

Subjektivní vnímání a hodnocení svého povolání u pracovníků v hospicové péči

Bc. Miluše Buchtová

Diplomová práce
2016



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2015/2016

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Miluše Buchtová**
Osobní číslo: **H140201**
Studijní program: **N7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Subjektivní vnímání a hodnocení svého povolání u pracovníků v hospicové péči**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti thanatologie, hospicové a paliativní péče.

Příprava metodiky výzkumné části.

Realizace kvalitativního výzkumu formou polostrukturovaných rozhovorů.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Hořet, ale nevyhořet. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2012. ISBN 978-80-7195-573-3.

LACA, Peter a Slavomír LACA. Etika v kontexte sociálních vied. Brno: Institut mezioborových studií, 2013. ISBN 978-80-87182-33-8.

STUDENT, Johann-Christoph, Albert MÜHLUM a Ute STUDENT. Sociální práce v hospici a paliativní péče. Jinočany: H&H, 2006. ISBN 80-7319-059-1.

SVATOŠOVÁ, Marie. Hospice a umění doprovázet. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011. ISBN 978-80-7195-580-1.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda. O posledních věcech člověka: vybrané kapitoly z thanatologie. Praha: Galén, 2014. ISBN 978-80-7492-138-4.

Vedoucí diplomové práce:

Ing. Mgr. Irena Ocetková, Ph.D.

Institut mezioborových studií


Datum zadání diplomové práce:

1. prosince 2015

Termín odevzdání diplomové práce:

15. dubna 2016

Ve Zlíně dne 1. prosince 2015


doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze diplomové práce jsou totožné;
- na diplomové práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 15.4.2016

Miluse Buehova

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledků obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídá k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Každý začátek musí mít i svůj konec. Jak toto přirozené a logické konstatování vypadá z pohledu hospicové péče? Hospicová péče zaručuje člověku umírání bez bolesti a nepříjemných symptomů při zachování lidské důstojnosti a kvality života až do úplného konce. Zrození člověka provází velká radost a oslavování. V hospici můžeme nalézt také radost, a to z „dobré smrti“, která důstojně završí lidský život. K dobré smrti dopomáhají v hospici pracovníci působící v hospicové péči. Diplomová práce se zabývá tím, co se odehrává v pozadí zaměstnání v hospicové péči na straně zaměstnanců, k jakým změnám dochází v osobnosti člověka pracujícího v prostředí, kde přítomnost smrti je téměř každodenní realitou.

Klíčová slova: vnímání, hodnocení, smysluplnost, hospicová péče, umírající pacient, dobrá smrt, sebepojetí

ABSTRACT

For every beginning there must be an ending as well. What does this natural and logical statement look like with respect to the hospice care? Hospice care guarantees a human being to die without pain and uncomfortable symptoms while maintaining one's dignity and quality of life till the very end. The birth of the human being is accompanied with joy and celebrations. At the hospice we may find joy, too, namely the joy coming from „the Good Death“, which completes human life journey with dignity. At the hospice the staff providing hospice care help to the Good Death. The thesis deals with all that is going on in this employment background with regard to the staff providing the hospice care, it also deals with possible personality changes of a person working in such an environment, in which the presence of death is a reality almost on the daily basis.

Keywords: perception, evaluation, meaningfulness, hospice care, dying patient, good death, self-concept

Poděkování

Ráda bych na tomto místě poděkovala Ing. Mgr. Ireně Ocetkové, Ph.D. za cenné odborné rady, podněty a připomínky, které byly významnou pomocí při tvorbě této práce.

Také bych chtěla poděkovat všem milým, dobrosrdečným a obdivuhodným účastníkům rozhovorů za to, s jakou ochotou a laskavostí přijali účast ve výzkumu, bez nich by tato práce nevznikla.

Poděkování patří i celé mé rodině za jejich trpělivost, shovívavost a podporu.

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že odevzdaná verze diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Ve Zlíně 15. 4. 2016

Bc. Miluše Buchtová

OBSAH

ÚVOD	9
I TEORETICKÁ ČÁST	13
1 VNÍMÁNÍ A HODNOCENÍ – VYMEZENÍ POJMŮ, POZNÁVACÍ FUNKCE OSOBNOSTI, POZNÁVACÍ PROCESY	14
1.1 VNÍMÁNÍ	14
1.1.1 Činitelé ovlivňující proces vnímání	15
1.1.2 Sociální podmíněnost vnímání	17
1.2 HODNOCENÍ	18
1.2.1 Hodnoty, jejich členění a funkce	20
1.2.2 Složky procesu hodnocení.....	21
2 HOSPIC JAKO NESTÁTNÍ ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ	24
2.1 HISTORIE HOSPICOVÉHO Hnutí	24
2.1.1 Vznik moderního hospicového hnutí	25
2.1.2 Hospicové hnutí v České republice	25
2.2 INDIKACE PŘIJETÍ DO HOSPICE	25
2.3 FORMY HOSPICOVÉ PÉČE	26
2.3.1 Domácí hospicová péče.....	26
2.3.2 Stacionární hospicová péče	27
2.3.3 Lůžková hospicová péče	28
2.4 PÉČE O POZŮSTALÉ.....	28
3 SPECIFIKA HOSPICOVÉ PÉČE	30
3.1 MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM	30
3.2 SPECIFICKÉ POTŘEBY UMÍRAJÍCÍCH PACIENTŮ	31
3.3 ČTYŘI DIMENZE POTŘEB UMÍRAJÍCÍHO PACIENTA	32
3.3.1 Potřeby biologické	33
3.3.2 Potřeby psychologické	33
3.3.3 Potřeby sociální	34
3.3.4 Potřeby spirituální	34
3.4 FÁZE UMÍRÁNÍ.....	35
3.5 KOMPETENCE PRACOVNÍKŮ V HOSPICOVÉ PÉČI.....	38
3.5.1 Schopnost získat důvěru pacienta	38
3.5.2 Obratnost ve verbální a neverbální komunikaci.....	39
3.5.3 Vyjasněný postoj ke smrti a umírání	39
3.5.4 Kompetence k předcházení syndromu vyhoření	40
3.5.5 Smysl pro humor	40
3.5.6 Umění naslouchat.....	41
3.5.7 Schopnost soucítění – empatie	43
3.6 LOGOTERAPIE – HLEDÁNÍ A NALÉZÁNÍ SMYSLU ŽIVOTA	44
3.6.1 Svědomí, svoboda, odpovědnost.....	44
3.6.2 Smysluplnost života	45
3.6.3 Smysluplnost práce	46
3.7 MOTIVACE LIDSKÉHO CHOVÁNÍ	47
3.7.1 Motivační vlastnosti a motivační stavy.....	47

3.7.2	Hierarchie potřeb dle Maslowa	47
3.8	POJETÍ OSOBNOSTI – FENOMÉN „JÁ“	48
3.8.1	Self-efficacy – Pocit vlastní zdatnosti	49
3.8.2	Self-esteem – Pocit vlastní hodnoty - Sebeúcta	49
3.8.3	Pocit vlastní jedinečnosti	50
II	PRAKTICKÁ ČÁST	51
4	METODOLOGIE VÝZKUMU	52
4.1	KVALITATIVNÍ VÝZKUM	52
4.2	ZAKOTVENÁ TEORIE	53
4.3	VÝZKUMNÝ PROBLÉM, VÝZKUMNÁ OTÁZKA	53
4.4	METODA SBĚRU DAT	54
4.5	VÝZKUMNÝ SOUBOR	54
4.6	PŘEDVÝZKUM	55
5	PRŮBĚH VÝZKUMU	56
5.1	ZPRACOVÁNÍ VÝZKUMU	56
5.1.1	Otevřené kódování	57
5.1.2	Axiální kódování	58
5.1.3	Selektivní kódování	61
5.2	INTERPRETACE DAT	74
5.3	DOPORUČENÍ PRO PRAXI	75
5.4	DISKUSE	76
	ZÁVĚR	78
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	80
	SEZNAM OBRÁZKŮ	84
	SEZNAM TABULEK	85
	SEZNAM PŘÍLOH	86

ÚVOD

Proč se člověk rozhodne jít pracovat právě do hospice? Jaké jsou osobnostní charakteristiky, schopnosti a dovednosti takového člověka? Není zaskočen poté, co je konfrontován s realitou v hospici? Je vyrovnaný se svou vlastní smrtelností? Je vlastníkem všech potřebných kompetencí k výkonu povolání v hospici? Jaký má dopad na rodinu a soukromý život jeho každodenní kontakt se smrtí a umíráním? Dokáže efektivně bojovat s vysokou psychickou zátěží, zvládat preventivní chování proti syndromu vyhoření? Umí dostatečně relaxovat a „dobíjet si baterky“? Je pracovní klima v hospici přátelské, partnerské, pozitivní? Dá se vůbec předem připravit na takovou práci? Kdyby se měl znovu rozhodovat o zaměstnání, šel by opět pracovat do hospice? Jak člověka práce v takovém prostředí změní, jak ovlivní jeho hodnotovou hierarchii? Cítí se spokojen a dostatečně ohodnocen?

To jsou některé z mnoha otázek a témat k zamyšlení, které nám mohou přijít na mysl, pokud uslyšíme o někom, kdo se rozhodl pracovat v hospici, pokud ovšem máme správné povědomí o tom, co to vlastně hospic je. Předkládaná práce by měla alespoň částečně problematiku hospice přiblížit. Zaměříme naši pozornost na zaměstnance pomáhajících profesí v hospici, budeme zjišťovat, jak vnímají a hodnotí své povolání, co jim jejich práce „dává a bere“.

S nárůstem počtu hospiců v České republice se s pojmem hospic setkáváme čím dál častěji, dozvídáme se o lidech, kteří využívají některou z forem hospicové péče, můžeme slyšet o dobrovolnících pomáhajících v hospicích. Hospic je specifické zdravotnické zařízení, ve kterém jsou všichni přítomní pracovníci každodenně konfrontováni se smrtí. Potřebují ke své práci nejen speciální kvalifikaci, ale i osobnostní předpoklady a specifické kompetence. Základním předpokladem je vyjasněný postoj ke smrti, a to jak ke smrti z všeobecného pohledu, tak ke své vlastní smrti.

Žijeme v postmoderní společnosti, kde je kladen důraz na úspěšnost, zdatnost, jedinečnost, schopnost zvládat všechny situace, potřebu vyniknout a téma nemoci, umírání a smrti nám do našeho pozitivního modelu nezapadá. Téma smrti, jako by se čím dál více stávalo tabu, diskuse o ní je považována za morbidní, smrt je z naší mysli vytlačována. Nechceme o ní slyšet ani přemýšlet, nechceme si připustit vlastní konečnost, vlastní smrtelnost.

V rámci základního a středního vzdělávání se učíme o lidském početí a rození, ale téměř vůbec se k nám nedostávají tolik důležité informace o lidském umírání. Jako by smrt

nebyla součástí lidského života. Jako bychom o ní nepotřebovali nic vědět, ani nic o tom, co prožívá, potřebuje a cítí umírající člověk a o tom, jak mu můžeme pomoci.

Dříve lidé umírali doma, obklopeni všemi rodinnými příslušníky, včetně dětí. Rodina měla čas se s umírajícím rozloučit a doprovodit ho ke smrti tak, aby v posledních chvílích nebyl osamocen, aby vnímal projevy úcty, důstojnosti a lásky. Děti se tak učily od svých rodičů, jak mají přistupovat k umírajícím. Dnes většina lidí umírá v nemocnicích, léčebnách dlouhodobě nemocných, v domovech pro seniory, zkrátka v cizím prostředí, mezi cizími lidmi, v osamění, v obavách a ve strachu z toho co přijde, protože rodina si mnohdy netroufne vzít na sebe odpovědnost za péči o svého umírajícího člena.

Kdo z nás by nechtěl poslední dny svého života strávit se svými nejbližšími a tak, jak si to on sám přeje? Hospic je velkou příležitostí k tomu, pokud člověk nemůže umírat doma ve svém nejpřirozenějším prostředí, jak umírat bez bolestí, beze strachu, v přítomnosti nejbližších, při zachování své lidské důstojnosti.

Hospice existovaly již ve středověku. Byly to útulky, které sloužily pocestným a putujícím k odpočinku, nemocným ke stonání nebo ke klidnému umírání, těhotné ženy zde mohly porodit. Všichni zde mohli najít odpočinek, občerstvení, podporu. (Munzarová, 2002, s. 60)

K podobě, v jaké známe hospic dnes, se začal přibližovat díky zakladatelce hospicového hnutí Cicely Saundersové, která založila první novodobý hospic v roce 1967 v Anglii. Poté se hospicové hnutí postupně rozšířilo do dalších zemí. V České republice byl první hospic založen v roce 1995 zásluhou MUDr. Marie Svatošové, a to Hospic Svaté Anežky České v Červeném Kostelci. V současné době je v České republice zřízeno již 17 lůžkových hospiců. Plným právem si M. Svatošová zasloužila za svůj přínos pro hospicové hnutí převzetí medaile Za zásluhy v roce 2015 a předtím již také v roce 2002 z rukou prezidenta republiky.

Člověk, který se jako pacient dostane do hospice, už ví, že brzy zemře. Prošel si mnoha útrapami a zaměstnanci hospice tu jsou pro něj, aby o něho pečovali, aby pečovali i o jeho nejbližšího rodinného příslušníka, který může pobývat v hospici spolu s ním, aby pečovali po jeho smrti o jeho pozůstalé, aby mu pomohli odstranit všechny jeho obavy a strachy, bolesti, aby se mu pokusili zařídit splnění všech jeho posledních přání, naslouchali mu, soucítili s ním, a dávali mu pocítit, že není nikomu na obtíž, že je důležitý, že jeho život má smysl až do samého konce, pomohli mu zařídit a zprostředkovat vše co potřebuje.

Zkrátka, aby bylo o umírajícího co nejlépe postaráno, aby své poslední dny života prožil smysluplně, plnohodnotně a aby se necítil vyčleněn ze společnosti.

Hlavním cílem této práce je přiblížit pohled na to, co se odehrává v hospici na straně zaměstnanců, jak zaměstnanci pohlíží na svoji práci, jak ji hodnotí, jaká je reflexe jejich práce. Zda je jejich práce pro ně rutinou, nebo stále vnímají jedinečnost každého člověka, každého života, zda nacházejí ve své práci uspokojení a naplnění svých představ.

Teoretická východiska umožňují naplnění jednotlivých dílčích cílů, ke kterým patří: vymezení obsahu pojmů vnímání a hodnocení, charakteristika hospice jako nestátního zdravotnického zařízení a popis hospicové péče, obeznámení se specifickými zaměstnání v hospici včetně celé škály zastoupených profesí a výčtem potřebných kompetencí zaměstnanců.

Úvod přináší nástin problematiky smrti, umírání a úlohy hospice v poslední fázi života člověka. V **první kapitole** se budeme věnovat vymezení pojmů vnímání a hodnocení z pohledu psychologie a filosofie. Uvedeme činitele, které ovlivňují proces vnímání, zmíníme se o sociální podmíněnosti vnímání. U hodnocení nás bude zajímat členění hodnot a jejich funkce, popíšeme také složky procesu hodnocení. Ve **druhé kapitole** představíme hospic jako nestátní zdravotnické zařízení, popíšeme všechny druhy hospicové péče, včetně péče o pozůstalé a uvedeme postup, který je nutno dodržet při přijímání pacienta do hospice. Ve **stěžejní třetí kapitole** pojednáme o všech specifických zaměstnání v hospici, o významu jednotlivých profesí zastoupených v hospici a jejich vzájemné propojenosti, o specifických potřebách umírajících pacientů vycházejících zejména z jednotlivých fází procesu umírání, se kterými musí být zaměstnanci hospice také obeznámeni. Podrobně budou popsány jednotlivé kompetence pomáhajících pracovníků v hospici. Také se zmíníme o využití logoterapie v hledání smysluplnosti, o motivaci a o pojetí osobnosti.

V rámci **empirického výzkumu** chceme zjistit, jaké jsou osobnostní charakteristiky a kompetence pracovníků pomáhajících profesí v hospici, jak zvládají zaměstnanci uspokojovat specifické potřeby umírajících pacientů, co je k jejich práci motivovalo, jak ji vnímají a hodnotí. Jak se podle jejich názoru projevují dopady jejich práce, co se změnilo v jejich životě v souvislosti se zaměstnáním v hospicové péči.

K realizaci empirické části práce je zvolen **kvalitativní výzkum**, sběr dat pro výzkum bude proveden technikou **polostrukurovaných rozhovorů** se zaměstnanci hospice.

Designem výzkumu bude **Zakotvená teorie**, která nám umožní, aby se v průběhu výzkumu vynořilo to, co se bude jevit ve zkoumané oblasti jako významné (Strauss a Corbinová, 1999, s. 14). Na závěr bude provedeno zhodnocení výzkumu a doporučení pro praxi.

Výsledky předkládané práce by mohly posloužit supervizorům a nadřízeným pracovníkům ke zkvalitnění podmínek pro práci zaměstnanců v hospici, mohou však být také zdrojem informací a inspirací pro člověka, který bude uvažovat o svém možném uplatnění v hospici, ať už jako dobrovolník, nebo kmenový pracovník.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 VNÍMÁNÍ A HODNOCENÍ – VYMEZENÍ POJMŮ, POZNÁVACÍ FUNKCE OSOBNOSTI, POZNÁVACÍ PROCESY

V projevech osobnosti jedince se odráží způsob, jakým jedinec vnímá svět kolem sebe, jaký je jeho vztah k vnitřnímu a vnějšímu světu. K dosažení vědeckého porozumění osobnosti je nutné studium vnímání, myšlení a hodnocení člověka. Prvním krokem psychologického výzkumu osobnosti se tak stává popis subjektivního světa vnímání, subjektivní elaborace působení vnějšího světa na člověka. Psychologie se zabývá popisem toho, jaký je bezprostřední svět zkušenosti uvědomělého člověka. Fenomenologický přístup subjektivní zkušenosti odkrývá individuální zvláštnosti a rozdíly v psychickém obsahu vyvolané totožným podnětem nebo situací. (Cakirpaloglu, 2012, s. 218)

K poznávacím procesům a dispozicím osobnosti patří jednak jednodušší formy kognitivního zpracování fyzických objektů a událostí, kam patří čítí, vnímání, paměť a představivost, a také složitější poznávací procesy, zvláště učení, myšlení, inteligence a řeč. Základní poznávací procesy spolu interagují a slučují se do obecnějšího funkčního celku, který ovlivňuje proces individuálního poznávání a jeho kvalitu. (Cakirpaloglu, 2012, s. 219) Dá se říci, že všechny poznávací funkce osobnosti, jednoduché i ty složitější, jsou dispozičního charakteru, kdežto jejich vývoj, konkrétní podobu a funkce určují vrozené, získané a situační podmínky a vlivy (Cakirpaloglu, 2012, s. 236).

Poznávací procesy umožňují člověku orientovat se ve svém prostředí, získávat a zpracovávat různé informace, na jejich základě učinit závěry, rozhodovat se a následně reagovat. Své poznatky je jedinec schopen uchovat v paměti a využít je v budoucnosti, sdílet je s někým dalším. (Vágnerová, 2010a, s. 51)

1.1 Vnímání

Vnímání je psychický proces, kterým poznáváme to, co právě působí na naše smysly, vnímáním začíná každé naše poznávání. Všechny vnímané objekty vnímáme jako celek. Vnímání je u každého člověka individuální, jeho kvalita a úroveň jsou ovlivněny různými faktory, mezi které patří vyspělost, citlivost a stav smyslového orgánu, celkový stav nervového systému, předchozí zkušenosti, zájem konkrétního člověka o daný jev nebo předmět. (Kopecká, 2011, s. 35) Člověk je schopen vnímat pouze takový rozsah a kvalitu podnětů, které mu umožňují jeho smyslové orgány, může se zde projevit i individuální

změna citlivosti vnímání např. krátkozrakost nebo nedoslýchavost (Vágnerová, 2010a, s. 54).

Podle Psychologického slovníku (Hartl a Hartlová, 2009, s. 673) je vnímání *chápání situace, odrážení reality prostřednictvím smyslových orgánů; podílejí se též postoje, emoce, zájmy, soustava hodnot, očekávání, dosavadní zkušenosti; vnímání nemění vnější svět, ale mění vnímajícího a tak přímo nebo nepřímo ovlivňuje jeho činnost; k hlavním charakteristikám vnímání patří jeho celostnost, výběrovost a významovost.*

Vnímání umožňuje **orientovat se v prostředí**, respektive v aktuální situaci. Vnímáním poznáváme přítomnost, získáváme relativně přesné informace o dané skutečnosti aktuálním kontaktem s vnímanými podněty. Lze na něho pohlížet také jako na základní způsob komunikace s okolím. Člověk získává informace z okolního prostředí, také z vlastního organismu, a na základě následného zpracování na ně nějakým způsobem reaguje. (Vágnerová, 2010a, s. 51)

Vnímání není izolovaný proces – na výběru a zpracování vnímaných podnětů se podílejí další psychické funkce, není to pouze pasivní recepce podnětů působících na člověka. Jedná se o aktivní proces, při kterém se snažíme vnímané podněty uspořádat do celku a dát tomuto celku řád a smysl. Při vnímání je u každého člověka **individuální zaměření** a selekce vnímané reality, protože se zaměřuje na to, co právě potřebuje, co ho zajímá a o čem chce být informován. Přednost dává těm situacím či objektům, ke kterým se váže předchozí zkušenost a aktuální motivace, vnímá je rychleji a snadněji než ty ostatní. (Vágnerová, 2010a, s. 52-53)

Důležitou vlastností vnímání je jeho **subjektivnost**, která vyjadřuje závislost vnímání na jednotlivém subjektu. Podstatná není pouze stavba a činnost smyslové soustavy, ale také individuální zkušenost jedince, která je odrazem toho, v jakém kulturním prostředí se člověk nachází a také k jaké historické etapě vývoje společnosti přísluší. (Nakonečný, 2013, s. 582)

1.1.1 Činitelé ovlivňující proces vnímání

Vnímání je závislé na funkční jednotě smyslových orgánů, nervových drah a příslušných kortikálních center pro příjem, zpracování a interpretaci informací. I když je vnímání často pojímáno jako bezprostřední smyslové poznání, jde v podstatě o komplexní psychický proces, který v sobě zahrnuje různé mechanismy a vlivy. Kromě objektivních podnětů

determinují vnímání také fyziologické vlastnosti jedince, dispozice a složky osobnosti, a v neposlední řadě také sociální činitelé. Proces vnímání je ovlivněn také situačními, vrozenými, psychickými a společenskými činiteli, selekcí a organizací podnětů. (Cakirpaloglu, 2012, s. 220)

Vlivem **situačních činitelů** na procesy vnímání se zabývala Gestalt psychologie, dle ní představuje vnímání celostní smysluplnou formu. V percepci je prvotní celkový tvar, nikoliv jeho dílčí prvky. Vnímání tvaru určují vnější činitelé a jejich vzájemná konstelace, jako např. blízkost, podobnost, dobrý tvar.

K **vnitřním činitelům** patří fyziologické, psychologické a sociální aspekty osobnosti. Fyziologický stav organismu působí na vnímání objektů, na procesy iniciace a zaměřování pozornosti. Volbu objektu percepce ovlivňuje motivace a aktuální potřeby jedince. Může zde ovšem dojít i k obrácenému působení fyziologického stavu, kdy např. při únavě, nemoci může kognitivní procesy tlumit.

Do skupiny **psychologických činitelů** můžeme zařadit rozsáhlou skupinu procesů a jevů – časnou zkušenost, bezprostřední zkušenost, emoční ladění, motivaci, zájmy, sociální postoj. Na základě zkoumání psychologů bylo zjištěno, že vnímání osobnosti sahá až k prenatálnímu období života člověka, učním a získanou zkušeností se mění průběh a výsledek procesu vnímání. Emoční ladění působí také na průběh a kvalitu percepce a dalších poznávacích procesů, a také člověk s předsudky má ovlivněno vnímání. Motivace a zájmy také determinují všechny poznávací funkce. Komerční reklama je příkladem, jak lze zneužívat závislosti pozornosti, vnímání, učení a rozhodování na primárních potřebách. Vyšší motivace určuje průběh a výsledek poznávacích procesů. Různí pozorovatelé vnímají a hodnotí stejnou událost odlišně, což je projev jejich zájmu, postoje apod. V rámci širší profesní orientace člověka má zájem jakožto růstový motiv vliv na jeho percepční selektivitu. (Cakirpaloglu, 2012, s. 221)

Sociální postoj působí na procesy vnímání jako systém psychických, kulturních a společenských vlivů. Postoj je získaná, relativně trvalá a neměnná dispozice myšlení, cítění a jednání jedince ve vztahu k určitému objektu. Sociální postoj ovlivňuje aktuální vnímání a rozhodování osobnosti, působí na adaptaci osobnosti při měnících se podmínkách života. **Sociální činitelé** v podobě široké škály kulturních vzorců a institucionálních norem působí na selektivnost a obsah vnímání. Člověk přijímá v procesu socializace kulturní a sociální normy, na základě nich potom třídí informace

a události významně působící na úspěšnou fyzickou a sociální adaptaci osobnosti. *Institucionalizace vnímání úzce souvisí s výchovou, přijetím norem a obecným sociálním růstem člověka. Výsledkem institucionalizace je uniformnost vnímání mezi členy dané skupiny a kultury. V souladu s tím se vnímání fyzikálních a sociálních jevů v rozdílných kulturách liší a interpretuje se v souladu s platnými normami a zvyky.* (Cakirpaloglu, 2012, s. 222)

Vnímání je ovlivňováno také **zvyklostmi a zkušenostmi**, člověk má tendenci k vnímání spíše očekávaného. Toto očekávání lze navodit i instrukcí. Na základě zkušenosti máme sklon k tomu, abychom v nově vnímaném objektu hledali shodné znaky, nebo ignorovali to, co se nám jeví dostatečně známé. Pod vlivem **aktuálních potřeb** může být vnímání ovlivněno zaměřením na uspokojení těchto potřeb a je více zaměřeno na ty podněty, které by mohly vést k jejich uspokojení, vnímá je mnohem intenzivněji, než za běžných okolností. Např. když je člověk hladový, připadá mu vůně jídla velmi intenzivní. Také **emoční ladění** nebo **citová zkušenost** mohou ovlivnit aktuální percepci. Pokud člověk zažil nějakou nepříjemnost za určitých okolností, vnímá příště tyto okolnosti podobným způsobem. Vnímání může být emocionálně blokováno, pokud člověk nechce vnímat takové jevy, které by pro něho byly nepříjemné, nebo ho ohrožovaly. Jedná se zde také o působení aktivní obrany. Vnímání je ve značné míře ovlivňováno dosaženou úrovní rozumových schopností. Rozumové schopnosti jsou zásadní při zpracování vnímaných informací v neznámé nebo nejasné situaci. (Vágnerová, 2010a, s. 53)

1.1.2 Sociální podmíněnost vnímání

Člověk jako bytost vyrůstající od raného dětství ve společnosti ostatních lidí, je těmito lidmi ovlivňován ve všech směrech, i v oblasti percepce. Učí se různé podněty vnímat určitým způsobem a dávat jim jistý význam. Sociální podmíněnost se může projevit ve vztahu k různým podnětům, při vnímání prostoru, barev, pohybu, materiálních objektů. Vnímání může zkreslit aktuální tlak názoru skupiny i specifická sociální zkušenost, mnohdy přehlízíme zjevné znaky vnímané skutečnosti a více bereme v úvahu tlak skupiny. Psychologické experimenty potvrdily **vliv sociální skupiny** na vnímání, resp. interpretaci vnímaného, lidé mají v procesu vnímání, resp. hodnocení vnímané reality, tendenci k sociální konformitě. Významný je také **vliv sociální zkušenosti**, resp. postoje, na vnímání. Určitý postoj, který zastáváme, může působit na selekci vnímané skutečnosti, člověk si snáze všimne lidí sociálně odlišných, z jiné sociální skupiny. Lidi z odlišných

skupin vnímáme méně diferencovaně, jeví se nám jako stejní. Jde o generalizaci a stereotypizaci vnímání podmíněnou sociální zkušeností. Při vnímání a následném hodnocení různých lidí působí určité tendence, které zkreslují výslednou informaci. Tento způsob vnímání jsme si osvojili v průběhu socializace pod vlivem zkušeností. Jde o zjednodušující mechanismus, který ovšem snižuje přesnost orientace v sociální realitě. Patří sem například:

