



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

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

**Role managementu v péči o zdraví všeobecných  
sester v hospicích**

## **DIPLOMOVÁ PRÁCE**

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

**Autor:** Bc. Katarína Macinauerová

**Vedoucí práce:** doc. PhDr. Sylva Bártlová, Ph.D.

České Budějovice 2020

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „*Role managementu v péči o zdraví všeobecných sester v hospicích*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě 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 diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 12.8.2020

.....

### **Poděkování**

Mé poděkování bych ráda věnovala paní doc. PhDr Sylvě Bártlové, Ph.D. za její trpělivost, ochotu, vstřícnost a cenné rady. Poděkování patří též všem sestrám a manažerům, kteří se podíleli na výzkumu. Za podporu a trpělivost děkuji své rodině a blízkým přátelům.

## **Role managementu v péči o zdraví všeobecných sester v hospicích**

### **Abstrakt**

Předmětem paliativní péče je zlepšení kvality života u pacientů s vážným onemocněním v pokročilém, nebo terminálním stádiu. Hospicová péče je komplexní multidisciplinární specializovaná péče, poskytovaná pacientům s předpokládanou délkou života kratší než 6 měsíců, v lůžkových a domácích hospicích. Cílem je poskytování komplexní péče s důrazem na tišení bolesti a ostatních příznaků onemocnění, včetně saturace psychických, sociálních a spirituálních potřeb pacientů a jejich příbuzných. Péče o nevléčitelně nemocné a umírající pacienty patří mezi nejvíce zatěžující situace zdravotnického personálu. Všeobecné sestry v hospicích jsou této zátěži vystavovány daleko více než sestry na standardních lůžkových odděleních.

Cílem výzkumného šetření bylo prozkoumat u všeobecných sester v hospicích jejich psychický a fyzický zdravotní stav, zátěžové situace, copingové strategie, pracovní podmínky a participaci managementu na péči o jejich duševní a tělesné zdraví.

Výzkumné šetření bylo realizováno kvalitativní metodou s využitím polostrukturovaných rozhovorů. Výzkumný vzorek tvořilo 7 všeobecných sester pracujících v hospicích minimálně po dobu jednoho roku a 7 zástupců managementu hospiců. Rozhovor se všeobecnými sestrami tvořilo 25 otevřených otázek zaměřených na duševní a tělesné zdraví, využívání copingových strategií a účast managementu na zvládnání zátěže plynoucí z péče o umírající. Rozhovor se zástupci managementu hospiců tvořilo 16 otevřených otázek, ve kterých jsme se zaměřili na pracovní prostředí všeobecných sester, technické a personální vybavení a nabídku copingových strategií.

Výsledky výzkumného šetření ukázaly, že management má nezastupitelnou úlohu v oblasti péče o zdraví všeobecných sester v hospicích. Oblast péče o fyzické zdraví, pracovní podmínky a pracovní prostředí obě skupiny participantů vyhodnotily pozitivně. Dotazované sestry i manažeři považují za nejvíce duševně zatěžující situace konflikty při komunikaci s rodinami, samotnými pacienty a ostatními členy ošetrovatelského týmu, které je potřeba zvládnout pomocí komunikačních dovedností. Vedení hospiců vytváří vhodné pracovní podmínky a nabízí všeobecným sestram finanční benefity určené na nákup služeb a produktů v oblasti péče o zdraví. V nabídkách copingových strategií dominuje supervize, hodnocení zaměstnanců,

motivační rozhovory, sebereflexe a školení v paliativní péči. Naše práce poukazuje na potřebu zvýšení kvality supervizí a zahrnutí nácviku komunikačních dovedností u všeobecných sester v hospicích.

Na základě zjištěných skutečností doporučujeme vedení hospiců zaměřit se na kvalitu supervizí a zahrnout do podpory v zátěžových situacích prohlubování teoretických znalostí a praktických dovedností zaměřených na komunikaci. Dalším výstupem práce bude odborný seminář pro vedoucí pracovníky v hospicích s cílem lépe pochopit potřeby všeobecných sester v oblasti péče o jejich zdraví., či přednáška na vhodné konferenci.

**Klíčová slova:** management; duševní hygiena; fyzická zátěž sester; pracovní podmínky; hospic; paliativní péče

## **The role of management in the health care of general nurses working in hospices**

### **Abstract**

The subject of palliative care is to improve the quality of life in patients with serious disease in the advanced or terminal stage. Hospice care is a comprehensive multidisciplinary specialized care provided to patients with life expectancy of less than 6 months in inpatient and home hospices. The aim is to provide comprehensive care with an emphasis on alleviating pain and other symptoms of the disease, including psychological, social and spiritual needs of patients and their relatives. Caring for terminally ill and dying patients is one of the most stressful responsibilities for medical staff. General nurses in hospices are exposed to this burden far more than nurses in standard wards.

The aim of the research was focussed on general nurses in hospices assessing their mental and physical health, stressful situations, coping strategies, working conditions and the participation of management in the care of their mental and physical health. The research was carried out using a qualitative method with semi-structured interviews. The research sample consisted of 7 general nurses working in hospices for at least one year and 7 representatives of hospice management. Interview with general nurses consisted of 25 open questions focused on their mental and physical health, the use of coping strategies and participation of management in coping with the burden of caring for the dying. The interview with representatives of hospice management consisted of 16 open questions, in which we focused on the working environment of general nurses, technical and personal equipment and the offer of coping strategies.

The results of the research survey showed that management has an irreplaceable role in the health care of general nurses in hospices. Both groups of participants evaluated the area of physical health care, working conditions and working environment positively. The interviewed nurses and managers consider conflicts in communication with families, patients themselves and other members of the nursing team to be the most mentally burdensome which need to be managed with the help of communication skills. Hospice management creates suitable working conditions and offers the nurses financial benefits for the purchase of health care services and products. The offers of coping strategies are dominated by supervision, employee evaluation, motivational interviews,

self-reflection and training in palliative care. Our work points to the need to increase the quality of supervision and the inclusion of communication skills training for general nurses in hospices.

Based on the findings, we recommend the management of hospices to focus on the quality of supervision and to include in the support deepened theoretical knowledge and practical skills focused on communication in stressful situations. Another output of the work will be a professional seminar for hospice managers aimed at better understanding the needs regarding health care of general nurse, or a lecture at a suitable conference.

**Keywords:** management; mental hygiene; physical activity of nurses; working conditions; hospice; palliative care

## Obsah

Úvod .....	9
<b>1 Současný stav.....</b>	<b>10</b>
1.1 Thanatologie a paliativní péče .....	10
1.1.1 Rozvoj a současný stav hospicové paliativní péče v České republice .....	11
1.1.2 Ošetrovatelská péče o nemocného v terminálním stádiu .....	14
1.1.3 Fyzická zátěž sestry a její projevy .....	18
1.1.4 Psychická zátěž sestry a její projevy .....	20
1.1.5 Stres a riziko syndromu vyhoření u všeobecných sester.....	21
1.1.6 Zvládání zátěžových situací a prevence jejich následků.....	23
1.2 Management v ošetrovatelství .....	27
1.2.1 Management v hospicích .....	31
1.2.2 Personální management a jeho role v péči o zdraví všeobecných sester .....	33
1.2.3 Opora ošetrovatelského týmu a podpora managementu .....	35
<b>2 Výzkumné cíle a otázky .....</b>	<b>38</b>
2.1 Výzkumné cíle .....	38
2.2 Výzkumné otázky .....	38
2.3 Operacionalizace pojmů.....	38
<b>3 Metodika.....</b>	<b>40</b>
3.1 Použitá metoda .....	40
3.2 Charakteristika výzkumného vzorku .....	41
3.3 Analýza dat.....	41
<b>4 Výsledky výzkumného šetření .....</b>	<b>42</b>
<b>5. Diskuze.....</b>	<b>76</b>
<b>6. Závěr .....</b>	<b>84</b>
<b>7. Seznam použité literatury .....</b>	<b>87</b>
<b>9. Seznam příloh.....</b>	<b>98</b>



## Úvod

Prakticky každá sestra se během své praxe setká se smrtí, umíráním a paliativní péčí. Sestry v hospicích však na rozdíl od svých kolegyní poskytují výhradně paliativní péči, bez naděje na uzdravení svých pacientů. Valná většina pacientů v hospicích jsou ležící pacienti, často s diagnózou onkologického charakteru, silnými bolestmi a potřebou komplexní ošetrovatelské péče. Dané skutečnosti se dříve nebo později podepíší na zdraví všeobecných sester, které o ně pečují, a to jak v lůžkovém, tak v mobilním hospici. Paliativní medicína má navíc, na rozdíl od ostatních lékařských disciplín, v koncepci též péči o rodinu, a pokračující péči o rodinu po úmrtí pacienta samotného.

V diplomové práci pojednáváme o péči managementu hospiců o duševní a tělesné zdraví všeobecných sester zde pracujících. V diplomové práci se zabýváme pracovními podmínkami, pracovním prostředím a metodami, kterými zástupci managementu hospiců reagují na fyzickou a psychickou zátěž všeobecných sester plynoucí z poskytování výhradně paliativní péče. Taktéž zkoumáme povědomí sester o potřebě duševní hygieny a kroky, které v tomto ohledu podnikají ony samy i jejich vedoucí pracovníci.

Cílem této práce je zmapovat oblast zátěžových situací v souvislosti s poskytováním paliativní péče u všeobecných sester pracujících v lůžkových a mobilních hospicích, oblast jejich duševního a tělesného zdraví a roli managementu hospiců v péči o něj.

Tato diplomová práce posléze poslouží zástupcům managementu hospiců jako reflexe spokojenosti všeobecných sester s pracovními podmínkami i jako inspirace ke zlepšení pracovních podmínek v oblasti péče o jejich duševní a tělesné zdraví.

# 1 Současný stav

## 1.1 *Thanatologie a paliativní péče*

Thanatologie je dle Kelnarové (2007) interdisciplinární vědný obor, který se zabývá problematikou umírání a smrti. Obsah této vědné disciplíny zasahuje do celé řady klasických vědných oborů, jako je filozofie, teologie, psychologie, sociologie, či medicína, přičemž každý ze jmenovaných oborů se vyjadřuje k fenoménu smrti a umírání ze svého úhlu pohledu a zkoumá jej prostřednictvím rozdílných vědeckých metod (Kelnarová, 2007). Název thanatologie je odvozen od Thanatose, řeckého boha smrti a smrtelného spánku.

V současné době je téma smrti a umírání stále hodně tabuizováno. Haškovcová (2007) zastává názor, že každý zdravotnický pracovník přistupuje k thanatologii individuálně, dle toho, jak on sám fenomény smrti a umírání vnímá. Mladí lidé, zhruba ve věku 18-25 let, tedy ve studijním věku, smrt negují, což je z pohledu vývojové psychologie naprosto fyziologické. Bylo dokonce opakovaně prokázáno, že strach z vlastního zániku a touha tuto konečnost ovlivnit má značný vliv na výběr povolání u lékařů (Haškovcová, 2007). Podobně jsou na tom i budoucí všeobecné sestry. Haškovcová (2007) uvádí, že následně dochází k tomu, že se zdravotník přiklání víc k technice a odklání se od pacienta, a ač je taková péče prováděna kvalitně, je neosobní. Bohužel současné zdravotnictví je zaměřeno víc na onemocnění samotné, než na pacienta. Péče o pacienta by však vždy a za každých okolností měla být osobní. Řešením je otevřená komunikace a techniky zvládání zátěžových situací (Haškovcová, 2007).

Paliativní péče má řadu definic. Mlýnková (2010) a Vorlíček et al. (2012) si myslí, že paliativní péče je péče o nemocné v pokročilém nebo terminálním stádiu onemocnění, kteří již nereagují na kurativní léčbu. Paliativní péče je vykonávána komplexně, zaměřuje se na léčbu bolesti a ostatních symptomů a na řešení sociálních, duchovních a psychologických problémů. Její součástí je také péče o blízké nemocného. Cílem je dosažení co nejvyšší kvality života nemocného a jeho rodiny (Mlýnková, 2010; Vorlíček et al., 2012). Paliativní péče je tedy vysoce individualizovaná a i zde, tak jako v ostatních oblastech současného ošetřovatelství, je kladen důraz na holistické pojetí pacienta.

Mezi nejčastější symptomy v terminálním stadiu onemocnění patří bolest. Sláma et al. (2011) definují bolest jako obranný mechanismus, který významně ovlivňuje aktuální prožívání a komfort pacienta. Dokáže negativně ovlivnit všechny oblasti pacientova života, a zkomplikovat tak další postupy v péči. Negativně působí na emoce, náladu, motivaci, či spolupráci nemocného na péči. Tyto faktory u pacienta zpětně ovlivňují jeho vnímání a prožívání bolesti. Pokud se bolest neléčí, může dojít ke snížení soběstačnosti až k imobilitě pacienta, nechutenství, malnutrici a kachexii. Bolest může způsobit i sociální dysfunkci až izolaci (Sláma et al., 2011).

Dle standardů Evropské asociace pro paliativní péči (2009) se paliativní péče dělí na **obecnou paliativní péči**, která je poskytována v každém zdravotnickém zařízení, v rámci jeho specializace. Základem je včasné rozpoznání charakteru nevyléčitelné nemoci u pacientů a identifikace a ovlivnění oblastí významných pro kvalitu života pacientů. Patří sem především léčba bolesti a dalších symptomů onemocnění, empatický přístup, podpora rodiny, pomoc při zajištění speciální péče, či domácí ošetrovatelské péče. Obecnou paliativní péči by měl umět poskytnout každý zdravotník v rámci své odborné způsobilosti. Obecnou paliativní péči zajišťují praktičtí lékaři, agentury domácí péče a lékaři specialisté, nejčastěji onkologové, internisti, geriatři a neurologové. Do obecné paliativní péče patří též služby zajišťující nezdravotnické aspekty paliativní péče, jako sociální a psychologické poradenství a služby, pastorační péče a dobrovolnická práce (Evropská asociace pro paliativní péči, 2009).

**Specializovaná paliativní péče** je dle Evropské asociace pro paliativní péči (2009) aktivní a multiprofesní péče, která je poskytována pacientům i jejich blízkým. Specializovanou paliativní péči poskytuje tým odborníků, kteří jsou v paliativní péči speciálně vzdělání a zkušení a je poskytována v zařízeních, která mají paliativní péči jako svou hlavní činnost. Specializovaná paliativní péče je poskytována pacientům, u kterých je obecná paliativní péče nedostačující (Evropská asociace pro paliativní péči, 2009).

### ***1.1.1 Rozvoj a současný stav hospicové paliativní péče v České republice***

Svatošová (2008) uvádí, že rozvoj paliativní péče v naší republice se pojí s rokem 1989. Možnost vycestovat za hranice tehdejšího Československa využila řada lékařů a sester a v devadesátých letech došlo k významnému rozvoji paliativní péče a na území České republiky (dále jen „ČR“) bylo vybudováno několik hospiců. Jako první byl zřízen

hospic Anežky České v Červeném Kostelci v roce 1995. V nemocnici v Babicích nad Svitavou bylo v roce 1992 otevřené první oddělení paliativní péče, které bylo později transformováno na léčebnu dlouhodobě nemocných. Ve Fakultní nemocnici Brno vznikla v roce 2001 specializovaná ambulance paliativní medicíny jako součást oddělení léčby bolesti. Jejím cílem je formou ambulantních a konziliárních vyšetření zvyšovat úroveň péče o pokročile nemocné na různých odděleních a klinikách nemocnice (Svatošová, 2008).

Haškovcová (2007) a Marková (2010) považují paliativní péči za vůbec nejstarší formu medicíny. Od začátků ošetrovatelství bylo mírnění utrpení a doprovázení ke smrti hlavním posláním lékařů a ošetrovatelek. Lidé umírali zpravidla v domácím prostředí a na péči o ně se podíleli i blízcí či duchovní. Z toho vyplývá, že i z historického hlediska můžeme paliativní péči označit za multidisciplinární obor. V 19. století, období industrializace, nastala v péči o umírající řada změn. Vlivem stěhování, modernizace medicíny a rozvoje chorobinců lidé již neumírali z velké části v domácím prostředí, ale ve zdravotnických zařízeních a bez přítomnosti rodiny. Umírající byli v čistém a teplém prostředí a soukromí jim poskytovala bílá plenta okolo lůžka. V minulém století dochází k medicinalizaci smrti a umírání (Haškovcová, 2007; Marková, 2010). Giddens et al. (2013) uvádí, že v současné době většina pacientů umírá v nemocnicích a léčebnách dlouhodobě nemocných. Tím jsou ovšem často vytrženi ze svého přirozeného prostředí a umírají v prostředí neznámém. To vše na rozdíl od minulosti, kdy měla především rodina odpovědnost za své členy a bylo přirozené se o svého nemocného nebo umírajícího příbuzného postarat (Giddens et al., 2013).

Nelze nepoukázat na Marii Svatošovou, která je, jak uvádějí Tomeš et al. (2015), významnou osobností paliativní péče. Marie Svatošová v roce 1993 založila sdružení *Ecce Homo* pro podporu domácí péče a hospicového hnutí a zasloužila se o vybudování prvního hospicu v ČR a rozvoj hospicové péče v ČR (Tomeš et al., 2015). Je nutné zmínit i Helenu Haškovcovou, která v roce 2000 vydala knihu o thanatologii, jako první autorka tak prolomila bariéru tohoto tabuizovaného tématu a s grácií se zhostila role odborníka v této oblasti. Její kniha je, dle mého názoru, nejlepší komplexní zpracování tématu umírání a smrti v ČR.

Bužgová (2015) zastává názor, že s výzkumem v oblasti paliativní medicíny se začalo až v roce 2003 a v roce 2004 byla poprvé vydána Koncepce paliativní péče v ČR. K

rozvoji paliativní péče v ČR také přispěla Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče (dále jen „APHPP“), která vznikla v roce 2005. V roce 2007 APHPP vydala Standardy hospicové a paliativní péče a dala tak rámec podmínek a požadavků pro poskytovatele paliativní péče. Významný byl v roce 2009 rovněž vznik České společnosti paliativní medicíny České lékařské komory Jana Evangelisty Purkyně (dále jen „ČSPM“ a „ČLK JEP“), jejichž hlavním cílem je rozvoj a podpora v oblasti vzdělávání v paliativní péči. ČSPM je členem Evropské asociace paliativní péče a podílela se na tvorbě dokumentu *Strategie rozvoje paliativní péče v České republice na období 2011-2015*. Strategie byla vypracována jako odezva na nedostatky v oblasti poskytování paliativní péče v ČR a v souladu s mezinárodními dokumenty zabývajícími se paliativní péčí. Cílem strategie bylo odstranit tyto nedostatky a zajistit lepší paliativní péči pro všechny pacienty s progresivním onemocněním a péči o jejich rodiny. V roce 2013 vydala ČSPM *Standardy paliativní péče 2013* (Bužgová, 2015) a v roce 2017 byly tyto standardy přepracovány a vydány jako *Standardy paliativní péče 2017*. APHPP vydala v roce 2016 *Standardy hospicové paliativní péče* (Tomeš et al., 2015).

Jak uvádí APHPP (2019), dostupnost lůžkové hospicové péče v ČR se řídí standardy WHO a hustota pokrytí by měla dosahovat 5 lůžek na 100 tisíc obyvatel, což je v ČR naplněno, s výjimkou kraje Vysočina. Dojezdová vzdálenost má být do 70 km., mají se dodržovat Standardy hospicové paliativní péče, a má být zabezpečená nabídka disponibilních míst, což minimalizuje čekací lhůty. Všechny tyto podmínky stávající lůžkové hospice v ČR splňují. V současné době je v ČR celkem 15 lůžkových hospiců (APHPP, 2019).

Domácí hospic je dle APHPP (2019) integrovaná forma zdravotní, sociální, psychologické i duchovní péče, poskytovaná nemocným všech indikačních, diagnostických i věkových skupin v terminálním stádiu nemoci a to ve vlastním sociálním prostředí, u nichž je předpokládána prognóza délky života na základě lékařského posudku kratší, než šest měsíců. V současnosti je většina domácích hospiců v ČR bez smlouvy se zdravotními pojišťovnami z důvodu, že tuto specializovanou hospicovou péči, dle pojišťoven, dostatečně poskytují agentury běžné domácí zdravotní péče. Mimo zmíněných 15 hospiců APHPP jsou další hospice, které nejsou členy APHPP. Nejznámější domácí hospic v ČR je Cesta domů, který vznikl v roce 2001. Bohužel špatné financování domácích hospiců je velkou zátěží a v ČR nyní

schází cca 70 domácích hospiců, což vyřeší jedině systémová změna ve financování z veřejného zdravotního pojištění (APHPP, 2019).

### ***1.1.2 Ošetrovatelská péče o nemocného v terminálním stádiu***

Burda a Šolcová (2016) uvádějí, že péče o umírajícího pacienta patří mezi nejnáročnější činnosti v ošetrovatelství, a to jak z hlediska fyzické, tak z hlediska psychické zátěže. Aby mohla sestra pečující o pacienty v terminálním stádiu kvalitně vykonávat svoji práci, potřebuje podporu ze strany ošetrovatelského managementu i svých blízkých (Burda a Šolcová, 2016). Dle Novotné a Valentové (2011) je nezpochybnitelné, že právě sestra je pacientovi v terminálním stádiu onemocnění z ošetrojícího týmu nejbližší. Od sestry v paliativní péči se žádá vysoká odbornost, profesionální zralost a také mistrovství ve verbální a neverbální komunikaci. Spolupráce s umírajícím pacientem je často náročná a sestra by měla být obětavá, laskavá, trpělivá a psychicky i fyzicky zdatná (Novotná a Valentová, 2011). Péče o umírajícího má totiž kromě vysokých nároků na odborné ošetrovatelské dovednosti také humánní aspekt (Vytejšková et al., 2013). Plevová (2011) a Kalvach (2011) se shodují na tom, že filozofií ošetrovatelství je holismus a k umírajícím pacientům a jejich blízkým, je třeba přistupovat komplexně, s ohledem na jejich biologické, psychické, sociální a spirituální potřeby. Každá sestra by tedy měla být schopná detekovat a analyzovat individuální potřeby pacienta a udělat maximum pro to, aby byly naplněny (Plevová, 2011; Kalvach, 2011).

Shih (2006), Meanger a Balk (2013) zastávají názor, že pacient v terminálním stádiu nemoci očekává nejen kvalitní ošetrovatelskou péči, ale také respektování jeho důstojnosti, individuálních potřeb a požadavků, podporu a pomoc při naplnění spirituálních potřeb a životních cílů. Umírání vždy doprovází strach a nejistota, a zda jsou tyto emoce manifestovány, nebo nikoli, zasahují i rodinu a blízké umírajícího, a proto je velký důraz kladen na vhodnou verbální i neverbální komunikaci se všemi zúčastněnými (Shih, 2006; Meanger a Balk, 2013). Co se týče potřeb nemocného v terminálním stádiu, můžeme vycházet taktéž z Maslowovy pyramidy potřeb (Hůsková a Kašná, 2009). Komunikační dovednosti a kvalitně provedená odborná ošetrovatelská péče jsou neodmyslitelnou součástí důstojného umírání a smrti a vedou k zajištění ochrany a zachování důstojnosti pacienta v konečném stádiu života (Burda a Šolcová, 2016). Fyzická smrt úzce souvisí se smrtí sociální a psychickou, právě proto je

důležitý lidský a citlivý přístup ošetřujícího personálu i rodiny a tím předcházet samotě a beznaději (Kutnohorská, 2009). Neméně důležité jsou pro umírajícího pacienta potřeby pochopení, soucitu, rekapitulace života, či případného odpuštění (Munzarová, 2008). Hospitalizovanému pacientovi je nejbližší ošetřující personál a tudíž se od něj očekává profesionální přístup nejen v oblasti ošetrovatelské péče, ale i v oblasti morální a lidské (Novotná a Valentová, 2011; Cain, 2012).

Smrt má mnoho definicí, Haškovcová (2007) definuje smrt jako individuální zánik organismu a tedy také lidské bytosti. V současné době je smrt zpravidla konečným stádiem nějakého onemocnění a bývá označována i jako smrt lékařská (Haškovcová, 2007). Smrt lze dle Vytejškové et al. (2013) rozdělit na smrt klinickou, biologickou, sociální a zdánlivou. Klinická smrt je stav, kdy dochází k zástavě akce srdeční a dechu při současném zachování metabolismu v mozkových buňkách a tento stav tedy pokládáme za reverzibilní neprodleně zahájenou kardiopulmonální resuscitací. Naopak smrt biologická, též označovaná jako smrt mozková, je stav, kdy dochází ke smrti gangliových buněk a nemocný se nachází v hlubokém bezvědomí a bez základních reflexů, tento stav je ireverzibilní. Smrt sociální lze v literatuře najít i jako vigilní kóma, či apalický stav a jedná se o částečné odumření mozku, přičemž je zachován krevní oběh i spontánní funkce dýchání, poškozeny jsou však kognitivní funkce a schopnost verbálně komunikovat. Poslední je smrt zdánlivá, která může nastat v komatu nebo po zásahu elektrickým proudem a pacient se nachází ve stavu, kdy jsou životní funkce omezeny na minimum, přičemž nemusí být prokázána ani aktivita pomocí vyšetření EKG a EEG (Vytejšková et al., 2013).

Abychom pochopili jednotlivé fáze umírání, je nutné poznat fáze přijetí závažné diagnózy. Kübler Ross (2015) uvádí fáze popření, hněvu a agrese, smlouvání, deprese a nakonec smíření. Pacient se závažnou diagnózou však těmito fázemi prochází individuálně, s ohledem na jeho aktuální psychický, fyzický a sociální stav, přičemž nemusí projít všemi fázemi a též se může do některých fází vracet, nebo se s nemocí nikdy nesmířit (Kübler Ross, 2015). Dle Kübler Ross (1992) u umírajícího můžeme proces umírání pozorovat v oblasti emocionální, motivační, i v oblasti myšlení, přičemž jednotlivé fáze umírání nemusí přicházet za sebou, ale mohou se prolínat. Je důležité si uvědomit, že fázemi umírání prochází nejen umírající, ale také jeho rodina a blízcí. Každý pacient reaguje na těžké životní situace jinak, tyto reakce ovlivňují vnitřní a vnější činitele, přičemž umírající člověk mění často své chování podle toho, co aktuálně

prožívá (Kübler Ross, 1992). Obecně lze umírání rozdělit na fázi *pre finem*, *in finem* a *post finem* (Burda a Šolcová, 2016).

**Fáze *pre finem*** (před koncem), dle Burdy a Šolcové (2016), začíná sdělením závažné nevyléčitelné diagnózy s beznadějnou prognózou nemocnému i jeho blízkým. Role sestry v této fázi je naslouchání, spolupráce s rodinou, být nemocnému nablízku, a pokud je vhodná situace poskytnout i fyzický kontakt (pohlazení, objetí, stisk ruky), sestra by měla mít na nemocného i jeho blízké dostatek času (Burda a Šolcová, 2016). Toto období není časově přesně vymezeno a může trvat týdny, měsíce i roky (Plevová, 2011). Jak uvádějí Vytejšková et al. (2013), pacientovi v období *pre finem* poskytujeme vysoce individuální a aktivní ošetrovatelskou péči, přičemž respektujeme jeho důstojnost a autonomnost. Pokud dochází v důsledku nemoci ke zhoršení stavu, nesmíme dát pacientovi najevo nezvratnost situace. Základem je léčba bolesti, se zaměřením na monitoraci a identifikaci faktorů vyvolávajících a zhoršujících bolest. Léčba bolesti u pacientů v terminálním stádiu je preventivního charakteru, analgezii aplikujeme ještě před zhoršením intenzity bolesti (Vytejšková et al., 2013). U umírajících pacientů se často setkáváme s tím, že na intenzitě nabývají jejich spirituální potřeby, které jsou v medicíně často znevažovány (Kalvach, 2011). Nesmíme opomenout také péči o výživu a vyprazdňování, poněvadž zejména u umírajících pacientů, dle Haškovcové a (2007) Vytejškové et al. (2013), často dochází k nechutenství a změně chuti k jídlu. Pacienti často odmítají nejdříve maso, zeleninu a hůře stravitelná jídla, až dojdou do fáze, kdy odmítají jakoukoli potravu. Je potřeba pacienta především správně hydratovat a zvolit vhodnou konzistenci a složení jídla, a zároveň brát v úvahu přání a chuť pacienta s ohledem na jeho aktuální zdravotní stav. Fakt, že pacient stravu odmítá, často těžko snáší blízcí a nabývají dojmu, že pacient zemře, protože nejí. Úkolem sestry je v takovém případě humánně a citlivě vysvětlit danou situaci příbuzným a zbavit je pocitu viny z toho, že nemocného nepřiměli k jídlu (Haškovcová, 2007; Vytejšková et al., 2013). Někteří nemocní v terminálním stádiu onemocnění vyhledávají nemocné s podobnou diagnózou a sdílí spolu svoje dojmy, zkušenosti a metody vyrovnání se s blížící smrtí (Kupka, 2014). Důležitou součástí péče dle Plevové (2011) a Vytejškové et al. (2013) je prevence imobilizačního syndromu podporou pohybu, polohováním, prevencí pádu a zajištěním vhodných kompenzačních pomůcek. Pečujeme o dýchací cesty pacienta, monitorujeme fyziologické funkce a v neposlední řadě pečujeme o psychosociální potřeby pacienta i jeho rodiny. S pacientem



udržujeme neustálý kontakt a zároveň zajistíme neomezený kontakt s rodinou nebo, v rámci možností, s domácím mazlíčkem. Snažíme se zaměstnat pacientovu mysl a odpoutat pozornost od negativních aspektů onemocnění vhodnými aktivitami a organizací volnočasových aktivit. Je nutné vědět, že pacienti v terminálním stádiu bývají extrémně unavení a kvalitní spánek je důležitou součástí péče. Pacientovi navodíme správný biorytmus, ve dne volíme vhodné aktivity, které pacienta nadměrně nevyčerpávají, na noc zajistíme pohodlí a klid a dle ordinace lékaře podáváme analgezii či hypnotika (Plevová 2011; Vytejková et al., 2013).

