoupila do naší agentury moje maminka. Od ní jsem se dozvěděla, že je tu volné místo..., ... že jsem se vracela akorát po mateřské dovolené, místo jsem přijala. Hlavním důvodem bylo ale to, že jsem se s malým dítětem nechtěla vracet do nemocnice na směny.“

**S2:** „Protože jsem se nechtěla vrátit zpátky na směny do nemocnice kvůli dítěti... Dělala se tehdy akorát ranní. To mi s malým dítětem vyhovovalo. Stihla jsem si ho obstarat po všech stránkách.“

**S3:** „Já jsem byla před nástupem do domácí péče na mateřské. Potřebovala jsem práci, kde nejsou směny, a taky jsem se nechtěla vzdát práce ve zdravotnictví.“

**S4:** „Potřebovala jsem změnu. K téhle práci jsem se dostala přes kamarádku, která tu pracovala.“

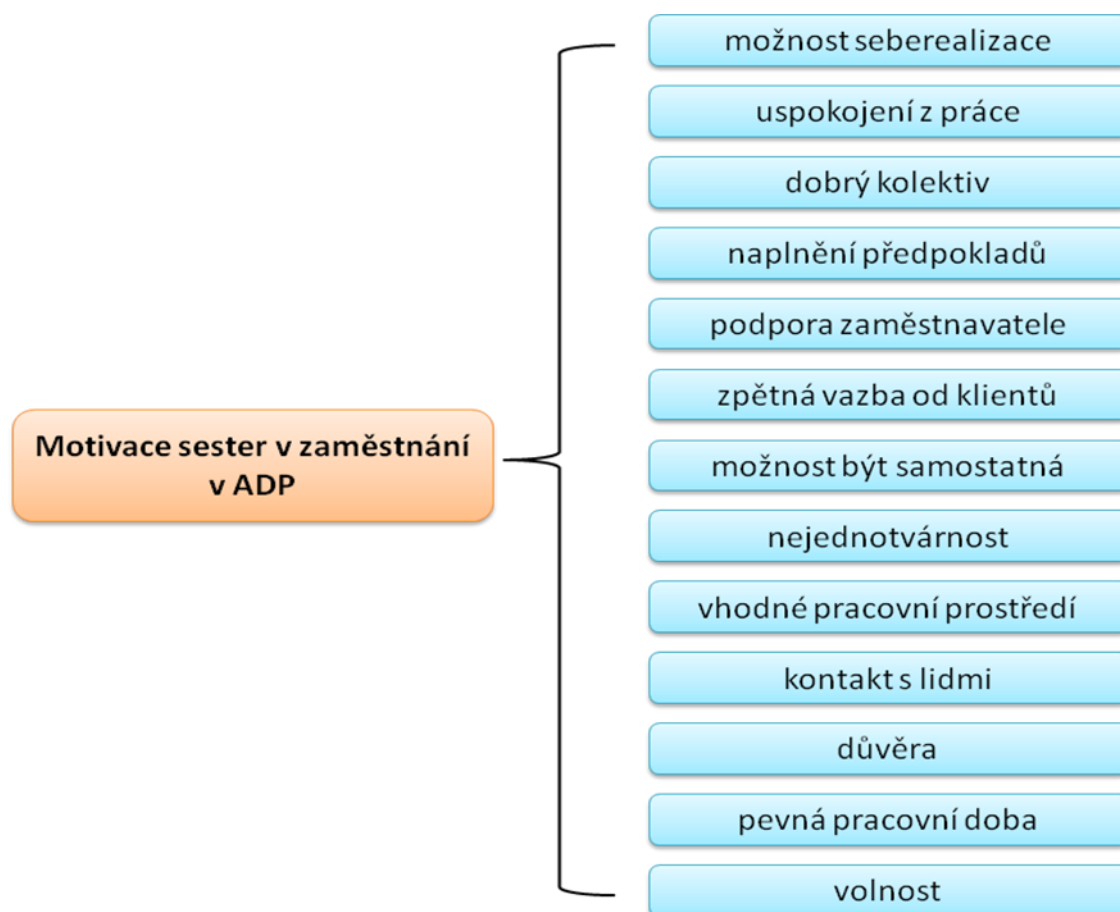
**S5:** „...něco nového, něco lákavého,...zkusit pracovat s klienty v jejich domácím prostředí, spolupracovat s rodinou,...možnost pracovat v blízkosti bydliště,...mám ale rodinu s dětmi a můžu tak být i s nimi.“

**S6:** „Byla jsem po mateřské a nemohla jsem dlouho sehnat práci,...nechtěla pracovat s malým dítětem na směny. To pro mě bylo v tu dobu také důležité.“

### 4.1.3 Kategorie motivace sester v zaměstnání v ADP

Kategorie identifikuje motivační činitele v práci sester poskytujících domácí péči. Je charakterizována těmito podkategoriemi (kódy): možnost seberealizace, uspokojení z práce, dobrý kolektiv, naplnění předpokladů, podpora zaměstnavatele, zpětná vazba od klientů, možnost být samostatná, nejednotvárnost, vhodné pracovní prostředí, kontakt s lidmi, důvěra, pevná pracovní doba, volnost.

Schéma 3 Motivační činitelé v zaměstnání sester



**S1:** „Hlavně tu směnnost,...je to jiné než v nemocnici,...volnější,...větší možnost být samostatná a možnost rozhodovat....Hlavně tu není takový stereotyp,...mám možnost

*stále se vzdělávat. Semináře, přednášky....Rozšiřovat si znalosti.....pracovat s lidmi. I ta samostatnost a možnost, že můžete něco ovlivnit.....uspokojení z práce, kterou dělám. Zpětná vazba od klientů,...prostředí je hodně rozmanité. Od klientů, kteří jsou v naší dlouhodobé péči, třeba několik let, máme klíče od jejich bytů. To mám pak pocit, že jedu spíše na návštěvu k příbuzným, než za klientem.“*

**S2:** *„Tady je člověk svým pánem. V té nemocnici je to jiné. Tady si mohu dělat věci po svém.....lidi poznávám úplně z jiného pohledu.....uznání, které se mi dostává od těch klientů. Oni jsou šťastní, že nemusí být v nemocnici,...že jim to můžu umožnit, to mě hodně nabíjí. To, že Vás přijmou do té rodiny, i když to tam třeba po té citové stránce úplně nefunguje. Někdy jste jediným přítelem pro toho klienta.....dosažení cílů,...hlavně to, když se splní.....mám možnost se rozhodovat a spoléhat sama na sebe.....volnost, ale také uznání,...hlavně mě to musí bavit. Potřebuji kolem sebe spolehlivé lidi, kteří svou práci dělají rádi, a ty mám. Co se týče materiálního zajištění, to je dobré, cokoliv potřebujeme, tak nám naše vedoucí obstará. Na vánoce dostaneme malou finanční odměnu, máme k dispozici služební telefon.....zaměstnavatel poskytuje zdarma průkazku na hromadnou dopravu.“*

**S3:** *„Když klient nebo rodina klienta ocení moji práci. Když vás pochválí a poděkuje. Víte, že to děláte dobře.... Cítím se potřebná. Co se týče materiálu, jsem spokojená. Dostaly jsme nové auto. To myslím, že je dobré.....jsme fajn kolektiv.“*

**S4:** *„Líbí se mi starat se o druhé lidi. Práce tady mi přináší uspokojení. Když se mi podaří někoho rozcvičit nebo zhojit ránu.....pocit užitečnosti a prospěšnosti.....pocit dobře odvedené práce.....dobrý kolektiv.....důležitý když se můžu na druhého spolehnout.“*

**S5:** *„.....mohu se věnovat lidem mnohem více.....pomáhat... Když je to dobře zplánované, dá se to dobře zvládnout. Když jsou právě nějakí nároční klienti, tak jich máme na den méně a pomáhají nám právě naše externí pracovnice. Víra, že mě klienti potřebují. I přístup klientů v domácím prostředí je úplně jiný. Z jejich chování je znát, že jsou rádi, že jsme tu pro ně.....mohu říct, že je to pro mě druhá rodina. Jezdíte k lidem do jejich domovů. Poznáváte jejich prostředí. Rodinu i sociální situaci, ve které jsou. Svěřují se mi se svými starostmi a tak. Je to úplně něco jiného, než v nemocnici.“*