- **Chyba prvního dojmu** – projevuje se v tendenci posuzovat lidi podle prvního dojmu, který vyplývá z nápadných znaků a projevů, které upoutávají naši pozornost a první vjem tohoto člověka.
- **Haló efekt** – jedná se o přeceňování významu viditelných znaků, na základě dílčí nápadnosti dochází ke zkreslenému celkovému hodnocení člověka. Dochází k tendenci usuzovat na základě těchto znaků i na další osobnostní vlastnosti člověka, které s nimi ale nemají žádnou souvislost. Často se toto zkreslení projevuje při prvním kontaktu s člověkem, kdy ještě o něm nemáme dostatek dalších informací, ale může působit i kdykoliv později.
- **Efekt vztahu** – jedná se o další projev selektivity vnímání zaměřením na žádoucí znaky. Lidé mají tendenci vnímat u osob, které jsou jim sympatické, pozitivní znaky, avšak u osob, které jim sympatické nejsou, vnímají negativní projevy.
- **Princip projekce** – člověk má tendenci vidět v projevech ostatních lidí vlastní problémy, to co se jeho samotného právě týká. Projevuje se většinou při nejasnosti nebo mnohoznačnosti vnímaného podnětu. Čím je objektivní skutečnost méně jednoznačná, tím více dochází při vnímání k subjektivnímu zkreslení. (Vágnerová, 2010a, s. 58-59)

1.2 Hodnocení

Lidské reakce na určité vnější nebo vnitřní stavy, situace, události, procesy nebo děje mohou mít veliké množství nejrůznějších podob. Mezi ně patří i ty, které mají charakter hodnotícího postoje subjektu těchto reakcí. Reakce, které interpretujeme jako hodnotící postoje, mohou vyjadřovat přijatelnost nebo nepřijatelnost, libost nebo nelibost a další analogické postoje. Člověk je schopen takové postoje slovně vyjádřit, vytvářet abstrakce hodnot nebo kritérií hodnocení a celé soustavy hodnot. Termín „hodnocení“ jako činnost vyjadřující hodnotící postoje, je ovšem spojen s velice širokým spektrem významů, které

jsou ovlivněny různými akcenty na ty entity, které jsou předmětem hodnocení, vyvolávají různé hodnotící postoje, a které závisí na subjektu hodnocení a jeho situaci, v níž produkuje nebo vyjadřuje své hodnotící postoje, na cílech jeho činnosti i nárocích s nimi spojených, na jeho požadavcích nebo očekáváních. Význam hodnocení je také závislý na významu různých souvislostí, jejichž úloha vstupuje do hodnocení. (Tondl, 1999, s. 13)

Hodnocení je přiřítání nebo upírání hodnoty, účelu, významu, cennosti určitému jevu, jeho uvedení do souvislosti s lidskými zájmy a potřebami. Každý člověk je individualita, má odlišné potřeby a priority, na základě nichž si utváří svoje hodnoty a hodnotovou hierarchii. Hodnocení je úzce spjaté s hodnotami, hodnotíme podle naší představy o tom, čeho má být dosaženo a v jaké fázi na cestě za dosažením cíle se právě nacházíme. Hodnota, aby byla pro člověka skutečnou hodnotou, musí být realizovaná prostřednictvím zkušenosti, poznávání a hodnocení, které spolu vzájemně souvisí. Hodnocení jako psychická činnost tvoří nedílnou součást běžného života každého člověka, hodnoty, které si člověk utváří, ovlivňují a usměrňují jeho činnost. Hodnocení je specifická lidská činnost vyjadřující vztah člověka ke skutečnosti, umožňuje mu odhalit a uvědomit si její hodnoty. Hodnocení a hodnoty v sobě odrážejí společenské bytí, neurčuje je společenské vědomí. Hodnota v sobě zahrnuje něco, co je pro člověka hodnotné, po čem touží. Pro každého člověka může být hodnotné něco jiného, každý má svůj vlastní žebříček hodnot, který může být ovlivněn společností a kulturou, ve které žije, danou situací, ve které se právě nachází. (Laca, 2013, s. 29-30) Hodnocení je charakteristika nebo klasifikace jevů, které nelze exaktně měřit, obsahuje tedy vždy subjektivní vlivy hodnotitele (Hartl a Hartlová, 2009, s. 191).

Hodnocení je vždy hodnocením něčeho, a to obvykle něčeho v různých vztazích nebo kontextech, je hodnocením někoho, který vždy disponuje jistým znalostním a hodnotovým vybavením, zkušenostmi, mírou kompetence k danému typu hodnotící úlohy, je hodnocením z hlediska vymezeného souboru hodnot, kritérií nebo nároků na daný typ hodnocení, z hlediska předem daných nebo v průběhu hodnotící úlohy vytvořených cílů. (Tondl, 1999, s. 13-14)

Hodnocení označuje vztah člověka vůči prožívané realitě (Cakirpaloglu, 2009, s. 284). Hodnocení představuje složitý psychický proces, ve kterém druh, intenzita a kvalita příslušné hodnoty reguluje vztah mezi subjektem a objektem hodnocení. Hodnocení je imanentní vztah subjektu vůči objektům praktického poznání. Je to složitý proces, který

zahrnuje všechny složky praktického vztahu subjektu vůči objektu, který se jeví subjektu jako významný. (Cakirpaloglu, 2009, s. 277-279)

1.2.1 Hodnoty, jejich členění a funkce

Hodnoty představují vytoužené, hlavně uvědomělé tendence konstituující bio-psycho-socio-duchovní podstatu lidského bytí (Cakirpaloglu, 2009, s. 322). Hodnota je specifickou psychickou kategorií, která tvoří poměrně stabilní a trvalou strukturu osobnosti významně ovlivňující to, jak se člověk individuálně a společensky realizuje. Hodnoty vyjadřují přesvědčení o dobrém a prospěšném, ale také o špatném a nežádoucím, regulují tak individuální i skupinovou aktivitu. (Cakirpaloglu, 2009, s. 277)

Hodnoty lze shrnout do tří úrovní – somatické, psychické a duchovní. Do **somatické úrovně** můžeme zařadit hodnoty ekonomické, udržující život, k **psychické úrovni** patří duševní a kulturní růst člověka, do **duchovní úrovně** patří rozvíjení vnitřní dimenze člověka. Je důležité, aby se člověk rozvíjel ve všech úrovních. Všichni potřebujeme kromě materiálních hodnot také přiměřenou realizaci a uspokojení v zaměstnání i rozvoj vlastních duchovních hodnot. (Laca, 2013, s. 30-31)

V. E. Frankl (2006, s. 61-62) rozdělil hodnoty do tří kategorií – hodnoty zážitkové, tvůrčí a postojové. **Zážitkové hodnoty** v sobě odrážejí prožitek intenzity vztahu k člověku, přírodě nebo umění. Zážitek se může uskutečnit, pokud jsme otevření, zastavíme se, nespěcháme a nechceme pouze jen něco vlastnit. **Tvůrčí hodnoty** jsou založeny na dovednostech, schopnostech a talentu člověka, a také se v nich promítá subjektivní ocenění vlastního úsilí jedince k naplnění smyslu své práce. Tvůrčí a zážitkové hodnoty se v průběhu života vzájemně prolínají, je pro ně charakteristické, že se vždy vztahují k někomu nebo k něčemu. **Postojové hodnoty** naplňuje člověk tím, že přijme něco, co si sám nezvolil, ale co nelze změnit. Nese vědomě těžký úděl, prožívá utrpení a ztráty. Žití této hodnoty spočívá v tom, že člověk říká životu „ano“ i v nejtěžších chvílích životních zkoušek. *Život člověka má svůj smysl až do „in ultimus“ – tedy dokud dýchá; dokud je při vědomí, nese odpovědnost vůči hodnotám, i kdyby to byly pouze hodnoty postoje.*

Klasifikace hodnotových funkcí v sobě zahrnuje individuální a společenské aspekty procesu valorizace. Do skupiny individuálních funkcí hodnot můžeme zařadit funkci **adaptace člověka** na fyzické a sociální podmínky, patří sem hodnoty, které působí jako kritéria a pomáhají člověku k orientaci v nových situacích. Většinu hodnot patřících do této

skupiny člověk získává v průběhu procesu socializace nebo vlastní zkušeností. Jde o standardy nebo vzory ekonomického chování, pomocí nichž člověk hodnotí situace, zaujímá stanovisko a řeší konflikty. Funkce **překonávání vlastní existence** má význam pro cíle a stavy s nejvyšším stupněm žádoucnosti, neboť do komplexního procesu hodnocení patří také sebehodnocení, vědomí o žádoucnosti, seberegulace a logické a abstraktní myšlení. K ideálním stavům existence směřují koncepce o nejvyšším dobru, o morální dokonalosti, duševní a kosmické rovnováze apod. (Cakirpaloglu, 2009, s. 320)

Společenský význam hodnot lze charakterizovat prostřednictvím funkce **sociální integrace**, která v sobě zahrnuje hodnoty z oblasti sociálního života a souvisí s procesy udržení skupiny a celé společnosti. Patří sem sociální koheze, stabilita, efektivita, sociální kontrola, sociální prevence deviantního chování, směřování sociální energie do sociálně přijatelných obsahů. Funkce **sociální racionalizace** hraje podstatnou roli v dynamice společnosti. Hodnota tak na základě společenského konsensu pro určitý obsah nebo cíl slouží k opodstatnění společenských zájmů. Dílčí zájmy různých vrstev, politických skupin a dalších složek společnosti jsou transformovány v hodnotový obsah, který je přijatelný pro největší počet subjektů uvnitř společnosti. (Cakirpaloglu, 2009, s. 321)

1.2.2 Složky procesu hodnocení

Na základě nutného předpokladu vzájemné interakce poznání, cítění a motivací, které tvoří trojdimenzionální celek a totalitu lidské psychiky, lze odvodit tři složky procesu hodnocení – kognitivní, emocionální a konativní složku hodnocení. (Cakirpaloglu, 2009, s. 279)

Kognitivní složka procesu hodnocení vyjadřuje vztah mezi poznávacími funkcemi a hodnocením, je tvořena z vědomostí a pojetí člověka o objektu jako předmětu hodnocení. Současně nelze opomíjet schopnost jedince nahlížet do svých vlastních hodnot a do procesu hodnocení. Subjektivní údaje o předmětu hodnocení mohou variovat v závislosti na percepci, věku, zájmech, sociálním postavení, sociální facilitaci, individuálních obranách apod. Integrace významných informací do systému poznatků o objektu hodnocení je závislá na předchozích vědomostech, zkušenostech, motivacích, na formálně logických schopnostech člověka. Kognitivní obsah a jeho význam pro subjekt nemůžeme odvozovat ze stávajících postojů a hodnot. Každý kognitivní proces je individualizovaný na základě citových a motivačních vlastností jedince. Poznání je tedy předpokladem a nezbytnou složkou lidského hodnocení, procesy poznání se však od hodnocení podstatně liší, poznání můžeme charakterizovat jako kognitivní hodnocení.

Část hodnotícího procesu, který je založen na kognitivních úsudcích, se opírá o logickou argumentaci a reguluje společenské vztahy, např. morální normy, společenské standardy chování. Ne vždy je však logická argumentace nutná, například pokud se jedná o estetické zážitky, tam by spíše narušovala vztahy mezi lidmi. Pokud dochází v procesu hodnocení k redukci racionálních procesů, jsou tímto zasaženy téměř všechny stránky lidského života, příkladem mohou být předsudky, iracionální úsudky, informační deficit. S projevy iracionálního hodnocení se setkáváme zejména v období raného dětství, kdy nejsou ještě kognitivní funkce a struktury dostatečně zralé, chybí zkušenost apod. Dopad na hodnotící proces mají také kvalitativní a kvantitativní poruchy vnímání a myšlení. (Cakirpaloglu, 2009, s. 279-280)

Emocionální složka procesu hodnocení tvoří základ vztahu subjektu vůči objektu hodnocení ve formě emocionálního prožitku. Emoce jsou součástí mentálního života člověka, jsou zaměřeny k určitému objektu a tím získávají svůj význam. Také když se jedná o objekt imaginární, vzniká osobní vztah subjektu vůči prožívanému obsahu objektu. Poznání je významným činitelem citění, tyto dva procesy však nelze ztotožňovat, existují obsahy vědomí bez přítomnosti emocí a opačně také citové vztahy bez náznaků vědomí. Psychologie pojednává také o emocích bez pozorovatelného sensorického podnětu nebo objektu. Emoční stav mohou vyvolat také únava, nemoc a další fyziologické podmínky a určit tak směr hodnocení. K emocím také dochází dříve, než proběhne rozumové zpracování příčin jejich vzniku. Diferenciace emoce od poznání a jejich rozdělení na dvě poměrně samostatné psychické funkce je dlouhodobý vývojový proces. U malého dítěte vycházejí vnímání skutečnosti, emoční prožívání a hodnocení z jednoho nerozlišovaného psychologického celku, dítě má zkreslený vnímaný obsah vlivem fantaskních obsahů, není tedy schopno rozlišovat charakteristiky předmětu od subjektivních vlastností. U starších dětí a dospělých osob dochází k částečnému rozlišení obou funkcí, které pak propojuje proces evaluace, postupně se lidský cit a lidské chtění stává uvědomovanými stavy. Do sociálně přijatelné lidské podoby se pak subjektivní prožívání a vyjadřování citů kultivují prostřednictvím vědomí a sebevědomí. Emoce také působí na kultivaci intelektu, vztah mezi emocionální a intelektuální složkou ale nebývá stabilní. Neustále se měnící organismus, psychika, prostředí a další okolnosti mají za následek změny v dynamice a transformaci stávajícího vztahu subjektu vůči objektu. Ke změně emoční a kognitivní složky hodnocení může dojít dvěma způsoby, jednak **transpolarizací emoce** – v tomto případě se mění pouze kvalita nebo intenzita

emoce, intelektuální osnova hodnocení zůstává stejná. Další změna může nastat **substitucí emoce** – jde o změnu objektu hodnocení, přičemž emoce zůstává stejná, pouze přechází z jednoho objektu hodnocení na jiný objekt. (Cakirpaloglu, 2009, s. 280-282)

Konativní složka procesu hodnocení v sobě zahrnuje tendence, které vyjadřují aktivní vztah subjektu vůči prožívané realitě. V procesu realizace hodnot má zásadní význam vědomí. O hodnocení lze hovořit jako o aktu vědomí, protože vždy v sobě zahrnuje intencionalitu a volní jednání subjektu směrem k nejvyššímu cíli. Existují potřeby a pudy, vytěsněné obsahy a zkušenosti, které usměřují chování bez přítomnosti vědomí. V tomto případě pak proces hodnocení představuje nevědomě determinovaný proces, v němž uspokojení potřeby stojí nad racionálními a volními procesy. Hodnocení je tedy především aktem vůle uvědomělého subjektu, protože pouze cílevědomá osoba je schopna odložit uspokojení aktuálních potřeb ve prospěch vyšších cílů dosažených v budoucnosti. Dimenze vědomí – nevědomí je závislá na zralosti osobnosti a určuje kvalitu vztahu člověka k prožívané realitě. Na jedné straně jsou ti, kteří vědomě regulují své jednání a na straně druhé jsou osoby, které jednají pod vlivem vlastního nevědomí. (Cakirpaloglu, 2009, s. 284)

2 HOSPIC JAKO NESTÁTNÍ ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ

Hospice jsou u nás zřizovány podle zák. č. 106/1992 Sb. o nestátních zdravotnických zařízeních. Zřizovateli českých hospiců jsou církevní instituce nebo obecně prospěšné společnosti, hospice však nemají výhradně církevní ráz. I když je v každém hospici akcentován duchovní rozměr péče, nemocní jsou přijímáni bez ohledu na vyznání. Také zaměstnanci hospice představují pestrou škálu osob různého vyznání. (Haškovcová, 2007, s. 63-63)

Hospice poskytují terminálně nemocným pacientům a jejich rodinným příslušníkům paliativní léčbu a péči, ve většině případů jsou zde umisťováni nemocní s pokročilými stádii onkologických onemocnění. Člověk přijatý do hospice ovšem nemusí v hospici zemřít, jakmile pominou důvody přijetí do hospice, může se vrátit domů. Pokud se podaří zvládnout bolest a další symptomy, lze v léčbě pokračovat v domácím prostředí, což se jeví jako optimální řešení. (Svatošová, M., 2010, s. 201)

Základní myšlenkou hospice je úcta k životu a úcta k člověku jako jedinečné, neopakovatelné bytosti. Hospic nemocnému zaručuje, že *nebude trpět nesnesitelnou bolestí, v každé situaci bude respektována jeho lidská důstojnost, v posledních chvílích života nezůstane osamocen.* (Svatošová, 2011, s. 115)

2.1 Historie hospicového hnutí

Termín hospic (v anglickém jazyce znamená útulek, útočiště) byl původně za Římské říše a ve středověku užíván pro tzv. domy odpočinku, útulky nebo přístřešky při cestách, kde si mohli poutníci odpočinout, těhotné ženy porodit a nemocní se buď uzdravit, nebo v klidu zemřít. Zejména poutníci směřující do Palestiny v nich nacházeli odpočinek na své cestě, pobýli zde několik dní, aby nabrali nové síly a mohli pokračovat na své daleké cestě. Lidé se zde nejen vyspali, najedli a napili, ale také ošetřili svoje rány a bolavé nohy, hospic totiž tehdy mohl vést člověk, který se vyznal kromě hostinství také v ranhojičství. Už středověký hospic tedy nabízel na základní úrovni to, co v současné terminologii nazýváme bio-psycho-socio-spirituální podporou a péčí. (Haškovcová, 2007, s. 45-46; Munzarová, 2002, s. 60)

2.1.1 Vznik moderního hospicového hnutí

Moderní hnutí pro obnovu hospiců, zaměřené na klidné umírání nemocných, mělo svůj počátek v Londýně díky práci dr. Cicely Saunders, která v roce 1967 založila a uvedla do provozu první moderní hospic pod názvem St. Christopher's Hospice. Nemocným zde byla poskytována úlevná léčba a péče, zaměřená především na zvládání bolesti. Mohli zde v přítomnosti svých blízkých řešit svoje citové a duchovní problémy, křivdy, nesrovnalosti, konflikty a smířovat se se svým údělem. Nešlo tedy pouze o pomoc se zbavováním bolesti tělesné, ale také o odstranění strachu, úzkostí, pocitů ztráty důstojnosti nebo ztráty smyslu života. Umírající pociťovali, že nejsou nikomu na obtíž, že nejsou sami, že jsou milováni a že jsou pro své blízké i pro personál důležití. Hnutí se brzy rozšířilo po celé Anglii, a také v jiných zemích. (Munzarová, 2002, s. 60; Haškovcová, 2007, s. 46)

Při budování hospiců se čerpalo rovněž ze zkušeností lékařky a spisovatelky Elisabeth Kübler-Rossové, jejíž studie byly velkým přínosem pro všechny pečující a doprovázející nemocné ke smrti, zvláště významný je její popis čtyř stádií, kterými prochází člověk, který ví, že umírá. Díky poznání těchto stádií lze umírajícím lépe porozumět a poskytovat jim to, co potřebují. (Munzarová, 2005, s. 69)

2.1.2 Hospicové hnutí v České republice

První kroky v hospicovém hnutí v České republice podnikla MUDr. Marie Svatošová, která pro podporu domácí a hospicové paliativní péče založila v roce 1993 občanské sdružení Ecce homo. Tomuto sdružení se podařilo v roce 1995 vybudovat a otevřít první hospic v České republice – Hospic Svaté Anežky České v Červeném Kostelci. (Haškovcová, 2007, s. 47). Je plným právem považována za „českou Saundersovou“ (Munzarová, 2005, s. 70).

Lékařka, spisovatelka a zakladatelka českého hospicového hnutí, Marie Svatošová, je čestným členem Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče (APHPP). V roce 2002 a 2015 převzala z rukou prezidentů České republiky medaile Za zásluhy. V současné době je zejména jejím přičiněním v České republice zřízeno již 17 lůžkových hospiců.

2.2 Indikace přijetí do hospice

Nemocný přijímaný do hospice by měl splňovat kritéria vyplývající z poslání tohoto zařízení. Postupující choroba by ho měla ohrožovat na životě, potřebuje paliativní léčbu

a péči, současně není nutná hospitalizace v nemocnici a není u něho možná domácí péče. (Svatošová, M., 2010, s. 201)

Návrh na přijetí do hospice většinou vychází od ošetřujícího lékaře, samotného pacienta nebo rodinných příslušníků (Haškovcová, 2007, s. 50). Do hospice je nemocný přijímán na základě vlastní **žádosti**, nesmí zde být umístěn proti své vůli. Nedílnou součástí žádosti je svobodný **plný písemný informovaný souhlas** pacienta, ve kterém je nemocný poučen o tom, že bude v hospici upuštěno od všech léčebných postupů, které by nepřispívaly ke zlepšení kvality života a budou nahrazeny těmi, které by kvalitu života mohly zlepšit. Průměrná doba pobytu nemocného v hospici je většinou tři až čtyři týdny, přibližně ve třetině případů se nemocný vrací do domácí péče. V hospici převažují starší pacienti, ale s nárůstem počtu nádorových onemocnění přibývá i nemocných ve středním věku, vznikají i dětské hospice. (Svatošová, M., 2010, s. 202)

O přijetí nemocného na hospicové lůžko **rozhoduje** hospicový lékař, po dohodě s ošetřujícím lékařem pacienta, posoudí zejména zdravotní indikaci a možnosti hospice. Přednost musí být dána těm pacientům, u nichž je předpoklad, že nemoc povede brzy ke smrti, protože především pro tyto pacienty je hospic určen. Nepřipouští se jakákoliv protekce, byla by velmi neetická. Čím dříve se těžce nemocný dostane do hospice, tím více mu může být hospic prospěšný. (Svatošová, 2011, s. 122)

2.3 Formy hospicové péče

K dispozici jsou u nás tři formy hospicové péče. Ideální je pro nemocného většinou forma **domácí hospicové péče**, ta ovšem není vždy dostačující a možná. Dalším řešením je pak **lůžková forma hospicové péče**. Ta se snaží pokud možno co nejvíce přiblížit domácí hospicové péči, umožňuje příbuznému pacienta pobývat spolu s ním v hospici. Třetí formou hospicové péče je **denní stacionář**, ta je vhodná zvláště v preterminálním stadiu onemocnění. Ve stacionáři je poskytováno zejména poradenství, psychologická a spirituální podpora. (Svatošová, M., 2010, s. 202)

2.3.1 Domácí hospicová péče

Nelze pochybovat o tom, že se umírající po psychické stránce nejlépe cítí ve svém domácím prostředí (Kupka, 2014, s. 31). Pokud doporučenou léčbu směřující k odstranění bolesti a mnoha dalších obtíží nemocného lze zvládnout v domácích podmínkách, může být domácí forma hospicové péče ideální. Ne vždy je ovšem tato forma možná, problém

může nastat, pokud není dostatečné rodinné zázemí, pečující blízké osobě dojdou síly, vyčerpá se, nebo nastanou jiné problémy s provozem domácnosti. Dalším znevýhodňujícím faktorem může být nedostatečná odbornost ošetřujících, zvláště pokud není nablízku sesterská agentura poskytující domácí péči s vyškolenými sestrami pro hospicovou péči. (Svatošová, 2011, s. 118-119)

Protože většina rodin by se chtěla o svého těžce nemocného člena postarat, ale ne vždy si věří, nevědí jak na to, jsou bezradné, nejisté, zda takovou náročnou péči zvládnou, je nezbytně nutné těmto rodinám poskytnout psychickou podporu i skutečnou pomoc. Pod vedením zkušených sester se členové rodiny naučí potřebné ošetrovatelské úkony, a ty co nezvládnou, přenechají zdravotníkům. Odborně se terminologicky rozlišuje domácí laicky prováděná péče – **home help** a domácí ošetrovatelská péče prováděná profesionály – **home care**. (Haškovcová, 2007, s. 59)

Pokud lze v rodinném prostředí splnit všechny požadavky domácí hospicové péče, může pacient zůstat doma a rozhodnout se doma i zemřít. V případě, že nemůže být splněna některá z podmínek domácí péče, musí být umírající umístěn v hospici. Nesmí být však na tuto možnost nahlíženo jako na selhání, ale jako na přirozený průběh integrované péče. (Parkes, Relf a Couldrick, 2007, s. 41)

2.3.2 Stacionární hospicová péče

Jde o formu, kdy je pacient ráno přijat do hospicového stacionáře a odpoledne nebo navečer se vrací zpět domů. Dopravu lze dle dohody s hospicem zajišťovat individuálně nebo ji zařizuje hospic. Je pochopitelné, že tento způsob hospicové péče je vhodný pouze pro nemocné bydlící v místě hospice nebo v jeho blízkém okolí. Existují ovšem určité fáze onemocnění, kdy toto řešení péče není nejvhodnější, a to z několika důvodů, například z **diagnostického důvodu**, když se v domácím prostředí nedaří zvládat kontrolu bolesti, dále to může být **léčebný důvod**, kdy např. během paliativní péče nebo chemoterapie je nutná odborná kontrola a vyladění dávek léků. Další nevýhodou může být **psychoterapeutický důvod**, ten mívají většinou osamělí nemocní, nebo ti, s nimiž rodina o jejich problémech není schopna komunikovat. Ti potom vyhledávají v hospici příležitost k jejich naslouchání. **Respitní (odlehčovací) důvod** bývá častý, pokud nemoc trvá příliš dlouho a pečující rodina nemocného si potřebuje odpočinout a nabrat síly a také nemocný občas potřebuje změnu prostředí. Nejde o nic negativního, ba naopak jde o preventivní opatření před vyčerpáním rodiny, konflikty a před zbytečnou pozdější hospitalizací.

(Svatošová, 2011, s. 119-120) Stacionární péče oddaluje hospitalizaci nemocného a umožní mu co nejdéle dožít v domácím prostředí (Haškovcová, 2007, s. 58).

