

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2016

Jana Tejklová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Kvalita života sester poskytujících domácí hospicovou péči

Jana Tejklová

Bakalářská práce

2016

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Jana Tejklová**
Osobní číslo: **Z13030**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Kvalita života sester poskytujících domácí hospicovou péči**
Zadávající katedra: **Katedra ošetrovatelství**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

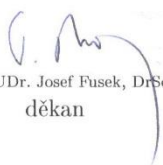
1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanové metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího
Rozsah pracovní zprávy: 35 stran
Forma zpracování bakalářské práce: tištěná
Seznam odborné literatury:

1. HEŘMANOVÁ, Eva. Koncepty, teorie a měření kvality života. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2012, 239 s. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-7419-106-0.
2. MARKOVÁ, Monika. Sestra a pacient v paliativní péči. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN: 978-80-2473-171-1.
3. PAYNE, Jan. Kvalita života a zdraví. 1. vyd. Praha: Triton, 2005, 629 s. ISBN 80-7254-657-0.
4. SVATOŠOVÁ, Marie. Hospice a umění doprovázet. 7. dopl. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011, 149 s. ISBN 978-80-7195-580-1.

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Sabina Slavičková
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: 1. prosince 2014
Termín odevzdání bakalářské práce: 9. května 2016


prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.
děkan

L.S.


PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 1. března 2016

Prohlášení autora

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 29. 4. 2016

Jana Tejklová

PODĚKOVÁNÍ

Chtěla bych tímto poděkovat především PhDr. Sabině Slavičkové za odborné vedení, cenné rady, ochotu a věnovaný čas při zpracování této bakalářské práce. Také děkuji zúčastněným respondentům za jejich ochotu a pomoc při tvorbě mé práce. Rovněž děkuji rodině a blízkým, kteří mě po celou dobu studia podporovali a stáli při mně.

ANOTACE

Téma bakalářské práce je Kvalita života sester poskytujících domácí hospicovou péči. Zabývá se zejména kvalitou života a problematikou paliativní péče a domácí hospicové péče. Dále se zde okrajově vyskytují informace o stresu, syndromu vyhoření a supervizi. V praktické části je zaznamenán výzkum prováděný se sestrami pracujícími v domácí hospicové péči pomocí dotazníků a rozhovorů.

KLÍČOVÁ SLOVA

kvalita života, paliativní péče, domácí hospicová péče, stres, syndrom vyhoření, supervize

TITLE

Quality of Life of Nurses Providing Home Hospice Care

ANNOTATION

The topic of this bachelor's thesis is "Quality of Life of Nurses Providing Home Hospice Care". It primarily focuses on the quality of life and questions of palliative care and home hospice care. Also, it partially deals with stress, burnout syndrome and supervision. The practical part consists of a survey, based on questionnaires and interviews, conducted on nurses working in the home hospice care.

KEYWORDS

quality of life, palliative care, home hospice care, stress, burnout, supervision

OBSAH

Úvod.....	13
Cíle práce	14
I. TEORETICKÁ ČÁST	15
1 Kvalita života.....	15
1.1 Definice kvality života	15
1.2 Historie kvality života	16
1.3 Dimenze kvality života	16
1.3.1 Objektivní a subjektivní kvalita života	17
1.3.2 Kvalita života a zdraví či nemoc.....	18
1.3.3 Kvalita života a zaměstnání	18
1.3.4 Vliv víry na kvalitu života	19
1.3.5 Vliv sexuální aktivity a rodičovství na kvalitu života	19
1.3.6 Vliv spánku na kvalitu života	20
1.4 Metody měření kvality života	20
1.4.1 Dotazník SQUALA.....	20
1.4.2 WHOQoL.....	20
1.5 Žebříček hodnot	21
1.6 Profese sestry a její hodnoty	21
2 Paliativní péče.....	23
2.1 Definice paliativní péče.....	23
2.2 Historie paliativní péče	24
2.3 Paliativní péče v ČR.....	25
2.4 Poskytování paliativní péče.....	25
2.4.1 Rozdělení paliativní péče.....	25
2.4.2 Instituce, kde se mohou vyskytovat nevyléčitelně nemocní	26
2.4.3 Nemoci, které vyžadují paliativní péči	26

2.4.4	Kde se specializovaná PP poskytuje	26
2.4.5	Kdo ve specializované PP působí	29
2.4.6	Sestra a její role v domácím hospici	30
2.4.7	Průběh poskytování domácí hospicové péče	31
3	Stres	34
3.1	Eustres a distres	34
3.2	Příznaky stresu	34
3.3	Stresory	34
3.4	Zvládání stresu	35
3.5	Stres v práci sestry	35
3.6	Stres v hospicové péči	36
4	Syndrom vyhoření	37
4.1	Co je syndrom vyhoření	37
4.2	Historie syndromu vyhoření	37
4.3	Stádia syndromu vyhoření	37
4.4	Co napomáhá vzniku syndromu vyhoření	38
4.5	Jak vypadá syndrom vyhoření v praxi	38
4.6	„Léčba“ syndromu vyhoření	39
4.7	Prevence syndromu vyhoření v práci sestry	39
5	Supervize	41
5.1	Supervizor	41
5.2	Rozdělení supervize	41
5.3	Cíle supervize	41
II.	PRAKTICKÁ ČÁST	42
6	Metodologie výzkumu	42
6.1	Výzkumné otázky	42
6.2	Metodika výzkumu	42

6.2.1	Charakteristika výzkumného vzorku	42
6.2.2	Průběh výzkumu	42
6.2.3	Sběr dat	44
7	Shrnutí dat.....	45
7.1	Rozhovory	45
7.2	Dotazníky	48
7.2.1	Důležitost	48
7.2.2	Spokojenost.....	49
8	Interpretace dat	50
8.1	Respondentka 1	50
8.2	Respondentka 2	53
8.3	Respondentka 3	57
8.4	Respondentka 4	60
8.5	Respondentka 5	64
8.6	Shrnutí důležitých dat	67
9	Diskuze	69
	Závěr	73
	Použitá literatura	75
III.	Přílohy.....	81
	Seznam příloh	81
	Příloha A - Dotazník	82
	Příloha B – Otázky do rozhovoru	85
	Příloha C – Ukázky rozhovorů	86

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Přehled důležitosti v různých oblastech	48
Tabulka 2 Přehled spokojenosti v různých oblastech	49
Tabulka 3 Přehled důležitosti jednotlivých oblastí respondentky 1	51
Tabulka 4 Přehled spokojenosti s jednotlivými oblastmi respondentky 1.....	52
Tabulka 5 Přehled důležitosti jednotlivých oblastí respondentky 2	55
Tabulka 6 Přehled spokojenosti s jednotlivými oblastmi respondentky 2.....	56
Tabulka 7 Přehled důležitosti jednotlivých oblastí respondentky 3	58
Tabulka 8 Přehled spokojenosti s jednotlivými oblastmi respondentky 3.....	59
Tabulka 9 Přehled důležitosti jednotlivých oblastí respondentky 4	62
Tabulka 10 Přehled spokojenosti s jednotlivými oblastmi respondentky 4.....	63
Tabulka 11 Přehled důležitosti jednotlivých oblastí respondentky 5	65
Tabulka 12 Přehled spokojenosti s jednotlivými oblastmi respondentky 5.....	66

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

OSN	Organizace spojených národů
WHO	World Health Organization
SQUALA	Subjektive Quality of Life Analysis
WHOQoL	World Health Organization Quality of Life
PP	Paliativní péče
DH	Domácí hospic
ČR	Česká republika
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
OPP	Oddělení paliativní péče
SZŠ	Střední zdravotnická škola

ÚVOD

Tématem bakalářské práce, která se Vám dostává právě do rukou, je Kvalita života sester poskytujících domácí hospicovou péči. Mnohé výzkumy na problematiku kvality života už byly prováděny, ovšem na tuto oblast se přímo u sester zapomíná. Je to však velmi zajímavé téma k průzkumu, pouze se velmi obtížně pojímá jako celek vzhledem k rozsáhlé problematice kvality života.

Práce je rozdělena na dvě části – teoretickou a praktickou část. Teoretická část je popsána v několika kapitolách. Postupně se zde vyskytují témata kvalita života, paliativní péče a domácí hospicová péče. Jsou zde zmíněny v krátkosti i stres, syndrom vyhoření a supervize, které se sester v domácí péči i kvality jejich života také dotýkají.

V části praktické jsou zaznamenány výsledky provedeného výzkumu. Zkoumání probíhalo pomocí dotazníkového šetření a pomocí rozhovorů. Byla zjišťována zejména subjektivní kvalita života sester pracujících v domácí hospicové péči. Podrobněji vše o výzkumu a jeho zpracování naleznete v oddílu praktické části.

Téma bylo zvoleno rovněž kvůli mému zájmu o tuto oblast. Práce sestry v domácím hospici má smysl, a proto by se neměly provádět výzkumy v tak hojném množství pouze na pacientech, ale i na sestrách, jejichž kvalita života je pro správnou a odpovídající péči také velmi důležitá.

Cílem práce je seznámit čtenáře s touto problematikou a rozšířit povědomí o kvalitě života sester pracujících v této organizaci. Dalšími cíli bylo zjistit, zda se víra zahrnuje do kvalitního života, jakou důležitost hraje v životě sester v domácím hospici spokojenost s rodinou či dobrý spánek. Dále byla zkoumána role sexuální aktivity a spokojenost s finančním ohodnocením této práce.

CÍLE PRÁCE

Hlavním cílem práce je zjistit kvalitu života sester poskytujících domácí hospicovou péči pomocí dotazníků a rozhovorů.

Dílčí cíle pro tuto práci byly:

- zda sestry zahrnují do kvalitního života víru,
- důležitost spokojenosti s rodinou,
- jakou roli má sexuální aktivita v kvalitě života respondentek,
- zda jsou spokojené s finančním ohodnocením této práce,
- důležitost dobrého spánku pro ně.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 KVALITA ŽIVOTA

1.1 Definice kvality života

Na světě existuje mnoho přístupů ke kvalitě života. Záleží také na pojetí autora definice. Tato oblast bývá často zaměňována s dalšími pojmy nebo koncepty, jako např. zdravotní stav, štěstí, životní spokojenost apod. Mnohé výzkumné projekty se v dnešní době zabývají kvalitou života. Mezi pojetím kvality života laika a vědeckým pojetím není vždy shoda. (Heřmanová, 2012; Payne, 2005)

„I tentýž člověk vidí v různých situacích života štěstí (a podobně i kvalitu života) v něčem jiném.“ (Křivohlavý, 2002, s. 162)

Jednou z možností chápání kvality života je spokojenost v životě s objektivními faktory i subjektivními faktory. Často jsou propojovány různé aspekty kvality života současně. Také je tento pojem vykládán i jako velmi relativistický, kdy se klade důraz na subjektivní vysvětlení kvality života. Někdo ovšem chápe kvalitní život jako něco nedosažitelného. (Heřmanová, 2012; Payne, 2005)

„Sociální, kulturní, politické, ekonomické, medicínské, interpersonální, psychologické, filozofické a historické aspekty lidského života byly různou měrou a v různém historickém a sociokulturním kontextu začleněny do velkého množství definic a přístupů k tomuto pojmu.“ (Gurková, 2011, s. 23)

„Ze sociologického hlediska je smysluplné se domnívat, že pojem kvalita života je historicky i sociokulturně podmíněn. Je odlišně interpretován v závislosti na výchově a socializaci.“ (Payne, 2005, s. 230)

Neshoda ve vysvětlení kvality života je zřejmě způsobena také tím, že je použita v různých souvislostech a rovněž v různých vědních oborech. (Payne, 2005)

„Kontroverznost tématu spočívá v tom, že neexistuje všeobecně přijímaná definice kvality života a neexistuje ani žádný jednoznačný koncept tohoto pojmu. ... Více než zřejmá je tedy obtížná uchopitelnost vybraného tématu, neboť pojem kvalita života se přímo odvíjí od komplexnosti a složitosti lidského života jako takového, tj. od skutečnosti, že život jedince je utvářen de facto nekonečným množstvím koexistujících vnitřních a vnějších faktorů, řadou nejrůznějších meziosobních interakcí a činností v překrývajících se zájmových oblastech a

v překrývajících se sociálních skupinách. V neposlední řadě pak může být život jedince utvářen i řadou náhod.“ (Heřmanová, 2012, s. 11)

1.2 Historie kvality života

Kvalita života se poprvé začala řešit již ve 20. letech minulého století, a to v souvislosti s vlivem státních dotací na kvalitu života nižších společenských vrstev. V 60. letech se tento pojem objevil v politické oblasti, kdy tehdejší americký prezident Lyndon Baines Johnson měl za cíl zlepšení kvality života Američanů. Stejnou metu měl i německý politik Willy Brandt v 70. letech pro svou zemi. Teprve po druhé světové válce se tento pojem zahrnuje i do medicíny. Ve společenských vědách se dostává ke slovu ve druhé polovině 20. století spolu s americkým ekonomem a sociologem Robertem Galbraithem. (Hudáková, Majerníková, 2013; Payne, 2005)

Poprvé bylo celonárodní šetření kvality života obyvatel v USA v 70. letech. Za cíl bylo stanoveno objevit subjektivní indikátory, kterými by se zjistilo hodnocení života jich samých. Také se tím doplnily objektivní charakteristiky životních podmínek. (Payne, 2005)

Největší rozmach výzkumů v oblasti kvality života je datován do druhé poloviny 90. let 20. století. (Heřmanová, 2012)

W. Forrester byl prvním, který vymezil faktory, jež ovlivňují život. Dle něho to jsou zabezpečení potravinami, finance, stav životního prostředí, růst počtu obyvatel apod. OSN v roce 1961 tohoto vymezení využila a rozšířila ho jako „podmínky života“. Věk a rozdíly kultur mají též veliký vliv na kvalitu života. (King, Hinds, 2012; Vaďurová, Mühlpachr, 2005)

V dnešní době se oblasti kvality života věnují zejména sociální vědy. (Tokárová, Kredátus, Frk, 2004)

1.3 Dimenze kvality života

Existuje mnoho dimenzí nebo oblastí kvality života. Pravděpodobně nejznámější jsou oblasti dle WHO. Jsou to tělesné zdraví (bolest, energie, únava, odpočinek, pohyb, závislost, aj.), psychické funkce (negativní a pozitivní pocity, myšlení, učení, paměť, aj.), úroveň nezávislosti, sociální vztahy (sem patří nejen vztahy s ostatními, ale i sexuální aktivita), prostředí (zdroje financí, domácí prostředí, příležitosti pro získání nových vědomostí a dovedností), spiritualita (víra, vyznání) a osobní přesvědčení. (Slezáčková, 2012; Křivohlavý, 2002; Payne, 2005)

Kvalita života se též dotýká pojmů subjektivita a objektivita, záleží však na pojetí. (viz níže). (Bužgová, 2015; Slezáčková, 2012; Vaďurová, Mühlpachr, 2005; Heřmanová, 2012)

Jako další domény kvality života jsou uváděny bytí (being), které má ještě další subdomény: fyzické bytí (zdraví, výživa, pohyb, osobní hygiena, oblékání, celkový vzhled), psychologické bytí (cítění, sebeúcta, sebekontrola, psychologické zdraví) a spirituální bytí (hodnoty, přesvědčení a víra). Dále to je přílnutí (belonging), které má také tři subdomény: fyzické přílnutí (k pracovišti nebo škole, domovu, komunitě), sociální přílnutí užšího slova smyslu (k rodině, přátelům, kolegům v práci, sousedům), a poslední přílnutí k širší komunitě a prostředí (pracovní příležitosti, finanční příjmy, zdravotní péče, možnost vzdělávání a rekreace). Jako poslední to je realizace (becoming). Ta obsahuje uskutečňování praktické (aktivity doma, práce, škola, zájmy, péče o zdraví), relaxování (potlačení stresu a odpočinek) a růst (zlepšování dovedností a znalostí, přizpůsobení se na změny).

V psychologii se pod pojmem kvalita života skrývají dvě oblasti, a to spokojenost se životem a prožívaná subjektivní pohoda. (Mandincová, 2011; Vaďurová, Mühlpachr, 2005; Payne, 2005; Heřmanová, 2012)

Také by se dala rozdělit kvalita života na makro-rovinu (jde o problematiku kvality života dané země nebo celkově kontinentu), mezo-rovinu (zde se řeší tento pojem u sociálních skupin, jako jsou studenti ve škole či pacienti v nemocnici) a personální rovinu (subjektivní hodnocení jednotlivce).

Rozlišují se i vnitřní (tělesné a psychické vybavení jednotlivce) a vnější činitele (zevní podmínky pro existenci jednotlivce) kvality života. (Vaďurová, Mühlpachr, 2005; Payne, 2005; Heřmanová, 2012)

1.3.1 Objektivní a subjektivní kvalita života

Objektivní kvalita života je často měřitelná a řadí se sem životní podmínky (průměrná mzda, dostupné služby, dostupná zdravotní péče a vzdělání, možnosti bydlení, uplatnění na trhu práce, kvalita životního prostředí, dostupnost dopravy), dosažená úroveň života člověka nebo skupiny lidí (hodnotí se dle materiálního bohatství nebo chudoby). Obě složky se vzájemně prolínají a ovlivňují. Objektivní chápání kvality života má vliv i na lidský rozvoj.

Subjektivní kvalitou života se zabývá mnoho výzkumů, které jsou však spíše v počátcích. Faktory, které ovlivňují pohled na subjektivní kvalitu života, jsou např. věk, vzdělání, profese, celkový přehled, pohlaví, životní zkušenosti, víra aj.

V oblasti spokojenosti s vlastním životem výzkumy nejvíce čelí problémům ochoty sdělení informací od respondentů. Další překážkou může být také nejasnost žebříčku hodnot daného člověka. Ten ho nemusí mít doslova stanovený a vyřčený, i přesto ho může prožívat. (Heřmanová, 2012; Slezáčková, 2012)

1.3.2 Kvalita života a zdraví či nemoc

Zdraví je asi nejčastěji uváděno na předních místech žebříčku hodnot člověka. Patří k plnohodnotnému životu, a to jak fyzické tak duševní. Často je však bráno jako samozřejmost a ač ho lidé uvádí na předním místě žebříčku hodnot, mnoho aktivit pro něj nedělají. Záleží také, jak si člověk interpretuje zdraví a nemoc. Mohou být rozdíly mezi kulturami, sociálními prostředními apod.