**Fáze in finem** je terminální stav onemocnění, kdy dochází, nejčastěji během několika hodin, k postupnému selhávání životních funkcí, které končí posledním vydechnutím (Burda a Šolcová, 2016). Pacient v tomto stádiu onemocnění často upadá do bezvědomí, je však důležité se i k pacientovi v takovém stavu chovat jako by byl při vědomí (Haškovcová, 2007). Vytejková et al. (2013) zastávají názor, že toto období, označované též jako agonie, se projevuje studenou, bledou a lepkavou kůží, chabou reakcí na algický podnět, dezorientací až absencí jakékoliv reakce a povrchním dýcháním s apnoickými pauzami. U pacientů dochází k poruše vědomí v rozsahu somnolence až soporu, srdeční akce je zpomalená, krevní tlak klesá a puls nemusí být hmatný, rovněž může dojít k samovolnému odchodu moči a stolice. Pacient ve fázi in finem nemá být sám, neměl by mu chybět lidský kontakt a ideální je v posledních chvílích přítomnost rodiny. Úkolem sestry v této fázi je především sledovat fyziologické funkce celkový stav pacienta a být mu nablízku (Vytejková et al., 2013). Péče o pacienta v posledních hodinách jeho života má být dle Burdy a Šolcové (2016) prováděná s důrazem na důstojnost a individuální požadavky pacienta, či rodiny. Je na místě umožnit návštěvy, přítomnost domácího mazlíčka, duchovního, či zapálit svíčku (Burda a Šolcová, 2016). Při zástavě srdeční akce sestra kontaktuje lékaře, který následně konstatuje smrt, a to vždy na základě nejistých známek smrti (zástava dechu, srdeční činnosti a zornice nereagují na osvit) a jistých známek smrti (posmrtná ztuhlost, zápach, skvrny a vosková bledost) (Vytejková et al., 2013). U pacientů, kterým smrt způsobilo onkologické onemocnění, nebo jiné onemocnění neslučitelné se životem, nezahajujeme resuscitaci (Kapounová, 2007). Sestra by neměla v péči o pacienta v terminální fázi zapomínat ani sama na sebe a měla by dokázat projevit své emoce či obavy a mít osobu, se kterou by se mohla o svoje emoce podělit (Kurucová, 2016).

**Fáze post finem** je charakterizována jako zástava fyziologických funkcí, péče o mrtvé tělo a péče o pozůstalé (Kutnohorská, 2007; Vytejková et al., 2013). Toto období je, jak uvádějí Burda a Šolcová (2016) velmi těžké pro všechny zúčastněné a podporu potřebují jak pozůstalí, tak ošetřující zdravotnický personál. Je důležité, aby ošetřující personál měl možnosti a prostor o smrti hovořit, konzultovat jí s odborníky (supervizor, psycholog) a dostalo se jim podpory jak ze strany kolegů, tak ze strany managementu (Burda a Šolcová, 2016). Péče o mrtvé tělo provádějí, jak uvádí Vytejková et al. (2013), minimálně dvě osoby, v místnosti na to určené, nebo na pokoji zemřelého pacienta. Pro zajištění soukromí použijeme zástěny, a pokud je to možné, požádáme ostatní pacienty, aby po tuto dobu opustili pokoj. Péči provádíme v souladu s platnými ošetrovatelskými standardy. Použijeme ochranné pomůcky, z lůžka odstraníme vše kromě prostěradla, zemřelého svlékneme, odstraníme z těla zemřelého veškeré obvazy, náplasti, cévky a katétry, drény zastříháme. Pokud to standardy vyžadují, ponecháme invazivní vstupy, které mohou být potřebné při provádění patologicko-anatomické pitvy. Následuje hygienická péče, odstraníme umělou zubní náhradu a šperky, tělo umístíme do vodorovné polohy, ruce spojíme na břicho pomocí obinadla, pomocí prakového obvazu fixujeme bradu tak aby ústa byla zavřená, zavřeme oči a zpravidla na pravé stehno zemřelého napíšeme fixem jeho jméno, příjmení, rodné číslo, datum a oddělení. Po řádně provedené péči o mrtvé tělo jej uzavřeme do igelitového vaku a ponecháme na lůžku 2 hodiny od času úmrtí, poté se tělo odváží na patologicko-anatomické oddělení. Následně se za přítomnosti dvou osob sepíše pozůstalost, která se předává blízkým na základě předloženého občanského průkazu (Vytejková et al., 2013). Kurucová (2016) zdůrazňuje význam zachování profesionálního přístupu i při předávání pozůstalosti. Předávání pozůstalosti je emocionálně náročné jak pro personál, tak pro rodinu. Sestra se má vyhnout projevům lítosti, ale pozůstalým věnovat dostatek času, vyslechnout si je, nechat je projevit své emoce a mít citlivý a ohleduplný přístup (Kurucová, 2016).

### ***1.1.3 Fyzická zátěž sestry a její projevy***

Ideální pracovní prostředí je takové, kde nehrozí žádný úraz, havárie, či poškození zdraví a je základem pracovní spokojenosti nejen pro ošetřující personál, ale také pro jejich klienty (Vévoda et al., 2013). Povolání sestry je náročné po fyzické, psychické i sociální stránce. Přiměřená pracovní zátěž pro sestru je taková, kdy jsou pracovní požadavky a podmínky v rovnováze s její výkonovou kapacitou a schopností vykonávat

své povolání v rámci zachování svého psychické a fyzického zdraví (Komačeková, 2009). Lze říci, že při péči o nemocné platí, že čím je celkový zdravotní stav nemocného horší, tím je pracovní zátěž sestry vyšší (Novotná a Valentová, 2011).

Fyzická zátěž všeobecných sester se týká převážně sester pracujících na lůžkových odděleních, přičemž tuto zátěž způsobuje především manipulace s pacienty při provádění ošetrovatelské péče, ale také manipulace se zdravotnickým materiálem, či prádlem (Vévoda et al., 2013). Pracovní zátěž sestry pečující o umírající nemocné řadíme mezi nejnáročnější (Kupka, 2014). Největší míru fyzické zátěže mají dle Vévody et al. (2013) všeobecné sestry pečující o částečně až zcela imobilní pacienty s deficitem sebepéče, které je potřeba polohovat, rehabilitovat a provádět jim osobní hygienu, mezi taková oddělení se řadí i oddělení paliativní péče a hospice. Mnoho studií zaměřených na fyzickou zátěž sester na odděleních s imobilními pacienty prokázalo značnou fyzickou zátěž všeobecných sester, s překračováním limitních hodnot pro dlouhodobě únosnou fyzickou zátěž u žen, přičemž šlo zejména o zátěž v oblasti páteře při manipulaci s pacienty (Vévoda et al., 2013).

Novotná a Valentová (2011) ve své studii prokázaly, že fyzická zátěž všeobecných sester na geriatrických odděleních a v hospicích je daná především nedostatkem personálu a manipulací s imobilními pacienty. Průzkum, který měl za cíl zmapovat míru fyzické a psychické zátěže sester na geriatrických odděleních a v hospicích, prokázal přítomnost personálních nedostatků a významných rizikových faktorů v péči o nesoběstačné, těžce nemocné a umírající pacienty s dopadem na tělesné i duševní zdraví sester pracujících ve zdravotnických zařízeních tohoto typu (Novotná a Valentová, 2011). Dle Vévody et al. (2013), spočívá snížení celkové fyzické zátěže v zajištění potřebného počtu ošetřujícího zdravotnického personálu, zajištění mechanických pomůcek k manipulaci a péči o imobilní pacienty a v optimalizaci dispozičního řešení na odděleních, kde je zvýšená kumulace imobilních pacientů. Je taktéž vhodné ergonomicky upravit pracoviště a volit správné pracovní pomůcky (Vévoda et al., 2013).

Výkon povolání všeobecné sestry má negativní vliv na celkovou životosprávu a sestra by měla nést odpovědnost i za své zdraví, mít aktivní přístup k životu, zdravě se stravovat, mít dostatek spánku a pohybové aktivity a vyhýbat se návykovým látkám (Gučková, 2007; Mlýnková, 2010). Je důležité uvést, že zákonem stanovený hygienický

limit pro hmotnost ručně manipulovaného břemene ženou při občasném zvedání a přenášení je 20 kg a při častém zvedání a přenášení 15 kg (§29, nařízení vlády 361/2007 Sb.). Sestry pracující na odděleních paliativní péče a hospicích, kde je většina pacientů imobilních, tyto limity několikrát denně a značně překračují a negativní vliv na celkový zdravotní stav všeobecné sestry má i směnný provoz jako takový, z těchto důvodů může vzniknout řada zdravotních problémů, jako jsou onemocnění gastrointestinálního traktu, kardiovaskulární onemocnění, poruchy spánku a pozornosti, zvýšenou únavnost, bolesti nohou a zad, či varixy (Gučková, 2007; Mlýnková, 2010).

#### ***1.1.4 Psychická zátěž sestry a její projevy***

Sováriová Sóosová et al. (2013) zastávají názor, že profese sestry patří mezi profese, které jsou nejvíce vystavené psychické zátěži. Příčinou psychického vypětí je kombinace mnoha faktorů, které souvisí s pracovním prostředím (pracovní přetížení, směnný provoz, zdravotní stav pacient, pracovní doba atd.), s osobnostními předpoklady a demografickými faktory (Sováriová Sóosová et al., 2013). Dle Hrnčíře (2007) se psychická zátěž dělí na sensorickou, mentální a emocionální. Sensorická psychická zátěž se projevuje zátěží na periferních orgánech a nervové soustavě, mentální zátěž zhoršuje pozornost, myšlení, rozhodování i paměť a emocionální zátěž způsobuje afektivní chování (Hrnčíř, 2007).

Psychická zátěž sester byla již mnohokrát a různě zkoumaná. Kadučáková (2011) uvádí, že v pracovním procesu všeobecné sestry dominují nároky na psychické procesy. Součinnost sestry a technického zázemí zdravotnického zařízení klade zvýšené nároky na kognitivní a sensorické funkce, zároveň kontakt a práce s lidmi často vyžaduje řešení konfliktních situací. Neblahý vliv má často i nevyhovující psychosociální podmínky. Charakter a intenzita psychické zátěže se odvíjí od druhu a náročnosti pracovních činností (Kadučáková, 2011). Míra působení psychického pracovního zatížení závisí rovněž na temperamentu sestry (Kikuchi et al., 2013). Riahi (2011) a Tsai a Liu (2012) uvádějí, že zdravotníci mají oproti ostatním profesím značně zvýšené riziko vzniku depresivních poruch, poněvadž dlouhodobé působení psychické pracovní zátěže má negativní dopad na psychiku. Vlivem dlouhodobé psychické zátěže může dojít až k projevům pocitu neklidu, únavy, deprese a emocionálního vyčerpání (Riahi, 2011; Tsai a Liu, 2012). Pracovní přetížení se tudíž projevuje jak v psychické, tak ve fyzické oblasti zdraví všeobecných sester (Kadučáková, 2011). V současné době se díky

modernizaci pracovišť snižuje fyzická zátěž, naopak ale psychická zátěž narůstá (Hosáková, 2007). Nadměrná psychická pracovní zátěž negativně ovlivňuje i kvalitu péče, častěji dochází k chybám při poskytování léčebné a ošetrovatelské péče v rozhodovacích procesech (Prokelová a Jarošová, 2013). Gurková a Macejková (2012) a Rieder et al. (2012) uvádějí nejvíce jako příčinu nadměrné psychické zátěže sestry časovou tíseň, nedostatek personálu a nárůst administrativních úkonů. Nejčastějšími projevy psychické zátěže sester je zvýšený pocit únavy a úzkosti, problémy se spánkem, nedostatek energie, pocit zodpovědnosti a časového tlaku (Gurková a Macejková, 2012; Rieder et al., 2012).

### ***1.1.5 Stres a riziko syndromu vyhoření u všeobecných sester***

Ve zdravotnictví jsou zcela běžné dvanáctihodinové směny. Sestry během svých služeb vnímají a řeší pacientovy problémy a svízele, nesou odpovědnost za jeho zdraví, a pečují o pacienty s akutním či chronickým onemocněním, o pacienty v terminálním stádiu onemocnění. Tyto skutečnosti mohou vést k vzniku negativních reakcí (Bártlová a Hajduchová, 2010).

Za zakladatele teorie stresu je považován kanadský lékař Hans Selye, který si tento výraz vypůjčil z oblasti strojírenství (Joshi, 2007; Bartůňková, 2010). Termín stres, má své kořeny v latinském jazyce, pochází ze slova „stringere“, což je v překladu „utahovat“, „stahovat“ (Křivohlavý, 2010). Tento termín byl dříve užíván výhradně v technice a průmyslu a to v souvislosti s fyzikální silou, působící na materiál. (Venglářová, 2011). V současné době již existuje celá řada definic stresu. Za zmínku stojí definice původce stresové teorie, kanadského fyziologa maďarského původu, Hansa Selyeho. Selye (2016) definuje stres jako stav organismu, který se projevuje jako specifický syndrom zahrnující veškeré změny v biologickém systému. Existují tři etapy, které definují stresovou reakci organismu. V první fázi, tzv. poplachová reakce dochází k dočasnému poklesu normální rezistence organismu vůči stresoru. Ve druhé fázi dochází k adaptaci organismu a narůstá míra odolnosti vůči stresoru, druhá fáze se proto jmenuje stádium rezistence. Rezistence však po nějaké době opět klesá až pod původní normální úroveň a nastupuje třetí fáze, stádium vyčerpání (Selye, 2016). Původce teorie stresu rozdělil stres na eustres, který působí na jedince pozitivně a vyvolává pozitivní emoce a distres, který vyvolává emoce negativní a působí negativně na celkový zdravotní stav jedince (Selye, 1974). Kopecká (2015) definuje stres jako velmi

negativní emocionální zážitek, a doprovází ho řada biochemických, kognitivních a fyziologických změn organismu a změny chování. Tyto změny jsou odpovědí na různé stresory, tedy na nově vzniklou negativní situaci, nebo na nucené přizpůsobení se něčemu, co člověk nemůže ovlivnit (Kopecká, 2015). Venglářová (2011) dělí stresory na malé a velké, přičemž minisresory jsou nepříznivé okolnosti a v případě jejich nahromadění mohou způsobovat deprese, jako například dlouhodobé ponižování. Makrosresory představují velké nepříznivé okolnosti, které člověka psychicky deptají a on se s nimi nedokáže vyrovnat (Venglářová, 2011). Zacharová (2017) ve své publikaci rozděluje stresory na vnitřní, které mohou být fyzické (bolest, nespavost, únava) a psychické (strach, úzkost) a vnější stresory, které na nás působí z našeho okolí a ty se dále dělí na fyzikální (hluk, chlad, horko) a sociální (rozvod, úmrtí blízké osoby, nemoc v rodině) (Zacharová, 2017). Lidský organizmus reaguje na stres aktivně, nebo pasivně (Paulík, 2010). Jak uvádí Bartoníčková (2009) a Santlerová (2011), mezi aktivní reakce patří zvýšení tepové frekvence, zvýšení dechové frekvence, třes, zvýšení svalového tonu, člověk může mít hlasitý a rychlý slovní projev a chovat se agresivně, hovoříme o rychlé mobilizaci všech sil. Mezi pasivní reakce patří neschopnost vyjadřování, snížená schopnost komunikace, změny mimiky, poruchy paměti, či zhoršená orientace v čase (Bartoníčková, 2009; Santlerová, 2011).

Všeobecné sestry dle Zacharové (2017) se v praxi denně potýkají s různým množstvím a různými druhy stresorů, které působí v oblasti psychické a fyzické a sociální. Psychická zátěž sester souvisí nejčastěji s prací ve směnném provozu, nočními službami, prací v neustálém časovém tlaku a s vysokým pracovním tempem. Fyzickou zátěž představuje nadměrná zátěž organismu plynoucí z nevhodných pracovních podmínek. V sociální oblasti se mohou objevit problémy ve smyslu narušených mezilidských vztahů, a to jak ve vztahu sestra-pacient, sestra-příbuzný pacienta, nebo sestra- jiný člen ošetrovatelského týmu (Zacharová, 2017).

Bužgová (2015) zastává názor, že všeobecné sestry v paliativní péči nemají prostor na truchlení nad zemřelým pacientem, protože v poměrně krátkém časovém horizontu dochází k dalším úmrtím. Tato skutečnost sestru dlouhodobě stresuje a může vést k chronickému zármutku (Bužgová, 2015). Častá úmrtí pacientů v poměrně krátké době po sobě společně se skutečností, že všichni pacienti v hospicích a na odděleních paliativní péče nakonec zemřou, způsobují dlouhodobý zármutek, který se v sestrách hromadí a může vést až k depresím (Křivohlavý, 2010). Je důležité si uvědomit, že stres

přímo ohrožuje na zdraví ve smyslu vzniku kardiovaskulárních onemocnění, bolestí hlavy, rozvoje hypertenze, astma, diabetu mellitu a řady dalších onemocnění (Křivohlavý, 2010). Stres může vést i k rozvoji různých psychických problémů, tím nejhorším je syndrom vyhoření, který je charakteristický postupnou ztrátou zájmu o práci a okolí až do takové míry, kdy sestra není schopna poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči (Venglářová, 2011). Dle Haškovcové (2007) má syndrom vyhoření pět fází, a to nadšení, stagnace, frustrace, apatie a vyhoření. V první fázi je sestra plná ideálů a dochází k přetěžování a v důsledku toho se sestra dostává do druhé fáze, fáze stagnace. Prvotní nadšení opadne a sestra nabývá negativní postoj k práci a nastupuje fáze frustrace. Následuje fáze apatická, kdy sestra vykonává jen nejnutnější ošetrovatelskou péči bez skutečného zájmu o nemocného, až nakonec dochází k samotnému vyhoření a sestra úplně ztrácí zájem o práci i svůj osobní život (Haškovcová, 2007). Syndrom vyhoření se projevuje nadměrnou únavou, nespavostí, hubnutím, pocitem úzkosti, zvýšenou podrážděností, sníženou empatií a postupnou separací od společnosti (Blanař, 2012). Výskyt syndromu vyhoření je dle Mlýnkové (2010) stále na vzestupu, přičemž důvodem jsou na jedné straně vysoké pracovní a životní tempo a na straně druhé jsou vysoké ekonomické a sociální nároky dnešní společnosti a chronický stres. Akutní stres syndrom vyhoření nevyvolává. Syndrom vyhoření se manifestuje v oblasti profesního, rodinného i osobního života (Mlýnková, 2010). Je důležité, aby sestra měla o svojí práci upřímný zájem, průběžně se vzdělávala, rozvíjela, měla pozitivní přístup a byla motivována ke kvalitnímu výkonu svého povolání, a tím vším vzniku syndromu vyhoření předcházela (Smidbauer, 2008).

#### ***1.1.6 Zvládání zátěžových situací a prevence jejich následků***

Zejména představitelé pomáhajících profesí, tedy i sestry, dle Honzáka (2018), nasazují do své práce část své osobnosti a prožívají s nemocným jeho nemoc a vše co z ní plyne. Je nutné, aby se sestra, která se takřka denně setkává s utrpením, dokázala vůči němu obrnit (Honzák, 2018). Sestra pracující v hospicové a paliativní péči je vystavená nadměrné psychické zátěži. Jak uvádí Jankechová (2011) je důležité, aby se sestra, která se rozhodne pracovat v hospici, v této práci se cítila dobře. Mezi alternativy, které mohou sestřím pomoci najít smysl v hospicové péči, patří vnímání duchovna, schopnost uspokojovat nejen svoje vlastní duchovní potřeby, ale i potřeby svých pacientů a jejich rodin, identifikace kompetencí sester v hospicích, kvalitní týmová spolupráce a v neposlední řadě supervize (Jankechová, 2011). Marešová a Trešlová (2017) na

základě jejich šetření, které probíhalo v hospicových a nemocničních zařízeních v ČR v roce 2016, uvádějí, že za nejvíce zatěžující považují sestry konfliktní situace s rodinou pacienta, na druhém místě je péče o agresivního pacienta, následují konfliktní situace na pracovišti a pracovní vytížení. Péče o trpící je zatěžující téměř pro polovinu sester v hospicích a pro necelou pětinu sester v nemocnicích. Rovněž zajímavá je skutečnost, že nejvíce zatěžující jsou pro sestry obecně konfliktní situace s rodinou, tudíž situace, které kladou nároky na komunikační dovednosti (Marešová a Trešlová, 2017). Komunikace má v moderním ošetřovatelství značný význam. Zdravotníci musí umět komunikovat nejen mezi sebou, ale i s pacienty a rodinnými příslušníky a tyto komunikační dovednosti si musí osvojit již během své profesionální přípravy (Simonová a Ozrovský, 2010). Komunikace a péče o rodinu pacienta je zejména v paliativní péči velmi náročná a řada sester by považovala za přínosné, kdyby se této oblasti na školách věnovalo více času (Anderson et al., 2015). Sováriová Soósová (2012) a Zheng et al. (2018) poukazují na význam tréninků a školení zaměřených na rozvoj komunikačních dovedností, interpersonální spolupráce a zvládnání stresu, poněvadž tyto dovednosti zlepšují úroveň interpersonálních vztahů a kvalitu poskytované péče. Proto je pro management, s ohledem na celkovou prosperitu organizace, značně významné zaměřit se na vytváření nových podpůrných a vzdělávacích programů zejména na pracovištích, kde jsou sestry často vystavovány péči o umírající a úmrtí pacientů (Sovárová Soósová, 2012; Zheng et al., 2018).

Jak uvádí Křivohlavý (2014), všichni se v životě denně setkávají s překážkami, tlaky, protichůdnými pocity a situacemi, které negativně působí na náš psychický stav. Schopnost řešit a odolávat těmto situacím je ovlivněna řadou faktorů. Obecné faktory jsou neovlivnitelné a týkají se nás všech bez výjimky, řadíme sem například celkový zdravotní stav. Na druhou stranu, specifické faktory nejsou vrozené a získáváme je během života, je to především resilience - houževnatost (Křivohlavý, 2010). Zátěž, kterou přináší péče o nevléčitelně nemocného je ovlivňována jak vlastními osobnostními předpoklady, tak okolím sestry (Venglářová, 2011). Vyrovnávání se s umíráním a smrtí pacienta je pro sestru emocionálně velmi obtížnou záležitostí. Je prokázáno, že neadekvátní zvládnání úmrtí pacienta vede k častější emoční únavě, nespokojenosti s vlastním pracovním výkonem až k syndromu vyhoření, a to negativně ovlivňuje péči o umírající pacienty a členy jejich rodin (Zheng et al., 2018). Všeobecné sestry, především na odděleních paliativní péče a v hospicích, proto potřebují veškerou



možnou dostupnou podporu, pro zachování svého fyzického a psychického zdraví, aby byly schopné poskytovat kvalitní a komplexní péči svým pacientům a jejich rodinám (Cook et al., 2012). Dle Kübler-Rossové (2015) je schopnost zvládat zátěž plynoucí z péče o umírajícího a smrt pacienta podmíněná schopností se vyrovnat se svojí vlastní smrtelností. Je nevyhnutné smrt respektovat, brát ji jako součást života a smířit se s tím, že život netrvá věčně (Kübler-Rossová, 2015).

Jak uvádí Laranjeira (2012) a Zheng et al. (2018) je coping, neboli zvládání či řešení zátěžových situací, odpověď jedince na specifické stresové události. Je to osobitá schopnost jedince řídit a minimalizovat nežádoucí účinky, které z takových situací vyplývají. Copingové strategie jsou konkrétní způsoby chování a jednání, kterými se jedinec vyrovnává se zátěžovými situacemi. Neexistují žádné správné či nesprávné metody zvládání stresu, lze je však rozdělit na efektivní a neefektivní a výběr konkrétní strategie je vysoce individuální (Laranjeira, 2012; Zheng et al., 2018). Způsoby zvládání zátěžových situací lze rozdělit na přiměřené (racionalizace, ovlivňování okolí, odčinění škody) a nepřiměřené metody (pohlavní styk, návykové látky) (Křivohlavý, 2010). Kuručová (2016) popisuje desatero pro zmírnění stresu sester. Zejména je důležité, aby sestra byla laskavá a vlídná sama k sobě. Sestra by si měla vytvořit seznam oblíbených aktivit a věnovat se jim, být v kontaktu s lidmi mimo své zaměstnání, denně si udělat čas na sebe, pravidelně cvičit a zdravě se stravovat, umět přijmout pomoc od jiných, dokázat oslovit člověka s podobnými problémy jako má ona, odmítnout dělat věci, které jí nejsou příjemné, nebát se svěřit se svými problémy a ve všech situacích hledat pozitivum (Kuručová, 2016). Dle O'Connor a Arandy (2005) patří mezi zásady k udržení životní harmonie také relaxace, meditace, životospráva, projevování pozitivních i negativních emocí, pravidelný pohyb, humor, řešení pracovních problémů, dostatek volného času a oddělení pracovního a osobního života (O'Connor a Aranda, 2005).

Nedostatečný, tedy neefektivní coping u všeobecných sester v paliativní péči zvyšuje stres a prohlubuje negativní postoj ke smrti a umírání (Chang, 2012). Intervence zaměřené na zvládání stresu lze také rozdělit na strategie zaměřené na problém, které se zaměřují konkrétně na řešení toho, co stres způsobuje, anebo na strategie zaměřené na emoční řešení problému, přičemž strategie zaměřené na problém jsou efektivnější (Onan et al., 2013). Peters et al. (2013) uvádějí, že schopnost adekvátně zvládat zátěžové situace je ovlivněna mnoha faktory, mezi které patří věk, délka profesní praxe,

ošetřovatelská specializace, vzdělání, či oddělení, na kterém sestra pracuje. Všeobecné sestry pracující na odděleních, kde je úmrtí pacientů běžné a očekávané, mají více efektivních copingových strategií zaměřených na zvládnutí stresu spojeného s umíráním než sestry pracující na odděleních koncipovaných ke krátkodobému pobytu pacientů (Peters et al., 2013). Meller et al. (2018) vyzdvihují význam mentoringu. Všeobecná sestra získává od zkušené kolegyně mechanismy a strategie, které významně ovlivní způsob péče o umírající pacienty a reakci na další úmrtí (Meller et al., 2013). Sestry pečující o umírající pacienty uvádí jako nejčastěji využívané copingové strategie snahu vidět smrt jako přirozenou součást života, rozhovor s kolegy a přáteli, či náboženské praktiky, tyto metody se v průběhu profesního života všeobecných sester mění vlivem zkušeností (Cook et al., 2012; Cevik a Kav, 2013).

Významné intervence zaměřené na zvládnutí stresu jsou komunikace a emocionální podpora od vedoucích pracovníků, kolegů na pracovišti, školitelů a supervizorů (Chang, 2018). Supervize je dle Vévody (2013) velmi významnou a účinnou metodou zvládnutí zátěže. Během supervize sestry se supervizorem hovoří o své práci s cílem vyjádřit nadšení či zadržované negativní emoce spojené s péčí o pacienty. Supervizor sestrám sdělí své zkušenosti a společně se snaží najít řešení problémů (Vévoda, 2013). Supervize může být zaměřena na jednotlivce, na skupinu, nebo celý tým spolupracovníků (Venglářová, 2011). Náplní supervize je dle Markové (2010) řešení vztahu mezi zdravotníkem a pacientem s cílem porozumět nemocnému a najít cestu k pacientům, kolegům i k sobě samému, případně nové souvislosti. Supervizor musí být autoritativní, zkušený, mít praxi v oboru a být důvěryhodný. Supervizorem může být interní (vrchní, staniční sestra), nebo externí zaměstnanec (Marková, 2010).

V procesu zvládnutí zátěže má své místo sebereflexe a zpětná vazba, tyto metody přispívají k profesionálnímu růstu, zvyšují kvalitu péče a působí motivačně (Marková, 2010). Marešová a Trešlová (2017) ve své studii uvádí, že české všeobecné sestry považují reflexi a ohlédnutí se za zemřelým za efektivní copingovou strategii, pomocí které mohou oficiálně uzavřít péči o zemřelého. Reflexe celkově pomáhá snižovat stresovou zátěž ošetřujícího personálu (Marešová a Trešlová, 2017). Mezi copingové strategie se řadí též pohyb, spánek, čtení, sledování televize, domácí mazlíčci a hobby (Zheng et al., 2018). Dle Marešové a Trešlové (2017) všeobecné sestry v ČR upřednostňují copingové strategie, jako jsou relaxace, odpočinek a zábava před copingovými metodami poskytovanými managementem. Dle autorek je v hospicích

podpora ze strany zaměstnavatele (vzdělávání, školení, supervize, příspěvek na zotavenou, či poohlédnutí) častější než v nemocnicích. V rámci copingových strategií v souvislosti vyrovnávání se s umíráním a smrtí pacienta je ze strany managementu v ČR velká rezerva v oblasti různých školení na téma stres a jeho zvládnání (Marešová a Trešlová, 2017).

