

UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2025

Anna Kotlantová

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Psychická zátěž sester v paliativní péči

Bakalářská práce

2025

Anna Kotlantová

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2022/2023

# ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Anna Kotlantová**  
Osobní číslo: **Z21037**  
Studijní program: **B0913P360004 Všeobecné ošetřovatelství**  
Téma práce: **Psychická zátěž sester v paliativní péči**  
Téma práce anglicky: **Psychological burden of nurses in palliative care**  
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství**

## Zásady pro vypracování

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

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**  
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**  
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

Literatura dle doporučení vedoucího závěrečné práce.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Markéta Lorencová**  
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2022**

Termín odevzdání bakalářské práce: **30. dubna 2025**

doc. RNDr. ThLic. Karel Sládek, Ph.D., MBA v.r.  
děkan

L.S.

Mgr. et Mgr. Michal Kopecký v.r.  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 17. března 2025

## PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem Psychická zátěž sester v paliativní péči jsem 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 autorská práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, 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. Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 24. 4. 2025

Anna Kotlantová v.r.

## **PODĚKOVÁNÍ**

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Markétě Lorencové, vedoucí práce, za cenné rady, odbornou pomoc, vedení a čas věnovaný při zpracovávání mé bakalářské práce. Také bych ráda poděkovala zdravotnickým zařízením, ve kterých mi bylo uskutečněno provedení průzkumu. Dále bych také ráda poděkovala své rodině a kamarádům za podporu při studiu a vypracovávání mé bakalářské práce.

## **ANOTACE**

Bakalářská práce se zabývá problematikou psychické zátěže sester pracujících v paliativní péči. Teoretická část se zaměřuje na definici paliativní péče a poskytovatele paliativní péče. Dále se zaměřuje na vymezení pojmu psychická zátěž, stres a jeho následky. Praktická část byla zpracována kvantitativní metodou pomocí dotazníku vlastní tvorby a upraveného standardizovaného Meisterova dotazníku. V rámci dotazníkového šetření odpovědělo 52 respondentů.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Paliativní péče, psychická zátěž, umírání, všeobecná sestra

## **TITLE**

Psychological burden of nurses in palliative care

## **ANNOTATION**

The bachelor's thesis deals with the issue of psychological burden of nurses working in palliative care. The theoretical part focuses on the definition of palliative care and palliative care providers. It also focuses on the definition of the concept of psychological burden, stress and its consequences. The practical part was processed using a quantitative method using a questionnaire of my own creation and the standardized Meister questionnaire. 52 respondents answered the questionnaire survey.

## **KEYWORDS**

Palliative care, psychological burden, dying, general nurse

# OBSAH

Úvod.....	12
1 Cíl práce.....	13
1.1 Teoretická část .....	13
1.2 Průzkumná část .....	13
1.3 Metody k dosažení cíle.....	13
2 Teoretická část .....	14
2.1 Paliativní péče .....	14
2.2 Pacienti paliativní péče .....	15
2.2.1 Umírání, smrt.....	15
2.3 Obecná paliativní péče .....	16
2.4 Specializovaná paliativní péče .....	17
2.5 Zásady terapie v paliativní péči.....	17
2.5.1 Komunikace s pacientem a jeho rodinou .....	17
2.5.2 Orientace léčby na kvalitu života.....	18
2.5.3 Psychosociální podpora .....	18
2.5.4 Léčba symptomů.....	19
2.6 Možnosti poskytování paliativní péče.....	20
2.6.1 Mobilní hospic .....	20
2.6.2 Lůžkový hospic.....	21
2.6.3 Konziliární tým paliativní péče v nemocnicích .....	21
2.6.4 Ambulance paliativní péče.....	22
2.6.5 Oddělení paliativní péče .....	22
2.7 Všeobecná sestra v paliativní péči .....	23
2.8 Psychická zátěž v paliativní péči.....	23
2.8.1 Duševní zdraví .....	24

2.8.2	Faktory vedoucí k psychické zátěži .....	25
2.8.3	Stres zdravotnického personálu .....	25
2.8.4	Syndrom vyhoření.....	26
3	Praktická část .....	29
3.1	Metodika praktické části .....	29
3.1.1	Dotazník vlastní tvorby.....	29
3.1.2	Meisterův dotazník .....	29
3.1.3	Pilotní šetření .....	29
3.2	Charakteristika vybraných respondentů .....	30
3.3	Sběr dat.....	30
3.4	Výsledky dotazníku vlastní tvorby.....	31
3.5	Výsledky dotazníku Meisterova dotazníku.....	43
4	Diskuze .....	55
4.1	Zjistit, míru psychické zátěže všeobecných sester v paliativní péči. ....	56
4.2	Zjistit, jaké faktory přispívají k psychické zátěži sester v paliativní péči.....	56
4.3	Zjistit, jaký vliv má typ pracovního prostředí na psychickou zátěž sester.....	57
4.4	Zjistit, jaké strategie využívají všeobecné sestry ke zlepšení psychické zátěže .....	58
4.5	Doporučení pro praxi .....	59
5	Závěr .....	60
6	Použitá literatura .....	62
6.1	Primární zdroje.....	62
6.2	Sekundární zdroje.....	62
6.3	Odborné články .....	62
6.4	Internetové zdroje.....	63
6.5	Bakalářské a Diplomové práce.....	66
7	Přílohy.....	67

## SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1 Graf: Jaké je Vaše pohlaví?.....	31
Obrázek 2 Graf: Jak dlouho pracujete na pozici všeobecné sestry? .....	32
Obrázek 3 Graf: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání? .....	32
Obrázek 4 Graf: Jaké strategie používáte ke zvládnání psychické zátěže? .....	33
Obrázek 5 Graf: Jste se svoji prací spokojeni? .....	34
Obrázek 6 Graf: Ovlivňuje Vaše práce vztah s rodinou nebo přáteli? .....	34
Obrázek 7 Graf: Máte někdy pocit vyhoření? .....	35
Obrázek 8 Graf: Máte někdy myšlenky na změnu povolání?.....	35
Obrázek 9 Graf: Cítíte se psychicky vyčerpán/vyčerpana po práci? .....	36
Obrázek 10 Graf: Jak často po skončení směny se cítíte psychicky vyčerpán/vyčerpana?.....	36
Obrázek 11 Graf: Jaká hlavní faktory přispívají k Vaší psychické zátěži? .....	37
Obrázek 12 Graf: V jakém typu zdravotnického zařízení pracujete? .....	38
Obrázek 13 Graf: Jaká je výše Vašeho úvazku?.....	38
Obrázek 14 Graf: Jak dlouho pracujete v tomto zdravotnické zařízení? .....	39
Obrázek 15 Graf: Je dle Vašeho názoru na pracovišti zajištěno dostatečné personální obsazení? .....	39
Obrázek 16 Graf: Dostáváte od zaměstnavatele psychickou podporou .....	40
Obrázek 17 Graf: Jaké formy psychické podpory získáváte od svého zaměstnavatele?.....	41
Obrázek 18 Graf: Cítíte se dostatečně informování o možnostech psychologické podpory, kterou máte k dispozici v případě potřeby? .....	42
Obrázek 19 Graf: Při práci mívám často pocit časového tlaku.....	44
Obrázek 20 Graf: Práce v paliativní péči mě neuspokojuje.....	45
Obrázek 21 Graf: Práce mě velmi psychicky zatěžuje z důvodu častého umírání pacientů ....	46
Obrázek 22 Graf: Práce je málo zajímavá, duševně je spíše otupující .....	47
Obrázek 23 Graf: V práci mám časté konflikty a problémy, od nichž se nemohu odpoutat ani po skončení pracovní doby .....	48
Obrázek 24 Graf: Při práci udržuji jen s námahou pozornost, protože se po dlouhou dobu nic nového neděje .....	49
Obrázek 25 Graf: Práce v paliativní péči je velice náročná, že po několika hodinách cítím nervozitu a rozechvělost .....	50
Obrázek 26 Graf: Po několika hodinách mám práce natolik dost, že bych chtěl/a dělat něco nového.....	51

Obrázek 27 Graf: Práce je psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítím únavu a ochablost .....	52
Obrázek 28 Graf: Práce je psychicky tak náročná, že ji nelze dělat po léta stejnou výkonností .....	53
Tabulka 1 Porovnání kritických hodnot mediánů .....	54

## SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

CMP	cévní mozkové příhodě
CP	centrum provázení
č.	číslo
FNHK	Fakultní nemocnice Hradec Králové
CHOPN	chronická obstrukční plicní nemoc
Např.:	například
NHO	National Hospice Organization
NKÚ	Nejvyšší kontrolní úřad
OPP	obecná paliativní péče
PP	paliativní péče
SPP	specializovaná paliativní péče
STS	sekundární traumatický stres
WHO	World Health Organization

## ÚVOD

Tato bakalářská práce se zabývá psychickou zátěží sester v paliativní péči. Toto téma bylo zvoleno z důvodu aktuálnosti tématu duševního zdraví, které se v posledních letech stává důležitějším tématem, přičemž je kladen důraz na jeho prevenci a podporu (Charvátová, 2023).

Cílem této práce je zabývat se problematikou psychické zátěže, které čelí sestry pracující v oblasti paliativní péče. Práce se soustředí na zjištění míry této zátěže, na identifikaci faktorů, jež mohou přispívat k jejímu vzniku, a na posouzení, zda pracovní prostředí ovlivňuje její intenzitu.

Zdravotnický personál čelí vysokým nárokům na své odborné znalosti, a jsou na něj kladeny emocionální a psychologické nároky. Paliativní péče je obzvláště náročná a může představovat významnou psychickou zátěž pro zdravotnický tým (Charvátová, 2023).

Paliativní péči, dle Nejvyššího kontrolního úřadu (NKÚ), využívá každoročně přes 70 000 pacientů, a předpokládá se, že toto číslo bude růst z důvodu stárnutí populace (NKÚ, 2023). Vzhledem k růstu pacientů v paliativní péči je kladena stále větší potřeba na dostupnost odborné paliativní péče. V České republice je 238 poskytovatelů paliativní péče, z toho 18 lůžkových hospiců, 69 mobilních hospiců, 87 ambulancí paliativní péče, 45 konziliárních týmů, 19 oddělení paliativní péče a paliativních lůžek s rodinnými pokoji. Nejvíce zařízení paliativní péče je v Jihomoravském kraji, který má 46 zařízení. Nejméně se 3 zařízeními má Karlovarský kraj (Umírání.cz, 2025). Sestry jsou často prvními, kdo se setkává s pacienty v terminálním stádiu a závěru života, proto je důležité věnovat pozornost psychické zátěži sester. Dle Australské studie v roce 2022, která se týkala domovů pro seniory, vyplynula vysoká fluktuace zdravotnického personálu u péče o pacienty na závěru jejich života (Nagajaran, et. al., 2022).

# **1 CÍL PRÁCE**

## **1.1 Teoretická část**

Vymezení pojmu paliativní péče

Popis léčby v paliativní péči

Vymezení psychické zátěže zdravotnického personálu v paliativní péči

## **1.2 Průzkumná část**

### **Hlavní cíl:**

Zjistit psychickou zátěž všeobecných sester pracujících v paliativní péči

### **Dílčí cíle:**

Zjistit, jaké faktory přispívají k psychické zátěži sester v paliativní péči

Zjistit, jaký vliv má typ pracovního prostředí na psychickou zátěž sester

Zjistit, jaké strategie využívají všeobecné sestry ke zlepšení psychické zátěže

## **1.3 Metody k dosažení cíle**

Metodou pro zpracování této bakalářské práce byl kvantitativní průzkum pomocí dotazníkového šetření. Byl použit dotazník vlastní tvorby a upravený standardizovaný Meisterův dotazník (Holá, 2019).

## 2 TEORETICKÁ ČÁST

### 2.1 Paliativní péče

Termín paliativní péče je odvozen z latinského slova „pallium“ překládáno jako plášť, rouška. Rouška zakryje účinky nevléčitelného onemocnění a plášť se poskytne těm, kterým nedokáže kurativní léčba pomoci (Bužgová, a kol., 2019).

Paliativní péče se řadí mezi mladé obory, stala se součástí zdravotní a sociální péče ve druhé polovině 20. století z důvodu nárůstu dlouhotrvajících chronických a život ohrožujících onemocnění (Sláma, a kol., 2022).

Paliativní péče (dále jen PP) je moderní rychle se rozvíjející obor. Jedná se o aktivní péči poskytovanou pacientovi, který trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stádiu. Cílem PP je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání a udržet co nejvyšší kvalitu života. Pro stanovení cílů v PP je rozhodující názor pacienta a jeho blízkých. Je důležité si na začátku léčby určit priority a cíle péče. Obecné cíle PP jsou zmírnění bolesti a dalších tělesných i duševních příznaků, respektování a chránění lidské důstojnosti, podpora pacienta a blízkých. PP je individuální péče a dává důraz na bio-psycho-socio-spirituální složku každého člověka. V rámci PP je umírání a smrt brány jako součást života (Paul, Mills, 2020).

Biopsychosociální přístup je komplexní přístup k léčbě, bere v úvahu pacienta jako celek, dává důraz na všechny složky (biologická, psychologická, sociální, spirituální). Model navrhl v roce 1977 George Engel. V první fázi to byl pouze biopsychosociální přístup, později byl přístup rozšířen o faktory, jako je spiritualita a kultura. (Ayers, 2015). Holismus je v současnosti uznáván jako zásadní a vysoce ceněný rámec paliativní péče. Biopsychosociální přístup lze označit jako Holistický přístup, protože v sobě zahrnuje čtyři složky (fyzická, psychologická, sociální a duchovní) a vnímá člověka jako celek (Bryk, et al., 2022).

Od 90. let 20. století se začíná projevovat zájem o hodnocení kvality PP. Cíle jsou přejmenovány na „výsledky péče“. Americká organizace NHO (National Hospice Organization) chápe výsledky péče jako důsledky intervence nebo přirozeného průběhu onemocnění, přičemž se zaměřuje na změny v oblasti fyzického, psychologického, sociálního a duchovního zdraví. Hlavními cíli jsou udržení autonomie pacienta, zajištění bezpečného a klidného umírání a podpora efektivního truchlení. (Bužgová, 2015).

## 2.2 Pacienti paliativní péče

Pacienti s potřebou paliativní péče se objevují v každém segmentu zdravotního a sociálního systému: domácím a náhradním prostředí, ambulantní péči, akutním lůžkovém zařízení, následné i dlouhodobé péče (Kabelka, a kol., 2016).

V rámci paliativní péče se setkáváme s různorodými skupinami pacientů, přičemž více než polovinu z nich tvoří osoby trpící generalizovaným progredující a na léčbu nereagujícím nádorovým onemocněním. Další významnou skupinou jsou pacienti v terminálním stádiu orgánového selhávání, a to především u kardiální a renální insuficience, jaterní cirhózy nebo chronické obstrukční plicní nemoci (CHOPN). Paliativní péče je také prospěšná pro nemocné s postupujícími neurologickými a psychiatrickými onemocněními, jako jsou demence, roztroušená skleróza, amyotrofická laterální skleróza a imobilizační syndromy po cévní mozkové příhodě (CMP). Vzhledem k prodlužování průměrné délky života se stále častěji do paliativní péče zařazují polymorbidní „křehčí“ geriatričtí pacienti, kteří čelí několika chronickým onemocněním současně. Zvláštní skupinu pacientů tvoří děti, pro které je paliativní péče z hlediska specifických potřeb a přístupů jedinečná (Švébišová, 2023).

### 2.2.1 Umírání, smrt

Paliativní péče je neoddělitelně spjata s tématem umírání a smrti. Problematika smrti a umírání je také předmětem vědního oboru zvaného thanatologie. Smrt je biologický proces, který představuje závěr života organismu, kdy přestává vykazovat známky života a jeho základní životní funkce zanikají. Tento okamžik není pouze biologickým koncem, ale představuje taky změnu, která má dopad na rodinu a společnost (Velebová, 2024).

Umírání je proces úbytku životních funkcí a síly. Jedná se o postupné a nevratné selhávání životních funkcí. Tento proces je zakončen smrtí. Umírání je mostem mezi životem a smrtí. Trvá různě dlouhou dobu. Toto období je náročné pro pacienta, kdy pomalu ztrácí soběstačnost, cítí se unaven a může se stát plně imobilním. V tomto je pro nemocného důležitá rodina a podpora od zdravotnického personálu. (Vytejková, 2020).

#### 2.2.1.1 Fáze umírání

Umírání, může být z časového hlediska rozděleno do tří hlavních fází: pre finem, in finem, post finem. Toto rozdělení nám lépe pomáhá porozumět složitosti umírání (Velebová, 2024).

První fáze, **pre finem**, začíná v okamžiku, kdy pacientovi lékař oznámí, že jeho nemoc je vážná a nezvratná. V tomto období je kladen důraz na zmírnění bolesti a jiných negativních projevů

nemoci. Zároveň je nutné pamatovat na lidský aspekt pacienta, který nevyžaduje pouze lékařskou péči, ale i psychologickou podporu a lidskou přítomnost. Důležité je, aby pacient nebyl opuštěn a vyčleněn ze společnosti a aby se ani tak necítil přesto, že takové skutečnosti nenastaly. Mohla by vzniknout psychická a sociální smrt, znamená, že pacient je izolován od ostatních, i když stále žije. V této fázi je důležité nastavit pacientovi cíle a nový smysl života. Měly by být realistické, vzhledem k jeho zdravotnímu stavu, ale zároveň motivující, aby pacient měl stále důvod žít (Tichá, 2023).

**In finem** je druhá fáze, označuje terminální stádium, kdy dochází k samotnému úmrtí. Tato fáze končí oficiálním konstatováním smrti lékařem. Dříve byla v této fázi součástí péče o pacienta i celá rodina, včetně dětí, aby byli připraveni na to, co se stane, a aby smrt vnímali jako přirozenou součást života. V tomto období by měl být pacient vždy obklopen svými blízkými, nikdy by neměl umírat sám, pokud to není jeho vyslovené přání (Vytejšková, 2020).

**Post finem** je období po smrti. V této fázi končí všechny biologické funkce těla, které začíná podléhat rozkladu. Tento proces zahrnuje ohledání těla, oficiální konstatování smrti, informování pozůstalých a předání pozůstalostí. Péče o tělo zesnulého je obvykle považována za méně problematickou část, která však stále vyžaduje úctu a respekty k zesnulému (Tichá, 2023).

### **2.3 Obecná paliativní péče**

Obecná paliativní péče je dobrá klinická péče, kterou by měl umět poskytnout každý zdravotník a lékař každé odbornosti. Součástí obecné paliativní péče je dobrá komunikace s pacientem a jeho rodinou, orientace léčby na kvalitu života, účinná léčba symptomů, psychosociální podpora. Přejít mezi obecnou a specializovanou paliativní péčí by měl být plynulý (Sláma, a kol., 2022).

Základem obecné paliativní péče je včasné rozpoznání nevyléčitelného charakteru nemoci a identifikování a ovlivnění oblastí, které jsou pro kvalitu života pacienta důležité. Tuto péči zajišťují praktičtí lékaři ve spolupráci s agenturami domácí péče, geriatrické ambulance, lékaři se specializací (nejčastěji: onkologové, internisti, geriatři, neurologové). V rámci oboru se využívají aspekty nezdravotnické péče, např.: sociální poradenství a služby, psycholog, pastorační péče a práce dobrovolníků (Kabelka, a kol., 2016).