2.3.3 Lůžková hospicová péče

Tato forma péče je vhodným řešením v případě, že o nemocného nemůže být pečováno v domácím prostředí a není možné ze zdravotních důvodů nebo s ohledem na vzdálenost jeho bydliště od hospice každodenní dojíždění do hospice. Pokud je nemocný umístěn do lůžkového hospice, neznamená to ještě, že zde musí také zemřít. Většina z nich hospic opakovaně opouští a poté se do něj zase vrací, dle individuálních potřeb, na základě jejich svobodné vůle. Pacient se může rozhodnout, zda bude v hospici pobývat sám, nebo s rodinným doprovodem. Může si dohodnout návštěvy, které nejsou nijak omezeny, jsou umožněny 24 hodin denně, 365 dní v roce. Návštěvy jsou vítány jako nezbytná součást péče o umírajícího, mohou se také po vzájemné dohodě zapojit do ošetrující péče o nemocného. *Mít v těchto chvílích u sebe ve dne v noci blízkého člověka na doslech a na dosah ruky, to není o nic méně důležité, než zbavit se nesnesitelné bolesti.* (Svatošová, 2003, s. 44-45) Režim dne si určuje pacient sám, rozhoduje si o tom, kdy a co bude jíst, kdy bude spát a vykonávat osobní hygienu. Pokud není nutné celodenní ležení na lůžku, může se v areálu hospice pohybovat ve svých civilních šatech. (Svatošová, 2011, s. 120-121)

Prostředí hospice připomíná svým interiérem spíše domov než nemocnici. Pacient se zde může volně pohybovat, může využít i zahradu nebo terasu k pobytu na čerstvém vzduchu, pobývat ve společenské místnosti, nebo navštívit kapli. Hospice jsou také vybaveny speciálními pomůckami, které umožňují kvalitní paliativní ošetrvatelskou péči, například polohovatelná lůžka s nastavitelnou výškou, pojízdné vany, mobilní dávkovače léků a jiné. (Haškovcová, 2007, s. 49)

2.4 Péče o pozůstalé

Hospicová péče v sobě zahrnuje nejen péči o umírajícího pacienta, ale i péči o pozůstalé, smrtí pacienta tedy nekončí, tím se také liší od běžné nemocniční péče. Úkolem paliativní péče je také citlivé posouzení psychických a duchovních potřeb rodiny a podpora toho člena rodiny, který péči potřebuje. Nejen pacient, ale i rodina stojí před úkolem přehodnocení smyslu života, proto často potřebují duchovní podporu, i když ji vždy sami nehledají. Členové personálu musí mít ujasněný vlastní postoj k duchovním záležitostem

a být připraveni o těchto věcech mluvit, musí umět tolerovat hodnoty druhých. Pokud pacient není již schopen sám vést vlastní život, může za něj převzít zodpovědnost člen rodiny. (Parkes, Relf a Couldrick, 2007, s. 27)

Péče je pozůstalým poskytována formou rozhovoru, praktickými radami a také empatickým nasloucháním prostřednictvím lékaře, speciálně vyškolené zdravotní sestry nebo sociálního pracovníka. Dle potřeby je s pozůstalými udržována korespondence, telefonáty i osobní návštěvy, pozůstalí jsou také zváni na různé vzpomínkové akce. (Svatošová, 2010, s. 206-207)

3 SPECIFIKA HOSPICOVÉ PÉČE

Hospicová péče má svoje specifika, které ji odlišují od běžné zdravotnické péče. Jedním z nich je působení multidisciplinárního týmu, který v sobě zahrnuje několik různých profesí včetně dobrovolníků. Dalším specifíkem jsou potřeby umírajících pacientů, které paliativní péče člení do čtyř dimenzí – potřeby biologické, psychologické, sociální a spirituální. Z těchto potřeb je velký důraz kladen zejména na potřeby spirituální, jejichž významnost bývá často podceňována. Specifické jsou také kompetence pracovníků v hospicové péči, které jsou podmínkou kvalitního poskytování paliativní hospicové péče. Podrobně budou jednotlivá specifika popsána v následujících kapitolách.

3.1 Multidisciplinární tým

Tým poskytující paliativní hospicovou péči musí být vždy multidisciplinární, patří sem zástupci zdravotnických i nezdravotnických povolání a oborů, za jeho členy jsou považováni také členové pacientovy rodiny i sám pacient. Aby byla zachována důstojnost nemocného, měl by si on sám rozhodovat o navrhované léčbě a dalších intervencích. Důležitá je práce v dobrém týmu, který je soustředěn na stejný cíl, kterým je dosažení kvality života pacientů a jejich rodin a zmírňování jejich utrpení. Složení multidisciplinárního týmu je následující: lékaři se specializací na paliativní medicínu a další odbornosti, zdravotní sestry, zdravotničtí asistenti, sociální pracovník, psycholog, fyzioterapeut, nutriční specialista, pastorační pracovník, duchovní. (Marková, 2010, s. 35)

Komplexní specializovaná paliativní péče může být poskytována pouze při spolupráci různých profesí a oborů a jejich neustálé vzájemné komunikace, aby tak byla zajištěna fyzická, psychická, sociální i duchovní podpora pacientů. Dle doporučení Rady Evropy by měl vedoucí roli v jednotlivých činnostech multidisciplinárního týmu zastávat odborník se specializací v oblasti paliativní péče. (Radbruch a Payne, 2010, s. 24 - 25)

Plnohodnotnými členy hospicového týmu jsou také dobrovolníci, jejich práce je velmi ceněna, bez nich by se žádný hospic neobešel. Je kladen důraz na jejich spolehlivost, musí dodržovat závazný rozpis služeb, nemůžou přijít do hospice jenom tehdy, když se jim to hodí. (Svatošová, 2011, s. 124) *Na první pohled vypadají jako úplně obyčejní a nenápadní lidé, ale naši pacienti vědí, že jsou to spíše andělé. Dokáží vysedávat u osamělých umírajících lidí dlouhé hodiny a dny, někdy i týdny. Nemusí ošetřovat, stačí, že tam prostě jsou a nikam nespěchají.* (Svatošová, 2003, s. 45)

Komunikace mezi všemi členy týmu by měla být založena na partnerství. Důležitou informací může pacient sdělit komukoliv, s kým přichází do styku, nemusí to být vždy pouze lékař nebo zdravotní sestra. Proto je každý člen týmu stejně důležitý a musí dostat svůj prostor. Rozlišují se dva typy komunikace – komunikace formální a komunikace podpůrná. Komunikace formální se týká jednotlivých pacientů a je vedena písemnou formou, kdy všichni, kteří jsou zapojeni do péče, zaznamenávají do jednotné dokumentace všechny důležité údaje o nemocném. **Formální komunikace** probíhá také prostřednictvím pravidelných schůzek multidisciplinárního týmu, které mohou probíhat v různých intervalech, nejméně však jednou týdně. Na těchto schůzkách se mají možnost vyjádřit všichni členové týmu k potřebám jednotlivých pacientů ze svého úhlu pohledu. Tým také řeší otázky etické, a to zvláště v situacích, kdy potřeby pacienta nejsou ve shodě s potřebami rodiny pacienta nebo týmu. **Podpůrná komunikace** směřuje jednak k motivaci a ohodnocení jednotlivých členů týmu, a také probíhá na neformální úrovni, protože je nutné, aby se členové týmu zajímali navzájem jeden o druhého, byli si nablízku a vzájemně se podporovali. (Marková, 2010, s. 36-37)

3.2 Specifické potřeby umírajících pacientů

Důležité je, aby člověk, který odchází z tohoto světa, měl každý den to, co potřebuje. Pro odborníka, ať jde o lékaře, psychologa nebo zdravotní sestru, je podstatné najít potřebnou míru blízkosti, což znamená nepodlehnout ani přílišné identifikaci, ani zbytečně velké distanci. (Kosová, 2014, s. 133)

D. Callahan (1991, s. 144) zabývající se problematikou smrti a umírání a lékařskou etikou poukazuje na to, že by péče o pacienty měla být upřednostňována před léčením, protože nikdy nemáme jistotu, že bude nemoc vyléčena a smrt odvrácena. Vítězství nad nemocí a smrtí mohou být pouze dočasná, kdežto potřeby podpory a péče jsou vždy trvalé. Péče o umírajícího pacienta by měla být orientovaná na emocionální podporu, na dosažení pocitu pohody, na vnímavost k bolestem a utrpení ze strany ošetřujících a snahu co možná nejvíce ulevit nemocným v jejich situaci.

Ze třech základních lidských potřeb, které Callahan (1991, s. 145-146) uvádí, a to potřeby existovat, potřeby cítit a myslet a potřeby konat, by měla péče o umírajícího směřovat zejména k potřebě existovat. Tuto potřebu hrozba smrti nejvíce ohrožuje, vyvolává v lidech strach, úzkost, obavy, děs a hrůzu. Přejít ze života ke smrti je těžko představitelný a přijetí lidského osudu velmi obtížné.

J. Prokop (2006, s. 57-59) považuje za důležitou potřebu umírajícího pacienta zachování jeho důstojnosti. Pochopení potřeby důstojnosti se musí projevit v počinání ošetřujících. Důstojnost je oboustranná, i zdravotníci mají svoji důstojnost. Důstojnost je v mnoha případech porušována ze strany zdravotníků, pramení to pravděpodobně z jejich zastávání dominantnější role, z otupělosti k lidskému utrpení. Umírající pacient však potřebuje povzbuzení své důstojnosti. Citlivým problémem se stává v souvislosti s důstojností také ztráta nezávislosti. Ošetřující personál někdy zbytečně přehání péči, a dělají za pacienta i to, co by zvládl sám, tím ho v jeho očích ponižují a on se tak stává čím dál více odkázán na pomoc druhých. Omezuje se tak participace i autonomie pacienta. Dalším problémem vztahujícím se k důstojnosti je komunikace. Zde je úcta člověka k člověku nejviditelnější. Například oslovování a vedení dialogu mezi pacientem a ošetřujícím. Měl by se dodržovat správný komunikační vztah personálu k lidem, o které pečují. Dalším rizikem narušení lidské důstojnosti je fyzická manipulace, je nutné s člověkem nakládat jako s osobou a ne jako s předmětem. Je třeba mít na paměti, že jde o službu a péči o člověka. Zvláště při intimní hygieně je nutno se vyvarovat ponižujícího obnažování.

3.3 Čtyři dimenze potřeb umírajícího pacienta

Dnešní přístup ke smrti a umírání se orientuje na skutečně dobrou a důstojnou smrt, čemuž napomáhá hospicové hnutí. Jeho cílem je pomoc nejen umírajícím, ale také i jejich rodinám, všemožnými prostředky je usnadněno umírání, poskytnuta pomoc s přijetím smrti a vyrovnáním se s bolestnou ztrátou blízkého člověka. Jde o péči, která uspokojuje potřeby člověka odpovídající čtyřem dimenzím, patří sem dimenze fyzická, psychická, spirituální a sociální. (Munzarová, 2002, s. 60)

Dimenze potřeb vycházejí z definice zdraví WHO, která říká, že zdraví není pouze nepřítomnost nemoci, ale také jde o plné tělesné, duševní, sociální a duchovní blaho člověka (Svatošová, 2012, s. 21). Potřeba je z antropologického pohledu něco, bez čeho se člověk nemůže obejít, lidské potřeby vyjadřují vztah člověka k prostředí i k sobě samému. Lze je chápat jako požadavky organismu spojené s bytím, směřování k životním hodnotám, tužbám, přáním, cílům. Chápání a preference důležitosti potřeb je subjektivní, závisí na osobnostních charakteristikách jedince, na hmotném i kulturním prostředí, ve kterém se člověk nachází. Během lidského života, vlivem situací, které na člověka působí, dochází ke změnám potřeb. U umírajících, u jejich doprovázejících a později také

u pozůstalých, dochází na základě uvědomění si blížící se smrti k přehodnocení důležitosti a ke změně hierarchie potřeb. (Dorková, 2014, s. 81)

3.3.1 Potřeby biologické

Patří sem vše, co potřebuje nemocné lidské tělo. Příjem potravy, která musí být někdy speciálně upravená, zbavení těla produktů vlastního metabolismu, a to pokud možno přirozenou cestou bez klystýrů a cévek. Dále tělo potřebuje dostatečný přísun kyslíku, nerušený spánek a přiměřenou pohybovou aktivitu, aby nedocházelo k atrofiím a proleženinám. Velmi důležité pro pacienta je odborně vedené tišení bolesti. (Svatošová, 2012, s. 21-22)

Člověk, ocitající se na sklonku života, se stává stále více závislý na pomoci druhých. Je mnohem citlivější a zranitelnější, dochází ke změnám v jeho osobnosti i v jeho nejbližším okolí. Jeho potřeby se následkem nových skutečností mění, nejdůležitější biologickou potřebou se v jeho situaci jeví potlačení dystanázie. Jde o odstranění nebo zmírnění symptomů, které jsou pro pacienta nepříjemné a vyčerpávající, patří mezi ně bolest, obtížné dýchání, kašel, zvracení, problémy s vylučováním a další. Pro umírajícího jsou důležité i zdánlivé maličkosti, jako např. držení za ruku, hlazení, utírání potu, zvlhčování rtů. Pokud se mu dostává těchto pozorností, naplňuje ho to pocitem sounáležitosti a necítí se ve svém umírání osamocen. Umírající pacient může mít také různá přání, například chuť na něco dobrého k jídlu nebo k pití. I když nelze všechna přání vždy zcela splnit, měla by se alespoň hledat alternativní řešení. (Dorková, 2014, s. 82-83)

3.3.2 Potřeby psychologické

Do této kategorie patří především potřeba respektování lidské důstojnosti bez ohledu na tělesný stav člověka. Člověk je jedinečná a neopakovatelná bytost a jako takový musí být přijímán a respektován, zejména v jeho konečné fázi života. Potřebuje také pocit bezpečí, není vhodné mu jakkoliv lhát, nebo říkat něco, co by mělo za následek ztrátu důvěry. Důležitou potřebou je pro takového pacienta komunikace se svým okolím, nesmí se zapomínat na to, že i mimoslovní komunikací se dá hodně sdělit. Je potřeba mít na paměti, že umírající pacient v agonii slyší a vnímá své okolí. (Svatošová, 2012, s. 22)

Proces umírání nese pochopitelný dopad na lidskou psychiku, pacient se obává vlastního bytí a umírání, zvláště ztráty soběstačnosti a vlastní důstojnosti a také se bojí bolesti.

Strach a obavy nepostihují pouze umírajícího, ale také jeho doprovázející, rodinné příslušníky. Lidská důstojnost je v této fázi života pro člověka nejdůležitější psychickou potřebou, vnímá ji jako úctu k sobě samému i jako úctu v očích druhých. Její ztráta způsobuje člověku velkou bolest a utrpení. Dalšími psychickými potřebami jsou potřeba jistoty a bezpečí, autonomie, sounáležitosti, seberealizace, estetická, potřeba být informován a nalézt klid. (Dorková, 2014, s. 83-84)

3.3.3 Potřeby sociální

Protože je člověk tvor společenský, který od narození žije ve společnosti lidí, nechce být ani na sklonku svého života vyčleněn a být v izolaci. Nemocný potřebuje kontakt s druhými lidmi, zvláště s rodinou, potřebuje přijímat návštěvy. Mělo by být respektováno jeho právo na usměrňování frekvence návštěv. (Svatošová, 2012, s. 22)

Kvalitní a důležité sociální vztahy a sociální oporu umírajícímu člověku poskytuje především nejbližší osoba. Potřebuje být ale také v kontaktu se širším okolím, potřebuje od společenství lidí kladné postoje, ocenění, přijetí a lásku. Mezi sociální potřeby patří také potřeba sebeúcty, potřeba citová a potřeba nebýt osamocen. Pro umírajícího je také důležité urovnání sociální situace a vyřešení problémů ve vztazích a majetkových záležitostech, např. sepsání závěti. (Dorková, 2014, s. 84-85)

Nejtěžší pro umírajícího je odloučení z lidského společenství. Proto umírající potřebují nejen péči, ale také do poslední možné chvíle společnost druhých lidí, aby byli ujištěni, že nejsou zapomenuti, že smrti jejich těla nebude předcházet smrt jejich sociálního bytí, že nebudou vytěsněni z mysli a pozornosti svých nejbližších a pečujících. (Callahan, 1991, s. 146)

3.3.4 Potřeby spirituální

Tyto potřeby byly dříve opomíjeny, tabuizovány, nebo byly považovány za potřeby pouze věřících lidí. Ale spirituální potřeby má každý člověk, věřící i nevěřící. S příchodem vážné nemoci se člověk začíná ohlížet za svým životem, zabývat se otázkami smyslu vlastního žití. Proto je třeba umírajícímu pomoci pochopit, že může v každé situaci žít smysluplně. Pokud nedojde k naplnění potřeby smysluplnosti, prožívá člověk stav duchovní chudoby. *Každý člověk v takové situaci potřebuje vědět, že mu bylo odpuštěno, a má potřebu i sám odpouštět. Každý člověk potřebuje vědět, že jeho život měl a až do poslední chvíle má smysl.* (Svatošová, 2012, s. 23)

Existencionální otázky, které v sobě spiritualita zahrnuje, jsou spojeny s podstatou lidské bytosti, s pochopením života jako takového, nového smyslu vlastního bytí, opouštění všeho světského. Člověk potřebuje v těchto chvílích klidné prostředí a soukromí, aby se mohl uzavřít do sebe, soustředit se na svoje myšlenky, zklidnit city, meditovat či modlit se. (Dorková, 2014, s. 85)

U člověka v terminálním stadiu nemoci převažují potřeby spirituální, které jsou v našem zdravotnictví většinou tabuizovány, nebo jsou mylně považovány za psychologické potřeby a jsou oddělovány od medicínské péče, naproti tomu v hospici jsou považovány za neoddělitelné. Proto se požaduje po pomáhajících pracovnících v hospici **hlubší a osobnější angažovanost**, sdílení se s pacientem na té nejhlubší úrovni, což předpokládá **soucit, vcítění, smysl pro hodnoty, zralost**. Také je důležité vytvořit nemocným vhodné podmínky tak, aby bylo naplněno jejich právo na soukromí, které je právě v umírání tolik nezbytné. Proto jsou v hospicích považovány za nutný standard jednolůžkové pokoje s přistýlkou pro rodinu. Každý člověk má svůj vlastní hodnotový žebříček, který může být odlišný od jiných lidí. Proto je třeba bezpodmínečně respektovat to, co je důležité pro konkrétního pacienta, přesto, že to bude odlišné od předpokladu pečujícího pracovníka. (Svatošová, 2010, s. 197)

Důležité je také zachovat verbální kontakt až do poslední chvíle života, nebát se na člověka mluvit, komunikovat s ním, dotýkat se ho. Lidská důstojnost souvisí také se spirituální dimenzí člověka. Umírání je rozhodujícím momentem života. *Jak život člověk ukončí, tak bude pohlíženo na celý jeho život. To je představa, kterou má valná většina pacientů, se kterými jsem se v terminální fázi nemoci setkal.* (Prokop, 2006, s. 61)

3.4 Fáze umírání

Aby personál hospice lépe porozuměl potřebám, projevům a pocitům pacientů, je dobré znát fáze, kterými si každý umírající musí projít. Vždy ale záleží na osobnosti člověka, zkušenostech, vnějších okolnostech, fáze mohou být u každého různě dlouhé, mohou se i prolínat, některé se opět vracejí. Pacient nemusí vždy dojít až do posledního stádia, může zemřít dříve, ve fázi deprese nebo zlosti, někdy se setkáváme před smrtí u pacientů s nezvyklou euforií. Fázemi umírání neprochází pouze pacient, ale i jeho nejbližší rodina, která prožívá vše společně s ním. Fáze nemusí probíhat vždy v uvedeném sledu, některé se mohou opakovaně vracet a střídát, prolínat, a to i v jednom dni. Někdy se stává, že pacient se nachází v jiném stadiu než jeho blízcí, pak je může v doprovázení zastoupit

jiná vhodná osoba, jako třeba dobrovolník, duchovní nebo někdo z přátel. (Svatošová, 2011, s. 23-24)

Asi nejznámější jsou **fáze (stádia) umírání**, které definovala na základě vlastní mnohaleté zkušenosti s umírajícími pacienty ve své knize „O smrti a umírání“ americká lékařka **Elisabeth Kübler-Ross**.

1. Stádium – popírání a izolace – jde o prvotní odmítání, kdy nezáleží na tom, zda informaci o zdravotním stavu se dotyčný dozvěděl od lékaře, nebo mu byla diagnóza zatajena a došel si k ní sám. Odmítání a popírání reality funguje jako obranný mechanismus, dává pacientovi čas se z šokující zprávy sebrat a zmobilizovat síly. Jde o dočasný stav, který je záhy vystřídán částečným přijetím skutečnosti. První pacientovou reakcí je dočasný šok, otřes, ochromení, které začne časem ustupovat, člověk najde sílu se vzchopit, ale zaujímá postoj, že se ho to určitě netýká. Pacient nebere nemoc na vědomí.
2. Stádium – zlost – pokud už nejde pokračovat v prvotním stádiu popírání, přicházejí pocity zlosti, vzteku, závisti a rozmrzelosti. Pacient si hněv vybíjí na všech ve svém okolí, proto je těžké pro rodinu i pečující personál projít s pochopením toto stádium. Projevy pacienta nesmí být brány osobně a vztahovačně. Pro nemocného je v této fázi důležité, když ho lidé v jeho okolí respektují a chápou, věnují mu čas a pozornost, když vnímá, že není ostatním lhostejným, že mu pomáhají, naslouchají. Vyžaduje to toleranci, je třeba nechat pacienta vyplakat, vyjádřit jeho zlobu, vyslovit jeho obavy někomu, kdo mu bude naslouchat. Návštěvy rodiny přijímá bez radosti, chová se, jako by mu bylo těžce ubližováno, jeho nálada je stísněná. Rodina i personál to mají s pacientem v této fázi velmi těžké.
3. Stádium – smlouvání – jde o pokus o odklad, oddálení, stádium trvá většinou krátký čas, přesto je pro pacienta stejně důležité jako stádia předcházející. Nemocný si přeje prodloužení života o dny bez bolesti a fyzických potíží a očekává, že za dobré chování a splněné sliby toho může za odměnu dosáhnout. Tyto sliby a smlouvání mohou vycházet ze skrytého pocitu viny. Proto je třeba nemocným pečlivě naslouchat, případně uplatnit v péči interdisciplinární přístup.
4. Stádium – deprese – nastupuje, když pacient nemůže už dál svoji nemoc popírat, ubývá mu síla, jeho zlost a hněv jsou vystřídány pocitem velké ztráty. Nevyléčitelně nemocný musí prožít hluboký smutek, aby byl připraven na konečné rozloučení se světem. Pokud je mu umožněno prožít si svůj žal, může přejít do další fáze

smíření. V těchto chvílích umírající potřebuje tichou přítomnost druhého člověka, nebo mít možnost popovídat si.

5. Stádium – akceptace – pokud člověk zvládl předchozí stádia a necítí už zlost ani nenávisť vůči zdravým a žijícím osobám, nebude již truchlit nad blížící se ztrátou a bude v tichém očekávání nahlížet na svůj nadcházející konec. V této fázi bývá často unavený, zesláblý, mnohdy v krátkém spánku. V tomto období potřebuje více podpory, pomoci a porozumění rodina, než samotný pacient. U umírajícího dojde k vnitřnímu míru a akceptaci, přeje si být sám, nemá náladu na povídání, komunikace je často neverbální. Dochází k postupnému odloučení, komunikace již není oboustranná. (Kübel-Ross, 1992b, s. 35-120)

Křivohlavý, Kaczmarczyk (1995, s. 40-43) uvádějí **Horowitzův model pěti fází odchodu:**

1. Výkřik – jde o psychický stav pacienta, který se dozvěděl, že jeho nemoc je nevléčitelná. Pacient reaguje často výkřikem, zděšením, šokem, panikou, je překvapen nečekanou zprávou, plný pocitů obav, strachu a děsu. Tyto emoce často skrývá, hraje nebojácného nebo se pokouší rádoby o humor. Častěji se ovšem setkáváme s výkřiky, pláčem, zoufalstvím, hysterickým strachem, psychickou ochablostí, omdléváním.
2. Popírání – pacient vědomě nebo nevědomě popírá skutečnost, nechce ji vidět, snaží se potlačit existenci krizové situace. Je apatický a bez zájmu o vše, co se týká jeho zdravotního stavu. Někdy i bez zájmu o okolní svět. Projevuje se tak, jako by se nic nedělo.
3. Intruze – (z lat. vstupuji, vcházím) – pacient má neustálé nutkání myslet na to, co se stalo, co ho šokovalo. Je to jediným obsahem jeho myšlení a rozhovorů. Opakovaně sděluje naslouchajícím svoje představy, které ho přemáhají a vyčerpávají. Má problémy se spánkem, trpí děsivými sny a nočními můrami. Pacient je vyčerpaný, bere mu to radost, sílu a naději.
4. Vyrovnání – pacient hledá cestu z bezvýchodné situace. Pokouší se vymanit z vlivu předcházející etapy, přemýšlí o jiných možnostech, zkouší nové cesty. Často zkouší alternativní metody léčení a je schopen dělat věci, nad kterými ostatní lidé žasnou. Je nutné, aby svůj postoj změnil a přešel k přijetí – akceptaci. Pomůže mu v této fázi přítomnost blízkého člověka.

5. Smíření – akceptace a vyrovnání se situací, její přijetí. Pacient je schopen myslet na svoji těžkou situaci jen když chce a nemyslet na ni, když nechce. Nejde ovšem o stav rezignace nebo dekompenzace, člověk je „postavený nad věci“.

3.5 Kompetence pracovníků v hospicové péči

Doprovázení umírajících vyžaduje nejen zohledňování jednotlivých fází umírání, uvedených v předcházející kapitole, ale předpokládá také u zaměstnanců v hospicové péči přítomnost profesionálních kompetencí, které zaručují způsobilost k plnění specifických úkolů v kontextu umírání, smrti a zármutku. Mezi nejdůležitější úkoly patří:

- *vést umírající a jejich nejbližší ke schopnosti překonávat situace umírání*
- *podporovat umírající a jejich rodiny k tomu, aby si uchovaly právo na sebeurčení i v situaci umírání*
- *zastupovat zájmy umírajících a jejich rodin*
- *radit a instruovat umírající a jejich nejbližší, aby si s danou situací lépe poradili*
- *včlenit proces umírání a umírající zpět do společnosti*
- *vypořádat se s křivdami a zbytečnou zátěží truchlících lidí*
- *přivést zpět umírání a smrt do povědomí veřejnosti. (Student, Mühlum a Student, 2006, s. 110)*

Vzhledem k rozsáhlosti oblasti plnění úkolů v hospicové péči lze obtížně definovat konkrétní profesní kompetence pro pracovníky v hospicové péči, jedná se o určité vědomosti, dovednosti a postoje. Zaměstnanci hospice by měli být také otevření dalšímu vzdělávání a vykonat tak něco pro sebe i pro druhé a tím udržovat v rovnováze poskytování a přijímání pomoci, které zaměstnání v hospici vyžaduje. (Student, Mühlum a Student, 2006, s. 118-120) V následujících podkapitolách uvádíme dle dostupné literatury některé podstatné kompetence pracovníků v hospicové péči.