Anderson et al. (2015) a Meller et al. (2018) uvádějí, že některé sestry popisují první úmrtí pacienta jako situaci, kdy se staly skutečnými sestrami. Jsou také sestry, které vnímají smrt pacienta jako zkušenost, která v nich vyvolává zájem rozvíjet se v péči o umírající. Důležitými faktory, které ovlivňují schopnost sestry pečovat o umírající a vyrovnat se s úmrtím pacienta, je kvalitní mentoring, začlenění do týmu a podpora sester. Je prokázáno, že sestry, které své první úmrtí pacienta prožily pod vedením kvalitní a zkušené mentorky, dokázaly z této zkušenosti efektivně čerpat (Anderson et al., 2015; Meller et al., 2018). Dostatečná a kvalitní příprava během studia pomáhá dle Cevika a Kava (2013) budoucím sestrám lépe zvládnout péči o umírajícího pacienta. Pozitivní vliv by mělo také zařazení praxe v paliativní a hospicové péči do učebních osnov a vzdělávání v oblasti poskytování odborné péče rodinám umírajících a komunikaci s rodinnými příslušníky. Za přínosné lze určitě považovat vysokoškolské vzdělání, je totiž prokázáno, že sestry s vysokoškolským vzděláním zvládají péči o umírajícího a smrt pacienta lépe, než ty, které mají pouze střední zdravotnické vzdělání (Cevik a Kav, 2013). Jak uvádí Peters et al. (2013), vnímání smrti pacienta sestrou je značně ovlivněno skutečností zda-li se jedná o náhlou smrt, nebo úmrtí terminálně nemocného. V hospicích sestry smrt pacienta očekávají a tato skutečnost jim umožňuje se na tento okamžik připravit, a usnadnit tuto situaci pacientovi i jeho rodině (Peters et al., 2013). Značný vliv na postoj ke smrti a umírání má také aspekt víry. Sestry, které jsou nábožensky založené a věří v posmrtný život, se s úmrtím pacienta vyrovnávají prokazatelně lépe (Cevik a Kav, 2013).

## ***1.2 Management v ošetrovatelství***

Jak uvádějí Plevová et al. (2012), v ošetrovatelství se můžeme setkat s termíny ošetrovatelský management a management v ošetrovatelství. Management v ošetrovatelství aplikuje poznatky z různých úrovní řízení v ošetrovatelství a ošetrovatelský management charakterizuje řízení ošetrovatelského procesu u konkrétních pacientů (Plevová et al., 2012). Existuje celá řada definic managementu.

Dle Bělohlávka et al. (2006) jde o systematický proces plánování, organizování, kontroly a vedení lidí. Tento složitý proces vede k dosáhnutí cílů organizace (Bělohlávek et al., 2006). Management je uplatňován v mnoha oborech, jde o proces, který má svojí strukturu. Dle Hrabovského (2006) probíhá proces řízení v pěti fázích: plánování, rozhodování, organizování, operativní řízení a kontrolování (Hrabovský, 2006). Hospodářová (2007) rozdělila funkce managementu na operativní řízení, které spočívá v rozdělování úkolů a koordinaci zdrojů, a na strategické řízení, které pohlíží na organizaci v širším spektru ve smyslu její interakce s okolím (Hospodářová, 2007). Co se týče managementu zdravotnictví, jeho podstatou je poskytování nejlepší možné péče pacientům v rámci omezených zdrojů (Plevová et al., 2012). Řízení zdravotnické organizace vyžaduje efektivní management zdrojů a kontrolu spotřeby zdrojů, s ohledem na stárnutí populace, zvyšující se nároky na oblast a kvalitu péče, na nové technologie a na kvalifikaci personálu (Prymula et al., 1995; Plevová et al., 2012). Jak uvádí Šuler (2003), základními nástroji manažerského řízení jsou manažerské techniky, které se uplatňují v plánování, vedení, organizování i kontrole. Existuje celá řada manažerských technik, a dle druhu podniku se ve větší, či menší míře uplatňují v obecném, provozním, finančním, personálním, vědeckém i výkonnostním managementu (Šuleř, 2003).

Na pojem management logicky navazuje pojem manažer. Dle Bělohlávka (2008) je manažer profese, ne jen funkce, a její vykonavatel má za úkol účastnit se na stanovení cílů a dosahovat cíle organizace za pomoci spolupracovníků, vybavení a materiálních zdrojů. Dle Armstronga a Stephensové (2008) manažeři nesou odpovědnost též za řízení ostatních zdrojů, jako jsou finance, zařízení, znalosti a informace, či čas. V praxi se můžeme též setkat s termínem lídr. Hospodářová (2008) uvádí základní rozdíl mezi manažerem a lídrem. Lídr dostane moc a právo vedení od svých následovníků a na základě jejich volby, nikoli svého postavení. Na druhou stranu manažer získává moc od svých nadřízených (Hospodářová, 2008). Bělohlávek (2006) rozdělil manažery na manažery první linie, střední manažery a vrcholový top management. Manažeři první linie jsou odpovědní za plnění každodenních činností a řeší každodenní problémy běžného provozu, sem řadíme staniční sestry. Za řízení liniových manažerů a řadových zaměstnanců odpovídají střední manažeři, kteří koordinují výkon svých podřízených a plní tak organizační cíle organizace. Vrcholoví top manažeři řídí celou organizaci

s důrazem na plánování a jsou odpovědní za celkový výkon organizace (Bělohlávek, 2006).

Aby mohl manažer efektivně zastávat svojí funkci, musí být sociálně zralou osobností, mít dostatek odborných znalostí a praktických dovedností (Veber, 2000). Gladkij et al. (2003) a Bělohlávek (2008) se shodují na to, že kvalitní manažer má mít řadu získaných i vrozených vlastností. Vrozené vlastnosti jsou osobnostní rysy a patří sem například inteligence, potřeba řídit, potřeba moci, schopnost empatie, kreativita, charisma, či komunikativnost. Na rozdíl od vrozených vlastností, se vlastnosti získané mohou časem měnit a rozvíjet, rovněž se může měnit jejich význam, a to v závislosti na zkušenostech a vzdělání. Patří mezi ně například znalost problematiky, znalost managementu a ekonomiky, dobrá psychická a fyzická kondice, či praktické dovednosti (Gladkij et al., 2003; Bělohlávek, 2008). Úspěch manažera je podmíněn sebekontrolou, vírou ve vlastní cíle, dostatkem energie, kvalitními mezilidskými vztahy a odvahou (Fairweather, 2009).

Již v roce 1916 francouzský ekonom Henri Fayol, který je považován za průkopníka managementu, rozdělil manažerské funkce na plánování, organizování, přikazování, koordinaci a kontrolu (Peaucelle a Guthrie, 2015). Podle Jarošové (2007) se nejčastěji používá dělení manažerských kompetencí na cyklické (sekvenční) a průběžné (paralelní). Cyklické manažerské funkce jsou realizovány postupně, v logické návaznosti a mohou se vzájemně překrývat, doplňovat, opakovat a konkretizovat. Řadíme sem plánování, organizování, personální zajištění, vedení lidí a kontrolu. Mezi průběžné manažerské funkce patří analyzování, rozhodování a implementace (Jarošová, 2007). Jak uvádějí Gladkij et al. (2003) pro vykonávání základních manažerských funkcí je potřeba aby manažer splňoval požadavky známé jako 4E, tedy účelnost (effectiveness), účinnost (efficiency), hospodárnost (economy) a odpovědnost (equity). Což v praxi znamená provádění správných věcí, správným způsobem, s minimálními náklady a to všechno vykonávat spravedlivě a v souladu s právem (Gladkij et al., 2003).

Tak jako řada jiných profesí, i manažer má ve své profesi různé role. Bělohlávek et al. (2006) rozdělili manažerské role na role interpersonální, informační, rozhodovací a administrativní. Interpersonální role manažera se týká mezilidských vztahů, v této souvislosti manažer vystupuje jako představitel (reprezentant) organizace, jako vedoucí pracovník i jako zprostředkovatel. Informační role vychází z informací, které získá manažer prostřednictvím interpersonálních procesů a patří sem pozorování, distribuce a

role mluvčího organizace. Rozhodovací role představuje řadu strategických operativních či taktických rozhodnutí v rolích podnikatele, řešitele konfliktů, alokátora zdrojů, či vyjednávající. Poslední rolí je role administrativní, která zahrnuje vedení agendy, správcovství rozpočtu a kontroly plnění úkolů (Bělohlávek et al., 2006).

Management v ošetrovatelství se od managementu jiných oborů liší především filozofií svých služeb nakolik ošetrovatelství má ve svém konceptu odpovědnost za zdraví a nemoc jednotlivců, rodin i komunit a tím klade zvýšené nároky na individuální přístup (Grohar-Murray a DiCroce, 2003). V ošetrovatelství lze považovat za manažera každou sestru, nakolik v rámci ošetrovatelského procesu je nutná aplikace základních manažerských funkcí (Jarošová, 2004). Jak je uvedeno výše, existují tři řídicí linie managementu, a to liniový, střední a vrcholový management. Kelnarová et al. (2009) a Plevová et al. (2012) popisují náplň práce představitelů jednotlivých linií jako odborné, manažerské a ostatní kompetence. Pokud se zaměříme na kompetence manažerské, každá linie managementu má svá specifika. Management staniční sestry spočívá v ekonomickém vedení daného segmentu oddělení, v odborném dohledu nad sestrami, školení nového personálu, hodnocení zaměstnanců a auditů na oddělení. Vrchní sestra vede celé oddělení, kontroluje ošetrovatelskou dokumentaci a její vedení, rozděluje kompetence a hodnotí zaměstnance. Manažersky nejnáročnější je náplň práce top manažerů, tedy náměstků pro ošetrovatelství a hlavních sester. Top manažeri vytváří strategické plány organizace, stanovují koncepce ošetrovatelské péče a standardy, připravují a realizují projekty zaměřené na podporu zdraví, regulují celoživotní vzdělávání zaměstnanců, řídí a kontrolují ošetrovatelskou péči, vytváří podmínky pro výzkum a pracovní podmínky a zabezpečují aplikaci právních předpisů v rámci poskytování zdravotních služeb v organizaci (Kelnarová et al., 2009; Plevová, et al. 2012).

Základním předpokladem úspěšného manažera v jakékoliv linii je schopnost vytvářet vztahy k lidem a schopnost včas detekovat problémy ale i příležitosti, což jde ruka v ruce s dostatečnou motivací (Zuzák, 2011). Jak uvádí Lednický (2004) vedení lidí není nic jiného než ovlivňování druhých k dosažení cílů, které jsou důležité pro organizaci a nadřizené (Lednický, 2004). Armstrong a Taylor (2015) definují vedení lidí jako inspirování lidí k nejlepším výkonům a tím k dosažení požadovaných výsledků. Patří sem komunikování o cílech a plánech organizace, podněcování, rozvíjení a upevňování lidí v jejich pozicích. Svým způsobem je to umění inspirovat a přesvědčit

lidi ke spolupráci, sdílet s nimi vize a přimět je k dosažení cílů (Armstrong a Taylor, 2015).

Manažeři při vedení lidí uplatňují různé styly vedení a existuje jich celá řada. Co se týče vedení lidí ve zdravotnickém zařízení, nijak výrazně se neliší od vedení lidí v jiné organizaci. Jak uvádějí Vodáček a Vodáčková (2013), lidé ve zdravotnických zařízeních jsou považováni za největší kapitál organizace, to je dáno činností organizace, tedy poskytováním zdravotních služeb. Na rozdíl od jiných organizací je ve zdravotnických zařízeních významná rozmanitost pracovníků v rámci multidisciplinárních týmů (Vodáček a Vodáčková, 2013). V současné době, kdy je nedostatek zdravotnického personálu významným problémem českého zdravotnictví, je velmi obtížné získat a udržet si kvalitní pracovníky, a proto je zejména ve zdravotnictví vedení lidí a personální management jednou z klíčových činností managementu (Plevová et al., 2012). Výběr stylu vedení lidí záleží na aktuální situaci a kultuře zdravotnického zařízení, na osobnostních rysech manažera a podmínkách organizace (Gladkij, 2003). V literatuře se nejčastěji setkáváme se třemi základními styly vedení lidí, jsou to autokratický, demokratický a liberální styl (Plevová et al., 2012). Armstrong (2015) ve své publikaci doplňuje toto základní dělení ještě o dělení na styly situační (motivační, partnerský, poradenský a instrukční styl vedení), podmíněné styly (transakční a transformační styl vedení) a situační moderní styly (direktivní, koučování, delegování, mentorování a participační styl vedení) (Armstrong, 2015). Manažer ve zdravotnickém zařízení by měl vzhledem k diverzifikaci zaměstnanců umět využívat celé spektrum postupů potřebných k vedení lidí a vhodně uplatňovat autokratické i autonomní rozhodování (Vodáček a Vodáčková, 2013).

### ***1.2.1 Management v hospicích***

Dle Radbucha a Paynové (2010) se management v hospicích od managementu jiných zdravotnických zařízení liší hned v několika bodech: státní podpora hospiců je pouze částečná, náplní je poskytování paliativní péči, velký důraz se klade na péči o rodinu a pozůstalé. Management hospicu musí umět efektivně využít lidské, materiální, finanční a informační zdroje (Radbuch a Payne, 2010). Jak uvádí Špinková a Špinková (2004) lidské zdroje jsou důležité pro všechny zdravotnické organizace, pro hospice je však výběr pracovníků a péče o ně stěžejní. Personální zastoupení hospiců určuje kulturu a klima organizace, které se odráží v komplexní péči o klienty i jejich rodiny. Členové

týmu by měli mít určité osobnostní předpoklady, umět se vyrovnávat se smrtí a umíráním, schopnost adekvátně reagovat a klidně jednat ve svízelných situacích, být psychicky vyrovnaní i v krizových situacích, dbát na duševní hygienu a předcházet syndromu vyhoření, být schopní pracovat v týmu a umět řešit konflikty, disponovat komunikačními dovednostmi, pečovat o rodinné příslušníky, umět je zapojit do péče o klienta a ohleduplně přistupovat ke klientům, rodinám i pozůstalým (Špinková a Špinko, 2004).

Dle Tomeše et al. (2015) je důležité, aby management hospice pečoval o své zaměstnance. Vhodná je pravidelná supervize, která by měla být součástí výkonu povolání, neboť je prokázáno, že práce v paliativní péči zvyšuje psychickou zátěž (Tomeš et al., 2015). Vhodná je též případová reflexe, kdy dostane celý tým prostor k reflektování probíhající či ukončené péče o pacienta (Hrdá et al., 2018). Škrála a Škrlová (2003) jsou toho názoru, že každý manažer by si měl všimnout, zda u jeho podřízených nedochází k nějakým problémům. Měl by sledovat u svých zaměstnanců případné změny chování, náladovost, otažitost či smutek, zda se u některého z nich nezvýšila absence, nebo naopak potřeba být v práci. Manažer má věnovat pozornost zejména případům selhání pozornosti, mimořádným událostem, nadměrné únavě a vyčerpání a symptomům nadužívání alkoholu a návykových látek, bedlivě naslouchat případným kritickým poznámkám a stížnostem členů řečeným jen tak mimochodem a, jak se říká, číst mezi řádky (Škrála a Škrlová, 2003). Dle Kupky (2014) manažer v paliativní péči by měl umět své zaměstnance správně motivovat, podporovat v nich pocit sounáležitosti a vědomí smysluplné práce, neméně důležitá je pozitivní zpětná vazba. Dobrá motivace působí na klima a kulturu organizace a všechny tyto aspekty pozitivně působí na celkový chod organizace. V takovém hospici může v případě nečekaných situací, které ohroží chod organizace, dobře fungovat například zastoupení rolí (kuchařka může krmit pacienty, recepční naslouchat příbuzným (Kupka, 2014).

Management hospiců se kromě legislativy opírá o standardy APHPP. Nároky na personální obsazení všeobecnými sestrami jsou vysoké. V lůžkovém hospici je na 30 pacientů potřeba 9,0 úvazku všeobecných sester způsobilých k výkonu povolání bez odborného dohledu a 2,0 úvazku všeobecných sester způsobilých k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu se specializovanou způsobilostí. V mobilním hospici je na 15 pacientů potřeba 5,0 úvazku všeobecných sester způsobilých k výkonu povolání bez odborného dohledu (APHPP, 2019). Jedním z



nejdůležitějších aspektů, které ovlivňují zdravotní péči je v současné době zlepšení pracovního života zdravotnického personálu (Rundquist et al., 2013). Jak uvádějí standardy APHPP a Kupka (2014), všeobecné sestry v hospici jsou často ve stresových situacích a mají zvýšenou psychickou i fyzickou zátěž, proto je nutné, aby jim management zajistil odpovídající podporu a umožnil jejich profesní rozvoj. Pravidelná setkání s diskuzí o všech aspektech péče u jednotlivých pacientů jsou zcela zásadní podporou. Všeobecné sestry by měly mít pravidelné případové a týmové supervize a bezpečný a důvěrný prostor pro sdílení nejen negativních prožitků spojených s výkonem jejich povolání (Kupka, 2014; APHPP, 2019).

### ***1.2.2 Personální management a jeho role v péči o zdraví všeobecných sester***

Nejcennější zdroj, jenž rozhoduje o prosperitě a úspěchu zdravotnických organizací, představují lidé, tudíž je personální management nejdůležitějším odvětvím řízení organizace (Koubek, 2007). Personální management by se měl dle Urbana (2013) v rámci strategického řízení lidských zdrojů s ohledem na vize a cíle organizace zaměřit na několik oblastí, protože ve zdravotnictví jsou to zejména lidské zdroje, které uvádějí celou organizaci do pohybu. Jak uvádí Fučíková (2012) na jedné straně je cílem personálního managementu ve zdravotnictví zajistit optimální počet a strukturu personálního obsazení v organizaci a tím zabezpečit dosahování cílů. Na druhé straně je uspokojování potřeb a přání stávajících i potencionálních zaměstnanců a vytváření pozitivních pracovních podmínek. Obojí pak vede k vytvoření silné a kvalitní organizace a zaměstnavatelské značky (Fučíková, 2012). Součástí personalistiky v ošetrovatelském managementu je personální administrativa, operativní řízení a koncepční řízení lidských zdrojů, přičemž většinu těchto úkonů vykonává personalista (Jarošová, 2004).

Dle Paterové (2015) je personální management ve zdravotnictví silně ovlivněn trhem práce a fluktuací. Nepříznivý demografický vývoj se odráží i v neustále klesajícím počtu absolventů zdravotnických oborů a zdravotnických pracovníků na trhu práce ubývá. V současné situaci je o zaměstnance ve zdravotnictví boj a zdravotnické organizace se snaží personál získat na vyšší mzdy, náborové příspěvky, různé benefity, či právě organizační kulturu, kterou prezentují prostřednictvím zaměstnavatelské značky a personálního marketingu (Paterová, 2015). Aby byl personální management efektivní, musí být personální plány v souladu se strategickými cíly organizace a

vycházen z nich (Kociánová, 2010). Dle Šikýře (2015) se prakticky jedná o vzájemnou interakci manažerů a zaměstnanců, kdy manažeři přispívají k dosahování cílů organizace tím, že se starají o to, aby jejich zaměstnanci co nejefektivněji využívali svoje schopnosti a motivaci, přičemž samotní manažeři též využívají své nejlepší schopnosti a motivaci k dosahování úspěchu organizace. Úkolem personalistiky je tedy zabezpečit dostatek schopných a motivovaných lidí (Šikýř, 2015).

Dle Ivanové (2006) a Plevové et al. (2012) jsou konkrétní úkoly personálního managementu personální marketing, personální strategie a plánování, personální činnost, sociální konsenzus a kariérové postupy. Personální marketing zahrnuje znalost a orientaci v trhu práce, fluktuaci a vzdělávání zaměstnanců. Personální strategie a plánování probíhá prostřednictvím analýzy, regulace a plánování pracovních míst a personální činnost představuje vznik a ukončení pracovních poměrů, definice jednotlivých pracovních činností a případné přeložení na jiné pracovní místo či pozici. Odměňování a péče o zaměstnance, kolektivní smlouvy a bezpečnost a ochranu zdraví při práci patří do sociálního konsenzu. Posledním článkem je karierní postup, sem řadíme celoživotní vzdělávání, odbornou způsobilost, vzájemné uznávání diplomů a případné změny ve vzdělávání zdravotníků (Ivanová, 2006; Plevová et al., 2012). Dle Dvořákové et al. (2012) a Urbana (2013) se do personální práce vedoucího zaměstnance řadí i několik operativních personálních činností. Manažer má řídit a kontrolovat a pravidelně kontrolovat pracovní výkon svých zaměstnanců, efektivně organizovat chod zařízení, vytvářet příznivé pracovní podmínky, s důrazem na bezpečnost a ochranu zdraví při práci, umožnit svým zaměstnancům zvyšování jejich odborné úrovně, odměňovat a dohlížet na dodržování legislativních a vnitřních předpisů (Dvořáková, 2012; Urban, 2013).

Plevová et al. (2012) kladou důraz na význam adaptačního procesu, během kterého by měla budoucí sestra porozumět organizační struktuře pracoviště a svému zapojení v něm. Důležitý je obsah a efektivita adaptačního procesu, přičemž jeho délku lze přizpůsobit každé sestře individuálně, podle jejich osobních a odborných předpokladů (Plevová et al., 2012). Manažer zdravotnického zařízení by v rámci personálního managementu měl zabezpečit řádný průběh adaptace všech zaměstnanců. Adaptační proces probíhá dle Armstronga (2007) a Zítkové et al. (2015) ve třech etapách. První etapa má za cíl seznámit sestru s pracovním prostředím, pracovními podmínkami, spolupracovníky a vedením. Součástí první etapy bývá praktický zácvik, formální

vzdělávání, informační balíček, zpětná vazba, či supervize a vhodné je zařadit i první formální hodnocení a motivačně-hodnotící pohovor. Druhá etapa je charakteristická získáváním praktických dovedností a postupným zařazením do pracovního procesu, nejlépe pod vedením mentorky, přičemž tuto fázi by rovněž měly provázet motivační a hodnotící pohovory. V poslední etapě je sestra plnohodnotně začleněna do pracovního týmu, včetně identifikace s cíli organizace a v tomto období by měl být adaptační proces formálně ukončen (Armstrong, 2007; Zítková et al., 2015). Hodnocení zaměstnanců, tedy i všeobecných sester by mělo dle Bělohlávka et al. (2006) a Plevové et al. (2012) probíhat formou systematického hodnotícího pohovoru se zadáním úkolů pro příští období. Nejčastěji se ve zdravotnictví setkáváme s neformálním hodnocením, které nebývá nijak zaznamenáváno a jeho cílem není jen hodnocení, ale také motivace sester k aktivitě v řešení problémů a rozvoji jejich dovedností (Bělohlávek et al., 2006; Plevová et al., 2012). Dle Hroníka (2006) by hodnocení a zpětná vazba měly být realizovány již v průběhu adaptačního procesu. Hlavní podmínkou efektivnosti hodnocení je, že zpětnou vazbu a hodnocení dávají nejbližší vedoucí a kolegové, kteří mají praxi v oblasti, kterou hodnotí (Hroník, 2006). Obecně při hodnocení sestry vycházíme z předpokladů pro práci, postojů k práci, pracovních výsledků a její sociální úrovně, tedy vztahů k lidem a míry konfliktů (Plevová et al., 2012). V oblasti personálního managementu je významná péče o zaměstnance, která vychází z jejich individuálních potřeb a zájmů, celospolečenských zájmů ve smyslu občanských práv, zdraví a sociálního rozvoje a ze směrnic Evropské unie (Ivanová, 2003). Řada zdravotnických zařízení se v současné době potýká s nedostatkem personálu, a proto je důležité umět nové pracovníky nejen zaujmout, ale i udržet. Pracovník ve vedoucí pozici musí umět se svými podřízenými pracovat a znát jejich motivace a cíle (Legnerová, 2015).

### ***1.2.3 Opora ošetrovatelského týmu a podpora managementu***

Plevová et al. (2012) uvádí, že vzhledem k holistické filozofii ošetrovatelství a neustále se zvyšujícím nárokům na ošetrovatelskou péči, je týmová práce nevyhnutelná k uspokojení všech pacientových potřeb a je jedním z charakteristických rysů moderního ošetrovatelství. Zdravotní tým je tvořen lékařským i nelékařským zdravotním personálem, ve vyspělejších pojetí považuje za své členy i pacienty a jejich rodiny (Plevová et al., 2012). Týmové ošetrovatelství je koncept využití všech úrovní ošetrovatelského personálu s cílem poskytnout pacientovi co nejkvalitnější

ošetřovatelskou péči (Grohar-Murray a DiCroce, 2003). Pro úspěšný ošetřovatelský tým je důležitá vzájemná spolupráce a důvěra a v takovém týmu dochází ke zvyšování přizpůsobivosti ošetřovatelského personálu při řešení krizových situací a zvyšování motivace (Škrla a Škrlová, 2003). Dle Mansera (2009) a Svobodníka (2009) úspěšný ošetřovatelský tým zvyšuje celkovou kvalitu ošetřovatelské péče a plní společnými silami vytýčené cíle prostřednictvím vzájemné koordinace a součinnosti. Členové týmu se vzájemně motivují, doplňují, pozitivně reagují na nápady ostatních členů týmu, kritické situace řeší společně a jakékoliv nedostatky jednotlivce jsou nahrazeny přednostmi ostatních členů týmu (Masner, 2009; Svobodník, 2009).

Sestra v rámci vykonávání své profese často vstupuje do rozmanitých a náročných mezilidských vztahů, přičemž v popředí je vztah k pacientovi a následují vztahy se spolupracovníky (Plevová et al., 2012). Jak uvádí Bártlová (2010) ve zdravotnictví je potřeba kvalitních komunikačních dovedností a významným faktorem mezilidské komunikace ve zdravotnictví je týmová práce. Všichni členové ošetřovatelského týmu se podílí na plnění společných cílů. Vztah mezi jednotlivými členy týmu a pacientem se promítá do poskytované týmové péče a proto je důležité, aby byl pacient dostatečně edukován, důvěřoval nám a získali jsme si jej pro spolupráci. Pacient má být o svém zdravotním stavu dostatečně informován, aby mohl se aktivně účastnit léčby a nést spoluzodpovědnost za své zdraví. Komunikační dovednosti může zdravotník získat v průběhu praxe, potřebné je však komunikaci neustále prohlubovat a zdokonalovat jí i během života (Bártlová, 2010). Ošetřovatelský tým vykonává ošetřovatelskou péči prostřednictvím ošetřovatelského procesu a je významnou součástí zdravotnického týmu, jeho složení a náplň práce jsou vymezeny zákonem č. 96/2004 Sb., zákonem č. 201/2017Sb., který upravuje zákon č.96/2004 Sb., vyhláškou č. 55/2011 Sb. a vyhláškou č. 391/2017Sb., kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb.. Počet členů v týmu je přímo závislý na oblasti zdravotnictví a týmová spolupráce pomáhá rozvíjet kulturu vysoce kvalitní, bezpečné, soucitné a celostní péče o pacienty, což je samo o sobě filozofickou podstatou moderního ošetřovatelství (West et al., 2015).

Dle Stehlíkové a Trešlové (2010) je potřebné, aby manažer v zájmu dobrého fungování ošetřovatelského týmu vystupoval jako motivátor a komunikátor a vedl své podřízené ke kritickému myšlení a kreativitě. Manažer má hájit zájmy a kompetence členů ošetřovatelského týmu (Stehlíková a Trešlová, 2010). Specifické znaky týmu ve zdravotnictví jsou společný cíl, rozdělení pracovních rolí, vzájemná závislost práce,

intenzivní interpersonální vztahy, vytvoření a dodržování nepsaných pravidel, intenzivní komunikace, pravidelná setkávání, specifická forma práce, týmový duch a silná soudržnost (Plevová et al., 2012; West et al., 2015). Dle Westa 2015 je prokázáno, že týmová práce významně zvyšuje kvalitu zdravotní péče, a to zejména v současné době, kdy se složitost zdravotní péče vlivem výzkumu a moderní technologie neustále zvyšuje. Úkolem manažera je bezpodmínečně zajistit, aby členové týmu spolupracovali a poskytovali vysoce kvalitní péči (West et al., 2015). Jak již bylo zmíněno výše, filozofií ošetrovatelství je holismus, avšak sestry nemůžou při své práci zapomínat na své vlastní zdraví, potažmo jen zdravá sestra může poskytnout kvalitní ošetrovatelskou péči.

## 2 Výzkumné cíle a otázky

### 2.1 Výzkumné cíle

1. Zjistit jak pečuje management hospiců o duševní zdraví všeobecných sester.
2. Zjistit jak pečuje management hospiců o fyzické zdraví všeobecných sester, a to v rámci vybavení a uspořádání pracovního prostředí.
3. Zjistit jak všeobecné sestry pracující v hospicích hodnotí péči o jejich zdraví ze strany zaměstnavatele.

### 2.2 Výzkumné otázky

V 1. Jak pečuje management hospiců o duševní zdraví všeobecných sester?

V 2. Jak pečuje management hospiců o fyzické zdraví všeobecných sester?

V 3. Jak všeobecné sestry pracující v hospicích hodnotí péči o jejich duševní a fyzické zdraví ze strany zaměstnavatele?

V4. Jaké copingové strategie jsou všeobecnými sestrami v hospicích nejvíce využívány?

### 2.3 Operacionalizace pojmů

**Všeobecná sestra** je součástí ošetrovatelského týmu, která má za úkol podporovat a navracet zdraví, předcházet nemocem a zmírňovat utrpení svých pacientů (Zacharová et al., 2007).

**Hospic** je zařízení, ve kterém se poskytuje komplexní péče smrtelně nemocným pacientům s nevyhlášeným onemocněním, většinou onkologického charakteru. Hospic může být lůžkový, nebo mobilní, kdy ošetrovatelský tým dochází k nemocnému a poskytuje mu paliativní péči v domácím prostředí ( Osobníasistence.cz. [online] [cit. 2020-07-02]).