## **2.4 Specializovaná paliativní péče**

Specializovaná paliativní péče (dále jen SPP) představuje vysoce odbornou péči poskytovanou zdravotnickým zařízením, které je pod vedením lékaře specialisty v oblasti paliativní medicíny. Tento typ je určen pro pacienty, jejichž zdravotní stav je natolik vážný a složitý, že jejich potřeby nelze uspokojit v rámci běžného oddělení nemocnice nebo ordinace praktického lékaře. Pacienti, kteří vyžadují specializovanou paliativní péči, trpí onemocněními, která jsou často terminálního charakteru a jejich symptomy jsou natolik komplexní a obtížně zvládnutelné, že vyžadují multidisciplinární přístup a intenzivní péči (Česká společnost paliativní medicíny, 2021).

SPP se poskytuje v zařízeních určených pro paliativní péči nebo v domácím prostředí pacienta. SPP je poskytována mobilním hospicem, lůžkovým hospicem, konziliárním týmem paliativní péče v nemocnicích, ambulancí paliativní péče, oddělení paliativní péče (popis jednotlivých zařízení viz níže). V zahraničí jsou dále rozšířené další formy SPP, např.: denní hospicový stacionář, specializovaná hospicová poradna (Sláma, a kol., 2022).

## **2.5 Zásady terapie v paliativní péči**

Paliativní péče představuje komplexní přístup zaměřený na pacienty s nevléčitelnou chorobou. Tato kapitola se zaměřuje na základní aspekty terapie v paliativní péči, včetně komunikace s pacientem a jeho rodinou, orientace léčby na kvalitu života, psychosociální podpory a léčbu symptomů (Sláma, a kol., 2022).

### **2.5.1 Komunikace s pacientem a jeho rodinou**

Komunikace se zdravotnickým personálem hraje klíčovou roli v úspěšnosti léčby, ovlivňuje délku trvání a její náklady. Špatná komunikace má negativní dopad nejen na pacienty, ale i na personál, je spojena s horšením klinických i psychických výsledků. Dobrá komunikace zlepšuje dodržování léčebného režimu, schopnost vybavit si informace a kvalitu jejich života (Sláma, 2020).

Pacienti se se sdělováním nepříznivých zpráv v paliativní péči setkávají několikrát např.: sdělení diagnózy, relaps nebo progresse onemocnění. Sdělování nepříznivých zpráv je náročný proces, který vyžaduje od lékaře a zdravotnického personálu schopnost dobré formulace zprávy, reagovat na emoce pacienta, získat jeho důvěru, zapojit ho do rozhodování o dalším postupu. Pro sdělení špatných zpráv je využíván protokol SPIKES, který obsahuje 6 základních kroků: 1. krok setting – příprava na rozhovor, 2. krok – patient perspective – začnete pohledem pacienta, 3. krok invitation – získejte souhlas s předáním

informace, 4. krok knowledge – poskytněte informace, 5. krok emotions – reflektujte emoce, 6. krok summary and strategy – dohodněte další postup (Sláma, 2020).

Komunikace mezi zdravotnickým personálem a pacientem hraje klíčovou roli při vytváření pozitivního pracovního prostředí, přičemž základním prvkem je kvalitní vztah mezi sestrou a pacientem. Je nezbytné dodržovat určité zásady při vedení rozhovoru, výběr vhodného prostředí (soukromí, klid), získání pacientovy důvěry a zajištění, že sdílené informace nebudou zneužity. Dále je důležité udržovat oční kontakt, projevit opravdový zájem o rozhovor a využívat pozitivní neverbální signály, jako je přikývnutí nebo pohlazení. Komunikace by měla být přizpůsobena jazykové úrovni pacienta, což zahrnuje vyhýbání se odborným termínům, a pomalou zřetelnou mluvu. Otázky by měly být jasné a strukturované, je důležité vyhnout se přerušování pacienta vlastními názory a uplatňovat aktivní naslouchání. Aktivní naslouchání znamená více než pouze poslouchání slov, vyžaduje naše plné soustředění, otevřenost a zájem o to, co nám pacient sděluje. Aby se ze zdravotnického personálu stal dobrý posluchač, musí se zbavit předsudků, zaujatosti, rozptýlení a dalších rušivých vlivů. Mezi další principy aktivního naslouchání patří udržování očního kontaktu, zkoumání podstaty pacientova sdělení a věnování pozornosti jak obsahu, tak i formě komunikace (Zacharová, 2016).

### **2.5.2 Orientace léčby na kvalitu života**

Kvalita života je subjektivní pocit jedince o jeho životní situaci, který je ovlivněn kulturou a hodnotami v rámci, kterých žije, stejně jako jeho osobními cíli, očekáváními a obavami. Kvalita života bere ohledem na schopnost fungování z fyzického, emocionálního, duševního a sociálního hlediska (nzip.cz, 2025).

Paliativní péče se zaměřuje na udržení kvality života pacientů a jejich rodin. V rámci této péče je kvalita života chápána jako individuální a subjektivní pocit spokojenosti, který zahrnuje všechny aspekty lidského života, včetně fyzického, psychického, sociálního a duchovního rozměru (Bužgová, 2015).

### **2.5.3 Psychosociální podpora**

Proces umírání je bolestivá kapitola života pro všechny zúčastněné časem krize, strachu a nejistoty z důvodu velké psychosociální zátěže. Před pacientem stojí řada úkolů, např.: nová životní role, stává se nesoběstačný a uvědomuje si blízkost smrti, najítí smyslu života a ocenění života, který dosud žil, vyrovnání se s obavami o sebe a ostatní (Bužgová, 2015).

Pacienti mají často pocit dlouhodobé nejistoty, řeší existenční otázky, přemýšlí o svém dosavadním životě a jeho smyslu. Pacienty nejčastěji v ohledu psychiky trápí vlastní emoce,

vyrovnávání se s nemocí a s jejími symptomy, léčbou a omezeními, které způsobuje, neustálá adaptace na neustále se měnící situaci, dále je těžká i interakce s blízkými a pečujícími, kteří se vyrovnávají s novou situací, adaptují se na změnu a mají limity v poskytování podpory a péče (Sláma, 2020).

#### 2.5.4 Léčba symptomů

Léčba symptomů v paliativní péči se zaměřuje na zmírnění příznaků, které pacientům způsobují utrpení. Mezi nejčastější symptomy patří bolest, dušnost, kašel, nevolnost a zvracení (Sláma, a kol., 2022).

**Bolest** neboli dolor má klíčový dopad na pohodlí a kvalitu života pacienta. Paliativní medicína se v řešení bolesti zaměřuje na zmírnění bolesti pacienta samotného, nikoli pouze na bolest nervových zakončení. Pro účinnou léčbu bolesti se v paliativní péči volí také konanalgetika, to jsou adjuvantní analgetika, které obsahují více lékových skupin (např.: kortikoidy, alfa-agonisty, antidepresiva, antikonvulziva, lokální anestetika, myorelaxancia) (Sláma, a kol., 2022).

**Dušnost** neboli dyspnoe je subjektivní pocit nedostatku vzduchu, který je často provázen zvýšeným dýchacím úsilím nemocného, dělí se na expirační (výdechovou), inspirační (nádechovou). Nejčastěji se dušnost v paliativní péči objevuje při obstrukci dýchacích cest (např.: u nádoru), pleurálním výpotku, plicní lymfostáze, rozsáhlém metastatickém postižení plic, metabolické acidóze a oslabení či únavě dýchacích svalů (Souček, a kol., 2019).

**Kašel** neboli tussis je reflex vybavený při podráždění dýchacích cest a má za úkol udržet průchodné dýchací cesty. Nejčastější důvod kašle v PP jsou infekce, onemocnění dýchacích cest, gastroezofageální reflux, aspirace, léky (ACE inhibitory), plicní metastázy, srdeční selhávání (Kušnírová, 2020).

**Nevolnost** neboli nauzea je nepříjemný subjektivní pocit, trvalá nevolnost se často váže na ztrátu chuti k jídlu a může vést k úbytku tělesné hmotnosti. **Zvracení** neboli vomitus je vypuzení žaludečního obsahu a je často doprovázen nevolností. V PP se s nevolností a zvracením můžeme setkat v souvislosti s ozářením, zvýšeným nitrolebním tlakem, léky, nepříjemnými zápachy nebo chutěmi, strachu, úzkosti, selhání jater nebo ledvin, infekci, podráždění hltanu při kašli, postižení žaludku (Souček, a kol., 2019).

**Zácpa** neboli obstipace je stav, pro který je charakteristické obtížné a méně časté vyprazdňováním tuhého střevního obsahu. **Průjem** neboli diarrhoea je stav, kdy dochází

k četnému vyprazdňování řídké stolice, vede k dehydrataci, minerální dysbalanci, renální insuficienci, zhoršenému trávení a vstřebávání živin (Kušnírová, 2020).

## **2.6 Možnosti poskytování paliativní péče**

V České republice se možnosti poskytování paliativní péče rozvíjejí v několika různých formách, které umožňují přizpůsobit péči konkrétním potřebám pacientů. Mezi hlavní formy patří mobilní hospic, lůžkový hospic, konziliární tým paliativní péče, ambulance paliativní péče a oddělení paliativní péče. Každá z těchto forem nabízí specifické výhody a přístupy (Bužgová, 2015).

### **2.6.1 Mobilní hospic**

Mobilní hospicová péče poskytuje specializovanou paliativní péči přímo v domácím prostředí pacientů. Tato forma péče zahrnuje pravidelné návštěvy různých odborníků, mezi které patří lékaři různých odborností, všeobecné a praktické sestry, ošetřovatelé, sociální pracovníci, dobrovolníci a další členové hospicového týmu. Multidisciplinární tým pracuje na zajištění komplexní zdravotní péče pacientovi 24 hodin denně, 7 dní v týdnu (paliativnicentrum.cz, 2025).

Hlavní výhodou mobilního hospicu je poskytování péče v domácím prostředí, to přispívá k pohodlí, stabilitě a emocionálního klidu pacienta. Znamé prostředí zajišťuje pocit bezpečí a zlepšuje kvalitu života. Péče je individuální, je přizpůsobena konkrétním potřebám pacienta a jeho rodině, podporuje rodinu a pečující. I když mobilní hospic nabízí širokou škálu pozitiv, jsou tu i negativa. Péče v domácím prostředí může být pro rodinu a pečující náročná, zejména z fyzické a emocionální stránky, i když hospic poskytuje podporu rodině, můžou stále čelit vyčerpání a stresu z každodenní péče. Některé specializované léčebné nebo diagnostické postupy není možné v domácím prostředí uskutečnit nebo se v tomto prostředí vyskytují takové podmínky, že tyto postupy lze provést pouze omezeně. Tato péče může být o dost finančně náročnější než hospitalizace, některé pojišťovny nemusí plně pokrýt náklady na péči. Poskytování péče v domácnostech může být složité na dojíždění do vzdálených lokalit a nedostatečného pokrytí zaměstnanců (Janošková, 2023).

Mezi poskytovatele mobilních hospiců v České republice patří například Mobilní hospic Anežky České, Domácí hospicová péče (Oblastní charita Pardubice), Centrum sociálních a zdravotních služeb Poděbrady (Domácí hospic Doma nejlíp) a Domácí hospic sv. Michaela Polička (Umírání.cz, 2025).

### **2.6.2 Lůžkový hospic**

Lůžkový hospic je samostatné lůžkové zařízení, které se zaměřuje na poskytování specializované paliativní péče zejména v preterminální a terminální fázi nevléčitelného onemocnění. Je vhodný pro pacienty, kteří nemohou nebo nechtějí prožít závěr života doma. Provoz lůžkového hospice zajišťuje komplexní multidisciplinární paliativní tým, který se snaží co nejvíce pacientům přiblížit prostředí hospicu domácímu prostředí. Poskytují péči a podporu jak pacientům, ale i příbuzným pacientům, kteří mají neomezené návštěvní hodiny a mohou být se svými blízkými ubytováni přímo v hospicu (paliativnicentrum.cz, 2025).

V lůžkovém hospici je poskytována péče odborného zdravotnického personálu 24 hodin denně. Pacienti jsou hospitalizováni ve speciálním zdravotnickém prostředí, které se snaží co nejvíce napodobit domácí prostředí, aby byl pacientům zajištěn důstojný a klidný závěr života. Pobyt v lůžkovém hospici zbavuje rodiny pacientů plné zodpovědnosti za péči. Mnohdy rodiny pacientů nejsou schopny se starat v domácím prostředí, ať už z důvodu časových, psychických, či fyzických možností. Lůžkový hospic je schopen poskytnout širokou škálu služeb. Zmírnění pocitu izolace a osamělosti může pacientům nabídnout možnost setkávání se s jejich rodinnými příslušníky a přáteli, ale i s ostatními pacienty s podobným osudem. Pro mnoho pacientů může být náročné opustit domov a může vzniknout omezený kontakt s okolím. Kvalita péče je závislá na zařízení (Česká společnost paliativní medicíny, 2021).

Na území České republiky poskytují paliativní péči mimo jiné lůžkové hospice, mezi které patří například Hospic Anežky České, Domácí hospic Setkání, o.p.s., Nadační fond Klíček, Hospic sv. Lazara, Hospic sv. Zdislavy, Domácí hospic David (Umírání.cz, 2025).

### **2.6.3 Konziliární tým paliativní péče v nemocnicích**

Konziliární tým je součástí zdravotnického zařízení a sestává ze specialistů, kteří přinášejí odborné znalosti v oblasti paliativní medicíny. Tento tým posiluje kontinuitu péče a přispívá ke zlepšení její kvality. Konziliární týmy se začaly využívat od 90. let 20. století (Bužgová, 2015).

Konziliární tým v paliativní péči se skládá z různých odborníků, jako jsou lékaři, sestry, psychologové, sociální pracovníci, duchovní a další specialisté. Tento tým poskytuje širokou škálu pohledů a zajišťuje komplexní péči, která zahrnuje rychlou a efektivní reakci na potřeby pacienta a zajištění kvalitní symptomatické léčby. Dále se soustředí na poskytování emocionální podpory pacientům a jejich rodinám, školí nemocniční personál s cílem zlepšit celkovou úroveň paliativní péče a koordinuje spolupráci mezi různými odborníky, může čelit

omezením v čase, který je k dispozici pro individuální péči. Koordinace mezi odborníky může být složitá, a někdy mohou nastat komunikační bariéry, které zpomalí rozhodovací procesy. V některých nemocnicích může být také problematická dostupnost konziliárního týmu, což může komplikovat poskytování péče pacientům (Česká společnost paliativní medicíny, 2021).

Některé nemocnice mají zřízené konziliární týmy pro paliativní péči, mezi ně lze zahrnout: FNHK, Nemocnice Pardubického kraje, Fakultní nemocnice u sv. Anny, Masarykův onkologický ústav, Oblastní nemocnice Náchod, Fakultní nemocnice Královské Vinohrady a mnoho dalších. (Umírání.cz, 2025).

#### **2.6.4 Ambulance paliativní péče**

Ambulance paliativní péče nabízí služby pacientům v domácím prostředí nebo v zařízeních sociálních služeb. Tým poskytující ambulantní péči se zaměřuje na pacienty s fyzickými nebo psychosociálními symptomy, ale není nutná, hospitalizace v nemocnici (Sláma, 2022).

Ambulance paliativní péče umožňuje pacientům zůstat doma. Péče je flexibilní, pacient dostává péči podle svých aktuálních potřeb. Ambulance PP zahrnuje pravidelné kontroly, možnost upravovat léčbu podle stavu pacienta a zajišťuje i péči o rodiny. Není vhodná pro pacienty, kteří potřebují neustálý dohled nebo mají akutní zdravotní problémy, které vyžadují okamžitý zásah nebo intenzivní péči. Stejně jako u mobilního hospice je nutná přítomnost pečující osoby v domácím prostředí. Kvalita poskytované péče může být ovlivňována, pokud pacient žije v méně vybaveném prostředí a má méně podpory než pacienti, ke kterým dojíždějí zdravotníci z mobilního hospice (Česká společnost paliativní medicíny, 2021).

Mezi ambulance paliativní péče patří například: Ambulance podpůrné a paliativní onkologie (Masarykův onkologický ústav), Ambulance paliativní péče (Nemocnice Havlíčkův Brod, Křižovnický domácí hospic) – ambulance paliativní medicíny, Ambulance Podpůrné a paliativní péče (Všeobecná Fakultní nemocnice) (Umírání.cz, 2025).

#### **2.6.5 Oddělení paliativní péče**

Tento model se nejvíce blíží tradičnímu hospicovému pojetí. Lůžkové oddělení by mělo poskytovat domácí atmosféru, zajišťovat maximální soukromí pacientů a umožnit volný režim návštěv. Je potřebná pro pacienty, kteří potřebují paliativní péči a současně potřebují diagnostiku a léčbu (Bužgová, 2015).

Oddělení paliativní péče poskytuje pacientům vysoce odbornou komplexní lékařskou, ošetrovatelskou, psychologickou a sociální podporu, vše je zajištěno na jednom místě.

Na oddělení je zajištěna 24hodinová odborná pomoc. Péče je vhodná pro pacienty s těžkými symptomy (bolest, dušnost), které nelze efektivně zvládnout v domácím prostředí. Oddělení paliativní péče má nedostatečnou dostupnost v některých oblastech, pacient ztrácí domácí prostředí, prostředí na oddělení je nemocniční, hospitalizace může přinést pocit izolace a odloučení od blízkých. Na úkor vysoké odbornosti péče není dostatečný čas na osobní péči (Česká společnost paliativní medicíny, 2021).

Oddělení paliativní péče jsou zřízena v rámci nemocnic, například: Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Nemocnice milosrdných sester sv. Karla Boromejského, Ústřední vojenská nemocnice, Nemocnice Turnov krajské nemocnice Liberec, Odborný léčebný ústav Albertinum, Nemocnice Jihlava, Nemocnice Jindřichův Hradec, Nemocnice Kutná Hora (Umírání.cz, 2025).

## **2.7 Všeobecná sestra v paliativní péči**

Všeobecná sestra hraje nezastupitelnou roli v paliativní péči, která se zaměřuje na zmírnění utrpení a zajištění kvalitního života pacientů v pokročilých stádiích nemocí. Sestra poskytuje nejen přímou zdravotní péči, ale podílí se i na psychické podpoře pacienta a jeho rodiny, čímž zajišťuje holistický přístup k péči, která zahrnuje fyzické, psychické i emocionální aspekty (Švébišová, 2023).

Ve své práci se sestra v paliativní péči setkává s nelehkou výzvou, kdy musí balancovat mezi profesionální distancí s lidským přístupem. Pacienti a jejich rodiny často procházejí náročným obdobím smíření a přípravy na konec života, což vyžaduje schopnost sestry poskytovat nejen odbornou pomoc, ale také empatii, podporu a porozumění. V takových chvílích se setra stává nejen odborníkem, ale i oporou, která pomáhá pacientům i jejich blízkých čelit těžkým životním momentům. Všeobecná sestra v paliativní péči se tedy nejen specializuje na zdravotní oblast, ale i na koordinaci péče v terénu a poskytování praktických, emocionálních a psychologických nástrojů pro pacienty i jejich rodiny, což její roli činí nezastupitelnou a komplexní. (Hrdá, a kol., 2018).

## **2.8 Psychická zátěž v paliativní péči**

Výskyt psychických problémů mezi zdravotníky v paliativní péči dosahuje 25 %. Faktory, které mohou vést k psychické zátěži, jsou rozděleny do 5 skupin: osobní faktory, psychologické faktory, provozní faktory, faktory na straně týmu, faktory na straně pacienta (Amery, 2017).