Nejznámější a nejrozšířenější definicí zdraví je dle WHO, podle které je zdraví stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody. (Heřmanová, 2012; King, Hinds, 2012)

„Kvalita života v sobě vždy odráží pocit pohody vycházející nejen z tělesného, ale i ze sociálního a duševního stavu každého jedince.“ (Šamánková, 2011, s. 31)

V posledních letech se upřednostňuje potřeba zkoumání kvality života pacientů. Ať už z dopadu nemoci na kvalitu jejich života, nebo porovnáváním dopadu na kvalitu života podle typu léčby. Samotné lékaře by mělo zajímat, jakou mají kvalitu života jejich pacienti. (Payne, 2005)

Zkoumání kvality života v oblasti zdraví a nemoci může být použito při porovnávání mezi různými typy léčby, např. rozdíl mezi léčbou farmakologickou a chirurgickou. (Mendlowicz, Stein, 2000)

Medicína jako taková nedokáže určovat kvalitu života, může však pomoci lidem, aby byli v takovém zdravotním stavu, který bude odpovídat jejich názoru o kvalitním životě. (Vad'urová, Mühlpachr, 2005)

Naopak nemoc často kvalitu života mění. Nemusí to však vždy být k horšímu. Často se kvalita života sníží spolu s chronickými onemocněními. (Gurková, 2011)

1.3.3 Kvalita života a zaměstnání

Spokojenost se zaměstnáním je jednou z důležitých součástí celkově pojaté kvality života.

V této oblasti jsou specifické tzv. dimenze pracovního života, kterými jsou např. finanční hodnocení, uplatnění kvalifikace, spravedlnost v odměňování, jistota v zaměstnání, komunikace, vztahy na pracovišti s kolegy i nadřízenými, zpětná vazba, časová náročnost, dovolená, další vzdělávání a kariérní růst, smysluplnost a užitečnost povolání, náročnost fyzická i psychická, vybavení na pracovišti, aj. Také hraje zásadní roli, jakou jim přiřadí zaměstnanec důležitost a spokojenost. (Heřmanová, 2012; Payne, 2005)

Finance jsou často umístěny do horních příček hodnotového systému člověka. Všeobecné sestry často vyjadřují potřebu mzdy a jistoty pracovního místa. V současné době je problém ve financování ve zdravotnictví, kdy sestry v hojném množství odchází. Výrazným problémem je také stárnutí obyvatelstva, a o to větší potřeba ošetrovatelského personálu. Nízký počet sester způsobí to, že musí pracovat přesčasy, tím jsou více unavené a více chybují. Jako důvod odchodu ze zaměstnání sestry uvádějí nízkou spokojenost se zaměstnáním a finančním ohodnocením (Křivohlavý, 2002; Vévoda, Ivanová, Nakládalová, Marečková, 2010)

1.3.4 Vliv víry na kvalitu života

„Významnou roli v pojímání kvality života sehrálo a nadále sehrává náboženství a víra.“ (Šubrt, 2008, s. 124)

Je známe, že vliv víry je významný nejen při nemoci, ale i v dalších těžkostech a jejich zvládání v běžném životě. Je to však dle individuálního pojetí člověka.

Je dokázané, že víra pomáhá v těžkých chvílích (umírání). Lidé, kteří věří na něco, co následuje po fyzickém bytí na tomto světě, se smrti tolik nebojí a lépe dosahují smíření s těžkou nemocí. (Kelarová, Matějková, 2010; Svatošová, 2012)

1.3.5 Vliv sexuální aktivity a rodičovství na kvalitu života

„Jednou ze zásadních oblastí, které vypovídá o kvalitě života, je oblast vztahů, intimního života a možnosti rodičovství.“ (Petr, Marková, 2014, s. 151)

Nejeden názor tvrdí, že partnerství a vše, co k němu patří, vede ke šťastnému a plnému životu. Také že sexualita je brána jako nedílný aspekt kvality života. Pokud člověk nemá uspokojení v oblasti sexuálních potřeb, může se to odrazit i v dalších sférách jeho života a rovněž se to poté odráží v subjektivním posuzování kvality života. (Kubík, 2010; O'Connor, Aranda, 2005; Ptáček, Bartůněk, 2011) Dle Weisse a kol. (2010) je sexualita (jež neobsahuje pouze pohlavní styk) významnou oblastí v hodnocení kvality života.

Výzkumy také ukazují, že mít rodinu, partnera, domov, zdravé a šťastné děti, je významnou součástí kvalitního a spokojeného života. (Gurková, 2011)

1.3.6 Vliv spánku na kvalitu života

Spánek je významnou součástí lidského života, vždyť tvoří celou jeho jednu třetinu. Pokud chceme hodnotit spánek, nelze to objektivně. Každý vnímá spánek jinak. Kvalitní spánek však umožňuje vyšší nasazení v práci, lepší náladu, motivaci, a tím i zlepšuje kvalitu života. (Borzová, 2009)

1.4 Metody měření kvality života

K měření kvality života se používá velké množství metod. Znamé rozdělení je metoda, kde hodnotí přímo člověk podrobený výzkumu, kde hodnotí jiná osoba, nebo kombinace těchto dvou způsobů.

Bylo vyvinuto mnoho pomocných nástrojů k měření kvality života, nejčastěji jsou dotazníkového typu. (Mandincová, 2011; Křivohlavý, 2002; Payne, 2005)

Dotazníky subjektivní kvality života, které se užívají v České republice, jsou např. SQUALA a WHOQoL. (Mandincová, 2011)

1.4.1 Dotazník SQUALA

Tento dotazník vznikl v roce 1992 a jeho autorem je M. Zannotti. V tomto dotazníku respondenti posuzují sami sebe, částečně vychází z Maslowovy pyramidy potřeb. Obsahuje 23 oblastí, které zahrnují vnitřní i vnější realitu každodenního života. U každé oblasti odpovídající vyplňuje spokojenost a důležitost na stupnici 0 – 4 (0 = bezvýznamné, 4 = nezbytné). Existuje i česká verze tohoto dotazníku. Tento typ dotazníku měl původně sloužit pro posuzování kvality života u duševně nemocných. (Vaďurová, Mühlpachr, 2005; Bužgová, 2015)

1.4.2 WHOQoL

WHOQoL se považuje za základní dotazník při hodnocení kvality života. Používá se také ve vztahu k zdraví sebe samého. Vytvořila ho WHO spolu s dalšími centry rozmístěnými po celém světě. (Vaďurová, Mühlpachr, 2005; Heřmanová, 2012)

„Důležité aspekty kvality života a způsoby dotazování na kvalitu života byly navrženy na základě tvrzení pacientů s řadou chorob, zdravých jedinců a zdravotníků z různých kultur. Tento nástroj byl přísně testován.“ (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 67-68)

Dotazník WHOQoL lze použít v rozličných kulturních podmínkách a je možné srovnávat výsledky z různých zemí. Je dostupný ve 20 jazycích.

Existuje několik podtypů tohoto dotazníku. Jsou to např. WHOQoL-100 (obsahuje oblasti, které označili odborníci i laici za důležité v kvalitním životě), WHOQoL-BREF (součástí jsou oblasti, které se týkají obecné kvality života a dále jsou tam oblasti zahrnuté ve WHOQoL-100), WHOQoL-OLD (hodnocení kvality života pro lidi starší 65 let). (Heřmanová, 2012; Vaňurová, Mühlpachr, 2005)

1.5 Žebříček hodnot

Žebříček hodnot, nebo také systém hodnot jsou oblasti, které člověk uznává a váží si jich. Každý člověk může mít zcela jinak postavené hodnoty a nemusí je mít ani stejné. Jinak postavené hodnoty bude mít člověk, kterému jde jen o sebe a jinak ten, komu záleží více na ostatních. Záleží také, zda je člověk zdravý, nebo aktuálně krátkodobě nemocný, či snad on sám nebo jeho blízký trpí nevyléčitelnou chorobou. Znat svůj žebříček hodnot pomáhá k jasným cílům, ke kterým člověk směřuje. Tyto hodnoty jsou pro něho motivace a stimulace něco činit. Člověk, který má jasně stanovené hodnoty, je i většinou méně nerozhodný. (Kutnohorská, 2007; Edmüller, Wilhelm, 2011; Vévoda, 2013)

Zaměření na hodnoty vysvětluje smysl činností a cíl, se kterými jsou provozovány. Žebříček hodnot určuje taktéž styl života a konání člověka. Projevuje se výběrem možných cílů a všech prostředků, kterými se jde k jejich dosažení. Hodnoty, jež zastává společnost, pokládají základní kámen pro motivaci, chování, společenské vztahy, ale i pro ostatní oblasti lidského vývoje. Pro kvalitu života je rozhodující podobnost hodnot ve společnosti. (Šubrt, 2008)

1.6 Profese sestry a její hodnoty

Hodnota práce, kterou sestry vykonávají, je spíše nevyčíslitelná a zřejmě i proto tolik neoceněná a nedoceněná. Úspěch je projeven často morálními a duchovními hodnotami. Proto také sestrám hrozí více syndrom vyhoření. Smysl této práce není jednostranně zaměřen. Především poskytují pomoc ostatním, ale často se jim nedostává zpětné vazby, zejména u pacientů s poruchou vědomí, u umírajících, či psychicky nemocných. (Venglářová, 2011)

„Výsledky profesionální činnosti zdravotní sestry jsou málo zjevné a mají charakter dlouhodobé perspektivy.“ (Venglářová, 2011, s. 38)

Pro sestry, které jsou součástí paliativního týmu, je důležité, aby si uvědomovaly svůj vlastní žebříček hodnot. Jejich hodnoty mohou být, a často jsou, odlišné od žebříčku hodnot pacienta, či jeho příbuzných. Je důležité si všímat těchto rozdílů a respektovat jiné osoby s jinými hodnotami. Hodnoty, které uznává sestra, často ať chce, či nechce, ovlivňují hodnoty a jednání pacienta. Sestry nemají povinnost sdílet s pacientem žebříček hodnot, ale jsou povinné ho minimálně respektovat. (Marková, 2010; O'Connor, Aranda, 2005; Svatošová, 2012)

2 PALIATIVNÍ PÉČE

2.1 Definice paliativní péče

V rámci definice paliativní péče došlo v historii k mnoha změnám vysvětlení tohoto pojmu. Ani v současnosti se nenachází jednotný pohled odborníků na paliativní péči. Zejména pak jaké osoby jsou adekvátními kandidáty pro paliativní péči (dále také jako PP) a za jakých okolností se jim jí má či nemá dostat. (Bužgová, 2015)

Definice PP je více. U všech však vítězí kvalita života, řešení nepříjemných příznaků a upřesnění skupiny pacientů, kteří přijímají tuto péči. (Marková, 2010)

I přesto je zde uvedeno několik definic:

„Paliativní péče je přístup, který zlepšuje kvalitu života pacientů a jejich rodin čelících problémům spojeným s život ohrožujícím onemocněním. Tohoto cíle dosahuje prevencí utrpení a úlevou od něho za pomoci prostředků časné identifikace, náležitého hodnocení a léčení bolesti i dalších tělesných, psychosociálních a spirituálních obtíží.“ (WHO, 2002, s. 84)

PP je obor, který má za úkol snížit utrpení a zachovat kvalitu života nemocného, který je již v nevyléčitelném stavu. (Česká republika, 2011)

„Paliativní péče může být popsána jako celková, totální péče. (...) Pokud je léčba již zbytečná, může být ukončena, ale nikdy nemůže být ukončena péče. Paliativní péče nastupuje tehdy, jsou-li negativní důsledky kurativní péče větší než očekávaný přínos. Nevztahuje se k žádnému konkrétnímu druhu nemoci, ale může být uplatněna v případě pacientů všech věkových skupin na základě posouzení pravděpodobného vývoje jejich zdravotního stavu a na základě jejich individuálních potřeb.“ (Plevová, 2011, s. 106)

PP je oblast medicíny, kde se aktivně pečuje o nemocné s pokročilým, nevyléčitelným a život ohrožujícím onemocněním, rodinu a nejbližší okolí. Klade se důraz na holistický¹ pohled na pacienta a týmovou spolupráci zdravotníků (lékařů a sester), psychologa, duchovního a zapojuje se do péče i rodina. (Bydžovský, Kabát, 2015)

Dle zakladatelky českého hospicového hnutí Marie Svatošové (2011) je důležité dny naplnit životem a nenaplňovat život dny.

¹ Holistický = zahrnující všechny oblasti péče o nemocné, kde se zohledňují tělesné, duševní, sociální a spirituální faktory jeho stavu. (Kolektiv autorů, 2007)

Nejdůležitější je tišení bolesti a jiných příznaků a zmírnění problémů týkajících se všech oblastí potřeb člověka. PP se stará o pacienta, rodinu, ale i komunitu. Naplnění potřeb pacienta, a to bez ohledu na místo, kde pacient pobývá, je zásadní.

Je to přístup, který chce zlepšit kvalitu života pacientů i rodin, které se musí postavit proti nevyléčitelné nemoci. (Radbruch, Payne, 2010)

2.2 Historie paliativní péče

Paradoxem je, že tento typ péče se jeví jako něco moderního a nového. Skutečnost je však na opačné straně. Paliativní péče je nejstarší forma medicíny vůbec. I dříve bylo posláním lékařů zmírňovat utrpení umírajících. Dříve byl též přirozený podíl duchovních, rodiny i přátel na péči o umírající. Již v této době lze hovořit o multidisciplinárním týmu. (Marková, 2010)

V 19. století se objevuje organizovanější a systematictější péče o nevyléčitelně nemocné. Přibližně v polovině 19. století založila v Lyonu Jeanne Garnierová společenství žen, které se o tyto pacienty staraly. Tato organizace o několik let později založila první dům označovaný oficiálně jako hospic – místo, kde lidé umírají. Slovo *hospic* je odvozené z latinského výrazu *hospitium*, což v překladu znamená *útulek, útočiště*. Útulky se používaly jako přístřešky pro nemocné a pocestné.

Zařízení stejného typu vznikala také v Anglii a Irsku. Za zakladatelku hospicového hnutí dnešního pojetí je považována Cicely Saundersová (1918-2005). Dostala do popředí dostatečnou komunikaci s pacientem a jeho duchovní a spirituální potřeby. V roce 1967 byl její zásluhou otevřen v Londýně hospic sv. Kryštofa, kde zajistila poprvé multidisciplinární tým. Dalších 18 let byla v tomto zařízení ve vedení a v roce 2005 zde také na rakovinu zemřela.

Oddělení paliativní péče v rámci nemocnic byla další formou této péče, která se nadále rozvíjela ve druhé polovině 20. století. Československo jí nevěnovalo takovou pozornost. Zde se ve velkém rozvíjely LDN. Ovšem to není zdařilý příklad komplexní péče. Další rozvoj paliativní péče v ČR se konal až v 90. letech. První oddělení paliativní péče v rámci nemocnice v Babicích nad Svitavou u Brna bylo otevřeno v roce 1992. Postupně se otevíraly další hospice. (Ivanová, Klos, 2004; Bydžovský, Kabát, 2015; Haškovcová, 2007)

2.3 Paliativní péče v ČR

V ČR se koncept paliativní péče začal rozvíjet až po roce 1989, což je mírná zaostalost vůči vyspělým zemím. Poslední desítky let se však klade důraz na PP jako oblast zdravotnické péče, která má být v popředí. (Plevová, 2011; Bužgová, 2015)

Velký podíl na rozvoji PP v ČR má MUDr. Marie Svatošová, která v roce 1993 založila hospicové hnutí *Ecce homo (Ejhle člověk)*. A v roce 1995 toto hnutí s pomocí Diecézní charity v Hradci Králové otevřelo lůžkový hospic Anežky České v Červeném Kostelci. V současné době existuje více než desítky těchto zařízení po celé republice. Za posledních několik let je znát veliký rozvoj domácích hospiců a ambulancí onkologické paliativní péče. Nyní je dalším krokem k většímu rozvoji PP v ČR založení *Centra paliativní péče v Praze*, které začalo fungovat na podzim roku 2014 pod záštitou PhDr. Martina Loučky, Ph.D. Chtějí se zabývat především výzkumem, vzděláváním a osvětou v této problematice. (Bužgová, 2015; Ivanová, Klos, 2004)

Z výzkumu péče o umírající vyplývá, že za rok v ČR zemře přibližně 105 000 lidí. Z tohoto počtu pouze 1 % využije specializovanou paliativní péči a 70 % úmrtí proběhne ve zdravotnickém nebo sociálním zařízení (LDN, nemocnice, domovy pro seniory, ...). Okolo 80 % všech smrtí připadá na „geriatrický věk“, z čehož vyplývá, že senioři budou mít největší podíl mezi pacienty, kterým bude poskytována PP. (Plevová, 2011)

Spousta pacientů se do PP dostane velmi pozdě, několik týdnů nebo i dní před smrtí, i přestože se může nabízet při oznámení nevyléčitelné diagnózy. (Bydžovský, Kabát, 2015)

Paliativní péče by se měla dotýkat veškerých pacientů, kteří umírají a jsou nevyléčitelně nemocní, tím pádem i všech lékařských i nelékařských zdravotnických povolání. (Marková, 2010)

2.4 Poskytování paliativní péče

2.4.1 Rozdělení paliativní péče

PP se dělí na obecnou a specializovanou.

Obecná paliativní péče

Tuto formu by měli umět poskytovat všichni zdravotníci v rámci svých jednotlivých odborností. Jejím základem je včasné vyhodnocení stavu pacienta, vyhodnocení dalších léčebných činností, monitorace a ovlivnění toho, co je pro pacientovu kvalitu života důležité.

Jedná se zejména o respektování autonomie, léčbu bolesti, vyšetření u dalších odborníků, citlivost, empatii a komunikaci s ním i jeho rodinou atd.

Nejčastěji se s obecnou paliativní péčí setkávají onkologové, geriatři a praktičtí lékaři. (Plevová, 2011; Marková, 2010; Bydžovský, Kabát, 2015; Sláma, Špinka, 2004; Radbruch, Payne, 2010)

Specializovaná paliativní péče

Aktivní odborná péče, poskytovaná odborníky se specializací (tzv. multidisciplinárním nebo interdisciplinárním týmem). Jedná se tedy o týmový přístup. Jejich hlavní profesionální činností je poskytovat paliativní péči.