**Paliativní péče** je péče o nemocné v pokročilém nebo terminálním stádiu onemocnění, kteří již nereagují na kurativní léčbu. Je vykonávána komplexně, zaměřuje se v první řadě na léčbu bolesti a ostatních symptomů a na řešení sociálních, duchovních a psychologických problémů. Její součástí je také péče o blízké nemocného. Cílem je

dosažení co nejvyšší kvality života nemocného a jeho rodiny (Mlýnková, 2010; Vorlíček et al., 2012).

**Management v hospicové péči** má za úkol efektivně využít lidské, materiální, finanční a informační zdroje (Radbuch a Payne, 2010). Lidské zdroje jsou důležité pro všechny zdravotnické organizace, pro hospice je však výběr pracovníků a péče o ně stěžejní, poněvadž personální zastoupení hospiců určuje kulturu a klima organizace, které se odráží v komplexní péči o klienty i jejich rodiny (Špinková a Špinka, 2004).

**Copingové strategie** je zvládání či řešení zátěžových situací. Je to individuální odpověď jedince na specifické stresové události a osobitá schopnost jedince řídit a minimalizovat nežádoucí účinky, které z takových situací vyplývají. Copingové strategie jsou konkrétní způsoby chování a jednání, kterými se jedinec vyrovnává se zátěžovými situacemi (Zheng et al., 2018).

## 3 Metodika

### 3.1 Použitá metoda

Výzkumná studie byla realizována metodou kvalitativního šetření. Technikou sběru dat byl zvolen polostrukturovaný rozhovor se zástupci managementu hospiců a všeobecnými sestrami v hospicích, a to z důvodu co nejhlubšího prozkoumání daného tématu a zachycení osobních zkušeností a postřehů participantů. Zkoumaným vzorkem byly všeobecné sestry pracující v hospicích minimálně po dobu jednoho roku a zástupci managementu hospiců. V úvodu výzkumného šetření bylo všem participantům sděleno, že výzkum je anonymní a získaná data budou použita pouze pro účely této diplomové práce. Byly sestaveny dva druhy rozhovorů.

Rozhovor se všeobecnými sestrami tvořilo 25 otevřených hlavních otázek (viz Příloha 1), rozdělených do 5 kategorií, které byly v případě potřeby rozvinuty o další podotázky. V úvodu jsme se zaměřili na výběr povolání, vzdělání a volbu práce v hospici. Prozkoumali jsme oblast zátěžových situací a jejich vlivu na zdraví všeobecných sester, přičemž jsme se ptali na jejich pocity, vnitřní konflikty, či schopnost oddělovat pracovní život od soukromého. V otázkách jsme se zaměřovali na dopad paliativní péče na fyzické i duševní zdraví sester, využívání copingových strategií a účast managementu na zvládnutí zátěže plynoucí z péče o umírající.

Rozhovor se zástupci managementu hospiců tvořilo 16 otevřených otázek (viz Příloha 2), rozdělených do 3 kategorií, které byly rovněž v případě potřeby rozvinuty o další podotázky. Zaměřili jsme se na vzdělání, volbu práce v managementu hospiců a pracovní zátěž všeobecných sester. Ptali jsme se na osobnostní předpoklady manažerů, pracovní prostředí všeobecných sester, včetně technického a personálního vybavení, či nabídku copingových strategií. Všechny rozhovory byly nahrány na diktafon a mobilní telefon a následně doslovně přepsány.

Předpokládáme, že analýza a interpretace získaných dat poslouží manažerům hospiců jako inspirace a reflexe spokojenosti všeobecných sester s pracovními podmínkami a manažeri hospiců lépe porozumí potřebám všeobecných sester v oblasti jejich duševního i tělesného zdraví a budou schopni v této oblasti rozšířit své působení.



### **3.2 Charakteristika výzkumného vzorku**

Kritériem pro výběr výzkumného souboru z řad všeobecných sester bylo, aby tyto sestry měly minimálně 1 rok praxe v hospici. Pro výběr výzkumného souboru z řad manažerů hospiců nebyla stanovena žádná kritéria. Vlastní výzkumný soubor tvořilo 7 všeobecných sester a 7 zástupců managementu hospiců. Sběr dat byl uskutečněn v období červen- červenec 2020. Celkem bylo osloveno 12 lůžkových i mobilních hospiců, přičemž výzkum byl proveden ve 4 z nich. Šest rozhovorů proběhlo na žádost participantů telefonicky, a to z důvodu epidemiologické situace a hygienických opatření v souvislosti s COVID- 19. Každému rozhovoru předcházelo ubezpečení o anonymitě a byl získán ústní souhlas k nahrávání a použití dat výhradně k této diplomové práci. Bylo uskutečněno celkem 14 rozhovorů. Každý rozhovor trval 30 – 60 minut. Podrobnější informace o participantech jsou popsány v kapitole „výsledky výzkumného šetření“ v charakteristice participantů (tabulka 1 a tabulka 2).

Pro tuto diplomovou práci jsme zvolili označení participantů písmeny S pro všeobecné sestry a písmeny M pro zástupce managementu hospiců.

Všeobecná sestra 1 je v diplomové práci uváděná jako S 1. Všeobecná sestra 2 je v diplomové práci uváděná jako S 2. Všeobecná sestra 3 je v diplomové práci uváděná jako S 3. Všeobecná sestra 4 je v diplomové práci uváděná jako S 4. Všeobecná sestra 5 je v diplomové práci uváděná jako S 5. Všeobecná sestra 6 je v diplomové práci uváděná jako S 6. Všeobecná sestra 7 je v diplomové práci uváděná jako S 7.

Manažer 1 je v diplomové práci uváděn jako M 1. Manažer 2 je v diplomové práci uváděn jako M 2. Manažer 3 je v diplomové práci uváděn jako M 3. Manažer 4 je v diplomové práci uváděn jako M 4. Manažer 5 je v diplomové práci uváděn jako M 5. Manažer 6 je v diplomové práci uváděn jako M 6. Manažer 7 je v diplomové práci uváděn jako M 7.

### **3.3 Analýza dat**

Rozhovory nahrávané na diktafon a mobilní telefon byly doslovně přepsány. Jednotlivé odpovědi byly opakovaně pročitány a dle vztahu k jednotlivým cílům barevně označovány a následně rozděleny do jednotlivých kategorií a podkategorií. Odpovědi participantů jsou přepisovány doslovně, včetně slangových a nespisovných výrazů.

## 4 Výsledky výzkumného šetření

*Tabulka 1 Charakteristika výzkumného vzorku z řad všeobecných sester*

	vzdělání	délka praxe ve zdravotnictví	délka praxe v hospici	hospic
<b>S1</b>	SŠ	35	8	mobilní hospic
<b>S2</b>	SŠ	34	4	mobilní hospic
<b>S3</b>	VŠ	12	5	lůžkový hospic
<b>S4</b>	VŠ	18	6	mobilní hospic
<b>S5</b>	SŠ	30	9	lůžkový hospic
<b>S6</b>	SŠ	27	2	lůžkový hospic
<b>S7</b>	VŠ	30	5	lůžkový hospic

(Zdroj vlastní)

**Tabulka 2 Charakteristika výzkumného vzorku z řad managementu**

	<b>vzdělání</b>	<b>délka praxe ve zdravotnictví</b>	<b>délka praxe ve vedení hospicu</b>	<b>pozice</b>	<b>hospic</b>
<b>M1</b>	SŠ	32	6	staniční sestra	lůžkový hospic
<b>M2</b>	VŠ	1	1	vedoucí hospicu	lůžkový hospic
<b>M3</b>	SŠ	23	12	vrchní sestra	lůžkový hospic
<b>M4</b>	SŠ	18	4	staniční sestra	lůžkový hospic
<b>M5</b>	VŠ	26	5	vrchní sestra	lůžkový hospic
<b>M6</b>	SŠ	32	6	vrchní sestra	mobilní hospic
<b>M7</b>	VŠ	15	4	vrchní sestra	mobilní hospic

(Zdroj vlastní)

Na základě analýzy získaných dat jsme tuto kapitolu rozdělili na 8 kategorií, z nichž každá obsahuje několik subkategorií. První kategorie popisuje postavení všeobecné sestry v hospici. Druhá kategorie zkoumá psychickou zátěž všeobecných sester v hospicích. Fyzickou zátěží sester pracujících v hospicích se zabýváme ve třetí kategorii. Čtvrtá kategorie zkoumá péči o zdraví sester z vlastní iniciativy. V páté kategorii se zabýváme péčí o duševní a tělesné zdraví sester z iniciativy managementu. Šestá kategorie nám přibližuje profil manažera v hospici. Duševní a tělesnou zátěž všeobecných sester v hospicích z pohledu vedoucích pracovníků zkoumá sedmá kategorie. V poslední kategorii se zabýváme prevencí vzniku komplikací zátěžových situací.

### **Kategorie a subkategorie:**

**Kategorie 1: Všeobecná sestra a hospicová péče.**

Subkategorie 1: Volba povolání.

Subkategorie 2: Motivace k práci v hospici.

Subkategorie 3: Pozitiva a negativa práce v hospici.

**Kategorie 2: Psychická zátěž všeobecných sester v hospicích.**

Subkategorie 1: Nejčastější pocity.

Subkategorie 2: Kvalita hospicové péče.

Subkategorie 3: Zátěžové situace a vnitřní konflikty.

Subkategorie 4: Vliv práce v hospici na duševní zdraví sestry.

**Kategorie 3: Fyzická zátěž všeobecných sester v hospicích.**

Subkategorie 1: Fyzicky náročné výkony.

Subkategorie 2: Využívání kompenzačních pomůcek.

Subkategorie 3: Personální obsazení.

Subkategorie 4: Vliv práce v hospici na fyzické zdraví všeobecných sester.

**Kategorie 4: Péče o zdraví všeobecných sester z jejich vlastní iniciativy.**

Subkategorie 1: Schopnost oddělit osobní a pracovní život.

Subkategorie 2: Odbourávání stresu.

Subkategorie 3: Interpersonální vztahy.

**Kategorie 5: Péče o zdraví všeobecných sester z iniciativy managementu.**

Subkategorie 1: Pracovní podmínky.

Subkategorie 2: Copingové strategie.

Subkategorie 3: Benefity.

**Kategorie 6: Manažer v hospici.**

Subkategorie 1: Vzdělání a volba práce v managementu hospicu.

Subkategorie 2: Pozitiva a negativa práce ve vedení hospicu.

**Kategorie 7: Psychická a fyzická zátěž sester v hospicích z pohledu vedoucího pracovníka.**

Subkategorie 1: Pracovní prostředí a personální obsazení.

Subkategorie 2: Duševní a tělesné zdraví všeobecných sester.

Subkategorie 3: Interpersonální vztahy.

**Kategorie 8: Prevence vzniku komplikací zátěžových situací.**

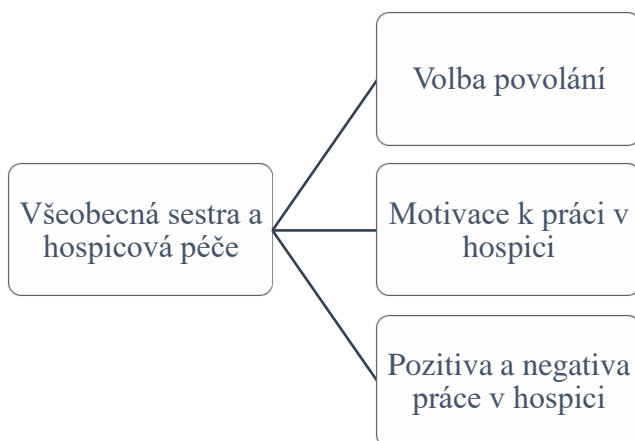
Subkategorie 1: Intervence v oblasti péče o zdraví všeobecných sester.

Subkategorie 2: Copingové strategie a benefity.

Subkategorie 3: Plány a vize.

### **Kategorie 1 - Všeobecná sestra a hospicová péče**

**Schéma 1:** Kategorie 1



V této kategorii se zabýváme tím, co vedlo participanty k volbě povolání všeobecné sestry a proč si zvolily práci v hospici. Rovněž jsme se ptali na to, jaká pozitiva a negativa jim práce v tomto zařízení přináší a jak vnímají poskytování výhradně paliativní péče.

#### **Volba povolání**

Sester jsme se ptali, proč si zvolili povolání všeobecné sestry. Na volbu povolání všeobecné sestry má markantní vliv sociální citění a empatie, jak uvádí tři participanty.

Jak uvádí S 6 : „ *Tak to už je hodně, hodně dávno. Chtěla jsem pomáhat druhým. Asi to ve mně bylo odjakživa. Tak víte jak je to těžká práce, ale nemůžu říct, že bych chtěla dělat něco jiného. A ani si po těch letech nedokážu představit*“ (S 6).

Podobně odpovídá i S 1: „ *Co mě k tomu vedlo? Asi radost z pomáhání, tak to je pro dobrou sestřičku víc než výplata. Já vlastně chtěla být doktorkou, ale před 40 lety to nebylo pro každého a moje maminka by si to nemohla dovolit. Vlastně jsem mohla být ráda, že jsem vychodila zdrávku. Jsem vlastně už 35 let sestra. Za mého mládí se však víc staralo o lidi, ne o papíry*“ (S 1).

Potřebu pomáhat druhým ve své odpovědi uvádí S 7: „ *Já jsem původně porodní asistentka, to jsem si zvolila a začala dělat. Pak jsem šla na mateřskou, mám 4 kluky, takže jsem byla dlouho doma. No, a když jsem se vrátila, vše se tam změnilo. Přišlo mi, že z toho vymizela taková ta přirozenost. Já chtěla pomáhat, odjakživa, ale ne hrát si na boha. Tam se pořád řešila jen antikoncepce, potraty a genetika. Já to nemohla skousnout. Mezitím vzniknul tady ten hospic, tak jsem to zkusila a při práci jsem si pak dodělávala všeobecnou sestru*“ (S 7).

S 2, S 3 a S 5 uvedly podobnou odpověď, kdy je ovlivnil fakt, že jejich rodinní příslušníci jsou zdravotníci. S 2 původně chtěla být lékařkou a po roce studia na gymnáziu přestoupila na Střední zdravotnickou školu: „ *Chtěla jsem dělat něco smysluplného. Máma byla sestřička a táta záchranář. Já se dobře učila a naši chtěli, ať jdu na gympl a pak na medicínu. Ale náhle mi umřel tatínek, když jsem byla v prváku na gymnáziu, a máma by to neutáhla, tak jsem přestoupila na zdrávku*“ (S 2). S 3 také uvádí, že jí ovlivnili příbuzní: „ *Obě sestry jsou sestřičky, nechtěla jsem trhat partu*“ (S 3). Též S 5 měla při výběru povolání jasno: „ *To už je doba. No tehdy byly sestřičky ještě něco. Moje máma byla sestřička, dělala na dětském a lidi ji obdivovali, líbilo se mi to, nosila tu krásnou uniformu s čepcem a bylo vidět jak je hrdá na to, co dělá*“ (S 5).

Zajímavou odpověď uvádí S 4, která zdůrazňuje potřebu adrenalinu a touhu po dynamickém povolání: „ *Když jsem byla dítě, často dávali v televizi seriály ze zdravotnického prostředí. Mně se to hrozně líbilo, jak je zachraňují a bojují o jejich životy. Chtěla jsem mít práci, kde budu užitečná, ale budu moct být i kreativní, realizovat se a hlavně zažít akci. U počítače bych se ukousala. Líbí se mi, že jako sestra jsem pořád v pohybu. A nemyslím jen fyzicky, ono ten mozek taky musí fungovat*“ (S 4).

## Motivace k práci v hospici

V rámci této podkategorie jsme se dotazovali sester na důvod, který je vedl k práci v hospici. Odpovědi se různily, převažovala však potřeba změny oddělení a osobní zkušenost s paliativní péčí o rodinného příslušníka.

*„Znám se léta s ředitelem našeho hospicu a jednou mi to nabídnul. Měla jsem zrovna krizové období v práci, byly tam vyhrocené vztahy, hodně se obměnil personál a najednou jsem se cítila jak v továrně a ne v nemocnici“ (S 5).*

Rovněž S 6 vypráví o potřebě změny pracovního prostředí: *„Já dělala 25 let v domácí péči, kvůli dětem, nemohla jsem do služeb, abych se zvládala starat o ně a o barák. Pak jsme začali spolupracovat s místní charitou a s mobilním hospicem a občas jsem vzala službu o víkend a pak mi paní vrchní nabídla plný úvazek. Děti jsou už dospělý a ono to v domácí péči bylo taky kolikrát na hraně s paliativou“ (S 6).*

S 3 uvádí již dřívější zkušenost s paliativní péčí: *„Já hospic okusila jako čerstvá absolventka zdravotní školy, a řeknu Vám, byl to křest ohněm. Nebyla jsem na to vůbec připravená a málem jsem ze zdravotnictví utekla. Šla jsem na chvíli na ambulanci k praktikovi a pak na mateřskou a před 5 lety jsem se vrátila zpátky, táhlo mě to sem a teď jsem tady ráda“ (S 3).*

Některé sestry uvádějí osobní zkušenost s paliativní péčí o své příbuzné, která ovlivnila jejich rozhodnutí pro práci v hospici. *„Měla jsem osobní zkušenost s paliativkou. Mámu i tátu jsem doopatřovala doma, a když bylo nejhůř, chodila k nám sestřička z mobilu a pomáhala. Já sama jsem pracovala dlouhá léta v domácí péči. Vlastně ta náplň práce v mobilním hospicu je hodně podobná“ (S 1).*

S 4 uvádí úmrtí v rodině jako jeden z důvodů pro práci v hospici: *„Před osmi lety mi umřela sestra na rakovinu, ležela poslední měsíce v hospici. Bylo jí 42 let, pro nás všechny to bylo hrozné, ale nechtěla být doma, aby jí viděla dcera, měla v té době osmiletou holčičku. Ta péče, prostředí, klid a hlavně ta lidskost mě dostaly. Já si myslím, že to není práce pro každou sestřičku, musíme být na jednu stranu hrozně silné a odolné ale na druhou stranu vnímavé, empatické a k pacientům i rodině citlivé“ (S 4).*

Skloubení zkušeností a vlastních zdravotních problémů udává S 2: „Mám 20 let praxe na LDN a 11 let na interně, a tam se člověk se smrtí setkává též dost často. Paliativa mě vždycky zajímala i z osobních důvodů, jsem onkologický pacient“ (S 2).

Dotazovaná S 7 shledává v práci v hospicové péči hlubší smysl a vyhovuje jí možnost věnovat pacientům víc času než na standardních odděleních: „Protože v hospici je na lidi čas a pacient je na prvním místě. Tady řeším vždy to co je aktuálně potřeba, když má pacient bolesti, řeším bolest, když mu je smutno, chytanu ho za ruku a povídám si s ním, když chce ven, vyvezu ho klidně s postelí. Tady se opravdu řeší potřeby. To se mi na tom líbí nejvíc, ta lidskost. Na standartu ty lidi umírají taky, ale sestra tam má na starost dalších 30 pacientů a proto lidi v nemocnicích často umírají sami. Umře a za 2 hodiny jde do márnice a na jeho postel další pacient Tady jsme s nimi až do konce a snažíme se ve spolupráci s rodinou, aby odešli v klidu a míru. Ono to zní blbě, ale zažila jsem už hodně hezkých smrtí“ (S 7).

### **Pozitiva a negativa práce v hospici**

Sester jsme se dotazovali na to, jaká pozitiva a negativa jim práce v hospici přináší a jak tuto práci vnímají. Jako pozitiva sestry uváděly dostatek času na pacienty, přínos do duchovního života, možnost seberealizace, radost z pomoci druhým či dostatek personálu. Negativní jsou pro sestry především konflikty s rodinou pacienta, nebo mezi rodinnými příslušníky a pacientem, úmrtí mladých pacientů a častá úmrtí pacientů.

S 1 vnímá paliativní péči jako velký pokrok v péči o umírající: „Já jsem ve zdravotnictví 35 let a věřte mi, že už mi hodně pacientů zemřelo. Podle mě je to velký krok napřed, ono vše jde s dobou. Na jednu stranu má dnes lidstvo tendenci se hnát za penězi, ale pak nemáme čas se postarat o své blízké, když umírají. Tak asi i to ovlivnilo ten rozvoj hospiců a paliativy obecně. Za mě se v nemocnicích moc neumíralo, lidi byli doma, mezi svými. Dnes je všechno jinak. Pozitivní je pro mě nejvíc asi ta blízkost pacientům, že si s nimi popovídám, zhodnotíme spolu život, situaci, pomůžu jim od bolesti. A na druhou stranu mě občas propadne pocit prohry, zklamání. Někdy se ani nestihnu vzpamatovat, že mi někdo umřel a už umře někdo další“ (S 1).

Čas a prostor pro pacienta uvádí jako pozitivum S 7: „ Já jsem tady ráda, práce mě baví. Je tady opravdu čas a prostor dělat tu službu, nehoním se, nechybuju a jsem tady



*především pro pacienty. Sem-tam mám rozepře s kolegyněmi, ale výjimečně, třeba když mám každá jiný pohled na věc“ (S 7).*

S 3 a S 5 uvádí podobné odpovědi: *„Tato práce mě naplňuje. Cítím, že dělám správnou věc, že jsem tam, kde je mě potřeba. Jsou situace, kdy je to náročnější. Když umře mladý člověk, to je vždy hrozná tragédie. Nebo když odchází pacient rozhádaný s rodinou. Minulý měsíc nám tady umřel pán, byli rozhádaní s manželkou, chodila sem a chtěla za ním, pořád plakala a chtěla si s ním promluvit, ale on jí nechtěl ani vidět. Bylo mi to líto. Když umřel, byla dlouho u něj v rozlučkové místnosti a nahlas plakala. Pak jsem si vyčítala, že jsme jim nepomohli najít nějaké řešení, že se neusmířili“ (S 3). S 5 navíc zdůraznila spektrum pocitů, které jí v práci provádí: *„ Je to náročný povolání, na žádném jiném oddělení jsem během jedné směny nezažila tolik různých pocitů, od štěstí, vděku, pokory, strachu až po úplnou bezmoc. Jasně, že mám občas chmury, naštvou mě pacienti, nebo rodina. Řeknu si, proč toto Bůh dopustil. Ale časem se to vždy srovná a jedu dál“ (S 5).**

S 6 na rozdíl od svých kolegyň shledává přínos paliativy především v pracovní době a spolupráci: *„Určitě je to psychicky náročnější než kurativa. Na druhou stranu tady perfektně funguje spolupráce s lékařem a hlavně mi vyhovuje 12 hodinová pracovní doba a to, že mám ty služby hodně dopředu naplánovaný a tak hezky rozprostřený. Mám rozhodně víc volna. Negativa žádná neshledávám, jsem tady krátce“ (S 6).*

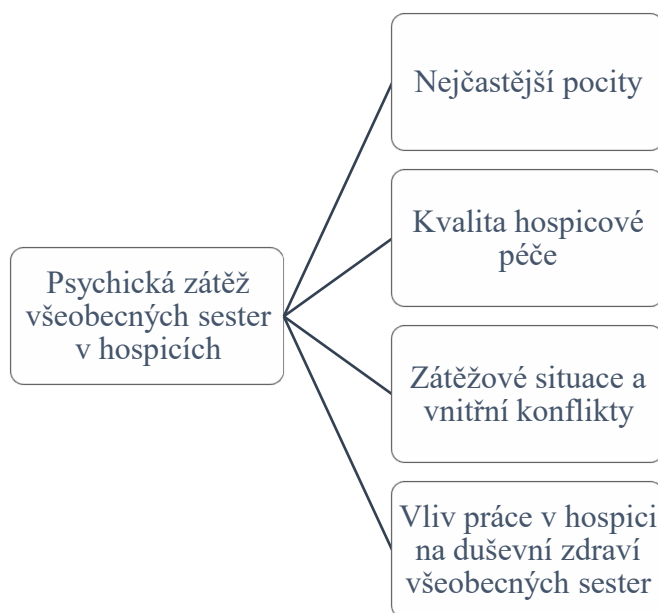
S 4 na tyto otázky odpověděla následovně: *„Paliativní péči vnímám jako potřebnou, těžkou a krásnou práci. Mám jiný pohled na svět. Víc si vážím maličností, zakládám si na dobrých vztazích s dětmi a rodinou. Vyčerpávají mě příbuzní. V hospicích je to typické, že jsme tady i pro ně, nejen pro pacienty. A někdy je to strašně těžký vyhovět všem. Hlavně teď ten COVID s námi zamával pěkně. Příbuzní chtěli, abychom si s pacienty povídali víc my, protože za nimi nemohli přátele a ostatní rodina, ale když máte objet za den 10 pacientů, pokaždé se převlíkat do ochranných prostředků a ještě přejíždět, tak na ten pokec moc času nezůstane“ (S 4).*

Obdobnou odpověď uvádí S 2: *„Tahle práce je nesmírně užitečná a potřebná. Nejen pro pacienty, ale i pro jejich blízké a pro zdravotníky. Skvělá je například paliativní nefrologie, dialyzování paliativních pacientů, kterou se nám daří hezky obsadit. Já si díky této práci vyřešila v hlavě mnoho otázek a přehodnotila jsem žebříček hodnot. Mám taky onkologickou diagnózu. Přemýšlím, s čím vším se budu muset ještě v životě*

porvat. Je to pro mě taková škola života. A taky jsem lidštější, tolerantnější a trpělivější. Negativní je někdy práce na úkor rodiny“(S 2).

## Kategorie 2 Psychická zátěž všeobecných sester v hospicové péči

Schéma 2: Kategorie 2



Ve druhé kategorii se zabýváme psychickou zátěží sester pracujících v hospicích. Participientů jsme se dotazovali na jejich nejčastější pocity při poskytování paliativní péče, na vnitřní konflikty a zátěžové situace a jejich vliv na zdraví sester. Dále bylo zkoumáno, co podle nich nejvíce ovlivňuje kvalitu paliativní péče.

### Nejčastější pocity

Když jsme se sester ptali na nejčastější pocity ve spojitosti s poskytováním paliativní péče, jejich odpovědi obsahovaly široké spektrum velmi různých pozitivních i negativních pocitů. „Marnost a nedocenění verzus radost z pomoci“ (S 1). „Radost, únava a vyčerpání“ (S 2). „Myslím si, že určitě převažují ty pozitivní, i když občas jsem úplně vyšťavená“ (S 5). „Vesměs asi příjemné. Pocit toho, že dělám něco, co má smysl, že dělám službu člověku, který to v tuto chvíli nejvíc potřebuje. Naučila jsem se být pohotová k potřebám pacientů, ať jsou jakkoliv zvláštní. No, a když někdo umře, tak smutek, vztek“ (S 4). „Cítím klid, mír, spokojenost, ale i zášť, zlobu a někdy i vztek z toho, že to není fér“ (S 3).

Konkrétní příklad uvádí ve své odpovědi S 6: „*Je víc těch hezkých pocitů. Zrovna před chvílí mě požádal pacient, že by chtěl na vzduch, tak jsem ho tam vyvezla i s postelí a když jsem ho šla za pár minut zkontrolovat, už spal. Pak mi děkoval, že si už dlouho tak dobře nezdřímnu. Nebo minule mě takto poprosila paní, ať si s ní dám kafe a prohlídnu si s ní fotoalbum, držela mě pak za ruku, a když mi děkovala za společnost, tak mě to až dojalo. A takové situace se ale stávají při každé službě a to mě pak baví, že jsou ti lidi vděční i za maličkosti“ (S 6).*

Zajímavou zkušenost uvádí S 7: „*No kdyby to bylo vyčerpávající, tak tady už nejsem. Ale je fakt, že jsem měla období, kdy jsem potřebovala vypnout, a díky Bohu mi to bylo vedením umožněno. Ono se to v tu chvíli i hodilo. Byla jsem 2 měsíce mimo. Vypadla jsem do úplně jiného oboru, šla jsem dělat do skladu, a byť jsem se fyzicky nadřela víc, psychicky jsem si hrozně odpočinula. Vřele doporučuji! Vrátila jsem se sem úplně zrestartovaná. Moc ráda na to vzpomínám“ (S 7).*

### **Kvalita hospicové péče**

V této subkategorii jsme se participantů ptali na to, co dle jejich názoru nejvíce ovlivňuje kvalitu paliativní péče v hospicích. Několik sester zdůraznilo potřebu spolupráce: „*Spolupráce celého týmu. A aby i mladí lékaři pochopili podstatu paliativní péče“ (S 3). „Aby sestry, lékaři, pacient i blízcí spolupracovali, a hlavně aby měli stejný cíl. Když to nefunguje, a nedomluví se, tak ta péče není, jaká by měla být“ (S 5). „Hodně záleží na tom, aby v té péči byla taková ta jednota. Mít stejný pohled na věc. U nás to funguje. Jsme seřazený, sestry i lékaři“ (S 7).*

S 2, S 4 a S 6 uvádí jako jeden z nejdůležitějších determinantů kvality paliativní péče povahové rysy personálu. S 2 uvádí: „*Kvalitu nejvíce ovlivňuje organizace práce, vzdělání personálu a osobnostní kvality“ (S 2). Dle S 4 je důležité: „Aby si každá z nás hleděla své práce a dělala jí na 100%. Je blbý, když přijdete do práce a máte službu po kolegyni, co to odflákla a pak to po ní musíte zachraňovat a dělat i její práci“ (S 4). „Určitě záleží na povaze sestry a komunikaci sestry a pacienta. Tady sestra musí umět naslouchat. Často je totiž ztížená komunikace s pacienty a zjistit co potřebuje a jak se cítí je těžké“ (S 6).*

Potřebu léčby bolesti uvádí ve své odpovědi S 1: „*Tak smyslem celé paliativní péče je především tlumení bolesti. Ono většina pacientů má onkologickou diagnózu a nádorová bolest je strašná. Podle mě je léčba bolesti alfou a omegou*“ (S 1).