Nadměrné stresové situace mohou zasahovat do naší produktivity a výkonu, ovlivňují naše fyzické a psychické zdraví a mohou ovlivňovat i náš život mimo práci (BOZP.CZ, 2019).

Zdravotnický personál je ohrožen **sekundárním traumatickým stresem (STS)**. STS je stav, kdy člověk prožívá stresové a traumatické reakce vlivem dlouhodobého působení příběhu a zkušenostem druhých, kteří zažili trauma. **Zástupným traumatem** je hluboká emoční a psychická změna, která nastává, při dlouhodobém vystavení člověka práci s traumatizovanými lidmi. **Únavou ze soucitu**, který nastává při dlouhodobém vystavování klientovu traumatu a zažije jeho trauma, jde o kombinaci sekundárního traumatického stresu a syndromu vyhoření. **Syndrom vyhoření** je psychický stav, vyvolaný chronickým stresem (Henderson, et. al., 2024).

### 2.8.1 Duševní zdraví

Duševní zdraví je stav duševní celkové pohody, který lidem umožňuje vyrovnat se se stresem života, realizovat své schopnosti, dobře se učit a dobře pracovat a přispívat ke své komunitě. (who.int, 2025).

Problematikou duševního zdraví se zabývá obor pozitivní psychologie. Tento směr vznikl jako odpověď na dlouholeté zaměření psychologie, které se převážně soustředilo na zkoumání a léčbu potíží, nemocí a poruch psychiky. Tradiční psychologie se soustředila na diagnostiku a terapii negativních stavů, jako je např.: deprese, úzkost, trauma. Pozitivní psychologie klade důraz na zkoumání, jak mohou jednotlivci a skupiny dosáhnout větší pohody, štěstí a naplnění. Zaměřuje se na prevenci problémů a rozvoji silných stránek, osobním růstu a celkové psychické pohody. (Jochmannová, a kol., 2022)

Mezi nejčastější patří stres a souběžně s ním problémy v práci, ve škole či společenských vztazích, na všech úrovních od rodiny až po známé, které občas vidáme. V rámci duševního zdraví není faktorem krátkodobý stres, ale především se jedná o stres vznikající v důsledku každodenní zátěže, náročných životních situací nebo dlouhodobého tlaku (szu.gov.cz, 2025).

Důležitou součástí péče o duševní zdraví představuje duševní hygiena, která zahrnuje zlepšování stavu v emocionální duševní a sociální oblasti. Součástí je také dodržování zdravého životního stylu, který pozitivně ovlivňuje jak duševní, tak fyzické zdraví. Například deprese je spojována s mnoha chronickými nemocemi, jako je diabetes mellitus, astma, onkologické onemocnění nebo kardiovaskulární onemocnění. Zde je několik způsobů, jak o sebe pečovat po fyzické, tak psychické stránce: pravidelný pohyb, jíst správnou stravu, vyhýbat se alkoholu a drogám,

dostatek spánku, relaxační techniky (viz. Přístupy ke zvládnání stresu), rozvíjení mentálních praktik (zaměření na pozitivní emoce), hledat pomoc u ostatních (webmd.com, 2023).

### 2.8.2 Faktory vedoucí k psychické zátěži

Psychická zátěž je nevyhnutelnou součástí mnoha profesí, zejména zdravotnického personálu, jejichž práce zahrnuje vysoké nároky na pracovní výkon, rozhodování pod tlakem, nebo interakci s lidmi v krizových situacích (Clayton, Marczak, 2023).

Amery popsal 5 skupin způsobující psychickou zátěž, mezi ně patří osobní faktory, psychologické faktory, provozní faktory, faktory na straně týmu, faktory na straně pacienta. **Mezi osobní faktory** patří pocit neschopnosti zvládat situaci, nedostatek podpory od okolí, osamělost a obavy o blízké doma. **Do psychologických faktorů** se řadí psychické problémy, abúzus, nevyřešené osobní trauma. **Mezi provozní faktory** se řadí pracovní přetížení, nejasné hranice mezi pracovním a osobním životem, strach z možného ztracení zaměstnání, šikana, přehnaná disciplína, časté změny a nerealistická očekávání a cíle. **Faktory na straně týmu** představující především rozpad týmu. Tým poskytující paliativní péči se přirozeně potýká s vysokou mírou zármutku a bolesti. Když tato bolest překročí odolnost jednotlivých členů, může to vést k rozpadu týmu. Rozklad týmu se projevuje hledáním obětního beránka, tvoření menších skupinek, kdy jedna skupinka začne obviňovat druhou, tým odmítá změnu, týmové vyhoření. Existují určité **faktory ze strany pacientů**, které mohou ohrozit členy týmu. Mezi tyto faktory patří: mladý pacient, pacient připomínající někoho blízkého, traumatizující proces umírání, blízký vztah s pacientem, několik úmrtí v krátkém intervalu (Amery, 2017).

### 2.8.3 Stres zdravotnického personálu

Zdravotnická profese je již ze své podstaty stresující, její součástí je řešení zdravotní krize a rozhodování o životě a smrti. Stres se pojí s negativními psychickými stavy, mezi které se řadí deprese, úzkosti či vyhoření (Ayers, 2015).

Stres je přirozená reakce organismu na psychické, emoční i fyzické vytížení. Dochází k nim, když člověk usoudí, že nároky jsou vyšší, než jsou jejich schopnosti ke zvládnutí. Reakci na stres způsobují stresory, které mohou být vnější a vnitřní. Stresory se dále dělí podle délky na akutní (zkouška) a chronické (péče o nemocného), traumatické stresory (po napadení), napětí rolí (zvládnání rolí v domácnosti, v práci) (Clayton, Marczak, 2023).

Existují dva druhy stresu, negativní distres a pozitivní eustres. Distres vzniká vystavováním chronickému stresu, jenž lze označit jako dlouhodobý či nadměrný stres, který je škodlivý. Eustres je považován za pozitivní, protože jeho vliv na člověka je velmi přínosný a důležitý

z důvodu schopnosti podávat lepší výsledky, než je obvyklé, což vede k lepšímu dosažení cílů. Dalším pozitivem tohoto typu stresu je, že přináší aktivní a pozitivní energii (Žucharová, 2024).

Základem zvládnání stresu je porozumět stresu a jeho procesu. Existuje šest hlavních přístupů ke zvládnání stresu, mezi které patří: relaxace, tělesná zdatnost, kognitivní restrukturalizace, meditace, nácvik asertivity a očkování proti stresu. (Ayers, 2015).

### 2.8.3.1 Přístupy ke zvládnání stresu

Zvládnání stresu hraje klíčovou roli v udržení fyzické a psychické pohody. Každý člověk reaguje na stres odlišně a má i různou strategii k jeho zvládnání. Ayers popsal 6 hlavních přístupů ke zvládnání stresu (relaxace, tělesná zdatnost, kognitivní restrukturalizace, meditace, nácvik asertivity a očkování proti stresu) (Ayers, 2015).

**Relaxační technika** je jedním z nejúčinnějších způsobů, mezi nejčastěji využívané relaxační metody patří: hluboké dýchání, progresivní svalová relaxace, aromaterapie. **Tělesná zdatnost** je jedna z nepřirozenějších způsobů zvládnání stresu. Pohyb podporuje uvolňování endorfinů, které pomáhají redukovat napětí i úzkost. Pravidelný pohyb zvyšuje fyzickou a psychickou odolnost. **Kognitivní restrukturalizace** se zaměřuje na změnu negativních vzorců myšlení. Mnoho stresových reakcí je způsobeno naší interpretací. **Meditace** je technika zaměřená na uvědomování si přítomného okamžiku. Pomáhá zklidnit mysl, zvýšit soustředění a snížit stresovou reaktivitu. **Nácvik asertivity** pomáhá snižovat stres související s mezilidskými vztahy a konflikty. Asertivní lidé mají nad svým životem vyšší kontrolu, a to přispívá pocitu sebejistoty a duševního klidu. **Očkování stresu** spočívá v postupném vystavování potencionálnímu stresu v nahraných stresových situacích a nácviku strategií pro zvládnutí (Kolář, 2021).

### 2.8.4 Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření, neboli burn-out syndrom, představuje psychický stav vyvolaný chronickým stresem. Je nebezpečný svou nenápadnou povahou a obtížnou rozpoznatelností pro postiženého jedince (Zacharová, 2017). Burn-out je velice plíživý a zákeřný, objevuje se zejména u pomáhajících profesí (Vojtíšková, 2023).

Stres a syndrom vyhoření neohrožují pouze jednotlivce, ale mají i široký dopad na celý tým a pacienty. Tyto stavy mohou vést k podrážděnosti, paranoie, konfliktům, zpomalení pracovního tempa, chybám, frustraci, oslabení komunikace, ztrátě empatie a trpělivosti, a dokonce i fyzickým problémům (Amery, 2017).

Hlavní faktory, které přispívají k syndromu vyhoření, zahrnují nedostatek uznání, ať už osobního, materiálního, či necitlivého chování od nadřízených, problematické vztahy na pracovišti, vysokou pracovní zátěž, nadměrný emocionální stres a přepracování. (Zacharová, 2017).

Hlavním tři příznaky syndromu vyhoření patří: **Emoční vyčerpání** – zdravotník má pocit tělesného vyčerpání, opotřebení. **Odosobnění** – na své okolí je necitelný, může být cynický a chybí mu angažovanost ve vztahu k práci s lidmi. **Snížená osobní výkonnost** – Ztrácí víru ve vlastní schopnosti, nezapojuje se, je oddaný (Ayers, 2015).

Lidé se syndromem vyhoření chodí do práce se zpožděním, protahují polední pauzy, snaží se odejít co nejdřív domů. Dříve byli plní energie a idealismu, nyní chodí do práce s nechutí, dívají se často na čas, snaží se odložit kontakt s druhými, nesoustředí se na rozhovory, nejsou tolerantní. Syndrom vyhoření také ničí vztahy (Vojtíšková, 2023).

V pozdějších fázích syndromu vyhoření se mohou projevovat i tělesné příznaky, jako jsou například: bolesti hlavy, gastrointestinální poruchy, hypertenze, nachlazení, chřipky a poruchy spánku (Ayers, 2015).

### **Fáze syndromu vyhoření**

Syndrom vyhoření je stav, který vzniká v důsledku celé řady okolností a jedná se o permanentně vyvíjející proces. Přichází s dlouhodobě neřešeným stresem, který negativně ovlivňuje vaši práci i celkový život. Prochází pěti různými fázemi, začínají nadšením, poté následuje stagnace, frustrace, apatie a končí syndromem vyhoření (Červinková, 2020).

První fází syndromu vyhoření je fáze **nadšení**, kdy má pracovník vysoké ideály, je velmi motivovaný a vkládá do své práce veškeré úsilí. Druhou fází je fáze **stagnace**, ve které zaměstnanec zjišťuje, že se mu nedaří naplňovat své ideály. Začínají ho obtěžovat měnící se požadavky od klientů, jejich rodin nebo zaměstnavatele. Následuje fáze **frustrace**, která se vyznačuje tím, že člověk začíná negativně vnímat klienty a jeho pracoviště se stává zdrojem zklamání. Čtvrtou fází je fáze **apatie**, kdy mezi pracovníkem a pacientem panuje napětí, zaměstnanec se vyhýbá odborným diskuzím s kolegy. Poslední fází je fáze **syndromu vyhoření**, ve které člověk dospěje do stavu úplného vyčerpání, ztratí smysl své práce, projevuje cynismus, odosobnění a snaží se vyhýbat pracovním povinnostem (Zacharová, 2017).

#### **2.8.4.1 Prevence a způsoby řešení syndromu vyhoření**

Je potřeba věnovat pozornost jemným příznakům a nezlehčovat včasné varovné signály než je přehlížet a nechat rozvinout samotný syndrom vyhoření. Standardní přístupy, které zahrnují distancování se od problémů, pasivní přístup a snahu ignorovat náročné situace, se často neukazují jako účinné v prevenci psychického vyčerpání a následného syndromu vyhoření. (Červinková, 2020).

V rámci prevence vyhoření se doporučuje soustředit se na osobní rozvoj, což zahrnuje pravidelné vzdělávání se, aktivní práci na sobě, fyzické aktivity a zájmové činnosti. Nezbytné je také udržování a rozvíjení sociálních kontaktů, které mohou poskytnout podporu a psychickou oporu. Důležité je najít čas na kvalitní vztahy s lidmi, na kterých nám záleží, a to i přesto, že pracovní tempo často vyčerpává naše schopnosti se jim věnovat. Klíčem k prevenci vyhoření je naučit se vyhledávat pozitivní stránky života, radovat se z maličkostí a věnovat si čas na aktivity, které nám přinášejí potěšení a naplnění, zlepšit pracovní prostředí a podpora ze strany zaměstnavatele (Vojtíšková, 2023).

V rámci léčby syndromu vyhoření se využívá psychoterapie, přičemž se konkrétně využívá kognitivně-behaviorální terapie nebo mindfulness, která je zaměřená na řešení problémů. Kromě psychoterapie je také důležitá změna životního stylu, u toho je klíčový pravidelný pohyb, vyvážená pestrá strava a dostatečný pohyb. V některých případech se může využívat i farmakoterapie, kdy se využívají antidepresiva a anxiolytika. Nezbytnou součástí procesu zotavení je také podpora od rodiny, přátel a blízkých osob (tým mám lékaře, 2024).

## **3 PRAKTICKÁ ČÁST**

### **3.1 Metodika praktické části**

Pro praktickou část byla zvolena kvantitativní metoda prostřednictvím dotazníkového šetření. Dotazník je rozdělen do dvou částí – na dotazník vlastní tvorby a upravený standardizovaný Meisterův dotazník tak, aby zjistil relevantní informace o psychické zátěži respondentů a demografické údaje.

První část obsahuje obecné otázky, které se týkají demografických údajů a pracovních podmínek respondentů. Druhá část zahrnuje upravený Meisterův dotazník, který hodnotí psychický stav zdravotnického personálu v pracovním prostředí. Tento dotazník je běžně využíván při zjišťování pracovního stresu a jeho dopadů.

#### **3.1.1 Dotazník vlastní tvorby**

Dotazník vlastní tvorby obsahuje celkem 17 otázek. První tři se zaměřují na zjištění základních charakteristik zkoumaného vzorku. Otázky č. 4 až 10 se zaměřují na charakteristiky všeobecné sestry, zatímco otázky č. 11 až 17 se soustředí na pracovní prostředí a zaměstnavatele. Dotazník vlastní tvorby byl vytvořeno pro zjištění charakteristiky výzkumného vzorku a doplnění informací.

#### **3.1.2 Meisterův dotazník**

Dotazník byl vytvořen v roce 1975 W. Meisterem. V současnosti je používána upravená verze z roku 1987, která byla využita i pro sběr dat v této bakalářské práci. Přednosti dotazníku jsou stručnost, dobrá srozumitelnost a spolehlivost. Dotazník pomáhá identifikovat pracoviště s konkrétními problémy, načež je nutné použít detailnější metody (Holá, 2019).

#### **3.1.3 Pilotní šetření**

Před samotným sběrem dat bylo provedeno pilotní šetření. Pilotní šetření se zúčastnilo 10 všeobecných sester, které pracovaly v domovech pro seniory, kde je paliativní péče součástí péče o klienty. Na základě zpětné vazby od respondentů byla potvrzena přehlednost dotazníku a jeho jasnost. U pilotního šetření byly zachovány stejné podmínky jako u samotného sběru dat, tedy anonymita a dobrovolnost. Pilotní šetření nebylo zahrnuto do celkových výsledků.

### **3.2 Charakteristika vybraných respondentů**

Průzkumný vzorek je tvořen všeobecnými sestrami pracujícími v paliativní péči. Z důvodu získání co nejvyšší validity odpovědí byl dotazník distribuován do několika typů zdravotnických zařízení, a to do lůžkového hospice, mobilního hospice a ambulance paliativní péče, která zahrnovala i konziliární tým. Tento způsob byl zvolen z důvodu, co nejrůznějšího sběru dat, aby byla možnost získání, co nejvyšší přehlednosti, protože přesto, že se stále jedná o paliativní péči, je intenzita péče a interakce s pacienty v jednotlivých typech zařízení odlišná. Cíleně byl dotazník poskytnut respondentům pracujících v těchto typech zdravotnických zařízení paliativní péče z důvodu nejvyšších počtů zastoupení těchto zdravotnických zařízení paliativní péče, jak dokazují čísla ze serveru umirani.cz viz Úvod. Jediné zdravotnické zařízení, kde nebylo provedeno dotazníkové šetření je oddělení paliativní péče z důvodu nemožnosti spolupráce.

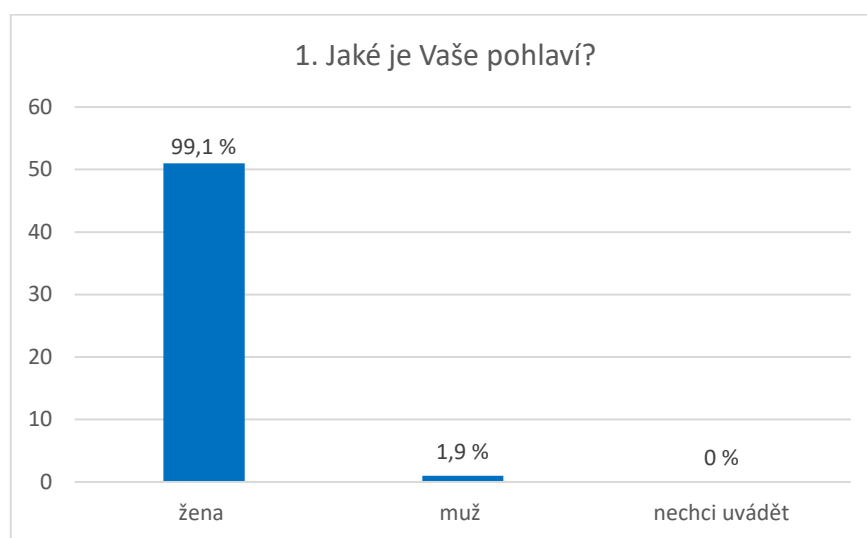
### **3.3 Sběr dat**

Účast v dotazníkovém šetření probíhal na základě dobrovolnosti. Při vypracování dotazníku byla zachována anonymita. Ta byla zajištěna tím, že vyplněné dotazníky jsou vkládány do neprůhledné obálky, která byla ponechána na sesterně. Dotazník byl distribuován v tištěné podobě do 4 zdravotnických zařízení, po domluvě s vedením zdravotnického zařízení a jejich schválením výzkumu, který byl schválen i Fakultou zdravotnických studií Univerzity Pardubice.

### 3.4 Výsledky dotazníku vlastní tvorby

Odpovědi respondentů byly nejprve zaznamenány a následně systematicky seřazeny do přehledných tabulek pro jednotlivé otázky. Po tomto třídění byly pro každou otázku vytvořeny příslušné grafy, které slouží k vizualizaci rozložení odpovědí. Grafy usnadnily identifikaci základních trendů v odpovědích a poskytly jasný přehled o tom, jak respondenti reagovali na jednotlivé otázky. Vizualizace dat byla klíčová pro zajištění přehlednosti. Neboť podpořila snadnou interpretaci a umožnila rychlý přehled o celkovém rozložení odpovědí.