Mezi obecnou a specializovanou PP by měla být kontinuita, z toho vyplývá, že by obě složky měly na sebe navazovat. Může to pomoci vyhnout se chybám a utrpení nemocných. (Plevová, 2011; Marková, 2010; Bydžovský, Kabát, 2015; Sláma, Špinka, 2004; Radbruch, Payne, 2010)

2.4.2 Instituce, kde se mohou vyskytovat nevléčitelně nemocní

Míst, kde bychom mohli nalézt pacienty se špatnou prognózou, je mnoho. Jsou to nemocniční zařízení, pečovatelské domy, domovy pro seniory, domácí péče, ambulance, pohotovosti a další různá netradiční místa (např. věznice). (Radbruch, Payne, 2010)

2.4.3 Nemoci, které vyžadují paliativní péči

Onemocnění, která by měla být v pokročilejším stádiu řešena paliativní péčí, jsou zejména onkologická onemocnění, AIDS, neurodegenerativní nemoci (např. roztroušená skleróza, demence, Parkinsonova nemoc). Dále to jsou případy pacientů s ireverzibilním multiorgánovým selháním na odděleních intenzivní péče, pacientů v terminálním stavu chronických onemocnění orgánů (např. renální selhání, srdeční selhání), nemocných ve vegetativním stavu. Dalším případem mohou být vrozené syndromy (např. cystická fibróza). (Plevová, 2011)

2.4.4 Kde se specializovaná PP poskytuje

PP by měla být přístupná všem a všude. Měl by být dodržován stejný přístup pro všechny pacienty bez ohledu na různé okolnosti. Rovnost přístupu by měla být zaručena po celé Evropě. (Radbruch, Payne, 2010)

Domácí hospic (mobilní hospic, zařízení domácí paliativní péče, mobilní specializovaná paliativní péče)

Ve světě nejvíce rozšířená oblast specializované paliativní péče. Poskytuje péči v domácím prostředí pacienta. Jedinými podmínkami jsou aktivní péče blízkých (rodiny, známých, přátel atd.) 24 hodin denně po celý týden a dostupnost agentury poskytující domácí péči a mající vyškolené sestry na hospicovou péči. Členové multidisciplinárního týmu dochází formou návštěv za pacientem. Důležité je, aby celý tým podporoval nejen pacienta, ale i jeho rodinu a pečující. V domácím prostředí jsou schopni vyřešit mnoho nastalých situací, které souvisí nejen s koncem života. Klade se veliký důraz na splnění přání zemřít doma. Pro rodinné příslušníky tato péče může být vyčerpávající, nastane-li tato situace a je již neúnosná, lze zajistit přijetí do lůžkového hospice.

Napomáhá snižovat smutné statistiky počtu úmrtí v nemocnicích a jiných zařízeních a zároveň respektuje přání přibližně tří čtvrtin lidí zemřít doma. (Plevová, 2011; Marková, 2010; Bydžovský, Kabát, 2015; Sláma, Špinka, 2004; Ivanová, Klos, 2004; Svatošová, 2011, Radbruch, Payne, 2010)

Lůžkový hospic (kamenný hospic, ústavní hospic)

Hospice jako takové se začaly provozovat v šedesátých letech 20. století ve Velké Británii. Jsou řazeny do zdravotně sociálních zařízení.

Je to samostatné lůžkové zařízení, které poskytuje paliativní péči zejména pacientům, kteří jsou nevléčitelně nemocní (přibližná délka pobytu jsou 3-4 týdny). Upřednostňuje se zde důraz na potřeby a přání jednotlivců. Domácí atmosféra, soukromí pacientů a volný režim návštěv je zde již samozřejmostí. Návštěvy zde jsou vítány, protože jsou součástí péče o nemocné. Návštěvě je i umožněno, pokud sama chce a je toho schopna, ošetřování nemocného. Denní režim v hospici je výrazně odlišný od režimu v nemocničním zařízení. Vše se podřizuje potřebám a přáním jednotlivců. Klade se důraz na spokojenost člověka na konci jeho života, který může trávit, s kým si přeje. Nebere pacientům naději, avšak neslibuje jim ani uzdravení. Pacienti, kteří jsou v lůžkovém hospici, zde mohou, ale nemusí zemřít.

V hospici se navozuje větší vztah mezi ošetřujícím personálem a pacientem, jelikož se bere ohled na celou osobnost nemocného daleko více než v jiných zařízeních. Tam, kde se

v hojném množství vyskytuje hospicová péče, nežádají lidé tolik o eutanázii². Jedním z hlavních posláních hospice je péče o umírající, na rozdíl od nemocnic.

Do hospice bývá přijat pacient, který:

- má chorobu, která je život ohrožující,
- nemá důvod k hospitalizaci, ale zároveň potřebuje PP,
- chce tuto péči
- a kterému nestačí anebo u něho nelze provozovat domácí péči.

Je důležité, aby se pacient do hospice dostal včas, aby stihl poznat personál a mohla být mezi nimi navozena důvěra.

Na jedno lůžko by měla být jedna sestra. Lékař, který má specializaci v paliativní péči, by měl být na dosah 24 hodin denně. (Plevová, 2011; Marková, 2010; Bydžovský, Kabát, 2015; Sláma, Špinka, 2004; Ivanová, Klos, 2004; Funk, 2014; Haškovcová, 2007; Svatošová, 2011; Radbruch, Payne, 2010)

Oddělení paliativní péče (OPP)

Toto specializované oddělení je v rámci zdravotnického zařízení (nemocnice). Na OPP jsou pacienti, kteří potřebují služby a vybavení nemocnice a zároveň i celistvou PP. Oddělení paliativní péče, která se vyskytují ve fakultních nemocnicích, mají význam pro edukaci a výzkum. Toto oddělení má nejbližší k tradičnímu lůžkovému hospici, ovšem je tu několik nevýhod, např. pověst u pacientů o oddělení, kde se jenom umírá. (Plevová, 2011; Bydžovský, Kabát, 2015; Sláma, Špinka, 2004; Bužgová, 2015)

Specializovaná ambulance paliativní péče

PP péče je poskytována ambulantně, z čehož vyplývá, že pacient je v domácím prostředí nebo v sociálním zařízení a dochází do specializované ambulance na konzultace a ošetření. S touto péčí většinou souvisí spolupráce obecné domácí péče a praktického lékaře.

V péči této ambulance jsou pacienti, kteří mají určité symptomy, ale není nutné je hospitalizovat. V ČR existují ambulance pro léčbu bolesti a ambulance paliativní onkologie. (Bužgová, 2015; Plevová, 2011; Bydžovský, Kabát, 2015; Sláma, Špinka, 2004)

² Eutanázie = usmrcení pacienta po přednesení vlastní žádosti; úmyslné usmrcení za účelem ulehčit utrpení (cílené zkrácení života); rozhodnutí lékaře, že nebude prodlužovat život pacienta v terminálním stádiu. (Ivanová, Klos, 2004)

Denní stacionář paliativní péče (denní hospicový stacionář)

Jedná se o denní péči pacientům, kteří jsou doma. Může to být stacionář jednodenní nebo vícedenní. Řeší se zde zdravotní problémy, edukace, relaxace a rekreace, a to vše dle potřeby pacienta. Zároveň umožní i určitou formu odpočinku pro pečovatele v domácím prostředí. Tím se trochu usnadní další pobyt pacienta doma a péče o něho. V zahraničí tyto stacionáře úzce spolupracují s lůžkovými hospici. (Plevová, 2011; Sláma, Špinka, 2004)

Konziliární tým paliativní péče

Tento typ PP je zajištěn na lůžkových zařízeních různého typu, kde je pacient doposud léčen. Rozšiřuje se tímto kontinuita péče a zároveň probíhá i edukace personálu na různých odděleních. Tým poskytující tuto službu obsahuje pouze lékaře, sestru a sociálního pracovníka. (Plevová, 2011; Sláma, Špinka, 2004)

Zvláštní zařízení specializované paliativní péče

Mezi tato zařízení se zahrnují specializované poradny, tísňové linky, apod. (Plevová, 2011; Sláma, Špinka, 2004)

2.4.5 Kdo ve specializované PP působí

Paliativní péče je typická tím, že potřebuje mnohem víc multidisciplinární tým než ostatní oblasti medicíny. Důležitý je především kvalitní život pacienta na sklonku jeho života. Do multidisciplinárního týmu by měl být zařazen pacient i jeho rodina. Jedině takový tým může naplno fungovat a zaručuje důstojnost pacienta. Je podstatné si uvědomit pohled na člověka jako holistickou osobnost.

Do multidisciplinárního týmu v PP patří lékaři (se specializací paliativní medicína, ale výhodou jsou různé odbornosti podle stavu a obtíží pacienta), dále všeobecné sestry, zdravotní asistenti, potom to jsou ošetřovatelé, sociální pracovníci, psychologové, fyzioterapeuti, nutriční terapeut, duchovní. Do týmu mohou patřit i dobrovolníci, kteří jsou více populární v zahraničí.

Nejdůležitější práce lékařů v tomto týmu je léčba nepříjemných symptomů daného onemocnění. Nejčastěji je to bolest, dále zvracení, křeče, potíže s vyprazdňováním, dušnost, hemoptýza³, krvácení, nechutenství apod.

³ Hemoptýza = krev, kterou člověk vykašlává (Kolektiv autorů, 2007)

Obecně sestry mají velmi důležité a podstatné postavení. Jsou pacientovi nejbližší a tráví s ním nejvíce času. Předávají také informace dalším členům týmu a podílí se na potlačení či vymizení symptomů nemoci. Spolupracují též s rodinou. V době nepřítomnosti psychologa a duchovního pomáhají pacientovi též nasloucháním a komunikací. Tento typ personálu musí být dostatečně početně zajištěn, protože to je náročná práce fyzicky i psychicky.

Sociální pracovníci pomáhají pacientovi s vyřešením praktických sociálních problémů, které vznikly spolu s nemocí. Je to státní finanční podpora, posudkové řízení, notář, nebo důchodové zabezpečení. Pomáhají také pozůstalým v jejich náročné situaci ohledně dědictví.

Odborná pomoc psychologů je již samozřejmostí v této oblasti. Pomáhá potlačit úzkost i strach, zároveň může být psycholog oporou a podporou v nejtěžších chvílích. Psycholog musí mít zájem, pochopení a kladný vztah k nemocnému.

Spirituální potřeby může naplnit duchovní, který na přání dochází za pacientem. V dnešní době se již vyskytují v lůžkových hospicích i ekumenické kaple.

Dobrovolník je člen multidisciplinárního týmu a je velmi uznávaný zejména v zahraničí. Asi proto, že je to práce zadarmo a dělá ji dobrovolník zcela pro radost. V ČR není dobrovolnictví tolik populární, ovšem Britové jsou ve své zemi zapisováni do pořadníku zájemců o tuto práci.

Všichni členové multidisciplinárního týmu se scházejí a řeší problémy jednotlivých pacientů. Členové vidí pacienta ze svého úhlu působnosti, a tak mohou navrhnout určitá řešení nastalých problémů. Členové týmu si jsou nablízku, tudíž mají zájem jeden o druhého, vidí své potřeby a pomáhají si, aby opět mohli k pacientům v plném nasazení.

V hospici by měli působit jen ti, kteří mají skutečně rádi lidi. Dlouho tam vydrží jen ti, co jsou vyrovnaní se svou smrtí. Samozřejmostí je, že v této instituci nevydrží také člověk, který jen dává svou sílu a lásku ostatním, musí také někde čerpat. (Ivanová, Klos, 2004; Marková, 2010; Funk, 2014; Svatošová, 2011; Matzo, Sherman, Ayello, 2015)

2.4.6 Sestra a její role v domácím hospici

Personál týmu, který pracuje v domácím hospici, přichází do intimního prostředí pacienta a je součástí celé rodiny nemocného. Sestra tráví s pacientem většinou nejvíce času. Její povinností je kromě ošetrovatelských výkonů také zhodnotit stav, popřípadě zasáhnout a řešit složité situace. Musí však také profesionálně nést smutek a bolest nejen pacienta, ale i

jeho rodiny. Jsou to silné prožitky, protože je to mnohem intenzivnější kontakt s nemocným a jeho rodinou než v nemocnici. Je to psychicky velmi náročné pracovat s pacienty, kteří se snaží vyrovnat se smrtí. Ovšem jsou to také zkušenosti k nezaplacení starat se o nemocné v nejtěžších chvílích jejich života. Vzhledem k tomu, že se v domácím hospici (dále jako DH) navazují bližší vztahy, je pro sestry těžší vyrovnat se s umíráním a smrtí. Jak samy sestry uvádějí, je to i jejich největší stres.

Podstatnou rolí sestry, ale i celého týmu, je respektovat jednotlivé fáze dle Elisabeth Kübler-Rossové, kterými prochází vážně nemocný člověk i jeho rodina. Jsou to popření – hněv či agrese – smlouvání – deprese – smíření. Každá fáze je něčím specifická a nemusí přicházet postupně. Mohou některé také chybět, nebo trvat různě dlouho. Mohou se také vracet. Úkolem všech, kteří jsou nemocnému nablízku, je snažit se ze všech sil o to, aby se pacient nakonec s nemocí smířil a nerezignoval. Ovšem pomoc mohou mnohokrát potřebovat více příbuzní a nejbližší, kteří těmito fázemi také procházejí.

Z toho také vyplývá, že sestra pracuje samostatně a jsou na ni kladeny vysoké nároky (samostatnost, schopnost rychle se rozhodovat, umět řešit krizové situace, apod.). Zároveň je to pro sestry typ seberealizace, určitého naplnění. V tomto případě se setkáváme i s větším oceněním od pacienta i rodiny.

Zejména sestry by měly o své práci mluvit. Měly by umět požádat o pomoc a podporu u odborníků v týmu. Také by měly využívat možnost supervize (viz kapitola 6). (Bydžovský, Kabát, 2015; Marková, 2010; O'Connor, Aranda, 2005; Jankovský, 2003)

2.4.7 Průběh poskytování domácí hospicové péče

První kontakt o DH pro pacienta přichází nejčastěji od ošetřujícího lékaře na odděleních nemocnic, nebo praktických lékařů. Ovšem může si kontakt na tuto službu vyhledat rodina sama.

Dalšími důležitými předpoklady pro poskytování služby domácího hospice jsou:

- ukončení kurativní léčby, které musí být zaznamenáno v dokumentaci,
- přání pacienta,
- vybavení domácího prostředí nemocného vhodnými pomůckami k ošetřování (často to bývá např. polohovací lůžko, antidekubitní matrace, infuzní stojan),
- nepřetržitá péče rodiny o nemocného 24 hodin denně a zajištění základních potřeb nemocného

- a dostupnost agentury, která poskytuje tuto službu.

Jakmile se stav nemocného zhorší, nebo rodina již není schopna zajišťovat veškeré jeho potřeby, je tento člověk hospitalizován. Ovšem až to jeho zdravotní stav (rodina) dovolí, je vhodné ho ujistit, že se vrátí domů.

Dále následuje úvodní pohovor a seznámení rodiny s průběhem péče i onemocnění. Samozřejmostí je informovaný souhlas pacienta. Následně je pacient přebrán do péče DH. Je mu vytvořen plán péče ošetřujícím lékařem DH. Tento lékař řeší i vedlejší onemocnění. V plánu je uvedena ošetrovatelská péče, terapie a mohou být i ošetrovatelské metody. Je zde také tzv. SOS medikace, což je plán postupů při předpokládaných komplikacích. Sestra tak může medikaci použít při zhoršení stavu.

Sestra si vytváří u pacienta ošetrovatelský plán, který se snaží naplňovat. Pomáhá rodině, stará se např. o hygienu, chronické rány, prevenci proleženin, edukuje rodinu, uspokojuje veškeré potřeby nemocného. Součástí této péče je i vedení dokumentace. Nepřetržitý provoz zajišťují lékaři a sestry, které mají pohotovost. V tomto případě je důležité zajistit pomoc co nejdříve, nejlépe do 60 minut. SOS medikaci může také podávat rodina, když se jedná o akutní stav. Ovšem je nutné, aby medikace byla v bezpečné formě pro podání a rodina byla poučena. Dle potřeby se také mění plán péče stanovený lékařem.

Rodina dostane kontakt i na další členy multidisciplinárního týmu. Všichni dochází do domácnosti dle potřeby a přání pacienta. Nejčastěji je využíván psycholog či duchovní.

Jak už bylo zmíněno, důležitou rolí sestry je rodinu edukovat. Součástí edukace je popis aktuálního stavu pacienta a zejména vysvětlení a nácvik dovedností potřebných k řešení určitých situací a komplikací. Sestra musí být profesionální a zároveň by měla projevit oporu a empatii, vždyť rodina je většinou v roli pečujícího poprvé.

Informovanost o jednotlivých pacientech v DH uvnitř týmu je zprostředkovávána pravidelnými poradami (cca jednou týdně).

Délka péče je různá a závisí na zdravotním stavu nemocného. Může to být několik dní, ale i několik měsíců. Nezáleží však na délce, ale na přání pacienta zemřít doma a být s blízkými do poslední chvíle, což tato služba poskytuje.

Po smrti pacienta přijíždí do domácího prostředí sestra (pokud již není na místě), zajistí potřebné výkony a rodině empaticky vysvětluje nezbytný postup. Prohlídku těla zemřelého zajišťuje praktický lékař. O tělo pečuje sestra a respektuje přání rodiny. Sestra by měla být

zároveň pro rodinu oporou v této těžké chvíli. Měla by také nabídnout péči psychologa, který by dojel do domácnosti rodiny. Vzhledem k etickému pohledu končí péče druhý den po úmrtí nemocného odvezením zapůjčených pomůcek. (Bydžovský, Kabát, 2015; Marková, 2010; Kupka, 2014)

3 STRES

Stres lze vysvětlit jako zátěž, která je nepřiměřená a nadměrná pro celý organismus. Je to selhání našeho „já“ v dané situaci, která nás zatěžuje. Stres má mnoho individuálních podob. (Bartošíková, 2006; Praško, Prašková, 2007; Venglářová, 2011)

3.1 Eustres a distres

Eustres je přetížení daného člověka, ale celková situace je pro něho příjemná, žádoucí a přijatelná. Přetížení uvítá a rád ho podstoupí, nemusí si ho ani všimnout. Vyskytuje se tam, kde máme vše pod svou kontrolou. Dodává člověku aktivní energii. Typickým příkladem je svatba nebo narození dítěte.

Distres (tzv. negativní stres) je přetížení daného člověka, které je nepříjemné a výrazně vyšší než jeho možnosti. Danou situaci člověk přestává zvládat a cítí ztrátu jistoty a nadhledu. (Křivohlavý, 2010; Praško, Prašková, 2007; Venglářová, 2011)

3.2 Příznaky stresu

Příznaky stresu by se daly rozdělit do tří skupin – fyziologické, psychologické a behaviorální.