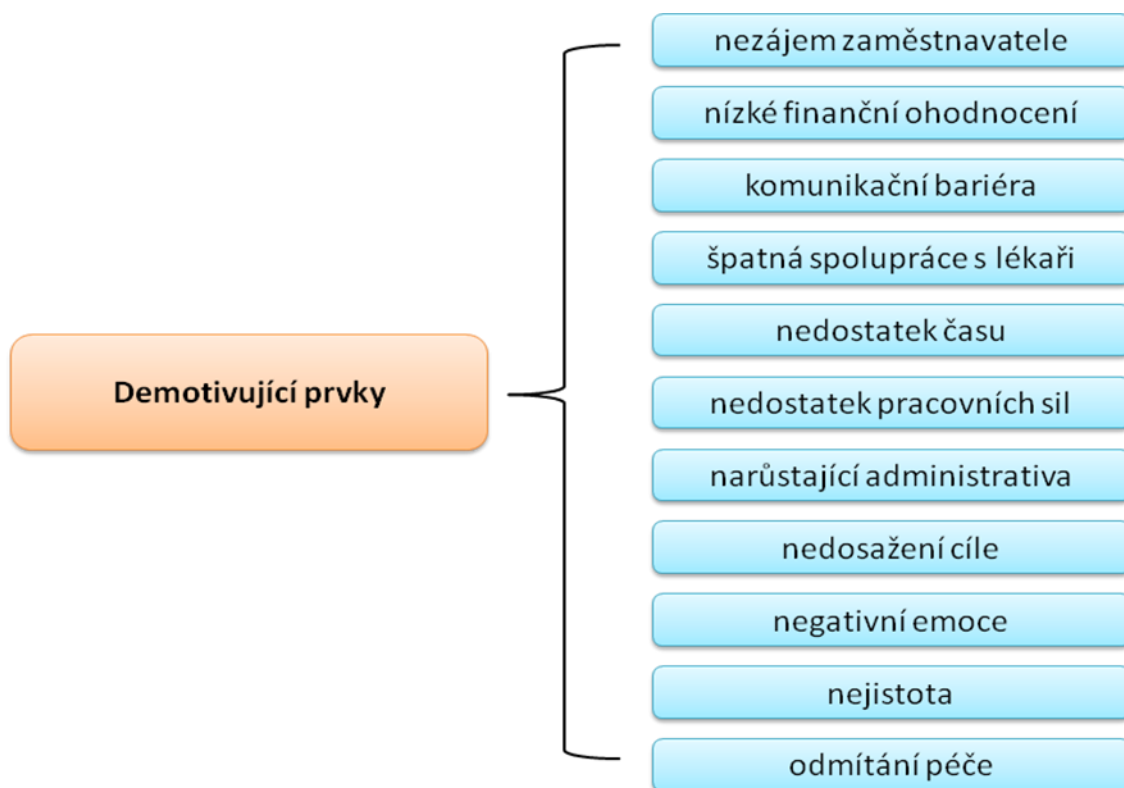
*Cokoliv potřebujeme, ať už to je materiál, nebo vše okolo aut, nám naše vedoucí zařídí a obstará. To je perfektní.,...má zaměstnavatelka je i má nejbližší kolegyně. Vždycky má pro mě čas, vždy se mi snaží být nápomocná, poradí a nestydí se člověka pochválit. Ale pokud je potřeba, dokáže i pokárat. Dle ohodnocení dostáváme i finanční odměny, poukazy na oblečení, obuv, poukazy do fitka a různé výhody. Pro mě je kolektiv hodně důležitý. V dobrém kolektivu, kde se můžete spolehnout jeden na druhého, se pracuje mnohem snadněji a lépe.“*

**S6:** *„...samostatnost, kterou tady můžu uplatnit.,...můžu někomu pomoc.,...mohu pracovat s lidmi a mezi lidmi.,...moci se rozhodovat.,...tahle práce se netočí kolem zaběhlých stereotypů jako v nemocnici. Určitě zhojený pacient.,...že Vás někdo nechá dělat vaší práci. Že se můžete rozhodovat. Spoléhat na svůj úsudek. A také výplata. Kontakt s lidmi a to, že mohu pracovat v bezvadném kolektivu.... Nejste na jednom místě. Líbí se mi moje práce. Je hodně rozmanitá. Cokoliv potřebujeme, tak nám naše zaměstnavatelka zařídí. Snaží se nám jít osobním příkladem. Umí nás pochválit a ocenit za práci.,...dostáváme třeba finanční odměny, ale zařídí i různé výhody.,...příspěvek na stravu, různé poukázky na slevy.“*

#### **4.1.4 Kategorie demotivující prvky**

Tato kategorie identifikuje demotivující prvky, které sestry ve své práci pociťují, a je propojena následujícími podkategoriemi (kódy): nezájem zaměstnavatele, nízké finanční ohodnocení, komunikační bariéra, špatná spolupráce s lékaři, nedostatek času, nedostatek pracovních sil, narůstající administrativa, nedosažení cíle, negativní emoce, nejistota, odmítání péče.

Schéma 4 Demotivující prvky v zaměstnání sester



**S1:** „...finanční ohodnocení, to je slabé,... nedostatek času, který by byl potřeba klientům dát. Máme jich čím dál víc, ale personálně jsme už několik let ve stejném počtu.“

**S2:** „...dokumentace, které je čím dál tím víc,...nízké finanční ohodnocení V průměru musím objet patnáct klientů denně. Někdy jsem fakt utahaná a potřebovala bych si odpočinout. Jenomže mám dvě dospívající dcery a ten klid na odpočinek moc není ani doma. Navíc jezdím v autě celý den kolik kilometrů. Mám třeba i strach, aby se mi něco nestalo, aby holky nezůstaly samy,...vnímám špatnou spolupráci s praktickými doktory. Ti většinou nemají zkušenosti s chronickými ranami. Nenapišou, ani co by bylo vhodné k léčbě, ani jak často převazovat. Takže používáme to, co máme k dispozici ale tím pádem se i doba léčby prodlouží. Někdy se stane, že se klientův stav zhorší a požádáme lékaře, aby ke klientovi přijel, ale on odmítne.. Jezdíme na čas a to je hodně stresující. Někdy si nestihnu dojít ani na oběd. Je mi líto, že na ty lidi není tolik času, kolik by bylo



*potřeba. Za posledních pět deset let se jezdí k více a více klientům a v agentuře je nás pořád stejně.“*

**S3:** *„Vadí mi nezáměr vedení o mou těžkou práci a narůstající administrativa,...zaměstnavatel nás moc nemotivuje. Lékaři nechtějí domácí péči předepisovat,...finanční ohodnocení. Naše práce je hodně podhodnocená,...aby tu byla lidská odezva. Hlavně ze strany zaměstnavatele.“*

**S4:** *„Zaměstnavatel nás moc nemotivuje. Aspoň teda žádnou necítím.“*

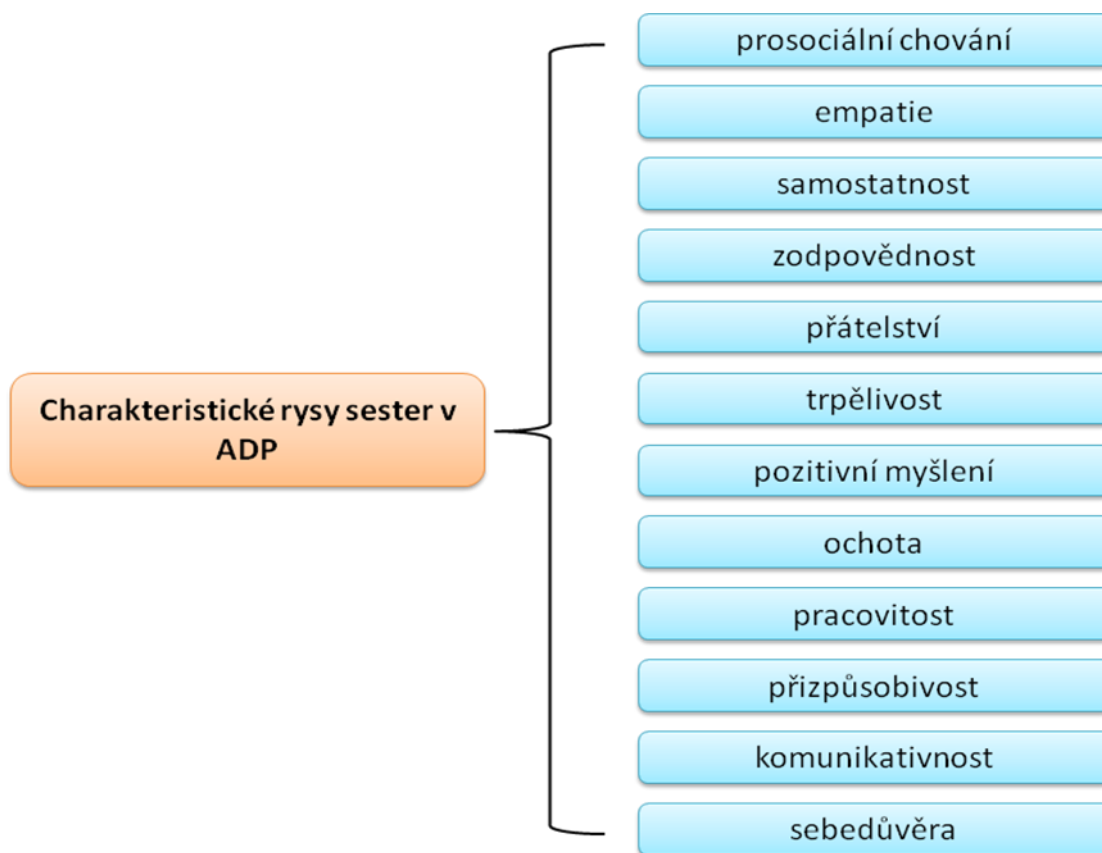
**S5:** *„Někdy je to blízká rodina klienta, kdy se prostě nedokážeme dohodnout na vhodné péči, někdy špatná komunikace s lékařem, který si nepřeje naše návštěvy. Dokonce i nás lékaři upozorňují, že si nepřejí, abychom se lidem zmiňovali o možnostech domácí péče a o tom, že na ni mají nárok. Nevím, co je k tomu vede. Špatná je i spolupráce s pojišťovnami, které neplatí včas. Nevíme co pojišťovny zamýšlí do budoucna. Jindy je to samotný klient, který i když se snažíme sebevíc, naši pomoc odmítá.“*