3.5.1 Schopnost získat důvěru pacienta

Klienti, kteří přicházejí do hospice, mají často negativní zkušenosti z předcházejících hospitalizací. Mají pocit křivdy, že ošetřující lékař už je nechce léčit a že nad nimi „zlomil hůl“. Ošetřovatelský personál v hospicové péči se musí pokusit vytvořit pro pacienta takovou atmosféru, aby se dokázal uvolnit, získal si jejich důvěru i sebedůvěru, a dospěl k pocitu osobní důležitosti a vlastní důstojnosti. Pro získání pacientovy důvěry je nutné, aby mu byl poskytnut **dostatek informací** týkajících se jednak zařízení, ve kterém

se nachází, a také jeho zdravotního stavu. Pacient by také měl mít **možnost spolurozhodovat** o svých záležitostech, které se týkají nejen léčby, ale také způsobu trávení jeho času v hospici a možnosti volby oblečení. (Marková, 2010, s. 53)

Pacienty je třeba povzbuzovat k tomu, aby převzali za svůj život zodpovědnost, přistupovat k nim jako k „vedoucímu týmu“. To vyžaduje od personálu změnu v myšlení a k dosažení žádoucích výsledků využití všech schopností v mezilidské komunikaci. Tento přístup lze aplikovat u pacientů dosahujících zdravého stupně autonomie, není vhodný v případě umírajících lidí, kterým selhávají tělesné funkce. Současně je důležité **dodržovat ve vztahu k pacientovi „optimální odstup“**, příliš mu pomoc nevnucovat a neplést se bez vyzvání do jeho rodinných záležitostí. Tento odstup ale nesmí být na druhou stranu příliš velký, aby se pacient necítil odcizeně a odmítnutý. (Parkes, Relf a Couldrick, 2007, s. 26-29)

3.5.2 Obratnost ve verbální a neverbální komunikaci

Citlivým problémem je sdělit nemocnému pravdu a přitom mu nevzít naději. Pracující v hospici se nesmí bát s vážně nemocným **mluvit i o smrti**, ale jen tehdy, kdy to nemocný potřebuje. Nemocný má potřebu hledání smyslu, klade otázky „proč“, „k čemu“ a hospicový tým by měl umět **pomoci v hledání odpovědí**. Důležitým požadavkem na všechny personál – od lékaře až po uklízečky a dobrovolníky – je **dobré zvládnutí verbální i neverbální komunikace**. Aby byl nemocný schopen projít všemi fázemi umírání až k akceptaci, vyžaduje si tento proces mnoho kontaktů a velmi důvěrných rozhovorů, přičemž si nemůžeme dovolit plýtvat časem, obvykle ho mnoho nezbyvá. (Svatošová, 2010, s. 203-204)

Pomoc fyzická je poskytována kvalitní ošetrovatelskou péčí. Pro nemocného a jeho rodinu je někdy největší službou pomoc v pochopení smyslu utrpení, to předpokládá hluboký lidský a současně profesionální přístup a týmovou práci všech zaměstnanců i dobrovolníků. (Svatošová, 2011, s. 116)

3.5.3 Vyjasněný postoj ke smrti a umírání

Člověk, který chce pracovat v hospici, nemůže být **zdatný** pouze **po stránce odborné**, ale **také po stránce lidské**, musí mít bezvýhradně a **skutečně rád lidi** a hlavně musí být **vyrovnaný se svou vlastní smrtelností**, konečností (Svatošová, 2011, s. 115-116). Je nutné, aby měl vyjasněný postoj ke smrti a umírání, musí mít vytvořen **vlastní postoj**

ke smrti všeobecně i konkrétně ke své vlastní smrti. Jedině tehdy mohou být ošetřovatelé pro umírající tou pravou pomocí k tzv. dobré smrti, tou pravou terapeutickou hodnotou, pokud dokáží zpracovat a oddělit svoje prožitky od pocitů pacientů. Vnímání smrti a s ní související pocity jsou totiž velmi individuální. (Ulrichová, 2014, s. 71)

3.5.4 Kompetence k předcházení syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření může postihnout nejen rodinné příslušníky, kteří dlouhodobě pečují o svého nemocného člena rodiny, ale také zaměstnance hospice. Práce s těžce nemocnými a umírajícími sebou přináší velkou námahu a psychickou zátěž, proto by měla být věnována maximální péče **prevenci syndromu vyhoření.** V rámci prevence je třeba si klást splnitelné cíle, nenechat si na sebe naložit neúnosné břemeno, bojovat proti rutině, vymýšlet si nové pracovní postupy, upravovat prostředí, dopřát si **dostatek odpočinku, umět se odreagovat, pobavit se.** (Svatošová, 1998, s. 33)

Také je třeba věnovat se kvalitní přípravě na specifika práce s umírajícími, vědět o nebezpečí vzniku, projevech a možnostech léčby syndromu vyhoření. Pracovníci by měli být přiměřeně zatěžováni, měli by mít zřetelně vymezeny pravomoci a také by jim měl být umožněn dostatečný čas k odpočinku. Výhodou je, pokud se zaměstnanec věnuje ve volném čase nějakému koníčku a dopřává si vhodnou relaxaci. (Haškovcová, 2007, s. 193-194)

Pracovník v hospici nesmí zapomínat na to, že je třeba **neustále doplňovat energii, sílu a lásku** a musí vědět, jak na to (Svatošová, 2011, s. 116). Měl by odcházet z pracoviště domů s dobrým pocitem a vědomím, že neselhal, že udělal vše, co bylo v jeho silách, i když mu zrovna některý pacient zemřel. Musí si uvědomit, že není za všechno zodpovědný, ne vždy se podaří u pacienta dosáhnout vyřešení všech jeho osobních záležitostí, mezilidských vztahů, nalezení smyslu života, protože musí být respektována pacientova autonomie. V případě potřeby vyslechnutí je zaměstnanci hospice k dispozici psycholog, kaplan nebo supervizor. (Svatošová, 2012, s. 73)

3.5.5 Smysl pro humor

Jak říká M. Svatošová (2003, s. 57), *humor je velký dar, který člověku pomůže leccos překonat.*

Nemocnému nebo umírajícímu pacientovi bychom měli dovolit nejen plakat, ale i smát se, protože není dobré, aby byla kolem takového člověka vytvořena atmosféra vážnosti

a smutku. Přítomnost humoru je v paliativní péči pro pacienta velmi důležitou složkou a může být pacientovi nápomocna k objevení nové dimenze v jeho nemoci. (Marková, 2010, s. 70)

Humor je druh emoce, která vzniká na základě schopnosti jednoho člověka vyvolat pocit pobavení u jiného člověka, doprovodnými emocemi jsou úsměv a smích. Humor je kořením života a smích je výborným lékem, bez humoru by byl život nudný. V napjatých situacích dokáže humor odlehčit situaci, odbourávat stres a podnítit kreativitu, protože díky němu můžeme přijít na jiné myšlenky. Humor nám navrácí suverenitu, která byla ohrožena nepříjemnou situací, pomáhá vytvářet odstup v těchto situacích bez toho, abychom utíkali od problémů a zavírali před nimi oči. Smích také posiluje imunitu, uvolňuje svalové napětí, zlepšuje trávení, snižuje napětí a stres, příznivě působí na dýchací systém, srdce a další orgány, snižuje bolest, urychluje proces hojení, snižuje hladinu cukru v krvi, odbourává únavu a pozitivně působí na mezilidskou komunikaci. Dr. Hutchinson v 19. století řekl, že lékař může uzdravit někdy, ulevit často, potěšit vždycky. Také všichni pracovníci pomáhajících profesí mohou potěšit pacienta nebo jejich příbuzného tím, že u nich vyvolají smích, obveselí je nebo najdou obyčejný důvod k radosti. Chce to jen mít odvalu k humoru. Situací, momentů a příležitostí, kdy je zapojení humoru moudré, se najde spousta. (Huneš, 2015, s. 8-10)

Křivohlavý (2002, s. 105) také poukazuje na nezanedbatelný vliv humoru na psychiku pacienta, zvláště toho druhu humoru, který je pacientovi blízký. Frankl (2006, s. 169) dodává, že: *nic nemůže utvářet změnu postoje vůči lidským podmíněnostem a danostem tak léčivě jako humor.*

3.5.6 Umění naslouchat

Svatošová (2012, s. 50) považuje za nejdůležitější dovednost ošetřujícího v hospici – **umění naslouchat**. *Je bezpodmínečně potřeba naučit se naslouchat a k tomu slyšet víc, než je řečeno slovy. Znamená to, nejen umět bezchybně zopakovat pacientova slova, ale zároveň správně interpretovat i jeho emoce a řeč těla neboli nonverbální projevy. Ale ani to ještě není všechno. Je třeba účinně a s užitkem naslouchat duši.* Dále uvádí, že z reakcí pacienta lze poznat, zda se cítí v přítomnosti ošetřujícího bezpečný a respektovaný. Je třeba si uvědomit, že při kontaktu ošetřujícího s pacientem dochází k oboustrannému pozorování a nemocný snadno pozná, zda je mu skutečně nasloucháno, nebo jde o pouhé předstírání. Také z neverbálních projevů pozná, zda nám na něm opravdu

záleží a snažíme se ho pochopit, nebo ho v duchu kritizujeme a odsuzujeme. To co nahlas říká, nemusí být vždy ve shodě s tím, co si ve skutečnosti myslí. (Svatošová, 2012, s. 50)

Pokud má být naslouchání pro pacienta přínosem, musí se ošetřující učit rozpoznat, kdy se umírajícímu chce hovořit a kdy odmítá a respektovat to. Rozhovor s umírajícím může být poučný a přínosný i pro ošetřujícího, může se mnohému od něj naučit. *Nemocný brzy pojme důvěru, když má partnera, který se o něho stará, cítí s ním a nenechá ho na holičkách; navázání vztahu nevychází ze slov, nýbrž z mnoha nepatrných gest.* (Kübler-Ross, 1992, s. 19) Někdy je třeba umírajícího k rozhovoru vyzvat, pokud lze vypořádat, že mu něco brání v klidném umírání, i po jediném sezení s ním ho lze zbavit zbytečného strachu a trápení (Kübler-Ross, 1992, s. 127).

Křivohlavý (1993, s. 12-13) popisuje, co se odehrává mezi hovořícím a naslouchajícím. Člověk, který naslouchá, věnuje hovořícímu především **čas**, který patří mezi to nejvzácnější, co mu může dát. Dále věnuje svoji **pozornost**, tím mu dává na vědomí, že mu není lhostejný, že mu za to stojí, že ho považuje za člověka hodného úcty. Naslouchající také projevuje **úctu (respekt)**, tím uznává hodnotu mluvícího člověka. Nabízí **přátelství**, kterým dává najevo ochotu k případné spolupráci při hledání řešení, věnuje **prostor ve svém myšlení a cítění**, prostor nejen v čase, ale také ve svém srdci, daruje tím pocit, že je ochoten se cele věnovat hovořícímu, že je tu nyní jen pro něj a ostatní jde stranou. Dále věnuje **důvěru**, jako doklad lásky, která je nejmocnějším terapeutickým činitelem, nedůvěryhodnému člověku by nenaslouchal. Nabízí hovořícímu prostor k tomu, aby mu sdělil něco, co považuje za důležité, aby se s ním rozdělil o svoje radosti i starosti.

Nemocný potřebuje také pokoj, klid a mír, to znamená víc, než jen ticho, jsou ve vztahu k vnitřnímu pokoji a usmíření umírajícího s druhými lidmi a také samého se sebou. Proto je třeba pacientům **naslouchat**, dělat jim „vrbu“. Musíme se snažit porozumět potížím a potřebám pacientů, pochopit jejich konflikty a životní krize. Pokud se dozvíme, že umírajícího trápí neuskutečněné usmíření s někým, s kým se již nemůže setkat, měli bychom **zprostředkovat** takového **usmíření** buď pozváním dotyčného k umírajícímu, nebo pomoci napsat dopis, či vyřídít vzkaz. Důležitá je také **radost**. Umírající by měl pociťovat radost z toho, co mu bylo v životě dopřáno a že mohl být do konce s těmi, které má rád, že neodchází bez usmíření a rozloučení se svými nejbližšími. (Křivohlavý, Kaczmarczyk, 1995, s. 34-35)

E. Kübler-Ross (1992, s. 127) na základě své praxe vyzorovala, že *nemocný krátce před smrtí má určité potřeby, které se dají splnit, pokud si rezervujeme čas být u něho a naslouchat mu. Především mu musíme dát upřímně najevo, že jsme připraveni převzít na sebe jeho starosti a úzkosti. Jednání s umírajícími pacienty ovšem vyžaduje určitou zralost, která se získává zkušeností. I my musíme k tomuto úkolu přistoupit připraveni. K pacientovi usedáme oproštěni od vlastní úzkosti a v duševní vyrovnanosti.*

3.5.7 Schopnost soucítění – empatie

Pečující a doprovázející umírajícího člověka by měl zvládat pozitivní emoce, mezi které patří především **soucítění - empatie**. Jde o schopnost vžít se do situace druhého člověka. Soucítění není totéž jako soucit. Soucit vyjadřuje nadřazenost jednoho nad druhým, zatímco soucítění je výrazem stejné úrovně obou. Jeden není v ponížené pozici a druhý nevyužívá vyšší pozici prezentovanou například mocí. Je třeba **vžít se do pacienta**, uvědomit si, co si myslí, co cítí, co by si přál. Důležitým prvkem je naděje, která pomáhá snášet utrpení, dodává sílu. Doprovázející by nikdy neměl brát umírajícímu naději, vymlouvat mu ji, neměl by se s ním přít a diskutovat s ním o reálnosti jeho naděje. **Naději** musíme pacientům **přinášet**, ne mu však vnucovat naději podle našich představ. Důležitá je láska. Ale ne jen sebe-láska, ale i **tebe-láska**. Jde o lásku doprovázejícího i umírajícího. Lépe je na tom pacient, který se nesnaží pouze od druhých lidí brát, ale snaží se druhým lidem i dávat. (Křivohlavý a Kaczmarcyk, 1995, s. 31-33)

...velkou část utrpení si nemocný způsobuje vlastně sám tím, že neustále krouží jen kolem sebe, kolem svého problému. Lituje se. Podaří-li se nám zaměřit jeho pozornost taky trochu na druhé, podaří-li se nám vyprovokovat ho k drobným nezištným skutkům lásky, vše se začne v dobré obracet. (Svatošová, 2003, s. 29)

Zakladatelka hospicového hnutí C. Saunders (2005, s. 2-8) uvádí, že práce v hospici by měla pramenit z **respektu a úcty k pacientům**, z pečlivé pozornosti k jejich bolesti a utrpení. To znamená skutečně se zabývat tím, jak vypadají jednotlivé druhy bolesti, jednotlivé symptomy a na základě těchto znalostí zjišťovat, jak nejlépe umírajícím ulevit. To obnáší nepřetržité **získávání nových dovedností** a jejich **rozvíjení**, zvláště v oblastech, které jsou zanedbávány. Pacienti si přejí nejen dovednosti, ale také **soucítí**. Potřebují teplo a přátelství stejně tak jako technickou péči. Skutečná péče a doprovázení musí obsahovat obě tyto věci. Pečující o umírající se musí učit, jaký je to pocit, být tak nemocný, opouštět život a všechny svoje aktivity, jaké to je, vědět, že moje schopnosti odcházejí, síly ubývají

a že jsem složen z lásky a zodpovědnosti. Musí se také učit, jak se cítí pacienti, jak s nimi **soucíť**, když jim není dobře, nabízet jim možnost **naslouchání**, dávat jim tichou, klidnou podporu, když si potřebují najít vlastní cestu. Pacienti nehledají u pečujících osob pouze lítost, soucit a přílišnou shovívavost, ale chtějí také, aby na ně bylo nahlíženo s **respektem** a **očekáváním odvahy**. Ošetřující mohou zmírnit umírajícím utrpení, mohou jim pomáhat najít nový pohled na to, co se stalo, ale je třeba, aby si uvědomili, že jinak jsou bezmocní.

Měli bychom se učit nejen jak osvobodit pacienty od bolesti a utrpení, jak jim rozumět a nikdy je nezklamat, ale také jak být tiší, mlčící, jak naslouchat a jak být prostě a jednoduše pouze tady¹ (Saunders, 2005, s. 8).

3.6 Logoterapie – hledání a nalézání smyslu života

Smysl je konkrétní podoba plodného bytí. Když nacházíme smysl, nalézáme své místo ve světě a své úkoly, kterými naplňujeme den po dni svůj život. (Kosová, 2014, s. 46)

Smysl můžeme chápat jako cíl, jako něco, co nám pomáhá orientovat se v normách, hodnotách, v rozhodnutích. V dnešní postmoderní době je preferován spíše subjektivní smysl, který vychází z osobního přání jedince. Z hlediska logoterapie můžeme nalézat smysl v každém okamžiku, v každé životní situaci. Při hledání smyslu využíváme intuici, tvořivost, spolupodílí se také svoboda s odvahou. Nesmíme se držet striktně vlastní představy o tom, jak má život přesně vypadat, ale musíme přijímat to, co nám život nabízí a snažit se nalézat odpovědi na otázky, které nám život klade. (Kosová, 2014, s. 43-44)

3.6.1 Svědomí, svoboda, odpovědnost

„Orgánem“ smyslu, místem, kde člověk nachází jedinečný smysl v každé životní situaci, je **svědomí**. Lidé jsou odpovědní vůči svému svědomí, svědomí nám také pomáhá rozlišovat mezi dobrem a zlem, usměřňuje nás v rozhodování. Dobré svědomí ovšem nemá být cílem správného lidského jednání, tím by měl zůstat prvotní podnět k činu, postoji nebo vztahu. Měli bychom mít na mysli, že naše svědomí se může i mýlit, měli bychom se snažit respektovat svědomí druhých lidí a nesoudit to, co by měl dělat druhý člověk. Život nám klade otázky spojené s odpovědností. **Odpovědnost** máme jednak za životní

¹ Angl. We should learn not only how to free patients from pain and distress, how to understand them and never let them down, but also how to be silent, how to listen and how just to be there.

úkoly, jednak ve vztahu k druhým lidem. Odpovědnost, která nás vede ke starosti a k zájmu o druhého člověka, však musí být současně spojena se zachováním **svobody** jeho vlastního rozvoje. Nesmíme odpovědnost ztotožňovat s ochranou ani s mocí nad druhým člověkem, musíme respektovat jeho odlišnosti a potvrzovat tak jeho důstojnost. (Kosová, 2014, s. 51-52)

Svoboda člověka je vyjádřena také v jeho možnosti svobodného rozhodnutí, za které ovšem nese odpovědnost vůči svému svědomí. Pokud se člověk rozhodne pro určitou variantu, bere na sebe riziko odpovědnosti za své rozhodnutí a svojí volbou se tak vzdává ostatních možných alternativ. (Křivohlavý, 1994, s. 20-22)

3.6.2 Smysluplnost života

Smysluplný život neznamena nic více ani nic méně než z okolností a možností dané situace uskutečnit to nejlepší možné. (Längle, 2002, s. 28)

Smysluplně žít znamená, že se člověk za pomoci svého nadání a svých schopností a za přítomnosti svého chtění a cítění věnuje tomu, co mu život nabízí v právě přítomné chvíli. K dosažení smyslu je zapotřebí také osobní angažovanosti. Téma smyslu života se týká každého životního období, protože vždy musí člověk ve svém životě něco snášet nebo svůj život utvářet. Život nám k tomu nabízí mnoho možností. (Längle, 2002, s. 11)

Pokud chceme dosáhnout naplnění života, měli bychom dle Längleho (2002, s. 16) *prožívat něco, co je samo o sobě hodnotné, co lze zakoušet jako dobré, krásné a obohacující, měnit a činit lepším – lepším samo o sobě, nikoli jen lepším pro mne, a kde nic z toho nelze, kde je nezbytné dané okolnosti prostě snášet, sebe samého proměňovat k lepšímu.*

Na otázku, co znamená **smysluplně žít**, odpovídá Längle (2002, s. 41-46) následovně:

1. **Plnit úkol**, který je před nás právě postaven, rozpoznat v dané situaci nejvyšší možnou hodnotu, a tu skrze sebe uskutečnit.
2. **Rozpoznat, vycítit a nalézt smysl**, uchopit jeho hodnotu, naléhavost a působivost. Pravý smysl ale nikdy člověka nenutí, dává mu svobodu.
3. Přijímat od životních skutečností **nabídky možností** jako materiál ke zpracování. Člověk se musí ptát, jestli je právě on vhodný ke splnění nabízeného úkolu, ptát se po smyslu utrpení, protože čím je životní okolnost tíživější, tím hlubší skrývá smysl.

4. **Uchopit celek** a tím spatřit smysl, hledat souvislost v tom, co se nám zpočátku jeví jako nesouvisející, porozumět těmto souvislostem.
5. Nehledat smysl v prostředcích, které nejsou konečným cílem, jako je kariéra, blahobyt a pohodlí, smysl neslibuje člověku snadné a rychlé dosažení nejpříjemnějšího života. Smysl nám představuje výzvu přinášející **riziko**, které musíme podstoupit.
6. Být **pružní** ve vnímání hodnot, protože každá nová situace nám přináší také změnu smyslu, každé konkrétní situaci vždy odpovídá konkrétní smysl.
7. Smysl člověk nenalezne přemýšlením, nemůže ho vymyslet, smysl člověk **intuitivně vycítí** dříve, než si ho uvědomí.
8. Smysl může nalézt každý člověk, který je schopen učinit **rozhodnutí**, a to na základě svého **svědomí**, svého vnitřního citu pro to, co je správné.
9. Zaujímat **otevřený postoj** k otázkám, které klade přítomná chvíle a nalézat na ně odpovědi.

3.6.3 Smysluplnost práce

Smysl a smysluplnost života tvoří naši cestu k cíli. V zaměstnání jsme každodenně stavěni do situací, kdy musíme řešit různé úkoly, rozhodovat se a tím máme možnost projevit svoji vlastní osobnost, to, kdo jsme, o co v životě usilujeme, kam směřujeme. Každé povolání dává příležitost ke smysluplnému žití. Nejde o to, jakou dělá člověk práci, ale co je to za člověka, **kdo** je ten, co pracuje. Dále je důležité, **jak** dělá člověk svoji práci, v tom je vyjádření smysluplnosti práce. Zatřetí bychom se měli ptát, **co** člověk dělá. Člověk by měl vidět v tom, co dělá, něco hodnotného, něco, co má povahu nějaké obecné hodnoty, smysluplně realizovat hodnoty. (Křivohlavý, 1994, s. 59 -60)

Práce v povolání člověku umožňuje konkrétní naplnění tvůrčích hodnot. Pokud člověku jeho práce nepřináší pocit naplnění, není problém v povolání, ale v člověku. Pokud někdo tvrdí, že ho jeho práce nenaplnuje, ale v jiném povolání by naplnění dosáhl, jedná se u něj o nepochopení smyslu práce. Povolání samo o sobě nedělá člověka nezastupitelným, nenahraditelným, pouze mu k tomu dává příležitost. Smysl a hodnota práce tkví ve vlastním výkonu, ne v konkrétním povolání jako takovém. Neexistuje pro člověka pouze jedno konkrétní povolání, které by mu přinášelo možnost naplnění. Je pouze na něm, zda uplatní v zaměstnání svoji jedinečnost, osobitost, specifčnost a udělá tak svůj život smysluplným. Někdy je přirozený vztah člověka k jeho práci v povolání odkloněn

od jedinečného sebenaplnění a tvůrčí realizace hodnot k pouhému prostředku k cíli – k získání finančního zhodnocení práce. (Frankl, 2006, s. 114-115)

Zážitek smysluplnosti práce je součástí celkové životní spokojenosti člověka a jeho směřování ke smysluplnosti celého života. Prožívání smysluplnosti bytí je v zásadě subjektivní a představuje pro člověka základní existenciální potřebu. Neuspokojení této potřeby může být u člověka jednou z příčin vzniku psychického vyhoření, tzv. **syndromu burnout**. (Křivohlavý, 2012, s. 102)

3.7 Motivace lidského chování

Abychom porozuměli různým lidem a jejich osobnosti, potřebujeme nejdříve poznat to, co tito jedinci chtějí nebo nechtějí, jaké cíle si stanovují a jak těchto cílů hodlají dosáhnout. Všichni lidé nehodnotí různé události stejným způsobem a také v jejich jednání se vyskytnou rozdíly. Příčinou těchto rozdílů jsou odlišné potřeby a osobně významné motivy plynoucí z těchto potřeb, které jsou základem lidského chování a důležitými individuálními charakteristikami člověka. Určují to, jak budou lidé v určitých situacích reagovat. Nejvýznamnější potřeby a s nimi spojené motivační tendence nám mohou posloužit k předpovědi pravděpodobného chování jedince a také v souvislosti s tím jeho úspěšnost v soukromém i profesním životě a jeho adaptaci ve společnosti. Význam jednotlivých potřeb a také míra jejich uspokojení se odrážejí v charakteristickém životním stylu člověka. Preference potřeb není stálá, v průběhu času u ní může docházet vlivem různých okolností ke změnám. (Vágnerová, 2010b, s. 265)

3.7.1 Motivační vlastnosti a motivační stavy

Motivační vlastnosti jsou trvalé charakteristiky osobnosti, na nichž závisí to, jak intenzivně a jakým způsobem bude ve svém chování a prožívání člověk uplatňovat nějaký motiv. Každé motivační vlastnosti odpovídá určitý motiv. **Motivační stavy** jsou určovány právě přítomnou intenzitou motivů, která se mění v závislosti na vnějších a vnitřních podmínkách. (Říčan, 2007, s. 99)

3.7.2 Hierarchie potřeb dle Maslowa

Motivy vycházejí z potřeb člověka, tyto potřeby můžeme různě třídit, členit a seskupovat. Jedním z nejznámějších uspořádání potřeb je Maslowova hierarchie potřeb, podle které dochází k uspokojování potřeb postupně, od nejnižších, až po ty nejvyšší – metapotřeby.

Pokud není uspokojena nižší potřeba, nemůže člověk dosáhnout uspokojení vyšší potřeby. Mezi základní potřeby patří **fyziologické potřeby**, které dominují v organismu a zachovávají všechny jeho funkce, po jejich uspokojení přicházejí na řadu **potřeby bezpečí**, ty pomáhají člověku k uvolnění od strachu, přispívají k jeho stabilizaci. Člověk také potřebuje někam patřit, být součástí společenství lidí, dávat a přijímat lásku, z toho vyplývá potřeba **sounáležitosti a lásky**. Dále v hierarchii následují **potřeby respektu**, sem patří vysoké sebehodnocení, sebeúcta, pozitivní přijetí druhými lidmi. Tuto potřebu můžeme rozdělit do dvou podskupin. První podskupině je podřazena touha mít sílu, úspěch, zvládat úkoly, vlastnit kompetence. Do druhé podskupiny patří touha po prestiži, dobré pověsti, respektu ze strany druhých lidí, potřeba uznání, úcty, získání statusu, důstojnosti a ocenění. Nejvýše v pyramidě potřeb stojí **potřeby seberealizace a sebetranscendence**. Tyto potřeby vlastní pouze dospělí lidé, souvisejí s hodnotami, se smysluplností. Pokud člověk nedělá v životě to, co vychází z jeho přirozenosti, to k čemu je předurčen, nerealizuje svoje možnosti, není tím, kým by mohl být, přetrvává u něho nespokojenost, přestože má jinak všechny ostatní potřeby uspokojené. (Maslow, 1990, s. 72-86)

Součástí vnitřního vybavení člověka jsou nejen fyziologické, ale i psychologické potřeby, které mají povahu nedostatků. Když nejsou optimálně naplněny, může docházet k subjektivnímu strádání a někdy dokonce i k nemoci. Všechny potřeby spolu souvisejí, vývojově na sebe navazují a jsou řazeny dle důležitosti. Tyto potřeby krok po kroku vedou člověka k všeobecné sebeaktualizaci a k řešení s nimi souvisejících hodnotových problémů. *Pro lidstvo existuje jedna nejvyšší hodnota, vzdálený cíl, k němuž směřují všichni lidé. Různí autoři ji nazývají různě: sebeaktualizace, seberealizace, integrace, psychické zdraví, individuace, autonomie, kreativita, produktivita – ale všichni se shodují na tom, že jde v zásadě o naplnění možností člověka, o možnost stát se plně lidským, stát se vším, čím člověk může být.* (Maslow, 2014, s. 209)

3.8 Pojetí osobnosti – fenomén „Já“

Pokud bychom chtěli zkoumat lidskou psychiku, měli bychom se zajímat o to, jak vzniká zážitek jedinečnosti, jak člověk vnímá sebe jako člověka, který se v něčem shoduje s ostatními lidmi a v něčem zase vidí svoji jedinečnost s ohledem na variantu osobnostních vlastností, povahových rysů a individuální osobnostní struktury. V jádru osobnosti je „já“. Systémový pohled na fenomén „já“ spočívá v pochopení vlastního lidství člověka a smyslu

jeho existence na tomto světě. „Já“ v sobě zahrnuje potenciál pro vlastní dobrý život i ve prospěch druhých lidí, člověk je předurčen k životu v rámci mezilidských vztahů, ze kterého něco získává, ale také něco dává. „Já“ je samo sobě současně subjektem i objektem. (Vašina, 2013, s. 59-60)

„Já“ si je vědomo určité míry vlastní účinnosti (self-efficacy) a má přiměřenou míru sebedůvěry. „Já“ hodnotí sebe (self-esteem), zvažuje, jakou hodnotu má jeho bytí pro ně samotné a pro lidi kolem. To má své vyjádření v sebeúctě (self-worth), která se mj. promítá do míry sebeakceptace, kde jsou zhodnoceny i názory druhých lidí na člověka. (Vašina, 2013, s. 62)

Sebepojetí odpovídá na otázku „Kdo jsem?“, zahrnuje v sobě reálné, ideální i aktuálně prezentované „já“. V jeho jádru je **sebehodnocení** – sebeocenění na základě vědomí vlastní kompetence a účinnosti v sociální realitě, vědomí vlastní hodnoty vzešlé z mezilidského kontaktu. Jádrem sebehodnocení je **sebeúcta** jako výsledek konfrontace reálného a ideálního „já“, aspirační úrovně a vlastního potenciálu a přirozeného zážitku lidství. Citový aspekt sebepojetí je vyjádřen mírou **sebeakceptace** a **sebelásky**, ta závisí na důvěře ve vlastní prožitky a projevy chování, pomáhá člověku v potvrzení hodnoty vlastní existence. (Vašina, 2013, s. 63; Vágnerová, 2010b, s. 311)

3.8.1 Self-efficacy – Pocit vlastní zdatnosti

„Já“ jako subjekt, představuje intimní postoj člověka k vlastní osobě a existenci. Sebepostoj si člověk utváří na základě hodnocení vlastní způsobilosti, svéráznosti a stálosti vlastní identity. Kompetence či zdatnost „já“ vyplývá z individuálního přesvědčení člověka, že je schopný vykonávat určité úkoly a zvládat současné a budoucí situace. Pocit vlastní zdatnosti člověka motivuje, určuje jeho výkon a náladu. Dodává člověku sebedůvěru, odvalu, snahu, vytrvalost v úsilí k dosažení cíle. Pocit vlastní zdatnosti je podle teorie A. Bandury utvářen předešlým výkonem a s ním spojenou zkušeností, nepřímou zkušeností získanou pozorováním chování druhých lidí, sociálním míněním – zejména kladným sociálním hodnocením ze strany druhých lidí, fyziologickým stavem organismu a emočním prožíváním. (Cakirpaloglu, 2012, s. 165)

3.8.2 Self-esteem – Pocit vlastní hodnoty - Sebeúcta

Sebeúcta vyjadřuje přesvědčení člověka o kladnosti a žádoucnosti jeho vlastních projevů a vlastností, jde o souhrn emočních postojů k vlastní osobě. Sebeúcta přispívá k motivaci

člověka, k jeho pocitu pohody a mentálnímu zdraví. Pokud je člověk výkonný a úspěšný, zažívá pocity pohody, štěstí a zvýšené sebeúcty. Míra pocitu vlastní hodnoty je závislá na úspěšnosti člověka při zvládnání vysoce hodnocených cílů, na kladném hodnocení vlastní osoby ze strany druhých lidí v kontextu sociálních vztahů a na současném prožitku vlastního úspěchu či neúspěchu a reflexe ze strany vnějších pozorovatelů. Sebeúcta je tedy výsledkem vzájemného působení vnitřních a vnějších činitelů (vlastního ocenění „já“ a ocenění „já“ prostřednictvím druhých lidí). Stav sebeúcty není stálý, závisí na aktuálních výsledcích činností člověka a s ním souvisejícím prožitkem vlastní zdatnosti. (Cakirpaloglu, 2012, s. 169-170)

3.8.3 Pocit vlastní jedinečnosti

Pocit vlastní jedinečnosti (angl. The sense of individuality) můžeme definovat jako *vědomí o tom, co je specifické pro mou osobu a v čem se mé „Já“ liší od „Já“ jiných lidí*. Jde o uvědomění si a přijetí svých vlastností souvisejících s fyzickým, psychickým a sociálním bytím osoby. Člověk prožívá pocit svéráznosti a uvědomuje si svoji vlastní osobitost. Tato subjektivní představa je závislá na úrovni vývoje poznávacích schopností, na věku a zkušenosti člověka. (Cakirpaloglu, 2012, s. 167)

Sebepojetí představuje výsledek nebo kompromis mezi tím, jak člověk vnímá a akceptuje sebe a tím, jak ho přijímají a hodnotí lidé a instituce (Cakirpaloglu, 2012, s. 172).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODOLOGIE VÝZKUMU

Teoretická část předložila objasnění některých důležitých pojmů, týkajících se zkoumané problematiky. Teoretická východiska byla v souladu s pravidly zakotvené teorie doplněna následně po ukončení výzkumu dle témat, která se během výzkumu vynořila a ukázala se být zásadními při vzniku nové teorie.