K fyziologickým příznakům patří palpitace (bušení srdce), bolesti hlavy, bolesti v kříži, bolest a svírání za hrudní kosti, křečovitě bolesti břicha, ztráta sexuální touhy, nucení na močení, změny v menstruačním cyklu u žen, vyrážka v obličeji.

Mezi psychologické příznaky řadíme prudké změny nálady, zvýšený pocit únavy, nadměrná úzkostnost, podrážděnost, snění, omezování kontaktu s druhými.

Příznaky stresu v chování jsou např. nepozornost, ztráta chuti k jídlu nebo nadměrný příjem potravy, změna denního rytmu – problémy se spánkem, nerozhodnost, nejistota, vyhýbání se práci, snížená kvalita práce, zvýšený příjem alkoholu, nadměrné kouření cigaret, závislost na drogách, nekonečné nařikání, stěžování si. (Křivohlavý, 2010; Venglářová, 2011)

Příznaky stresu jsou okrajově stejné jako příznaky deprese a projevy syndromu vyhoření. Tento syndrom může být dokonce následkem chronického stresu. (Stock, 2010)

3.3 Stresory

Stresory neboli stresové podněty se dají rozdělit do tří skupin – fyzické, psychické a sociální.

Mezi fyzické patří například hlad, hluk, nebo nadbytek podnětů. K psychickým řadíme tíseň času, nadmíru změn během krátkého časového úseku, přílišné nebo nedostatečné vyčerpání. Ztráta blízké osoby či konflikty s kolegy v práci patří k sociálním stresorům. (Stock, 2010)

Co považujeme za původce stresu, záleží také především na nás. Stresory si můžeme sami vyrábět, a to tím, jak se k druhým chováme. Oni na to reagují určitým způsobem, který je pro nás stresující. (Praško, Prašková, 2007)

3.4 Zvládání stresu

Zvládáním stresu se rozumí to, co děláme, když prožíváme stresovou situaci. Záleží na tom, čeho chceme dosáhnout. Máme možnost snížit působení toho, co nás zatěžuje, tolerovat situaci s tím, že postupem času se to zlepší, zachovat pozitivní pohled u sebe i u druhých, zachovat si vnitřní klid, zlepšit své životní podmínky, za kterých by se dalo po zážitku zregenerovat, anebo pokračovat v naději, že se situace v dobrou obrátí. (Křivohlavý, 2010)

Možnosti efektivního zvládání stresu jsou např.: akupresura, aromaterapie, arteterapie, muzikoterapie, relaxace pomocí barev, relaxace prostřednictvím smíchu, pohybu, sauny, nebo také skrze víru.

Mezi neefektivní strategie zvládání stresu patří agrese nebo užívání jakýchkoliv návykových látek. (Venglářová, 2011)

3.5 Stres v práci sestry

Zaměstnanec ve zdravotnictví je podroben větší míře stresu, nežli je tomu u jiných zaměstnání. Jsou to zátěže, které napomáhají vzniku stresu, ale také zvyšují možnost chyb, úrazů, zhoršují zdravotní stav. I proto sestry často odcházejí z práce ve zdravotnictví.

Stresory, které doprovázejí sesterské povolání, mohou být např. setkávání se s nepříjemnými podněty, narušení spánkového rytmu při směnách, nedostatek času na jídlo a pití, hluk, osvětlení, reagování na různé požadavky, nároky na paměť, samostatné rozhodování, zodpovědnost, improvizace, setkávání se s bolestí, smrtí, bezmocí, působení bolesti druhým, nízké ohodnocení práce, neustálá potřeba vzdělávat se, malá důvěra mezi kolegy, pomluvy, neustálý kontakt s pacientem a zasahování do jeho intimity, práce přesčas a o víkendech, konflikt rolí (uspokojení rodiny – trpí profese, upřednostněním profese strádá rodina). (Bartošíková, 2006; Praško, Prašková, 2007)

Nejčastější způsoby jak se dle Jara Křivohlavého (2010) zdravotní sestry vypořádávají se stresem, nebo když jim není psychicky dobře, jsou rodina či přátelé nablízku, různé formy uvolňování – relaxace a řešení problémů s nadhledem.

3.6 Stres v hospicové péči

Pokud hledáme silně působící stres, nalézáme jej právě ve zdravotnictví. Nejprve byl podroben výzkumům stres na odděleních intenzivní péče, dialyzačních jednotkách a popáleninových centrech. Později byla přidána onkologická pracoviště a péče o terminálně nemocné.

Péče o umírající se postupně ukázala jako největší zátěž. I samotné sestry pracující v hospici často uvádí jako největší stresor samotnou smrt a proces umírání. Úspěšné zvládnutí těchto situací spočívá ve vyrovnání s vlastní smrtelností, znalostech o umírání a supervize (viz kapitola č. 5).

Pro sestru je největší zátěží pacient, jehož stav se rychle zhoršuje. Také rozhovor s rodinou o přechodu z léčebné péče na péči paliativní je velmi stresující situací.

Tento stres a vypjaté situace se mohou odrážet i v rodinném životě zdravotníka. Konflikty s členy rodiny, ale i přáteli mohou způsobit vlastní nespokojenost s kvalitou života. Často nalézáme i rozpady manželství. (Kupka, 2014; O'Connor, Aranda, 2005)

4 SYNDROM VYHOŘENÍ

4.1 Co je syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření (burnout, syndrom vyhaslosti) vzniká při práci s lidmi u tzv. pomáhajících profesí (tj. profese zaměřené na práci s lidmi). Jedná se o zdravotníky, učitele, soudce, sociální pracovníky, policisty, duchovní, apod. V poslední době se však mluví o syndromu vyhoření i u rodinných příslušníků, kteří dlouhodobě pečují o své blízké v domácím prostředí. Je to důsledek dlouhodobého zabývání se tím, co je pro člověka emocionálně náročné. Na jeho vznik mají vliv na jedné straně velká očekávání člověka, který zastává pomáhající profesi, na druhé straně zátěž, která vyplývá z vysokých nároků na jeho osobu. Je to důsledek nejen zátěže na něho položené, ale i nezvládání nároků. K vyhoření vede opakované vynaložení mnoho úsilí i přes neadekvátní výsledek a ohodnocení a nemožnost čelit nárokům.

Nezahrnuje se mezi nemoci, nýbrž je to proces, který se postupně projevuje u zaměstnance v pomáhajících profesích a často je to velmi brzy po nástupu do zaměstnání. Škodí přímo člověku, který syndromem trpí, ale i ostatním, jelikož jeho práce není dostatečně kvalitní. (Bartošíková, 2006)

4.2 Historie syndromu vyhoření

Pojem syndrom vyhoření byl poprvé použit v USA v letech 1974-1975. Začal ho používat Herbert J. Freudenberger, který ho poprvé definoval v časopise *Journal of Social Issues*. Při zkoumání vlivu pracovního stresu na psychiku člověka se postupem času nejvíce zaměřovalo na syndrom vyhoření. Od této doby měl tento pojem různé definice a dodnes není zcela přesně dané, co syndrom vyhoření obsahuje. V ČR se tímto problémem zabývala radioložka Olga Dostálová v osmdesátých a devadesátých letech minulého století. (Bartošíková, 2006; Špirudová, 2015; Kupka, 2014)

4.3 Stádia syndromu vyhoření

Jak už bylo řečeno, syndrom vyhoření je spíše proces, který se vyvíjí. Není to daný stav ani nemoc. Je možné, že tento proces začíná již při nástupu pracovníka pomáhající profese do zaměstnání. Má jisté představy, očekávání, je motivovaný a nadšený. Realita je však velmi odlišná od jeho představ. Je to právě vstup do zaměstnání, kdy se sestra blíží tomuto syndromu nejvíce. (Bartošíková, 2006; Honzák, 2015)

Pokud se uvádí nějaké rozdělení, je to čtyřfázový model Christiny Maslachové:

1. fáze – nadšení, ponoření se do práce, přetěžování se, nadprůměrné nasazení
2. fáze – únava fyzická i psychická, přehodnocování počátečních ideálů, v této fázi nejsou příliš pozorovatelné příznaky
3. fáze – odcizení, nedokázání se vcítit, obrana, bezmoc, zklamání
4. fáze – vyčerpání, lhostejnost, člověk se staví proti všemu, vše chce mít rychle vyřízené (Bartošíková, 2006; Stock, 2010)

4.4 Co napomáhá vzniku syndromu vyhoření

Syndrom je často nalézán u motivovaných lidí s vysokými cíli a velkými očekáváními. Jsou to oběti, které mají ideály, jež jsou nesplnitelné, a neobstojí v boji s realitou. Lidé perfekcionisté a ti, co nesplnění cílů berou jako porážku, mají také nakročeno blíže vyhoření. Dále to jsou ti, co berou žádost o pomoc jako vlastní selhání.

Reakce na zátěžovou situaci je individuální. Záleží, jestli je člověk pasivní či aktivní při zpracování stresových vlivů. Stres se dá upravit tím, jakou míru závažnosti mu sám člověk dovolí. Záleží také na přítomnosti asertivity, schopnosti relaxace, emocionální stability, zdravém sebehodnocení. Chronický stres je také významným startérem vyhoření.

Pracoviště, kde jsou zaměstnanci podrobeni vysokému nasazení a malému ocenění nebo neuspokojivým výsledkům, jsou nejrizikovější. Pomáhající profese může energii dodávat, ale zároveň i brát. Rozhodující je, v jakém poměru se to vyskytuje. Když se práce člověku daří, cítí pocit uspokojení a smysluplnosti. Pokud ne, je to naopak.

Mnohem intenzivnější styk sestry a pacienta dělá tuto profesi zranitelnější. (Bartošíková, 2006; Stock, 2010; Maroon, 2012)

4.5 Jak vypadá syndrom vyhoření v praxi

U každého člověka je syndrom vyhoření individuální. Společné je však zhoršení kvality práce. Takový člověk chodí do práce s odporem. Vyhoření může být také příčinou špatné pracovní morálky, konfliktů v kolektivu až odchodů ze zaměstnání.

Zdravotník, který je vyhořelý, nedokáže empaticky vnímat pacienty. Neumí odlišit individualitu každého nemocného. Kritizuje je, hovoří o nich s neúctou a ironií. Jeho chování je chladné, bez jakéhokoliv zájmu. Odmítá nemocné, někdy je až agresivní. Pacient už pro něho není člověk, ale pouhá diagnóza a podle toho se k němu chová. Vyhořelý člověk má pocit, že už nemůže dál. Postupně se negativní postoje přesouvají i mezi spolupracovníky a do rodinného života. Projevuje se to snížením sebevědomí, nespokojeností v mnoha oblastech

života, žádnými prožitky radosti, omezením kontaktu s ostatními lidmi, poruchami spánku, přesouváním viny na ostatní, celkovou vyčerpaností a náchylností k nehodám. Existují případy, kdy to končí tím, že začne brát léky (na spaní, uklidnění apod.), nebo holduje alkoholu. To samozřejmě není řešení a nakonec to přináší další komplikace. (Bartošíková, 2006; Stock, 2010; Kupka, 2014; Maroon, 2012)

4.6 „Léčba“ syndromu vyhoření

Důležitá je pomoc druhých, protože v tomto stavu si už člověk nedokáže sám pomoci. V takové situaci většinou nepomůže ani dovolená. Mohli by pomoci kolegové, kteří mají jisté zkušenosti, ale sami nejsou ve fázi vyhoření. Unavující situace a úkoly, které člověka stresují, by měly být odloženy.

Pokud se člověku zdá, že počínající nebo už delší dobu trvající vyhoření nezvládne sám, měl by vyhledat psychoterapeutickou pomoc. Psycholog-psychoterapeut by měl pomoci najít cestu k úlevě. Rozhodování by nemělo trvat dlouho, jde přeci o vlastní život, smysl práce a nalezení řešení situace.

Nejen sestry, ale zdravotníci obecně se odborné pomoci snaží vyhnout. Myslí si, že to je profesní selhání. (Bartošíková, 2006; Špirudová, 2015)

„I pečující je jen smrtelník.“ (Funk, 2014, s. 78)

4.7 Prevence syndromu vyhoření v práci sestry

V prevenci je důležité žít životem, který má pro člověka samotného smysl. Mít nastavený žebříček hodnot a přesně vědět, co je podstatné a co méně, hraje také dost významnou roli.

Dalším významným bodem v prevenci je rovnováha mezi tím, co člověka stresuje a tím, co mu dodává sílu. Stresory hledat nemusíme, jelikož ty se vyskytují v životě samy. Ovšem to, co nám dodává sílu, musíme sami aktivně vyhledávat. (Křivohlavý, Pečenková, 2004)

Nejprve by měl pracovník myslet na sebe, na své potřeby, odpočinout si. Je velmi důležité, aby zaměstnanec v pomáhající profesi sebe přijal takového, jaký je a měl se rád.

Člověk by měl znát hranice svých možností a nebát se požádat o pomoc, když na to sám nestačí. Pokud neumí odhadnout hranice a neřekne si o pomoc, je také o krok blíže k vyhoření. Zátěž je na něho příliš velká. Zážitek vyhoření může být pro mnohé zkušeností. Poznaj, kde jsou hranice, na co ještě stačí, jak reagují apod.

Neztrácet osobní život a přátele mimo zdravotnické prostředí je také velmi důležité. Totéž jako udržovat si koníčky a věnovat jim čas. Věřícím lidem pomáhá chodit častěji do kostela.

Zdravé jídlo, sport a dostatek spánku také hrají velkou roli nejen při tomto syndromu. Měli bychom vnímat potřeby svého těla a jít si odpočinout, když si to žádá tělo, ne až na to máme čas. To už je kolikrát příliš pozdě a syndrom se nevyhnutelně blíží.

Pro zdravotníky bývá také těžké oddělit pracovní a osobní život. Zejména tam, kde se setkávají s těžkými případy. Ze zkušeností sester vyplývá, že pomáhá nastavit si rituál během cesty domů z práce nebo těsně po příchodu. Je to např. rychlá chuze, jízda na kole, procházka se psem, sprcha, káva, hudba. A oddělit tak nějakou činností pracovní a osobní život.

V práci by si sestra měla pohlídat časovou tíseň. Mnoho práce a málo času. V takových situacích je potřeba zapojit všechny síly na zvládnutí, poté je však také nutné dopřát si více odpočinku, který již bývá opomíjený.

Problém nastává i ve finanční odměně za vykonanou práci. Nespokojenost s touto oblastí se u sester vyskytuje ve velké míře. Záleží ovšem také na postoji, který k tomu sestra má. Může se tím trápit a být neustále nespokojená. Může však také bojovat za vyšší plat, anebo přijmout situaci takovou, jaká je. Osobní důvod, proč tuto práci dělá, jí také může pomoci.

Když se budují dobré vztahy na pracovišti, je to také prevence vyhoření. Převažuje-li spolupráce před rivalitou, pracuje se lépe. Dobré vztahy vytváří nejen vzájemná komunikace.

Jelikož je většinou sestra jako jediná pacientovi nejbližší z celého multidisciplinárního týmu, může dojít k překročení hranic. Měli bychom si neustále hlídat bezpečnou blízkost, ale i vzdálenost od pacienta. Profese pomáhajícího by měla být konána někým obětavým, kdo bude pracovat s velkým nasazením. Nesmí však ztrácet sám sebe ani mít pocit zneužívání či manipulace druhými (pacienty). Jasné hranice u sebe nám pomohou chápat a respektovat hranice druhých. Jedině tak se můžeme stát dobrými pomocníky.

Vyhýbat se stereotypu nám pomůže zájem o nové postupy, nové materiály a vzdělávání ve zdravotnické oblasti. Ovšem nemusí to být jen zdravotnictví. Zájem o to, co se kolem děje v různých oborech, je jedním ze způsobů vymanění se ze stereotypu. (Bartošíková, 2006; Funk, 2014)

5 SUPERVIZE

Supervize je proces, kterého se účastní skupina nebo jednotlivec, zaměřený na zpětný odraz činností či aktivit spojených s pracovní pozicí. Je využívána zejména v pomáhajících profesích. Supervize je v populaci zatím málo známá. Jedním z problémů v této oblasti je, že ne všechny sestry mají povědomí o existenci supervize. Dalším problémem je dostupnost supervize. (Bartošíková, 2006; Venglářová, 2013; Vévoda, 2013)

5.1 Supervizor

Supervizor by měl být autoritativní, důvěryhodný a zejména zkušený. Člověk, který provádí supervizi pro oblast ošetrovatelství, hledá řešení odborných problémů, pomáhá porozumění pocitům a pomáhá vyhodnocovat další vedení práce. Během supervize se vedou rozhovory o situacích, kterým jsou zdravotníci ve své profesi vystaveni. Stále častěji se zde řeší i problémy v kolektivu, které jsou samozřejmě také důležité. Supervizor vše vidí zvenčí a může pomoci i svými zkušenostmi. Často zdravotník musí také před pacienty potlačovat negativní emoce. Ty může vyjádřit před supervizorem. Jsou to nejčastěji zlost, frustrace, bezmoc, strach, stud nebo obavy ze selhání. (Bartošíková, 2006; Venglářová, 2013; Vévoda, 2013)

5.2 Rozdělení supervize

Supervize se rozděluje na individuální a týmovou. Individuální forma není tak obvyklá. Tuto formu využívají nejčastěji sestry manažerky, ale někdy i běžné sestry. Týmová supervize je nejrozšířenější forma v ošetrovatelství. Mělo by se jednat o multidisciplinární tým (sestry, lékaři, fyzioterapeuti apod.), ovšem často je to pouze ošetrovatelský tým. Záleží však na problému, který se má při supervizi řešit. (Bartošíková, 2006; Venglářová, 2013; Vévoda, 2013)

5.3 Cíle supervize

Cílem supervize je zkvalitnění práce pracovníků, měla by to být příležitost k reflexi a zároveň by měla podpořit kariérní růst. Pomáhá zdravotníkům vytvořit si nadhled nad situací v zaměstnání zdánlivě neřešitelnou. Supervize je také prevencí syndromu vyhoření (viz kapitola č. 4), vytváří prostředí, které podněcuje k dalšímu vzdělávání a vyvíjení se. (Bartošíková, 2006; Venglářová, 2013; Vévoda, 2013)

„Je nutno pomáhat tomu, kdo pomáhá.“ (Funk, 2014, s. 14)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

6 METODOLOGIE VÝZKUMU

6.1 Výzkumné otázky

Zde jsou uvedeny výzkumné otázky, které byly pro tuto práci zvoleny:

1. Zahrnují sestry do kvalitního života i jakoukoliv víru?
2. Jakou důležitost má v životě sestry v domácím hospici spokojenost s rodinou?
3. Jakou roli hraje sexuální aktivita v kvalitě životů sester v domácím hospici?
4. Jaká je spokojenost sester s finančním ohodnocením této práce?
5. Je pro sestry pracující v domácím hospici dobrý spánek důležitý?