### **Zátěžové situace a vnitřní konflikty.**

V rámci této podkategorie jsme se sester ptali na jejich vnitřní konflikty, a co je při péči o nevléčitelně nemocné nejvíce zatěžuje. Participientky ve svých odpovědích často udávaly jako zatěžující situaci, kdy pacient nemá dobré vztahy v rodině a konflikty, které jsou touto situací vyvolané. „*Nejhorší je, když se s tím nedokáže vyrovnat rodina a i přesto, že už mají příbuzného v hospici, tak mají tendenci mu ještě prodlužovat život.. Na jednu stranu je chápu, že chtějí být s milovaným člověkem tak dlouho, jak to jde. Ale na druhou stranu k čemu to je? Prodlužovat utrpení? Je to někdy až sobecké. Pak chtějí mluvit s doktorem a ptají se na možnosti. Nebo nám radí, co vyčetli na internetu a co bychom měli dělat. Je to začarovaný kruh a často pak dochází k výměně názorů i mezi námi a rodinnými příslušníky*“ (S 5).

Také S 7 uvádí aspekt rodiny: „*Určitě to na každou z nás občas padne. Důležité je táhnout za jeden provaz. Když ten člověk třeba nemá dobré vztahy v rodině, je tam nějaký rozpor a nemá zájem to řešit, tak to mě osobně vždycky mrzí. Že ten pacient pak odchází nesmířený. Ono ta rodina k tomu ještě může dojít, i když pacient umře, ale on prostě odejde nesmířen*“ (S 7).

Komplikované příbuzenské vztahy uvádí i S 2: „*Vnitřní konflikty? Asi ten čas. Čas na rodinu versus čas v práci. A zatěžující jsou vztahy v rodinách pacientů, znesvářené rodiny, hádky mezi příbuznými. Kolikrát se pohádají i přede mnou, nebo tak, že to slyší pacient a to je nepříjemné pro všechny. Nebo mě do toho zatáhnou a ještě čekají, že budu dělat soudce*“ (S 2). Stejný důvod udává i S 4, která ale ještě poukazuje na úmrtí mladých pacientů: „*Když nejsou smíření s rodinou a když umře mladý člověk, to vždy nesu špatně*“ (S 4).

Jinou odpověď uvádí S 6: „*Nejhorší pro mě osobně je, když pacientům nejde rozumět. Když rodina chce, abychom dělali něco tak a pacient to chce jinak, a pak se všichni vzájemně obviňují, dohadují. A smrt mladých lidí. Včera u nás umřela 23 letá slečna na vzácný nádor kostí. To bylo pro všechny hodně smutné. Občas ukápnou i slza, jsme jen lidi. Ale vnitřní konflikty, ve smyslu, že by se to ve mně pralo, nemám*“ (S 6).

Dotazovaná S 3 považuje za nejvíc zatěžující nedostatečnou analgezií: „*Když mají silné bolesti a už jim nezabírají ani opiáty. A když jsou pacienti a rodina v nějakém konfliktu, mám tendenci se přiklánět na pacientovu stranu, i když vím, že bych neměla a není to tak správně. Ono v tom hospici je to hodně i o rodině a my to máme vlastně v koncepci, že spadají do té péče. Ale někdy je to strašně náročný vyjít vstříc všem*“ (S 3).

### **Vliv hospicové péče na duševní zdraví všeobecných sester**

V této podkategorii jsme se participantů dotazovali na to, jak ovlivňuje práce v hospici jejich duševní, osobní a rodinný život. Sestry uváděly, že se jim změnil pohled na životu a žebříček hodnot, či přístup k vlastní rodině, a rozvinuly se jim empatické schopnosti. Některé ze sester též uvádí, že i ony sami jinak vnímají vlastní smrtelnost. „*Občas se to holt do života promítne. Třeba když jsem měla nemocnou maminku, kterou jsem měla doma. Chodila jsem do práce pečovat o lidi a doma mě čekala další šichta. To bylo pro mě hodně těžký. No chtěla jsem, aby maminka měla tu nejlepší péči. Ten každodenní pohled na umírání vás ovlivní, jestli chcete nebo ne. Každý si to přebere po svém. A zůstanou jen ty, které si z toho vezmou hlavně to dobré*“ (S 7).

„*Práce mě pohlcuje. Jsem pokornější. Mám větší úctu k pacientům i pečujícím v domácím prostředí. To jak to zvládají. Člověk se od nich hodně naučí*“ (S 2).

S 5 vliv práce na rodinný a osobní život popírá, na druhou stranu vyzdvihuje rozvoj pozitivních vlastností: „*Nepromítá, já si práci domů netahám. Spíš si víc vážím život a čas s rodinou. Mám větší trpělivost, jsem odolnější a citlivější*“ (S 5). Velmi podobný názor uvádí také S 4: „*Myslím, že práce v hospici od základů změnila můj postoj k životu a smrti. Změnili se mi priority, na prvním místě je čas s rodinou. Dřív jsem chtěla mít naklizeno, uvařeno a až pak byl čas na radost. Dnes to mám jinak. Víc si život užívám*“ (S 4).

Konkrétní případ uvádí S 3: „*Některé případy se mě hluboce dotkly. Třeba maminka dvojčátek, byla stejně stará jako já. Najednou jsem si uvědomila, že se mi to může stát taky, a že si musím holky užívat a prožít každou chvíli s nimi naplno. Život je hrozně křehký, až děsivě. Já jsem věřící, to mi taky usnadňuje se s tím vším vyrovnat. Když to máte na koho hodit*“ (S 3).

„Ono se nejde úplně obrnit. To je jasný, že mě to ovlivnilo. Ale snažím se si z toho vzít jen to pozitivní. Na prvním místě je být zdravá, přestala jsem některé věci podceňovat a některé vůbec řešit“ (S 6).

Negativní zkušenost práce na úkor rodiny uvádí S 1: „ Vyhovuje mi blízkost a rozhovory s pacienty. Lépe se vyrovnávám se smrtí, asi jsem si zvykla a dokážu s tím líp pracovat. Pochopila jsem vlastní smrtelnost, pomíjivost života, a změnily se mi hodnoty a priority. Ale tím, že jsem tolik v práci, trpí rodina. Jednak jsem v práci dlouho a jednak přicházím často tak unavená, že už se mnou stejně nic není“ (S 1).

### Kategorie 3 Fyzická zátěž všeobecných sester v hospicích

Schéma 3: Kategorie 3



V této kategorii jsme se zabývali problematikou fyzické zátěže plynoucí z poskytování paliativní péče a metodami zvládnání této zátěže. Zajímaly nás fyzicky náročné výkony, využívání a dostupnost kompenzačních pomůcek, pracovní prostředí sester jaký dopad má paliativní péče na oblast fyzického zdraví pečujících sester.

#### Fyzicky náročné výkony

V subkategorii Fyzicky náročné výkony jsme se sester dotazovali, jak moc jsou v práci pracovně vytížené a které výkony považují za nejvíce fyzicky náročné. Několik participantek odpovědělo ve smyslu, že jejich fyzická zátěž je průměrná. Dotazovaná

S 1 uvádí: „Vytížená jsem, řekla bych, středně. Mohlo by to být lepší, ale i horší. A nejnáročnější je pro mě rehabilitace a manipulace s těžkými pacienty“ (S 1).

Také S 5 hodnotí fyzickou zátěž práce v hospici jako průměrnou: „V porovnání s dřívějším zaměstnáním rozhodně méně. Myslím, že tak středně. Jsme dobře vybavení a taky nás je dost. Tak když jdeme na pacienty ve dvou, nebo ve třech, nebo použijeme výtah, tak je to znát. Ne vždy to ale jde. Já mám ale kurz na manipulaci s pacienty a to je teda skvělá věc“ (S 5). „Jak kdy, záleží na pacientovi. Ale když to vezmu v globálu, tak asi tak nějak průměrně. No jen díky tomu, že jsme super vybavení. Ono většina pacientů je na tom tak, že opravdu potřebují polohovat, udělat celkovou hygienu. Snažíme se je i vyvézt na vzduch, vysazovat. Nezdá se to, ale člověk si během té směny mákne“ (S 3).

Manipulaci s pacienty uvádí S 6: „Hodně se naběhám, po šichtě mě vždycky bolí nohy. Náročná je hlavně ranní hygiena, všechny umýt, ošetřit jim rány, napolohovat. Navíc mají ti pacienti bolesti, jsou zatuhlí a rozlezení, je to dřina“ (S 6).

Participientka S 4 poukazuje na spolupráci s rodinou: „Řekla bych, že hodně záleží na rodině, zda pomůže. Někteří se elegantně vytrátí, jakmile přijdu, někteří zas mají najednou na práci něco jiného, ale zase jsou i tací, co opravdu pomůžou, mají zájem. No a pak taky záleží na prostorech a vybavení“ (S 4).

S 2 si na fyzickou zátěž nestěžuje: „Vytížená nejsem vůbec. Zada mám jenom jedny a naučila jsem se o pomoc si říkat, vždyť i v zákoně je maximální břemeno snad 20 kilo. Jsem sestra, ale jsem jenom ženská. O pomoc si vždycky řeknu“ (S 2).

Zcela jinou odpověď uvádí S 7: „Nejhorší je odsávání a ošetřování proleženin. K tomu mám vyloženě fyzický odpor“ (S 7).

### **Využívání kompenzačních pomůcek**

V jaké míře využívají sestry v hospicích kompenzační pomůcky, jsme zkoumali v této subkategorii. Sestry ve většině případů vyzdvihovali vybavení kompenzačními pomůckami. S 2 uvádí: „Já využívám vše co je k dispozici. Ono to je sice časově někdy zdlouhavější, ale fyzicky miň náročný“ (S 2). Pomůcky v hojné míře využívá i S 5: „Používáme zvedáky, polohovací postele a křesla, vozičky, polohovací podložky. Prostě

*co je k dispozici. Máme v suterénu obrovskou místnost plnou všeho, co potřebujeme, dokonce půjčujeme pomůcky i pacientům domů“ (S 5).*

Také S 6 uvádí: *„Nejvíc využívám zvedák, když jsou pacienti těžší, je to velký pomocník. Musí se s tím ale umět dělat. Já беру zvedák na hygienu, polohování, nebo třeba když někdo upadne. Ale máme i jiné vychytávky. Můžu říct, že opravdu máme, na co si vzpomeneme“ (S 6).*

*„Na každém patře máme elektrické zvedáky s těmi látkovými popruhami, ty si беру na koupání, přesouvání z postele do křesla a naopak. A pokud to umožňuje stav pacienta, tak je vysazuju do polohovacích křesel a vyvezu je na čerstvý vzduch“ (S 7).*

*„Pokud to je možné, tak je používám“ (S 1). Velmi podobně odpověděla i S 3: „Ano, pokaždé když se to hodí, tak si pomůžu technikou“ (S 3).*

Dle S 4 záleží na rodinných příslušnících: *„Jak kdy a jak kde. Někteří pečující jsou schopní zařídit vše a jiní se spolehnou na to, že tam chodí sestra z mobilu a nějak si poradí. Pokud jsou příbuzní v pohodě, snažím se s nimi domluvit“ (S 4).*

### **Personální vybavení**

V rámci průzkumu jsme se participantů dotazovali též na personální obsazení a vliv tohoto aspektů na jejich práci. Některé sestry jsou s pracovními podmínkami spokojené, jiné méně.

Participantka S 6 uvádí: *„Myslím si, že tím, že je to podmíněno vyhláškou, tak tady žádná nouze o personál není. Naopak, máme dobrou pověst a také spoustu dobrovolníků“ (S 6). „Momentálně je nás dost“ (S 5). Také S 3 poukazuje na nutnost personálního obsazení podmíněného zákonem: „Sester je tady dost. Vyhláška nám přesně určuje, kolik nás musí být“ (S 3).*

*„Teď je nás dost. Občas se stane, že někdo vypadne, ale vždycky se to zvládne. Máme také spoustu dobrovolníků, ti si chodí vesměs s pacienty povídat, a to nám hodně šetří čas“ (S 7).*

Na nedostatek personálu si některé sestry stěžovaly: *„Jsme hodně vytížené, chybí nám sestry a přejezdy mezi pacienty nás hodně zdržují. Kolikrát se nemáme čas ani najíst nebo napít. Ono v tom mobilu ty sestry moc dlouho nevydrží“ (S 2). Podobnou odpověď*



uvádí též S 4 a S 1: „Nedostatečně, už dlouho sháníme sestry. Jsou dny, kdy musím obejít i 12 pacientů. A to chodím domů úplně vyšřavená.“ (S 4). „Je nás dlouhodobě málo“ (S 1).

### **Vliv práce v hospici na fyzické zdraví všeobecných sester**

V této subkategorii se zabýváme dopadem poskytování výhradně paliativní péče na tělesné zdraví participientů. Dotazované uvádějí především bolesti zad, hlavy a nohou. „Když je těžká směna, tak večer cítím záda a několikrát v měsíci trpím migrénami“ (S 3). Téměř totožnou odpověď uvádí S 4 a S 7: „Trpím hodně na bolesti zad. Je to taková typická sesterská nemoc“ (S 4). „No tak nejvíc trpí asi ta páteř. Mám i křečové žíly. Denně v práci nachodím i 10 kilometrů a to pak večer ty nohy hodně cítím“ (S 7).

S 5 si stěžuje na problémy s krční páteří: „Mám problémy s krční páteří, bolí mě od páteře hodně hlava a díky nočním směnám často trpím nespavostí“ (S 5).

Dlouhotrvající potíže udává S 6: „Mám pocit, že od doby, co pracuju ve zdravotnictví, mám problémy se zády, ale musím říct, že hospicem se mi to nijak nezhoršilo. Naopak, ono tím vybavením si člověk hodně uleví“ (S 6).

Překvapila nás odpověď S 1: „Víceméně mě to ovlivňuje pozitivně, aspoň mám pohyb“ (S 1). Dotazovaná S 2 uvádí: „Neovlivnilo mě to nijak pozitivně, ani nijak negativně“ (S 2).

### **Kategorie 4 Péče o zdraví všeobecných sester v hospicích z jejich vlastní iniciativy**

#### **Schéma 4: Kategorie 4**



Zde bylo především zjišťováno, jak sestry odbourávají stres a jakými způsoby se vyrovnávají s pracovní zátěží. Participientů jsme se dotazovali na schopnost oddělit pracovní a osobní život, na vztahy na pracovišti a konkrétní způsoby odbourávání stresu a psychické zátěže.

### **Schopnost oddělit osobní a pracovní život**

Některé sestry s oddělováním pracovního a osobního života nemají problém: „*Jak jsem říkala doma je doma, práce je práce a tečka. Nečiní mi to žádný problém*“ (S 7). „*Dokážu, v práci jsem sestra, doma jsem máma a manželka. Netahám si práci domů a stejně tak si nefiltruju osobní věci v práci*“ (S 5).

„*Jak se to vezme. Doma o práci nemluvím, ale jsou případy, které se na mně podepíšou, ale spíš se to odehrává v mém nitru a hodně o tom přemýšlím*“ (S 2).

Potíže s oddělováním osobního a pracovního života uvádí S 3 a S 6: „*Snažím se o to, ale ne vždy to jde. Když přijdu domů, uvařím si kávu, věnuji se dětem a snažím se přijít na jiné myšlenky. Ale když mi zrovna někdo ve službě umře, přemýšlím o tom i doma a špatně se přepínám na rodinný život*“ (S 3). „*Snažím se brát si z práce jen to pozitivní. Ono to ale úplně oddělit nejde. Přeci jenom tady ti lidé jsou dlouho a umírají tady. Podle mě není možné za tím zavřít dveře a jít domů. Chtě-nechtě mi někteří pacienti přirostou k srdci*“ (S 6).

Rezolutní odpovědi uvádí S 1 a S 4: „*Absolutně ne a kdo to tvrdí, lže. Je to podstata lidskosti, že s těmi lidmi soucítím a přemýšlím, jak bych jim mohla pomoci. A tím, že přijdu domů z práce, nepřeruším tok myšlenek*“ (S 1). „*Vůbec se mi to nedaří*“ (S 4).

### **Odbourávání stresu**

V této subkategorii jsme se dotazovali na konkrétní intervence, kterými sestry odbourávají stres a zvládají nadměrnou psychickou zátěž. Většina sester udává sportovní aktivity, přírodu, hudbu a spánek: „*Já chodím ráda do lesa, sbírám byliny, jezdím na kole a rýpu se v zahradě*“ (S 7). „*Když mi je špatně, jdu si zaplavat, přečtu si něco nebo jdu ven s kamarádkou. Ráda jezdím na výlety s dětmi a po večerech hraju s manželem šachy*“ (S 5). „*Běhám, hodně a ráda. Dobře si při tom vyčistím hlavu. Pustím si do sluchátek oblíbenou hudbu a běžím, dokud mi není líp*“ (S 3). „*Jediné co*

*mi pomáhá je spánek“ (S 1). „Asi mi nejvíc pomáhá hudba, energická a pořádně nahlas“ (S 6).*

Kromě koníčků uvádí S 2 také pohovor s psychologem: *„Já poslouchám hudbu, cvičím jógu a mám ráda knihy a turistiku. Když mě ale v práci něco opravdu semele, jdu za naším psychologem a společně to probereme“ (S 2).*

### **Interpersonální vztahy**

V rámci této subkategorie jsme zjišťovali, jak hodnotí participienti vztahy na pracovišti, do jaké míry je ovlivňují, a jestli se s kolegy stýkají i mimo pracovní prostředí. Velmi dobré interpersonální vztahy uvádí S 2, S 3 a S 7: *„My máme výborné vztahy. Myslím, že vztahy s kolegyněmi ovlivňují i péči samotnou. Cítím se být ukotvená v týmu. Párkrát v roce spolu něco podnikneme. Slavíme spolu narozeniny, v létě grilujeme, máme vánoční večírky, den dětí a jednou ročně svatou mši pro všechny pozůstalé“ (S 2). „Velmi dobře. Já jsem nekonfliktní typ a drby mě nezajímají. Občas jdeme s kolegy na výlet nebo na večeri. Máme vánoční večírek a sportovní utkání. S některými holkami chodíme jednou měsíčně na víno“ (S 3). „Tady je tak vybraný personál, že si nemůžu stěžovat. Vrchní s vedoucí by sem nevzali někoho, kdo mezi nás nezapadne. Máme opravdu skvělý kolektiv. Minimálně jednou za 14 dnů spolu něco podnikneme“ (S 7).*

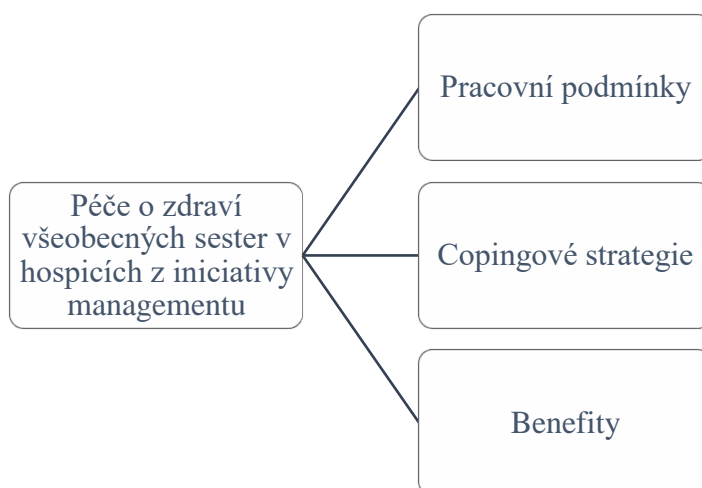
Dotazovaná S 4 poukazuje na negativní vliv nedostatku personálu na vztahy na pracovišti: *„Vztahy by celkem ušly. Jediné co je narušuje, je fakt, že nás je málo. Nastanou pak situace, když nemá kdo sloužit nebo jsou dovolené a ty ostatní to musejí utáhnout vše. Společné akce podnikáme, máme pravidelně teambuildingy a jednou za dva měsíce máme odpolední posezení s vrchní sestrou“ (S 4).*

Na problémy související s čistě ženským kolektivem poukazují S 5 a S 6: *„Tak všude se něco najde. Stačí jedna drbna a celý kolektiv se naruší. Ani u nás tomu není jinak. Holky se pomlouvají. S někým mám lepší vztahy, s někým horší. Chodíme si občas sednout na skleničku a slavíme spolu narozeniny“ (S 5). Obdobně odpovídá S 6: „Samozřejmě je to jako všude, samý ženský. Mohlo by to být horší, ale i lepší. Občas spolu někam zajdeme. Zrovna před dvěma týdny jsme byly na vafkách a příští týden budeme mít sportovní odpoledne ještě s jedním domovem důchodců“ (S 6).*

Zcela odlišnou odpověď uvádí S 1: *„Já si hledím svého. Udělám si svojí práci a pomluvy mě nezajímají. Na společné akce nechodím“ (S 1).*

## Kategorie 5 Péče o zdraví všeobecných sester v hospicích z iniciativy managementu

Schéma 5: Kategorie 5



V kategorii Péče o zdraví všeobecných sester v hospicích z iniciativy managementu jsme zkoumali strukturu a vybavení pracovišť, nabídku copingových strategií ze strany zaměstnavatele a jejich frekvenci. Dále jsme se participantů ptali na nabídku benefitů v oblasti péče o jejich duševní a tělesné zdraví.

### Pracovní podmínky

Strukturální a technické vybavení svých pracovišť hodnotily sestry převážně pozitivně. Některé sestry srovnávaly současné pracoviště s minulým, přičemž hospic a jeho vybavení hodnotili lépe: „*U nás je to, v porovnání s nemocnicí, kde jsem pracovala, mnohem lepší. Hlavně ty jednolůžáky, kde je prostor pro manipulaci s pacienty jsou velkou výhodou. Máme spoustu pomůcek díky sponzorům. V nemocnicích jsme měli na jednom pokoji i 5 postelí, to byly pak hotové dostihy se dostat k těm pacientům. A hlavně je to lepší i z hlediska komunikace s pacienty*“ (S 3). Stejně odpověděla i S 2: „*Tak jasně, že v porovnání se standardním lůžkovým oddělením je to daleko komfortnější*“ (S 2).

Rozmanitost pracovního prostředí je samozřejmostí pro sestry pracující v mobilních hospicích: „*My jsme mobilní hospic. Zařízení a vybavení u klientů je celkem dobrý. Já se snažím tu rodinu vždy přesvědčit k zapůjčení kompenzačních pomůcek. A kde nejsou pomůcky, pomůžou příbuzní. Vždycky se to nějak zvládne*“ (S 4).

Negativněji hodnotí situaci S 1: „*Je hodně co zlepšovat. Chtělo by to vhodnější auto a lehčí SOS batoh. A ne všude mají pacienti vhodné podmínky doma a musím hodně improvizovat, abych vůbec udělala co je potřeba*“ (S 1).

„*Pracovní prostředí je v pohodě. Teda až na ty dlouhé chodby. Máme půdorys o písmena U a jsme ve dvou patrech, dost se nachodíme. A hodili by se nám lepší stolky a křesla v sesterně*“ (S 6).

S 5 a S 7 hodnotí pracovní prostředí jako velmi zdařilé: „*Tady je většina pacientů imobilních. Každý má svůj pokoj s možností přistýlky pro blízkou osobu. Máme výtahy pro pacienty, perfektní vybavení. Je tady kavárna, závodní stravování. Já si nemůžu stěžovat*“ (S 5). Také S 7 hodnotí vybavení svého pracoviště pozitivně, a zásluhu na tom připisuje vedení: „*Myslím si, že jsme dobře vybavení. Naše vrchní se opravdu snaží a sežene co je potřeba. Ono nestačí pomůcky, ale i dobře rozepsat směny, vybavit sesternu, mít dost materiálu a zapojit i příbuzné a dobrovolníky. Myslím, že u nás to velmi dobře funguje*“ (S 7).

### **Copingové strategie**

Jak často mají sestry v práci supervize, sebereflexe, školení, relaxační techniky, meditace, či jiné copingové strategie jsme zkoumali v rámci této subkategorie. Většina sester uvádí supervize s různou frekvencí. Některé sestry uvádí, mimo jiné, různá školení psychologa a sebereflexi.

S 5, S 6 a S 7 mají supervize každých 14 dní: „*Supervize máme každé 2 týdny. Míváme i školení z paliativní péče 4x v roce a v hospici je psycholog, který je k dispozici i nám*“ (S 5). „*Máme jednou za čtvrt roku školení a teď se znovu zavedla supervize, která je 2x měsíčně. My už jsme měly tolik supervizí a supervizoři si na nás pokaždé vylámali zuby. Já jsem vůči tomu trochu skeptická. Teď ty supervize zavedli na žádost jedné sestřičky a tak uvidíme. Nejlepší je stejně si to vyříkat s kolegyní nebo s vrchní*“ (S 7). Skeptický přístup k supervizím má i S 6: „*Supervize máme jednou za 14 dní, ale nejsem přesvědčená o jejich přínosu. Podle mě by bylo mnohem snazší, kdyby si každý hleděl svého a dělal si svou práci tak jak má. Ideální je říct si vše narovinu. Ale taky já jsem přímý člověk a ne každý to tak má*“ (S 6).

„*Míváme školení na manipulaci s ležícími pacienty. Supervize je jednou týdně*“ (S 1).

Negativní zkušenost se supervizí uvádí S 4: „Mívaly jsme supervize, ale neměly jsme s tím dobrou zkušenost. Řekli nám, že co se bude probírat na supervizích, zůstane mezi námi, ale supervizorka donášela řediteli. Ted' míváme jednou měsíčně hodnocení s vrchní sestrou a to je podle mě mnohem efektivnější. Teambuildingy máme několikrát v roce a taky školení z paliativní péče“ (S 4).

„Supervize jsou nepravidelně. Jednou ročně máme paliativní kongres a několikrát do roka školení. Můžeme se obrátit i na našeho psychologa nebo pana faráře“ (S 2).

„Supervizi máme jednou za měsíc a kdykoliv můžeme na pohovor k vrchní nebo k psychologce“ (S 3).

### **Benefity**

V této subkategorii jsme u participientů zjišťovali nabídku benefitů v oblasti péče o jejich tělesné a duševní zdraví. Sestry uvádějí po většině balíček benefitů v určité finanční částce, který mohou využít na dovolenou, rekreaci, masáže či zdravotní pomůcky. Dále sestry často uvádějí možnost využití služeb psychologa či fyzioterapeuta, kteří jsou rovněž zaměstnanci hospiců.

„Každý rok dostáváme balíček benefitů pro zdraví a ten využívám buď na dovolenou, masáže nebo léky“ (S 5).

„Ano, máme benefity, ze kterých si můžeme ve zdravotnických zařízeních něco koupit, například masáže nebo doplňky výživy. Teambuildingy nám hradí zaměstnavatel a máme tady i psychologa a fyzioterapeuta, kteří jsou k dispozici nám i pacientům“ (S 7).

Totožně odpovídá S 6: „U nás je skvělá fyzioterapeutka, za kterou si můžeme dojít, když nás třeba bolí záda. Máme benefity, za které si můžeme nakoupit léky, masáže a podobně. Teambuildingy máme 4x do roka a psycholog tady je taky“ (S 6).

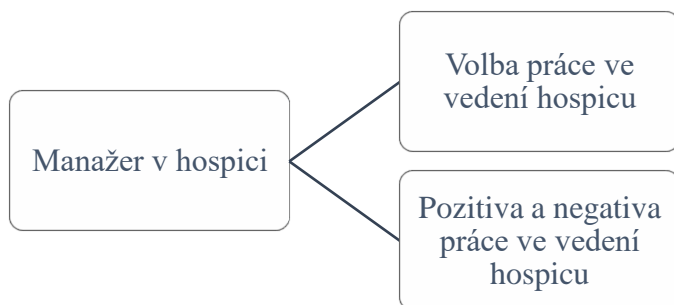
Příspěvky na dovolenou uvádí S 3: „Dostáváme příspěvek na letní a zimní dovolenou, poukázky na masáže a léky“ (S 3).

S 2 a S 4 hodnotí nabídku benefitů jako nedostatečnou: „Tebuildingy míváme dvakrát do roka a dostáváme balíček peněz pro zdraví, za který si můžeme nakoupit vitamíny. Žádná sláva“ (S 2). „Dostáváme balíček benefitů v určitém finančním obnosu, ale rozhodně to nestačí na to, abych si zajela někde na dovolenou. Žádné jiné benefity nemáme“ (S 4).

Absolutní absenci benefitů uvádí S 1: „*Já nemám vůbec žádné benefity. Ale tak já pracuji na dohodu, tak třeba holky, co jsou na plný úvazek, něco dostávají*“ (S 1).

## Kategorie 6 Manažer v hospici

Schéma 6: Kategorie 6



V šesté kategorii jsme zkoumali důvody, které participienty vedli k práci v zařízení tohoto typu. Manažerů jsme se ptali, co je vedlo k práci v hospici, jaká pozitiva a negativa v této práci shledávají a jaké mají vzdělání.