**S6:** *„Obecně si stále nemohu zvyknout na pohled na smrt a utrpení, které musí někteří lidé podstupovat. Nejen po zdravotní stránce, ale i po té psychické. Když se na ně vykašle třeba rodina a ty lidi zůstanou úplně sami. To je hrozně skličující. Také nehojící se pacient,...velmi špatná spolupráce s lékaři a s pojišťovnami. Lékaři nechtějí předepisovat domácí péči. No a pojišťovny neplatí včas.“*

#### **4.1.5 Kategorie charakteristické rysy sestry v ADP**

Kategorie popisuje charakteristické vlastnosti sester poskytujících domácí péči. Je identifikována níže uvedenými podkategoriemi (kódy): prosociální chování, empatie, samostatnost, zodpovědnost, přátelství, trpělivost, pozitivní myšlení, ochota, pracovitost, přizpůsobivost, komunikativnost, sebedůvěra.

Schéma 5 Charakteristické rysy sester v ADP



**S1:** „Když třeba jezdím ke klientům, kteří jsou úplně sami a mají jen nás, nutí mě to hodně přemýšlet o hodnotách. Setkávám se s bolestí, samotou, zoufalstvím. V takových chvílích si uvědomuji, jak je pro mě důležitá moje rodina, blízcí a přátelé. A jak je zdraví strašně důležité,...musíme se umět domluvit. Myslím, že jsem zodpovědná, komunikativní a trpělivá.“

**S2:** „Dostanu svůj rajon a vím, že musí být všechno perfektní, že je to moje práce a moje vizitka,...lidi poznávám z úplně jiného pohledu. Víím, jak žijí, znám jejich rodinu, víím, co je trápí. V nemocnici jsou chvíli. Tam je člověk vlastně vůbec nepozná. Musíme si poradit v každé situaci. Někdy jste jediným přítelem toho klienta. Stále musím přemýšlet, celý den mluvím, musím dávat pozor. Musím si to tak zorganizovat, abych ty klienty měla při cestě,...jsem hodně trpělivá i přes to, že Vám lidi dokážou

ublížit.....říkám si, že jsou nemocní a nešťastní. Člověk se jim snaží pomoc nebo ulehčit. Snažím se pochopit, být milá, empatická, tolerantní a hlavně musím být pozitivní. Vždycky se snažím vnést i do té rodiny pozitivní myšlení.“

**S3:** „...rodinám ukazujeme a pomáháme starat se o klienty.....motivovat a povzbuzovat. Občas chci pomáhat tam, kde o to někteří lidé nepřejí. Musíme si vzájemně pomáhat. Navzájem se informovat o stavu klienta. Každá rodina je jiná, každý klient je jiný. Někdy mi je těch lidí hrozně líto. Snažíte se, jim nějak pomoc. Snažíte se zapojit rodinu. Jsem pracovitá, obětavá, pořádná, pilná, pečlivá, komunikativní, usměvavá. Snažím se být skoro vždy pozitivně naladěná.“

**S4:** „Líbí se mi starat se o druhé lidi.....že lidé nemusejí ležet v nemocnici, aby dostali kvalitní odbornou péči. Jsem přizpůsobivá, ochotná, pracovitá, obětavá, ochotná pomoc.“

**S5:** „Mohu se lidem věnovat mnohem více a snažím se jim věnovat naplno.....pomáhat jim, myslím, že se ze mě díky tomuto povolání stává silnější osobnost, která se nebojí komunikace s lidmi a více si vážím života a zdraví. Toho čeho jsem dosáhla, své rodiny, zdraví přátel a života. V zaměstnání se snažím být klidná, milá, pečlivá, empatická a pozitivní.“

**S6:** „ Vidíme to trochu jinak než laici. Přehnaná citlivost na nemoci blízkých a opomíjení mých zdravotních problémů. Mám pořád potřebu někde pomáhat.....pohled na smrt a utrpení, které musí někteří lidé podstupovat. To je hrozně skličující.....spoléhat sama na sebe, dávat pozor.....bez problémů domluvit a pomoci si.....jsem pracovitá a zodpovědná.....empatická a vždycky dobře naladěná. Jsem na sebe přísná. Vyžaduji sama od sebe aktivní a důsledný přístup.“

## **4.2 Seznam podkategorií (kódů)**

### **Volba zdravotnické profese**

- S2/2,3, S6/2: vliv rodiny
- S1/4, S5/2: potřeba pomáhat
- S2/2-4, S6/2,3: potřeba něco ovlivnit
- S4/2: uspokojení z práce s lidmi
- S3/2-4, S6/3,4: splněný nesplněný sen
- S2/2, S5/2: splněné přání
- S1/3,4: rodinná tradice

### **Výběr zaměstnání v ADP**

- S1/9, S2/6, 8,9, S3/6,7, S5/6,7, S6/7: zachování rodičovské role
- S1/9, S2/6, S3/7, S6/7: pevná pracovní doba
- S1/8,9, S2/6, S3/6,7, S4/4, S5/4, S6/7: potřeba změny
- S4/4, S6/6,7: vliv okolí
- S3/7: zůstat ve zdravotnictví
- S5/4-6, S5/5: jiné prostředí
- S1/6,7: vliv matky

### **Motivace sester v zaměstnání v ADP**

- S1/16, S2/12, S3/13,14, S4/7, S5/31, S6/10,14: možnost seberealizace
- S1/27, S2/59, S3/17, S4/7,10,11,22,30,36,42, S6/18: uspokojení z práce
- S1/54-56, S2/79-80, S3/31-35, S4/15-18, S5/61,62, S6/22,53-54: dobrý kolektiv
- S1/25, S2/28,29,50-57, S4/22,23,26, S5/11,23,31, S6/10-13: naplnění předpokladů
- S1/33, S2/47,48, S3/26,27, S5/19,20,51,52,55-59, S6/19,44-51: podpora zaměstnavatele
- S1/30, S2/26,58, S3/13,71, S5/25: zpětná vazba od klientů
- S1/12,25,26, S2/11-13, 58, S6/10,14,18,19: možnost být samostatná
- S1/11-14, S2/12, S3/13,14, S4/7, S5/31, S6/10,14: nejednotvárnost
- S1/44, S5/23,24,48, S6/40,42: vhodné pracovní prostředí

S1/25, S5/22, S6/13,22: kontakt s lidmi

S1/42,43, S2/29,30, S5/48,49: důvěra

S1/11, S6/10: pevná pracovní doba

S1/11, S2/58: volnost

### **Demotivující prvky**

S2/91,92, S3/21,23, S3/65-66, S4/31: nezájem zaměstnavatele

S1/37,62, S2/75, S3/63,64: nízké finanční ohodnocení

S2/73,74, S3/52, S5/35-39,42-43, S6/28-29: komunikační bariéra

S2/69,74, S3/49,50, S5/36, S6/28,29,31: špatná spolupráce s lékaři

S1/38, S2/76,77,91: nedostatek času

S1/38,39, S2/37,91,92: nedostatek pracovních sil

S2/20, S3/21: narůstající administrativa

S2/73, S6/27,28: nedosažení cíle

S2/40,77, S6/25-27: negativní emoce

S5/49, S6/34: nejistota

S5/38,39: odmítání péče

### **Charakteristické rysy sester v ADP**

S2/85,86, S3/29,41,42, S4/39, S5/2,11,12,23, S6/37,38: prosociální chování

S1/17-19,21,22, S2/14,15,30,34,35,85, S3/41, S5/65, S6/36,37,59: empatie

S1/59, S2/13,14,36,37,42,43, S3/59, S5/11,12,65, S6/41,59,61: zodpovědnost

S1/25, S2/24,42, S4/22, S5/23, S6/41: samostatnost

S1/18, S2/30: přátelství

S1/59, S2/84-86: trpělivost

S2/87, S3/60, S5/65, S6/60: pozitivní myšlení

S1/26, S2/85,86, S3/59, S4/39: ochota

S3/59, S4/39, S5/11,12,65, S6/59: pracovitost

S3/37-39, S4/13,39: přizpůsobivost

S1/56,59, S2/36, S3/33,59, S5/32,33, S6/54: komunikativnost

S5/32,46: sebedůvěra

## 5 Diskuze

V rámci diskuze budou hodnoceny a porovnávány získané poznatky výzkumného šetření, zaměřené na motivační činitele sester pracujících v agenturách domácí péče, v souvislosti s výběrem a výkonem jejich povolání. Dále se budeme zabývat vlastnostmi, které sestry v agenturách domácí péče charakterizují.