6.2 Metodika výzkumu

Práce je teoreticko-praktická. Výzkum byl prováděn pomocí dotazování. Dotazování se dle Kozla a kol. (2011) dělí na dvě možnosti. Jednou z nich je přímé dotazování (rozhovory) a druhou je zprostředkované dotazování (dotazníky). V této práci byly použity obě varianty.

6.2.1 Charakteristika výzkumného vzorku

Hlavním kritériem pro výběr respondentů byla práce sestry v domácím hospici. Další podmínkou byla ochota a důvěra svěřit informace.

Výzkumným vzorkem je pro tuto práci pět sester pracujících pod Oblastní charitou Ústí nad Orlicí v ošetrovatelské péči a domácí hospicové péči přímo v Ústí nad Orlicí. Všechny respondentky jsou ženy. Tyto respondentky byly vybrány vzhledem k několikaletým zkušenostem s tímto typem péče. Každá ze sester má pětiletou praxi v domácím hospici (z důvodu vzniku organizace před pěti lety). Žádná z respondentek dříve nepracovala v jiném zařízení, které by poskytovalo specializovanou paliativní péči. Jejich průměrný věk je 39,8 let. Výběr respondentek probíhal v rámci domluvy, kdo je ochotný spolupracovat a nebojí se svěřit informace. Zároveň to byly respondentky, které souhlasily, že budou zařazeny do výzkumu, který je součástí této práce.

6.2.2 Průběh výzkumu

Před započatím výzkumu byla potřebná orientace v dané problematice. Ta byla získána studiem odborné literatury a odbornou stáží v zařízení, které poskytuje domácí hospicovou péči.

Nejdříve byl proveden předvýzkum. Spočíval v tom, že stejné otázky z rozhovoru byly položeny dvěma sestrám, které pracují v nemocnici. Vyplňovaly i dotazník. Tímto mělo být zjištěno, zda jsou otázky z rozhovoru i dotazník srozumitelné, aby mohl být proveden hlavní výzkum. U těchto sester nebyla hodnocena kvalita života. Byly pouze zahrnuty do předvýzkumu, který měl zajistit srozumitelnost otázek pro respondenty. Pro obě sestry podstupující předvýzkum bylo vše jasné a srozumitelné.

Rozhovory a dotazníky

Rozhovory probíhaly za dohodnutých podmínek individuálně. Byly to právě respondentky, které si určovaly místo a čas. Samozřejmostí bylo zajištění soukromí. Nejdříve byly provedeny rozhovory, které se nahrávaly a poté respondentky dostaly k vyplnění dotazníky. Na rozhovor ani na dotazník nebyl stanovený čas. Většinou však vše trvalo přibližně 30 až 45 minut. Rozhovor i dotazník absolvovaly stejné respondentky. Všechny pět předem domluvených respondentek rozhovor i dotazník podstoupilo, proto byly zahrnuty do výzkumu a nikdo nebyl vyřazen. V rozhovoru byly pokládány otázky nejdříve obecné – pohlaví, věk, bydliště, vzdělání a zaměstnání. Poté následovaly otázky, které se již zaměřovaly na hlavní téma – kvalita života a hodnoty, které tuto oblast naplňují. Vzhledem k rozsáhlé oblasti kvality života byl celý výzkum zaměřen zejména na subjektivně pojatou kvalitu života respondentek a hodnoty, které tuto kvalitu naplňují.

Dotazník, který sestry vyplňovaly, čerpá z dotazníku SQUALA. Není to však jeho přesné znění, byl upraven zejména dle dimenzí kvality života stanovených WHO. Některé oblasti byly přidány. Při výběru oblastí, které budou přidány, bylo čerpáno z oblastí kvality života dle WHO. Dotazník SQUALA obsahoval otázky, které jsou v tomto výzkumu zahrnuty do rozhovorů, tudíž byly pro dotazník tohoto výzkumu vyřazeny. Obsahuje dvě části. Jedna část se zabývá důležitostí jednotlivých oblastí života pro člověka a druhá část hodnotí stejné či podobné oblasti a spokojenost s nimi. Respondentky označovaly v prvním případě odpovědi podle důležitosti: *nezbytné, velmi důležité, středně důležité, málo důležité a bez významu*, v druhém případě uváděly spokojenost: *zcela spokojen, velmi spokojen, spíše spokojen, nespokojen a velmi zklamán*.

Rozdělení výzkumu mezi rozhovory a dotazníky je záměrné. V rozhovoru byly otázky, na které mohly respondentky uvést odpověď, kterou mohly rozvést. Byly zde zahrnuty oblasti týkající se kvality života. Řešily se zde otázky typu, co si respondentky představují pod pojmem kvalita života, jak podle nich vypadá kvalitní život, co má vliv na kvalitu života, jak

kvalitní hodnotí svůj život na škále. Mezi dalšími otázkami byl dotaz na jejich žebříček hodnot, víru jakéhokoliv typu a sexuální život. V dotazníku byly zahrnuty tyto oblasti života: zdraví, fyzická soběstačnost, psychická pohoda, bydlení, prostředí, spánek, rodinné vztahy, vztahy s ostatními, mít děti, milovat a být milován, sexuální život, odpočinek, koníčky, bezpečí, práce, spravedlnost, svoboda, umění, pravda, peníze, jídlo, víra, jistota do budoucnosti, finanční ohodnocení práce, způsob života a ohodnocení života jako takového. Byla zde také možnost doplnit oblast, která je pro ně důležitá a v tabulce se nevyskytovala. Výzkum neprobíhal anonymně.

6.2.3 Sběr dat

Předvýzkum probíhal v prosinci roku 2015 v nemocnici okresního typu. Hlavní sběr dat formou rozhovoru a dotazníku byl uskutečněn od prosince roku 2015 do konce ledna následujícího roku v zařízení, které poskytuje domácí hospicovou péči. V tuto dobu byly prováděny strukturované rozhovory i vyplnění dotazníků. Hodnocení probíhalo během měsíce února roku 2016. Každá z respondentek odpovídala nejdříve na otázky v rozhovoru a poté vyplňovala dotazník. Výběr prostředí pro respondentky vhodného byl zcela na jejich uvážení.

7 SHRNUÍ DAT

Respondenty pro tento výzkum jsou sestry pracující v domácí hospicové péči. Všechny pět zahrnutých do výzkumu jsou ženy.

7.1 Rozhovory

V rozhovorech byly zjišťovány základní údaje – pohlaví, věk, bydliště (město či vesnice), vzdělání a zaměstnání. Otázky v rozhovoru jsou uvedené v příloze B. Příloha C obsahuje ukázky rozhovorů.

Průměrný věk respondentek je 39,8 let (jsou to ženy ve věku 40, 35, 42, 36 a 46 let). Tři z nich bydlí ve městě a dvě na vesnici.

Tři z respondentek jsou vdané, jedna svobodná a jedna je rozvedená. Všechny respondentky mají minimálně jedno dítě, nejvíce jich má respondentka, která má čtyři děti.

Každá z respondentek uvedla jako nejvyšší dosažené vzdělání střední zdravotnickou školu ukončenou maturitou. Taktéž uvedly shodně, že jediné zaměstnání, které nyní mají, je charitní ošetrovatelská služba a domácí hospicová péče.

Následovaly další otázky o kvalitě života:

Otázka č. 1 – Co si představujete pod pojmem kvalita života?

Respondentky zde odpovídaly různě. Některé si uvědomují, že každý má jinou kvalitu života. Také často uváděly, že je to těžko definovatelné. „*Záleží hodně na požadavcích, nárocích na sebe i okolí, potřebách a představách,*“ zněla reakce na tuto otázku u jedné sestry. Další odpověď, která stojí za zmínku: „*Vědět, že život zde má smysl a je něco po něm.*“

Otázka č. 2 – Jak podle Vás vypadá kvalitní život?

Na tuto otázku se vyskytla odpověď, že kvalitní život je být zcela spokojen ve všech oblastech uvedených v tabulce 2. Kvalitní život podle jedné respondentky vypadá tak, že zahrnuje oblasti jako např. dobré vztahy, naplňující práce, milovat a být milován, smysl života, žít pro druhé a dále nemít nic, co by člověka užíralo (myšleno nenávisť, vina, zlo – to, co člověk provede a může to napravit). Často se zde vyskytovala odpověď typu vyjmenování

oblastí, s kterými by měl být spokojený (rodina, práce, finance, koníčky, sny, vytyčené cíle, zdraví, schopnost postarat se o sebe i blízké, svoboda).

Otázka č. 3 – *Je dle Vás důležitá pro kvalitní život jakákoliv víra?*

Překvapující odpovědi u všech bylo ano. I nevěřící respondentky uváděly reakce typu: „něčemu by člověk věřit měl (např. i v osud)“, „pro někoho určitě ano“. Věřící odpovídají, že bez pochyby ano, že se člověk nemusí spoléhat jen na sebe a pomáhá to v těžkých chvílích (nemoc, úmrtí, katastrofy).

Otázka č. 4 – *Co má dle Vás vliv na kvalitu života (v dobrém i ve špatném slova smyslu)?*

Vyskytla se ujišťující odpověď, že kvalitní život neznamena život v blahobytu. Dále pak názor, že veliký vliv na kvalitu života má pozitivní a negativní myšlení, představa, co člověk chce, vliv okolí, bohužel i finanční možnosti, pohlaví, věk, víra, zkušenosti, přijetí sebe sama.

Otázka č. 5 – *Kvalita Vašeho života na škále od 0 do 10 (0 – absolutně nespokojen, 10 – naprosto spokojen)?*

V této oblasti respondentky odpovídaly vyšším číslem než pět, což by byla průměrná spokojenost. Jen u jedné se vyskytlo číslo šest, jinak to bylo dvakrát sedm, jednou osm a jednou dokonce něco mezi osmičkou a devítkou.

Otázka č. 6 – *Váš žebříček hodnot ve Vašem životě (prvních sedm míst).*

Překvapující odpovědi zde byl na prvním místě mír u jedné respondentky. Dále se vyskytovaly různě seřazené hodnoty, jako jsou zdraví své i rodiny, láska, práce, vztahy na pracovišti, bydlení, peníze, svoboda, Bůh, bezpečí, porozumění, přátelé, koníčky (mezi koníčky jedna respondentka zahrнула i starost o sebe), jistota, štěstí, úspěch, děti, manželství. Dobrý kolektiv jako vysoko postavená hodnota se vyskytl u dvou respondentek. Zajímavou odpovědí bylo vyjmenovaných sedm hodnot a poté poznámka, že nejsou přesně seřazené, ale pořád se míchají a každou chvíli je na prvním místě něco jiného.

Otázka č. 7 – Považujete sex jako „pomůcku“ ke zmírnění nebo odstranění stresu?

Tři odpovědi zněly ne (i když zde jedna respondentka váhala, že kvůli stresu sex nevyhledává, ale když je, tak že určitě stres odstraní), dvě ano (poznámka, že to musí být s milovanou osobou).

Otázka č. 8 – Jakou roli hraje sex ve Vašem životě?

Převažovaly odpovědi typu důležitou a významnou roli. Také se vyskytly dva názory, které zastávaly odpověď bezvýznamnou.

Otázka č. 9 – Jste věřící (v cokoliv)? V co? Pomáhá Vám to v životě?

Byly zaznamenány odpovědi u tří z respondentek, že jsou křesťanky (uváděly, že věří v Boha), jedna věří, že „co se má stát, to se stane, ať už se k tomu dopracujeme jakoukoliv cestou“. Jedna nevěří.

Věřícím víra pomáhá, uváděly, že mají někoho, na koho se mohou spolehnout a nejsou samy, že se nemusí ničeho bát, že mají někoho, kdo je má rád za jakýchkoliv okolností, že je vše snadnější. Nebo víra v to, co se stane, se má stát, že neuvažuje člověk nad tím, jaké by to bylo, kdyby nastalo něco jiného. Je vše tak, jak má být a smíruje se se vším lépe a snadněji.

7.2 Dotazníky

Dotazník, který dostaly respondentky k vyplnění je uveden v příloze A.

7.2.1 Důležitost

Respondentky hodnotily důležitost 23 oblastí, které se úzce týkají života a kvality života. Celkové výsledky jsou zaznamenány v tabulce 1.

Tabulka 1 Přehled důležitosti v různých oblastech

	nezbytné	velmi důležité	středně důležité	málo důležité	bez významu
být zdravý	4	1	0	0	0
být fyzicky soběstačný	2	2	1	0	0
cítit se psychicky dobře	3	1	1	0	0
příjemné prostředí a bydlení	0	2	3	0	0
dobře spát	1	1	3	0	0
rodinné vztahy	4	1	0	0	0
vztahy s ostatními lidmi	2	2	1	0	0
mít a vychovávat děti	4	1	0	0	0
postarat se o sebe	2	3	0	0	0
milovat a být milován	5	0	0	0	0
mít sexuální život	0	3	0	2	0
odpočívat ve volném čase	1	0	4	0	0
mít koníčky ve volném čase	0	3	2	0	0
být v bezpečí	3	1	1	0	0
práce	3	1	1	0	0
spravedlnost	3	2	0	0	0
svoboda	3	1	1	0	0
krása a umění	0	1	2	2	0
pravda	2	3	0	0	0
peníze	1	2	2	0	0
dobré jídlo	0	1	3	1	0
víra, vyznání	1	2	0	2	0
jistota do budoucnosti	3	2	0	0	0

7.2.2 Spokojenost

Respondentky v dotazníku zhodnocovaly spokojenost ve 24 oblastech života. Tyto celkové výsledky jsou uvedeny v tabulce 2.

Tabulka 2 Přehled spokojenosti v různých oblastech

	zcela spokojen	velmi spokojen	spíše spokojen	nespokojen	velmi zklamán
zdraví	1	2	2	0	0
fyzická soběstačnost	3	2	0	0	0
psychická pohoda	0	2	3	0	0
prostředí, bydlení	1	2	2	0	0
spánek	0	3	1	1	0
rodinné vztahy	2	2	1	0	0
vztahy s ostatními	1	3	1	0	0
děti	4	0	1	0	0
péče o sebe sama	4	0	1	0	0
láska	2	1	1	1	0
sexuální život	0	3	0	2	0
odpočinek	0	1	3	1	0
koníčky	0	2	3	0	0
pocit bezpečnosti	1	2	2	0	0
práce	2	3	0	0	0
spravedlnost	1	2	2	0	0
svoboda	2	1	2	0	0
krása a umění	1	0	4	0	0
pravda	1	2	2	0	0
finanční ohodnocení za práci	1	3	1	0	0
jídlo	2	2	1	0	0
způsob života	2	2	1	0	0
čeho chci dosáhnout	2	2	1	0	0
život jako takový	0	4	1	0	0

8 INTERPRETACE DAT

8.1 Respondentka 1

Respondentka 1 odpovídala v rozhovoru, že pod pojmem kvalitní život si představuje zejména dobré vztahy, naplňující práci, milovat a být milován, vědět, že život zde má smysl a také žít pro druhé. Zároveň v tabulce 3 a 4 je zaznamenáno, že rodinné vztahy jsou pro ni velmi důležité, je s nimi velmi spokojena, a vztahy s ostatními lidmi považuje za středně důležité, je s nimi velmi spokojena. Práce je pro ni velmi důležitá v životě, je s ní spíše spokojena. Za nezbytnou součást života respondentka považuje životní oblast milovat a být milován, s obecnou oblastí láska je spíše spokojena.

Na otázku, zda je pro respondentku a její kvalitní život důležitá jakákoliv víra, odpověděla, že ano. V tabulce 3 uvedla oblast víry a vyznání za velmi důležitou.

Vliv na kvalitu života mají u této respondentky tyto oblasti: rodina, bližní, práce, peníze, vztahy, víra, přijetí sama sebe. Míra důležitosti těchto oblastí se u respondentky 1 pohybuje u velmi důležitých a středně důležitých a s těmito oblastmi je spíše spokojena nebo velmi spokojena.

Kvalita života na škále od 0 do 10 byla uvedena jako číslo 8. Číslo je blíže ke spokojenému a kvalitnímu životu (hodnota 10). Odpovídá to uvedené spokojenosti s životem jako takovým v tabulce 4, kdy respondentka uvedla, že je velmi spokojena. Se způsobem života je respondentka spíše spokojena. Nevyskytuje se oblast v životě, se kterou by respondentka nebyla spokojena. V oblasti, jak se jí daří to, čeho chce dosáhnout, označila respondentka, že je spíše spokojena. To také zajisté hraje roli v poměrně vysokém čísle hodnotícím celkovou kvalitu života.

V žebříčku hodnot jsou uvedeny tyto hodnoty: Bůh, přátelé, rodina, manželství, práce, zdraví, koníčky. Nejsou seřazeny, protože bylo uvedeno, že se příčky neustále mění. Zdraví hodnotí respondentka jako nezbytné. Rodina, práce i koníčky jsou pro ni velmi důležité. V tabulce 4 lze vidět spokojenost s těmito oblastmi v životě respondentky. Spíše spokojena a velmi spokojena je respondentka s těmito stanovenými hodnotami. To se také projevuje na hodnocení celkové kvality života číslem 8, že je respondentka spokojena s životem a hodnotami, které ve svém životě má.

V sexuálním životě je respondentka velmi spokojena a také je to pro ni velmi důležitá oblast v životě. Děti jsou pro respondentku velmi důležité a je s nimi spíše spokojena.

Dobře spát je oblast pro respondentku středně důležitá a také uvádí, že je se svým spánkem spíše spokojena. Stejnou důležitost a spokojenost má oblast odpočinku.

Oblasti příjemné prostředí a bydlení, krása a umění a dobré jídlo považuje respondentka za středně důležité a je s nimi spíše spokojena.

Být v bezpečí, spravedlnost, svoboda a pravda jsou pro respondentku velmi důležité nebo středně důležité. S těmito oblastmi je tato respondentka spíše spokojena. Jistotu do budoucnosti hodnotí jako velmi důležitou.