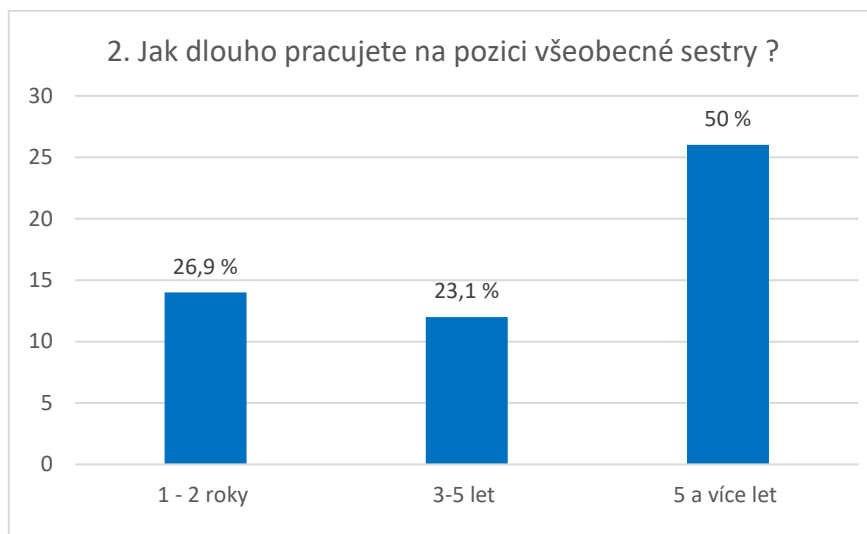
#### 1. Jaké je Vaše pohlaví?



**Obrázek 1 Graf:** Jaké je Vaše pohlaví?

Respondenti byli z velké většiny ženy konkrétně 51 respondentů (99,1 %), muž byl pouze jeden respondent (1,9 %).

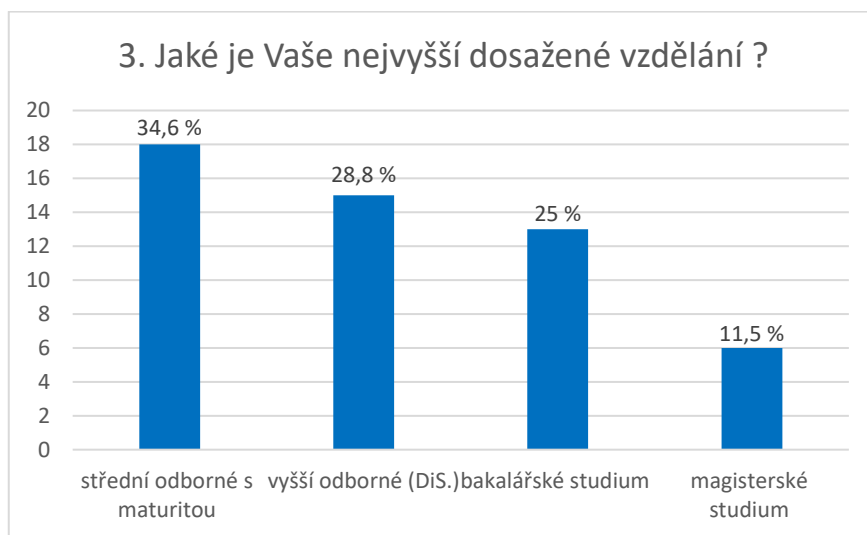
## 2. Jak dlouho pracujete na pozici všeobecná sestra?



**Obrázek 2 Graf:** Jak dlouho pracujete na pozici všeobecné sestry?

Na pozici všeobecné sestry většina respondentů pracuje 5 a více let, konkrétně 26 respondentů (50 %), 14 respondentů (26,9 %) pracuje 1–2 roky, 12 respondentů (23,1 %) pracuje 3-5 let.

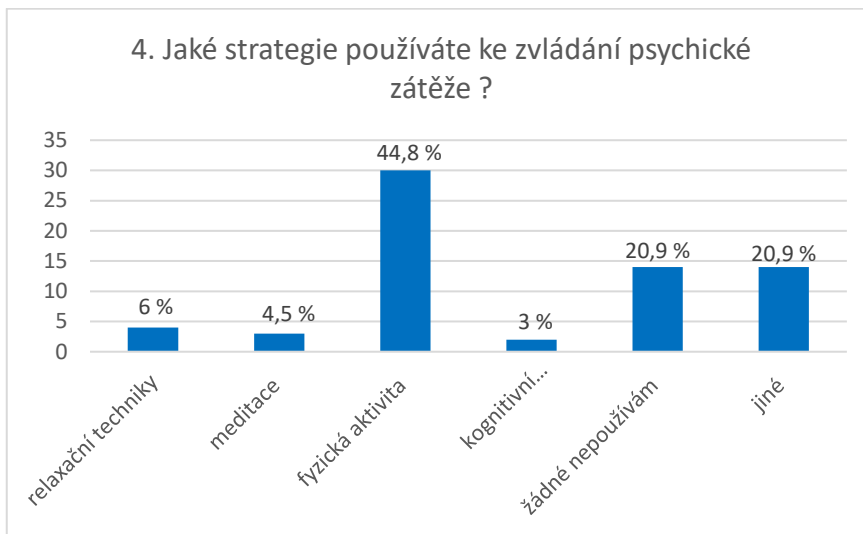
## 3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání



**Obrázek 3 Graf:** Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Otázka č. 3 se zabývala nejvyšším dosaženým vzděláním u všeobecných sester. Nejvíce respondentů mělo střední odborné vzdělání s maturitou, konkrétně 18 respondentů (34,6 %). Vyšší odborné vzdělání (DiS.) mělo 15 respondentů (28,8 %). Bakalářské vzdělání mělo 13 respondentů (25 %). Magisterské studium mělo 6 respondentů (11,5 %).

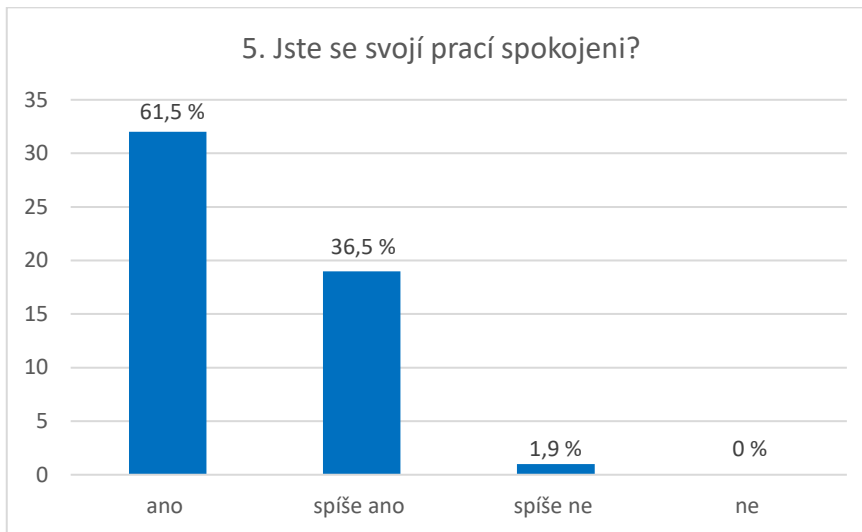
#### 4. Jaké strategie používáte ke zvládnání psychické zátěže



**Obrázek 4 Graf:** Jaké strategie používáte ke zvládnání psychické zátěže?

Respondenti uvedli, že nejvíce využívaná strategie ke zvládnání psychické zátěže, pro ně je fyzická aktivita, pro kterou odpovědělo 30 respondentů (44,8 %). Druhé dvě nejvíce zodpovídané odpovědi jsou: žádné nepoužívám, 14 respondentů (20,9 %) a jiné 14 respondentů (20,9 %) do jiných respondenti odpověděli víru, pobyt v přírodě mimo civilizaci, hudba a tvoření. Další volenou technikou jsou relaxační techniky, pro které hlasovali 4 respondenti (6 %). 3 respondenti zvolili meditaci 4,5 % a nejméně odpovědí měla kognitivní restrukturalizace, 2 odpovědi (3 %).

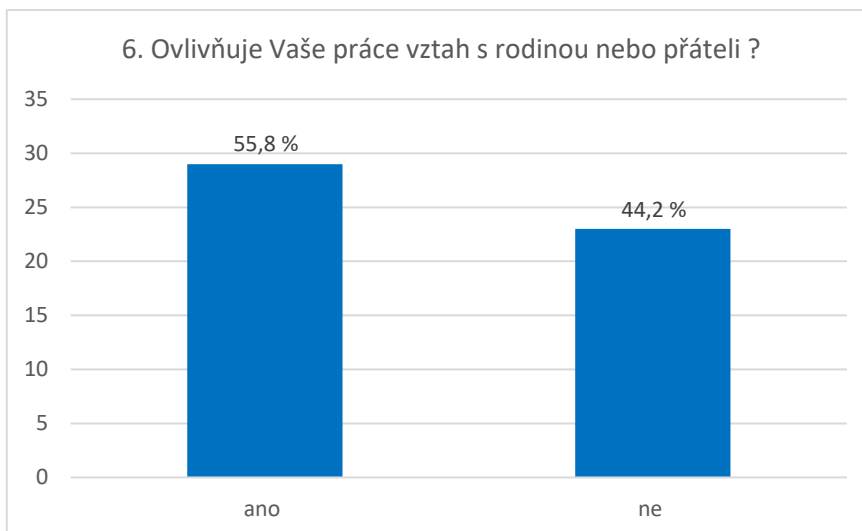
## 5. Jste se svojí prací spokojeni?



**Obrázek 5 Graf:** Jste se svojí prací spokojeni?

U otázky č. 5 „Jste se svojí prací spokojeni?“ respondenti nejčastěji odpovídali ano, konkrétně 32 respondentů (61,5 %). Spíše ano zvolilo 19 respondentů (36,5 %). Spíše ne zvolil jeden respondent (1,9 %), ne nezvolil žádný respondent.

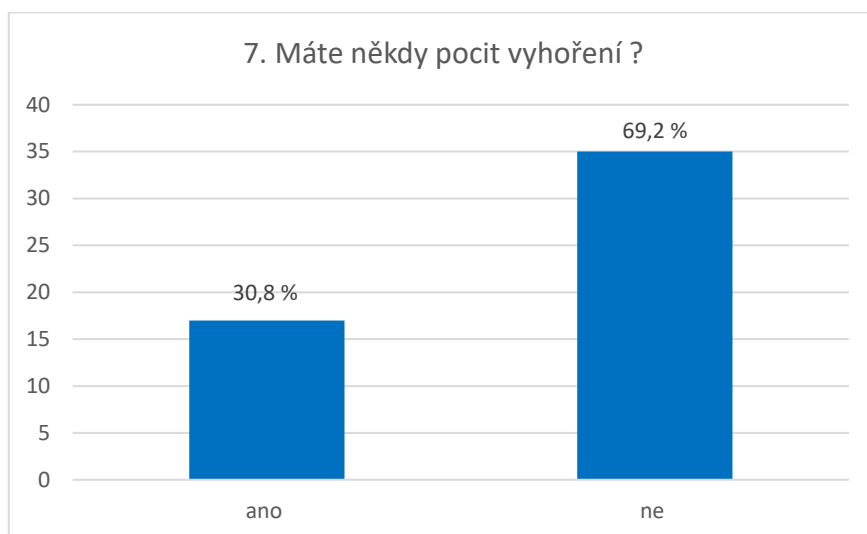
## 6. Ovlivňuje Vaše práce vztah s rodinou nebo přáteli?



**Obrázek 6 Graf:** Ovlivňuje Vaše práce vztah s rodinou nebo přáteli?

29 respondentů (55,8 %) neovlivňuje jejich práce vztah s rodinou a přáteli, u 23 respondentů (44,2 %) dochází k ovlivnění vztahu s rodinou a přáteli.

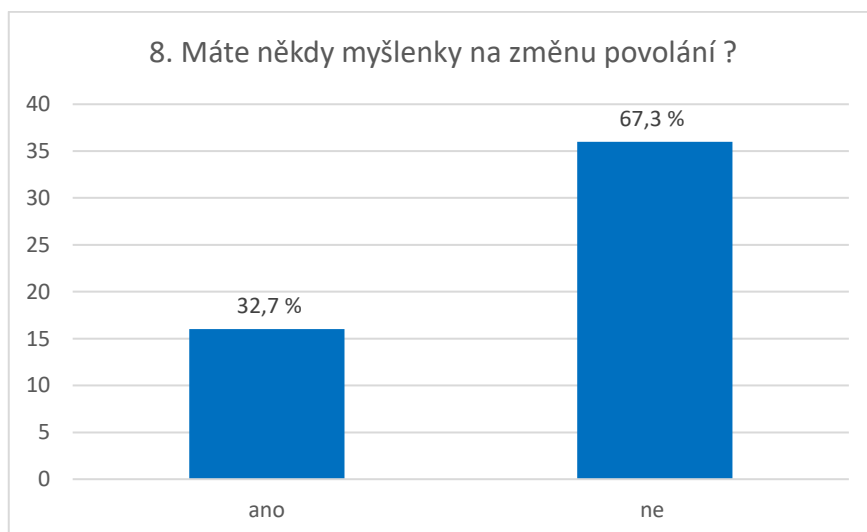
## 7. Máte někdy pocit vyhoření?



**Obrázek 7 Graf:** Máte někdy pocit vyhoření?

17 respondentů (30,8 %) odpovědělo, že má někdy pocit vyhoření. Většina tedy 35 respondentů (69,2 %) nezažívají pocit vyhoření.

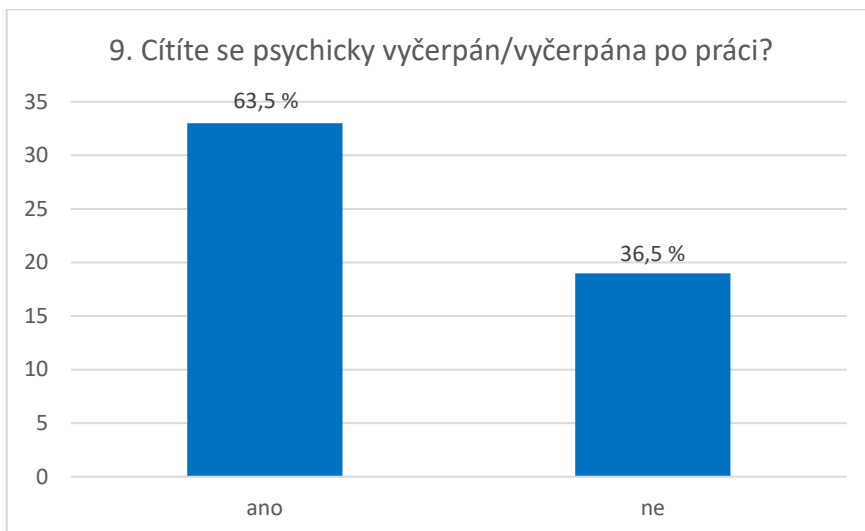
## 8. Máte někdy myšlenky na změnu povolání?



**Obrázek 8 Graf:** Máte někdy myšlenky na změnu povolání?

U otázky č. 8 „Máte někdy myšlenky na změnu povolání?“ odpovědělo ano 16 respondentů (32,7 %). Většina respondentů zvolila odpověď ne, konkrétně 36 respondentů (67,3 %).

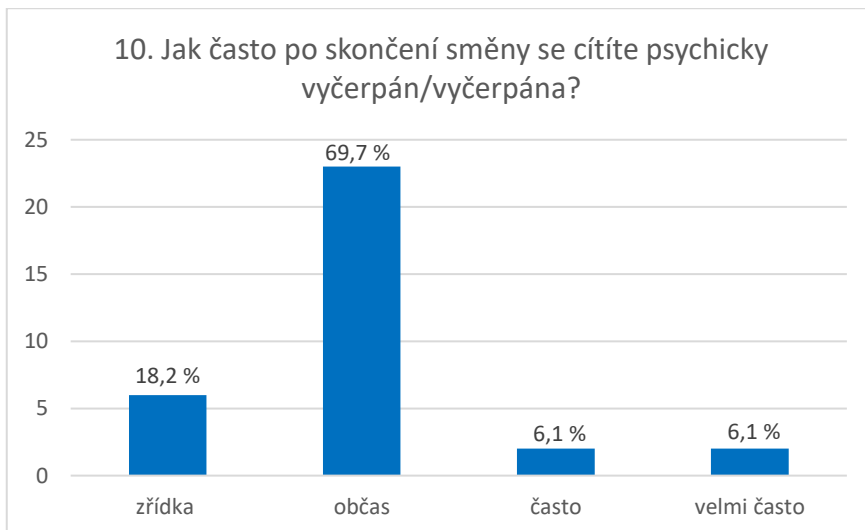
## 9. Cítíte se psychicky vyčerpán/vyčerpána po práci?



**Obrázek 9 Graf:** Cítíte se psychicky vyčerpán/vyčerpána po práci?

33 respondentů (63,5 %) se cítí po práci psychicky vyčerpana. 19 respondentů se necítí po práci psychicky vyčerpaní, proto pokračovali na otázku č. 12.

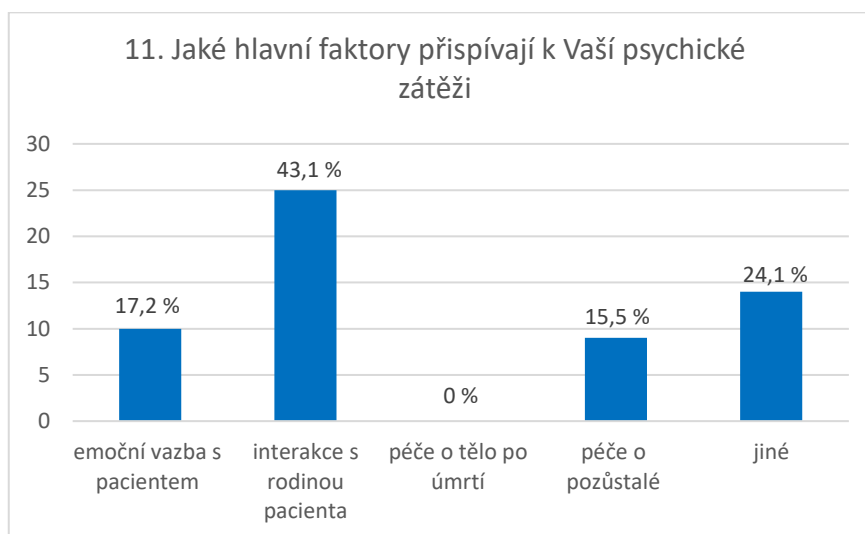
## 10. Jak často po skončení směny se cítíte psychicky vyčerpán/vyčerpána?



**Obrázek 10 Graf:** Jak často po skončení směny se cítíte psychicky vyčerpán/vyčerpána?

Otázka číslo 10. byla určena pouze pro respondenty, kteří odpověděli na otázku 9. ano, tedy 33 respondentů. 6 respondentů (18,2 %) se cítí vyčerpana pouze zřídka. 23 respondentů (69,7 %) cítí psychickou vyčerpanost občas, 2 respondenti (6,1 %) jsou často vyčerpaní. Velmi často se psychicky vyčerpaní se cítí 2 respondenti (6,1 %).