Prvním cílem bylo zmapovat, jaké důvody vedly sestry pro výběr povolání v agentuře domácí péče, a druhým cílem bylo zjistit, čím a jak jsou sestry v domácí péči motivovány. Tato oblast byla na základě získaných dat rozšířena o kategorii demotivujících faktorů, které sestry ve svém zaměstnání a výkonu povolání pocítují. Domnívám se, že vzhledem k zjištěným skutečnostem, si tato část zaslouží většího rozpracování a hlubšího zamyšlení. Třetím cílem bylo identifikování charakteristických vlastností sester poskytujících domácí péči a nalezení jejich společných rysů.

Bylo zjištěno, že sestry byly ve výběru povolání v agentuře domácí péče ovlivněny zejména důvody sociálního charakteru. Nejčastěji se pro toto povolání rozhodují sestry po návratu z mateřské dovolené, které pečují o malé dítě. Upřednostňují především absenci směnnosti, která je běžná v nemocnicích na lůžkovém oddělení. Cortese, Colombo a Ghislieri (2010) provedli výzkumné šetření zabývající se determinanty pracovní spokojenosti sester v italských nemocnicích, kde se mimo jiné zaměřili na vztah mezi pracovním a soukromým životem také v oblasti rodičovství. Z jejich výsledků vyplývá významná spojitost mezi těmito faktory. Poukazují na fakt, že jsou-li uspokojeny rodinné potřeby, má to velký vliv na jedincovu spokojenost v pracovním životě. V našem případě je to výběr a získání takového zaměstnání, kdy mohou být plně zachovány rodičovské role.

Významnou roli zde hraje i pracovní prostředí jako jeden z motivačních činitelů pro výběr povolání. Sestry se shodují v otázce pracovního prostředí a označují ho za rozmanité, volnější, ale i náročné z pohledu fyzického i psychického a hodnotí ho jako zcela odlišné ve srovnání s prostředím oddělení nemocnice. Dále pak upřednostňují možnosti, které jim tato práce nabízí např. v podobě samostatnosti, seberealizace a pocitu větší zodpovědnosti. Za velký motivační činitel považují práci s klienty a jejich

rodinami, kterým mohou poskytovat odbornou zdravotnickou péči v jejich přirozeném prostředí a od nichž se jim také dostává uznání a poděkování za jejich péči a přístup. Věřím, že zároveň tímto přístupem k práci, sami poskytovatelé zdravotní péče pozitivně ovlivňují prestiž povolání sestry v očích veřejnosti, která dle mého názoru může utrpět, právě nevhodným chováním a přístupem samotných zdravotníků.

Jako pozitivní a motivující, hodnotí sestry také pracovní kolektiv. Všechny dotazované sestry se jednoznačně shodují, že dobrý pracovní kolektiv je nepostradatelnou součástí jejich profese. Velký význam přikládají schopnostem dobré spolupráce, vzájemné zastupitelnosti a efektivnímu zajištění kontinuity ošetrovatelské péče ve prospěch klienta. Bártlová (2007) uvádí, že pracovní vztahy, zaujímají jeden z důležitých a významných činitelů atmosféry na pracovišti. Pracovní vztahy ovlivňují spokojenost v zaměstnání a tvoří jeden z předpokladů odvádění profesionálního pracovního výkonu a dobrých pracovních výsledků.

Ačkoliv jsou sestry významnou měrou motivovány svým rozmanitým pracovním prostředím, naplní své práce, ale i pracovním zázemím, které považují za dostatečné, některé sestry pocítují jen velmi malou nebo žádnou motivaci ze strany svého zaměstnavatele. Poukazují především na nedostatek uznání a zájmu. Myslím si, že zde zřejmě nejsou vyčerpány všechny možnosti, které má vedoucí management k dispozici. Všeobecné sestry představují nepostradatelný článek zdravotnického řetězce, který se významnou měrou podílí na zajištění ošetrovatelských procesů. Považuji za důležité, aby byly sestry dostatečně motivovány nejen svým vlastním pracovním výkonem a prostředím, ve kterém se pohybují, ale i vedoucím managementem. S tímto tvrzením koresponduje opačný příklad, který vystihují rozhovory se sestrami 5 a 6, které jsou s formou motivace od svého zaměstnavatele velmi spokojeny. Jejich zaměstnavatel využívá v rámci svých možností prvky motivace vnější, v podobě finančního ohodnocení za odvedenou práci a nefinančních odměn, tak i vnitřní faktory, v podobě uznání, času, pomoci a pochvaly. Soudím, že tento rozdíl ve způsobu motivace může souviset také s typem a velikostí organizace, ve které tyto sestry pracují. Balková a Zibrinová (2012) uvádějí, že nejvýznamnější a nejnáročnější zručností manažera je schopnost motivovat své zaměstnance. Zaměstnanci mají vedle výše platu zájem vědět,

co se od nich očekává, mají zájem konzultovat se svým nadřízeným a potřebují mít zároveň pocit, že práce, kterou vykonávají, má skutečně význam. S tímto tvrzením souhlasím.

Negativním zjištěním bylo, že v některých agenturách dochází k situacím, kdy se práce stává pro sestru náročná a stresující z důvodu časového tlaku, který vychází z přemíry klientů, které sestra musí ošetřit během jedné služby z důvodu nedostatku personálního obsazení. Jedna z dotazovaných sester uvádí, že někdy musí ošetřit až patnáct klientů za den, což jí připadá stresující a zvláště pak neefektivní vůči samotným klientům, pro které zbývá jen velmi málo času. Ačkoliv dále uvádí, že je třeba si neustále pracovní proces upravovat a organizovat a tato záležitost se může jevit jako nárazová, je třeba pomýšlet i na fakt, zda v takové situaci nedochází k přetěžování zdravotnického personálu v agenturách domácí péče. Domnívám se, že právě neefektivní rozložení pracovních sil, může vést až k selhání poskytovatele ošetrovatelské péče v ošetrovatelském procesu. Tzn. k závažnému poškození zdravotního stavu klienta, ale v neposlední řadě jsou i samy sestry vystaveny většímu riziku nehod, poškození zdraví či nadměrnému fyzickému i psychickému vyčerpání. V ostatních agenturách, které se podrobily výzkumnému šetření, dochází také k nárazové kumulaci klientů vyžadujících domácí péči, avšak takovou situaci řeší oproti výše zmiňované agentuře externími pracovníky, kteří právě v takových situacích vypomáhají s péčí o klienty. Toto se nám jeví jako vhodné řešení a samy sestry toto považují za pozitivní.