Tabulka 3 Přehled důležitosti jednotlivých oblastí respondentky 1

OBLAST ŽIVOTA	MÍRA DŮLEŽITOSTI
být zdravý	nezbytné
být fyzicky soběstačný	nezbytné
cítit se psychicky dobře	velmi důležité
příjemné prostředí a bydlení	středně důležité
dobře spát	středně důležité
rodinné vztahy	velmi důležité
vztahy s ostatními lidmi	středně důležité
mít a vychovávat děti	velmi důležité
postarat se o sebe	velmi důležité
milovat a být milován	nezbytné
mít sexuální život	velmi důležité
odpočívat ve volném čase	středně důležité
mít koníčky ve volném čase	velmi důležité
být v bezpečí	velmi důležité
práce	velmi důležité
spravedlnost	velmi důležité
svoboda	středně důležité
krása a umění	středně důležité
pravda	velmi důležité
peníze	středně důležité
dobré jídlo	středně důležité
víra, vyznání	velmi důležité
jistota do budoucnosti	velmi důležité

Tabulka 4 Přehled spokojenosti s jednotlivými oblastmi respondentky 1

OBLAST ŽIVOTA	MÍRA SPOKOJENOSTI
zdraví	spíše spokojen
fyzická soběstačnost	velmi spokojen
psychická pohoda	spíše spokojen
prostředí, bydlení	spíše spokojen
spánek	spíše spokojen
rodinné vztahy	velmi spokojen
vztahy s ostatními	spíše spokojen
děti	spíše spokojen
péče o sebe sama	spíše spokojen
láska	velmi spokojen
sexuální život	velmi spokojen
odpočinek	spíše spokojen
koníčky	spíše spokojen
pocit bezpečnosti	spíše spokojen
práce	velmi spokojen
spravedlnost	spíše spokojen
svoboda	spíše spokojen
krása a umění	spíše spokojen
pravda	spíše spokojen
finanční ohodnocení za práci	spíše spokojen
jídlo	spíše spokojen
způsob života	spíše spokojen
čeho chci dosáhnout	spíše spokojen
život jako takový	velmi spokojen

8.2 Respondentka 2

Respondentka 2 odpovídala na představu kvality života, že ji každý vnímá jinak a těžko se definuje. Ale zejména se jedná o postavení ve světě či v životě a cíle s očekáváními. S tím souvisí, že respondentka uvedla v tabulce 5 nezbytnou součást života jistotu do budoucnosti.

Pod kvalitním životem si respondentka představuje spokojenost s rodinou a prací. S rodinnými vztahy je dle tabulky 6 spíše spokojena, ale s dětmi je zcela spokojena. Zároveň jsou pro ni rodinné vztahy a mít děti nezbytné. Práce je pro ni též nezbytná, se svou prací je velmi spokojena. Dále kvalitní život naplňuje zdraví – být zdravý je dle tabulky 5 pro respondentku nezbytné a se svým zdravím je spíše spokojena. Finanční zabezpečení také označuje kvalitní život. Peníze jsou u této respondentky velmi důležité a s finančním ohodnocením za práci je velmi spokojena. Zájmy a koníčky také zařadila respondentka do kvalitního života, v tabulce 5 je zaznamenáno, že jim přiřadila střední důležitost a se svými koníčky je spíše spokojena.

V rozhovoru uvedla, že pro ni není víra důležitá, ale pro někoho určitě ano. Přiřadila jí malou důležitost, což souhlasí s tím, že respondentka uvedla, že v nic nevěří.

Vliv na kvalitu života mají dle respondentky mnohé oblasti. Jsou to zejména pohlaví, věk, víra, zkušenosti, zdraví nebo nemoc, spokojenost. Zdraví je pro ni nezbytné a je s ním u sebe spíše spokojena. S životem jako takovým je spíše spokojena, to odpovídá také kvalitě života, kterou respondentka na škále od 0 do 10 označila jako číslo 6. Se svým způsobem života je velmi spokojena. Čeho chce dosáhnout s tím je zcela spokojena.

V žebříčku hodnot se na prvním místě objevilo zdraví – stejné místo jako v tabulce důležitosti, kde mělo nezbytnou důležitost, ale je s ním spíše spokojena. Na druhém místě jsou děti, které tvoří také nezbytnou součást života dle respondentky, je s nimi zcela spokojena. Dále to jsou rodina a láska – obě oblasti jsou pro respondentku nezbytné. S rodinnými vztahy je spíše spokojena, s láskou nespokojena. Může s tím souviset, že tato respondentka je svobodná. Dalším bodem v žebříčku je jistota. Tu považuje dle dotazníku respondentka jako nezbytnou. Také byly uvedeny peníze, úspěch a práce. Peníze jsou velmi důležité, práce nezbytná v životě této respondentky. S prací i jejím finančním ohodnocením je velmi spokojena.

Sexuální život hraje nevýznamnou roli v životě této respondentky, malá důležitost přiřazená v dotazníku tomu odpovídá. Také je s touto oblastí respondentka nespokojena.

Dále je respondentka nespokojena s odpočinkem a spánkem, i když je pro ni tato oblast středně důležitá. Také to může hrát významnou roli v hodnocení celkové kvality života na škále.

Cítit se psychicky dobře a postarat se o sebe je pro respondentku nezbytné a velmi důležité. S psychikou je spíše spokojena a s tím, jak se sama o sebe stará, je zcela spokojena. Fyzickou soběstačnost respondentka považuje za velmi důležitou, je s ní u sebe zcela spokojena.

Příjemné prostředí a bydlení, krása a umění a dobré jídlo jsou pro ni velmi důležité, málo důležité a středně důležité. Zároveň je s nimi spíše spokojena a velmi spokojena (dle tabulky 6).

Pocit bezpečí, spravedlnost, svoboda a pravda jsou pro respondentku nezbytnou součástí života. S bezpečím je spíše spokojena, se spravedlností, svobodou a pravdou velmi spokojena.

Tabulka 5 Přehled důležitosti jednotlivých oblastí respondentky 2

OBLAST ŽIVOTA	MÍRA DŮLEŽITOSTI
být zdravý	nezbytné
být fyzicky soběstačný	velmi důležité
cítit se psychicky dobře	nezbytné
příjemné prostředí a bydlení	velmi důležité
dobře spát	velmi důležité
rodinné vztahy	nezbytné
vztahy s ostatními lidmi	nezbytné
mít a vychovávat děti	nezbytné
postarat se o sebe	velmi důležité
milovat a být milován	nezbytné
mít sexuální život	málo důležité
odpočívat ve volném čase	středně důležité
mít koníčky ve volném čase	středně důležité
být v bezpečí	nezbytné
práce	nezbytné
spravedlnost	nezbytné
svoboda	nezbytné
krása a umění	málo důležité
pravda	nezbytné
peníze	velmi důležité
dobré jídlo	středně důležité
víra, vyznání	málo důležité
jistota do budoucnosti	nezbytné

Tabulka 6 Přehled spokojenosti s jednotlivými oblastmi respondentky 2

OBLAST ŽIVOTA	MÍRA SPOKOJENOSTI
zdraví	spíše spokojen
fyzická soběstačnost	zcela spokojen
psychická pohoda	spíše spokojen
prostředí, bydlení	spíše spokojen
spánek	nespokojen
rodinné vztahy	spíše spokojen
vztahy s ostatními	velmi spokojen
děti	zcela spokojen
péče o sebe sama	zcela spokojen
láska	nespokojen
sexuální život	nespokojen
odpočinek	nespokojen
koníčky	spíše spokojen
pocit bezpečnosti	spíše spokojen
práce	velmi spokojen
spravedlnost	velmi spokojen
svoboda	velmi spokojen
krása a umění	spíše spokojen
pravda	velmi spokojen
finanční ohodnocení za práci	velmi spokojen
jídlo	velmi spokojen
způsob života	velmi spokojen
čeho chci dosáhnout	zcela spokojen
život jako takový	spíše spokojen

8.3 Respondentka 3

Respondentka 3 odpovídala na představu kvalitu života, že má každý jinou. Podle ní záleží na požadavcích a nárocích zejména sama na sebe, potřebách a představách.

Kvalitní život znamená pro tuto respondentku schopnost se o sebe a své blízké postarat, a aby byl zároveň spokojený. Fyzická soběstačnost je v tabulce 7 označena jako velmi důležitá a zároveň je s ní zcela spokojena. Se způsobem života a s životem jako takovým je dle tabulky 8 velmi spokojena.

Víra je pro ni málo důležitá, ale uvědomuje si, že by člověk zřejmě něčemu věřit měl, ať už je to cokoliv. Dodala však, že víra jako taková není dnes důležitá. Ovšem uvedla, že věří, že co se má stát, to se stane, ať se k tomu člověk dopracuje jakoukoliv cestou.

Respondentka také uvedla, že vliv na kvalitu života mají i finanční možnosti. V tabulce je uvedla jako nezbytné. S finančním ohodnocením práce je velmi spokojena. Též je však názoru, že kvalitní život není jen život v blahobytu.

Kvalita jako taková na škále od 0 do 10 je u této respondentky mezi 8 a 9. Poměrně vysoké číslo však odpovídá spokojenosti ve všech uznávaných oblastech respondentky. V tabulce 8 byla uvedena u každé oblasti odpověď spíše spokojen, nespokojena není respondentka ani s jednou oblastí. Svůj způsob života, to, čeho chce dosáhnout a život jako takový, s těmito oblastmi je respondentka 3 velmi spokojena.

V žebříčku hodnot má respondentka na prvním místě zdraví. Být zdravý je pro ni nezbytné a se svým zdravím je velmi spokojena. Na druhém místě uvedla lásku, spolu s manželem a dětmi. Rodinné vztahy, děti i milovat a být milován, jsou také označeny jako nezbytné. S těmito oblastmi je respondentka zcela spokojena. Práce má také jisté místo v jejím žebříčku hodnot. Také v tabulce je uvedena práce jako nezbytná součást života. S prací je respondentka velmi spokojena. Dobrý kolektiv v práci a dobří přátelé se také vyskytli v žebříčku hodnot. Velmi důležité jsou dle tabulky pro respondentku vztahy s ostatními lidmi a také je s nimi velmi spokojena. Koníčky také hrají roli v žebříčku hodnot. V tabulkách jsou s mírou důležitosti jako velmi důležité a respondentka je s nimi velmi spokojena.

Sexuální život je pro tuto respondentku velmi důležitý dle tabulky i rozhovoru. A také je zde uvedeno, že je velmi spokojena s touto oblastí.

Cítit se psychicky dobře a postarat se o sebe hodnotí jako nezbytné, zároveň je s psychickou pohodou spíše spokojena a s péčí o sebe sama zcela spokojena.

Nezbytnou součástí života respondentky 3 jsou také spánek a odpočinek. Se spánkem je velmi spokojena a s odpočinkem spíše spokojena.

Jistotu do budoucnosti hodnotí jako velmi důležitou. Pocit bezpečí, spravedlnost, svoboda a pravda jsou pro ni nezbytnou součástí. Se svobodou je zcela spokojena, s ostatními oblastmi je spíše spokojena.

Prostředí a bydlení je pro ni velmi důležité a je s ním velmi spokojena. Krásu a umění bere jako středně důležitou oblast. Je s ní spíše spokojena. Dobré jídlo je pro respondentku 3 velmi důležité, zároveň je s ním zcela spokojena.

Tabulka 7 Přehled důležitosti jednotlivých oblastí respondentky 3

OBLAST ŽIVOTA	MÍRA DŮLEŽITOSTI
být zdravý	nezbytné
být fyzicky soběstačný	velmi důležité
cítit se psychicky dobře	nezbytné
příjemné prostředí a bydlení	velmi důležité
dobře spát	nezbytné
rodinné vztahy	nezbytné
vztahy s ostatními lidmi	velmi důležité
mít a vychovávat děti	nezbytné
postarat se o sebe	nezbytné
milovat a být milován	nezbytné
mít sexuální život	velmi důležité
odpočívat ve volném čase	nezbytné
mít koníčky ve volném čase	velmi důležité
být v bezpečí	nezbytné
práce	nezbytné
spravedlnost	nezbytné
svoboda	nezbytné
krása a umění	středně důležité
pravda	nezbytné
peníze	nezbytné
dobré jídlo	velmi důležité
víra, vyznání	málo důležité
jistota do budoucnosti	velmi důležité

Tabulka 8 Přehled spokojenosti s jednotlivými oblastmi respondentky 3

OBLAST ŽIVOTA	MÍRA SPOKOJENOSTI
zdraví	velmi spokojen
fyzická soběstačnost	zcela spokojen
psychická pohoda	spíše spokojen
prostředí, bydlení	velmi spokojen
spánek	velmi spokojen
rodinné vztahy	zcela spokojen
vztahy s ostatními	velmi spokojen
děti	zcela spokojen
péče o sebe sama	zcela spokojen
láska	zcela spokojen
sexuální život	velmi spokojen
odpočinek	spíše spokojen
koničky	velmi spokojen
pocit bezpečnosti	velmi spokojen
práce	zcela spokojen
spravedlnost	velmi spokojen
svoboda	zcela spokojen
krása a umění	spíše spokojen
pravda	velmi spokojen
finanční ohodnocení za práci	velmi spokojen
jídlo	zcela spokojen
způsob života	velmi spokojen
čeho chci dosáhnout	velmi spokojen
život jako takový	velmi spokojen

8.4 Respondentka 4

Respondentka 4 si pod pojmem kvalita života představuje zejména zdraví svoje i okolí, smysluplnou práci, finanční jistotu, čas na koníčky a život ve svobodě. Být zdravý je však velmi důležitou, práce středně důležitou, finance také středně důležitou oblastí, mít koníčky rovněž středně důležitou a svoboda nezbytnou oblastí v jejím životě podle tabulky 9. Se zdravím je respondentka zcela spokojena, s prací velmi spokojena, s finančním ohodnocením velmi spokojena, s koníčky a svobodou spíše spokojena.

Odpověď na otázku, jak vypadá kvalitní život, byla podobná jako odpověď předchozí. Zdraví, svoboda, práce, koníčky, milovat a být milován, mít přátele a rodinu. To je pro respondentku 4 kvalitní život. Milovat a být milován je nezbytnou součástí života, stejně jako rodinné vztahy. Vztahy s ostatními jsou pro respondentku velmi důležité. V lásce i rodinných vztazích je respondentka 4 zcela spokojena.

Víra je pro respondentku důležitá. Podle tabulky 9 dokonce nezbytná součást života.

Svoboda, soběstačnost a vztahy s ostatními dle respondentky ovlivňují kvalitu života. Také je to pohled každého člověka na svět. Se svobodou je respondentka spíše spokojena, se vztahy velmi spokojena. Fyzickou soběstačnost bere za středně důležitou a je s ní zcela spokojena ve svém životě.

Na škále respondentka uvedla číslo 7 jako celkovou kvalitu svého života. Se svým způsobem života je zcela spokojena a s životem jako takovým velmi spokojena. S tím, čeho chce dosáhnout, je zcela spokojena.

Žebříček hodnot byl postaven na těchto hodnotách: rodina, láska, svoboda, pomáhat druhým, zdraví, Bůh, bezpečí. Rodinné vztahy jsou pro tuto respondentku nezbytné a je s nimi zcela spokojena, tudíž se tato hodnota u ní naplňuje. S láskou, jako nezbytnou součástí života, je velmi spokojena. Zdraví je pro respondentku velmi důležité a je s ním zcela spokojena. Víra a Bůh jsou pro ni nezbytné. Být v bezpečí má přiřazenou střední důležitost a je s ním respondentka velmi spokojena. Dle těchto výpovědí lze hodnotit její život jako kvalitní – má naplněný žebříček hodnot.

Sexuální aktivita hraje v životě respondentky významnou roli. Dle tabulky 9 je to velmi důležitá oblast a respondentka je s touto oblastí velmi spokojena dle tabulky 10.

Malou důležitost přiřadila respondentka oblasti krásy a umění, zároveň je v této oblasti spíše spokojena. Není oblast, se kterou by byla nespokojena.

Oblast cítit se psychicky dobře hodnotila jako středně důležitou a je s ní velmi spokojena, postarat se o sebe je velmi důležité, s touto oblastí je respondentka zcela spokojena.

Děti jsou pro respondentku nezbytné a je s nimi zcela spokojena. Stejně tak je nezbytná jistota do budoucnosti.

Spánek je pro respondentku středně důležitý a je s ním velmi spokojena. Odpočinek bere za středně důležitý, je s ním spíše spokojena.

Příjemné prostředí má za středně důležité, krásu a umění za málo důležité, dobré jídlo za středně důležité. S prostředím je velmi spokojena, s krásou a uměním spíše spokojena a s jídlem velmi spokojena.

Spravedlnost respondentka považuje za velmi důležitou a je s ní spíše spokojena. Pravdu má jako velmi důležitou v jejím životě a je s ní spíše spokojena.

Tabulka 9 Přehled důležitosti jednotlivých oblastí respondentky 4

OBLAST ŽIVOTA	MÍRA DŮLEŽITOSTI
být zdravý	velmi důležité
být fyzicky soběstačný	středně důležité
cítit se psychicky dobře	středně důležité
příjemné prostředí a bydlení	středně důležité
dobře spát	středně důležité
rodinné vztahy	nezbytné
vztahy s ostatními lidmi	velmi důležité
mít a vychovávat děti	nezbytné
postarat se o sebe	velmi důležité
milovat a být milován	nezbytné
mít sexuální život	velmi důležité
odpočívat ve volném čase	středně důležité
mít koníčky ve volném čase	středně důležité
být v bezpečí	středně důležité
práce	středně důležité
spravedlnost	velmi důležité
svoboda	nezbytné
krása a umění	málo důležité
pravda	velmi důležité
peníze	středně důležité
dobré jídlo	středně důležité
víra, vyznání	nezbytné
jistota do budoucnosti	nezbytné

Tabulka 10 Přehled spokojenosti s jednotlivými oblastmi respondentky 4

OBLAST ŽIVOTA	MÍRA SPOKOJENOSTI
zdraví	zcela spokojen
fyzická soběstačnost	zcela spokojen
psychická pohoda	velmi spokojen
prostředí, bydlení	zcela spokojen
spánek	velmi spokojen
rodinné vztahy	zcela spokojen
vztahy s ostatními	velmi spokojen
děti	zcela spokojen
péče o sebe sama	zcela spokojen
láska	zcela spokojen
sexuální život	velmi spokojen
odpočinek	spíše spokojen
koníčky	spíše spokojen
pocit bezpečnosti	velmi spokojen
práce	velmi spokojen
spravedlnost	spíše spokojen
svoboda	spíše spokojen
krása a umění	spíše spokojen
pravda	spíše spokojen
finanční ohodnocení za práci	velmi spokojen
jídlo	velmi spokojen
způsob života	zcela spokojen
čeho chci dosáhnout	zcela spokojen
život jako takový	velmi spokojen

8.5 Respondentka 5

Respondentka na otázku, co si představuje pod pojmem kvalita života, odpověděla, že to nejspíš hodnocení všech uvedených oblastí, ve kterých by byla zcela spokojena. Všechny oblasti jsou pro ni důležité, uvedla v rozhovoru. Podle tabulky 11 však můžeme vidět, že např. jídlo nebo sexuální život má přiřazeno malou důležitost. Tato respondentka byla jediná, která využila možnosti dopsat oblast, kterou považuje ještě za důležitou a nevyskytuje se v tabulce. Uvedla mír.