V praktické části se pokusíme na vybraném vzorku účastníků výzkumu najít odpověď na zvolenou výzkumnou otázku. S ohledem na zpracovávané téma byla pro empirický výzkum zvolena kvalitativní metodologie, která nám umožní prozkoumat naši problematiku do potřebné hloubky. Technikou sběru dat pro výzkum bude polostrukturovaný rozhovor, data budou následně zpracována za požití metody Zakotvené teorie. Následně představíme výzkumný soubor, způsob jeho výběru a popíšeme průběh výzkumu. Na závěr provedeme analýzu a interpretaci získaných dat a předložíme doporučení pro praxi.

4.1 Kvalitativní výzkum

Na počátku kvalitativního výzkumu nejsou stanoveny základní proměnné, ani hypotézy, výzkum není postaven na teorii, kterou již někdo předtím vybudoval. U kvalitativního výzkumu jde o získání maximálního množství informací o definovaném jevu tím, že se ponoříme do hloubky dané problematiky. V kvalitativním výzkumu je využívána induktivní logika, výzkumník musí nasbírat dostatečné množství dat, hledat v nich pravidelnosti, na základě kterých poté formuluje předběžné závěry. Ty potom srovnává s dostupnými daty a formuluje novou hypotézu nebo teorii. (Švaříček, 2014, s. 24)

Kvalitativní metody se užívají k odhalení a porozumění tomu, co je podstatou jevů, o nichž toho ještě moc nevíme. Mohou být také použity k získání nových a neotřelých názorů na jevy, o nichž už něco víme...mohou pomoci získat o jevu detailní informace, které se kvantitativními metodami obtížně podchycují. (Strauss a Corbinová, 1999, s. 11)

Výzkumník provozující kvalitativní výzkum by měl být schopen odstoupení a kritického analyzování situace, vyvarovat se zkreslení, výsledkem jeho výzkumu by měly být platné a spolehlivé údaje. Důležité jsou také schopnost abstraktního myšlení, vnímavost k teorii i sociální realitě, komunikační a pozorovací dovednosti. Měl by také umět aplikovat dřívější zkušenosti a teoretické znalosti při interpretaci pozorovaných jevů. (Strauss a Corbinová, 1999, s. 11)

4.2 Zakotvená teorie

Zakotvená teorie byla formulována několika autory v různých verzích, každá z nich má svá specifika i společné principy a procedury (Řiháček, Čermák a Hytych, 2013, s. 44). Při zpracování našeho výzkumu byla použita Zakotvená teorie (grounded theory) od autorů Strausse a Corbinové. Zakotvenou teorii jako kvalitativní pojetí výzkumu společně vyvinuli Glaser a Strauss. *Její systematické techniky a postupy analýzy umožňují badateli vytvářet teorie vycházející z empirického základu, které splňují všechny požadavky na dobrou vědu: validita, soulad mezi teorií a pozorováním, zobecnitelnost, reprodukovatelnost, přesnost, kritičnost a ověřitelnost.* Postupy zakotvené teorie zajišťují také důležitou tvořivost. (Strauss a Corbinová, 1999, s. 20) Jedná se o strategii, při které vyvíjíme teorii přímo ze získaných dat, bez použití předem připravených kritérií pro výběr dat, tato teorie se tvoří ryze induktivním procesem, bez předem připravených hypotéz (Disman, 1992, s. 299).

Dle Hendla (2005, s. 128) zakotvená teorie vyžaduje po výzkumníkovi opakované vstupy do terénu a průběžnou analýzu získaných dat. Sběr dat se opětovně provádí tak dlouho, dokud nezjistíme, že už nám další data nemohou přinést nic nového k rozvoji naší teorie.

4.3 Výzkumný problém, výzkumná otázka

Na začátku výzkumu je třeba určit zkoumatelný problém a zúžit ho tak, aby se s ním dalo pracovat. *Výzkumník v něm přesně formuluje, co chce zkoumat. Výzkumný problém je základem, od kterého se odvíjejí další kroky ve výzkumu. V úvodní fázi si výzkumník stanovuje i koho chce zkoumat, kdy a v jakých situacích ho chce zkoumat.* (Gavora, 2008, s. 17)

Před zahájením výzkumu jsme přistoupili k definování výzkumného problému. Zaměřili jsme svoji pozornost na to, jaké procesy bychom mohli odhalit na pozadí povolání v hospicové péči na základě subjektivního vnímání a hodnocení zaměstnanců. Poté jsme formulovali výzkumnou otázku tak aby splňovala předpoklady pro následné zpracování metodou zakotvené teorie a bylo možné na závěr předložit její zodpovězení.

Při použití metody zakotvené teorie musíme mít na paměti, že naším cílem je tvorba teorie a tomu musíme přizpůsobit formulaci výzkumné otázky, která bude zaručovat dostatek volnosti k důkladnému prozkoumání jevu. Počáteční otázka by tedy měla být dostatečně široká. Během výzkumu, s tím, jak postupně objevujeme pojmy a vztahy mezi nimi,

se výzkumná otázka může zužovat. Výzkum musíme začínat dostatečně otevřeně, abychom byli schopni dojít k objevu, což je účelem zakotvené teorie. (Strauss a Corbinová, 1999, s. 24)

Výzkumnou otázkou je ve výzkumu podle zakotvené teorie výrok, který identifikuje zkoumaný jev. Tento výrok říká, na co přesně se chceme zaměřit a co chceme o daném předmětu vědět. U zakotvené teorie se otázky často orientují na dění a průběh. (Strauss a Corbinová, 1999, s. 24)

K dosažení cíle výzkumu jsme tedy zvolili následující formulaci výzkumné otázky:

„K jakým událostem a změnám dochází u zaměstnanců v souvislosti s jejich povoláním v hospicové péči?“

4.4 Metoda sběru dat

Pro sběr dat v našem výzkumu byla zvolena metoda **polostrukturovaného rozhovoru**, předem byly připraveny okruhy otevřených otázek a k nim vytvořeny podotázky, které byly využity v rozhovoru dle potřeby. Sestavené otázky tvořili základní scénář, podle kterého byly jednotlivé rozhovory vedeny. Otázky byly také v průběhu realizace rozhovorů částečně upravovány a doplňovány podle toho, jak postupně docházelo k sycení dat a jak vyplývala následně potřeba tato data dosytit. Při sestavování otázek i během rozhovorů bylo dbáno na to, aby byly otázky otevřené a dostatečně široké, aby dávaly účastníkům rozhovorů maximální prostor k vyjádření se k dané problematice a současně, aby data získaná z rozhovorů byla tematicky v souladu se záměrem našeho výzkumu, a aby byla srozumitelná a uchopitelná pro následné zpracování. Seznam připravených otázek k rozhovorům je součástí Přílohy P I.

4.5 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor byl vybrán metodou **záměrného výběru**. Dle Miovského (2006, s. 135) *jde o takový postup, kdy cíleně vyhledáváme účastníky podle jejich určitých vlastností.* Na základě našeho záměru byli osloveni k výzkumnému šetření zaměstnanci pracující v hospicové péči v jednom moravském hospici, z důvodu zajištění větší anonymity není uvedeno přesné místo. Snahou při výzkumu bylo oslovit pracovníky různých pomáhajících profesí působících v hospicové péči, aby byl záběr výzkumu co možná nejširší. Výzkumu se zúčastnilo celkem 6 osob, 5 žen a 1 muž ve věkovém rozpětí 26 – 47 let. Výzkum začal oslovením sociální pracovnice, poté pokračoval rozhovory se dvěma zdravotními sestrami, s

pracovníci v přímé obslužné péči, s lékařkou a nakonec byl do výzkumu zařazen jeden muž, pracovník v přímé obslužné péči. V genderovém složení výzkumného souboru se odráží skladba zaměstnanců hospice, jednoznačně v hospicové péči ve vybraném zařízení převažovaly ženy. Úmyslem bylo zahrnout do výzkumu i jednu z řádových sester, které pracují v zařízení v hospicové péči jako zdravotní sestry, ale bohužel účast ve výzkumu z časových důvodů odmítly.

4.6 Předvýzkum

Cílem předvýzkumu je dle Gavory (2008, s. 17) *zjistit, zda výzkumný nástroj funguje v daných podmínkách a zda produkuje takové údaje, jaké se od něho očekávají*. V rámci předvýzkumu byla oslovena k rozhovoru jedna pracovnice v přímé obslužné péči. Na základě tohoto rozhovoru byly částečně upraveny okruhy otázek a některé další byly doplněny. Předvýzkum splnil svůj účel, bylo ověřeno, zda jsou pro účastníky výzkumu otázky jasné, srozumitelné a dostatečně otevřené. Šlo nám o to, aby se co nejvíce zaměstnanci o své práci rozpovídali, protože dle postupů zakotvené teorie jsme dopředu výskyt žádných jevů nepředvíдали, ale snažili jsme se nechat volně vynořit ze získaných dat to, co se na závěr ukáže být ve zkoumané oblasti podstatné, a co povede k následnému vytvoření nové teorie.

5 PRŮBĚH VÝZKUMU

Výzkum proběhl metodou polostrukturovaných rozhovorů v měsících leden – únor 2016. Jednotlivé rozhovory byly zaznamenávány na diktafon a poté převedeny do textové podoby, jejich délka se pohybovala v rozmezí 20-40 minut. Rozhovory byly realizovány postupně, průběžně byly kódovány a analyzovány. Na začátku každého rozhovoru byl oslovený účastník seznámen s účelem výzkumu, byl ubezpečen o absolutní anonymitě výzkumu a požádán o svolení záznamu rozhovoru na diktafon. Všichni účastníci se záznamem souhlasili, což přispělo ke kvalitnímu vyhodnocování dat. Díky možnosti přesného přepisu a opakovaného přehrávání rozhovorů postupně docházelo k objevování důležitých vztahů mezi jevy. Pro použití citací úryvků z rozhovorů v dalším textu byly přeepsané texty rozhovorů označeny R1 – R6 a jednotlivé strany textů očíslovány.

5.1 Zpracování výzkumu

Pro zpracování výzkumu byla použita metoda **Zakotvené teorie** v pojetí Strausse a Corbinové. *Zakotvená teorie je teorie induktivně odvozená ze zkoumání jevu, který reprezentuje. To znamená, že je odhalena, vytvořena a prozatímně ověřena systematickým shromažďováním údajů o zkoumaném jevu a analýzou těchto údajů. Proto se shromažďování údajů, jejich analýza a teorie vzájemně doplňují. Nezačínáme teorií, kterou bychom následně ověřovali. Spíše začínáme zkoumanou oblastí a necháváme, ať se vynoří to, co je v této oblasti významné.* (Strauss a Corbinová, 1999, s. 14)

Vzniklé hypotézy jsou systematicky odvozovány ze získaných údajů o zkoumaném jevu a udávají vztahy mezi pojmy, tím mohou posloužit jako vodítka v našem jednání. Také by měly být vysloveny podmínky, za nichž teorie platí a které se týkají vždy pouze konkrétní situace. Metoda zakotvené teorie si dává za cíl vytvořit teorii, která bude věrně odpovídat zkoumané oblasti a bude tuto oblast vysvětlovat. Očekává se také, že budou teorie různých disciplín nakonec vzájemně propojeny mezi sebou, a že výsledky teorie budou využitelné v praxi. (Strauss a Corbinová, 1999, s. 14-15)

Základním postupem při použití metody zakotvené teorie je analýza prostřednictvím kódování. *Kódování představuje operace, pomocí nichž jsou údaje rozebrány, konceptualizovány a opět složeny novými způsoby. Cílem kódování je vyextrahovat z údajů pár témat nebo vytvořit popisnou teoretickou strukturu z volně propojených pojmů.* (Strauss a Corbinová, 1999, s. 39)

Analýza je v zakotvené teorii tvořena třemi typy kódování, a to **otevřeným, axiálním a selektivním kódováním**. Typy kódování nemusí nutně následovat jeden za druhým, může se dle potřeby přecházet z jednoho typu k jinému a zpět, zvláště v případě otevřeného a axiálního kódování, které se provádějí na začátku výzkumu. **Analýzování** je ve své podstatě **interpretováním**. Středem všech kódovacích postupů se prolíná jedna obecná technika a tou je **kladení otázek**, to by mělo probíhat během celého výzkumu. Otázky by měly být analytické, to znamená tvořivé, které utvářejí samotnou analýzu. (Strauss a Corbinová, 1999, s. 41)

5.1.1 Otevřené kódování

V první části analýzy jsme postupně přistupovali k textům přepsaných rozhovorů a po jejich pečlivém prostudování v nich byly označovány jednotlivé pojmy – kódy. Rozhovory byly kódovány průběžně tak, jak byly realizovány a převáděny do textové podoby. Tímto postupem vzniklo velké množství pojmů, které byly podrobeny pečlivému zkoumání a porovnávání, byly v nich hledány podobnosti, rozdíly, souvislosti, příbuznosti. Za konkrétní pojmy byly označeny různě dlouhé větné úseky, dle významů a myšlenek, které v nich byly odhaleny. Někdy to byla pouhá slova, jindy části vět, celé věty nebo odstavce. Současně byly také opakovaně přehrávány audiozáznamy rozhovorů, což přispělo k ještě hlubšímu porozumění výpovědi a k objevení dalších souvislostí.

Dle postupu Strausse a Corbinové (1999, s. 45-48) následuje identifikace jevů v údajích, podle nichž seskupíme vytvořené pojmy, to nazýváme kategorizací. Kategorie označíme abstraktnějšími označeními, než jména pojmů, kategorie mají tedy určitý pojmový rozsah, tvořený skupinami pojmů neboli subkategoriemi. Kategorie můžeme pojmenovat také slovy, která použili naši informátoři, těm říkáme „in vivo“ kódy.

Přistoupili jsme tedy ke kategorizaci pojmů, vytvořili jsme několik subkategorií a následně kategorií. Celý proces otevřeného kódování provázelo neustálé kladení otázek, zvažování, srovnávání, zkoumání a hledání toho, co by mohlo být skryto za konkrétní výpovědi a myšlenkou. V našem výzkumu lze tuto první část kódování označit za časově nejnáročnější. Ukázka přepsaného rozhovoru s otevřeným kódováním je obsahem Přílohy P II, v Příloze P III přinášíme část otevřeného kódování s následným axiálním kódováním.

5.1.2 Axiální kódování

Po otevřeném kódování jsme přistoupili k dalšímu kroku, a tím bylo axiální kódování. Při tomto typu kódování jsou podle Strasse a Corbinové (1999, s. 70) *údaje po otevřeném kódování znovu uspořádány novým způsobem, prostřednictvím vytváření spojení mezi kategoriemi. To se činí v duchu kódovacího paradigmatu, které zahrnuje podmiňující vlivy, kontext, strategie jednání a interakce a následky.*

Navázali jsme na kategorie, které jsme vytvořili pomocí otevřeného kódování, a tyto údaje jsme skládali dohromady novým způsobem a snažili se vytvořit spojení mezi kategoriemi a jejichmi subkategoriemi. Při tomto kódování bylo naším úkolem bližší určení **jevu** s ohledem na **podmínky**, které jsou jeho příčinou, na **kontext**, do kterého je jev zasazen, **strategie jednání a interakce**, pomocí nichž je jev ovládán nebo vykonáván a **následků** těchto strategií. Určili jsme kategorie, které jsme uvedli do vzájemných vztahů a na základě těchto vztahů jsme sestavili paradigmatický model, ve kterém jsou zakresleny vztahy mezi jednotlivými kategoriemi. Přehled kategorií tvořících paradigmatický model přináší Tabulka 1, schéma paradigmatického modelu znázorňuje Obrázek 1.

Seznam kategorií a k nim přidružených subkategorií:

Příčinné podmínky – Nový začátek

- Prvotní pocity z nového zaměstnání
- Očekávané přínosy nového zaměstnání
- Nedostatek sebedůvěry

Jev – Výkon zaměstnání v hospicové péči

- Specifika hospicové péče
- Hospicová péče zahrnující péči o pacienta i jeho rodinu
- Potřeby a přání pacientů
- Respekt k autonomii pacienta
- Negativa a dopady zaměstnání v hospicové péči
- Spolupráce týmu

Kontext – Kompetence

- Kompetence pracovníka v hospicové péči

- Osobnostní předpoklady pracovníka v hospicové péči
- Znalost fází umírání
- Otevřenost vůči novým věcem
- Schopnost sebereflexe
- Schopnost relaxace

Intervenující podmínky – Rizika a předpoklady

- Riziko syndromu vyhoření
- Pozitivní zpětná vazba
- Klima na pracovišti
- Supervize

Strategie jednání a interakce – Nalézání smyslu

- Smysluplnost práce
- Vyrovnanost se smrtí
- Dobrá smrt

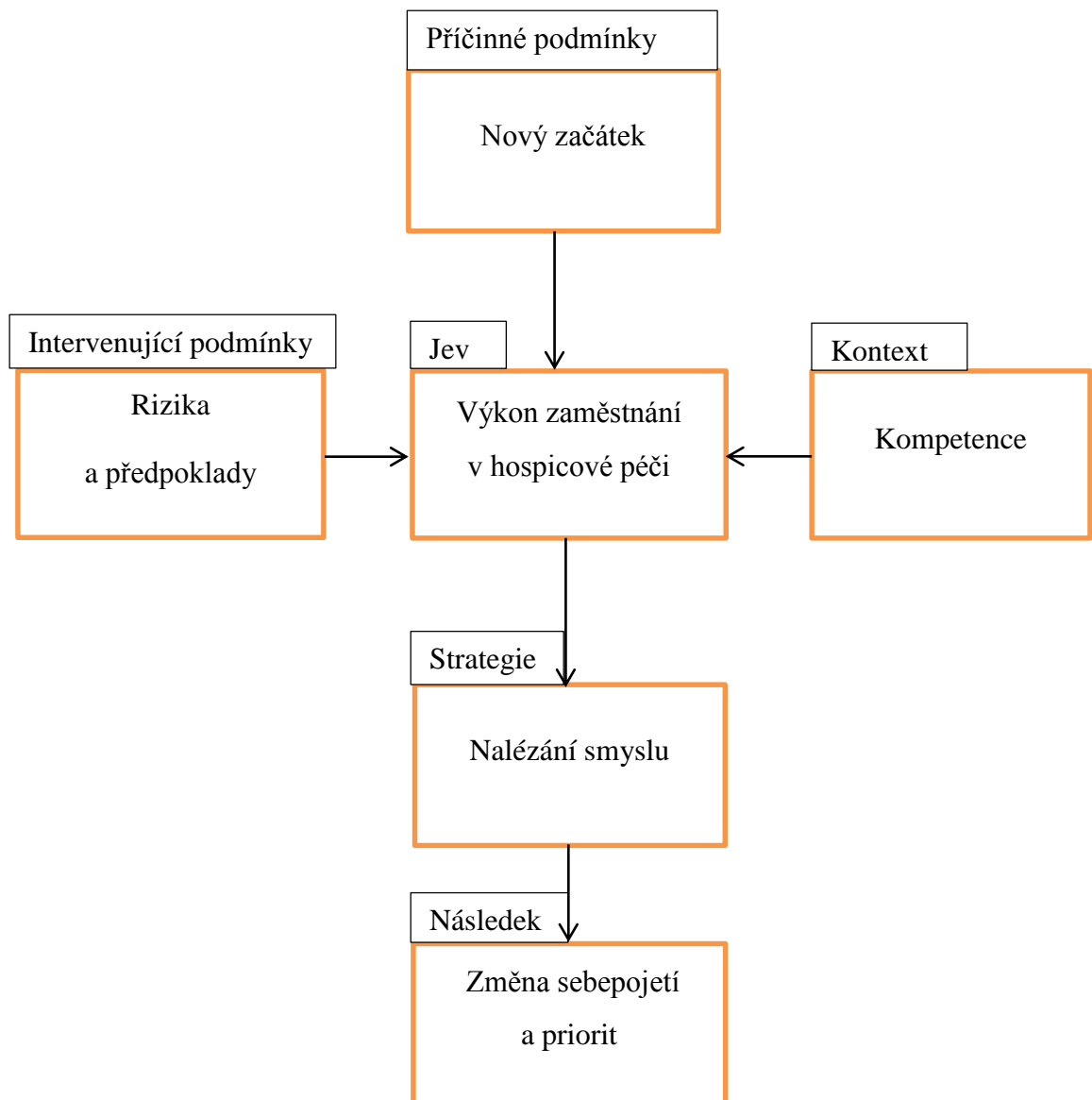
Následky – Změna sebepojetí a priorit

- Vědomí vlastní hodnoty, účinnosti a jedinečnosti
- Změna priorit a hodnotového žebříčku
- Nový pohled na život a na smrt
- Nové sebepojetí

Příčinné podmínky	Jev	Kontext	Intervenující podmínky	Strategie jednání a interakce	Následky
Nový začátek	Výkon zaměstnání v hospicové péči	Kompetence	Rizika a předpoklady	Nalézání smyslu	Změna sebepojetí a priorit

Tabulka 1: Paradigmatický model

PARADIGMATICKÝ MODEL



Obrázek 1: Paradigmatický model zakotvené teorie

5.1.3 Selektivní kódování

V této fázi výzkumu nastává integrace předcházejícím postupem vytvořených kategorií do zakotvené teorie. Jde o abstraktnější úroveň analýzy, podobnou axiálnímu kódování. Při tomto postupu jde o to, abychom to, co jsme doposud vytvořili, systematicky rozvinuli do takového obrazu reality, který bude pojmový, srozumitelný a hlavně zakotvený. (Strauss a Corbinová, 1999, s. 87)

Budeme postupovat tak, že nejdříve vyložíme **kostru příběhu**, dále uvedeme **pomocné kategorie do vztahu k centrální kategorii** podle vytvořeného paradigmatického modelu. Následně budou **kategorie** a jejich **vlastnosti** vzájemně **vztahovány na dimenzionální úrovni**. Na základě tohoto postupu bychom měli dospět k **zakotvení teorie** a **formulaci hypotéz**. Na závěr provedeme **ověření** vztahů mezi kategoriemi podle výzkumem získaných údajů.

Kostra příběhu

V souladu s postupy selektivního kódování nejdříve přinášíme **kostru našeho příběhu**:

Z výzkumu vyplynulo, že lidé, ucházející se o zaměstnání v hospicové péči přicházejí většinou do hospice s malým sebevědomím, s malou sebedůvěrou ve vlastní schopnosti. Potřebují nové zaměstnání k vyřešení své životní situace, jsou plni nejistoty a obav, ale také touhy po něčem novém, co by zvládli a co by uspokojovalo jejich potřebu altruismu. Po nástupu do zaměstnání v hospici začíná docházet v jejich životě k mnoha změnám. Mění se jejich pohled na život, na umírání a na smrt. Přehodnocují svoje priority a hodnoty, nacházejí v práci svoje uspokojení, naplnění, smysluplnost, svoje uplatnění, pocit prospěšnosti a užitečnosti, poznávají, že hospic není jen smutné místo, že je tam také místo pro radost a veselost. Zjišťují, že se mohou ve své nové práci úspěšně realizovat, že mohou využít svoje znalosti, dovednosti a osobnostní předpoklady. Jejich práce přináší také negativa, v podobě různých problémů, překážek, nedokonalostí, rizika syndromu vyhoření a hlavně také nízkého finančního ohodnocení. Ale díky pozitivní zpětné vazbě, kterou často dostávají ze strany pacientů, jejich rodinných příslušníků, pozůstalých, kolegů, přátel, vlastní rodiny i veřejnosti, díky vlastnímu pocitu sebenaplnění, své potřebě seberealizace, sebetranscendence a nalezení smysluplnosti své práce, jsou ochotni ignorovat tyto negativní aspekty jejich práce. V jejich osobnosti můžeme následně pozorovat výrazné změny v oblasti sebepojetí.

Dále budeme postupovat tak, že zvolíme centrální kategorii a uvedeme **pomocné kategorie do vztahu k centrální kategorii**, vycházíme přitom z našeho paradigmatického modelu.

Centrální kategorie – Výkon zaměstnání v hospicové péči

Jako centrální kategorii jsme určili **Výkon zaměstnání v hospicové péči**, k této centrální kategorii se vztahují další pomocné kategorie, které následně také popíšeme. Centrální kategorie byla zvolena na základě kostry našeho příběhu. Výkon zaměstnání v hospicové péči je základní příčina jevu, kterým je zásadní změna v sebepojetí člověka přicházejícího pracovat do hospice. Prostřednictvím zaměstnání v hospicové péči můžeme u člověka pozorovat jeho přerod z osoby s nízkým sebehodnocením a sebevědomím v osobu, která v sobě našla nový rozměr – a tím je zejména vysoká sebeúcta, pocit vlastní hodnoty a pocit vlastní účinnosti *...že pomáhám ostatním, že su jim nápomocný nějakým způsobem a taky že su prospěšnej, takže mám aji lepší o sobě mínění* (R6, s. 1). *...je to svým způsobem taková jakoby pro mě čest, doprovázet ty lidi na konci života* (R1, s. 2).