Mnohé z dotazovaných sester vidí jako demotivující činitel nevhodnou spolupráci s praktickými lékaři a pojišťovny. Pokusila jsem se proto analyzovat tyto sestrami uvedené faktory podrobněji a snažila jsem se zároveň zjistit důvody takového jednání ze strany lékařů. Sestra 2, spatřuje problém v komunikaci s praktickými lékaři, v souvislosti s nedostatečnými zkušenostmi s léčbou chronických ran a předepisováním nevhodných přípravků pro efektivní léčbu vyplývajících z této malé zkušenosti. Říká také, že pokud praktický lékař vhodný lék předepíše, jedná se o lék či mast, která není hrazena pojišťovnou a klient si tyto komponenty musí hradit sám. Myslí si, že klienti nemají dostatek finančních prostředků na nákup takového materiálu, a proto je nucena



používat materiál, který má ona k dispozici, ale za cenu výrazného prodloužení léčby klienta. S tímto tvrzením souhlasím, jelikož jsem se s tímto přístupem sama osobně setkala při absolvování praxe v agentuře domácí péče. Jiná dotázaná sestra vnímá problém v nechuti lékařů domácí péči indikovat, i když to dle jejího názoru zdravotní stav klienta vyžaduje. Zároveň ale uvádí, že má-li klient indikovanou domácí péči již při ukončení hospitalizace, pokračuje praktický lékař v předepsání domácí péče až do zlepšení zdravotního stavu klienta. Další sestra hodnotí komunikaci s praktickými lékaři také jako velmi špatnou. Problém vidí zejména v nezájmu praktických lékařů indikovat domácí péči. Setkala se i s takovým jednáním, kdy praktický lékař, dle jejího názoru, záměrně neinformuje klienty o domácí péči a zároveň upozorňoval sestry domácí péče, aby se nezmiňovaly před klienty o možnostech využití této služby. Zvláště tento přístup se nám jeví jako alarmující. Na nevhodný přístup zdravotních pojišťoven poukazují sestry 5 a 6, které vnímají jako problém pozdní platby právě ze stran pojišťoven. Sestra 5 říká, že platby přicházejí až s půlročním zdržením. Zároveň se zmiňuje o pocitu nejistoty do budoucna, která pramení z postojů zdravotních pojišťoven. Ověření skutečnosti a zvláště důvody pozdního proplácení výkonů pojišťovnami, bohužel nejsou v našich možnostech. Nicméně jsem hodnotila tento fakt z pohledu udržitelnosti agentur domácí péče na trhu práce. Domnívám se totiž, že nedostatečné finanční zajištění menších soukromých organizací poskytujících domácí zdravotní služby, zvláště pak, jsou-li tyto zdroje od zdravotních pojišťoven stěžejním pro provoz agentur, může mít negativní vliv na budoucí chod a setrvávání agentur domácí péče v současném systému zajištění zdravotní péče. Tato myšlenka nás může utvrzovat i na základě vyjádření prezidentky České asociace sester Juráskové (2012), která ve své zprávě Problematika úhrad v segmentu domácí péče uvádí, že návrh pojišťoven dalšího snižování objemů péče na 90 % objemu roku 2011 a opětovného snižování sestupné hodnoty na hodnotu bodu, již nepokryje fixní náklady péče. Na základě tohoto návrhu varuje Česká asociace sester, že důsledkem tohoto rozhodnutí může dojít k zániku některých agentur a tím k omezení dostupnosti tohoto typu péče. Podotýká ale, že poskytovatelé domácí zdravotní péče prostřednictvím České asociace sester, deklarují svoji připravenost

k převzetí péče o náročné pacienty v souvislosti s restrukturalizací lůžek ve zdravotnických zařízeních.

V otázce nedostatečného povědomí sester o důvodech nezájmu ze strany praktických lékařů indikovat domácí péči, byl osloven praktický lékař zaměstnaný ve státním zdravotnickém zařízení. Byl požádán o odpověď na otázku, jaké důvody mohou mít lékaři k takovému jednání. Tato skutečnost, dle dotázaného lékaře, tkví především v limitech zdravotní péče, které jsou nastaveny zdravotními pojišťovkami. Přečerpá-li lékař tento limit, je pak ze strany zdravotních pojišťoven sankcionován. Myslím si, že by toto mohl být skutečně také jeden z důvodů výše uvedeného problému. Z celkového pohledu na situaci ale usuzujeme, že jde především o komunikační bariéru mezi lékaři, sestrami a jejich koordinátory. Bártlová (2007) ve svém výzkumném šetření v oblasti pracovních vztahů uvádí, že pracovní vztahy představují jeden z důležitých aspektů atmosféry na pracovišti. Dále zdůrazňuje, že v budoucnosti bude nutné pracovní vztahy a komunikaci mezi ošetrovatelským týmem nadále podporovat, zvláště v zájmu a k prospěchu klientů a jejich léčby. Sdílím názor zmíněné autorky, že zlepšení vztahů a komunikačních dovedností v ošetrovatelském týmu je nejdůležitějším faktorem při eliminaci nežádoucích činitelů. S ohledem na existující skutečnost možné komunikační bariéry se domnívám, že je také důležité, aby se zvláště řídicí pracovníci stali adekvátními prostředníky mezi zdravotními sestrami a lékaři pro předcházení neefektivní spolupráce a narušování pracovních vztahů. Jsem názoru, že je důležité investovat do pokračujícího vzdělávání koordinátorů sester v oblasti motivace, jejichž podpora hraje významnou roli v práci poskytovatelů zdravotní péče a zároveň přispívá ke zmírnění nežádoucích jevů např. v podobě možného absentérství a fluktuace zaměstnanců. V každém případě je zásadní, aby výběr či volba určité iniciativy, odrážely aktuální potřeby zaměstnanců.

Třetím, námi stanoveným cílem, bylo vyhledání společných charakterových vlastností sester z výše uvedených agentur domácí péče. Analyzované výsledky pro nás byly velice příjemným zjištěním a považujeme je za přínosné především pro klienty a jejich péči. Zacharová, Hermanová a Šrámková (2007), popisují sestru jako člověka, jež musí v nemocném budit důvěru ve své odborné znalosti, projevit velkou dávku

trpělivosti a taktu a v neposlední řadě musí projevit zájem o problémy, nálady a starosti klienta. Její role vyžaduje pochopení, laskavost a porozumění.

V rozhovorech byly respondentky požádány, aby se pokusily definovat své osobité vlastnosti v souvislosti s výkonem jejich povolání. Odpovědi, kterých se nám dostalo, jednoznačně popisují velmi příznivé vlastnosti sester, které jsou v souladu jimi uvedenými a námi analyzovanými zájmy, k nimž jednomyslně patří zájem o klienta a jeho zdraví, spokojenost a psychickou pohodu. Vlastnosti, které byly z rozhovorů vyhodnoceny, a které se vzájemně prolínají lze označit pojmy prosociální chování, empatie, zodpovědnost, samostatnost, přátelství, trpělivost, pozitivní myšlení, pracovitost, přizpůsobivost, komunikativnost, sebedůvěra, ochota, oddanost a důslednost. Dle našeho názoru, sestry s takovými osobitými vlastnostmi, mohou významně ovlivnit celkový zdravotní stav v rámci uspokojování bio – psycho – sociálních potřeb klientů v jejich prospěch a opět musíme připomenout již výše zmiňovanou oblast prestiže zdravotnického povolání, jíž svým přístupem jistě v očích veřejnosti pozitivně ovlivňují. Jediný možný problém v této oblasti můžeme spatřovat ve vyjádření některých sester o přehnané citlivosti na nemoci svých blízkých. Jako sestra mám také podobné vlastní zkušenosti. Myslím si, že zdravotničtí pracovníci mohou být skutečně do značné míry ovlivněni situacemi, se kterými se ve své praxi setkávají, a které je mohou v negativním, ale i v pozitivním slova smyslu ovlivňovat. Tato hypotéza, která je zde nastíněna, by mohla být možným námětem pro jiné výzkumné šetření.

Závěrem této diskuze bych se chtěla zmínit o první kategorii, která identifikuje faktory, ovlivňující sestry při výběru zdravotnické profese. Domnívám se, že právě tyto aspekty mají úzkou souvislost s dalším průběhem zdravotnického povolání sester. Z prostudování získaných dat lze soudit, že některé sestry byly při výběru svého povolání velmi ovlivněny zkušenostmi s nepříznivým zdravotním stavem z okruhu svých blízkých, nebo samy v sobě cítily potřebu pomáhat a starat se o nemocné. Lze usuzovat, že tyto sestry byly již v dětství obdařeny notnou dávkou prosociálního chování a empatie. Sdílím proto názor Kelnarové a Matějkové (2010), které tvrdí, že vlastnosti osobnosti ovlivňují malé sociální skupiny, jakou může být např. rodina.

Člověk si často vybírá povolání a zájmy dle zaměření v mládí. Dále také uvádějí, že zvolená profese, původní rysy zpětně posiluje. Tuto skutečnost můžeme vnímat v souvislosti s již výše popsanými vlastnostmi sester. Dle Říčana (2007) lze zájmy chápat jako zvláštní druh motivů, jejichž základem jsou primární potřeby, zvláště psychologické, které se realizují v podmínkách určitého kulturního prostředí. Zájem lze také definovat jako odvozenou potřebu, která je uspokojována prováděním dané činnosti.

## 6 Závěr

Tato bakalářská práce je věnována nejen sestřím poskytujícím domácí zdravotní péči, ale zvláště jejich koordinátorům a v neposlední řadě také široké laické veřejnosti.

Záměrem výzkumného šetření této bakalářské práce, bylo identifikovat motivační činitele sester pracujících v agenturách domácí péče, v souvislosti s výběrem a výkonem povolání. Na základě tohoto záměru, byly stanoveny následující cíle. Prvním cílem bylo zmapovat, jaké důvody vedly sestry pro výběr povolání v ADP, druhým stanoveným cílem bylo zjistit, jakým způsobem jsou sestry v ADP motivovány, a třetí cíl výzkumného šetření mapuje, které osobnostní znaky mají sestry v ADP společné.