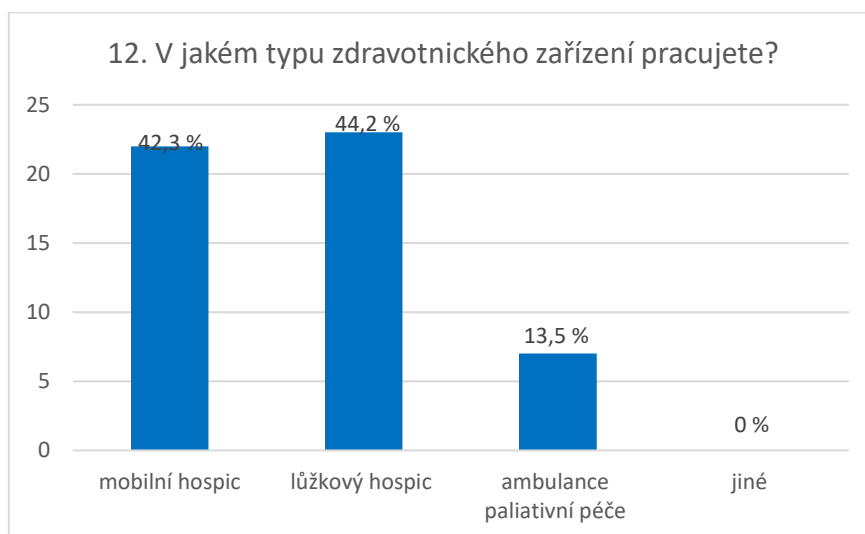
## 11. Jaké hlavní faktory přispívají k Vaší psychické zátěži?



**Obrázek 11 Graf:** Jaká hlavní faktory přispívají k Vaší psychické zátěži?

Otázka č. 11 byla také určena pouze pro respondenty, kteří odpověděli v otázce č. 9 ano. Největší faktor, který přispívá k psychické zátěži, je dle respondentů interakce s rodinou pacienta, konkrétně byl zvolen 25 respondenty (43,1 %), druhým faktorem byla označena odpověď jiné, konkrétně ji označilo 14 respondentů (24,1 %). Respondenti do této odpovědi zahrnuli dilema v rozhodování, náročnost směny a úkolů, soulad v kolektivu, nedostatek personálu, mladý pacient, rodiny s malými dětmi. 10 respondentů (17,2 %) označilo emoční vazbu s pacientem, 9 respondentů (15,5 %) odpovědělo péči o pozůstalé. Žádný respondent neoznačil péči o tělo po úmrtí jako faktor ke vzniku psychické zátěže.

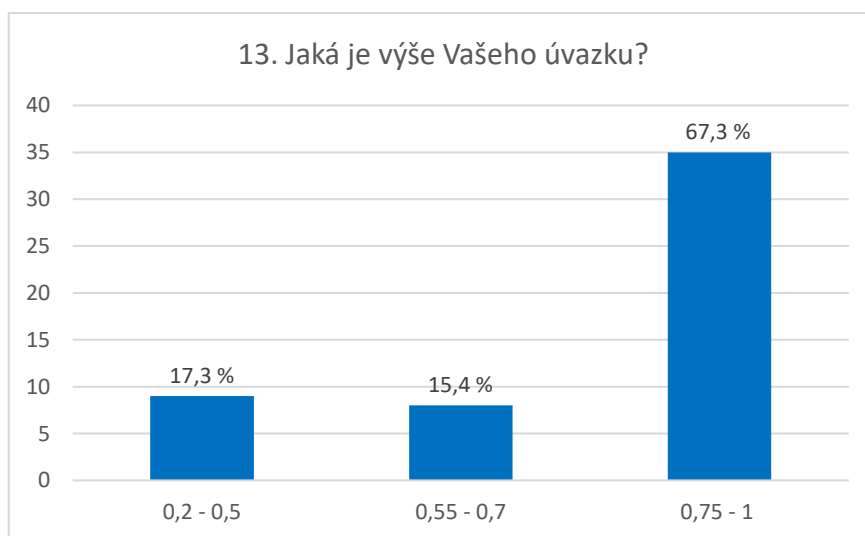
## 12. V jakém typu zdravotnického zařízení pracujete?



**Obrázek 12 Graf:** V jakém typu zdravotnického zařízení pracujete?

Tato otázka již byla určena pro všechny respondenty. Nejvíce respondentů pracuje v lůžkovém hospici, konkrétně 23 respondentů (44,2 %). V mobilním hospici pracuje 22 respondentů (42,3 %). V ambulanci paliativní péče pracuje 7 respondentů (13,5 %).

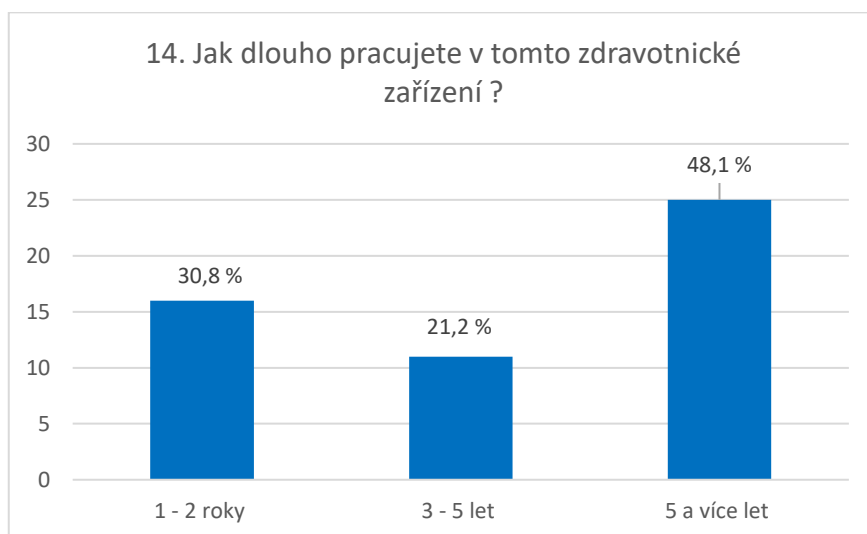
## 13. Jaká je výše Vašeho úvazku?



**Obrázek 13 Graf:** Jaká je výše Vašeho úvazku?

Většina respondentů má pracovní úvazek v rozmezí 0,75 – 1, konkrétně 35 respondentů (67,3 %). 9 respondentů (17,3 %) má pracovní úvazek v rozmezí 0,2 – 0,5. 8 (15,4 %) respondentů má pracovní úvazek 0,55 – 0,7.

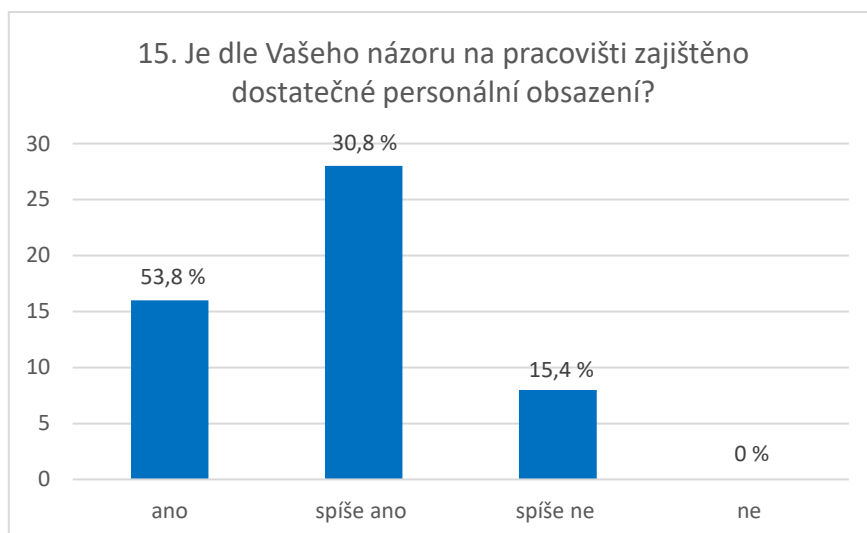
#### 14. Jak dlouho pracujete v tomto zdravotnickém zařízení?



**Obrázek 14 Graf:** Jak dlouho pracujete v tomto zdravotnickém zařízení?

Většina respondentů pracuje v tomto zdravotnickém zařízení paliativní péče 5 a více let, konkrétně 25 respondentů (48,1 %). 11 respondentů odpovědělo 3-5 let (21,2 %) a 16 respondentů (30,8 %) odpovědělo 1 – 2 roky.

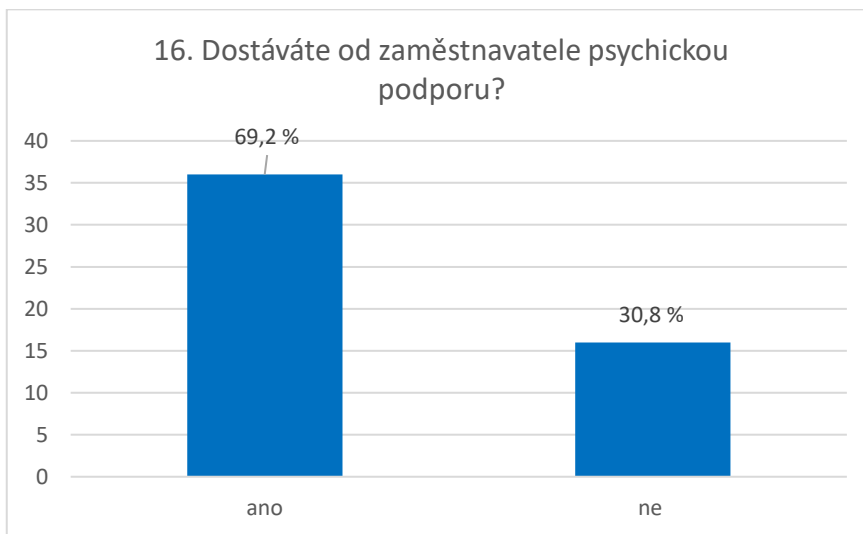
#### 15. Je dle Vašeho názoru na pracovišti zajištěno dostatečné personální obsazení?



**Obrázek 15 Graf:** Je dle Vašeho názoru na pracovišti zajištěno dostatečné personální obsazení?

16 respondentů (53,8 %) si myslí, že na jejich pracovišti zajištěno dostatečné personální obsazení, 28 respondentů (30,8 %) odpovědělo spíše ano. 8 respondentů (15,4 %) odpovědělo spíše ne. Žádný respondent neodpověděl ne.

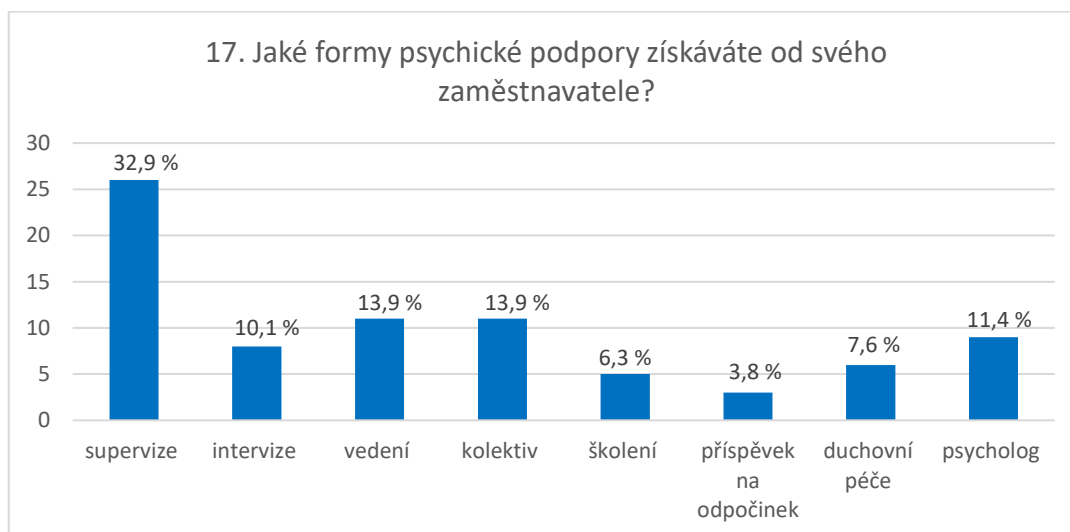
## 16. Dostáváte od zaměstnavatele psychickou podporu?



**Obrázek 16 Graf:** Dostáváte od zaměstnavatele psychickou podporou

Většina respondentů tedy, 36 respondentů (69,2 %) dostává od zaměstnavatele psychickou podporu. 16 respondentů nedostává od svého zaměstnavatele psychickou podporu.

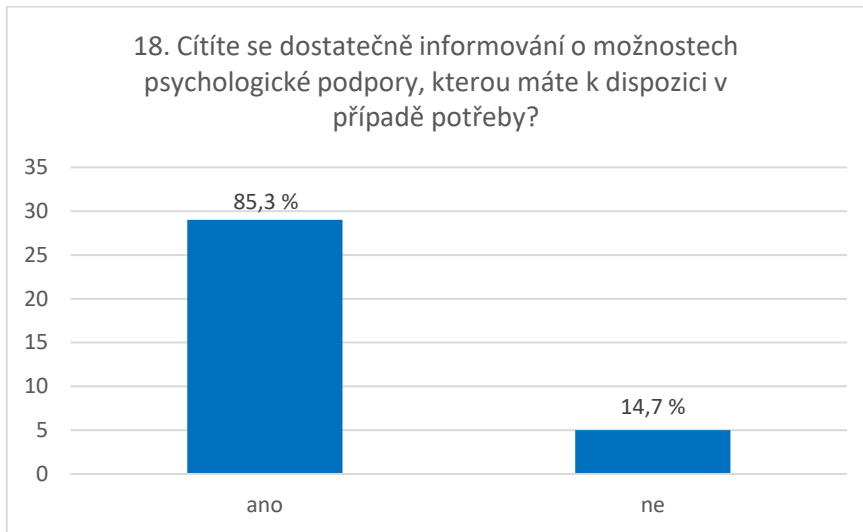
## 17. Jaké formy psychické podpory získáváte od svého zaměstnavatele?



**Obrázek 17 Graf:** Jaké formy psychické podpory získáváte od svého zaměstnavatele?

Tato otázka byla určena pouze pro respondenty, kteří odpověděli v otázce 16. ano. Otázka byla otevřená a každý respondent mohl vypsát několik forem podpor, které získává od zaměstnavatele. V dotazníku se dvacetšestkrát (32,9 %) opakovala odpověď supervize, intervize byla zmíněna osmkrát (10,1 %). 11 odpovědí zmiňovalo vedení, které je podporuje rozhovorem, vstřícností a oceněním snahy a práce zaměstnance. 11 odpovědí zdůraznilo důležitost dobrého kolektivu. Pětkrát (6,3 %) bylo zodpovězeno školení, třikrát (3,8 %) byl zmíněn příspěvek na odpočinek. Šestkrát (7,6 %) byl odpověděna duchovní péče. 9 odpovědí (11,4 %) zmiňovalo psychologickou pomoc.

**18. Cítíte se dostatečně informování o možnostech psychologické podpory, kterou máte k dispozici v případě potřeby?**



**Obrázek 18 Graf:** Cítíte se dostatečně informování o možnostech psychologické podpory, kterou máte k dispozici v případě potřeby?

29 respondentů (85,3 %) se cítí, že jsou dostatečně informování o možnostech psychologické podpory. 5 respondentů (14,7 %) se cítí, že nejsou dostatečně informování o možnostech psychologické podpory.

### 3.5 Výsledky dotazníku Meisterova dotazníku

Druhou částí průzkumného šetření byl standardizovaný dotazník podle Meistera. Jeho analýzu lze provést dvěma způsoby: na základě faktorů nebo jednotlivých položek.

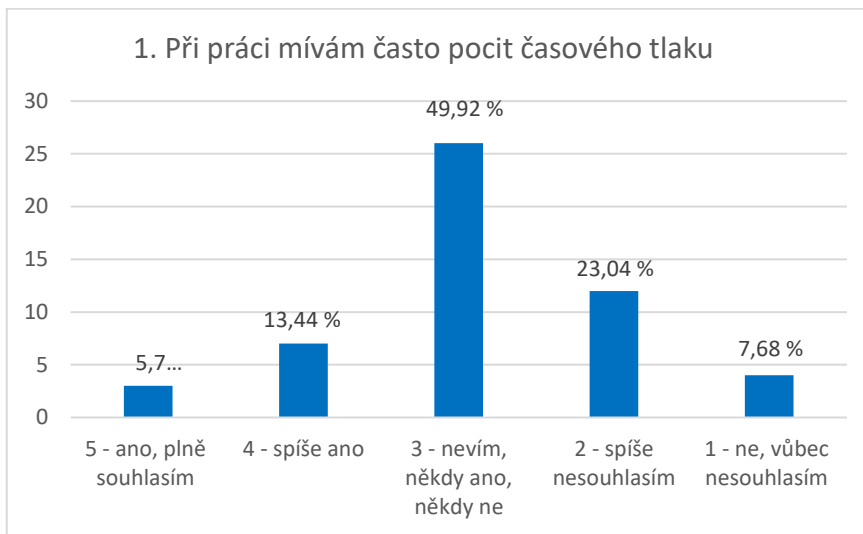
Pro vyhodnocení výsledků z Meisterova dotazníku byla využita analýza jednotlivých položek, což umožnilo podrobně a systematicky zpracovat odpovědi respondentů. Tento přístup zahrnoval několik fází, od sběru dat až po jejich analýzu.

Prvním krokem bylo zpracování jednotlivých otázek. Odpovědi respondentů byly pečlivě zaznamenány a následně seřazeny do přehledných tabulek pro každou otázku zvlášť. Tento proces umožnil lépe se orientovat v jednotlivých odpovědích a v dalších krocích zajišťoval přehlednost celkových výsledků. Po zařazení odpovědí do tabulek byly pro každou otázku vytvořeny příslušné grafy, které sloužily k vizualizaci rozložení odpovědí. Grafy umožnily snadno identifikovat základní vzorce v odpovědích a zároveň poskytly přehled o tom, jak respondenti na jednotlivé otázky odpovídali. Vizualizace byla klíčová pro celkovou přehlednost, protože usnadnila interpretaci dat a umožnila rychlý přehled o rozložení odpovědí.

Dalším krokem bylo vypočítání hodnot mediánu pro každou z jednotlivých otázek. Medián je vhodná hodnota, jelikož nepodléhá extrémním hodnotám, které by mohly zkreslit výsledek. Tento výpočet poskytl informaci o střední hodnotě odpovědí a pomohl určit, jak se odpovědi respondentů soustředily kolem určitého bodu. Po výpočtu mediánu pro každou otázku byly výsledky porovnány s kritickými hodnotami mediánu, které byly stanoveny autorem dotazníku pro jednotlivé oblasti. Pokud medián odpovědi na určitou otázku se rovnal nebo byl vyšší než kritická hodnota mediánu, byly hodnoty zvýrazněny červeně. Tímto krokem byla usnadněna přehlednost a vizualizace tabulky.

Celkově analýza jednotlivých položek, výpočet mediánů a jejich porovnání s kritickými hodnotami umožnily získat kvalitní i kvantitativní pohled na výsledky dotazníku a poskytly cenné informace pro další interpretaci a závěry v rámci bakalářské práce.