Hospicová péče má svoje specifika, zahrnuje v sobě jednak péči o umírajícího pacienta – klienta hospice, a jednak o jeho rodinné příslušníky, kteří péči a pomoc potřebují také...*pacient a jeho rodina jsou jako součást a my tak na ně koukáme* (R5, s. 3). Pracovníci hospice se snaží *...pomocť rodině překonat to těžké období, jakoby podpořit je, provést je tím obdobím a nabídnout jim vlastně bezpečné místo, kde mají možnost využít, kde jak jim pomůžeme od fyzických obtíží, tak prostě jim pomůžeme psychicky zvládnout tu situaci nebo i duchovní péči* (R1, s. 2). Pacientům je v hospici poskytována paliativní péče, která je zaměřena zejména na odstranění bolesti a dalších obtíží, na zachování důstojnosti člověka, jeho autonomie a na zamezení jejich sociálního vyloučení. *Snažíme se prostě uspokojovat ty sociální potřeby, ale vždycky na prvním místě by měl být ten nemocný a snažit se jakoby respektovat to jeho přání* (R1, s. 2). Smysl života umírajícího pacienta v hospici je naplněn až do samého konce. *...síly toho hospicového týmu prostě směřují k tomu, abychom těm lidem se snažili naplnit život tak, jak by to oni chtěli* (R1, s. 7). *Není našim cílem uložit nemocného do postele, aby koukal prostě do stropu a čekal na konec života, ale cílem té hospicové péče je, aby opravdu ten život byl kvalitní ve všech těch stránkách života, oblastech života a je důležitý ho opravdu žít až do konce, tak jak by si to ten nemocný přál* (R1, s. 7). Zaměstnanci v hospici se snaží ve směru k pacientům *...vyhovět jim ve všech přáních, pokud je to možné* (R6, s. 2), a také...*aby byl zajištěnej člověk po všech těch stránkách – dostal najíst, napít, převazy, aby mohl dýchat, aby byl bez*

bolesti (R3, s. 6). V hospici je velkou snahou, aby se prostředí pro člověka co možná nejvíce blížilo domácímu prostředí ...jestli chcou, nebo ti lidi jsou zvyklí na civilní oblečení, že můžou donést, ale musíjou potom ho vzít domů vyprat a zase ho přinést (R4, s. 2)...ted'ka máme na jednom patře udělaný takový ty provazový nástěnky, můžou donést fotky nebo nějaký obrázky, aby jim kousek to připomínalo toho domova (R4, s. 2).

Hospic není pouze smutné místo, kde se čeká na smrt, jak by se mohlo na první pohled zdát, je zde prostor k běžným lidským činnostem ... *před chvílí jsme byli přát tady jednomu pacientovi k narozeninám, tak jsme mu tam i zazpívali (R2, s. 3). ...tady jsme měli pána, ten měl chuť na pivo, tak jeho přání bylo jet ven na vozíčku, tak jeli ven na vozíčku a na tu kavárnu (R4, s. 3). ... jsme třeba i tady měli muže rybáře, který rád prostě chodil na ryby, a protože nám tady teče řeka, kousek od domu, tak není nic nemožného říct rodině, ať přinese rybářské náčiní, vzít vozík a prostě zajet k řece aspoň na hodinku, když to ten stav nemocného jakoby umožňuje (R1, s. 7).*

V hospici poskytuje pacientům a jejich rodinným příslušníkům svoji péči multidisciplinární tým, který je tvořen lékaři, zdravotními sestrami, pracovníky v přímé oblužné péči, sociálním pracovníkem, a také psychologem. Také zde s různými činnostmi významně pomáhají dobrovolníci a řádové sestry. Dobrovolníci účinně doplňují síly rodiny v péči o umírající, mohou vzít pacienty ven na vozík, pokud chtějí, nebo si s nimi mohou povídat, číst jim, zprostředkovat drobné nákupy, doprovodit do kaple na mši a plnit jim různá přání. Je důležité, aby členové hospicového týmu spolu vzájemně komunikovali a předávali si podstatné informace týkající se péče o pacienta.

Zaměstnání v hospici má i své negativní stránky a dopady na pracovní i osobní život zaměstnanců, je to zejména fyzická a psychická náročnost a nízké finanční ohodnocení...*vždycky hospic s penězama bojoval a zatím bojovat asi bude a kdybych měla být úplně samoživitelka, tak bych asi přemýšlela o tom, jestli opravdu bych možná musela hledat práci ještě jinak ohodnocenou, ale v zásadě si nějak nestěžuju jako by na to (R1, s. 2). Tak vždycky má člověk pocit, že by mohl mít víc. Možná, že kdybych pracovala někde ve státní nemocnici, tak bych měla pravděpodobně vyšší plat (R2, s. 3). Člověk by si představil asi vyšší plat samozřejmě, nebo když vím, že mám kamarádky v nemocnici, jejich plat na poloviční úvazek je takový, jako můj na plný úvazek (R3, s. 2). ...nejsme ohodnoceni moc dobře, že kdyby člověk šel někam za hranice, tak tam by byl placenej líp, ale zas člověk je rád za každou korunu, protože kdyby to nechtěl dělat, tak to dělat nebude (R4, s. 6). ...tak to by samozřejmě mohlo být lepší, ale tak zároveň si říkám, že ty peníze*

nejsou úplně to jediný (R5, s. 3). ...po té finanční stránce...mohlo by to být lepší (R6, s. 3). K finančnímu ohodnocení se v rozhovorech vyjádřili všichni účastníci výzkumu, a jak je z výše uvedených úryvků vidět, všichni hodnotí finanční ohodnocení negativně. Přesto to pro žádného z nich nepředstavuje závažnou překážku v práci, která by je vedla k potřebě změny zaměstnání s vyšším finančním ohodnocením.

Fyzická a psychická náročnost je zaměstnanci hodnocena převážně jako vysoká, zvláště proto, že se v hospici pracuje ve 12- ti hodinových směnách *...fyzicky... je člověk hodně vyčerpanej (R3, s. 5). Je to práce fakt fyzicky a psychicky náročná...kdyby nebylo různých těch moderních vymožeností...i když jsou ty pomůcky, tak je to pořád fyzicky náročný (R4, s. 9).* Po psychické stránce je pro personál hospice nejvíce zatěžující *...když odchází mladej člověk (R4, s. 7)...pak jako se ve vás vždycky něco sevře, vždycky si řeknete, že prostě to není spravedlivý, prostě, že ten život ještě neměl skončit (R1, s. 4).* Další nevýhodou je třeba i to, že mimo hospic většinou zaměstnanci nemohou s nikým jiným sdílet svoje pocity...*člověk o té práci moc nemůže mluvit jinde...okolí tomu neporozumí...to je prostě někdy i tak nesdělitelný...když to člověk neprožívá, tak to ani nemůže pochopit (R2, s. 2).* Vnímaná psychická náročnost povolání v hospici je závislá na tom, jak je člověk všeobecně vyrovnán se smrtí a také s vlastní smrtelností, jakým způsobem přijímá smrt, jak na její častou přítomnost v hospici pohlíží...*to je prostě úplně přirozené, že vždycky, když je nějaký začátek, tak automaticky musí být i nějaký konec (R6, s. 3),* a také na tom, zda je právě přítomný u pacienta ve chvíli jeho smrti. Velkou výhodou pro přirozené přijetí smrti u pracovníků je jejich spiritualita...*pro mě smrt není ten úplnej konec (R2, s. 4).*

Pomocné kategorie

Nový začátek - Příčinná podmínka

K zaměstnání v hospici vedly pracovníky v hospicové péči různé důvody, společné pro ně bylo to, že potřebovali novým zaměstnáním vyřešit nějakou svoji životní situaci za podmínek svého nízkého sebehodnocení a nízkého sebevědomí. Tito lidé potřebovali najít jakékoliv nové zaměstnání odpovídající jejich kvalifikaci a splňující jejich představy a požadavky...*hledala jsem něco, co by mě uspokojovalo (R5, s. 1).* Hospic nebylo zařízení, které by volili prvoplánově, ale hospic jim představil svoji vstřícnost a lidskost tím, že jim umožnil například pracovat na částečný pracovní úvazek a nabídl možnost

využití jejich znalostí, dovedností a jejich altruistické povahy a potřeby být užitečný. Pracovníci přicházeli do nového zaměstnání se strachem, obavami, s nadějí, s vděčností, plní očekávání a napětí, co je asi bude v hospici čekat, jak tu novou práci budou zvládat. *Určitě jsem úplně nevěděla, co mě tady potká* (R3, s. 1). Svého rozhodnutí nelitují, jejich práce je naplňuje a jsou i přes některé nedostatky v práci spokojení, vyplývá to také z délky jejich pracovního poměru v hospici (u třech osob to bylo 8 let, u dalších osob 5 let, 4 roky a 2 roky).

Kompetence – Kontext

Člověk, který by chtěl pracovat v hospici, by měl kromě základního předpokladu odbornosti splňovat také určité osobnostní předpoklady a měl by vlastnit některé konkrétní kompetence, bez nichž by v hospici nemohl odvádět kvalitní práci. Měl by dobře zvládat **komunikaci**, ta je v hospici důležitá nejen při kontaktu s pacientem a jeho rodinou, ale také s ostatními kolegy, a různými institucemi. Prostřednictvím dobře zvládnuté komunikace by měl pracovník umět **vzbudit v pacientech důvěru** a dodávat jim odvalu, aby uvěřili *...že je tu opravdu rádi vidíme, že se nemusí bát o to, co přijde, co bude dál, a že to společně zvládneme...že uděláme všechno to nejlepší* (R2, s. 2). Pacientovi musí být umožněno pocítit, že není nikomu v hospici na obtíž, že může zaměstnancům ve všem plně důvěřovat, že tu jsou pro něj, a že se na ně může kdykoliv obrátit. Také je z pohledu pacientovy důvěry důležité, aby měl od hospicového lékaře podstatné informace týkající se jeho zdravotního stavu, a dostalo se mu na požádání případně dalšího vysvětlení.

Další důležitou kompetencí je **umění naslouchat**, být trpělivý v naslouchání...*je to pro ně určitě důležitý, že je někdo poslouchá, že je někdo s nima* (R1, s. 5). *...myslím, že je to důležitý hodně těm lidem naslouchat, i když je to taky těžký některým naslouchat* (R4, s. 4)...*oni třeba sami začnou a vykládají ten svůj život...to je moc pěkný, ten jejich život poslouchat* (R4, s. 4). Někteří pacienti mají rádi i klid a ticho, proto někdy stačí pouhá tichá přítomnost člověka u umírajícího a držení za ruku, dává to umírajícím pocit, že nejsou osamoceni. Také by měl pracovník v hospici **umět povzbuzovat** pacienty...*oni kolikrát řeknou: „Sestři, my už to nezvládneme“, ale nakonec s pomocí lehkou třeba to malování toho šátku zvládnou, to jako jim rozkvetou oči...* (R4, s. 4). Také je potřeba, aby se pracovník uměl... **vcítit jak do toho nemocného, tak do té rodiny a tak nějak uchopit celou tu situaci té rodiny...**(R2, s. 5). *...ty lidi potřebují i to, aby se mohli vzájemně obejmout, možná někdy i slzy, že taky potřebují vidět, že s nimi soucítíme...* (R3, s. 2). Nesmí se zapomínat také na **dodržování autonomie** pacienta, to znamená...*nechávat*

svobodu tomu druhému, nenutit ho do ničeho, co on sám nechce...tak to respektovat, dát mu možnost, dát mu to, že jsme tady pro něho...(R3, s. 2). Pacient má právo si o svých záležitostech rozhodovat sám, potřebuje mít zachovánu svoji volnost, proto je velmi důležité respektovat všechna přání pacienta, být mu k dispozici a udržovat tak i jeho důstojnost. Respekt je třeba vyjadřovat i v ohleduplnosti k pacientovi.

Také by měl mít pracovník v hospici **smysl pro humor**, a užívat ho i v kontaktu s pacientem...*je to určitě osvěžující pro toho člověka, když se zasměje* (R3, s. 3). Humor odlehčuje určité situace, ale je třeba v hospici pečlivě zvážit, kdy a u koho je vhodné ho použít. Nejdříve je třeba blíže poznat pacienta a na základě toho volit způsob komunikace. Vždycky samozřejmě není k humoru vhodná situace, to je třeba vždy respektovat. *Když vím, že za těmato dveřma je právě někdo, kdo umírá...určitě se tam nikdo nebude na chodbě nahlas smát* (R5, s. 3).

Důležitým předpokladem pro kvalitní práci pracovníků v hospicové péči je také přítomnost některých **vlastností osobnosti**. Zaměstnanec hospice by měl mít rád lidi, měl by být empatický, pracovitý, laskavý, soucitný, citlivý, dobrosrdečný, trpělivý, otevřený, odhodlaný k výkonu práce, měl by se také umět ovládat,...*mít pevné nervy ze železa docela* (R6, s. 2), *nesoudit nikoho, ...je potřeba to srdce dát do toho* (R3, s. 2), *být pečlivý v péči o pacienta,...prostě žít pro ty lidi v tu chvíli v tom hospici* (R5, s. 2) a snažit se udělat pro pacienta to nejlepší možné.

Jednou z velmi užitečných vědomostí je **znalost fází**, kterými prochází každý umírající i jeho nejbližší v průběhu procesu umírání. Každá fáze je provázena specifickými projevy člověka a pracovník hospice by měl umět v chování pacienta tyto fáze identifikovat a přihlížet k nim. Neměl by si brát osobně negativní projevy pacientů, mohou být nespokojení, naštvání, nesmíření se svou nemocí...*ti lidi mají úplný právo říkat v té chvíli, že sami cítí prostě bolest, jsou nešťastní, mají strach* (R1, s. 5). Někdy je pro pacienta i jeho rodinu těžké přijmout blížící se smrt. Potřebují, aby je někdo v klidu vyslechl, poskytl jim empatické provázení, případně nabídl odbornou pomoc hospicového psychologa. *...někdo potřebuje říct celej ten příběh, potřebuje se vyplakat,...mají pocit, že už je nic dobrýho nemůže potkat* (R1, s. 5).

Být přístupný a **otevřený k učení se novým věcem**, je také důležitým předpokladem pro kvalitní výkon práce v hospici. Nový zaměstnanec se může hodně věcí naučit od svých zkušenějších kolegů...*každej se učí, když přijde do hospicu, nikdo neumí všechno* (R4,

s. 4). Měl by se také sám snažit upevnit a rozvinout svoje znalosti a dovednosti neustálým vzděláváním. Nejdůležitějším úkolem pro nového zaměstnance hospice se jeví naučit se správné komunikaci a to jak s pacienty, tak i s jejich příbuznými. Je nutné pečlivě vážit každé slovo, protože i jediným nevhodným slovem nebo slovem vysloveným v nevhodnou chvíli se dá napáchat hodně škody. *Je potřeba mít zkušenosti, aby člověk věděl, jak se ptát, jak neurazit, neodsoudit, neposoudit, a prostě stále se mám co učit* (R3, s. 2). Také by si měl umět člověk přiznat i svoje nedokonalosti, nenechat se znechutit nebo odradit nějakou svojí chybou, ale snažit se z chyb poučit a neustále se učit a zlepšovat se ve své profesi.

Rizika a předpoklady – Intervenující podmínky

Nejzávažnějším rizikem v pomáhajících profesích všeobecně je **syndrom vyhoření**, v hospici je toto riziko ještě výraznější. Je nutné umět se povznést nad utrpení, které člověk vidí, snažit se udržovat odstup. Na jedné straně pacienti vyžadují od personálu citlivost a empatii, na druhé straně se nelze...*zaangažovat úplně se všema citama a se vším* (R3, s. 2). Zaměstnanec si musí dávat pozor, aby si nevybudoval k nějakému pacientovi hlubší vztah, zvláště toto riziko hrozí u pacientů, kteří v hospici pobývají delší dobu, protože...*potom kdyby zemřel, tak by mě to asi nějak ovlivnilo* (R6, s. 3).

Aby se dalo s rizikem syndromu vyhoření úspěšně bojovat, je dobré využívat různé relaxační praktiky, zvláště ty, které umožní člověku „pročistit si hlavu“. Účinným a mezi zaměstnanci hospice používaným prostředkem se jeví sport, procházky, výlety do přírody ať už pěšky, nebo na kole, práce na zahradě, ruční práce. Ve svém volném čase jsou zaměstnanci většinou se svými rodinami a přáteli, to jim také umožňuje zapomenout na svoji práci a „vypnout“. Někdy pomůže si o pracovních problémech s někým promluvit, buď je sdílet se svými blízkými, nebo je probrat s kolegy a nadřízenými. K tomu se jako nejvhodnější metoda využívá **supervize**. Je třeba mít na paměti, že pracovní problémy je vhodnější řešit operativně a nenechat je dlouhodobě hromadit...*prostě to probrat a vypustit to ven* (R5, s. 5).

Vhodným prostředkem při řešení pracovních potíží je také **sebereflexe**, kdy si zaměstnanec musí sám probrat to, co se přihodilo v zaměstnání, uvědomit si, co se mu povedlo, co udělal dobře, co mohl udělat lépe a co se mu nepovedlo a snažit se z toho pro sebe nalézt poučení pro příští podobné situace. *Je potřeba se zamyslet nad tím, jestli to děláme*

správně, jestli to, co děláme, děláme tak, jak máme a pokaždé i nějaké to zlo člověk musí využít v to dobro, že je to nějaká ta konverze k něčemu lepšímu (R3, s. 3).

Nejdůležitějším předpokladem k dobrému výkonu zaměstnání v hospici se jeví **pozitivní zpětná vazba**, která v podstatě přichází směrem k zaměstnanci ze všech stran, ze strany pacienta, jeho nejbližších, ze strany kolegů, nadřízených, ale také z řad přátel a vlastní rodiny v podobě obdivu, a také ze strany široké veřejnosti formou vysoké prestiže jejich profese. Od pacientů a jejich rodinných příslušníků pociťují velkou vděčnost za jejich starostlivost a péči. Pacienti jsou vděční i za zdánlivé drobnosti, jako je například koupel, hospic využívá speciální vanu pro ležící pacienty, kteří při předchozím pobytu v nemocnici nebyli i několik týdnů koupani, *...oni se jim pak rozzářijou oči a říkají: „Sestři, to je tak fajn, to už jsem tak potřebovala“, tak to je takový balzám na duši, že i to jim udělá radost* (R4, s. 2). Také rodinní příslušníci personálu hospice děkují a oceňují jejich práci, říkají, že oni by jejich práci dělat nemohli, že...*smekají klobouk dolů před tím, co děláme s těma lidima nebo pro ty lidi* (R4, s. 6)...*jsou hrozně nabíjející ty rodiny, které vám přijdou poděkovat* (R5, s. 2). I po smrti pacienta, kdy se z rodinných příslušníků stanou pozůstalí, dochází také zpětně formou děkovných dopisů nebo při pravidelném čtvrtletním setkání s pozůstalými v hospici, k pozitivnímu ohodnocení pracovníků hospice. *Tak to je myslím pro každého to, co potřebuje slyšet, aby mohl tu práci dělat, tak je to takový motor* (R1, s. 2). Kolegové si vzájemně poskytují také zpětnou vazbu, dávají si najevo, že si váží práce toho druhého,...*každý den si poděkujeme za tu práci, to je fakt jako... není to běžný jako nikde jinde* (R5, s. 3).

Velké povzbuzení zaměstnancům k jejich práci přináší také obdiv ze strany rodiny a přátel a pozitivní přijetí jejich profese z jejich strany, jejich uznání, respekt a úcta. Výhodou je také možnost využití pracovních poznatků a zkušeností týkajících se hospicové péče a možností, které hospicová péče nabízí, v soukromém životě. Reakce okolí závisí především na předchozí zkušenosti těchto lidí s hospicovou péčí a na šířce jejich povědomí o tom, co to vlastně hospic je a co se tam odehrává...*zpočátku někteří říkali: „Hospic? Jako co blázníš, vždyť tam ty lidi umírají, co tam budeš dělat, vždyť se z toho zblázníš!“* (R5, s. 4).

Předpokladem ke kvalitní práci v hospici je také pozitivní klima na pracovišti. Sem patří zejména dobré vztahy mezi kolegy v týmu. Vztahy mezi kolegy jsou v hospici převážně velmi dobré, ale tak jako všude jinde, i v hospici se vyskytnou občas nějaká nedorozumění a neshody mezi spolupracovníky multidisciplinárního týmu a nějaké pracovní problémy.

...když mám nějaký problém, tak vím, za kým mám jít a komu o něm říct a vím, že se o něj dál postarají, když to není v mé pravomoci to prostě udělat (R5, s. 3). Je snaha vyřešit je co nejdříve a nejlépe. Podstatné je to, aby důsledek problémů nedopadal na pacienta. Také je důležité dodržování kompetencí jednotlivých pracovníků, každý má svoje kompetence přesně vymezeny a ty nesmí překračovat. Ne vždy se to daří a zasahování do kompetencí druhého člena týmu může potom vést ke konfliktům na pracovišti. Proto je dobré, aby si kolegové důvěřovali, respektovali se a vzájemně dobře komunikovali.

Hospicový tým je tvořen různými profesemi...*každý je na něco jiného, každý v něčem jiném pracuje, a když vidím, s jakým západem to dělají, tak to je pro mě...*(R3, s. 2) a je velmi užitečné, že se vzájemně doplňují, pomáhají si a spolupracují při řešení pracovních záležitostí. Pracovní vztahy v hospici jsou převážně spolupracující, nejsou konkurenční, snaha by měla vždy směřovat k tomu, *...aby ti lidi táhli za jeden provaz* (R1, s. 2).

Může se vyskytnout i nepříjemný pacient nebo jeho příbuzný, ale pracovník musí zachovat profesionalitu, potom může vyhledat pomoc kolegy *...to nějak vyventilujeme mezi sebou, snažíme se neventilovat samozřejmě před těma lidma, ale tak mezi sebou, lidsky si to řeknem a tím se člověku uleví* (R3, s. 6). K pozitivní povaze pracovních vztahů přispívají také občasná společná setkávání mimo pracoviště.

Nalézání smyslu – Strategie jednání a interakce

Zaměstnanci hospice ve své práci postupně nacházejí smysluplnost. *Mně se líbí, že to má prostě smysl* (R5, s. 2). Největší smysl své práce vidí v tom, co se těžko pojmenovává, my pro to použijeme označení „dobrá smrt“. Tento pojem vyjadřuje to, k čemu směřuje výsledek pracovního působení zaměstnanců v hospicové péči...*vidím smysl v tom, že někdo dobře zemře, to že člověk mu může i třeba toho kněze zavolat, i že vlastně může takový poslední malinký, i když nechce kněze, tak třeba nějaký poslední malý přání splnit* (R2, s. 2). Pro umírající pacienty je významné mít uspokojeny všechny svoje potřeby včetně těch spirituálních. Mít dobrý pocit ze splnění jakéhokoliv posledního přání umírajícího, je velkým zadostiučiněním pro pracovníky v hospicové péči.

Pracovníci prostřednictvím péče o umírající pacienty pocítují svoji důležitou roli, kterou sehrávají v životech lidí v poslední fázi jejich života. Umožňují těmto lidem žít naplno svůj život až do konce, skrze paliativní péči odstraňují všechny bolesti a nepříjemné symptomy jejich nemoci a svojí lidskou, citlivou a soucitnou přítomností tlumí obavy a strach

pacientů z konce života a přivádějí je ke klidné, vyrovnané a pokojné smrti...*dát těm lidem nějaké klidnej konec života je velká věc* (R2, s. 1). Někdy je také nezanedbatelnou zásluhou pomoci těmto lidem k usmíření...*třeba se dozvíme, že nějaké nevyřešené vztahy z minulosti a prostě teďko ne a ne, nejde mu to prostě umřít, takže někdy je to takový zapeklitý s těma rodinama* (R5, s. 2). Pracovníkům přináší příjemné pocity, když vidí usmířený a pokojný odchod člověka ze života...*je to hezký...být při tom, když se fakt ty rodiny kolikrát potkají, lidi co spolu nemluvili několik let, protože se něco stalo těžkýho, se najednou potkají, vyříkají si to, ono se to najednou... voda se pročistí, tak je to vždycky lepší, je to fajn* (R1, s. 3).

Vnímání statečnosti, odvahy a pokory umírajících pacientů je významnou inspirací a posilou do života pečujících pracovníků v hospici. *Dává mně to sílu bojovat, když mně něco je, něco mě bolí nebo trápí, že ti lidi na tom lůžku prostě jsou na tom podstatně hůř...radujou se z každého dne, minuty...*(R4, s. 7). Je to také pro zaměstnance velkou motivací a hnací silou pro další práci v hospici. *A pak ty lidi, kteří vás třeba chytanou za ruku a jsou rádi, že jste tam, tak to je asi to nejvíc, co může být, když se někdo usměje, i když to není jednoduché* (R3, s. 3). Podněcuje to také jejich další a intenzivnější potřebu pomáhat lidem. *Ti pacienti jsou opravdu hodní, jsou takoví, že opravdu tam vidím, že si opravdu váží, i když mají zbytek života jenom, tak že si váží každé chvíle* (R6, s. 1).

Aby mohli být zaměstnanci hospice vhodnými průvodci k poslední minutě života svých pacientů, měli by být vyrovnáni se smrtí i s vlastní smrtelností, mít na smrt přirozený pohled a přijímat ji pozitivně...*ta smrt není až tak hrozná, že vlastně smrt je taková přirozená, nakonec poklidná...dát těm lidem nějaké klidnej konec života je velká věc* (R2, s. 1). Kladné potvrzení smyslu jejich práce a doprovázení umírajících k dobré smrti přichází také ze strany pozůstalých...*je to nakonec úžasná věc, a když se rozcházíme, tak sice mají všichni slzy v očích, ale odcházíme s tím, že jsme snad udělali všechno, co jsme udělat měli, a že to je dobré* (R2, s. 1).

Přístup zaměstnanců hospice ke smrti není negativní, nemají ze smrti špatný pocit, a to zejména proto, že s ohledem na povahu zařízení se v hospici úmrtí předpokládá, a proto nejsou zaměstnanci smrtí zaskočení, jsou na ni připraveni a považují ji za přirozenou součást života.

Změna sebepojetí a priorit – Následky

Dostáváme se na konec paradigmatického modelu naší zakotvené teorie, kde představíme důsledky fungování našeho procesu. Na začátku jsme měli možnost zaznamenat nejisté vkročení do nového zaměstnání a nyní se nacházíme na konci procesu, kde můžeme sledovat jeho následky v podobě změn v oblasti sebepojetí u pracovníků v hospicové péči. Měli bychom tedy přinést odpověď na otázku, co způsobuje tyto změny.

Sebepojetí se zabývá otázkou „Kdo jsem?“ Kdo jsou tedy pracovníci v hospicové péči nacházející se na konci našeho modelu zakotvené teorie? Tito lidé během svého zaměstnání v hospici vyrostli ve svých vlastních očích, změnilo se jejich vlastní mínění o sobě, dosáhli uspokojení z nalezení smysluplnosti své profese a z naplnění svých potřeb seberealizace...*tím, že člověk se vydá pro ty lidi, má takový hlubší smysl...prostě mě to naplňuje...práce mě baví, nedokážu si představit něco jiného...*(R3, s. 1). Jsou to lidé, kteří si váží sami sebe za svoji účinnost, jsou hrdí sami na sebe, jsou se sebou spokojení, svoji práci považují za své poslání a dosahují v ní svého naplnění. *Cítím, že je to takové naplnění toho mého života* (R3, s. 1). Také nacházejí ve své práci zalíbení, což přispívá k rozvoji jejich lásky k druhým lidem i k utváření sebelásky...*mám ráda to, že můžu pomáhat, že smím pomáhat někomu, že se můžu na někoho usmát, že tady mám spolupracovníky, který mám ráda...*(R3, s. 3).