Výzkumný soubor tvořilo 6 sester, které poskytují odbornou ošetrovatelskou péči klientům v jejich přirozeném prostředí. Souhlas k provedení výzkumného šetření byl získán celkem ze tří agentur domácí péče působících v jižních Čechách.

Pro zpracování tématu bakalářské práce byla zvolena forma kvalitativního výzkumného šetření. K získání informací byla použita technika hloubkového rozhovoru metodou dotazování. Získaná data byla následně zpracována metodou otevřeného kódování, technikou kódování v ruce způsobem papír a tužka. Touto metodou bylo identifikováno 5 kategorií.

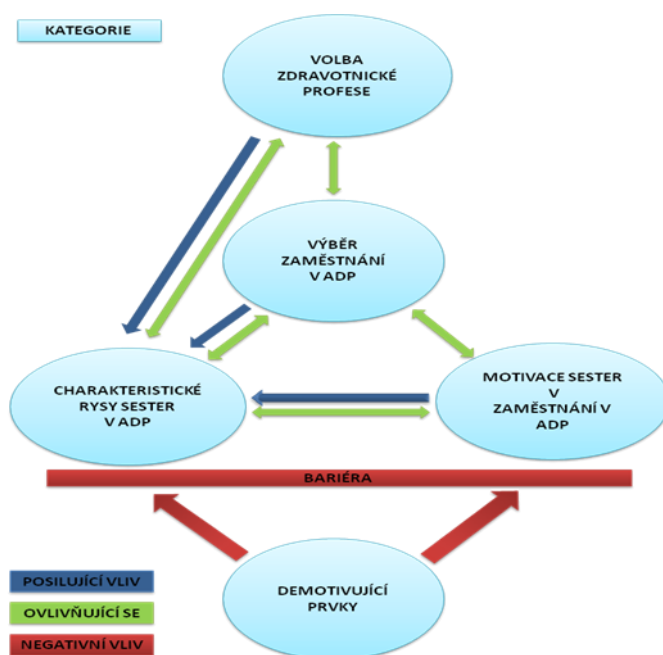
Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že sestry jsou při výběru povolání v ADP ovlivněny především důvody sociálního charakteru. Ve svém zaměstnání pocítují velkou motivaci z pracovního prostředí a z činnosti, kterou vykonávají. Mnohem menší motivaci však vnímají ze strany svého zaměstnavatele. Za demotivující faktory dále označují neefektivní spolupráci v rámci ošetrovatelského týmu, nejistotu ze strany pojišťoven, nízké finanční ohodnocení, nedostatečné personální obsazení a s tím související nedostatek času pro klienty.

Závěr z této práce by měl sloužit především ke spokojenosti poskytovatelů, ale i příjemců odborné ošetrovatelské péče. Praktickým výstupem této bakalářské práce je rámec doporučení, určený vedoucímu managementu agentur domácí péče, týkající se oblasti motivace svých zaměstnanců uvedený v kapitole 6.1.

## 6.1 Doporučení pro praxi

### Rámcem doporučení v oblasti motivace zaměstnanců pro vedoucí management agentur domácí péče

Schéma 6 Proces interakce



Výše uvedený proces interakce (schéma 6) byl vytvořen na základě zjištěných výsledků výzkumného šetření a znázorňuje oblasti (kategorie), mezi kterými existuje vzájemná spojitost. Oblasti, uvedené nad bariérou jsou v určité rovnováze. Pokud jsou ale ovlivňovány negativními aspekty z vnějšího prostředí v podobě demotivujících prvků, je tato rovnováha významně narušena. V souvislosti s identifikací negativních činitelů, bylo navrženo opatření k odstranění těchto jevů v podobě následujícího doporučení pro vedoucí management agentur domácí péče.

- Investovat do navazujícího vzdělávání koordinátorů sester v oblasti motivace
- Věnovat čas svým zaměstnancům při řešení osobních i pracovních záležitostí

- Zvolit vhodný individuální přístup k zaměstnancům
- Vhodně rozvrhnout personální obsazení v organizaci vzhledem k počtu a náročnosti klientů, kteří jsou v péči ADP
- Posilovat v zaměstnancích pocit potřebnosti, užitečnosti a zdravé soutěživosti
- Za dobře odvedenou práci poskytnout zaměstnancům zpětnou vazbu v podobě uznání, poděkování a pochvaly (zaměstnanec by měl vidět souvislost mezi výkonem a následnou odměnou)
- Je důležité, aby se řídicí pracovníci stali adekvátními prostředníky mezi sestrami a ostatním ošetrovatelským týmem pro předcházení neúčelné spolupráce a narušování pracovních vztahů
- Zajistit zaměstnancům vhodné pracovní prostředí a zázemí (odpočinková místnost, pracovní pomůcky a materiál, pracovní oděv aj.)
- V rámci možností organizace poskytnout zaměstnancům i nefinanční odměňování v podobě benefitů (poukazy, očkování, pojištění, relaxační programy aj.)

Výběr a volba jakékoliv iniciativy v oblasti motivace, by měla být v souladu s aktuálními potřebami zaměstnanců.

## 7 Seznam použité literatury

ARMSTRONG, Michael, 2008. *How to Manage People*. Great Britain: Kogan Page. ISBN 978-0-7494-5241-4.

BALKOVÁ, Hilda a Monika ZIBRINOVÁ, 2012. Motivace sester na pracovišti. *Sestra*. Roč. 22, č. 6, s. 29-31. ISSN 1210-0404.

BÁRTLOVÁ, Sylva, 2007. Pracovní vztahy a kompetence všeobecných sester v České republice. *Sestra*. Roč. 17, č. 3, s. 14-17. ISSN 1210-0404.

CEJTHAMR, Václav a Jiří DĚDINA, 2010. *Management a organizační chování*. Vyd. druhé aktualizované, rozšířené. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3348-7.

ČECHOVÁ, Soňa a Zdeněk KALVACH, 2011. *Podpora lidí se zdravotním postižením v kontextu dlouhodobé péče*. In: KALVACH, Zdeněk a kol., 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. s. 164-165. ISBN 978-80-247-4026-3.

ČESKÁ ASOCIACE SESTER, 2008. *Etický kodex vypracovaný Mezinárodní radou sester*. [online]. [cit. 2013-3-18] Dostupný z: [http://www.cna.cz/docs/tiskoviny/eticky\\_kodex\\_icn\\_2012.pdf](http://www.cna.cz/docs/tiskoviny/eticky_kodex_icn_2012.pdf)

CORTESE, G. Claudio, Lara COLOMBO and Chiara GHISLIERI, 2010. Determinants of nurses' job satisfaction: the role of work-family conflict, job demand, emotional charge and social support. *Journal of Nursing Management*. © 2010 The Authors. Journal compilation © 2010 Blackwell Publishing Ltd. DOI: 10.1111/j.1365-2834.2009.01064.x

DAIGELER, Thomas, 2008. *Vedení lidí v kostce*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2158-3.

DLUGOŠOVÁ, Anna a Ľubomíra TKÁČOVÁ, 2011. Motivace a její aplikace na práci sester. *Sestra*. Roč. 21, č. 9, s. 22-24. ISSN 1210-0404.



GROHAR-MURRAY, Mary Ellen a Helen R. DICROCE, 2003. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0267-3.

HANZLÍKOVÁ, Alžběta a kol., 2007. *Komunitní ošetrovatelství*. Martin: Osveta. ISBN 80-8063-257-X.

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2002. *České ošetrovatelství: Manuálek sociální gerontologie. Praktická příručka pro sestry*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků. ISBN 80-7013-363-5.

JAKUBKA, Jaroslav, 2009. *Zákoník práce 2010 v praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2113-2.

JAROŠOVÁ, Darja, 2007. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2150-7.

JURÁSKOVÁ, Dana, 2012. *Problematika úhrad v segmentu domácí péče*. Česká asociace sester [online]. [cit. 2013-3-26] Dostupné z: [http://www.cna.cz/docs/tiskoviny/uhrady\\_segmentu\\_dp\\_2012.pdf](http://www.cna.cz/docs/tiskoviny/uhrady_segmentu_dp_2012.pdf)

KARNETOVÁ, Zuzana, 2012. Teorie a praxe komunitního ošetrovatelství. *Sestra*. Roč. 22, č. 2, s. 30-31. ISSN 1210-0404.

KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ, 2010. *Psychologie 1. díl*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3270-1.

KOCIANOVÁ, Renata, 2010. *Personální činnost a metody personální práce*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2497-3.

KOLMAN, Luděk, Pavla RYMEŠOVÁ, Hana CHÝLOVÁ a Lucie GRALTON, 2012. *Motivace, produktivita a způsob života*. Praha: Linde Praha. ISBN 978-80-7201-892-5.