### Volba práce v hospici

Na otázku „Co Vás vedlo k práci v hospici?“, uvádí participienti různé odpovědi. Někteří participienti vidí v této práci smysl a hlubší poslání, jiní uvádí jako důvody potřebu změny pracoviště, nebo nespokojenost s procesem umírání pacientů na standardním lůžkovém oddělení. Plynulý přechod z agentury domácí péče do mobilního hospicu a následně do lůžkového hospicu uvádí M 1: „*Tak nějak to vyplynulo ze situace. Já jsem léta jezdila pro agenturu domácí péče a pak v mobilu. Mobil patří pod tento lůžkový hospic a občas jsem tam zaskočila na službu, když bylo potřeba. Pak mi nabídli místo a já to vzala*“ (M 1).

Zkušenost s vedením z jiného lůžkového oddělení uvádí M 3: „*No to už je let. Já jsem dřív dělala v léčebně dlouhodobě nemocných staniční sestru. Tady jsem k tomu přišla jak slepý k houslím. Prostě se naskytlá příležitost a já po ní skočila. Myslím, že jsem dobře udělala*“ (M 3). Velmi podobnou zkušenost uvádí i M 4: „*Pracovala jsem od maturity na onkologii v jedné fakultní nemocnici v Praze, hrozně mě to tam psychicky ničilo. Byla jsem mladá, plná ideálů a entuziasmu. Nemohla jsem se smířit s tím, že ty lidi nejde zachránit. Pak jsem šla úplně do jiného oboru. Po letech jsem začala sloužit*

*na interně na dohodu, ale nebavilo mě to. Doslechla jsem se, že shání sestru do hospicu a zkusila jsem štěstí“ (M 4).*

Osobní problém s procesem umírání na standardním lůžkovém oddělení uvádí M 5: *„Nemohla jsem se smířit s tím, jak ti lidi umírali na interně. Já tam léta pracovala na interně a vadilo mi, jak to probíhá. Lidi tam taky umírali, několikrát týdně u nás někdo umřel. Ale když zrovna neměl to štěstí a nebyla u něj rodina, umřel sám. Tady u těch lidí jsme, držíme je za ruce, tlumíme bolesti, děláme vše pro to, aby odešli důstojně“ (M 5).*

*„Byla jsem v rámci studia na stáži v hospici, když jsem studovala. Už tenkrát jsem si říkala, že tady by se mi líbilo. Když pak vypsali tady výběrové řízení, já už měla dostudováno a nějakou tu praxi. Šla jsem na pohovor a od té doby jsem tady“ (M 7).*

M 6 udává jako důvod syndrom vyhoření a potřebu změny pracoviště: *„Byla jsem od maturity na koronární jednotce. Měla jsem syndrom vyhoření jak vyšitý, musel jsem pryč a hospic mi přišel jako ideální místo“ (M 6).*

Zcela jiné důvody uvádí M 2: *„Já jsem ekonom. Dělal jsem ředitelku podniku, a už jsem potřebovala změnu. Ubíjeli mě ta čísla. Tam to bylo zaměřené pouze na výkon a peníze. Chtěla jsem být užitečná a sloužit lidem. Chtěla jsem zkusit dělat sanitárku, ale pak mě oslovil pan ředitel, jestli bych tady nechtěla dělat vedoucí a já to zkusila“ (M 2).*

### **Pozitiva a negativa práce ve vedení hospicu**

V této subkategorii jsme se participantů ptali na pozitiva a negativa práce ve vedení hospiců. Participanté shledávají ve své práci většinou pozitiva. Řada manažerů uvedla jako pozitivní možnost seberealizace, pomoci lidem a smysluplnost tohoto zaměstnání. Jak uvádí M 7: *„Já jsem se tady opravdu našla, jsem tady ráda a cítím, že sem patřím. Mě zaujal hospic už během povinných praxí a jsem toho názoru, že každá sestra má určité vlohy pro nějaký obor. Já jsem tady ráda, baví mě, že to funguje a ten pocit dobře odvedené práce, spokojení příbuzní, co nám děkují se slzami v očích, to je asi největší odměna“ (M 7).*

Také M 2 shledává ve své pozici pouze pozitiva: *„Cítím se užitečná, občas jdu s holkami ráno koupat pacienty a krásně si u toho odpočinu. Vím, že dělám dobrou věc. Negativa zatím asi žádná, jsem tady krátce a zatím vše funguje perfektně“ (M 2).*



M 6 vyzdvihuje především prostor pro pacienty, ale rovněž přiznává, že řídit lidi bývá někdy náročné: „Skvělé je, že holky mají na klienty dostatek času. Tady v hospici je ta péče o klienty jiná, než v nemocnicích. Hodně záleží na komunikaci s pacienty i s příbuznými, někdy je 10 minutový rozhovor s pacientem mnohem víc než léky. Samozřejmě, že to není jednoduchý, jsou konfliktní situace, holky se chytanou mezi sebou, nebo s příbuznými a to se musí řešit. Ono vést lidi je náročný a chce to kus odvahy, kus sebezapření, asertivity i talentu“ (M 6).

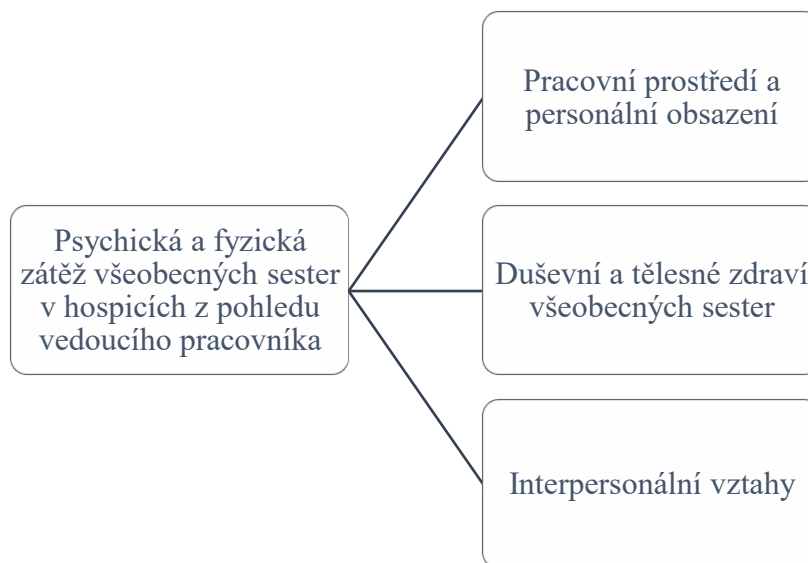
„Pozitivní jsou pocity, že dělám smysluplnou práci, že i sama se realizuju a rozvíjím. Občas jsou situace, kdy musím být důrazná a přísná, ale to jsem se taky musela naučit“ (M 4). Možnost seberealizace uvádí též M 3: „Pro mě je nejvíc ta seberealizace, můžu hodně věcí ovlivnit a dělat správně. Další jsou finance, i když financování státem je nedostatečné, máme hodně dárců a můžu říct, že máme co je potřeba. Někdy je náročné najít řešení vhodné pro všechny. Každý zaměstnanec, pacient, či rodinný příslušník má svoji představu o péči a svoje požadavky a najít společnou cestu někdy stojí velké úsilí“ (M 3).

M 5 považuje za největší pozitivum své práce možnost ovlivnit umírání: „Krásné na této práci je, že dokážu zařídit, aby lidi odešli důstojně. I smrt může být hezká a klidná. A negativa? No, někdy je těžké vše ukočírovat, není to snadná práce a není pro každého“ (M 5).

Komparaci s lůžkovým oddělením uvádí M 1: „Oproti nemocnicím se to nedá srovnat. Zde je čas a prostor klienty vyprovodit. Což v nemocnicích neexistovalo. Na lůžkových odděleních paliativa nemá moc naplnění, poněvadž lékaři chtějí léčit za každou cenu. Jednou jsem se o tom bavila s lékařem z kliniky urgentní medicíny z Bratislavy a ten mi řekl, že interna nemá paliativu koncepci, a to je chyba. Každý má právo na důstojnou smrt“ (M 1).

## Kategorie 7 Psychická a fyzická zátěž všeobecných sester v hospicích z pohledu vedoucího pracovníka

Schéma 7: Kategorie 7



V této kategorii jsme se zabývali tím, jak nahlíží na psychický a fyzický stav svých zaměstnanců. Ptali jsme se na pracovní podmínky, personální obsazení, současný duševní a fyzický stav sester a interpersonální vztahy. Též jsme zkoumali nejčastější problémy sester v souvislosti s nadměrnou zátěží paliativní péče a způsoby jejich řešení.

### Pracovní prostředí a personální obsazení

Manažerů jsme se dotazovali na pracovní prostředí, strukturu a technické vybavení jejich zařízení. Ptali jsme se také, jestli mají dostatek personálu. Co se týče pracovních podmínek, je většina participantů toho názoru, že jejich zaměstnanci mají vyhovující pracovní prostředí i vybavení. Ve většině případů manažeři uvádí personální vybavení jako dostatečné.

Jako nadstandardní hodnotí pracovní prostředí M 1: „*Já si myslím, že naše vybavení je nadstandardní. Rozhodně ale ne díky státu a pojišťovně. Máme skvělý fundraising a díky dotacím a dárcům opravdu máme, na co si vzpomeneme. Cokoliv holky potřebují, seženeme. Máme zvedáky, odsávačky, kyslíky, postele, křesla*“ (M 1).

„*Vždy je co zlepšovat. Snažíme se rozumně rozdělovat finance. Vždy na konci roku se udělá plán podle finančních zdrojů a toho, co je nejvíc potřeba. Podle mě jsme vybavení dobře, máme opravdu spoustu pomůcek, které sestřičkám pomůžou s manipulací*“

*s pacienty. Personálu je dost. V hospicích je to jinak než v nemocnicích. Fluktuace zaměstnanců není tak významná, sestry tady zůstávají léta. Není to zaměstnání vhodné pro každou sestřičku, a když na to někdo má, tak zde většinou chce zůstat“ (M 5).*

Také M 2 se domnívá, že jejich hospic je velmi vydařený: *„Tak já si myslím, že náš hospic je hezky vybavený. Každý rok se do něj hodně investuje a to díky dotacím od kraje, darům od dárců a též díky dobrovolníkům. Nemám srovnání, ale co poslouchám od sester, tak jsou spokojené. Momentálně odešla jedna sestra, protože se odstěhovala. Takže teď probíhá výběrové řízení. Tým je tady skvělý, sehraný. Jak sestry, tak ošetřovatelky, lékaři i vedení táhneme za jeden provaz. Není tady téměř žádná fluktuace. Novou posilu do týmu budeme vybírat velmi pečlivě. Zní to jako klišé, ale tady se opravdu stojí fronty. Často se nám stává, že stážisti si rovnou žádají o pracovní místo“ (M 2).*

Neustálou potřebu investic uvádí M 3: *„My máme starou budovu, ale rok co rok se snažíme něco zrekonstruovat. Hodně záleží na financích od kraje a dárců. Všude je ale bezbariérový přístup. Máme křesla, zvedáky, polohovací postele, jídelní stolky, kyslíkové láhve i odsávačky. V tuto chvíli máme inzerát na jednu sestřičku a jednoho ošetřovatele“ (M 3).*

V mobilních hospicích jsou pracovní podmínky závislé na příbuzných: *„My jsme mobilní hospic, ale našim klientům vždy zařídíme zapůjčení kompenzačních pomůcek. Někdy je problém na straně financí, ale vždy se jim snažíme opatrně vysvětlit, že je to výhodné pro ně, i pro ošetřující personál. Personálu máme v tuto chvíli dost, ale dost často řešíme problém s nedostatkem sester. Ono s těmi sestřičkami je to globální problém, sestry nejsou“ (M 6).*

Participient M 7 uvádí: *„Naše zařízení je mobilní, tudíž sestry chodí ke klientům domů. Rodině vždy nabídneme, že jim zprostředkujeme zapůjčení polohovací postele, pomůcek, matrace, zkrátka toho co je potřeba. A to ve většině případů klapne. Sester je málo. Momentálně mi chybí dvě sestřičky. V dnešní době je sehnat sestřičku těžké a ještě těžší je, si jí udržet. Holky musí jezdit mezi pacienty, a že jich mají hodně. Jsem moc vděčná za ty, které tady jsou, a snažím se dělat vše pro to, abych si je udržela“ (M 7).*

## Duševní a tělesné zdraví všeobecných sester

V této subkategorii jsme se zabývali současným duševním a fyzickým stavem sester a problémy, se kterými se sestry v souvislosti s nadměrnou fyzickou a psychickou zátěží potýkají, a jak k těmto problémům vedoucí pracovníci přistupují. Manažeři se shodli na tom, že mají v týmu vyrovnané a spokojené sestry. Občas však nastane situace, kdy je potřeba zakročit.

Potřebu spolupráce a opory v ošetrovatelském týmu vyzdvihuje M 1: *„Podle mého názoru se paliativa na každém podepíše. Nemyslím to ale negativně. Naopak. Pokud to sestřička nezvládá, většinou velmi rychle odchází. Záleží hodně na osobnosti. Jsou tady sestry, co jsou spokojené a vyrovnané a jsou zde spoustu let. Ono je potřeba zapadnout i do týmu a mít stejný cíl a vize. Se sestřičkou, kterou přijmu, osobně pracuji v rámci adaptačního procesu. Dělán s ní reflexi, snažím se jí motivovat a vždy má přidělenou zkušenou sestřičku, která jí zaučí. Některé holky mají bolesti zad, ale to je logické, nadřou se. Máme tady fyzioterapeutku, která je k dispozici i pro personál, každou středu odpoledne. Je strašně šikovná. Ještě mají každý rok benefity, za které si můžou koupit třeba lázně. Organizujeme pravidelně školení na manipulaci s pacientem“ (M 1).*

Zajímavou odpověď udává M 2, která poukazuje na negativní dopad světové epidemiologické situace v souvislosti s Covid-19: *„Tak kdyby tady ty sestry nebyly spokojené, tak odejdou. Mají spoustu pomůcek, aby opravdu nemuseli fyzicky tolik držít. Co se týče sester, mám celkem stabilní sestavu. Ted' nám odešla jedna sestřička. Takže probíhá výběrové řízení na její náhradnici. Jinak je holek dost. A co se týče konkrétních situací, tak určitě s námi rozhodně zamával ten koronavirus a karanténa. Zákaz návštěv měl fakt nehezky dopad jak na pacienty, tak na sestřičky. Když si vezmete, že normálně jsou neomezené návštěvy a ještě k nám chodí 60 dobrovolníků, kteří si s pacienty povídají a ze dne na den jsou ti umírající lidi sami. To je strašná situace a ty holky tady se s tím musely poprat“ (M 2).*

Individuální přístup preferuje i M 5: *„Myslím, že sestřičky jsou na tom duševně i tělesně dobře. Když mají trápení, pohádají se s rodinou, nebo mají zdravotní potíže, přijdou a vyřešíme to. Jsem každé ráno při předávání služby, a vždy řeším aktuálně, co je potřeba. Obecně moc problémů, co se týče zdraví sestřiček, neřeším. Občas přijde někdo s bolestmi páteře, nebo hlavy, ale nic zásadního jsem v poslední době řešit nemusela. Nejhůř nesou podle mě, když se chytanou s příbuznými. Někdy se stává, že si*

*rodina filtruje svoje pocity na sestřích. Ono my jsme zde i pro ně, ale je tenká hranice mezi péčí o rodinu a děláním si ze sestry osobního psychologa, nebo dokonce rozhodčího. V takových případech požádám, aby zakročil náš psycholog“ (M 5).*

*M 4 se domnívá, že duševní a tělesný stav sester záleží na odolnosti jejich osobnosti: „Je to velmi individuální. V hospicích je typické to, že se pracuje i s rodinou a ne jen s pacientem. Ta komunikace je někdy kámen úrazu. Navíc je tady spousta dobrovolníků zvenčí. Pak ten kontakt se smrtí a pohled na utrpení, není to snadná práce. To víte, že musíme být silné osobnosti. Někdo to zvládá líp a někdo hůř, a ten kdo to nezvládá vůbec, by v hospici pracovat neměl. Práce má člověka bavit, ne trápit. Problémy jsou spíš fyzické, některé bolí záda, mají problémy s páteří, nebo migrény. Minulou noc upadl pacient z postele a jedna sestřička si zablokovala záda, protože ho zvedaly ručně. Takže sotva dotáhla službu do konce. V takových případech na sestřičky apeluju, ať používají ty zvedáky. Mají na to školení, všechny vědí, jak se s tím pracuje, a tím můžou právě takovým úrazům předcházet. No a ještě když umírají mladí lidé, to je pak cítit ve vzduchu. Většinou ale holky odbourávají stres z toho po svém“ (M 4).*

*Též M 3 zastává názor, že to jak sestry snáší paliativní péči je individuální záležitostí: „Sestra od sestry to snáší jinak. Ale když vznikne někde problém, jakýkoliv, tak se to vždy vyřeší. Nemyslím, že by tady někdo trpěl nějakou duševní tísní, nebo zdravotními problémy. Nejhorší jsou hádky mezi pacientem a rodinou, když je v rodině pacienta něco v nesouladu, většinou je ošetřující personál takovým hromosvodem. No a koronavirus nám pěkně zavařil. Tyto situace jsou náročný pro všechny a hlavně je to opravdu tenký led a chce to s lidmi pracovat. Ale když holky něco potřebují vyřešit, vyřeším to. Já jsem bojovnice, všemu se stavím čelem. V této pozici to ani jinak nejde. (M 3).*

*Dle M 6 je pro sestry v mobilním hospici nejnáročnější časová tíseň při přejíždění mezi pacienty: „Ty stabilní sestřičky, co pro nás pracují, musím pochválit. Jsou to vážně výborné, zkušené sestry. Jediné, na co si stěžují, je to, že musí hodně jezdit. Mají někdy i 12 pacientů na den, mezitím musí přejíždět od jednoho ke druhému. Když je někde kolona, tak se to ještě natáhne. Nebo se zdrží u pacienta, nebo je zapovídá rodina, musí řešit zhoršení stavu. No je to hodně o takové flexibilitě a schopnosti řešit i nečekané situace. Nejčastější jsou konflikty s pečujícími. Stává se, že se pohádají kvůli péči, když*

*má rodina pocit, že sestřička nepracuje dost kvalitně. A i sestry si občas stěžují, že se k nim příbuzní chovají nevhodně“ (M 6).*

Naopak M 7 uvádí negativní dopad nedostatku personálů a potažmo nadměrného vytížení sester na jejich zdraví: *„Myslím, že fyzicky jsou hodně vytížené. Je to takový maraton mezi pacienty a autem. Hlavně teď, když mi odešly dvě sestry, tak to ty ostatní musí zvládnout. Tak si pak postěžují, že toho mají plný zuby, že je bolí záda, nebo že se během dne nestihly ani napít vody, nebo si dojít na toaletu. Je to těžká a hlavně i časově náročná práce. Někdy jsou z toho smutné, nebo mi zavolají, že toho mají dost a vyhrožují, že skončí. Tak je pozvu k sobě a spolu si o tom promluvíme. Není to snadné najít dnes sestru do terénu“ (M 7).*

### **Interpersonální vztahy**

Participientů jsme se v rámci této subkategorie dotazovali na vztahy na pracovišti a jejich dopad na kvalitu péče v hospicích. Většina manažerů ohodnotila interpersonální vztahy v jejich zařízení kladně a za přínosné pokládají i soukromé akce.

*„Já bych řekla, že vztahy jsou u nás, ve většině případů, hezké. Občas se něco objeví, nějaký menší konflikt mezi holkami, například když některá zapomene něco udělat, nebo něco přehlédne, ale nic závažného. A když by byl opravdu nějaký větší problém mezi holkami, tak bych do toho určitě vstoupila“ (M 1).*

Dle M 2 je velmi důležité na vztazích uvnitř ošetrovatelského týmu pracovat, poněvadž tyto vztahy přímo ovlivňují kvalitu péče: *„Interpersonální vztahy jsou dobré. Je potřeba na nich pracovat, podnikat společné akce, spolupracovat s lékaři, mít stejný způsob péče a hlavně se k sobě chovat slušně a uctivě. Nesnesu pomlouvání kolegyně před pacienty nebo rodinou, na to jsem vyloženě alergická a bohužel už jsem to párkrát řešit musela. Vždy se to zlepší, když spolu někam vyrazíme, nebo po teambuildingu, to je ta atmosféra vždy veselejší. Podle mě je důležité vidět kolegy, jak se chovají mimo zaměstnání“ (M 2).* Podobný názor sdílí také M 3: *„Na každém vztahu je třeba pracovat, a u pracovních vztahů tomu není jinak. Já jsem zastávce toho, že v práci se k sobě máme chovat profesionálně, ale určitě je jen pro dobro věci se s kolegyněmi i trochu přátelit“ (M 3).*

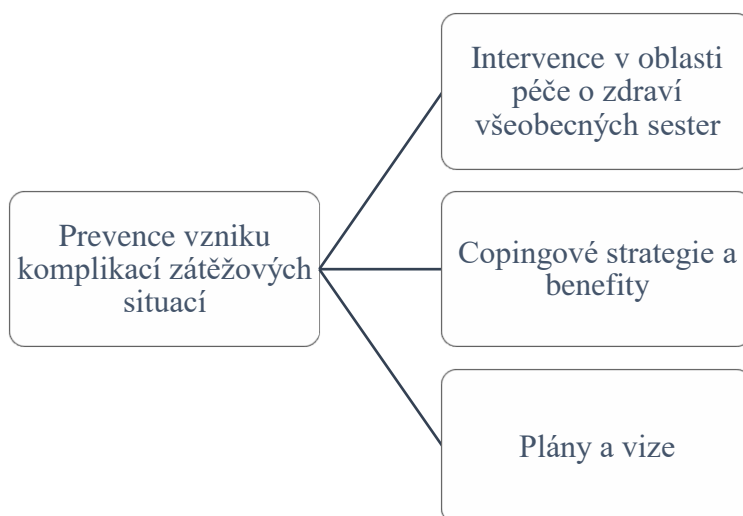
Setkávání mimo pracovní půdu považuje za pozitivní M 4: *„Máme pěkné vztahy. Někdo si rozumí se všemi stejně, někdo s někým víc a s někým méně. Ale žádné extrémy zde*

nemáme. Je fajn zajít občas na procházku do města, nebo na skleničku s kolegyněmi. Za ta léta tady vznikla i spousta opravdových přátelství“ (M 4). Také M 6 uvádí: „Máme moc hezké a kamarádské vztahy, ale nejen se sestřičkami, i s lékaři, ošetřovateli a s ostatními. A je jasné, že v dobré pracovní atmosféře se líp pracuje“ (M 6).

Jako jediný problém v oblasti interpersonálních vztahů uvádí M 5: „Tak občas zaslechnu pomluvy a drby, ale holky vědí, že to nerada slyším a jsem raději, když mi řeknou vše narovinu. Někdy se vyhroťí situace, a holky si vjedou do vlasů. Hlavně když je větší pracovní nápor, když některá onemocní, nebo jsou dovolený. Ale vztahy jsou jinak dobré. Chováme se k sobě slušně“ (M 5). Podobnou odpověď uvádí M 7: „Ale jo, myslím, že celkem normální. Občas to zaskřípe, ale je to spíš odzrcadlení toho nedostatku personálu, někdy mají toho hodně a nestíhají. A vypožorovala jsem, že když je takováto situace, tak se častěji stěžují jak rodiny, že se sestřička s nimi pohádala, nebo neudělala vše, co měla. Těžko takovou situaci řešit, na jednu stranu chápu příbuzné, že chtějí kvalitní a bezchybnou péči, ale na druhou stranu jsou ty holky taky jenom lidi a když jsou vyčerpaný, tak udělají občas chybu. Je to boj s větrnými mlýny. Ideální by bylo mít dostatek financí na zvednutí platů a získat do týmu stabilně víc sester“ (M 7).

## Kategorie 8 Prevence vzniku komplikací zátěžových situací

Schéma 8: Kategorie 8



Poslední kategorie zkoumá, jak management hospiců předchází vzniku komplikací zátěžových situací u všeobecných sester. Ve výzkumu jsme se zaměřili na intervence v oblasti péče o zdraví sester, konkrétní copingové strategie, plány a vize do budoucna.

## **Intervence v oblasti péče o zdraví všeobecných sester**

V této subkategorii se zabýváme konkrétními způsoby, kterými představitelé managementu hospiců minimalizují psychickou a fyzickou zátěž sester. Nejčastěji se mezi odpovědi participientů objevovala supervize a dobré technické vybavení pracoviště.

*„U nás bývaly supervize, a teď se k nim na žádost některých sestřiček vracíme. Chtěli bychom, aby supervize byla jednou za 14 dní. Dřív ty supervize moc nefungovaly a některé holky jsou vůči tomu dost skeptické, tak uvidíme. A jinak, když mají sestřičky nějaký problém, který potřebují probrat, ať už soukromý nebo pracovní, přijdou buď za mnou, za vrchní, někdo jde za panem farárem nebo k psychologovi. Tu fyzickou zátěž nelze minimalizovat jinak než tím, že dobře vybavíme pracoviště, a to se nám celkem daří“ (M 1).* Minimalizaci fyzické zátěže formou vybavení a úpravy pracoviště uvádí i M 2: *„Jak jsem již zmiňovala, máme tady spoustu pomůcek a vybavení o jakém si může leckterá nemocnice nechat zdát. Každou středu je naše rehabilitační k dispozici pro personál. U nás funguje hlavně vazba mezi mnou a holkami, nebojí se za mnou s čímkoliv přijít“ (M 2).*

Potřebu odborných znalostí a technických dovedností v oblasti manipulace s pacientem uvádí M 3: *„Míváme pravidelně školení na manipulaci s pacienty a využívání kompenzačních pomůcek. Co se týče vybavení, každý rok něco dokupujeme. Zrovna teď se chystáme nakoupit nové vybavení do sesterny. Sestřičky dostanou nová ergonomická křesla, a pokud budeme mít dost financí, tak bych ráda zakoupila skluzné podložky a zařídila školení na jejich využívání. Jinak podle mě je nejdůležitější kvalitní adaptační proces. Pokud proběhne dobrá adaptace, má sestřička vyhráno. Dále si zakládám na dobrých vztazích mezi námi a dobrou zkušenost mám též se sebereflexí“ (M 3).*

Co se týče minimalizace zátěže všeobecných sester, M 4 uvádí: *„U nás je valná většina ležících pacientů a postarat se o ně je fyzicky náročné. Na každém patře je patientský zvedák, polohovací postele přístupné ze tří stran a pomůcky k polohování a hygieně. Se sestřičkami řešíme případné duševní problémy v soukromí“ (M 4).*

M 5 poukazuje rovněž na potřebu využívání všech dostupných pomůcek a individuální řešení zátěžových situací: *„Tak hlavně jim pořád dokola říkám, ať ty pacienty netahají ručně, ale ať využívají pomůcky, které tady mají. Když nastane nějaká konfliktní nebo vyhrocená situace a vidím na sestřičce, že jí něco trápí, vždycky to s ní proberu a vyřeším“ (M 5).*

Důraz na spolupráci rodiny uvádí ve své odpovědi M 6: *„Vždy, když přijímáme nového pacienta do péče, domluvíme se s rodinou na zapůjčení polohovací postele, matrace, případně zvedáku, vozíku a ostatních pomůcek, které potřebuje. V mobilu je důležité, aby se sestřičkou rodina spolupracovala a při těžkých výkonech sestřičce s pacientem pomohly. Psychické problémy*



*řešíme osobně se setrou, která má nějaký problém. Měla jsem tu sestřičku, která úplně vxhořela, byla na neschopence, snažila jsem se jí pomoci, změnit i pozici, ale nakonec ze zdravotnictví úplně odešla“ (M 6).*

M 7 preferuje pohovor, reflexi a výpomoc rodiny: *„Pokud přijde 60 kilová sestřička k 90 kilovému chlapovi a má mu udělat hygienu, ošetřit rány a podat léky, je nemožné aby to zvládla sama tak dobře jak je potřeba. Bohužel nelze finančně utáhnout, aby k pacientům jezdili týmy, jak je tomu třeba v zahraničí. Takže apeluju na pečující, aby sestřičce opravdu pomohli a neočekávali, že zvládne vše sama. Psychické potíže jako takové jsem zatím žádné neřešila, spíš jen nějaké hádky, nebo stížnosti“ (M 7).*

### **Copingové strategie a benefity**

Sestry pracující v hospicích provádí duševní hygienu z vlastní iniciativy velmi individuálně, jak jsme již uvedli ve čtvrté kategorii. V této subkategorii se zabýváme druhy a četností copingových strategií, které všeobecným sestřím nabízí zaměstnavatel. Manažerů jsme se ptali, jaká je nabídka a četnost aktivit v oblasti zvládnání zátěžových situací v jejich zařízení, a také jsme se dotazovali na nabídku benefitů.