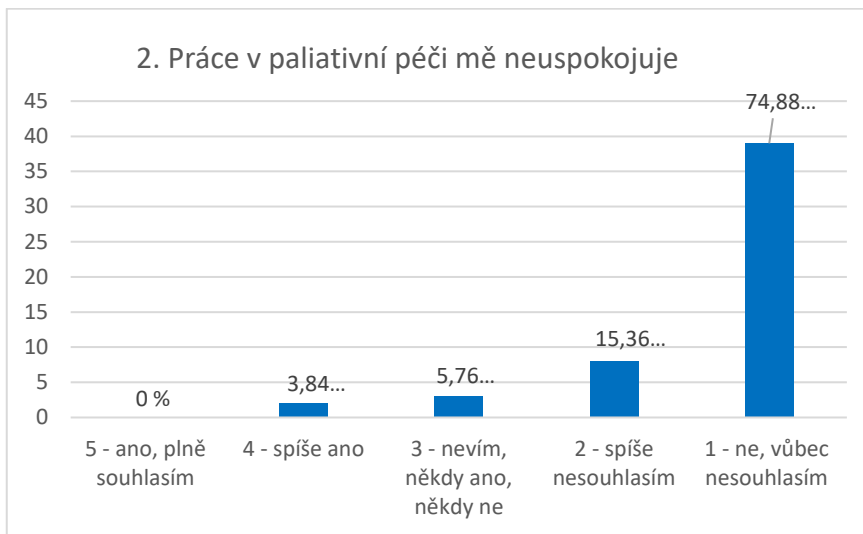
## 1. Při práci mívám pocit časového tlaku



**Obrázek 19 Graf:** Při práci mívám často pocit časového tlaku

V první otázce odpověděli 3 respondenti (5,76 %) 5 – ano, plně souhlasím, 7 respondentů (13,44 %) odpovědělo 4 – spíše ano, 26 respondentů (49,92 %) odpovědělo 3 – nevím, někdy ano, někdy ne, 12 respondentů (23,04 %) odpovědělo 2 – spíše nesouhlasím, 1 respondent (7,68 %) odpověděl 1 – ne, vůbec nesouhlasím.

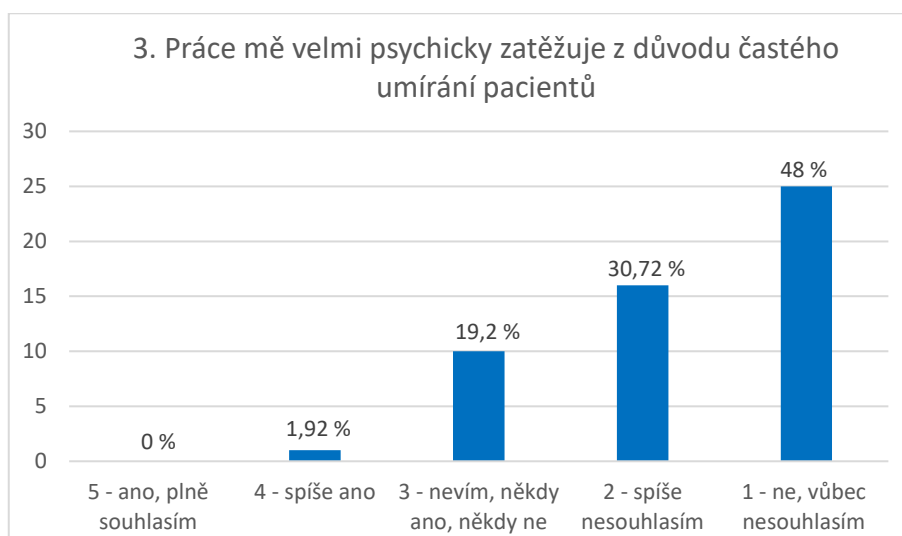
## 2 Práce v paliativní péči mě neuspokojuje



**Obrázek 20 Graf:** Práce v paliativní péči mě neuspokojuje

U druhé otázky žádný respondent nezvolil odpověď 5 – ano, plně souhlasím, odpověď 4 – spíše ano, vybrali 2 respondenti (3,84 %), odpověď 3 zvolilo 26 respondentů (5,76 %), odpověď 2 – spíše nesouhlasím, vybralo 8 respondentů (15,36 %), 1 – ne, vůbec nesouhlasím, vybralo 39 respondentů (74,88 %).

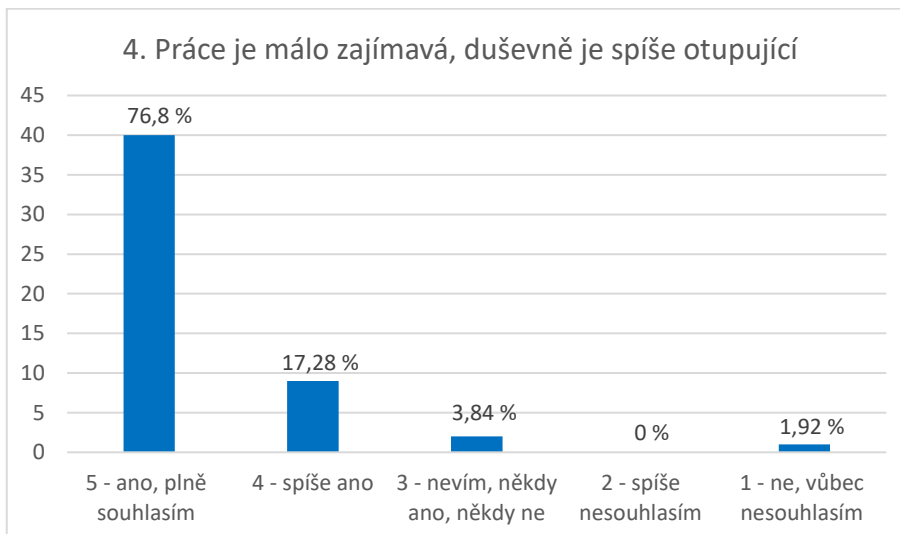
### 3. Práce mě velmi psychicky zatěžuje z důvodu častého umírání pacientů



**Obrázek 21 Graf:** Práce mě velmi psychicky zatěžuje z důvodu častého umírání pacientů

U otázky č. 3, žádný respondent nezvolil odpověď 5 – ano, plně souhlasím, odpověď 4 – spíše ano, zvolil 1 respondent (1,92 %), odpověď 3 – nevím, někdy ano, někdy ne, zvolilo 10 respondentů (19,2 %), odpověď 2 – spíše nesouhlasím, zvolilo 16 respondentů (30,72 %), odpověď 1 – ne, vůbec nesouhlasím, zvolilo nejvíce respondentů, a to 25 (48 %).

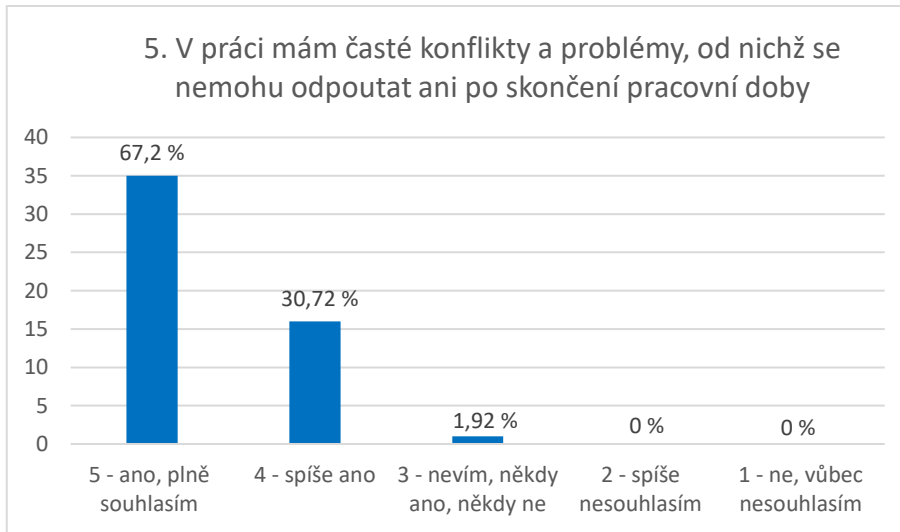
#### 4. Práce je málo zajímavá, duševně je spíše otupující



**Obrázek 22 Graf:** Práce je málo zajímavá, duševně je spíše otupující

U otázky č. 4 nejvíce respondentů zvolilo odpověď 5 – ano plně souhlasím, a to 40 respondentů (76,8 %), odpověď 4 – spíše ano zvolilo 9 respondentů (17,28 %), odpověď 3 – nevím, někdy ano, někdy ne zvolilo 2 respondenty (3,84 %), odpověď 2 – spíše nesouhlasím, nezvolil ani jeden respondent, odpověď 1 – zvolil jeden respondent (1,92 %).

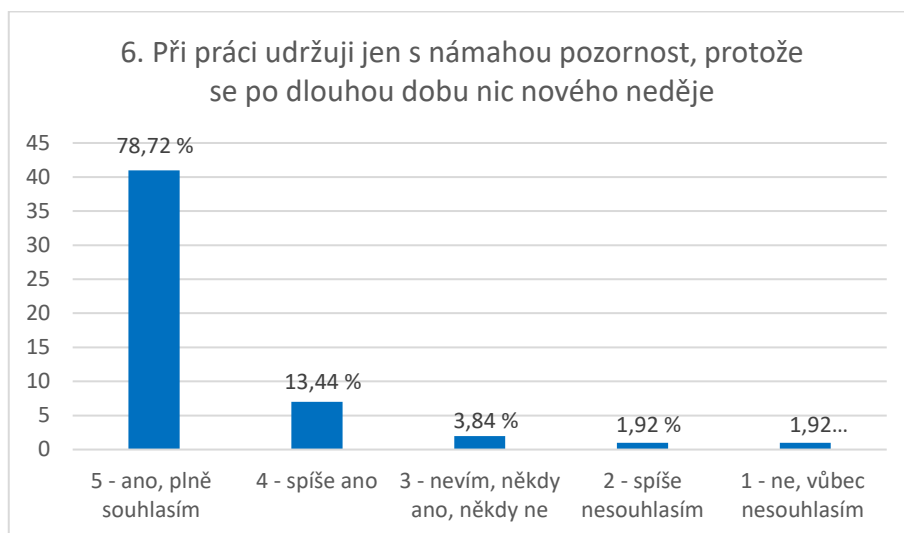
## 5. V práci mám časté konflikty a problémy, od nichž se nemohu odpoutat ani po skončení pracovní doby



**Obrázek 23 Graf:** V práci mám časté konflikty a problémy, od nichž se nemohu odpoutat ani po skončení pracovní doby

U otázky č. 5 nejvíce respondentů zvolilo odpověď 5 – ano, plně souhlasím a to 35 respondentů (67,2 %), odpověď 4 – spíše ano zvolilo 16 respondentů (30,72 %), odpověď 3 – nevím, někdy ano, někdy ne zvolil 1 respondent (1,92 %), odpověď 2 – spíše nesouhlasím a odpověď 1 – ne, vůbec nesouhlasím, nezvolil ani jeden respondent.

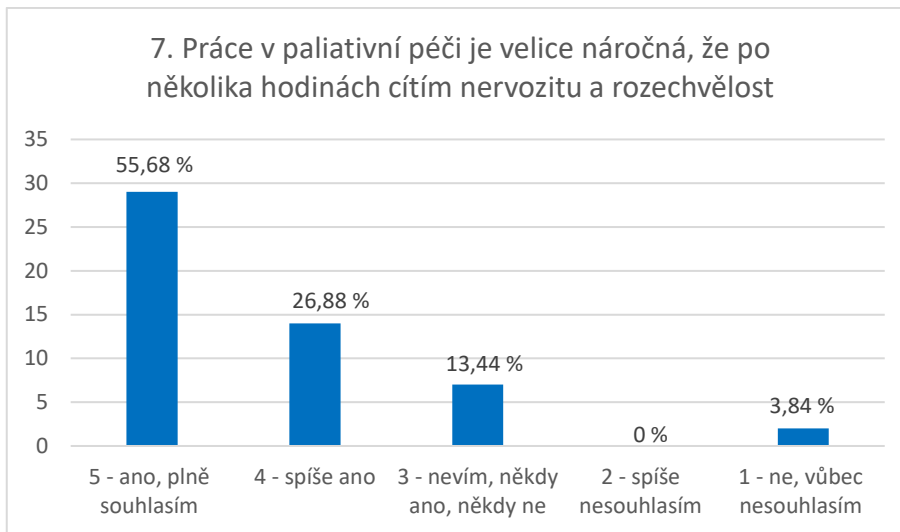
## 6. Při práci udržuji jen s námahou pozornost, protože se po dlouhou dobu nic nového neděje



**Obrázek 24 Graf:** Při práci udržuji jen s námahou pozornost, protože se po dlouhou dobu nic nového neděje

U otázky č. 6 zvolilo nejvíce respondentů odpověď 5 – ano, plně souhlasím 41 respondentů (78,72 %), odpověď 4 – spíše ano zvolilo odpověď 7 respondentů (13,44 %), odpověď 3 – nevím, někdy ano, někdy ne zvolili 2 respondenti (3,84 %), odpověď 2 – spíše nesouhlasím, zvolil jeden respondent (1,92 %), odpověď 1 – ne, vůbec nesouhlasím, zvolil jeden respondent (1,92 %).

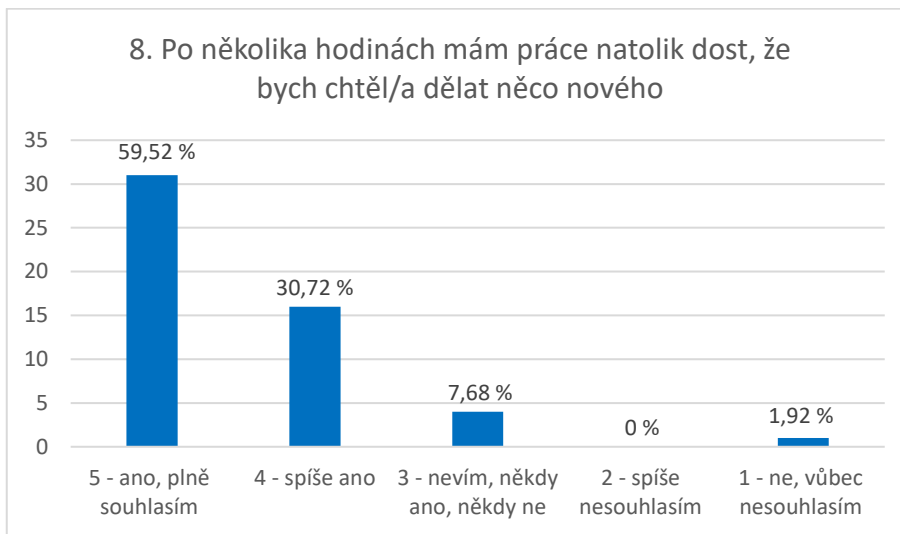
## 7. Práce v paliativní péči je velice náročná, že po několika hodinách cítím nervozitu a rozechvělost



**Obrázek 25 Graf:** Práce v paliativní péči je velice náročná, že po několika hodinách cítím nervozitu a rozechvělost

U otázky č. 7, zvolilo 29 respondentů (55,68 %) odpověď 5 – ano, plně souhlasím, 14 respondentů (26,88 %) odpovědělo odpověď 4 – spíše ano, 7 respondentů (13,44 %) odpovědělo odpověď 3 – nevím, někdy ano, někdy ne, žádný respondent si nevybral odpověď 2 – spíše nesouhlasím, odpověď 1 – ne vůbec nesouhlasím, zvolili 2 respondenti (3,84 %).

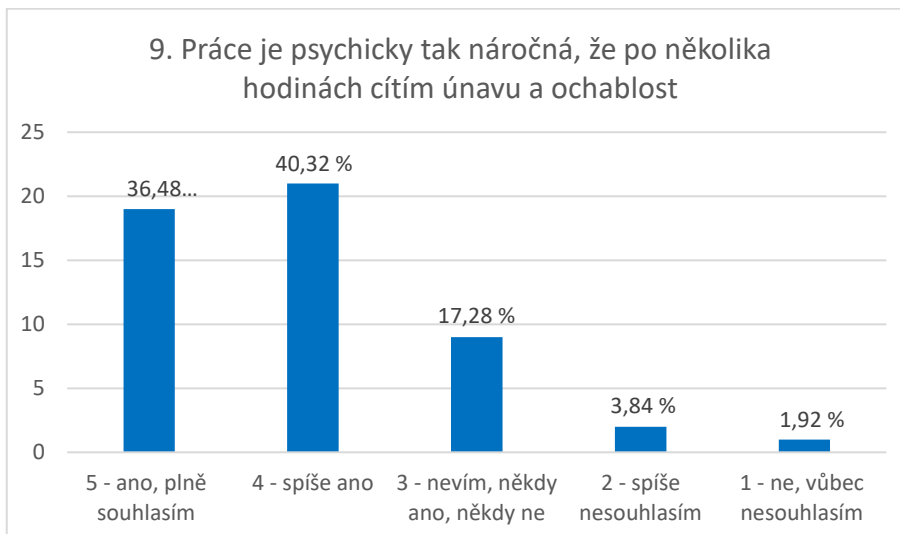
## 8. Po několika hodinách mám práce natolik dost, že bych chtěl/a dělat něco nového



**Obrázek 26 Graf:** Po několika hodinách mám práce natolik dost, že bych chtěl/a dělat něco nového

U otázky č. 8 zvolilo 31 respondentů (59,52 %) odpověď 5 – ano, plně souhlasím, 16 respondentů (30,72 %) odpovědělo odpověď 4 – spíše ano, 4 respondenti (7,68 %) odpověděli odpověď 3 – nevím, někdy ano, někdy ne, žádný respondent si nevybral odpověď 2 – spíše nesouhlasím, odpověď 1 – ne, vůbec ne, nesouhlasím, zvolil 1 respondent (1,92 %).

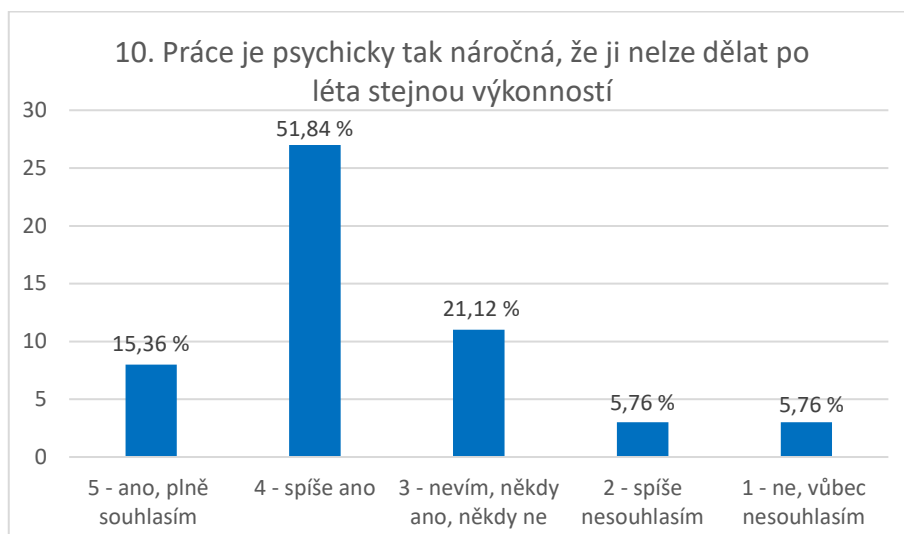
## 9. Práce je psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítím únavu a ochablost



**Obrázek 27 Graf:** Práce je psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítím únavu a ochablost

U otázky č. 9 zvolilo 19 respondentů (36,48 %) odpověď 5 – ano, plně souhlasím, 21 respondentů (40,32 %) odpověď 4 – spíše ano, 9 respondentů (17,28 %) odpovědělo odpověď 3 – nevím, někdy ano, někdy ne, 2 respondenti (3,84 %) odpověděli odpověď 2 – spíše nesouhlasím, respondent zvolil odpověď 1 – ne, nesouhlasím (1,92 %).