- KOUBEK, Josef, 2009. *Řízení lidských zdrojů*. Vyd. čtvrté rozšířené, doplněné. Praha: Management Press. ISBN 978-80-7261-168-3.
- KUTNOHORSKÁ, Jana, 2010. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3224-4.
- KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2713-4.
- MIOVSKÝ, Michal, 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1362-4.
- MISCONIOVÁ, Blanka. *Komplexní domácí péče – od A do Z*. Praha: Asociace domácí péče České republiky. ISBN neuvedeno. Rok neuveden.
- MISCONIOVÁ, Blanka, 2006. Systém domácí péče: informace pro klienty. In: Domácí péče 2006. Národní centrum domácí péče České republiky. [online]. Infonia spol. s.r.o. Praha: Národní centrum domácí péče České republiky. [cit. 2012-11-13] Dostupné z: <http://www.domaci/pece/info/system-domaci-pece-informace-pro-klienty>
- MISCONIOVÁ, Blanka, 1998. *Stručný průvodce domácí péčí*. Praha: Asociace domácí péče České republiky. ISBN neuvedeno.
- NCO NZO, 2006. *České ošetrovatelství 2. Praktická příručka pro sestry*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-7013-270-1.
- NCO NZO, 2003. *Struktura kompetencí všeobecné sestry podle ICN*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-7013-392-9.
- NEŠČÁKOVÁ, Libuše, 2008. *Profesní chování a komunikace*. Praha: Institut svazu účetních. ISBN 978-80-86716-52-7.
- STAŇKOVÁ, Marta, 2005. *Základy ošetrování nemocných*. Kolektiv autorů. Praha: Karolinum. s. 7. ISBN 80-246-0845-6.

STAŇKOVÁ, Marta, 2002. *České ošetrovatelství: Sestra - reprezentant profese. Praktická příručka pro sestry*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků. ISBN 80-7013-368-6.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie a kol., 2006. *Základy ošetrovatelství*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-1091-4.

ŠVARÍČEK, Roman, Klára ŠEĐOVÁ a kol., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.

ŘÍČAN, Pavel, 2007. *Psychologie osobnosti: Obor v pohybu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1174-4.

TÓTHOVÁ, Valerie a kol., 2009. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-286-1.

TRACHTOVÁ, Eva a kol., 2006. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-7013-324-4.

VÁGNEROVÁ, Marie, 2007. *Základy psychologie*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-0841-9.

VONEŠOVÁ, Petra a Alena MACHOVÁ, 2011. Vliv domácího prostředí klienta na poskytování ošetrovatelské péče. *Sestra*. Roč. 21, č. 4, s. 48-49. ISSN 1210-0404.

WIJA, Petr, 2012. *Domácí zdravotní péče v České republice v roce 2011*. [online]. [cit. 2013-3-20] Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/domaci-zdravotni-pece-ceske-republice-roce-2011>.

ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4062-1.

ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ, 2007.  
*Zdravotnická psychologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2068.

## **8 Klíčová slova**

domácí péče

motivace

potřeba

pracovní prostředí

sestra

## **9 Přílohy**

### **9.1 Seznam příloh**

PŘÍLOHA 1 Etický kodex sester

PŘÍLOHA 2 Maslowova pyramida potřeb

PŘÍLOHA 3 Konstrukce výzkumných otázek

PŘÍLOHA 4 Analýza rozhovoru metodou kódování v ruce

PŘÍLOHA 5 Rámec otázek k rozhovoru s lékařem

PŘÍLOHA 6 Žádost o svolení k provedení výzkumného šetření v agentuře domácí zdravotní péče TEREZA při Nemocnici Tábor a.s.

PŘÍLOHA 7 Žádost o svolení k provedení výzkumného šetření v agentuře domácí zdravotní péče v Soběslavi s.r.o.

PŘÍLOHA 8 Žádost o svolení k provedení výzkumného šetření v agentuře komplexní domácí péče Městské charity v Českých Budějovicích

# PŘÍLOHA 1 Etický kodex sester

*Etický kodex ICN*

---



## Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester

### PŘEDMLUVA

Mezinárodní etický kodex sester byl poprvé přijat Mezinárodní radou sester (ICN) v roce 1953. Od té doby byl několikrát revidován a opětovně schválen, tato poslední revize byla provedena v roce 2005.

Sestry z České republiky se prostřednictvím České asociace sester hlásí k Etickému kodexu Mezinárodní rady sester, který byl projednán Sněmem předsedkyň a předsedů sekcí a regionů ČAS, přijat Etickou komisí ČAS a Prezidiem ČAS a je platný od 11. února 2012.

### ÚVOD

Sestry mají čtyři základní povinnosti: podporovat zdraví, předcházet nemocem, navracet zdraví a zmírňovat utrpení. Potřeba ošetrovatelské péče je univerzální.

Neodmyslitelnou součástí ošetrovatelské péče je respektování lidských práv, včetně kulturních práv, práva na život a možnost volby, práva na důstojnost a úctu.

Ošetrovatelská péče nediskriminuje na základě věku, barvy pleti, vyznání, kulturních zvyklostí, postižení nebo nemoci, pohlaví, sexuální orientace, národnosti, politického přesvědčení, rasy a sociálního postavení, naopak výše uvedené charakteristiky pacienta / klienta respektuje.

Sestry poskytují zdravotnické služby jednotlivcům, rodinám a komunitám a koordinují svoje služby se službami jiných skupin.

### KODEX ICN

Etický kodex sester ICN má čtyři hlavní články, které vymezují normy etického chování.

#### *Články Kodexu*

#### **1. Sestry a lidé**

Sestra má primární profesní povinnosti vůči lidem, kteří potřebují ošetrovatelskou péči.

Při poskytování ošetrovatelské péče sestra vytváří prostředí, v němž jsou respektována lidská práva, hodnoty, zvyky a duchovní přesvědčení jednotlivce, rodiny a komunity.

Sestra zajišťuje, aby jednotlivým osobám byly poskytnuty dostatečné informace, na jejichž základě mohou tyto osoby poskytnout souhlas s péčí a se související léčbou.

Sestra dodržuje povinnost mlčenlivosti o osobních údajích pacienta a posuzuje nutnost sdílet tyto informace.

Sestra a společnost mají povinnost zahájit a podporovat aktivity zaměřené na uspokojování zdravotních a sociálních potřeb veřejnosti, a zejména občanů patřících do ohrožených skupin.

Sestra se také podílí na zachování životního prostředí a jeho ochraně před nadměrným spotřebováním, znečišťováním, zhoršováním a ničením.

## **2. Sestry a ošetrovatelská praxe**

Sestra nese osobní odpovědnost za ošetrovatelskou praxi a za udržování svých znalostí a dovedností na potřebné výši kontinuálním vzděláváním.

Sestra pečuje o své vlastní zdraví, aby nebyla narušena její schopnost poskytovat péči.

Sestra posuzuje individuální dovednosti a znalosti, když přijímá a deleguje konkrétní povinnosti.

Sestra za všech okolností dodržuje pravidla slušného chování, což přispívá k dobré pověsti profese a zvyšuje důvěru občanů.

Sestra při poskytování péče usiluje o to, aby používání moderních technologií a uplatňování vědeckého pokroku bylo v souladu s bezpečností, důstojností a právy občanů.

## **3. Sestry a profese**

Sestra zaujímá rozhodující roli při vytváření a implementaci standardů klinické ošetrovatelské praxe, řízení, výzkumu a vzdělávání.

Sestra se aktivně podílí na rozvoji odborných znalostí oboru vycházejících z vědeckých poznatků.

Sestra se prostřednictvím profesní organizace podílí na vytváření a zachování bezpečných a spravedlivých sociálních a ekonomických pracovních podmínek v ošetrovatelství.

## **4. Sestry a spolupracovníci**

Sestra udržuje kooperativní vztah s kolegy z oboru ošetrovatelství i s kolegy z dalších oborů.