Supervize, teambuildingy a regenerační pobyty uvádí M 1: *„Opět jsme rozjeli supervize a zatím jsem se s novou supervizorkou domluvila na 14 denním cyklu a dle potřeby bychom to pak případně upravili. Dále máme dvakrát ročně pobyty na horách od charity, tak se snažím, aby se tam všichni tak nějak prostrídali a aby každý jel aspoň jednou za dva roky. Ještě máme ty zmiňované teambuildingy. K těm benefitům, každý zaměstnanec dostává jednou ročně finanční balíček benefitů. Za benefity bych považovala i toho psychologa a rehabilitační pracovníci, co mají holky k dispozici“ (M 1).*

*„Vrchní sestra má s holkami výborný vztah a často dělají hodnocení praxe po službě a jednou měsíčně dělá hodnocení zaměstnanců. Vrchní chodí i na předávání služeb a doopravdy má upřímný zájem o ty sestry. Jsou u nás nově supervize, myslím, že jednou za dva týdny a dál máme tady zaměstnanou paní psycholožku, která je i pro personál. Navíc se dvakrát do roka jezdí na ozdravný pobyt od charity do hor. Benefity v rámci oblastní charity jsou, myslím si, velmi dobře vypracované, a zaměstnanci si za ně můžou zaplatit dovolenou, nebo zakoupit něco ve zdravotnických potřebách. Takže pečujeme i o sestřičky, nejen o klienty. A za zmínku stojí i obědy za 20 korun“ (M 2).*

V odpovědi M 3 je také uvedena supervize a finanční benefity: *„Po koronaviru se opět vracíme do normálu a zavedli jsme dvakrát měsíčně supervize. Se sestřičkami praktikují sebereflexi, ne pokaždé, ale když vidím, že něco neproběhlo správně, nebo když chci sestřičku pochválit a motivovat. Teambuildingy a společné akce jsou u nás již pravidlem. Každá sestřička má*

*přidělený určitý finanční obnos ve formě balíčku benefitů, který může využít právě ve prospěch svého zdraví, a holky můžou využít možnost stravování, kdy mají oběd, včetně polévky, hlavního chodu i dezertu za 20 korun. A holky mají na každém patře kavárničku, kde si můžou dát kafe, čaj, nebo nealko“ (M 3).*

Ústní hodnocení a školení v paliativní péči uvádí ve své odpovědi M 4: *„S každou sestřičkou mám jednou měsíčně ústní hodnocení u mě v kanceláři, kde mezi čtyřma očima probereme uplynulý měsíc, co se povedlo, co se nepovedlo, co bychom mohly zlepšit a tak dále. Pokaždé začínám pochvalou a motivací. Myslím, že to opravdu zabírá a pomáhá. Pak dostávám e finanční benefity na dovolenou, masáže, nebo lázně“ (M 4).* Podobné aktivity ve své odpovědi udává M 5: *„Jednou měsíčně děláme společně se staniční sestrou hodnocení sester. Školení máme z paliativy a také posílám holky, když je to možné na kongresy. Všichni mají balíček benefitů, což jsou vlastně peníze na dovolenou, léky a zdravotní pomůcky“ (M 5).*

Finanční příspěvek na dovolenou a čtvrtletní odměny uvádí M 6: *„Z aktivit bych asi uvedla jen supervize, ty jsou jednou za měsíc. Sestřičky dostávají příspěvky na letní i zimní dovolenou, a podle finančních možností pak každá dostává čtvrtletní odměnu“ (M 6).* Příspěvky na dovolenou a supervize s měsíční frekvencí zmiňuje i M 7: *„K nám chodí jednou měsíčně supervizorka a holky dostávají příspěvek na dovolenou a poukázky na masáže a do lékárny“ (M 7).*

## **Plány a vize**

Participientů jsme se v rámci této subkategorie dotazovali na plány do budoucna v oblasti péče o zdraví všeobecných sester v jejich zařízení. Participienti odpovídali různě. Rozvoj individuálního přístupu a investice času do hodnocení zaměstnanců uvádí M 1: *„Chtěla bych mít víc času si s nimi popovídat, poradit a pomoci jim. Ideální by bylo vyhradit si jedno odpoledne týdně jen na sestřičky a být jim případně k dispozici“ (M 1).*

*„Já hlavně vkladám velké naděje do té supervize, Máme novou paní supervizorku, která k nám jezdí až z jižních Čech a musím říct, že je opravdu nejlepší co jsme měli. Budeme kupovat nový nábytek do sesterny a zrekonstruovali jsme čajovnu. A efektivní jsou provozní schůze, kde společně s vrchní, ředitelem i staničními sestrami probíráme, co by bylo potřeba. Samozřejmě záleží na finančních možnostech“ (M 2).* Investice do pracovní místnosti sester uvádí také M 3: *Zrovna probíhá, tak nějak na etapy, rekonstrukce sesterny. Vyměnili jsme stoly a skřínky, a čekáme na nová křesla, aby holky nebolely záda, když ťukají do počítače a o noční se mohly aspoň pohodlně oprít“ (M 3).*

Žádné konkrétní plány ani vize ve své odpovědi neuvádí jako jediná M 4: *„Konkrétní plány nemám, vždy řeším co je potřeba podle situace“ (M 4).*

Modernizaci pracoviště má ve svých plánech M 5: „*Chceme postupně obměňovat vybavení za modernější a ráda bych zavedla supervize, ale sehnat supervizorku není tak snadné, jak se zdá*“ (M 5).

Problém ve financích shledává v této souvislosti M 6: „*Hlavně tady chybí takové ty akce na utužování vztahů. Potřebovalo by to nějaké společné teambuildingy, ale problém jsou finance. Zatím to z těchto důvodů není možné. Dopřála bych holkám i modernější auta a pomůcky, ale peníze prostě nejsou*“ (M 6).

Zvýšení finančního ohodnocení má v plánu M 7: „*Já bych byla ráda, kdyby se nám příští rok povedlo zvednout platy a navýšit příspěvky na dovolenou. Vypadá to dobře, díky novým dárcům, ale nechci se radovat předčasně*“ (M 7).

## 5. Diskuze

Tato výzkumná studie byla zpracována za účelem popsání role managementu v oblasti péče o psychické a fyzické zdraví všeobecných sester pracujících v lůžkových i mobilních hospicích. Jak uvádí Polívka (2018), paliativní péče se v průběhu posledních desetiletí vyvinula z péče o pacienty v závěru života na vysoce specializovanou a odbornou disciplínu, zaměřenou na pacienty s život limitující diagnózou, a to v celém průběhu onemocnění. V ČR se paliativní péče začala rozvíjet až po roce 1989 a hlavní místa, kde je tato péče poskytována, jsou mobilní a lůžkové hospice (Polívka, 2018). První hospic v ČR byl založen před 25 lety lékařkou a průkopnicí hospicové péče, Marií Svatošovou. Nyní v ČR existuje Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, která sdružuje jak lůžkové, tak mobilní hospice. V současnosti je na území ČR 15 lůžkových a 15 domácích, mobilních hospiců a další, které nejsou členy této asociace (APHPP, 2019). V rámci výzkumného šetření byl proveden sběr dat ve dvou domácích a dvou lůžkových hospicích, a to konkrétně se sedmi všeobecnými sestrami a sedmi představiteli managementu těchto hospiců. Výsledky výzkumného šetření jsou tedy charakteristické pro daný výzkumný soubor a nelze je generalizovat. Pro sběr dat byly vytvořené dva typy rozhovorů. Rozhovory byly realizovány osobně i telefonicky, dle možností a požadavků participantů, a to především s ohledem na světovou epidemiologickou situaci v souvislosti s COVID-19. Prostřednictvím rozhovorů jsme zkoumali u sester oblast jejich fyzické a psychické zátěže, copingové strategie prováděny sestrami z vlastní iniciativy a copingové strategie a benefity, které jsou sestram poskytovány zaměstnavateli. U manažerů jsme zkoumali názor na duševní a tělesný stav všeobecných sester v hospicích a metody, kterými o jejich zdraví pečují.

Úvodní otázky byly všeobecného charakteru a sloužily pro získání profilů participantů, ty jsou uvedeny v tabulce 1 a tabulce 2 ve výzkumné části tohoto projektu. Zkoumali jsme také pohnutky, které vedly participanty k volbě jejich povolání. V rámci této otázky lze rozdělit odpovědi participantů z řad všeobecných sester do tří kategorií. První skupina všeobecných sester, konkrétně S 1, S 6 a S 7, uvedly jako důvod k práci všeobecné sestry touhu pomáhat druhým. Ve druhé skupině, S 2, S 3 a S 5, se objevil jako hlavní aspekt přítomnost zdravotnických povolání v rodině. Z kontextu se vymyká pouze S 4, která si toto povolání zvolila z důvodu touhy po dynamickém povolání, které jí umožní rozvíjet vlastní kreativitu a zapojit mozek i tělo.

Dle Markové (2010), je motivace jedním z hlavních úkolů manažerů ve zdravotnictví. Nicméně, každá sestra je osobitá lidská bytost, se svým žebříčkem hodnot, a především sebereflexe těchto hodnot je důležitá determinanta při výběru pracovního místa a pozice (Marková, 2010). Práce v hospici je specifická tím, že sestry pečují o pacienty, kteří již nemají šanci na uzdravení a poskytují výhradně paliativní ošetrovatelskou péči. Proto jsme se také dotazovali na důvody, které přispěly k tomu, že si sestry zvolily práci v hospici. U S 1, S 2 a S 4 dominoval aspekt osobní zkušenosti s onkologickou diagnózou a paliativní péči o člena rodiny. Hlubší smysl v paliativní péči, potřebu určité duševní zralosti a potřebu zabezpečit pacientům důstojné umírání a smrt uvedly S 3 a S 7. Tato skutečnost vyplynula i z výzkumu Kněžkové a Trešlové (2011), které uvedly jako nejčastější motiv sester pro práci v hospici samotnou filozofii hospicové péče, touhu pomáhat lidem a přání pečovat o umírající pacienty (Kněžková a Trešlová, 2011).

U participientů z řad managementu v rámci volby práce v hospici dominovala potřeba změny pracovního prostředí v kombinaci s danou pracovní příležitostí, jak uvedli M 1, M 2, M 3, M 6 a M 7. Dva participienti, M 4 a M 5, uvedli ve svých odpovědích potřebu seberealizace ve smyslu pozitivního ovlivnění procesu umírání pacientů a také nespokojenost s průběhem péče o umírající na lůžkových odděleních, kde dříve pracovali.

*Prvním cílem výzkumné studie bylo zjistit, jak pečuje management hospiců o duševní zdraví všeobecných sester. Aby bylo možné tento cíl splnit, zkoumali jsme oblast duševního zdraví všeobecných sester. Zkoumali jsme, jak se na jejich duševním zdraví odráží péče o pacienty v terminálním stádiu života a jaké kroky v péči o jejich psychické zdraví podniká jejich zaměstnavatel. Práce všeobecné sestry je duševně i tělesně náročná, a to z důvodu časté manipulace s pacienty, tak z důvodu potřeby neodkladného rozhodování a provádění odborných výkonů v časové tísní (Komačeková, 2009). Kupka (2014) ve své studii označil za hlavní prameny stresu u pečujících v paliativní péči problematiku pojetí smrti a umírání, dovednosti zacházet s reakcemi pacienta a rodinných příslušníků a z toho plynoucí konflikty, které se potažmo mohou reflektovat i mezi členy ošetrujícího personálu (Kupka, 2014). Nejvíce zatěžující situace v rámci práce všeobecné sestry v hospici souvisí dle S 2, S 3, S 4, S 5 a S 7, se skutečností, že v koncepci paliativní péče je zahrnutá i péče o rodinu. Sestry uvedly jako nejvíce stresující konfliktní situace mezi pacientem a rodinou, nebo rodinou a ošetrujícím personálem, kdy sestry figurují jako pojítko mezi pacientem a příbuzným a*

mnohdy dochází k hádkám a výměnám názorů. Mezi odpověďmi se objevily i problémy s poskytováním kvalitní péče o pacienta s akutně zhoršeným stavem ve fázi in finem, S 3 a S 6 uvedli ztíženou komunikaci a neschopnost adekvátně odhadnout aktuální potřeby. Je důležité poukázat na fakt, že v souvislosti se zátěžovými situacemi v hospicové péči dominuje aspekt komunikace. Na potřebu kvalitních komunikačních dovedností poukázaly ve své výzkumné studii Marešová a Trešlová (2017), které zkoumaly zátěžové situace ošetrovatelského personálu v nemocnicích a hospicích. Z jejich studie vyplynulo, že nejčastěji se u ošetrujícího personálu objevují zátěžové situace, u kterých je potřeba disponovat komunikačními dovednostmi (Marešová a Trešlová, 2017). Z pohledu manažerů jsou důležité především osobnostní předpoklady sester, jak uvedli M 1, M 3 a M 4, je zvládnání zátěžových situací a potažmo duševní stav všeobecných sester pracujících v hospicích velmi individuální. I v odpovědích manažerů se objevily konfliktní situace mezi pacienty, rodinami a ošetrujícím personálem. M 2, M 3 a M 6 označili za nejvíce zatěžující situace, kdy jsou sestry nechtěně součástí konfliktů pacienta a jeho rodiny. Mezi odpověďmi participantů se však strategie zaměřené na rozšíření a nácvik komunikačních dovedností neobjevily. V souvislosti s nadměrnou zátěží všeobecných sester v hospicích, je vhodné poukázat na dopad omezujících opatření z důvodu karantény a zabránění šíření onemocnění COVID-19. Jak jsme již několikrát uvedli, v hospicové péči je stěžejná spolupráce rodiny a péče o ní. Na konci roku 2019 se v čínském velkoměstě Wu Chan rozšířila epidemie viru SARS-CoV-2, která se v průběhu několika měsíců rozšířila do celého světa. Skupinu s nejvyšším rizikem komplikací a úmrtí na onemocnění COVID-19 představují dle Vašuta a Vránové (2020) mimo jiné pacienti imunodeficientní a onkologičtí pacienti, kteří tvoří převážnou část pacientů v hospicích (Vašut a Vránová, 2020). Vážnost celé situace přiměla k omezujícím krokům vládní instituty po celém světě. Omezení návštěv ve všech zdravotnických zařízeních měl neblahý dopad nejen na pacienty, ale i pečující. Jak uvádí M 2, M 3 a S 4, omezení kontaktu s příbuznými má u terminálně nemocných pacientů markantní dopad na jejich celkový zdravotní stav, poněvadž sociální a spirituální potřeby u těchto pacientů nabývají na významu. V terminálním stádiu jsou tyto potřeby pro pacienty často důležitější, než potřeby biologické (Čermáková, 2016). Absence návštěv a dobrovolníků si dle participantů vyžádala větší pracovní nasazení ošetrujícího personálu a s tím související vyšší psychickou i fyzickou zátěž. Tyto zatěžující situace souvisí se skutečností, že v terminální fázi bývá pro nemocného přítomnost blízké osoby nepostradatelná, jak

uvádí Smilková (2013). Marková (2010) zmiňuje, že rodina pacienta v hospicové péči, je součástí ošetrovatelského týmu. Je zřejmé, že nepřítomnost rodiny u pacienta v hospici způsobuje nejen smutek a svízele pacienta, ale stoupá i pracovní zátěž ostatního ošetrujícího personálu.

V oblasti péče o duševní zdraví ze strany managementu jsme se ve výzkumné studii zabývali copingovými strategiemi a nabídkou benefitů. Copingem se rozumí kognitivní nebo behaviorální úsilí člověka, které vyvine ke zvládnutí stresu nebo situací vnímaných jako potencionálně ohrožující jeho pohodu (Kikuchi, 2013). Téměř všechny sestry, S 1, S 2, S 3, S 5, S 6 a S 7 uvedly na prvním místě supervize, s minimálně měsíční frekvencí. U participantů S 6 a S 7 jsme se setkali se skeptickým přístupem a vyjádřením nedůvěry vůči této copingové strategii, a to ve smyslu zpochybnění pozitivního přínosu supervizí. Tento fakt zmínili ve svých odpovědích i manažeři M 1, M 2 a M 3. Nespokojenost svých zaměstnanců se supervizí, vyřešili změnou supervizora. Mezi často zmiňované podpůrné strategie patří školení a kongresy zaměřené na paliativní péči, jak uvedly S 2, S 4, S 5, S 7, M 4 a M 5. Podle Laranjeira (2012) je významným copingem posilování sociální opory kolegů. Stres sester klesá, mají-li sestry dostatečnou sociální oporu od kolegů i nadřízených. Manažerská podpora formou vhodné komunikace, zpětné vazby, reflexe a motivace je důležitým faktorem pro pohodu zaměstnanců a významně snižuje emocionální vyčerpání všeobecných sester (Laranjeira, 2012). Na základě výsledků této výzkumné studie s tvrzením autora souhlasíme. Potřebu a význam komunikace s nadřízeným, přínos osobního hodnocení, reflektivní praxe a důvěry ve vztahu k nadřízenému uvedly S S 3, S 4, S 7, M 1, M 2, M 3, M 4 a M 5.

Je zřejmé, že práce všeobecné sestry v hospici ovlivní duševní i fyzické zdraví těchto sester. Příjemné bylo pro nás zjištění, že téměř všichni participanté, a to jak sestry, tak manažeři, uvedli finanční balíček benefitů, který je přímo určen na financování aktivit v oblasti péče o jejich zdraví. Pouze S 1 neuvedla žádné benefity ze strany zaměstnavatele, domníváme se, že tento fakt souvisí s pracovním poměrem dané participantky, která má pracovní poměr formou dohody o provedení práce. V rámci benefitů participanté S 2, S 3, S 4, S 5, S 6, S 7, M 1, M 2, M 3, M 4, M 5, M 6 a M 7 poukazovali i na pozitivní přínos vyvážených interpersonálních vztahů, teambuildingů a podnikání společných soukromých akcí i mimo pracovní prostředí. Součástí multidisciplinárního týmu v hospicích je zpravidla sociální pracovník, duchovní,

psycholog, případně rehabilitační pracovník (Sláma, 2013). Participienti S 2, S 3, S 5, M 1 a M 2 uvedli v rámci dobrých interpersonálních vztahů a podpory v týmu, možnost využívání služeb a sociální podpory ze strany psychologa a duchovního.

*Další cílem diplomové práce bylo zjistit, jak pečuje management hospiců o fyzické zdraví všeobecných sester.* Fyzická zátěž všeobecné sestry je často diskutované a zkoumané téma. Maximální hygienický limit pro hmotnost ručně manipulovaného břemene přenášeného ženou 20 kg při občasném zvedání a 15 kg při častém zvedání a přenášení (Zákon č. 361/2007 Sb.). Zaměstnavatel je dle § 102 odst. 3 zákoníku práce povinen vyhledávat a hodnotit rizika pracovního prostředí a přijímat taková opatření, aby v jejich důsledku docházelo k vytváření příznivějších pracovních podmínek (Zákon č. 262/2006 Sb.). Z průzkumu Novotné a Valentové (2011) vyplynulo, že nejčastějším fyzickým zátěžovým faktorem u sester v hospicové péči je manipulace s imobilním pacientem. Odpovědělo tak až 48% účastníků daného výzkumu (Novotná a Valentová, 2011). Jak ukázal náš výzkum, ani u našich účastníků tomu není jinak. Participienti S1, S 3, S 4, S 5 a S 6 uvedli za nejvíce fyziky náročné výkony spojené s manipulací pacienty, jako je polohování, přesouvání pacientů, provádění hygienické péče a ošetřování ran na těžko dostupných místech. Dopad nadměrné fyzické zátěže na svých zaměstnancích pozorují i participienti z řad managementu hospiců. Bolesti zad, problémy s pohybovým aparátem, migrény a únavu uvedly M 1, M 5, M 4 a M 7. Fyzické vyčerpání z důvodu přejíždění mezi pacienty v domácí hospicové péči uvedly M 6 a M 7.

Nejzávažnějším problémem pro sestry v hospicové péči je dle výzkumu Novotné a Valentové (2011) nedostatečné personální zajištění směn. Negativně to vnímaly sestry zejména v průběhu denních služeb (Novotná a Valentová, 2011). Komačková (2009) na základě svého výzkumu poukázala na nedostatečné technické vybavení ulehčující ošetrovatelskou péči. Autorka zmínila i nedostatek vědomostí a praktických zručností sester při manipulaci s imobilními pacienty a využívání kompenzačních pomůcek (Komačková, 2009). Tato tvrzení se nám na základě našeho výzkumu celkem nepotvrdila. Domníváme se, že důvodem zlepšení pracovních podmínek a technického vybavení je vypracování standardů paliativní péče, zákonné stanovení počtu pracovních úvazků a rozvoj paliativní péče v ČR v posledních letech, jak jsme již uvedli v teoretické části diplomové práce. Participienti S 2, S 3, S 5, S 7, M 1, M 2, M 3, M 4 a M 5 jsou s pracovními podmínkami spokojeni. Pozitivně hodnotili personální obsazení,



vhodné technické vybavení, školení zaměřené na využívání technických pomůcek a manipulaci s imobilními pacienty. Na druhou stranu S 1, S 4, M 6 a M 7 zmínili potřebu lepšího financování domácí hospicové péče a tím zlepšení pracovních podmínek a atraktivitu práce všeobecné sestry v mobilním hospicu. S 1 a S 4 by uvítaly vhodnější vůz, lehčí SOS batoh, participaci rodiny na fyzicky náročných výkonech a víc personálu. Manažeři M 6 a M 7 navrhují příbuzným těchto klientů zprostředkování zapůjčení pomůcek a vybavení potřebného k poskytování kvalitní paliativní péče v domácím prostředí, a rovněž nabádají osoby blízké ke spolupráci se sestrou. Problematiku nedostatku stabilního ošetrovatelského personálu přisuzují M 6 a M 7 globálnímu nedostatku sester a konkurenční neschopnosti vůči jiným zdravotnickým zařízením, zejména s ohledem na výhody fixního pracovní prostředí a pevnou pracovní dobu. Potřebu vhodného pracovního prostředí ve smyslu ergonomického vybavení pracovního prostředí sester zmiňuje ve svém výzkumu Komačková (2009). Plány a vize manažerů M2, M 3, M 5 a M 6, v oblasti péče o jejich duševní zdraví, se týkaly zejména rekonstrukce a modernizace denní místnosti sester a investic do materiálního vybavení.

*Třetím a posledním cílem výzkumné studie bylo zjistit, jak všeobecné sestry pracující v hospicích hodnotí péči o jejich zdraví ze strany zaměstnavatele.* Péče o zdraví všeobecných sester zahrnuje dle Golisové (2010) proces, který je zaměřený na bezpečnost práce i řízení kvality ošetrovatelské péče. Péči o zaměstnance považuje autorka za nejvyšší stupeň prevence, poněvadž zdraví všeobecných sester je nutné chránit a upevňovat a tím zabezpečit kvalitní pracovní výkony. Pracovní proces a pracovní prostředí jsou jednou z determinant zdravotního stavu každého zaměstnance a práce v příjemném prostředí vede ke zvýšení výkonnosti a vhodné pracovní podmínky pozitivně ovlivňují riziko poškození zdraví. V oblasti péče o zdraví všeobecných sester se uplatňuje vrcholový management, závodní preventivní péče a v neposlední řadě sám zaměstnanec (Golisová, 2010). V naší studii jsme v oblasti pracovních podmínek všeobecných sester v hospicích zkoumali pracovní prostředí, personální vybavení i podpůrné strategie praktikovány sestrami v rámci zvládnutí zátěžových situací. Z našeho výzkumu je zřejmé, že všeobecné sestry v hospicích jsou s pracovním prostředím vesměs spokojeny. Participanti S 2, S 3, S 4, S 5 a S 7 kladně hodnotili technické zázemí a vybavení, prostorové uspořádání, participaci rodiny a dobrovolníků na péči o pacienty. Za nedostatečně hodné považují pracovní podmínky S 1 a S 7, které by uvítaly

modernější technické vybavení. Financování hospicové péče má nezanedbatelný vliv na pracovní prostředí, jak uvádí M 1, M 2, M 3 a M 6. Hospicová péče je však dle APHPP (2019) hrazena pouze z 50 – 60% zdravotními pojišťovnami, zbytek je financován z dotací, darů od soukromých dárců, fondů, firem a v neposlední řadě samotným pacientem. Hospice jsou totiž v naprosté většině nestátní neziskové organizace, které nemají finančně zajištěného zřizovatele, z jehož rozpočtu by byl jejich rozpočet hrazen (APHPP, 2019). Domníváme se, že aspekt financování hospicové péče přímo ovlivňuje pracovní podmínky v zařízeních tohoto typu, poněvadž hospice nemají jistotu pravidelných finančních příjmu a jsou závislé na dotacích a darech.

Interpersonálních vztahy na úrovni manažer-sestra jsme na základě výsledku našeho šetření vyhodnotili kladně. Participienti S 2, S 3, S 4, S 6 a S 7 uvedly jako pozitivní upřímný zájem vedení na budování interpersonálních vztahů, a to prostřednictvím organizování teambuildingů, společenských, sportovních a jiných soukromých akcí ze strany vedení. Ze studie vyplynulo, že o duševní zdraví dotazované sestry S 1, S 2, S 3, S 5 a S 7 pečují pomocí individuálních copingových strategií, ve smyslu koníčků a trávení volného času oblíbenými činnostmi, jako jsou pobyty v přírodě, práce na zahradě, trávení času s blízkými, sportovní aktivity, poslouchání hudby, četba a spánek. Sestra S 2 kromě provozování oblíbených činností uvedla: „*Když mě v práci něco opravdu semele, jdu za naším psychologem a společně to probereme*“ (S 2).

Beneš (2019) ve své studii uvedl značné zkušenosti se sebereflexemi a supervizemi u sester pracujících v hospicích. Sestry ve zmiňované studii uvedly, že supervize a sebereflexe u nich probíhají zcela běžně (Beneš, 2019). Náš výzkum toto tvrzení potvrdil. S 5, S 6 a S 7 uvedly supervize na jejich pracovišti se 14 denní periodicitou, jednou týdně probíhá supervize na pracovišti participantky S 1, supervizi jednou měsíčně uvedla S 3 a nepravidelnou frekvenci této copingové strategie zmínila S 2. Sebereflexi a potažmo hodnocení praxe a motivaci považují S 3, S 4 a S 7 za přínosné a efektivní nejen v oblasti zlepšování kvality ošetrovatelské péče, ale i v oblasti odbourávání stresu. Pozitivní vliv na zdraví dle dotazovaných sester má i možnost využití sociální podpory, jak uvedly S 6 a S 7. Management hospiců přímo ovlivňuje psychickou i fyzickou oblast zdraví všeobecných sester formou finančních příspěvků na dovolené, lázně, masáže, výživové doplňky, či léčivé přípravky. Tuto skutečnost uvedly všechny dotazované sestry, s výjimkou S 1.

Na závěr je třeba uvést, že informace z odborných zdrojů většinou korespondovaly s empirickou částí naší výzkumné studie. Mezi odbornou literaturou, ze které vycházela teoretická část naší práce, a výsledky výzkumného šetření, jsme nezaznamenali výrazný rozpor. Je zřejmé, že kvalitní paliativní péče v hospici vyžaduje dobrý psychický i fyzický stav všeobecných sester. Z našeho výzkumného šetření je patrné, že role managementu v péči o oblast duševního a tělesného zdraví všeobecných sester v hospicích je významná, a to z důvodu výrazného zastoupení imobilních pacientů a specifik paliativní ošetrovatelské péče, jako jsou péče o rodinu, tlumení nádorové bolesti a saturace bio-psycho-sociálně-spirituálních potřeb u pacientů i jejich blízkých. Dovolíme si tvrdit, že holizmus, jakožto filozofie moderního ošetrovatelství, nabývá v paliativní péči na významu a to nejen v péči o klienta, ale potažmo i o sestry samotné.

## 6. Závěr

Tématem diplomové práce je úloha managementu v péči o zdraví všeobecných sester pracujících v hospicích. Práce je zaměřena především na oblast fyzické a psychické zátěže všeobecných sester plynoucí z poskytování výhradně paliativní péče, na konkrétní kroky a postupy managementu, kterými na tuto zátěž reaguje a způsoby, kterými se tuto zátěž snaží regulovat. Zdraví všeobecných sester, jejich dobrá fyzická i duševní kondice a vhodné pracovní podmínky jsou podmínkou k poskytování kvalitní ošetrovatelské paliativní péče. Práce v paliativní péči klade na všeobecnou sestru zvýšené nároky v somatické a psychické oblasti. Proto je důležité, aby se o svůj zdravotní stav zajímaly nejen sestry pracující v hospicích, ale aby se v této oblasti angažoval též management.

V teoretické části diplomové práce je nastíněna problematika paliativní a hospicové péče. Zabývá se rozvojem a současností paliativní péče a hospiců v ČR, ošetrovatelskou péčí o umírajícího pacienta ve fázi pre finem, in finem a post finem. Dále definuje oblasti fyzické a psychické zátěže při péči o umírající pacienty. Popisuje copingové strategie využívány všeobecnými sestrami v hospicích a v neposlední řadě management v ošetrovatelství. Zabývá se rolí personálního managementu hospiců v oblasti prevence a zvládnání zátěžových situací a jejich dopadu na zdraví všeobecných sester.