Důsledkem jejich zaměstnání je také přehodnocení jejich vlastních priorit. *Takovej ten pohled na život, pohled na důležité věci a na věci nedůležité, o kterých si člověk dřív myslel, jak jsou hrozně důležité, tak to se určitě hodně změnilo...*(R2, s. 1)...*myslím si, že aji mě to obohatilo, protože se jinak koukám na nějaké jiné věci a jinak řeším nějaké problémy...*(R6, s. 1).

Co tedy způsobuje tyto změny? Jak již bylo uvedeno, zaměstnanci jsou ve svém zaměstnání pravidelně obdarováni zpětnou vazbou ze všech stran, jsou pozitivně přijímáni pacienty i rodinnými příslušníky, kolegy, nadřízenými, sklízí obdiv svého okolí za svoji práci a vnímají ve svém povolání vysokou prestiž a dostává se jim pocitu vlastní jedinečnosti. *Každej na to nemá prostě, tak doprovázet ty lidi na sklonku života* (R4, s. 8). *Myslím, že je to práce náročná, určitě ne každej by to mohl dělat* (R2, s. 5). Výsledek jejich práce vede k velkému, hodnotnému dílu, a tím je důstojné završení lidského života, které jsme nazvali „dobrou smrtí“.

Vlastnosti kategorií a jejich dimenze

V předcházejícím textu jsme popsali centrální kategorii a uvedli jsme do vztahu k ní pomocné kategorie dle našeho paradigmatu. Přichází tedy na řadu další krok, a tím je určení vlastností kategorií, jejich dimenzí a zasazení jednotlivých kategorií do dimenzionálních úrovní. Přehled přináší následující tabulka.

Kategorie	Vlastnost	Dimenzionální rozsah
Nový začátek	Vztah k prostředí Sebedůvěra Nesmělost	neznámé – známé nízká – vysoká malá – velká
Výkon zaměstnání v hospicové péči	Úroveň péče Přítomnost překážek Kooperativnost týmu	nízká – vysoká minimální – maximální malá – velká
Kompetence	Kompetentnost Osobnostní předpoklady Znalost fází umírání Schopnost sebereflexe a relaxace	nedostatečná – dostatečná nevyhovující – vyhovující nedostatečná – dostatečná nízká – vysoká
Rizika a předpoklady	Riziko syndromu vyhoření Přítomnost zpětné vazby Možnost supervize Míra kolegiality	nízké – vysoké ojedinělá – častá nikdy – kdykoliv nízká – vysoká
Nalézání smyslu	Vnímání smysluplnosti Vyrovnanost se smrtí Účast na „dobré smrti“	nízké – vysoké neúplná – úplná zanedbatelná – podstatná
Změna sebepojetí a priorit	Vědomí vlastní hodnoty, účinnosti a jedinečnosti Hierarchie priorit	nízké – vysoké původní – změněná

Tabulka 2: Přehled vlastností a dimenzí jednotlivých kategorií

Zakotvení teorie

Abychom mohli dokončit proces zakotvení teorie, je třeba provést ověření teorie podle údajů. Postupuje se tak, že se prostřednictvím schémat nebo narativně vytvoří **návrh teorie**. Následně se vysloví **výroky o vztazích mezi kategoriemi** s ohledem na jednotlivé kontexty a tyto výroky musíme nakonec ověřit podle údajů. Kontext představuje soubor vlastností jevu, do něhož je zasazeno jednání, tyto vlastnosti jsou uspořádány v různých kombinacích na dimenzionálních škálách. (Strauss a Corbinová, 1999, s. 97-99). My provedeme návrh teorie narativně a následně ověříme teorii formulací výroků o vztazích mezi kategoriemi.

Návrh teorie

Pokud zaměstnanec přicházející pracovat do hospice, považuje prostředí hospice za neznámé, je na **novém začátku** jeho sebedůvěra nízká a nesmělost velká.

Aby byl **výkon zaměstnání v hospicové péči** kvalitní a úroveň péče o umírající pacienty a jejich rodinné příslušníky vysoká, je zapotřebí, aby přítomnost překážek v práci byla minimální a kooperativnost hospicového multidisciplinárního týmu velká. Ke kvalitní hospicové péči přispívá také dostatečná kompetentnost pracovníků, jejich osobnostní předpoklady by měly být vyhovující a znalost jednotlivých fází umírání u pracovníků by měla být dostatečná. Další důležitou vlastností je také vysoká schopnost sebereflexe a relaxace pracovníků v hospicové péči, která je také významnou podmínkou nízkého rizika vzniku syndromu vyhoření. Riziko syndromu vyhoření ovlivňuje také možnost supervize, která by měla být umožněna pracovníkům, kdykoliv je žádoucí. Předpokladem spokojenosti zaměstnanců a následně kvalitní hospicové péče je častá přítomnost pozitivní zpětné vazby směrem k zaměstnancům a vysoká míra kolegiality.

Aby zaměstnanci v hospicové péči mohli postupně dospět ke **změně svého sebepojetí a změně priorit**, musí být vnímání smysluplnosti jejich práce vysoké, vyrovnanost se smrtí úplná a musí si být vědomi své podstatné účasti na „dobré smrti“ pacientů. Jejich vědomí vlastní hodnoty, účinnosti a jedinečnosti je potom vysoké a hierarchie priorit je u nich následně změněná.

Formulace výroků o vztazích mezi kategoriemi – formulace hypotéz

1. Když je pro nově příchozího pracovníka v hospicové péči prostředí hospice neznámé, pak je jeho sebevědomí nízké a nesmělost velká.
2. Jestliže je přítomnost překážek v práci minimální, kooperativnost hospicového týmu velká, kompetentnost pracovníků dostatečná, jejich osobnostní předpoklady vyhovující, znalost jednotlivých fází umírání dostatečná, jejich schopnost sebereflexe a relaxace vysoká, riziko syndromu vyhoření nízké, přítomnost pozitivní zpětné vazby směrem k zaměstnancům častá, možnost supervize umožněna kdykoliv, míra kolegiality vysoká, pak je výkon zaměstnání v hospicové péči kvalitní a úroveň hospicové péče vysoká.
3. V případě, že je u zaměstnanců vnímání smysluplnosti vysoké, vyrovnanost se smrtí úplná, účast zaměstnance na „dobré smrti“ pacienta podstatná, pak je vědomí vlastní hodnoty, účinnosti a jedinečnosti u zaměstnance vysoké a hierarchie priorit změněná.

Ověřování výroků o vztazích mezi kategoriemi

Následně po formulaci výroků o vztazích mezi kategoriemi je nutné provést ověření, zda formulovaný výrok o vztazích odpovídá a platí ve všech případech. Vrátili jsme se proto k datům získaným z našich rozhovorů a provedli jsme toto ověření. Došli jsme k závěru, že se dá konstatovat, že námi vytvořená teorie platí ve všech našich zkoumaných případech, nenalezli jsme v platnosti formulovaných výroků žádné zásadní odlišnosti.

5.2 Interpretace dat

Na závěr výzkumu je nutné předložit interpretaci výzkumem získaných dat a doporučení pro praxi. V našem postupu dle designu Zakotvené teorie analýzu a interpretaci dat z velké části přinesla třetí část zpracování dat, kterým bylo selektivní kódování.

Na základě výzkumu jsme hledali odpověď na otázku: „ **K jakým událostem a změnám dochází u zaměstnanců v souvislosti s jejich povoláním v hospicové péči?**“

Výzkumem realizovaným v jednom hospicovém zařízení jsme prostřednictvím rozhovorů s pracovníky v hospicové péči a současným občasným pozorováním těchto zaměstnanců při jejich práci dospěli k závěru, že u pracovníků v hospicové péči dochází po počátečním nejistém a rozpačitém začátku k postupné změně v subjektivním vnímání své osobnosti, k nalézání smyslu ve své práci a změně priorit. Tyto změny nastávají v průběhu

zaměstnání v hospicové péči z několika důvodů, jedním z nich je častá pozitivní zpětná vazba od pacientů, jejich rodin, od kolegů i nadřízených. Dalším přispěním ke změnám v pojetí vlastní osobnosti je pociťování vlastních zásluh pracovníků na „dobré smrti“ umírajících pacientů tím, že o ně láskyplně pečují, plní jim všechna jejich přání, odstraňují jejich fyzické i duševní bolesti, umožňují jim žít jejich život naplno až do konce a podílí se tak na jejich sociálním začlenění. Prostřednictvím svého zaměstnání uspokojují pracovníci v hospicové péči svoji potřebu altruismu a díky obdivu lidí ze svého okolí získávají pocit vlastní jedinečnosti. To vše vede ke změnám v sebepojetí u pracovníků v hospicové péči.

Na základě našeho výzkumu vznikla nová teorie, která vypovídá o vztazích mezi jednotlivými vytvořenými kategoriemi. Nutno podotknout, že naše teorie bude platit pouze pro zaměstnance v hospicové péči, kteří přicházejí do hospice pracovat poprvé a nemají žádné předchozí zkušenosti s hospicovou péčí. Pokud by zaměstnanec v hospici již někdy dříve pracoval, poté změnil zaměstnání a znovu by se po nějaké době vracel do hospice jako zaměstnanec v hospicové péči, teorie by v jeho případě pravděpodobně neplatila.

5.3 Doporučení pro praxi

Protože se od zakotvené teorie očekává, že budou její výsledky využitelné v praxi, položili jsme si tedy otázku, jak by se naše nová teorie dala využít v praxi. Teorie nám ukazuje, jak je důležité v pomáhajících profesích dostávat zpětnou vazbu, a to nejen od klientů, ale také od kolegů a zejména od svých nadřízených. Také z naší teorie vyplývá nutnost umožnění supervize zaměstnancům v hospicové péči, protože riziko syndromu vyhoření je v hospicové péči opravdu vysoké. Naše teorie může posloužit **nadřízeným pracovníkům** v hospicové péči k zamyšlení nad četností poskytované zpětné vazby svým zaměstnancům a využíváním možností supervize.

Pro **uchazeče o zaměstnání** v hospicové péči by teorie mohla být vodítkem k sebereflexi, zda by byl uchazeč na základě předložených osobnostních předpokladů a nutnosti zvládnutí potřebných kompetencí způsobilý k výkonu zaměstnání v hospicové péči. Zda by byl schopen uspokojovat potřeby umírajících pacientů, plnit jejich přání a odolávat všem rizikům a překážkám, které práce přináší.

Zaměstnancům v hospicové péči teorie nastavuje pomyslné zrcadlo, kde mohou vidět, jak probíhají v hospici běžné pracovní procesy. Mohou vyzorovat, jak je důležitá kvalitní komunikace mezi členy hospicového týmu, jak práci usnadňuje pozitivní pracovní klima,

kam patří zejména spolupracující a pomáhající vztahy mezi kolegy. A také jak je důležité nezapomínat na dostatek relaxace, která je prevencí syndromu vyhoření a jak je pro ně významná schopnost pracovní sebereflexe a neustálého učení se novým věcem.

Pro **širokou veřejnost** by teorie mohla být přínosem k větší popularizaci hospicové péče a k rozšíření všeobecného povědomí lidí o této sociální a zdravotnické službě. Hospic je nestátní zdravotnické zařízení odkázané na dotace, příspěvky a sponzorské dary, popularizace hospicové péče by mohla přispět ke zvýšení sociální prestiže zaměstnání v hospicové péči, které by potažmo mohlo vést i ke zvýšení platů zaměstnanců. Protože dle výpovědí účastníků rozhovorů platy zaměstnanců v hospicové péči nejsou srovnatelné s platy zaměstnanců vykonávajících obdobné povolání ve státních zdravotnických zařízeních.

5.4 Diskuse

Tato práce byla malým „nahlédnutím pod pokličku“ zaměstnání pracovníků v hospicové péči. Přinesla zjištění, která je třeba na závěr porovnat s odbornou literaturou. Měli jsme možnost seznámit se s různými specifikami, která hospicová péče v sobě zahrnuje. Jedním z nich jsou konkrétní kompetence a osobnostní předpoklady nutné pro výkon hospicové péče. Odborná literatura přináší přehled kompetencí, které jsou srovnatelné s výčtem kompetencí získaných na základě našeho výzkumu. Tyto kompetence jsou odrazem specifických potřeb umírajících pacientů. Jejich znalost je pro zaměstnance v hospicové péči také zásadní. Jako nejzásadnější potřeby umírajícího pacienta se jeví spirituální potřeby, které bývají často ve státních zdravotnických zařízeních opomíjeny. Stejně tak je nutné znát jednotlivé fáze umírání a s nimi spojené průvodní projevy umírajícího člověka a jeho nejbližších. Bez jejich znalostí by mohlo docházet k nepochopení pacienta na straně zaměstnance, ke zbytečné vztahovačnosti, případně k riziku syndromu vyhoření.

Zaměstnanci, které jsme oslovili do našeho výzkumu, odpovídají dle Eriksona (2015, s. 116) věku, kdy proti sobě stojí stagnace a generativita. *...nebýt potřebný může být prožíváno jako odsouzení k nepotřebnosti. Když nepřicházejí výzvy, může snadno převládnout pocit stagnace. Někdo to samozřejmě třeba přivítá jako příslib oddechu. Pokud by se ale člověk úplně vzdal generativity, tvořivosti i pečování o ostatní a s ostatními, bylo by to horší než smrt.* Pokud tedy budeme vycházet z Eriksonovy teorie, lidé v produktivním věku mají přirozenou potřebu být prospěšní, užiteční, nalézt v životě

svoje uplatnění a dospět tak k seberealizaci. To by mohlo být také jedním z důvodů hledání a nalézání smysluplnosti a vlastního naplnění u zaměstnanců v hospicové péči.

Také se nabízí srovnání s pyramidou potřeb dle Maslowa, u něhož je potřeba seberealizace a sebetranscendence na samém vrcholu jeho hierarchie potřeb, které nazývá metapotřebami. U zaměstnanců v hospicové péči dochází během výkonu jejich povolání k uspokojování těchto potřeb.

Výsledek našeho výzkumu nás zavedl do oblasti sebepojetí. Sebeпоjetí dle odborné literatury odpovídá na otázku „kdo jsem“, zahrnuje v sobě sebehodnocení, sebeúctu, sebeakceptaci a sebelásku. Fenomén „Já“ obsahuje dvě části, „Já“ jako objekt a „Já“ jako subjekt. Zaměříme se blíže na složku „Já“ jako subjekt, která představuje intimní postoj člověka k vlastní osobě. Pokud člověk dospěje k přesvědčení, že je schopen úspěšně vykonávat uložené úkoly a zvládat řešení situací, dostavuje se u něho **pocit vlastní zdatnosti**, který posiluje jeho sebedůvěru, a motivuje ho k další činnosti. Na základě přesvědčení člověka o jeho žádoucích a kladných vlastnostech a projevech nastává **pocit vlastní hodnoty** – sebeúcty. Když člověk dojde k uvědomění si svéráznosti, osobitosti a specifičnosti své vlastní osoby, získává **pocit vlastní jedinečnosti**. Náš výzkum ukázal, že u zaměstnanců v hospicové péči dochází v souvislosti s výkonem jejich povolání k těmto výše uvedeným stavům náležejícím k „Já“ jako subjektu, které mají za následek změnu v sebepojetí zaměstnanců v hospicové péči.

ZÁVĚR

„Miluj svého bližního jako sám sebe.“ (Matouš 22:39)

Člověk, který pronikne do prostředí hospice, velmi rychle pochopí, že slova jako láska k lidem, pomoc potřebným, užitečnost a prospěšnost tady nezní jako klišé, že v hospici dochází k naplnění pravého významu těchto slov. V hospici probíhá vzájemné obdarovávání mezi zaměstnanci a pacienty, na jedné straně můžeme vidět láskyplnou péči, na straně druhé velkou vděčnost.

V tomhle prostředí si člověk žebříček hodnot hodně rychle přerovná. Najednou zjišťuje, že skoro všechno, co pokládal za hrozně důležité, vlastně může klidně počkat. Najednou zjišťuje, že v životě není nic důležitějšího, než láska. (Svatošová, 1998, s. 18)

Diplomová práce přinesla pohled do prostředí hospicové péče, snažila se odkrýt, co se odehrává na pozadí této péče, jak prostředí hospice působí na své zaměstnance. Na základě realizovaného výzkumu jsme došli ke zjištění, že pracovníkům v hospicové péči dává jejich zaměstnání možnost růst ve svých vlastních očích a nabýt sebeúcty, sebelásku, vysoké sebehodnocení, můžeme to také nazvat pocitem vlastní hodnoty, účinnosti a jedinečnosti. Výsledkem zaměstnání v hospicové péči je tedy změněné subjektivně vnímané hodnocení vlastní osoby a přehodnocená hierarchie priorit.

Na základě subjektivního vnímání a hodnocení pracovníků v hospicové péči jsme měli možnost dospět k vytvoření nové teorie, která vypovídá o procesech probíhajících v hospicové péči na straně zaměstnanců. V rámci empirického výzkumu jsme dospěli k vytvoření teorie o tom, jaké následky způsobuje u pracovníků v hospicové péči jejich zaměstnání. Teorie byla vytvořena na základě dat získaných z rozhovorů se zaměstnanci pomáhajících profesí v hospici. Vzniku teorie předcházely podrobný rozbor všech rozhovorů za použití otevřeného, axiálního a selektivního kódování, celým výzkumem se prolínalo neustálé kladení otázek. Součástí naší teorie jsou induktivní cestou odvozené hypotézy, které vypovídají o tom, za jakých podmínek zakotvená teorie platí.

Nedostatkem práce byl malý časový prostor pro realizaci výzkumu. Bohužel nebylo možné uskutečnit podobný výzkum v dalších hospicích a provést následné srovnání, což by mohlo být námětem k dalším výzkumům. Pokud by se podobný výzkum provedl ve všech hospicích v České republice, mohlo by se následně ověřit, zda by teorie byla aplikovatelná

i v ostatních hospicích. Naše teorie byla ověřena pouze v jednom hospicovém zařízení, takže si nemůžeme dovolit vyslovit výrok o všeobecné platnosti teorie.

Z pohledu sociální pedagogiky je největším přínosem hospicové péče pro umírající pacienty skutečnost, že umožňuje těmto lidem maximální možné začlenění do plnohodnotného života až do úplného konce a zamezuje tak sociálnímu vyloučení umírajících. Proto by měla být na rozvoj hospicové péče zaměřena odpovídající pozornost.

Na závěr této práce přinášíme malou úvahu k zamyšlení od Marie de Hennezel (1995, s. 9): *Smrt je skrývána, jako kdyby byla špinavá a hanbou. Lidé v ní vidí jen hrůzu, absurdnost, zbytečné a nepříjemné utrpení, nesnesitelné pokoření, zatímco je vrcholným okamžikem našeho života, jeho dovršením, a to jí dává smysl a hodnotu.*

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] BIBLE, 2005. *Evangelium podle Matouše*. Praha: Česká biblická společnost. ISBN 80-85810-37-9.
- [2] CAKIRPALOGLU, Panajotis, 2009. *Psychologie hodnot*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 978-80-244-2295-4.
- [3] CAKIRPALOGLU, Panajotis, 2012. *Úvod do psychologie osobnosti*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4033-1.
- [4] CALLAHAN, Daniel, 1991. *What kind of life: the limits of medical progress*. New York: Simon and Schuster. ISBN 0-671-67096-4.
- [5] CALLANAN, Maggie a Patricia KELLEY, 2005. *Poslední dary: jak porozumět zvláštnímu vnímání a potřebám umírajících*. Praha: Vyšehrad. ISBN 80-7021-819-3.
- [6] DISMAN, Miroslav, 2002. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0139-7.
- [7] DORKOVÁ, Zlatica, 2014. Co potřebují umírající a doprovázející v 21. století. In: ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *O posledních věcech člověka: vybrané kapitoly z thanatologie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-138-4.
- [8] ERIKSON, Erik H., 2015. *Životní cyklus rozšířený a dokončený: devět věků člověka*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0786-3.
- [9] FRANKL, Viktor E., 2006. *Lékařská péče o duši*. Brno: Cesta. ISBN 80-7295-085-1.
- [10] GAVORA, Peter, 2008. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Bratislava: Univerzita Komenského. ISBN 978-80-223-2391-8.
- [11] HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2007. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-471-3.
- [12] HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ, 2009. *Psychologický slovník*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-569-1.
- [13] HENDL, Jan, 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-040-2.
- [14] HENZEZEL, Marie de, 1997. *Smrt zblízka: umírající nás učí žít*. Praha: ETC Publishing. ISBN 80-86006-15-8.

- [15] HUNEŠ, Robert, 2015(3-4). Význam humoru v pomáhajících profesích. *Ošetrovatelská péče: odborný časopis zdravotnických pracovníků v sociálních službách*. Brno: Siviliana. ISSN 2336-1603.
- [16] KOPECKÁ, Ilona, 2011. *Psychologie 1. Díl. Učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3875-8.
- [17] KOSOVÁ, Martina, 2014. *Logoterapie. Existenciální analýza jako hledání cest*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4346-2.
- [18] KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 1993. *Povídej – naslouchám*. Praha: Návrat. ISBN 80-85495-18-X.
- [19] KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 1994. *Mít pro co žít*. Praha: Návrat domů. ISBN 80-85495-33-3.
- [20] KŘIVOHLAVÝ, Jaro a Stanislav KACZMARCZYK, 1995. *Poslední úsek cesty*. Praha: Návrat domů. ISBN 80-85495-43-0.
- [21] KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0179-0.
- [22] KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2012. *Hořet, ale nevyhořet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. ISBN 978-80-7195-573-3.
- [23] KUPKA, Martin, 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4650-0.
- [24] KÜBLER-ROSS, Elisabeth, 1992a. *Hovory s umírajícími*. Nové Město nad Metují: Signum unitatis. ISBN 80-85439-04-2.
- [25] KÜBLER-ROSS, Elisabeth, 1992b. *O smrti a umírání*. Hradec Králové: Jiří Královec a agentura Lingua. ISBN 80-900134-6-5.
- [26] LACA, Slavomír, 2013. *Etika v životnej perspektíve človeka*. Brno: Institut mezioborových studií. ISBN 978-80-87182-36-9.
- [27] LÄNGLE, Alfried, 2002. *Smysluplně žít*. Brno: Cesta. ISBN 80-7295-037-1.
- [28] MARKOVÁ, Monika, 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3171-1.

- [29] MASLOW, Abraham Harold, 1990. *Motywacja i osobowość*. Warszawa: Instytut Wydawniczy Pax. ISBN 83-211-1118-1.
- [30] MASLOW, Abraham Harold, 2014. *O psychologii bytí*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0618-7.
- [31] MIOVSKÝ, Michal, 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1362-4.
- [32] MUNZAROVÁ, Marta, 2002. *Vybrané kapitoly z lékařské etiky*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-3017-8.
- [33] MUNZAROVÁ, Marta, 2005. *Eutanazie, nebo paliativní péče*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1025-0.
- [34] NAKONEČNÝ, Milan, 2013. *Lexikon psychologie*. Praha: Vodnář. ISBN 978-7439-056-2.
- [35] PARKES, Colin Murray, Marilyn RELF a Ann COULDRICK, 2007. *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu. ISBN 978-80-87029-23-7.
- [36] PROKOP, Jiří, 2006. *Spiritualita umírajících pacientů*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-4131-5.
- [37] RADBRUCH, Lukas a Sheila PAYNE, 2010. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě: doporučení Evropské asociace pro paliativní péči*. Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-904516-1-2.
- [38] ŘÍČAN, Pavel, 2007. *Psychologie osobnosti*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1174-4.
- [39] ŘIHÁČEK, Tomáš, Ivo ČERMÁK a Roman HYTYCH, 2013. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-6382-2.
- [40] SAUNDERS, Cicely, 2003. *Watch with me: inspiration for a life in hospice care*. Sheffield: Mortal Press. ISBN 0-9544192-2-7.
- [41] STRAUS, Anselm a Juliet CORBIN, 1999. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Boskovice: Albert. ISBN 80-85834-60-X.

- [42] STUDENT, Johann-Christoph, Albert MÜHLUM a Ute STUDENT, 2006. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Jinočany: H&H. ISBN 80-7319-059-1.
- [43] SVATOŠOVÁ, Marie a Marie JIRMANOVÁ, 1998. *Hospic slovem a obrazem*. Praha: Ecce homo. ISBN 80-902049-1-0.
- [44] SVATOŠOVÁ, Marie, 2003. *O naději*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. ISBN 80-7192-833-X.
- [45] SVATOŠOVÁ, Marie, 2010. Sociální práce s lidmi umírajícími v hospici. In: MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ (eds.). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-818-0.
- [46] SVATOŠOVÁ, Marie, 2011. *Hospice a umění doprovázet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. ISBN 978-80-7195-580-1.
- [47] SVATOŠOVÁ, Marie, 2012. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4107-9.
- [48] ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ, 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0644-6.
- [49] TOMEŠ, Igor, Eva DRAGOMIRECKÁ, Katarina SEDLÁROVÁ a Daniela VODÁČKOVÁ, 2015. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2941-4.
- [50] TONDL, Ladislav, 1999. *Hodnocení a hodnoty*. Praha: Filosofia. ISBN 80-7007-131-1.
- [51] ULRICHOVÁ, Monika, 2014. *Hledání smyslu ve smrti a umírání: zdravotně sociální aspekty konce života v perspektivě existenciální analýzy*. Ostrava: Moravapress. ISBN 978-80-87853-21-4.
- [52] VÁGNEROVÁ, Marie, 2010a. *Základy psychologie*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-0841-9.
- [53] VÁGNEROVÁ, Marie, 2010b. *Psychologie osobnosti*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1832-6.
- [54] VAŠINA, Lubomír, 2013. *Repetitorium sanoterapie*. Brno: Institut mezioborových studií. ISBN 978-80-87182-42-0.

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Paradigmatický model zakotvené teorie.....	63
-------------------------------------------------------	----

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Paradigmatický model.....	62
Tabulka 2: Přehled vlastností a dimenzí jednotlivých kategorií	75

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA P I Otázky k rozhovoru

PŘÍLOHA P II Ukázka přepisu rozhovoru s kódováním

PŘÍLOHA P III Ukázka otevřeného a axiálního kódování

PŘÍLOHA P I OTÁZKY K ROZHOVORU

1. Jak se to vlastně stalo, co vás vedlo k tomu, že jste se rozhodl (a) pracovat právě v hospici?
2. Vzpomenete si, co všechno jste zvažoval (a), když jste se rozhodoval (a), zda pracovat v hospici, co vás motivovalo, co vás ovlivnilo v rozhodování?
 - co bylo to hlavní, rozhodující
3. Co se ve vašem životě změnilo od té doby, co jste nastoupil (a) do hospice?
 - soukromý život
 - pracovní život
4. Jak pohlížíte na svoje povolání, co byste o něm mohl (a) říct, jak byste ho mohl (a) nějak popsat, přiblížit?
 - důležitost, smysluplnost, prospěšnost, spokojenost, náročnost
5. Jak probíhá váš kontakt s pacienty, s rodinami?
6. Jaký by podle vás měl být člověk, který pracuje v hospici, co všechno by měl umět?
 - vlastnosti, dovednosti, kompetence
 - co konkrétně dotazovaný potřebuje umět ke své práci
7. Jak se ve svém povolání cítíte?
 - popis pocitů
8. Cítíte se za svoji práci dostatečně ohodnocen (a)?
 - finanční ohodnocení
 - morální ohodnocení
9. Jaké jsou kladné a záporné stránky vaší práce?
 - co se na práci líbí, co těší, co přináší radost
 - co se na práci nelíbí, co práci ztěžuje, znepříjemňuje, komplikuje, co by se dalo změnit
10. Jak byste popsal (a) vztahy na vašem pracovišti?
 - kolegové, nadřízení
 - spolupráce, komunikace, řešení problémů
11. Myslíte si, že se najde v hospici příležitost k humoru?

12. Jak se vyrovnáváte s častou přítomností smrti ve vašem povolání?

13. Jak by měl podle vás vypadat ideál vaší práce, jak se tento ideál liší od praxe?

14. Co děláte, když přijdete z práce domů? Jak trávíte svůj volný čas?

- jak ovlivňuje zaměstnání v hospici způsob trávení volného času

15. Jak pohlíží vaše okolí na to, že pracujete v hospici?

- rodina
- přátelé

16. Jak se vyrovnáváte s pracovní zátěží?

- fyzická zátěž
- psychická zátěž
- pracovní problémy

17. Chtěl (a) byste ještě něco ke své práci říct, něco dodat, něco, na co jsem se nezeptala a vy osobně to považujete za důležité?