## 10. Práce je psychicky tak náročná, že ji nelze dělat po léta se stejnou výkonností



**Obrázek 28 Graf:** Práce je psychicky tak náročná, že ji nelze dělat po léta se stejnou výkonností

U otázky č. 10 zvolilo 8 respondentů (15,36 %) odpověď 5 – ano, plně souhlasím, 27 respondentů (51,84 %) odpověď 4 – spíše ano, 11 respondentů (21,12 %) odpověděli odpověď 3 – nevím, někdy ano, někdy ne, 3 respondenti (5,76 %) odpověděli odpověď 2 – ne, nesouhlasím, 3 respondenti (5,76 %) odpověděli odpověď 1 – ne, nesouhlasím.

**Tabulka 1** Porovnání kritických hodnot mediánů

číslo položky	otázka (zkráceně)	norma kritické hodnoty	medián
1.	časová tíseň	3,0	3,0
2.	malé uspokojení	2,5	1,0
3.	vysoká odpovědnost	3,0	2,0
4.	otupující práce	2,5	5,0
5.	problémy a konflikty	2,5	5,0
6.	monotonie	2,5	5,0
7.	nervozita	3,0	5,0
8.	přesycení	3,0	5,0
9.	únava	3,0	4,0
10.	dlouhodobá únosnost	2,5	4,0

Tabulka č. 1 porovnává kritické hodnoty s mediánem. Tyto kritické hodnoty byly stanoveny autorem dotazníku, W. Meisterem. Pokud medián nedosahuje kritické hodnoty, je hodnocen pozitivně, naopak pokud ji překračuje, hodnocení je negativní. Hodnoty, které dosáhly nebo překročily kritickou hranici, jsou v tabulce zvýrazněny červeně. Kritické hodnoty byly překročeny u 8 z 10 otázek, které se zaměřují na oblasti jako časová tíseň, otupující práce, monotónnost, nervozita, přesycení, únava a dlouhodobá únosnost.

Časová tíseň se rovnala normě kritické hodnoty. Jedna otázka byla překročena o 1,0 a to konkrétně otázka zaměřená na únavu. Pouze u jedné otázky dlouhodobá únosnost bylo překročeno o 1,5. U dvou otázek, nervozita a přesycení bylo překročeno o 2,0. U třech otázek překročila o 2,5, konkrétně se jednalo o otázky problémy a konflikty, monotonie, nervozita.

## 4 DISKUZE

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo prozkoumat psychickou zátěž, které čelí všeobecné sestry pracující v oblasti paliativní péče. K získání dat pro analýzu byl použit dotazníkový průzkum, který zahrnoval dotazník vlastní tvorby a standardizovaný dotazník podle Meistera. Výsledky bakalářské práce byly porovnávány s bakalářskými pracemi, které budou popsány, viz níže. Psychická zátěž všeobecných sester na oddělení klinické hematologie (Novotná, 2021) se zaměřuje na psychickou zátěž sester na standardním oddělení, ambulantním oddělení a jednotce intenzivní péče klinické hematologie. Další relevantní prací je bakalářská práce Psychická zátěž nelékařského zdravotnického personálu (Kristková, 2020), která kombinací kvantitativního a kvalitativního šetření, zkoumá psychickou zátěž sester na interním a chirurgickém oddělení. Syndrom vyhoření v paliativní péči (Šedivá, 2020) se pomocí kvantitativního výzkumu zaměřuje na to, jak pracovníci v paliativní péči vnímají syndrom vyhoření. Psychická a fyzická zátěž všeobecných sester v péči o geriatrické pacienty (Jelínek, 2023) zkoumá pomocí kvantitativního průzkumu psychickou a fyzickou zátěž sester, které se starají o geriatrické pacienty v nemocnici v Havlíčkově Brodě.

Hlavní cíl tedy zjistit psychickou zátěž všeobecných sester pracujících v paliativní péči, byl porovnán s bakalářskými pracemi na téma Psychická zátěž nelékařského zdravotnického personálu (Kristková, 2020) a s prací Psychická a fyzická zátěž všeobecných sester v péči o geriatrické pacienty (Jelínková, 2023), protože také využívaly Meisterova dotazníku. V této bakalářské práci s názvem Psychická zátěž sester v paliativní péči bylo zjištěno 8 kritických hodnot mediánů, konkrétně časová tíseň – 3,0, otupující práce – 5,0, problémy a konflikty – 5,0, monotonie – 5,0, nervozita – 5,0, přesycení – 5,0, únava – 4,0, dlouhodobá únosnost – 4,0.

Kristková (2020) ve své práci zjistila několik kritických hodnot mediánu na interním oddělení. Nejvyšší hodnoty byly u časové tísně – 3,66, následovala vysoká odpovědnost – 3,14 a dlouhodobá únosnost – 3,2. Na chirurgickém oddělení se situace trochu lišila. Tady byly kritické hodnoty u časové tísně – 3,26 a dlouhodobé únosnosti – 3,02.

Jelínková (2023) ve své bakalářské práci také přišla na tři kritické hodnoty mediánů, a to v oblasti časové tísně – 4,0, vysoké odpovědnosti – 3,0 a dlouhodobé únosnosti – 3,0. Tyto hodnoty ukazují na určité výzvy, kterým sestry čelí, zejména v souvislosti s časovým tlakem a odpovědností, která je součástí jejich práce.

#### **4.1 Zjistit, míru psychické zátěže všeobecných sester v paliativní péči.**

Pro zjištění tohoto dílčího cíle, byly otázky č. 6., 7., 8., 10. V otázce č. 10 „*Jak často po skončení směny se cítíte psychicky vyčerpána?*“, kde 23 respondentů (69,7 %) se cítí občas psychicky vyčerpáno po směně, 6 respondentů (18,2 %) bylo vyčerpáno zřídka po směně, na odpovědi často a velmi často odpovědělo stejný počet respondentů, a to 2 respondenti (6,1 %).

29 respondentů (55,8 %) ovlivňovala jejich práce vztah s rodinou nebo přáteli, 23 respondentů (44,2 %) nepocítovala, že by jejich zaměstnání ovlivňovalo vztah s rodinou nebo přáteli. 17 respondentů (30,8 %) uvedlo, že někdy zažily pocit vyhoření, zbylý počet respondentů, tedy 35 respondentů (69,2 %) napsali, že nikdy neměli pocit vyhoření. 36 respondentů (67,3 %) nemělo nikdy myšlenku na změnu povolání a pouze 16 respondentů (32,7 %) mělo někdy myšlenku na změnu práce.

Novotná (2021) ve své bakalářské práci položila otázku: „*Jak se nejčastěji cítíte, když odcházíte ze zaměstnání domů?*“ Nejvíce respondentů odpovědělo, že se cítí unaveně, konkrétně 37 (82,2 %). 4 respondenti uvedli, že odcházejí vesele, další 4 necítí žádný rozdíl mezi náladou před a po směně. 2 respondenti se cítí naštvané a 2 respondenti uvedli, že jsou někdy smutní.

Kristková (2020) ve své bakalářské práci položila otázku „*Pocitujete při svém výkonu povolání negativní pocity?*“. Výsledky ukázaly, že 7 % respondentů odpovědělo, že negativní pocity při své práci pocítují rozhodně. 33 % respondentů odpovědělo, že spíše ano. 15 % respondentů odpovědělo, že neví. Největší skupina, a to 44 % respondentů, uvedlo, že spíše ne. 1 % respondentů uvedlo, že rozhodně nepocítují žádné negativní pocity.

#### **4.2 Zjistit, jaké faktory přispívají k psychické zátěži sester v paliativní péči.**

Pro tento dílčí cíl byla klíčová otázka z dotazníku vlastní tvorby, a to konkrétně otázka č. 11. V otázce č. 11 „*Jaké hlavní faktory přispívají k Vaší psychické zátěži?*“, kde mohli respondenti volit z více možností, bylo nejvíce odpovědí na možnosti interakce s rodinou pacienta, přesněji 25 odpovědí (43,1 %), druhá nejčastější odpověď byla jiné, 14 (24,1 %), u které respondenti upozorňovali na dilemata v rozhodování, náročnosti směn a úkolů, soulad v kolektivu, mladý pacient, rodiny s malými dětmi, nedostatek personálu. 10 odpovědí (17,2 %) zmiňovalo emoční vazbu s pacientem. 9 respondentů (15,5 %) považuje jako faktor, který přispívá k psychické zátěži péči o pozůstalé.

Novotná, 2021 ve své bakalářské práci zjistila, u otázky, kde mohli respondenti vybírat více odpovědí „*Jaké situace jsou pro Vás v zaměstnání psychicky zatěžující?*“, že nejvíce zatěžující

bylo zvoleno dvacetosmkrát (29,8 %) úmrtí pacienta, dvacetšestkrát (27,7 %) péče o mladého, těžce nemocného pacienta, devatenáctkrát (20,2 %) nový pacient s nepříznivou diagnózou, desetkrát (10,6 %) paliativní péče, osmkrát (8,5 %) podání cytostatik, pětkrát (5,3 %) vztahy na pracovišti, pětkrát (5,3 %) byla zvolena možnost jiné, u které respondenti vypsalí nedostatek personálu, nevhodné pracovní prostředí, hluk, množství telefonů.

Šedivá, 2020 zmiňuje, že respondenti na základě jejich zkušeností jmenovali jako faktory přispívající k psychické zátěži, úzký kontakt s pacientem, pravidelný kontakt se smrtí, velké pracovní nasazení, kontakt s umírajícími lidmi

Kristková, 2020 ve své bakalářské práci v otázce „*Nejvíce zatěžující vlivy při práci sester*“, kdy 100 respondentů označovalo míru psychické zátěže u 22 pracovních situací od 5 do 1 (5 je vysoká psychická zátěž, 1 žádná psychická zátěž). Kristková zmiňuje tyto zatěžující vlivy: agresivní pacient – 3,98, nedostatek personálu – 3,69, časová tíseň – 3,67, administrativa – 3,64, řešení konfliktů – 3,51, vysoká odpovědnost – 3,42, odklánění pozornosti – 3,41, terminální stav pacienta – 3,35, nízké finanční ohodnocení – 3,33, hendikepovaný pacient – 3,14.

### **4.3 Zjistit, jaký vliv má typ pracovního prostředí na psychickou zátěž sester**

Pro zjištění tohoto dílčího cíle, bylo nutné porovnat otázky č. 9 „*Cítíte se psychicky vyčerpan/vyčerpana po práci?*“ a otázky č. 12 „*V jakém typu zdravotnického zařízení pracujete?*“ v dotazníku vlastní tvorby. Nejvyšší zastoupení v dotazníkovém šetření měl lůžkový hospic s 23 respondenty (44,2 %), mobilní hospic 22 respondentů (42,3 %), ambulance paliativní péče 7 respondentů (13,5 %).

Nejvíce respondentů zatížených psychickou zátěží byli respondenti z mobilního hospice, tedy 17 respondentů (77,3 %) pocíťuje psychickou zátěž a 5 respondentů (22,7 %) psychickou zátěž nepocíťuje. Dalším nejvíce psychicky zatěžujícím zdravotnickým zařízením v paliativní péči je lůžkový hospic, u kterého vyhodnotilo psychickou zátěž 13 respondentů (56,5 %), 10 respondentů (43,5 %) nepocíťuje psychickou zátěž. Nejméně psychicky zatěžujícím zdravotnickým zařízením v paliativní péči je ambulance paliativní péče, kde vyhodnotili 3 respondenti (42,9 %) psychickou zátěž, 4 respondenti (57,1 %) se necítili psychicky vyčerpani.

Novotná, 2021 ve své bakalářské práci porovnává ambulanci, standardní oddělení a jednotku intenzivní péče na klinické hematologii. Pro porovnání byla vybrána otázka „*Jak se nejčastěji cítíte, když odcházíte ze zaměstnání domů?*“. Unaveně se cítilo 14 respondentů z ambulance,

15 respondentů ze standardního oddělení a 8 respondentů z jednotky intenzivní péče. Naštvaně uvedlo na ambulanci 0 respondentů, 1 respondent na standardním oddělení a 1 respondent na jednotce intenzivní péče. Stejně jako po příchodu na směnu, uvedl 1 respondent na ambulanci a 3 respondenti na jednotce intenzivní péči. Veselou náladu po skončení směny pociťovali pouze na jednotce intenzivní péče, a to konkrétně 4 respondenti. Smutnou náladu uvedli 2 respondenti, a to 1 respondent na standardním oddělení a 1 respondent na jednotce intenzivní péče.

#### **4.4 Zjistit, jaké strategie využívají všeobecné sestry ke zlepšení psychické zátěže**

Pro tento dílčí cíl byla klíčová otázka č. 4. *Jaké strategie používáte ke zvládnání psychické zátěže?*. Nejvíce využívaná strategie ke zvládnání psychické zátěže je fyzická aktivita, kterou využívá 30 respondentů (44,8 %). 14 respondentů (20,9 %) nepoužívá žádné strategie ke zvládnání psychické zátěže. 14 respondentů (20,9 %) používá jiné techniky, ve kterých jmenovali: víru, rozhovory s bohem, pobyt v přírodě (mimo civilizaci), hudba a tvoření. Relaxační techniky využívali 4 respondenti (6 %), meditaci využívali 3 respondenti (4,5 %), kognitivní restrukturalizaci zužitkovali 2 respondenti (3 %). 36 respondentů (69,2 %) z 52 získává psychickou podporu od zaměstnavatele, 16 respondentů (30,8 %) jí nedostává. Formy získávané od zaměstnavatele byla nejčastěji zmíněna supervize, dvacetšestkrát (32,9 %), vedení jedenáctkrát (13,9 %), kolektiv jedenáctkrát (13,9 %), psycholog devětkrát (11,4 %) intervize osmkrát (10,1 %), školení pětkrát (6,3 %), příspěvek na odpočinek třikrát (3,8 %), duchovní péče šestkrát (7,6 %).

Novotné, 2021 ve své bakalářce práci v otázce *„Jaké metody odreagování se od zaměstnání využíváte nejčastěji?“*, kde respondenti vybírali z více odpovědí. Zaznamenala 34 odpovědi na procházku v přírodě, 29 odpovědí nacházelo podporu v trávení času s rodinou a 23 odpovědí v trávení času s přáteli, 20 odpovědí se odreagovávala pohybem, 19 odpovědí se odprošťuje poslechem hudby a 15 odpovědí čtením knih, 13 odpovědí našlo odreagování v kouření, 10 odpovědí používají k odreagování samotu, 9 odpovědí se odreagovávala jógou, 8 odpovědí našlo odreagování v alkoholu, 7 odpovědí se odprošťuje návštěvami kina a 2 návštěvami divadla a 1 odpověď používá tanec.

Šedivá, 2020 se ve své bakalářské práci se k tomuto tématu věnovala ve dvou otázkách *„Jakým způsobem si udržujete psychickou podporu“* a *„Co vám pomáhá lépe zvládat stresové situace ve vaší práci“*. V první otázce *„Jakým způsobem si udržujete psychickou podporu“* respondenti

odpovídali četbu dvakrát, rodina dvakrát, setkání s přáteli dvakrát, pobyt v přírodě dvakrát, meditace dvakrát, kvalitní spánek dvakrát, relaxace jedenkrát, tanec jedenkrát, hra na housle jedenkrát, dobré jídlo jedenkrát, spánek jedenkrát, jóga jedenkrát, pravidelný denní režim jedenkrát. Ve druhé otázce „*Co vám pomáhá lépe zvládat stresové situace ve vaší práci*“ odpovídali čtyřikrát čokoládu, třikrát podporu kolegů, dvakrát optimismus, jedenkrát vědomí hranic, jedenkrát nebrat si vše osobně, jedenkrát vnitřní vyrovnanost, jedenkrát modlitba, jedenkrát nic nedělám, jedenkrát se zastavit.

Jelínková, 2023 se v otázce Jak relaxujete, kde respondenti mohli označit více odpovědí. Nejvíce respondentů označilo 58 odpovědí (57,4 %) rodinu a 58 odpovědí (57,4 %) přátele, 40 odpovědí (39,6 %) četbu, 33 odpovědí (32,7 %) sport, 22 odpovědí (21,8 %) hudbu, 22 odpovědí (21,8 %) kamarády. V možnosti vypsát jiné druhy relaxace napsali respondenti filmy, samotu, víno, odpočinek a scrabble.

#### **4.5 Doporučení pro praxi**

Výsledky průzkumné části ukazují vysokou psychickou zátěž, které čelí sestry v paliativní péči. Je nezbytné věnovat se prevenci psychické zátěže a podpoře duševního zdraví sester v paliativní péči, včetně pravidelných školení ohledně zvládání stresu a prevenci syndromu vyhoření. Dále je potřeba i školení ohledně poskytování psychické podpory, jelikož 14,7 % (5 respondentů) uvedlo, že se cítí nedostatečně informováni ohledně psychické podpory, kterou získávají od svého zaměstnavatele.

Pro zmírnění časové tísně a stresu je důležité, aby byla práce v paliativní péči dobře organizována a plánována. Dále je důležité, aby zdravotnická zařízení zajišťovala dostatečný kvalifikovaný personál.

## 5 ZÁVĚR

Cílem této bakalářské práce bylo analyzovat psychickou zátěž sester v paliativní péči a identifikovat faktory, které tuto zátěž ovlivňují. Teoretická část se zaměřila na vymezení pojmu paliativní péče, proces umírání a smrti, poskytovatelé paliativní péče, a především na psychickou zátěž, kde byly uvedeny faktory, které přispívají k psychické zátěži. Dále se teoretická část věnovala oblastem duševního zdraví, stresu, syndromu vyhoření a strategiím, které pomáhají při psychické zátěži. V rámci průzkumu byl stanoven jeden hlavní cíl a čtyři dílčí cíle.

Průzkumná část byla provedena kvantitativní metodou pomocí dotazníků. Dotazník byl tvořen upraveným standardizovaným Meisterovým dotazníkem a dotazníkem vlastní tvorby. Byl vyplněn 52 respondenty. Výsledky průzkumu ukázaly, že sestry pracující v paliativní péči čelí vysoké míře psychické zátěže. Zejména Meisterův dotazník ukázal oblasti, které mohou výrazně přispívat k psychické zátěži: časová tíseň, otupující práce, problémy a konflikty, monotonie, nervozita, přesycení, únava a dlouhodobá únosnost.

První dílčí cíl se zaměřil na zjištění míry psychické zátěže všeobecných sester v paliativní péči. Výsledky ukázaly, že značná část respondentů, konkrétně 69,7 % (23 respondentů), se po skončení směny cítí vyčerpana. Kromě toho 55,8 % respondentů uvedlo, že jejich práce ovlivňuje jejich vztahy s rodinou a přáteli, to naznačuje, že pracovní zátěž přesahuje rámec pracovní doby. Na otázku týkající se syndromu vyhoření 30,8 % přiznalo, že někdy cítili pocit vyhoření. Tento výsledek potvrzuje vysokou míru psychického stresu.