Empirická část mapuje u všeobecných sester somatický a psychický stav z hlediska samotných sester a vedoucích pracovníků, a copingové strategie, benefity, a další intervence, které využívá management hospiců v péči o zdraví těchto sester. Nastíněná je též spokojenost všeobecných sester s participací managementu na péči o jejich zdraví. Pro účel diplomové práce jsme stanovili tři výzkumné cíle. Prvním cílem bylo zjistit, jak pečuje management hospiců o fyzické zdraví všeobecných sester. K cíli byla vytvořena otázka: Jak pečuje management hospiců o duševní zdraví všeobecných sester? Z rozhovorů se nám podařilo zjistit, že vedoucí pracovníci mají upřímný zájem o dobrý duševní stav svých sester a v této oblasti podnikají intervence potřebné k jeho upevnování. V hospicích probíhají pravidelné supervize a sestry mohou často využít i služby psychologa. Velmi pozitivně vnímáme individuální přístup vedoucích pracovníků v oblasti psychické podpory. Taktéž bylo pro nás potěšující zjištění, že v lůžkových hospicích pravidelně probíhají motivační rozhovory, osobní hodnocení, uplatňují se prvky sebereflexe a reflektivní praxe. Bohužel, v mobilních hospicích jsme

tyto služby personálního managementu postrádali. Je důležité poukázat na fakt, že psychické vypětí sester v hospicové péči ve valné většině případů nesouvisí s úmrtím pacientů, jak by se dalo logicky očekávat, ale s konfliktními situacemi, které sestry zažívají v rámci komunikace s rodinami, samotnými pacienty a potažmo s ostatními členy ošetrovatelského týmu. Komunikace v ošetrovatelské péči je v současné době nedílnou součástí výuky všeobecných sester a prostřednictvím kvalitních komunikačních dovedností mohou sestry pozitivně ovlivnit ošetrovatelský proces i zvládání zátěžových situací. V odpovědích manažerů se však strategie zaměřené na komunikaci neobjevily. Druhým cílem bylo: Zjistit jak management v hospicích pečuje o fyzické zdraví všeobecných sester, a to v rámci vybavení a uspořádání pracovního prostředí. K druhému cíli byla přiřazená otázka: Jak pečuje management o fyzické zdraví všeobecných sester? Kvalita pracovního prostředí a moderního vybavení v hospicích je, dle výsledků našeho šetření, na velmi vysoké úrovni. Sestry vyjádřily naprostou spokojenost s pracovními podmínkami v oblasti technického vybavení a uspořádání pracovního prostředí. Pozitivně vnímáme investice do materiálního vybavení, modernizace pracovišť a angažovanost manažerů v oblasti technického vybavení u pacientů v domácí hospicové péči. Za velké plus pokládáme finanční podporu ve formě benefitů, které jsou přímo určeny na zakoupení služeb a produktů v oblasti péče o zdraví. Dle našeho názoru je péče o fyzické zdraví všeobecných sester v hospicích velmi dobře manažersky zorganizovaná. Posledním cílem naší výzkumné studie bylo zjistit, jak hodnotí všeobecné sestry v hospicích péči o jejich tělesné a duševní zdraví ze strany zaměstnavatele. K tomuto cíli jsme přiřadili dvě výzkumné otázky: Jak všeobecné sestry pracující v hospicích hodnotí péči o jejich zdraví ze strany zaměstnavatele? Jaké copingové strategie jsou všeobecnými sestrami v hospicích nejvíce využívány? Všeobecné sestry v hospicích o své zdraví pečují ve sféře somatické i psychické velmi dobře. Nejčastěji sestry bojují se stresem prostřednictvím volnočasových aktivit a koníčků. Pozitivně vnímáme zjištění, že sestry filtrují své negativní prožitky též v rámci copingových strategií nabízených vedením hospiců. Přínosný jsou především individuální přístup, rozhovor s vedoucím pracovníkem, motivace, sebereflexe a slovní hodnocení. Z daných skutečností můžeme vyvodit, že dobrý vztah mezi nadřízeným pracovníkem a všeobecnou sestrou je stěžejní. Na základě rozhovorů jsme vyvodili, že supervize, které se v rámci nabídky copingových strategií objevovaly často, jsou sestrami v hospicích vnímány neutrálně až negativně.

Paliativní péče je velmi specifická oblast ošetrovatelské péče a zcela jistě ovlivňuje fyzickou i psychickou oblast zdraví všeobecných sester, které jí poskytují. Výzkumným šetřením jsme zjistili, že role managementu v péči o zdraví těchto sester je významná. Management hospiců si je vědom, že vztahy na pracovišti, příjemné pracovní prostředí a dobré pracovní podmínky jsou pro udržení kvalitního personálu nezbytně nutné, a potažmo přímo ovlivňují kvalitu ošetrovatelské péče.

Tato diplomová práce poslouží jako podklad pro vytvoření stejnojmenného odborného semináře, anebo přednášky pro vedoucí pracovníky v hospicích, s cílem lépe pochopit potřeby všeobecných sester v oblasti péče o jejich zdraví.

## 7. Seznam použité literatury

1. ANDERSON, N. et. al., 2015. Experiencing patient death in clinical practice: Nurses' recollections of their earliest memorable patient death. *International Journal of Nursing Studies*. 52(3), 695-704. ISSN 0020-7489.
2. ARMSTRONG, M. STEPHENS, T., 2008. *Management a leadership*. Praha. Grada. 268 s. ISBN 978-80-247-2177-4.
3. ARMSTRONG, M., TAYLOR, S., 2015. *Řízení lidských zdrojů: moderní pojetí a postupy*. 13. vydání. Praha: Grada. 928 s. ISBN 978-80-247-5258-7.
4. Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, 2019. *O hospicích*. [online]. [cit. 2019-10-25]. Dostupné z : <https://www.asociacehospicu.cz/o-hospicich>
5. BÁRTLOVÁ, S., HAJDUCHOVÁ, H., 2010. Psychofyzická zátěž a příčiny fluktuace sester. *Zdravotnictví v České republice*. 3(13), 110–115. ISSN 1213-6050.
6. BÁRTLOVÁ, S. et al., 2010. *Vztah sestra – lékař*. Brno: NCOZO. 127 s. ISBN 978-80-7013-526-6.
7. BARTONÍČKOVÁ, K., 2009. *Občanský a společenskovední základ – přehled středoškolského učiva*. Brno: Computer Press, 272 s. ISBN 978-80-251-2631-8.
8. BARTŮŇKOVÁ, S., 2010. *Stres a jeho mechanismy*. Praha: Karolinum. 137 s. ISBN 978-80-246-1874-6.
9. BĚLOHLÁVEK, F. et al., 2006. *Management*. Brno: Computer Press. 736 s. ISBN 80-251-0396-X.
10. BĚLOHLÁVEK, F., 2008. *Jak vést a motivovat lidi*. 5. vydání. Brno: Computer Press. 116 s. ISBN 978-80-251-2235-8.
11. BLANAŘ, V., 2012. *Psychická zátěž zdravotnických pracovníků pečující o těžce a terminálně nemocné*. Pardubice. Diplomová práce. Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií.
12. BURDA, P. ŠOLCOVÁ, L., 2016. *Ošetrovatelská péče 2. díl: Pro obor ošetrovatel*. Praha: Grada. 234 s. ISBN 978-80-247-5334-8.

13. BUŽGOVÁ, R., 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-5402-4.
14. CAIN, C., 2012. What hospice workers can teach us. *Health Sociology Review*. 21(1), 396-401. ISSN 1446-1242.
15. CEVIK, B., KAV, S., 2013. Attitudes and Experiences of Nurses Toward Death and Caring for Dying Patients in Turkey. *Cancer Nursing*. 36(6), 58-65. ISSN 0162-220X.
16. COOK, C. et al., 2012. While Caring for the Dying Child: Nurses' Experiences in an Acute Care Setting. *Journal of Pediatric Nursing*. 27(4), 11-21. ISSN 0882-5963.
17. ČERMÁKOVÁ, B., 2016. *Emocionální, sociální a spirituální potřeby v kontextu domácí hospicové péče*. Olomouc. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci.
18. DVOŘÁKOVÁ, Z., 2012. *Řízení lidských zdrojů*. Praha: Ch. Beck, Beckova edice ekonomie. 592 s. ISBN 978-80-7400-347-9.
19. *EAPC: Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě část 1*. 2009. [online]. [cit. 2019-11-04]. Dostupné z: <https://docplayer.cz/6401939-Standardy-a-normy-hospicove-a-paliativni-pece-v-evrope-cast-1.html>
20. FAIRWEATHER, A. M., 2009. *Jak být motivujícím manažerem*. Praha: Grada, 187 s. ISBN 978-80-247-3002-8.
21. FUČÍKOVÁ, P., 2012. *Personální marketing*. Praha. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze.
22. GIDDENS, A. et al., 2013. *Sociologie*. Praha: Argo. 596 s. ISBN 9788025708071.
23. GLADKIJ, I. et al., 2003. *Management ve zdravotnictví: ekonomika zdravotnictví, řízení lidských zdrojů ve zdravotnictví, kvalita zdravotní péče a její vyhodnocování*. Brno: Computer Press, 380 s. ISBN 80-7226-996-8.



24. GOLISOVÁ, J., 2010. Péče o zdraví zaměstnanců. *Florence*. VI(7-8), s. 24-25. ISSN 1801-464X.
25. GROHAR-MURRAY, M. E., DICROCE, H. R., 2003. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. Praha: Grada, 320 s. ISBN 80-247-0267-3.
26. GUČKOVÁ, M., 2007. Fyzická zátěž sester. *Sestra*, 17(6). 20, ISSN 1210-0404.
27. GURKOVÁ, E., MACEJKOVÁ, S., 2012. Psychická zátěž a depresivna symptomatológia u sestier. *Ošetrovatelství a porodní asistence*. 3(1), 326-334. ISSN 1804-2740.
28. HAŠKOVCOVÁ, H., 2007. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2. přepracované vydání. Praha: Galén. 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.
29. HONZÁK, R., 2018. *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření*. 3. vydání. Praha: Vyšehrad, 244 s. ISBN 9788076010048.
30. HRONÍK, F., 2006. *Hodnocení pracovníků*. Praha: Grada. 126 s. ISBN 80-247-1458-2.
31. HOSÁKOVÁ, J., 2007. *Ošetrovatelská péče v psychiatrii*. Opava: Slezská univerzita v Opavě, Filozoficko-přírodovědecká fakulta, Ústav ošetrovatelství. ISBN 978-80-7248-442-3.
32. HOSPODÁŘOVÁ, I., 2008. *Kreativní management v praxi*. Praha: Grada, 130 s. ISBN 978-80-247-1737-1.
33. HRABOVSKÝ, M., 2006. Kontrolování, In: Kolektiv autorů. *Základy obecného managementu*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 74 s. ISBN 80-244-1365-5.
34. HRDÁ, K. et al. 2018. *Průvodce poskytováním paliativní péče v pobytových sociálních službách pro seniory: metodický materiál projektu Proces integrace paliativní péče do domova pro seniory podpořený NF AVAST*. Česko: Domov Sue Ryder, 202 s. ISBN 978-80-907190-2-6.
35. HRNČÍŘ, K., 2007. *Psychická zátěž*. Rožnov pod Radhoštěm: RoVS – Rožnovský vzdělávací servis. 78 s. ISBN 978-80-254-2482-7.

36. CHANG, Y., 2011. Psychometric validity of the Problem-Focused Style of Coping scale: in relation to self-efficacy and life satisfaction among nursing staff in Taiwan. *Journal of Advanced Nursing*. 67(7), 1625-1631, doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05578.x.
37. CHANG, W., 2018. How Social Support Affects the Ability of Clinical Nursing Personnel to Cope with Death. *Applied Nursing Research*. 44 (6), 25-32. ISSN 0897-1897.
38. IVANOVÁ, K., 2006. *Základy etiky a organizační kultury v managementu zdravotnictví*. Brno: NCO NZO. 240 s. ISBN 80-7013-442-9.
39. JANKECHOVÁ, M., 2011. Psychická zátěž sestier v paliatívnej starostlivosti. In: ČÁP, J. et al., 2011. *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatelstve*. Martin: Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta, s. 135-142. ISBN 978-80-89544-00-4.
40. JAROŠOVÁ, D., 2007. *Organizace a řízení zdravotnictví*. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. 108 s. Distanční testy.
41. JOSHI, V., 2007. *Stres a zdraví*. Praha: Portál. 156 s. ISBN 978-807367-211-9.
42. KADUČÁKOVÁ, H., 2011. Sestra a psychická pracovní zátěž. In: STANČIAK, J., CETLOVÁ, L., *Jihlavské zdravotnické dny 2011*. Jihlava: Vysoká škola polytechnická, Katedra zdravotnických studií. s. 299-307. ISBN 978-80-87035-37-5.
43. KALVACH, Z., 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. 400 s. ISBN 978-80-247-4026-3.
44. KELNAROVÁ, J., 2007. *Tanatologie v ošetrovatelství*. Brno: Littera. 112 s. ISBN 978-80-85763-36-2.
45. KELNAROVÁ, J. et al., 2009. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty – 1.ročník*. Praha: Grada. 244 s. ISBN 978-80-247-2830-8.
46. KIKUCHI, Y. et al., 2013. *Job stress and temperaments in female nurses*. *Occupational Medicine*. 63(2), 123-128, doi: org/10.1093/occmed/kqs212.

47. KNĚŽKOVÁ, K., TREŠLOVÁ, M., 2011. Předpoklady pro práci sester v hospici. *Florence*. 11(7-8), 26-31. ISSN 2570-4915.
48. KOCIANOVÁ, R., 2010. *Personální činnosti a metody personální práce*. Praha: Grada. 215 s. ISBN 978-80-247-2497-3.
49. KOMAČEKOVÁ, D., 2009. Fyzická a psychická zátěž při poskytování ošetrovatelské péče – prevence, ochrana a podpora zdraví sestry. *Sestra*. 19(8), 26–28. ISSN 1210-0404.
50. KOPECKÁ, I., 2011. *Psychologie: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-247-3877-2.
51. KOUBEK, J., 2007. *Personální práce v malých a středních firmách*. 3. vydání. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-2202-3.
52. KŘIVOHLAVÝ, J., 2009. *Psychologie zdraví*. 3. vydání. Praha: Portál. 280 s. ISBN 978-80-7367568-4.
53. KŘIVOHLAVÝ, J., 2010. *Sestra a stres. Příručka pro duševní pohodu*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-3149-0.
54. KŘIVOHLAVÝ, J., 2014. *O šťastné rodině*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. 94 s. ISBN 9788071957621.
55. KÜBLER-ROSS, E., 1992. *Hovory s umírajícími*. Nové Město nad Metují: Signum unitatis, 135 s. ISBN 80-85439-04-2.
56. KÜBLER-ROSS, E., 2015. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. 2. přepracované vydání. Praha: Portál. 320 s. ISBN 978-80-262-0911-9.
57. KUPKA, M., 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada, 216 s. ISBN 978-80-247-4650-0.
58. KURUCOVÁ, R., 2016. *Zátěž pečovatele: posuzování, diagnostika, intervence a prevence v péči o nevyléčitelně nemocné*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-5707-0.

59. KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
60. LARANJEIRA, C., 2012. The effects of perceived stress and ways of coping in a sample of Portuguese health workers. *Journal of Clinical Nursing*. 21(11-12), 1755-1762, doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03948.x.
61. LEDNICKÝ, V., 2004. *Manažerské metody a techniky*. Ostrava: Ostravská univerzita. 77 s. Distanční texty
62. LEGNEROVÁ, K., 2015. *Generační obměna ve vedení podniků*. Praha: Wolters Kluwer, 88 s. ISBN 978-80-7552-252-8.
63. MAREŠOVÁ, L., TREŠLOVÁ, M., 2017. Zvládání zátěžových situací ošetrovatelským personálem v nemocnicích a hospicích. *Psychologie a její kontexty*. 8(1), 55-65. ISSN 1803-9278.
64. MARKOVÁ, E., 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 8024731711.
65. MEAGHER, D., BALK, D., 2013. *Handbook of thanatology: the essential body of knowledge for the study of death, dying, and bereavement*. 2nd edition. New York: Routledge, 519 p. ISBN 978-0415630559.
66. MELLER, N. et. al., 2018. Grief experiences of nurses after the death of an adult patient in an acute hospital setting: An integrative review of literature. *Collegian*. 26(2), 302-310, doi: <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2018.07.011>.
67. MLÝNKOVÁ, J., 2010. *Pečovatelství: učebnice pro obor sociální péče – pečovatelská činnost*. Praha: Grada. 324 s. ISBN 978-80-247-3185-8.
68. MUNZAROVÁ, M., 2008. *Proč ne eutanazii, aneb, Být, či nebýt?* Kostelním Vydří: Karmelitánské nakladatelství. 87 s. ISBN 978-80-7195-304-3.
69. Nařízení vlády č. 361/2007 Sb., kterým se stanoví podmínky ochrany zdraví při práci, 2007. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 111, 5086-5236. ISSN 1211-1244.

70. NOVOTNÁ, L., VALENTOVÁ, M., 2011. Zátěž sester v péči o umírající. *Sestra: odborný dvouměsíčník pro zdravotní sestry*. 21 (1), 26-27. ISSN 1210-0404.
71. ONAN, N. et al., 2013. The Effect of a New Coping Intervention on Stress and Burnout in Turkish Oncology Nurses. *Journal of Marmara University Institute of Health Sciences* 3(3), 121-130, doi: 10.5455/musbed.20130814120535.
72. O'CONNOR, M., ARANDA, S., 2005. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Praha: Grada. 324 s. ISBN 8024712954.
73. PATEROVÁ, P., 2015. *Absolventi středních škol a trh práce – odvětví zdravotnictví*. [online]. Praha: Národní ústav pro vzdělávání. [cit.2020-04-13]. Dostupné z: [http://www.nuv.cz/uploads/AE/53\\_Zdravotnictvi.pdf](http://www.nuv.cz/uploads/AE/53_Zdravotnictvi.pdf)
74. PAULÍK, K., 2010. *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-2959-6.
75. PEAUCELLE, J., GUTHRIE, C., 2015. *Henri Fayol, the manager*. London: Pickering & Chatto. 304 s. ISBN 184893419x.
76. PETERS, L. et al., 2013. Emergency and palliative care nurses' levels of anxiety about death and coping with death: A questionnaire survey. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 16(4), 152-159. ISSN 1574-6267.
77. PLEVOVÁ, I., 2011. *Ošetřovatelství II*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-3558-0.
78. PLEVOVÁ, I. et al., 2012. *Management v ošetřovatelství*. Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-247-3871-0.
79. POLÍVKA, J., 2018. Hospic – pokračující péče během života pacienta. *Časopis českých lékařů*. 157(1), 4-8. ISSN 1805-4420.
80. PROKELOVÁ, P., JAROŠOVÁ, D., 2013. Syndrom vyhoření u sester na neurochirurgických odděleních. *Kontakt*. 15(2), 135-142. ISSN 1804-7122.

81. PRYMULA, R. et al., 1995. *Základy managementu ve zdravotnictví I*. Hradec Králové: Vojenská lékařská akademie Jana Evangelisty Turkyně. 226 s. ISBN 80-85109-87-5.
82. RADBRUCH, L., PAYNE, S., 2010. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě: doporučení Evropské asociace pro paliativní péči*. Praha: Cesta domů, 64 s. ISBN 978-80-904516-1-2.
83. RIAHI, S., 2011. Role stress amongst nurses at the workplace: concept analysis. *Journal of Nursing Management*. 19, 721-731, doi: 10.1111/j.1365-2834.2011.01235.x/pdf.
84. RUNDQUIST, J. et al., 2013. Nursing bedside education and care management time during inpatient spinal cord injury rehabilitation. *The Journal of Spinal Cord Medicine*. 34(2), 205-215, doi: 10.1179/107902611X129718269882 55.
85. SANTLEROVÁ, K., 2011. *Telemarketing v praxi: jak profesionálně telefonovat se zákazníky*. 2. aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Grada. 222 s. ISBN 978-80-247-3928-1.
86. SELYE, H., 1974. *Stress without distress*. New York: J. B. Lippincott, 171 p. ISBN13: 978-0397010264.
87. SELYE, H. 2016. *Stres života*. Hodkovičky: Pragma, 396 s. ISBN 978-80-7349-392-9.
88. SHIH, F. et al., 2006. Death and Help Expected from Nurses when Dying. *Nursing Ethic*. 13(4), 360-375, doi:10.1191/0969733006ne881oa.
89. SCHMIDBAUER, W., 2008. *Syndrom pomocníka*. Praha: Portál, 240 s. ISBN 978-80-7367-369-7.
90. SCHREUDER, J. A. H. et. al., 2012. Coping styles relateto health and work environment of Norwegian and Dutch hospital nurses: A komparative study. *Nursing Outlook*. 60(1), 37-43. ISSN 00296554.
91. SIMONOVÁ, I., OZROVSKÝ, V., 2010. Role stresu v práci zdravotnických pracovníků. *Sestra*. 20(7-8), 24-25. ISSN 1210-0404.

92. SLÁMA, O. et al., 2011. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, 363 s. ISBN 978-80-7262-849-0.
93. SOÓSOVÁ – SOVÁRIOVÁ, M., VARADYOVÁ, A., 2012. Stres v práci sestry v anesteziologické a intenzivní starostlivosti. *Ošetrovatelství a porodní asistence*. 3(1), 340-347. ISSN 1804-2740.
94. STEHLÍKOVÁ, J., TREŠLOVÁ, M., 2010. Využití role sestry rozhodovatelky v praxi v jihočeském regionu. *Florence*. 4 (46), s. 40-43. ISSN 1801 - 464X.
95. ŠPINKOVÁ, M., ŠPINKA, Š., 2004 *Standardy domácí paliativní péče: podklady pro práci týmů domácí paliativní péče*. Praha: Cesta domů. 35 s. ISBN 80-239-4329-4.
96. ŠIKÝŘ, M., 2014. *Nejlepší praxe v řízení lidských zdrojů*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-247-5212-9.
97. ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M., 2003 *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha: Advent-Orion. 477 s. ISBN 80-7172-841-1.
98. ŠULEŘ, O., 2003. *Manažerské techniky*. Olomouc: Rubico. 225 s. ISBN 80-85839-89-X.
99. TOMEŠ, I. et al., 2015. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Karolinum. 168 s. ISBN 978-80-246-2941-4.
100. TSAI, Y., LIU, Ch., 2012. Factors and symptoms associated with work stress and health-promoting lifestyles among hospital staff: a pilot study in Taiwan. *BMC Health Services Research* [online]. [cit. 2019-11-05]. Dostupné z: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-12-199.pdf>
101. URBAN, J., 2013. *Management lidských zdrojů*. Praha: Ústav práva a právní vědy. 152 s. ISBN 978-80-905247-4-3.
102. VAŠUT, K., VRANOVÁ, V., 2020. *Koronavirus COVID-19*. [online]. [cit. 2020-06-15]. Dostupné z: [https://www.onkologiecs.cz/incpdfs/inf-990000-8900\\_10\\_076.pdf](https://www.onkologiecs.cz/incpdfs/inf-990000-8900_10_076.pdf)

103. VEBER, J., 2000. *Management: základy, prosperita, globalizace*. Praha: Grada. 700 s.  
ISBN 80-726-1029-5.
104. VENGLÁŘOVÁ, M., 2011. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*.  
Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3174-2.
105. VÉVODA, J., 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*.  
Praha:  
Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-4732-3.
106. VODÁČEK, L., VODÁČKOVÁ, O., 2013. *Moderní management v teorii a praxi*. 3.  
vydání. Praha: Management Press, 360 s. ISBN 978-80-7261-232-1.
107. VORLÍČEK, J. et al., 2012. *Klinická onkologie pro sestry*. 2. přepracované a  
doplněné  
vydání. Praha: Grada. 448 s. ISBN 978-80-247-3742-3.
108. Vyhláška č. 391/2017 Sb., kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech  
zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č.  
2/2016 Sb. 2017. 2017. In: *Sbírka zákonů české republiky*, částka 137, s. 4360-  
4375. ISSN 1211-1214.
109. Vyhláška 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných  
odborných pracovníků. *Sbírka zákonů české republiky*, částka 20, s. 482-543.  
ISSN 1211-1214.
110. VYTEJČKOVÁ, R. et. al., 2013. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II:  
speciální část*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-3420-0.
111. WEST, M. et al., 2015. *Leadership and Leadership Development in Healthcare:  
The Evidence Base*. [online]. London: Faculty of Medical Leadership and  
Management. [cit. 2020-06-13]. Dostupné z:  
[https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field\\_publication\\_file/leader  
ship-leadership-development-health-care-feb-2015.pdf](https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/leadership-leadership-development-health-care-feb-2015.pdf)
112. ZACHAROVÁ, E., 2017. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*.  
2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 264 s. ISBN 978-80-2710155-  
9.



113. ZACHAROVÁ, E. et al., 2007. *Zdravotnická psychologie*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.
114. Zákon č. 201/2017 Sb., kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů. 2017. *Sbírka zákonů české republiky*, částka 72, s. 2065–2084. ISSN 1211-1214.
115. Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce. 2006. *Sbírka zákonů České republiky*, částka 84, s. 3146–3272. ISSN 1211-1244.
116. Zákon č. 361/2007 Sb., kterým se stanoví podmínky ochrany zdraví při práci. 2007. *Sbírka zákonů České republiky*, částka 111, s. 5086–5229. ISSN 1211-1244.
117. Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů, v platném znění. 2004. *Sbírka zákonů české republiky*, částka 30, s. 1452–1479. ISSN 1211-1214.
118. ZHENG, R. et. al., 2018. How nurses cope with patient death: A systematic review and qualitative meta-synthesis. *Journal of Clinical Nursing*. 27(1-2), 39-49. ISSN 1365-2702.
119. ZÍTKOVÁ, M. et al., 2015. *Vedení nových pracovníků v ošetrovatelské praxi: pro staniční a vrchní sestry*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-5094-1.
120. ZUZÁK, R., 2011. *Strategické řízení podniku*. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-4008-9.

## **9. Seznam příloh**

Příloha č. 1: Otázky k rozhovorům se všeobecnými sestrami

Příloha č. 2: Otázky k rozhovorům se zástupci managementu

Příloha č. 1: Otázky k rozhovorům se všeobecnými sestrami

<b>Kategorie 1</b>	<b>Výběr povolání a práce v hospici</b>
Otázka 1	Proč jste si zvolila povolání všeobecné sestry?
Otázka 2	Jaké je vaše vzdělání?
Otázka 3	Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?
Otázka 4	Z jakého důvodu jste se rozhodla pracovat v hospici a jak dlouho zde pracujete?
Otázka 5	Jak vnímáte práci v oblasti paliativní péči?
Otázka 6	Jaká pozitiva a negativa vám práce v hospici přináší?
Otázka 7	Jaké máte pracovní plány do budoucna? Hodláte setrvat v paliativní péči?
<b>Kategorie 2</b>	<b>Zátěžové situace a jejich vliv na duševní zdraví</b>
Otázka 8	Jaké pocity míváte nejčastěji při vykonávání vaší práce?
Otázka 9	Jaké máte nejčastější vnitřní konflikty?
Otázka 10	Co podle vás nejvíce ovlivňuje kvalitu paliativní péče?
Otázka 11	Co vás při péči o nevléčitelně nemocné nejvíce psychicky zatěžuje?
Otázka 12	Do jaké míry se promítá vaše práce do vašeho osobního a rodinného života?
Otázka 13	Jaké změny přinesla práce v hospici do vašeho duševního života?
<b>Kategorie 3</b>	<b>Zátěžové situace a jejich vliv na tělesné zdraví sester</b>
Otázka 14	Jak moc jste v práci fyzicky vyčerpána?
Otázka 15	Které výkony jsou pro vás fyzicky nejvíce náročné?
Otázka 16	Využíváte při práci kompenzační pomůcky?
Otázka 17	Jak hodnotíte personální obsazení na vašem pracovišti?
Otázka 18	Jak ovlivňuje práce v hospici vaše fyzické zdraví?
<b>Kategorie 4</b>	<b>Zvládání zátěžových situací a prevence jejich komplikací z iniciativy sester</b>
Otázka 19	Jakým způsobem oddělujete pracovní a osobní život? Dokážete to?

Otázka 20	Co děláte pro odbourání stresu a zvládnání psychické zátěže?
Otázka 21	Jak hodnotíte vztahy na vašem pracovišti a do jaké míry vás ovlivňují?
Otázka 22	Jaké společné akce podnikáte s kolegy a jak často?
<b>Kategorie 5</b>	<b>Zvládnání zátěžových situací a prevence jejich komplikací z iniciativy managementu</b>
Otázka 23	Jak hodnotíte strukturu a vybavení vašeho pracoviště v souvislosti s fyzickou zátěží personálu?
Otázka 24	Jak často máte v práci supervize, sebereflexe, školení, relaxační techniky, meditace, případně jiné copingové strategie?
Otázka 25	Jaké benefity vám nabízí váš zaměstnavatel v oblasti péče o vaše psychické a fyzické zdraví (služby psychologa, masáže, příspěvek na dovolenou, teambuildingy)?

Příloha č. 2: Otázky k rozhovorům se zástupci managementu

<b>Kategorie 1</b>	<b>Vzdělání a volba práce v paliativní péči</b>
Otázka 1	Co vás vedlo k práci v hospici?
Otázka 2	Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví a v hospici?
Otázka 3	Jaká pozitiva a negativa shledáváte ve vaší práci?
Otázka 4	Jaké máte vzdělání?
<b>Kategorie 2</b>	<b>Zátěžové situace sester v paliativní péči</b>
Otázka 5	Jak hodnotíte pracovní prostředí, strukturu a technické vybavení vašeho zařízení?
Otázka 6	Jak hodnotíte personální vybavení vašeho zařízení?
Otázka 7	Jak hodnotíte současný duševní a fyzický stav vašich sester?
Otázka 8	Jak hodnotíte interpersonální vztahy ošetřovatelského týmu?
Otázka 9	Jaké jsou nejčastější problémy sester v souvislosti s fyzickou zátěží a jakým způsobem tyto problémy řešíte?
Otázka 10	Jaké jsou nejčastější problémy sester v souvislosti s psychickou zátěží a jakým způsobem tyto problémy řešíte?
<b>Kategorie 3</b>	<b>Prevence komplikací zátěžových situací (coping, supervize, balinthovské skupiny, benefity, psycholog, dovolené, společné akce)</b>
Otázka 11	Jakými způsoby minimalizujete fyzickou zátěž sester?
Otázka 12	Jakými způsoby minimalizujete psychickou zátěž sester?
Otázka 13	Jaké aktivity v oblasti zvládnutí zátěžových situací probíhají ve vašem zařízení a jak často?
Otázka 14	Jaké benefity nabízíte vašim sestram a do jaké míry je využívají?
Otázka 15	Jak se podílíte na utužování interpersonálních vztahů?
Otázka 16	Jaké máte vize a plány do budoucna v oblasti péči o sestry na vašem pracovišti?