Víra je pro respondentku velmi důležitá. V rozhovoru uvedla, že pomáhá v těžkých životních událostech.

Vliv na kvalitu života má dle respondentky pozitivní či negativní myšlení.

Kvalita celkového života je označena na škále od 0 do 10 číslem 7. Se svým způsobem života je respondentka zcela spokojena a život jako takový je hodnocen položkou velmi spokojen. To, čeho chce dosáhnout, s tím je velmi spokojena.

Žebříček hodnot vede na prvním místě mír. Dále to jsou zdraví, láska, práce, vztahy na pracovišti, bydlení a peníze. Zdraví je pro ni nezbytnou oblastí života a respondentka je s ním velmi spokojena. Láska tvoří také nezbytnou součást života a respondentka je s ní spíše spokojena. U práce je uvedena nezbytná důležitost a také úplná spokojenost. Stejně tak tomu je i u vztahů s ostatními. U bydlení uvedla respondentka střední důležitost, i když je to její hodnota ve stanoveném žebříčku, je s ním však velmi spokojena. Peníze hrají velmi důležitou roli v jejím životě a je s nimi zcela spokojena.

Sexuální život a jeho role v životě je nyní uvedena jako žádná. Respondentka se však svěřila, že je to pro ni činnost k odstranění stresu. V tabulce 11 je uvedena malá důležitost a v tabulce 12 nespokojenost. Může to ovlivňovat fakt, že je respondentka rozvedená. Sex je také jediná oblast, se kterou je respondentka nespokojena.

Fyzická soběstačnost je nezbytná pro respondentku a se svou soběstačností je velmi spokojena. Nezbytné je pro ni i cítit se psychicky dobře. S touto oblastí je také velmi spokojena. Postarat se o sebe hodnotí jako nezbytné a u sebe je s tím zcela spokojena.

Rodinné vztahy má za středně důležité a je s nimi velmi spokojena. Mít a vychovávat děti je oblast, kterou hodnotí jako nezbytnou, je s nimi ve svém životě zcela spokojena.

Koníčky jsou pro respondentku velmi důležité a je s nimi velmi spokojena. Odpočívát ve volném čase hodnotí jako středně důležitou činnost, s odpočinkem je však nespokojena. Spánek má za středně důležitý a je s ním velmi spokojena.

Jistota do budoucnosti je pro tuto respondentku nezbytná součást života.

Krásu a umění považuje za velmi důležitou oblast, dobré jídlo za málo důležitou. S oběma oblastmi je respondentka zcela spokojena.

Být v bezpečí a spravedlnost jsou pro respondentku nezbytné. S obojím je zcela spokojena. Svoboda a pravda je hodnocena jako velmi důležitá v životě. Je s nimi zcela spokojena.

Tabulka 11 Přehled důležitosti jednotlivých oblastí respondentky 5

OBLAST ŽIVOTA	MÍRA DŮLEŽITOSTI
být zdravý	nezbytné
být fyzicky soběstačný	nezbytné
cítit se psychicky dobře	nezbytné
příjemné prostředí a bydlení	středně důležité
dobře spát	středně důležité
rodinné vztahy	nezbytné
vztahy s ostatními lidmi	nezbytné
mít a vychovávat děti	nezbytné
postarat se o sebe	nezbytné
milovat a být milován	nezbytné
mít sexuální život	málo důležité
odpočívát ve volném čase	středně důležité
mít koníčky ve volném čase	velmi důležité
být v bezpečí	nezbytné
práce	nezbytné
spravedlnost	nezbytné
svoboda	velmi důležité
krása a umění	velmi důležité
pravda	velmi důležité
peníze	velmi důležité
dobré jídlo	málo důležité
víra, vyznání	velmi důležité
jistota do budoucnosti	nezbytné

Tabulka 12 Přehled spokojenosti s jednotlivými oblastmi respondentky 5

OBLAST ŽIVOTA	MÍRA SPOKOJENOSTI
zdraví	velmi spokojen
fyzická soběstačnost	velmi spokojen
psychická pohoda	velmi spokojen
prostředí, bydlení	velmi spokojen
spánek	velmi spokojen
rodinné vztahy	velmi spokojen
vztahy s ostatními	zcela spokojen
děti	zcela spokojen
péče o sebe sama	zcela spokojen
láska	spíše spokojen
sexuální život	nespokojen
odpočinek	velmi spokojen
koníčky	velmi spokojen
pocit bezpečnosti	zcela spokojen
práce	zcela spokojen
spravedlnost	zcela spokojen
svoboda	zcela spokojen
krása a umění	zcela spokojen
pravda	zcela spokojen
finanční ohodnocení za práci	zcela spokojen
jídlo	zcela spokojen
způsob života	zcela spokojen
čeho chci dosáhnout	velmi spokojen
život jako takový	velmi spokojen

8.6 Shrnutí důležitých dat

Se zdravím jsou dvě respondentky spíše spokojené, dvě velmi spokojené a jedna zcela spokojená.

Víra jako taková je pro dvě respondentky málo důležitá, pro dvě velmi důležitá a pro jednu dokonce nezbytná.

Rodinné vztahy a děti považují všechny respondentky za nezbytné kromě jedné, která má obě oblasti za velmi důležité. Ve spokojenosti se již liší, převažují však odpovědi „*zcela spokojený*“.

Sexuální život považují tři respondentky za velmi důležité a taky jsou s ním velmi spokojené. Dvě respondentky uvedly shodně, že je tato oblast pro ně málo důležitá a jsou s ní nespokojeny.

Dalším důležitým bodem je spánek a odpočinek. Spánek a odpočinek hodnotí respondentka 1 za středně důležité oblasti. Zároveň je s nimi velmi spokojena. Respondentka 2 jim přisuzuje též střední důležitost. Se spánkem je velmi spokojena, s odpočinkem spíše spokojena. Pro respondentku 3 jsou obě oblasti nezbytné. Se spánkem je velmi spokojena, s odpočinkem spíše spokojena. Oblast spánku získala přiřazení velmi důležité od respondentky 4, odpočinek je pro ni středně důležitý. S oběma oblastmi je však nespokojena. Respondentka 5 hodnotí obě oblasti jako středně důležité pro život a je s nimi spíše spokojena.

Jelikož všechny respondentky pracují ve stejném zařízení, lze porovnat spokojenost s prací a jejím finančním ohodnocením. Respondentka 1 je velmi spokojena s prací a s financemi spíše spokojena. Respondentka 2 je s prací i finančním ohodnocením velmi spokojena. Respondentka 3 je s prací zcela spokojena a s finančním ohodnocením za práci velmi spokojena. Respondentka 4 je s těmito oblastmi velmi spokojena. Respondentka 5 je s oběma oblastmi zcela spokojena.

S životem jako takovým jsou čtyři velmi spokojené, jedna spíše spokojena. Dvě respondentky jsou zcela spokojeny se svým způsobem života, dvě velmi spokojeny a jedna spíše spokojena.

Jedna respondentka uvedla pod tabulkou důležitosti v dotazníku, že je pro ni nezbytný mír. Zároveň ho zahrnula i na přední příčku svého žebříčku hodnot.

Všechny respondentky si uvědomovaly a uváděly, že pojem kvality života je velmi rozsáhlý a nelze ho jednoduše definovat. Každá má však na kvalitu života odlišný pohled a orientuje se zejména podle hodnot, které uznává.

9 DISKUZE

Výzkumná otázka číslo 1: Zahrnují sestry do kvalitního života i jakoukoliv víru?

Jak je v teoretické části uvedeno, víra pomáhá vyrovnat se s těžkými okamžiky. Také je dokázáno, že lidé, kteří věří, že existuje něco po smrti, se tolik umírání nebojí. Víra je důležitá zejména v oblasti hospice, kde se smrt vyskytuje téměř každý den. Je důležité, aby byly sestry smířeny se svou smrtelností. Může jim k tomu pomoci víra např. v to, že něco po smrti existuje. V tomto výzkumu uvedly tři respondentky, že jsou věřící (křesťanky). Víra jim pomáhá nejen v těžkých chvílích. Vědí, že se mohou na někoho spolehnout a nemusí se bát. Uvádí také, že se nemusí bát, že budou zatraceny, že budou přijaté za každých okolností, i když se něco stane, že mají někoho jistého, kdo je má rád a dává jim lásku najevo. Jedna respondentka uvedla, že věří v osud. Podle ní co se má stát, to se stane. A jedna respondentka uvedla, že není věřící. Tyto dvě respondentky uvedly, že pro kvalitní život důležitá víra je, ať už pro někoho více či méně. Stejně jako Burešová a Jarošová (2015) ve svém výzkumu uvádí, že právě víra může pomáhat lépe se vyrovnat s kriticky nemocnými nebo umírajícími pacienty.

Výzkumná otázka číslo 2: Jakou důležitost má v životě sestry v domácím hospici spokojenost s rodinou?

Většina respondentek v tomto výzkumu uvedla, že spokojenost s rodinou, vztahy v rodině a dětmi je pro ně nezbytné. Pouze jedna tyto oblasti přiřadila k velmi důležitým. To ovšem ukazuje, že respondentky – ženy – mají stále svou úlohu a roli v životě, a to je vytvořit rodinu a přivést na svět děti. Všechny respondentky mají minimálně jedno dítě, nejvíce jich má respondentka, která má čtyři. V teoretické části je uvedeno, že spokojený a kvalitní život naplňuje partnerství a možnost mít děti. Z výzkumu Pavelkové a Bužgové (2015) vyplývá, že pro polovinu dotazovaných je nejčastější obranou proti stresu podpora rodiny. Proto je také rodina pro ně důležitá a je i částečně obranou proti syndromu vyhoření a pracovnímu stresu, což dokládá i Zálešáková a Bužgová (2011) a Funk (2014).

Výzkumná otázka číslo 3: Jakou roli hraje sexuální aktivita v životě sester v domácím hospici?

Jak je výše uvedeno, partnerství a vše, co k němu patří, je nedílnou součástí kvalitního života. Pokud člověk není uspokojen v této potřebě, může se to projevit na dalších oblastech života. Respondentky uváděly, že je sexuální aktivita pro ně velmi významná a důležitá pro kvalitní život. Pouze pro dvě respondentky sex nehraje roli, jelikož je jedna svobodná a druhá je nyní rozvedená. Respondentka, která je rozvedená uvedla, že nehraje roli pouze nyní. Z čehož vyplývá, že pokud má stálého partnera, je to pro ni také důležitá oblast. Tři respondentky uvedly, že sexuální život může být i do jisté míry taková pomůcka k prevenci nebo přímo k odstranění stresu. Byla zde i poznámka, že záleží na tom, zda je dobrý partner. I výzkum Hsiu-Hui et al. (2012) ukazuje, že pro kvalitní život je důležité udržet si uspokojivý sexuální život.

Výzkumná otázka číslo 4: Jaká je spokojenost sester s finančním ohodnocením této práce?

V této oblasti byly výsledky velmi překvapivé. Žádná z respondentek neuvedla, že by nebyla spokojena s finančním ohodnocením. Jedna byla dokonce zcela spokojena a tři velmi spokojené. Pouze jedna respondentka uvedla, že je spíše spokojena. Jak je v teorii uvedeno, finance stojí na předních příčkách hodnotového žebříčku. Nedostatečné finanční ohodnocení a nespokojenost v práci vede obecně sestry k odchodům ze zaměstnání i například do zahraničí. Respondentky jsou se svou prací ve dvou případech zcela spokojeny a ve třech velmi spokojeny. Příčinu hledám zejména v tom, že zařízení, kde výzkum probíhal, je Oblastní charita Ústí nad Orlicí, nikoliv nemocniční zařízení, kde jsou neustále problémy s odchody sester z důvodu nízké finanční spokojenosti. Finanční ohodnocení také ženy čím dál více upřednostňují vzhledem k domácnosti, kterou neživí v dnešní době již jen muž jako hlava rodiny. Ve výzkumu Cvachoučkové (2009) je zaznamenáno, že výše finančního ohodnocení je velmi důležitá pro sestry a spokojenost s ním je již na velmi nízké úrovni. Zde se ale prováděl výzkum na sestrách pracujících v nemocnicích (na rozdíl od tohoto výzkumu, kde jsou sestry ve většině případů spokojené s finančním hodnocením práce).

Výzkumná otázka číslo 5: Je pro sestry pracující v domácím hospici dobrý spánek důležitý?

Je dokázané, že dobrý a kvalitní spánek zlepšuje vyšší nasazení v zaměstnání, motivaci a chuť. Má také vliv na kvalitu života, ovšem je to individuálně pojatá oblast. Pro tři respondentky je dobrý spánek středně důležitý, pro jednu velmi důležitý a jedna respondentka ho považuje jako nezbytný. V tomto výzkumu převažovala u respondentek spokojenost s jejich spánkem. Pouze jedna uvedla, že není spokojená. Mohlo to mít vliv na její hodnocení celkové kvality života, kdy ji hodnotila na škále od 0 do 10 číslem 6. Dobrý spánek u těchto respondentek může být zejména proto, že jako většina sester, které pracují v nepřetržitém provozu, neslouží pravidelné noční služby. Mají pouze noční pohotovost na telefonu, tudíž všechny sestry spí doma a žádná z nich není celou noc v práci. Většinou nevyjíždí za pacientem každou noc. Tento poznatek potvrzuje studie, kterou publikoval Hart (2001), kde uvádí, že se spánkem jsou méně spokojené sestry, které mají noční i denní směny, než ty, které pracují pouze přes den.

Tento výzkum byl zaměřen na subjektivní kvalitu života sester pracujících v domácím hospici jednoho konkrétního zařízení, kde nepracuje velké množství sester. Více vypovídající výzkum by byl jistě na větším množství respondentů v rámci jednoho zařízení, ale i porovnání různých zařízení, například porovnat všechny domácí hospice, které fungují pod Oblastní charitou Ústí nad Orlicí. Respondentky sice byly ochotné svěřit informace, ovšem otázka sexuální aktivity byla vždy zodpovězena velmi stručně. Nechtěly toto téma rozebírat do detailu a řešit ho, tudíž mezi výzkumné otázky mohla být zařazena jiná oblast. Ovšem všechny respondentky na tuto otázku odpověděly. Také by byly jistě zajímavější výsledky, kdyby měly sestry různé vzdělání (v tomto výzkumu byly zařazeny respondentky, které absolvovaly pouze SZŠ) a byly by mezi nimi větší věkové rozdíly. Zajímavé by bylo, kdyby mezi respondentkami byly i mladší sestry, několik let po škole. Kvalita života je velmi široký koncept, který při výzkumech musí být pojat z určité strany. Tento výzkum byl zaměřen na subjektivní kvalitu života sester. Jelikož se na kvalitu života sester zapomíná, bylo by vhodné zkoumat kvalitu života sester i do budoucnosti a pojmout to i z jiných stran než pouze z té subjektivní. Zajímavé výsledky by také jistě vznikly z porovnání kvality života sester pracujících v domácím hospici a v lůžkovém hospici nebo porovnání kvality života sester poskytujících obecnou PP a specializovanou PP. Výzkum, kde by byli respondenti laici, a ověřovala by se

znalost o možnostech poskytování PP, by jistě měl také zajímavé výsledky. Stejně jako hodnocení pacientů a rodinných příslušníků, kteří se setkali s hospicovými zařízeními. Sestry, které si prošly zároveň i rolí pečujícího o příbuzného, kterého doprovázely ke smrti doma, mají jistě také jiný pohled na tuto péči a mohou kvalitu života hodnotit zcela odlišně. Dle mého názoru život sester je oblast, kde je stále co zkoumat. Je důležité si uvědomit, že sestra pracující v hospici, ať už domácím či lůžkovém, podléhá každý pracovní den velikému stresu a kritickým situacím v podobě smrti. Zdravotničtí pracovníci v těchto organizacích by měli mít v něčem podporu. Nejvíce se dokazuje, že víra je pro pracovníky i pacienty v hospicích nejlepší způsob, jak se vyrovnat s přicházející smrtí. Jistě by bylo možné udělat výzkum v podobě rozdílnosti různých vyznání, jaký mají vliv na vypořádání se se smrtí svou i pacientů. Pro sestry pracujících v takové zátěži, kdy se setkávají každý den se smrtí, by byla do jisté míry pomoc supervize. Jak by sestrám v hospici pomohla, by mohl být další podnět k výzkumu. Hodnocení kolektivu sester by také jistě mělo vliv na kvalitní práci a zřejmě i kvalitu života. Nutno také dodat, že v této organizaci většinou nemají nouzi o zaměstnance.