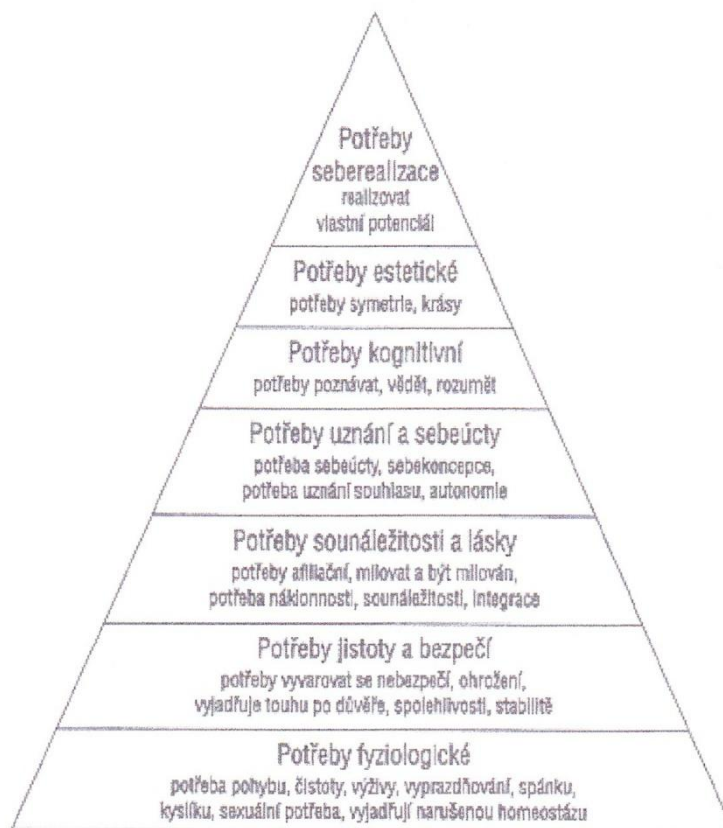
Sestra zvolí vhodný postup k ochraně jednotlivců, rodin a komunity, pokud je jejich zdraví ohroženo spolupracovníkem či jinou osobou.

## **Zdroj:**

ČESKÁ ASOCIACE SESTER, 2008. *Etický kodex vypracovaný Mezinárodní radou sester*. Dostupný z: [http://www.cna.cz/docs/tiskoviny/eticky\\_kodex\\_icn\\_2012.pdf](http://www.cna.cz/docs/tiskoviny/eticky_kodex_icn_2012.pdf)



## PŘÍLOHA 2 Maslowova hierarchie potřeb



### Zdroj:

TRACHTOVÁ, Eva a kol., 2006. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-7013-324-4.

## **PŘÍLOHA 3 Konstrukce výzkumných otázek**

**Zdroj:** vlastní

### **Otázky identifikačního charakteru:**

1. Jaká je celková délka Vaší zdravotnické praxe?
2. Jak dlouho pracujete v agentuře domácí péče?
3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

### **Otázka motivačního charakteru:**

4. Proč jste se rozhodla pracovat ve zdravotnictví?

### **Jádro rozhovoru:**

5. Kde jste pracovala před nástupem do ADP?
6. Jak dlouho pracujete v ADP?
7. Proč jste se rozhodla pracovat v ADP?
8. Jaký rozdíl vidíte mezi předchozím a nynějším zaměstnáním?
9. Co Vás ve Vaší práci nejvíce motivuje?
10. Jaké motivační faktory jsou pro Vás důležité, v souvislosti s výkonem Vašeho povolání?
11. Čím nebo jak Vás obohacuje práce v ADP?
12. Vnímáte ve Vaší práci nějaké demotivující prvky? Pokud ano, jaké.
13. Jaký vliv má Vaše profese na Váš osobní život?
14. Jak byste charakterizovala vaše pracovní prostředí?
15. Jaké Vám Váš zaměstnavatel poskytuje pracovní zázemí?
16. Jak Vás motivuje Váš zaměstnavatel, popřípadě čím?
17. Jak je pro Vás důležitý pracovní kolektiv ve Vašem zaměstnání?
18. Jak byste popsala sama sebe ve vztahu k výkonu svého povolání z pohledu charakterových vlastností a osobnosti?

### **Ukončení rozhovoru (ponechání prostoru pro vyjádření potřeb)**

19. Kdybyste měla možnost něco ve svém zaměstnání změnit, něco co Vám zde chybí, co by to bylo?



## **PŘÍLOHA 5 Položené otázky v rozhovoru s praktickým lékařem**

**Zdroj:** vlastní

1. Předepisujete svým pacientům domácí péči?
2. Myslíte si, že bude do budoucna stoupat potřeba domácí péče?
3. Víte o tom, že někteří lékaři nechtějí domácí péči svým pacientům indikovat?
4. Jaký si myslíte, že k tomu mají důvod?

**PŘÍLOHA 6 Žádost o svolení k provedení výzkumného šetření v agentuře  
domácí zdravotní péče TEREZA při Nemocnici Tábor a.s.**

**Zdroj:** Vlastní

Eva Urbanová  
K Babí hoře 290  
390 001 Tábor – Čelkovice

Vedoucí sestra DP TEREZA  
při Nemocnici Tábor a.s.  
Bc. Ivona Pikešová  
Kpt. Jaroše 2000  
390 02 Tábor

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

Vážená vedoucí sestro paní Bc. Pikešová, jsem studentkou třetího ročníku Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulty oboru ošetrovatelství a chtěla bych Vás touto cestou požádat o Vaše svolení k provedení výzkumného šetření v souvislosti s vypracováním Bakalářské práce na téma: „Motivace sester pro výkon povolání v agentuře domácí péče“. Šetření by mělo být provedeno metodou dotazování, technikou hloubkového rozhovoru s náhodně vybranými dvěma sestrami pracujícími ve Vaší agentuře. Z důvodu časové úspory by byly rozhovory nahrávány na diktafon. Získané informace budou použity pouze jako podklad k vypracování Bakalářské práce a budou zcela anonymní. Předpokládaný termín uskutečnění je od 18. 2. 2013 do 1. 3. 2013. K žádosti přikládám konstrukci otázek.

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

S pozdravem Eva Urbanová

V Táboře dne .....

1. -02-2013



Vyjádření: .....

Souhlasím



Razítko a podpis

**PŘÍLOHA 7 Žádost o svolení k provedení výzkumného šetření v agentuře  
domácí zdravotní péče v Soběslavi s.r.o.**

**Zdroj:** Vlastní

Eva Urbanová  
K Babí hoře 290  
390 001 Tábor – Čelkovice

DZP Soběslav s.r.o.  
Marie Megisová  
Mrázkova 745/III  
392 01 Soběslav

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

Vážená paní Megisová, jsem studentkou třetího ročníku Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulty oboru ošetrovatelství a chtěla bych Vás touto cestou požádat o Vaše svolení k provedení výzkumného šetření v souvislosti s vypracováním Bakalářské práce na téma: „Motivace sester pro výkon povolání v agentuře domácí péče“. Šetření by mělo být provedeno metodou dotazování, technikou hloubkového rozhovoru s náhodně vybranými dvěma sestrami pracujícími ve Vaší agentuře. Z důvodu časové úspory by byly rozhovory nahrávány na diktafon. Získané informace budou použity pouze jako podklad k vypracování Bakalářské práce a budou zcela anonymní. Předpokládaný termín uskutečnění je od 4. 3. 2013 do 8. 3. 2013. K žádosti přikládám konstrukci otázek.

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

S pozdravem Eva Urbanová

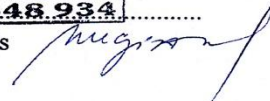
V Táboře dne 25.2.2013

Vyjádření: .....

*SOUHLASÍM S PROVEDENÍM VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ*

39	Domácí zdravotní péče
263	Soběslav s.r.o.
000	Mrázkova 745/III, 392 01 Soběslav
Tel.: 777.648.934	

Razítko a podpis



**PŘÍLOHA 8 Žádost o svolení k provedení výzkumného šetření v agentuře  
komplexní domácí péče Městské charity v Českých Budějovicích**

**Zdroj:** Vlastní

Eva Urbanová  
K Babí hoře 290  
390 001 Tábor – Čelkovice

Výkonná manažerka KDP  
Městská charita České Budějovice  
Bc. Zuzana Černá  
Žižkova 12/309  
370 01 České Budějovice

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

Vážená výkonná manažerko paní Bc. Černá, jsem studentkou třetího ročníku Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulty oboru ošetrovatelství a chtěla bych Vás touto cestou požádat o Vaše svolení k provedení výzkumného šetření v souvislosti s vypracováním Bakalářské práce na téma: „Motivace sester pro výkon povolání v agentuře domácí péče“. Šetření by mělo být provedeno metodou dotazování, technikou hloubkového rozhovoru s náhodně vybranými dvěma sestrami pracujícími ve Vaší agentuře. Z důvodu časové úspory by byly rozhovory nahrávány na diktafon. Získané informace budou použity pouze jako podklad k vypracování Bakalářské práce a budou zcela anonymní. Předpokládaný termín uskutečnění je od 18. 2. 2013 do 1. 3. 2013. K žádosti přikládám konstrukci otázek.

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

S pozdravem Eva Urbanová

V Českých Budějovicích dne ..... 18. 2. 2013 .....

Vyjádření: ..... *Eva Urbanová* .....

**Městská charita České Budějovice**  
*Komplexní domácí péče* (60)  
Žižkova 12, 370 01 České Budějovice  
Tel.: 387 718 349, Mob.: 733 755 968  
Razítko a podpis