PŘÍLOHA P II UKÁZKA PŘEPISU ROZHOVORU S KÓDOVÁNÍM

Rozhovor č. 3 – zdravotní sestra, 47 let, 3,5 roku
zaměstnání v hospicové péči

OT: *Jak se to vlastně stalo, co vás vedlo k tomu,
že jste se rozhodla pracovat právě v hospici?*

OD: To je velice jednoduché. Hledala jsem práci, a viděla jsem, protože jsem měla, ten nejmenší měl 3 roky, tak jsem hledala nějakou možnost, abych mohla pracovat na poloviční úvazek a viděla jsem, že v mém bydlišti ve Vojenské nemocnici, není to možné, že jenom na celý, tak mě nějak nohy vedly, až jsem přišla sem, zrovna v té době byl tady den otevřených dveří, nebo pár dnů nato, tak jsem řekla, že přijdu, i s malým, že se přijdeme podívat a potom jsme si dali schůzku s paní vrchní. A tak to nějak začalo a nakonec mně dala vyrozumění, že se můžu přijít podívat na nějaké stáže a vzala mě. Já jsem byla šťastná.

OT: *Vzpomenete si, co všechno jste zvažovala, když jste se rozhodovala, zda pracovat v hospici, co vás tak nějak k tomu motivovalo, ovlivnilo?*

OD: Co mě motivovalo? Hlavně že nechtěla jsem nějaký stres, že určitě do nějakého akčního prostředí jsem nechtěla, nějaké ARO, nebo to jsem neměla na to, po 11 letech mateřské a určitě jsem úplně nevěděla, co člověk..., co mě tady potká. A jako v tom dobrém to myslím. Spíš jsem chtěla nějak pomáhat lidem a věděla jsem co tak zhruba tak ten hospic obnáší, tak jsem si řekla, že „tak to zkusím“.

OT: *Co se ve Vašem životě změnilo od té doby, co jste nastoupila do hospice?*

OD: Manžel zjistil, že má čtyři děti, o které je potřeba se postarat, zjistil, že do které třídy každý chodí, tak to je takové humorné, ale vlastně jsme si to tak nějak rozdělili. Ono asi všechno tomu tak nějak nahrávalo tím, že on od ledna začal pracovat sám na sebe a pracoval

nezaměstnanost

požadavek na
pracovní dobu

náhoda

První informace

Vděčnost za
vstřícnost

Požadavek na
povahu práce

Malá
sebedůvěra

Neznalost

Potřeba
altruismu

Rozhodnutí

Sladění
rodinného
života
s pracovním

z domu, takže tím pádem se to dalo i realizovat, tady to. Protože já jsem v té době neměla školku, takže jsem nemohla na větší úvazek ani nastoupit. A vlastně tím jsme se střídali, že já, když jsem byla v práci, tak manžel se postaral o malého, byl s ním, nebo malý s ním chodil, kam co on potřeboval vyřizovat, takže to šlo. Tak to taky ovlivnilo, tak to bylo takové nějaké řízení, tak se to nějak uskutečnilo.

OT: *Jak pohlížíte na svoje povolání, co byste o něm mohla říct, jak byste ho mohla nějak popsat, přiblížit?*

OD: Mé povolání... Cítím, že to je takové naplnění toho mého života, v jistém smyslu se v práci odreaguju. Je to něco jiného jakoby starost o děti. Člověk má širší obzory, vidí, že toho utrpení je spousta, že nemůže se nějak... a ty jeho těžkosti jsou takové zanedbatelné, proti tomu, co tady člověk vidí nebo ty lidské osudy jaké jsou. Povolání mě nejenom baví, tady ta práce, ale tím, že člověk se vydá pro ty lidi, má takový hlubší smysl. Ne že by práce, kterou jsem dělala předtím, neměla smysl, měla, měla hlubokej smysl, dělala jsem na ortopedii, ale je to zase něco jiného. Prostě mě to naplňuje, i když ze začátku, jak člověk nepracoval tak dlouho, to nebylo tak jednoduché nastoupit do zaměstnání, člověk měl strach, jestli něco nepokazí, že už všechno zapomněl. Prostě honily se myšlenky, staženej žaludek, zadek a všechno, když jsem šla do práce, ale to asi vždycky tak chodí. Asi prostě práce mě baví a v dané chvíli si nedokážu nějak představit něco jiného.

OT: *Jak probíhá váš kontakt s pacienty, s rodinami?*

OD: No tak tady se ještě musím hodně učit. Člověk poznává, že... je to všechno o zkušenostech. Ze začátku jsem měla takový ostych mluvit s těma lidma, mluvit s příbuznýma, nebo se dá ... Takové to pozdravení klasické, tak to šlo, ale člověk, když má jít do takové té hloubky, tak to je třeba se naučit. To není jen tak. Není to samo sebou. Vidím, že je potřeba mít zkušenosti, aby věděl na co se ptát, jak se ptát, jak neurazit, neodsoudit, neposoudit, a prostě stále se

Řešení životní situace

Spokojenost s vyřešením situace

Nalezení smysluplnosti

Nové poznatky

Nový pohled na priority

Spokojenost z nalezení smyslu v práci

Nové uspokojení

Počáteční obavy z práce

Nízká sebedůvěra

Současné uspokojení

Sebereflexe

Počáteční neznalosti, problémy s komunikací

Vědomí vlastní nedokonalosti

Pokora

mám co učit. A ten kontakt vlastně, nejdříve jsem si budovala k tomu pacientovi, k tomu člověku, který přede mnou byl, i když jsem si uvědomila, že na té odborné úrovni, že mám co ještě dohánět, protože zase je to jiná práce. Ale asi je potřeba to srdce dát do toho, když se nedá do toho, tak ani ten člověk, který tam leží, se nedokáže otevřít, nebo začít nějak mluvit, nebo aspoň pocítit, že není na přítěž.

OT: *Jaký by podle vás měl být člověk, který pracuje v hospici, co by měl umět všechno?*

OD: Co by měl umět a jaký by měl být... Měl by být otevřený, měl by být laskavý, měl by se dokázat ale i povznést vlastně na to utrpení, které vidí, protože jinak by asi vyhořel, kdyby se velice na to, nějak do toho zaangažoval úplně se všema citama a se vším. Určitě i citový na druhé straně, protože ty lidi potřebují i to, aby mohli obejmout se, aby se mohli vzájemně obejmout, možná někdy i slzy, že taky potřebují vidět, že s nimi soucítíme, že taková otevřenost, laskavost, odhodlání tuto práci vykonávat, ale i odbornost člověk musí mít, že neustále vzdělávat se, učit se od těch ostatních, kteří jsou tady dýl, ty zkušenosti, přebírat od nich to dobré všechno a taky si uvědomovat, že nejsme dokonalí, že nejsme andělé, že taky máme svoje chyby a nenechat se tím nějak znechutit, ale začínat každý den nějak znovu a znovu se učit. Ta empatie, neodsoudit někoho, být trpělivý a nechávat svobodu tomu druhému, nenutit ho do ničeho, co on sám nechce. A někdy to je těžké, člověk by viděl tolik možností, které mu můžeme nabídnout, a často ten člověk to odmítá, protože on už třeba nechce žít, pro něho je to stresující ta nemoc, a přitom my bysme mu chtěli říct, že má rodinu, že má toho, ale on se rozhodl jinak. A tak to respektovat. Dát mu možnost, dát mu to, že jsme tady pro něho, že dá se to řešit i jinak, ale vzápětí ho i respektovat. A možná ještě spoustu jiných věcí, ke kterým musím ještě dojít.

OT: *Jak vy osobně se ve svém povolání cítíte?*

Citlivost
k pacientovi

Láska
k pacientovi

Důležitost
laskavého
přístupu

Kompetence

Udržení
odstupu,
nadhledu

Kompetence a
osobnostní
předpoklady

Sebereflexe
Učení se novým
věcem

Přiznání
nedokonalostí

Kompetence

Nutnost
respektování
autonomie
pacienta

Být k dispozici
pacientovi

OD: Dobře, jsem spokojená, asi v krátkosti spokojená.

OT: *Cítíte se za svoji práci dostatečně ohodnocena, finančně, morálně?*

OD: To je asi těžká věc, to si člověk uvědomí, že nepracuje v nemocnici, že jsou to sociální služby, takže tak. Ohodnocení asi není. Člověk by si představil asi vyšší plat samozřejmě, nebo když vím, že mám kamarádky v nemocnici, jejich plat na poloviční úvazek je takový jako můj na plný úvazek, takže je to o něčem jiném, ale prostě je to tak, no. Tak to tak беру.

OT: *A co se týká morálního ohodnocení?*

OD: To ano. Ta podpora těch lidí, kteří jsou tady, jejich příklad, jejich oduševnění, protože každý je na něco jiného, každý v něčem jiném pracuje a když vidím, jakým zápletem to dělají, tak to je to pro mě... A pak ty lidi, kteří vás třeba chytanou za ruku a jsou rádi, že jste tam, tak to je asi to nejvíc, co může být. Když se někdo usměje, i když to není jednoduché.

OT: *Ted' bych se vás ráda zeptala na kladné a záporné stránky vaší práce. Tak začneme těma kladnýma. Co se vám na vaší práci líbí, co vás těší, z čeho se radujete?*

OD: Co mě těší? Co mám ráda? Ten kontakt s těma lidma, pak mám ráda to, že můžu pomáhat, že smím pomáhat někomu, že se můžu na někoho usmát, že tady mám spolupracovníky, který mám ráda, tedy každý je jiný, ale tvoříme dobrou kolektiv, že jsou tady lidi na vysoké odborné úrovni a to člověka těší, jsou obětaví, laskaví a že jsou lidi, že si spolu ponadáváme možná i, ale to patří k tomu životu. Co možná člověka mrzí, nebo...

OT: *Ted' k těm záporným – co vás ve vaší práci trápí, co vám ji ztěžuje, znepríjemňuje, komplikuje, co byste chtěla změnit?*

OD: Osobně mi nekomplikuje nic, možná trápí, když se ne vždycky říká pravda, jak se věci mají, nebo je tady to, to jsou ti, kteří to vedou. Takže dobře, nepídím se po některých věcech, ale větší

Pocity

Nespokojenost s finančním ohodnocením

Ochota pracovat za nízký plat

Obdiv ke kolegům

Inspirace, úcta

Týmová práce

Dobry pocit

Uspokojení vlastních potřeb

Spokojenost s pracovním týmem

Souznění kolektivu

Nedostatky v komunikaci s nadřízenými

otevřenost, když je, ale k té musíme vždycky nějak dospět nějakým způsobem. Takže to je ten takovej zármutek, když člověk vidí něco, že se to nedaří, tak jak by se to mohlo dařit, nebo se něco rozjíždí a najednou jsou tady nějaké problémy, které možná nedokážeme spolu řešit a každý to vlastně prezentuje nějak jinak. Tak to člověka možná tak trápí, ale snažíme se, snažím se nějak hledat i v tom nějaké pozitivní, že to asi bude k něčemu dobré. Když jsou nějaké vždycky ty problémy, poukáží na něco nebo je potřeba se zamyslet nad tím, jestli to děláme správně, jestli to co děláme, děláme tak jak máme, a pokaždé i nějaké to zlo člověk musí využít v to dobro. Že nějaká ta konverze k něčemu lepšímu.

OT: *Jak byste popsala vztahy na vašem pracovišti?*

OD: Já myslím, že dobré. Právě to, že jsme takoví rozmanití, že jeden je takový výbušnější, druhý je trpělivější, další zase preciznější, jeden je věřící, druhý není, ale vzájemně se tak nějak doplňujeme a podle mě, když má člověk takové otevřené srdce, tak to vidí jako pozitivum toho kolektivu. A taky člověk nesmí mít přehnané nároky na toho druhého. Pokud si bude myslet, že v hospici pracují jenom dokonalí lidé, tak je to hloupost. Když ví, že protě každý děláme chyby, nějaké boty, tak ho to nějak tak nezaskočí.

OT: *Myslíte, že se najde v hospici příležitost i k humoru? Zasmějete se někdy?*

OD: Určitě, často. To já si myslím, že člověk nesmí, ani ti umírající, určitě když je to tahle ta poslední fáze, když ti lidé sem přicházejí, nevzít něco s humorem, tak to už by bylo špatné. Bez toho humoru a bez té radosti to nejde. Na někoho se pousmát, tak to už tak často ten úsměv udělá takovou první jiskřičku, že když má nějaký dobřej den ten člověk, tak nějak roztaje, nebo když si uděláme, ... když zjistíme co má rád, jestli má rád fotbal, nebo hokej, tak si postěžujeme na Kometu, na to ... na programy v televizi, co běží, když si z toho

Rozladěnost nad nedostatky v komunikaci

Pozitivní pohled na problémy

Sebereflexe

Všechno zlé je i na něco dobré

Pozitivní přijetí odlišností

Laskavost

Tolerance

Sebereflexe

Pokora

Pozitivní postoj k přítomnosti humoru

Lidskost

Přirozenost

Potěšení pacientů

děláme nějakou legraci, tak je to fajn. Tak je to určitě osvěžující pro toho člověka, když se zasměje.

OT: *Jak se vyrovnáváte s častou přítomností smrti ve vašem povolání?*

OD: Tak, člověk se tak zamyslí nad svým koncem, že jak bych to dokázal já přijmout, že taky vlastně člověk... ta blízkost té smrti nás vede k tomu, abysme si to taky uvědomovali, že nejsme nesmrtelný, že každým dnem jsme blíže k smrti a podle toho máme tak zařídit si svoje vztahy i svůj život. Prostě, že je to součástí života, není to tragédie. Tragédie je to v tom, když ten člověk odchází nevyrovnaně, rozhádaně, kdyby odcházel s bolestma, ale když odchází v klidu nějak, když jim dokážeme i tu rodinu nějak semknout, tak je to fajn.

OT: *Jak by měl podle vás vypadat ideál vaší práce, jak se tento ideál liší od praxe, od reality?*

OD: Já jsem nepřemýšlela nikdy nad nějakým ideálem práce.

OT: *Jak si to myslíte, že by to mělo být podle vás?*

OD: Mně toto stačí, určitě. Dalo by se zlepšit spoustu věcí, člověk, když si dá nějaký ideál, tak potom může sklouznout do toho, že aha, je z toho možná víc smutnej, když to není podle toho, tak nějaké takové to ideály... Život mně naučil, že ať nad tím nepřemýšlím, ani nemám, spíš beru ten den, jak přijde, i s těma těžkostma, radostma. Nevím, asi nemám nějaký extra ideál. Nevím, jestli je to dobře nebo špatně, ale nemám.

OT: *Můžu se zeptat, co děláte, když přijdete z práce domů, jak trávíte svůj volný čas? Jestli nějak to, že pracujete v hospici, ovlivňuje trávení vašeho volného času?*

OD: Tak je pravdou, že člověk je hodně unavený po té denní, když je to náročné. Tak většinou zkontroluju děti, když je to po denní, zkontroluju děti, buď na ně zakřičím trošku, aby věděli, že máma přišla, když mě nevnímají. Nachystá se večere a pak takové ty

Pozitivní stav pacienta

Uvědomění si smrtelnosti
Přístup k životu
Inspirace pro sebe
Přirozenost smrti

„Dobrá smrt“

Skromnost
Pokora
Přijetí věcí tak, jak jsou
Pozitivní pohled na život
Osobní životní filozofie

Náročnost práce

klasické činnosti. A když mám nějaký den volna, tak člověk dohání to, co zanedbal ten celý den, když byl od sedmi do osmi v práci, když se vrací v osm, po osmé hodině, jak kdy. Ale asi zase má člověk nějaké svoje koníčky, ty děti ho zaměstnají, ta rodina, taky si pohovoříme i s manželem o tom, nebo když člověka něco trápí, nebo ho trápí nějaký případ, že je to těžké, nebo jak někoho obdivuju, že to zvládá tak, jak to zvládá. Ale zase, že bych se v tom utápěla asi ne, to ne. Zase jsou tam ty děti, tak ty potřebují zase jiný šmrnc.

OT: *Mohla byste třeba tak nějak shrnout, co vám vaše práce dává a co vám naopak zase bere?*

OD: Co mně dává. Dává mně takovej dobrej pocit, že něco můžu udělat dobrého, pro někoho. Hlavně, že můžu aspoň trošililinku pomoci. Když se mě to povede za den, tak je to dobře. Když se někdo usměje, nebo má o trochu míň bolesti, nebo ta rodina, tak to mně dává ten pocit uspokojení. A bere... to nevím. Nemám pocit, že by mně něco brala, to ne.

OT: *Jak pohlíží vaše okolí na to, že pracujete v hospici, rodina, přátelé?*

OD: A tak většinou to obdivují, protože ví, že ...určitě nemají vždycky tu správnou představu co to hospic je. Nebo jak to všechno funguje, ale to asi až tak nezáleží na tom, většinou lidi, když se doví, že pracuji v hospici, nebo i známí, tak to obdivují, řeknou, že to je velice těžké. Říkám, je to těžká práce, ale zase na druhou stranu je to i radostná práce, že mě to baví, mám to ráda. Takže nemám v tom nějaké, že by to přinášelo nějaké utrpení, to ne. Spíš, že je to takový obdiv z té druhé strany.

OT: *Máte pocit, že byste chtěla ještě něco ke své práci říct, něco dodat, něco co považujete za důležité a já jsem se na to nezeptala?*

OD: Z mého hlediska považuji důležité, jako že člověk věří, že tu víru v Boha nějak tak nikomu samozřejmě nevnucuju, ale že na té druhé straně něco je, že to není jenom takové konečné a je to poznat na těch lidech, kteří opravdu chtějí skončit se životem,

Druhé
zaměstnání
v domácnosti
Čas strávený
mimo hospic
Sdílení pocitů
z práce

Pocit vlastního
naplnění,
spokojenosti
Pozitivní zpětná
vazba

Obdiv okolí

Uznání
Spokojenost
s prací

Prestiž

Význam
spirituality

tady to mají, jsou takoví otrávení, rozmrzelí, protože vidí, že je to jejich konečná. Neberou to jako přechod do něčeho lepšího, kde ta bolest a trápení nebude, takže to mně dodává v mém ohledu k mé práci takou sílu a víru v to, že tady ty lidi, kteří tolik trpěli, že určitě si ten pokoj, dobro a nějaké to přebývání, tu formu té existence zaslouží dobrou, lepší než jakéj byl třeba konec toho jejich života. Takže to taky mně dodává takovou sílu a energii i pro mě samotnou, protože moje vlastní smrt...taky člověk má z ní strach, neví, je to krok do neznáma. I když můžu stokrát říct, že je člověk věřící nebo nejsem, ale je to vždycky krok do neznáma. A vlastně i tady ty lidi, kteří tady umírají, mně dodávají odvahu, že je to jenom přechod, že to není nic strašného, a když má někdo kolem sebe někoho, nebo aspoň ne vždycky se povede, že jsme úplně u toho posledního výdechu, někdy to možná tak ani nemá být. Ten člověk si to někdy ani nepřeje. Možná si někdy přeje být sám. Takže to je, taky se to přihodí, že, ale dodává to takovou odvahu i pro mě samotnou. Asi tak.

OT: *Tak já nevím, jestli už vás nic nenapadá, co byste ke své práci dodala...*

OD: No, hlavně že si vážím těch ostatních lidí, kteří jsou kolem mě, který možná ani nejsou věřící, ale dělají to s takovou láskou, s takovým nasazením a často možná i jsou pečlivější mnohem než já, tak to se taky...abych zamyslela nad tím, jestli to dělám dobře a vždycky každé, co se vytkne, je potřeba, aby člověk nežil na nějakém oblaku, že dělá všechno dokonale, nedělá. A často je potřeba udělat nějakou botu, něco udělat blbě, něco zvorat, aby to mohl udělat lépe, příště.

OT: *Jak zvládáte různé pracovní potíže, které se vyskytnou? Máte třeba za kým jít si popovídat sdílet ty své problémy?*

OD: Vlastně kolegyně, kolegové, nebo tak nějak se to... nebo když mi něco nejde, tak můžu jít za kolegyní buď na horní oddělení, když je to na noční, že jsme tady jenom dvě, takže vždycky tady ta rada,

Úloha víry
v přijetí smrti

Inspirace pro
vlastní život i
smrt

Pozitivní pohled
na smrt

„Dobrá smrt“

Přínos

Úcta ke kolegům

Sebereflexe

Poučení
z vlastních chyb

Vzájemná pomoc

Spolupráce

pomoc toho druhého, nějak to dáme spolu dohromady. Nebo když něco, vždycky je s kým si popovídat, že by tady byl někdo úplně odtažitej, to ne. Samozřejmě, když přijde někdo novej, tak vždycky to chvilku trvá, než se naváže zase ten nějaký vztah, ale vesměs, co jsme tady, takže je dobré, že si můžeme spolu popovídat. I když ne vždycky je toho času tolik. Protože když je ta služba dlouhá, tak pak mnozí dojíždějí, tak spěchají na ten svůj spoj, aby to stihli, aby nepřijeli velice pozdě domů, když musí brzy ráno vstávat. Takže v tomto je to někdy těžké, a spíš nám ...jsme rádi, že jdeme spolu někam na pivo, nebo si sednout někam, že to jsou takové chvíle, když nám to vyjde, tak je to fajn.

OT: *Jak zvládáte svoji práci fyzicky, psychicky? Je to hodně náročné z vašeho pohledu?*

OD: Fyzicky někdy možná ano, je člověk hodně vyčerpanej, zvláště když jsou tady takové těžké případy, někdy se to tak nakumuluje, tak to ta únava bývá hodně. Zdá se, že nestíhá, že těch lidí je moc a já jsem na to sama, když vím, že jsou třeba pracoviště, kde je jedna sestra na více pacientů a v té chvíli zase nechápu, jak se jim dokáže věnovat. Takže to někdy bývá takové vyčerpávající, že je člověk frustrovaný, že to nezvládl, nestihl to, co měl a zase ten, co přebírá tu službu, tak ho zase uklidní nějakým způsobem, tak to dodělám, nějak to bude, nebo si to v klidu dodělej, pak si to všechno předáme. Takže to bývá někdy tak, určitě je nějaký druh stresu, bývá, to se nedá říct, že by nebyl stres, protože ty lidi a ty diagnózy, které jsou tady, opravdu někdy se to tak nakumuluje, že se to nedá fyzicky stihnout všechno. Nedá se být u každého takovou dobu, jak bysme si přáli, ale zase se musí vyselektovat, co tam je nejdůležitější nebo stihnout to „gró“ té práce a aby byl zajištěnej člověk po všech těch stránkách - dostal najíst, napít, převazy, aby mohl dýchat, aby byl bez bolesti. Takže to potom vyčerpává člověka, ale zase netrvá to zase věčně. Tak vždycky to nějak poleví a není to, že by to bylo neustále, to asi nejde ani.

Dobré vztahy na pracovišti

Časová náročnost

Příležitostné setkávání mimo zaměstnání

Fyzická náročnost

Objem práce

Péče o pacienty

Ohleduplnost kolegů

Dobrá spolupráce

Psychická náročnost

Občasná frustrace z nedostatku času

Snaha o kvalitní péči

OT: *A jak vidíte tu psychickou náročnost? Dokážete, když, odcházíte z práce, prostě to „, zavřít za sebou“?*

OD: Jo, to dokážu. Klepnu dveřma a je to. Nebo někdy pomůže i vyventilovat to, že si o tom, řeknem, ten je takovej a takovej a říkám si tak bych to neřešila. Nebo je někdo otravnej, opravdu že je otravnej, že si zvykl celej život a teď sekýruje i tady. Nebo i příbuzný jsou takový. To zase taky je tak potřeba, tak si to nějak vyventilujeme mezi sebou, snažíme se to neventilovat samozřejmě před těma lidma, ale tak mezi sebou, tak lidsky si to řeknem, a tím se člověku taky uleví. To je taková ta psychická..., že to člověka někdy štve, že ty lidi se chovají, jak se chovají. Většinou ten nemocný to už bere, ten bývá takový ten obětní beránek v kruhu té své rodiny, že to tam člověk neví, kde je pravda, protože jedna část rodiny tvrdí to, druhá část rodiny tvrdí to, a jsou proti sobě a ten uprostřed, ten jenom tak zírá, co se děje. A tak to jsou různé případy. A ani to psychické napětí tak netrvá, nic netrvá tak věčně. Vždycky tak určitou dobu, pak to zase poleví, když si člověk odpočine a vlastně působí i to, že my se střídáte, že nejsme na tom oddělení jednom neustále. Že ty seš pro áčko, ty seš pro béčko, ne my se po dvou týdnech střídáme. Takže jestli tam je někdo otravnej, ten člověk, ktej neustále zvoní a opravdu to vyčerpává, nebo je tam nějaký příbuzný, který stále chodí vám vlastně za zády a hlídá vás úplně u každého kroku, pak si odpočinete, že je tam zase něco jiného, jiný problém, ale zase už to není ten stres, který byl tady. Někdo si říká, proč se střídáte, ale já říkám, toto je strašně důležité, to vidím jako dobro. Protože pak si řeknem, jdu si odpočinout třeba na béčko, teď jsou tam lehčí pacienti. Někdy to bývá zase naopak, že jdu na áčko, jsou tam lehčí. Ale to střídání... zase i poznáme zase jiné pacienty, zase se vrátíme a ta psychika si zase odpočine od někoho, kdo tam... vždycky se někdo vyskytne, který má svoje mouchy. Každý máme svoje mouchy a nesedne nám ten člověk, že jsme jinak naladěný, jinak prostě některé věci děláme, řešíme a to co on jak to vidí, nebo ta rodina, to nás rozčiluje, jenže zase člověk to nemůže dát tolik

Sdílení s kolegy

Řešení
nepříjemností

Dodržování
profesionality

Možnost
vypovídat se

Rodinné spory
pacientů

Pozitivní přístup
k náročnosti
práce

Odpočinek na
základě výměny
pracovního
oddělení

Význam
výměny na
odděleních pro
práci
zaměstnanců

Psychická
vzpruha po
výměně

Změna jako
přínos

Profesionality

Respekt
k odlišnosti lidí,
k jejich
autonomii

najevo, řekne svůj názor, ale zase je to na nich, jak se oni rozhodnou,
jak si to přejí a ta povaha člověka taky dělá svoje.

PŘÍLOHA P III OTEVŘENÉ A AXIÁLNÍ KÓDOVÁNÍ

Příčinné podmínky – Nový začátek

Pojmy	Kategorie
Altruismus Vděčnost Vstřícnost Pocit hrdosti a prestiže Zaujetí Zvědavost Splněné přání, sen Vnitřní nutkání, touha Vstřícnost Vzrušení Fascinace Splnění touhy po změně Vlastní uplatnění Vlastní účinnost	Prvotní pocity z nového zaměstnání (Jaké pocity mně práce přináší?) (Jaké pocity mě provázejí při novém začátku?)
Klidná práce Žádný stres Nové vztahy Nové zážitky Noví lidé Nové zkušenosti Vítaná změna Sebeuplatnění Uplatnění předchozích pracovních zkušeností Uplatnění vzdělání a dovedností Práce na zkrácený úvazek Vyřešení životní situace Pozitivní pracovní klima Uspokojení potřeb	Očekávané přínosy nového zaměstnání (Co mně nabízí nová práce?) (Co nového mně práce přinese?)

Překážka zdravotního stavu	Nedostatek sebedůvěry
Nezaměstnanost	(Mám na to?)
Nemožnost najít práci	(Jakou práci si zasloužím?)
Nemám co nabídnout, nemám na to	(Zvládnu to?)
Nikde mě nebudou chtít	
Snaha najít jakoukoliv práci	
Zoufalost	
Musím to aspoň zkusit	
Malá sebedůvěra, malé sebevědomí	
Stěhování – potřebuji práci	
Hledání smysluplnosti	
Hledání spokojenosti	
Návrat po mateřské	
Zvažování, přemítání, nejistota	