ZÁVĚR

Kvalita života je téma, které se již dostává dost do popředí. Zaobírají se jím mnohé výzkumy. Nejvíce se však řeší kvalita života pacientů s různými chronickými či onkologickými nemocemi. Na povolání sestry se zapomíná. Přitom i sestra by měla být středem zájmu. Bez sester by zdravotnictví upadlo. Toto povolání si v dnešní době mnozí volí spíše jako poslání. Být někomu nablízku, pomoci, být tu pro ostatní a hlavně je to práce, která má smysl. O to víc práce sestry v hospici nebo jiném zařízení, kde se poskytuje specializovaná paliativní péče. Je to jistě nádherný pocit dovést někoho ke smrti a vědět, že mu mohlo být uleveno od bolesti či jinak nepříjemných symptomů. Nejsou to ideální chvíle, laik si většinou neumí představit, co péče o takového člověka v terminálním stádiu života obsahuje. Často je takový pacient neklidný, zmatený, agresivní, nebo trpí nesnesitelnou bolestí, nemůže se hýbat vzhledem například k výskytu metastáz v celém skeletu. Je to úplně jiný člověk, než jaký byl celý život. Je to právě sestra, která zažije spoustu hezkých i těch, a to častěji, méně příjemných chvil s pacientem. V domácím prostředí je to i rodina a blízcí, kteří o nemocného pečují. Je to velmi náročná péče. Výzkumy, které probíhají, jsou zaměřené zejména na ty pacienty, kteří čekají na smrt v oblasti paliativní péče. Zapomíná se však na sestry, které se denně mohou setkávat se smrtí, ale zároveň mají svůj život, svou rodinu, mohou mít i své blízké, kteří jsou vážně nemocní nebo dokonce také umírají. A co jejich kvalita života? Možná si někdo řekne, jsou to profesionálkové, musí to zvládnout. Ano, možná by to měli zvládnout, ale vědí si rady? Mají také čas na svůj život? Jsou se svým životem spokojeni? Cílem této bakalářské práce bylo zjistit kvalitu života sester pracujících právě v domácí hospicové péči. Vzhledem k rozsáhlosti tématu kvality života byl výzkum zúžen na subjektivně pojatou kvalitu života a hodnoty respondentek, které jim naplňují či nenaplňují kvalitní život. V teoretické části se vyskytují kapitoly o kvalitě života, paliativní péči. Také je zde popsán stres a syndrom vyhoření, které se z velké části týkají právě pracovníků v takto náročném zaměstnání. Poslední kapitolou je supervize, která se v dnešní době také naštěstí dostává do popředí. V praktické části je zaznamenán výzkum, který proběhl ve spolupráci s Oblastní charitou v Ústí nad Orlicí. Výsledky výzkumu ukazují, do jaké míry respondentky hodnotí svůj život jako kvalitní, jaké mají hodnoty, zda jsou jejich hodnoty naplněny. Respondentky hodnotily svůj život jako převážně dost kvalitní. Uváděly především hodnoty, které ve svém životě mají naplněny v plné míře. Jsou to zejména zdraví, soběstačnost, přátelé, rodina, láska, jistota, práce, finance. Se vším povětšinou byly spokojené až na výjimky, kde byla respondentka rozvedená nebo svobodná a byla nespokojená např. se svým sexuálním životem. Pod kvalitním životem

si představovaly naplněné hodnoty ze svého žebříčku hodnot, anebo uváděly převážně spokojenost v oblastech zahrnutých v tabulce spokojenosti (viz příloha 1). Kvalitní život obsahuje podle nich i víru, i když některé respondentky byly nevěřící. S rodinou jsou převážně spokojené, protože mají děti, tudíž naplněnou roli ženy. Sexuální život zahrnují většinou mezi důležitou součástí kvalitního života. Finanční hodnocení práce hodnotí jako velmi dobré, což je překvapující. Jsou spokojené i se spánkem, nejspíš je to důsledek toho, že nepracují na typické noční směny, ale mají pouze pohotovost na telefonu přes noc. Také mají čas na odpočinek, protože nepracují každý svůj pracovní den dvanáctihodinové směny.

Všechny cíle, které byly stanoveny, byly splněny a výzkumné otázky zodpovězeny.

POUŽITÁ LITERATURA

BARTOŠÍKOVÁ, Ivana. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006, 86 s. ISBN 978-80-7013-439-9.

BORZOVÁ, Claudia. *Nespavost a jiné poruchy spánku: pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2978-7.

BUREŠOVÁ, Zuzana a Darja JAROŠOVÁ. Kvalita života sester pracujících v nemocnici. *Ošetrovatel'stvo: teória, výskum, vzdelávanie* [online], 2015, 5(1), 13-17 [cit. 2016-04-04]. Dostupné z: <http://www.osetrovatelstvo.eu/archiv/2015-rocnik-5/cislo-1/kvalita-zivota-sester-pracujicich-v-nemocnici>.

BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. 1. vyd. Praha: Grada, 2015, 168 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5402-4.

BYDŽOVSKÝ, Jan a Jiří KABÁT. *Ošetrovatel'ství a sociální práce v paliativní péči: učební text pro studenty vysokých a vyšších odborných zdravotnických škol*. 1. vyd. Praha: Zdravotní ústav Most k domovu, z.ú., 2015, 140 s. ISBN 978-80-905867-0-3.

CVACHOUČKOVÁ, Barbora. *Kvalita života sester a administrativních pracovníků*. Praha, 2009, 79 s.. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta. Vedoucí práce PhDr. Alena Mellanová, CSc

ČESKÁ REPUBLIKA. Zákon č. 372 ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotnických službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 131. ISSN 1211-1244. Dostupný také z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372#cast2>

EDMÜLLER, Andreas a Thomas WILHELM. *Velká kniha manipulativních technik*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 264 s. ISBN 978-80-247-3778-2.

FUNK, Karel. *Provázení stářím a umíráním, aneb, O prolínání obou světů: pro sestry všech oborů*. 1. vyd. Praha: Malvern, 2014, 319 s. Adam a Eva. ISBN 978-80-87580-70-7.

GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 223 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3625-9.

HART, Peter D. *The Nurse Shortage: Perspectives from current direct care nurses and former direct care nurses* [online]. 2001 [cit. 2016-04-04]. Dostupné z: http://co.aft.org/files/article_assets/F398DBF7-F077-0725-920548BD244B26BF.pdf

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2., přeprac. vyd. Praha: Galén, 2007, 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.

HEŘMANOVÁ, Eva. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2012, 239 s. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-7419-106-0.

HONZÁK, Radkin. *Svépomocná příručka sestry: (psychothriller)*. Praha: Galén, 2015, 257 s. ISBN 978-80-7492-142-1.

HSIU-HUI, Lee, Lung FOR-WEY, Lee PEI-RONG, Kao WEI-TSUNG a Lee YU-LAN. The relationship between sex life satisfaction and job stress of married nurses. *BMC Research notes* [online]. 2012, 5(445) [cit. 2016-04-05]. DOI: 10.1186/1756-0500-5-445. ISSN 1756-0500. Dostupné z: <http://bmcresearchnotes.biomedcentral.com/articles/10.1186/1756-0500-5-445>

HUDÁKOVÁ, Anna a Ľudmila MAJERNÍKOVÁ. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 115 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4772-9.

IVANOVÁ, Kateřina a Robert KLOS. *Kapitoly z lékařské etiky: pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2004, 146 s. ISBN 978-80-244-0892-9.

JANKOVSKÝ, Jiří. *Etika pro pomáhající profese: pro sestry všech oborů*. 1. vyd. Praha: Triton, 2003, 223 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-725-4329-6.

KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ. *Psychologie: pro studenty zdravotnických oborů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, sv. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3270-1.

KING, Cynthia R. a Pamela S. HINDS. *Quality of life: from nursing and patient perspectives: theory, research, practice*. 3rd edition. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning, 2012. ISBN 0763749435.

KOLEKTIV AUTORŮ. *Výkladový ošetrovatelský slovník*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2007, 568 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2240-5.

- KOZEL, Roman, Lenka MYNÁŘOVÁ a Hana SVOBODOVÁ. *Moderní metody a techniky marketingového výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 304 s. Expert (Grada). ISBN 978-80-247-3527-6.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. ISBN 978-80-247-0179-0.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro a Jaroslava PEČENKOVÁ. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2004, 78 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-0784-5.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 119 s. ISBN 978-80-247-3149-0.
- KUBÍK, Josef. *Sexualita bez tabu*. 1. vyd. V Brumovicích: Carpe diem, 2010, 324 s. ISBN 978-80-87195-10-9.
- KUPKA, Martin. *Psychosociální aspekty paliativní péče: pro sestry všech oborů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014, 216 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4650-0.
- KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství* [online]. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 163 s. [cit. 2016-02-17]. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2069-2.
- MANDINCOVÁ, Petra. *Psychosociální aspekty péče o nemocného: onemocnění štítné žlázy*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3811-6.
- MAREČKOVÁ. *Pracovní spokojenost všeobecných sester* [online]. 2010, III(3) [cit. 2016-03-15]. ISSN 1803-4330. Dostupné z: http://profeseonline.upol.cz/archive/2010/3/POL_CZ_2010-3-8_Vevoda.pdf
- MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 128 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3171-1.
- MAROON, Istifan. *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků: teorie, praxe, kazuistiky*. 1. vyd. Praha: Portál, 2012, 151 s. ISBN 978-80-262-0180-9.
- MATZO, Marianne, Deborah Witt SHERMAN a Elizabeth A AYELLO. *Palliative care nursing: quality care to the end of life*. 4th edition. New York: Springer Publishing Company, 2015. ISBN 978-0-8261-9636-1.

MENDLOWICZ, Mauro a Murray STEIN. Quality of Life in Individuals With Anxiety Disorders. *The American Journal of Psychiatry* [online]. 2000, 5(157), 669-682 [cit. 2016-02-21]. Dostupné z: <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.157.5.669>

O'CONNOR, Margaret a Sanchia ARANDA. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2005, 324 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-1295-4.

PAVELKOVÁ, Helena a Radka BUŽGOVÁ. Syndrom vyhoření u zdravotnických pracovníků v hospicové péči. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*. 2015; 6(1), 218–223.

PAYNE, Jan. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005, 629 s. ISBN 978-80-7254-657-0.

PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014, 295 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4236-6.

PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetrovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 223 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3558-0.

PRAŠKO, Ján a Hana PRAŠKOVÁ. *Asertivitou proti stresu*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2007, 277 s. Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-1697-8.

PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011, 528 s. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-3976-2.

RADBRUCH, Lukas a Sheila PAYNE. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě: doporučení Evropské asociace pro paliativní péči*. Praha: Cesta domů, 2010, 63 s. ISBN 978-80-904516-1-2.

SLÁMA, Ondřej a Štěpán ŠPINKA. *Koncepce paliativní péče v ČR: pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi*. Praha: Cesta domů, 2004, 43 s. ISBN 978-80-239-4330-8.

SLEZÁČKOVÁ, Alena. *Průvodce pozitivní psychologií: nové přístupy, aktuální poznatky, praktické aplikace*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3507-8.

STOCK, Christian. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 103 s. Poradce pro praxi. ISBN 978-80-247-3553-5.

SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 7., dopl. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011, 149 s. ISBN 978-80-7195-580-1.

SVATOŠOVÁ, Marie. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4107-9.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3223-7.

ŠPIRUDOVÁ, Lenka. *Doprovázení v ošetrovatelství II: doprovázení sester sestrami, mentorování, adaptační proces, supervize*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2015, 144 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5711-7.

ŠUBRT, Jiří. *Soudobá sociologie*. 1. vyd. V Praze: Karolinum, 2008, 382 s. ISBN 978-80-246-1486-1.

TOKÁROVÁ, Anna, Jozef KREDÁTUS a Vladimír FRK (eds.). *Kvalita života a rovnost příležitostí - z aspektu vzdelávania dospelých a sociálnej práce: zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou : 24. a 25. novembra 2004 v Prešove*. 1. vyd. Prešov: Prešovská univerzita, 2005. Acta Facultatis philosophicae Universitatis Prešovensis. ISBN 80-8068-425-1.

VAĎUROVÁ, Helena a Pavel MÜHLPACHR. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2005, 143 s. ISBN 978-80-210-3754-7.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 184 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3174-2.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Supervize v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 100 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4082-9.

VÉVODA, Jiří, Kateřina IVANOVÁ, Marie NAKLÁDALOVÁ a Jana MAREČKOVÁ. *Pracovní spokojenost všeobecných sester. Profese online* [online]. 2010, III(3) [cit. 2016-04-04]. Dostupné z: http://profeseonline.upol.cz/archive/2010/3/POL_CZ_2010-3-8_Vevoda.pdfVÉVODA, Jiří. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 159 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4732-3.

WEISS, Petr. *Sexuologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2492-8.

WHO. *National Cancer Control Programmes: Policies and Managerial Guidelines*. 2. vyd., Geneva: World Health Organization, 2002

ZÁLEŠÁKOVÁ J., BUŽGOVÁ R. 2011. Psychická zátěž sester pečujících o onkologicky nemocné. *Pracovní lékařství* [online]. 2011, 63(3-4), s. 113– 118. [cit. 2016-04-04]. ISSN 1805-4536. Dostupné z: <http://www.prolekare.cz/pracovni-lekarstvi-clanek/psychicka-zatez-sesterpecujicich-o-onkologicky-nemocne-37165>

III. PŘÍLOHY

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Dotazník

Příloha B – Otázky do rozhovoru

Příloha C – Ukázky rozhovorů

Příloha A - Dotazník

Vážený pane, vážená paní,

jsem studentkou 3. ročníku oboru všeobecná sestra na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Tento dotazník byl vytvořen jako součást praktické části mé bakalářské práce na téma *Kvalita života sester poskytujících domácí hospicovou péči*. Prosím o vyplnění. Veškeré údaje budou sloužit pouze k vypracování mé bakalářské práce. S nejasnostmi se na mne můžete obrátit na e-mail st41570@student.upce.cz.

Děkuji Vám za spolupráci a věnovaný čas.

Jana Tejklová

Do tabulky uveďte křížkem **důležitost**, kterou ve svém životě daným oblastem přisuzujete.

	Nezbytné	Velmi důležité	Středně důležité	Málo důležité	Bez významu
Být zdravý					
Být fyzicky soběstačný					
Cítit se psychicky dobře					
Příjemné prostředí a bydlení					
Dobře spát					
Rodinné vztahy					
Vztahy s ostatními lidmi					
Mít a vychovávat děti					
Postarat se o sebe					
Milovat a být milován					
Mít sexuální život					
Odpočívat ve volném čase					
Mít koníčky ve volném čase					
Být v bezpečí					
Práce					
Spravedlnost					
Svoboda					
Krása a umění					
Pravda					
Peníze					
Dobré jídlo					
Víra, vyznání					
Jistota do budoucnosti					

Existuje ještě něco jiného, co považujete za důležité ve Vašem životě?
Uveďte:

Zhodnoťte, do jaké míry se cítíte v uvedených oblastech **spokojen/a** a zaškrtněte příslušné pole.

	Zcela spokojen	Velmi spokojen	Spíše spokojen	Nespokojen	Velmi zklamán
Zdraví					
Fyzická soběstačnost					
Psychická pohoda					
Prostředí, bydlení					
Spánek					
Rodinné vztahy					
Vztahy s ostatními					
Děti					
Péče o sebe sama					
Láska					
Sexuální život					
Odpočinek					
Koníčky					
Pocit bezpečnosti					
Práce					
Spravedlnost					
Svoboda					
Krása a umění					
Pravda					
Finanční ohodnocení za práci					
Jídlo					
Způsob života					
Čeho chci dosáhnout					
Život jako takový					

Příloha B – Otázky do rozhovoru

- Pohlaví, věk, bydliště (sám/s rodinou, byt/dům, vesnice/město).
- Rodinný stav, počet dětí.
- Ukončené vzdělání a jeho zaměření, zaměstnání (nynější).

- Co si představujete pod pojmem kvalita života?
- Jak podle Vás vypadá kvalitní život?
- Je dle Vás důležitá pro kvalitní život jakákoliv víra?
- Co má dle Vás vliv na kvalitu života (v dobrém i ve špatném slova smyslu)?
- Kvalita Vašeho života na škále od 0 do 10 (0 – absolutně nespokojen, 10 – naprosto spokojen)?
- Váš žebříček hodnot ve Vašem životě (prvních sedm míst)?
- Považujete sex jako „pomůcku“ ke zmírnění nebo odstranění stresu?
- Jakou roli hraje sex ve Vašem životě?
- Jste věřící (v cokoliv)? V co? Pomáhá Vám to v životě?

Příloha C – Ukázky rozhovorů

Respondentka 1

Žena, 40 let, dům, vesnice, vdaná, 4 děti

Co si představujete pod pojmem kvalita života?

„Do kvalitního života určitě patří dobré vztahy s ostatními, také i naplňující práce, milovat a být milován. Určitě i vědět, že život zde má smysl a je něco po něm. Nejen pro naši práci je důležité žít pro druhé, v první řadě pro ty nejbližší.“

Je dle Vás důležitá pro kvalitní život jakákoliv víra?

„Určitě ano a moc. Člověk nemusí spoléhat jen sám na sebe a nemusí se ničeho bát. Také se může radovat z lásky a přijetí za všech okolností.“

Respondentka 2

Žena, 35 let, dům, město, svobodná, 1 dítě

Jak podle Vás vypadá kvalitní život?

„Kvalitní život obsahuje podle mě spokojenost v rodině, zdraví všech členů rodiny i blízkého okolí, společenské uplatnění, finanční zabezpečení, zájmy i koníčky, splnění snů, dosažení vytyčených cílů, uspokojené bio-psycho-sociální potřeby.“

Váš žebříček hodnot ve Vašem životě?

„Seřadila bych to důležité asi takhle: zdraví, děti, rodina a láska, přátelství, štěstí, jistota, úspěch a práce, peníze.“

Respondentka 3

Žena, 42 let, dům, město, vdaná, 2 děti

Jak podle Vás vypadá kvalitní život?

„Tak, aby byl člověk schopen se o sebe a své blízké postarat. A aby byl u toho i spokojen.“

Co má dle Vás vliv na kvalitu života (v dobrém i ve špatném slova smyslu)?

„Zajisté představa, co chci, asi i vliv okolních lidí a bohužel i finanční možnosti. Podle mého neznamená kvalitní život jenom život v blahobytu.“

Respondentka 4

Žena, 36 let, byt, město, vdaná, 2 děti

Jste věřící (v cokoliv)? V co? Pomáhá Vám to v životě?

„Ano, jsem křesťanka. Víra v Boha mi pomáhá ve všem, v Bohu vidím životního parťáka, na kterého se lze spolehnout a je vše s ním snadnější.“

Co si představujete pod pojmem kvalita života?

„Tento pojem pro mě znamená zdraví a dobré vztahy v rodině, smysluplná práce, což je pro mě pomáhat druhým, finanční jistota, čas na vlastní koníčky a v neposlední řadě žít ve svobodě.“

Respondentka 5

Žena, 46 let, dům, vesnice, rozvedená, 2 děti

Je dle Vás důležitá pro kvalitní život jakákoliv víra?

„Ano, je. Pomáhá mi v těžkých životních událostech, jako je nemoc, úmrtí, životní katastrofy.“

Váš žebříček hodnot ve Vašem životě?

„Pro mě je na prvním místě mír, obzvlášť teď. Pak následují zdraví své i rodiny, láska, práce, vztahy na pracovišti, bydlení a peníze.“