Druhý dílčí cíl se zaměřoval na identifikaci faktorů, které přispívají k psychické zátěži sester v paliativní péči. Nejvíce zmiňovaným faktorem byla interakce s rodinou (43,1 %), další zmiňované faktory byly dilemata v rozhodování, náročnost směn, konflikty v kolektivu a nedostatek personálu, ty byly zmíněny v 24,1 % odpovědí, což ukazuje na organizační a personální výzvy, které ovlivňují psychickou pohodu sester.

Třetí dílčí cíl se zaměřil na vliv pracovního prostředí na psychickou zátěž sester. Z průzkumu vyplynulo, že nejvíce psychické zátěže pociťují sestry pracující v mobilním hospici, kde 77,3 % respondentů uvedlo, že se cítí psychicky vyčerpani. Nejméně psychicky náročná se jevila práce v ambulanci paliativní péče, kde psychickou zátěž uvedlo 42,9 %.

Čtvrtý dílčí cíl se zaměřoval na strategie, které sestry využívají ke zvládnutí psychické zátěže. Nejčastější strategie byla fyzická aktivita (44,8 %), další uvedené byly supervize (32,9 %), 20,9 % uvedlo, že nepoužívají žádné strategie ke zmírnění zátěže.

Limity této bakalářské práce spočívají především v několika aspektech výzkumu, které mohou ovlivnit jeho relevantnost. Jedním z hlavních limitů je absence porovnání s pracemi týkajícími se paliativní péče na obdobných odděleních. V této práci bylo provedeno srovnání s průzkumy na odděleních klinické hematologie, interním oddělení a chirurgickém oddělení, které se také zabývaly psychickou zátěží sester, stejně tak jako průzkum, který se zabýval vnímáním syndromu vyhoření pracovníků v paliativní péči a u psychické zátěže sester pečujících o geriatrické pacienty. Důvodem tohoto omezení je omezený počet relevantních prací zaměřených výhradně na paliativní péči. Dalším limitem je skutečnost, že ve výzkumu nebyli zahrnuti všichni poskytovatelé paliativní péče, a to z důvodu geografické vzdálenosti zdravotnických zařízení, což vedlo k úzkému výběru respondentů ze zařízení.

## 6 POUŽITÁ LITERATURA

### 6.1 Primární zdroje

AMERY, Justin, 2017. *Opravdu praktický průvodce dětskou paliativní péčí pro doktory a zdravotní sestry kdekoli po světě*. Praha: Cesta domů. 516 s. ISBN 978-80-88126-34-8.

BUŽGOVÁ, R. a kol., 2019. *Dětská paliativní péče*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-271-0584-7.

BUŽGOVÁ, Radka, 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-5402-4.

HRDÁ, K., a kol., 2018. *Průvodce poskytováním paliativní péče v pobytových sociálních službách pro seniory*. Praha: Sue Ryder. 206 s. ISBN 978-80-907190-3-3.

KOLÁŘ, Pavel, 2021. *Posilování stresem cesta k odolnosti*. Universum. 376 s. ISBN 978-80-242-7465-2.

SLÁMA, O., a kol., 2022. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén. 352 s. ISBN 978-80-7492-627-3.

ZACHAROVÁ, Eva, 2017. *Zdravotnická psychologie teorie a praktická cvičení – 2., aktualizované a doplněné vydání*. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-271-0155-9.

### 6.2 Sekundární zdroje

JOCHMANNOVÁ, L. a kol., 2022. *Psychologie zdraví biologické, psychosociální, digitální a spirituální aspekty*. Praha: Grada. 552 s. ISBN 978-80-271-2569-2.

SOUČEK, M. et al., 2019. *Vnitřní lékařství v kostce*. Praha: Grada. 464 s. ISBN: 978-80-271-2289-9.

ZACHAROVÁ, Eva, 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada 128 s. ISBN 978-80-271-0156-6.

### 6.3 Odborné články

BRYK, A. et al., 2022. The concept of holism applied in recent palliative care practice: A scoping review. *Palliative Medicine* [online]. London: New York, NY: Cambridge University Press, North American distributors, Edward Arnold; c1987, 37 (1), 26-39 [cit. 2025-02-05]. ISSN: 1477-030X. DOI: 10.1177/02692163221129999.

CLAYTON, Malcolm a Magda MARCZAK. 2023. Palliative care nurse' experiences of stress, anxiety, and burnout: A thematic synthesis. *Palliat Support Care*. [online]. Cambridge: Cambridge University Press, c2003-, 21 (3). 498-514 [cit. 2025-03-31]. ISSN: 1478-9523 DOI: 10.1017/S147895152200058X

HENDERSON, A. et al., 2024. Personal trauma history and secondary traumatic stress in mental health professionals: A systematic review. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. [online]. Oxford; Boston: Blackwell Scientific Publications, c1994-, 32 (1). 13-30 [cit. 2025-02-05]. ISSN: 1365-2850. DOI: 10.1111/jpm.13082.

KUŠNÍROVÁ, Jarmila. 2020. Komplexní přístup k léčbě bolesti v paliativní péči. *Medicína pro praxi*. [online]. Solen, s.r.o., 17 (2). 88-92 [cit. 2025-03-31]. ISSN: 1803-5310 DOI: 10.36290/med.2020.017.

NAGAJARAN, S. et al., 2022. Australian residential aged care home staff experiences of implementing an intervention to improve palliative and end-of-life care for residents: A qualitative study. *Health & social care in community*. [online]. Oxford: Blackwell Scientific Publications, c1993-, 30 (6). 5588-5601 [cit. 2025-03-27]. ISSN: 1365-2524. DOI: 10.1111/hcs.13984.

PAUL, E Tatum a Sarah S MILLS. 2020. Hospice and Palliative Care: An Overview. *The Medical clinics of North America*. [online]. Philadelphia, PA: W B Saunders, 104 (3). 359-373 [cit. 2025-03-31]. ISSN: 1557-9859 DOI: 10.1016/mcna.2020.01.001.

ŠVÉBIŠOVÁ, Hana. 2023. Paliativní péče (jak komunikovat s pacientem). *Medicína pro praxi*. [online]. Solen, s.r.o., 20 (4). 236-239 [cit. 2025-03-31]. ISSN: 1803-5310 DOI: 10.36290/med.2023.037.

#### **6.4 Internetové zdroje**

BOZP.CZ, 2019. Stres na pracovišti. Řízení pracovního stresu a psychosociálních rizik. In: bozp.cz [online]. Copyright 2024 CRDR spol. s.r.o. [cit. 2024-12-08]. Dostupné z: [Stres na pracovišti. Řízení stresu a psychosociálních rizik | BOZP.cz](https://bozp.cz).

ČERVINKOVÁ, Šárka. 2020. Syndrom vyhoření a jeho fáze. In: psychologkazpatehopatra.cz [online]. Copyright 2025 Psychologkazpatehopatra [cit. 2025-03-31]. Dostupné z: <https://psychologkazpatehopatra.cz/syndrom-vyhoreni-faze/>

ČESKÁ SPOLEČNOST PALIATIVNÍ MEDICÍNY, 2021. Kde se s paliativní medicínou potkáte? In: nzip.cz [online]. *Copyright Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [cit. 2025-30-03]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/466-kde-se-s-paliativni-medicinou-potkate>

CHARVÁTOVÁ, Hana a Lukáš HUMPL, 2023. Psychosociální podpora zdravotnických pracovníků, žáků a studentů vybraných zdravotnických oborů. In: prosestru.cz [online]. *Copyright 2008 – 2025 MeDitorial* [cit. 2025-30-03]. Dostupné z: <https://www.prosestru.cz/novinky/psychosocialni-podpora-zdravotnickych-pracovniku-zaku-a-studentu-vybranych-zdravotnickych-oboru-135764>

ISSUP.NET, 2018. Světový den duševního zdraví 2018. In: issup.net [online]. *Copyright 2025 International Society of Substance Use Prevention and Treatment Professionals* [cit. 2025-03-29]. Dostupné z: <https://www.issup.net/cs/knowledge-share/news/2018-10/svetovy-den-dusevniho-zdravi-2018>

JANOŠKOVÁ, Anna. 2023. Radosti a úskalí mobilní hospicové péče. In: slovo.proglas.cz [online]. *Copyright 2025 VIZUS* [cit. 2025-30-03]. Dostupné z: <https://slovo.proglas.cz/nase-porady/na-stole-je-tema/radosti-a-uskali-mobilni-hospicove-pece/>

KABELKA, L. a kol., 2016. Paliativní péče v České republice 2016 Situační analýza. In: paliativa.cz [online]. Praha: Česká společnost paliativní medicíny, 2016. [cit. 2024-12-28]. Dostupné z: <https://www.paliativa.cz/sites/default/files/2019-09/situacni-analyza-paliativni-pece.pdf>.

NKÚ.CZ, 2023. Kvalita i dostupnost paliativní péče se zvýšila, Ministerstvo zdravotnictví však selhalo při plánování nových hospicových lůžek. Tisková zpráva 16. října 2023 In: nku.cz [online]. *Copyright 2025* [cit. 2025-03-19]. Dostupné z: <https://www.nku.cz/cz/pro-media/tiskove-zpravy/kvalita-i-dostupnost-paliativni-pece-se-zvysila--ministerstvo-zdravotnictvi-vsak-selhalo-pri-planovani-novych-hospicovych-luzek-id13466/>

NZIP.CZ, 2025. Kvalita života. In: nzip.cz [online]. *Copyright Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [cit. 2025-03-30]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/1691>

PALIATIVNICENTRUM.CZ, 2025. Paliativní péče. In: paliativnicentrum.cz [online]. *Copyright 2025* [cit. 2025-03-30]. Dostupné z: <https://paliativnicentrum.cz/paliativni-pece>

- SLÁMA, Ondřej a Tereza VAFKOVÁ, 2020. Zásady komunikace v paliativní medicíně. In: is.muni.cz [online]. *Copyright 2020 Masarykova univerzita* [cit. 2025-03-30]. Dostupné z: [https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps19/paliativni\\_pece/web/pages/06\\_zaklady\\_komunikace.html](https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps19/paliativni_pece/web/pages/06_zaklady_komunikace.html)
- SZU.GOV.CZ, 2025. Duševní zdraví. In: szu.gov.cz [online]. *Copyright Státní zdravotní ústav 2023 – 2025* [cit. 2025-29-03]. Dostupné z: <https://szu.gov.cz/odborna-centra-a-pracoviste/centrum-podpory-verejneho-zdravi/dusevni-zdravi/>
- TÝM MÁM LÉKAŘE, 2024. Jak rozpoznat a léčit syndrom vyhoření? In: mamlekare.cz [online]. *Copyright* [cit. 2025-31-03]. Dostupné z: <https://www.mamlekare.cz/blog/jak-rozpoznat-a-lecit-syndrom-vyhoreni>.
- UMÍRÁNÍ.CZ, 2025. Adresář služeb – seznam. In: umirani.cz [online]. *Copyright © 2025* [cit. 2025-24-02]. Dostupné z: [Adresář služeb - seznam | Umírání.cz](https://www.umirani.cz/adresar-sluzeb-seznam)
- VOJTÍŠKOVÁ, Alena, 2023. Syndrom vyhoření. In: zzmvcz.cz [online]. *Copyright 2024 – Zdravotnické zařízení Ministerstva vnitra* [cit. 2024-12-08]. Dostupné z: <https://www.zzmvcz.cz/syndrom-vyhoreni>.
- VYTEJČKOVÁ, Renata, 2020. Péče o umírajícího člověka, péče o tělo zemřelého. In: dl1cuni.cz [online]. *Copyright 2025* [cit. 2025-31-03]. Dostupné z: [https://dl1.cuni.cz/pluginfile.php/1189336/mod\\_resource/content/1/Pece%20o%20umirajiciho%20loveka.pdf#:~:text=Um%C3%ADr%C3%A1n%C3%AD%20je%20proces%20%C3%BAbytku%20%C5%BEivotn%C3%ADch%20funkc%C3%AD%20a%20s%C3%ADly.,mezi%20%C5%BEivotem%20a%20smrt%C3%AD.%20Trv%C3%A1%20r%C5%AFzn%C4%9B%20dlouhou%20dobu](https://dl1.cuni.cz/pluginfile.php/1189336/mod_resource/content/1/Pece%20o%20umirajiciho%20loveka.pdf#:~:text=Um%C3%ADr%C3%A1n%C3%AD%20je%20proces%20%C3%BAbytku%20%C5%BEivotn%C3%ADch%20funkc%C3%AD%20a%20s%C3%ADly.,mezi%20%C5%BEivotem%20a%20smrt%C3%AD.%20Trv%C3%A1%20r%C5%AFzn%C4%9B%20dlouhou%20dobu).
- WEBMD.COM, 2023. How Does Mental Health Affect Physical Health. In: webmd.com [online]. *Copyright 2005-2025 WebMD LLC* [cit. 2025-29-03]. Dostupné z: <https://www.webmd.com/mental-health/how-does-mental-health-affect-physical-health>
- WHO.INT, 2025. Mental health. In: who.int [online]. *Copyright 2025 WHO* [cit. 2025-03-30]. Dostupné z: [https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_1)

## 6.5 Bakalářské a Diplomové práce

HOLÁ, Barbora. *Psychická zátěž všeobecných sester na oddělení dětské onkologie*. Pardubice, 2019. 113 s. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Paprštejnová Markéta, Ph. D.

JELÍNKOVÁ, Monika. *Psychická a fyzická zátěž všeobecných sester v péči geriatrické pacienty*. Jihlava, 2023. 71 s. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava, Katedra zdravotnických studií. Vedoucí práce PhDr. Lada Nováková, PhD.

KRISTKOVÁ, Jana. *Psychická zátěž nelékařského zdravotnického personálu*. Hradec Králové, 2020. 135 s. Bakalářská práce. Univerzita Karlova Lékařská fakulta v Hradci Králové, Ústav sociálního lékařství. Vedoucí práce Mgr. Veronika Hovorková.

NOVOTNÁ, Tereza. *Psychická zátěž všeobecných sester na oddělení klinické hematologie*. Pardubice, 2021. 72 s. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce PhDr. Zdeněk Hrstka, Ph. D.

ŠEDIVÁ, Marie. *Syndrom vyhoření v paliativní péči*. Opava, 2020. 71 s. Diplomová práce. Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik v Opavě. Vedoucí práce Ing. Pavel Kaczor, Ph.D.

TICHÁ, Tereza. *Strach ze smrti pacientů u všeobecných sester*. Pardubice, 2023. 75 s. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Semencová Vlastimila

VELEBOVÁ, Adéla. *Smrt z pohledu pracovníka v sociálních službách: případová studie v domově pro seniory*. Pardubice, 2024. 58 s. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta filozofická. Vedoucí práce Horálek Adam, PhDr. Ph.D.

ŽUCHADAROVÁ, Adéla. *Syndrom vyhoření u všeobecných sester pracujících na oddělení intenzivní péče*. Pardubice, 2024. 67 s. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Matějková Iryna, DiS.

## **7 PŘÍLOHY**

Příloha A Dotazník .....	68
--------------------------	----

## Příloha A Dotazník

Dobrý den,

Jmenuji se Anna Kotlantová a jsem studentka 3. ročníku Všeobecného ošetrovatelství Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice. V rámci svého studia vypracovávám svoji bakalářskou práci s názvem „*Psychická zátěž sester v paliativní péči*“.

Tento dotazník je klíčový k vypracování mého průzkumu. Cílem mé práce je lépe porozumět psychickému stavu všeobecných sester v paliativní péči. Vaše odpovědi mi pomohou získat cenné informace k vypracování mé bakalářské práce. Dotazník se dělí na 2 části:

1. část obsahuje obecné otázky zaměřené na informace o Vás a Vaší práci.
2. část zahrnuje upravený Meisterův dotazník

Při vyplnění dotazníku poprosím vždy označit pouze jednu odpověď, pokud není uvedeno jinak.

Dotazník je anonymní a všechny informace budou zpracovány pouze pro účely mé bakalářské práce. Vyplnění dotazníku Vám zabere přibližně 10-15 minut.

Předem děkuji za Váš čas, který věnujete dotazníku a ochotu podělit se o své zkušenosti.

S pozdravem,

Kotlantová Anna

**1. část dotazníku:**

**1. Jaké je Vaše pohlaví?**

- a) žena
- b) muž
- c) nechci uvádět

**2. Jak dlouho pracujete na pozici všeobecné sestry v paliativní péči?**

- a) 1-2 roky
- b) 3-5 let
- c) 5 a více let

**3. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

- a) střední odborné s maturitou
- b) vyšší odborné (DiS.)
- c) bakalářské studium
- d) magisterské studium

**4. Jaké strategie používáte ke zvládnutí psychické zátěže?**

- a) relaxační techniky (hluboké dýchání, aromaterapie, progresivní svalová relaxace)
- b) meditace
- c) fyzická aktivita
- d) kognitivní restrukturalizace (změna negativních vzorců chování)
- e) žádné nepoužívám
- f) jiné

**5. Jste se svojí prací spokojen/spokojena?**

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

**6. Ovlivňuje Vaše práce vztah s rodinou nebo přáteli?**

- a) ano
- b) ne

**7. Máte někdy pocit vyhoření?**

- a) ano
- c) ne

**8. Máte někdy myšlenky na změnu povolání?**

- a) ano
- b) ne

**9. Cítíte se psychicky vyčerpan(a) po práci?**

- a) ano
- b) ne

*Pokud jste odpověděli ano, odpovězte prosím na otázku 10.*

*Pokud jste odpověděli ne, pokračujte na otázku 11.*

**10. Jak často po skončení směny se cítíte psychicky vyčerpana?**

- a) zřídka
- b) občas
- c) často
- d) velmi často

**11. Jaké hlavní faktory přispívají k vaší psychické zátěži? (vyberte více možností)**

- a) emoční vazba s pacientem
- b) interakce s rodinou pacienta
- c) péče o tělo po úmrtí
- d) péče o pozůstalé
- e) jiné...

**12. V jakém typu zdravotnickém zařízení pracujete?**

- a) mobilní hospic
- b) lůžkový hospic
- c) ambulance paliativní péče
- d) jiné

**13. Jaká je výše vašeho úvazku?**

- a) 0,2 – 0,5
- b) 0,55 – 0,7
- c) 0,75 – 1

**14. Jak dlouho pracujete v tomto zdravotnickém zařízení?**

- a) 1-2 roky
- b) 3-5 let
- c) 5 a více let

**15. Je dle Vašeho názoru na pracovišti zajištěno dostatečné personální obsazení?**

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

**16. Dostáváte od zaměstnavatele psychickou podporu?**

- a) ano
- b) ne

*pokud jste odpověděli ano, odpovězte prosím na otázku 17., 18.*

*pokud jste odpověděli ne, pokračujte dále v dotazníku*

**17. Jaké formy psychické podpory získáváte od svého zaměstnavatele?**

.....

**18. Cítíte se dostatečně informováni o možnostech psychologické podpory, kterou máte k dispozici v případě potřeby?**

- a) ano
- b) ne

**2. část dotazníku: Meisterův dotazník (HPZ Meister)**

Meisterův dotazník slouží k hodnocení vlivů pracovní činnosti na psychické zdraví pracovníků. Jedná se o orientační vyšetření psychické zátěže při práci. Dotazník byl převzat od autora W. Meistera. Ověřován byl v letech 1976 – 1984 hygienickou službou.

Zde bych Vás poprosila u každé otázky zakroužkovat odpověď, která nejvíce vystihuje Vaše pocity při práci.

- 5 – ano, plně souhlasím  
4 – spíše ano  
3 – nevím, někdy ano, někdy ne  
2 – spíše nesouhlasím  
1 – ne, vůbec nesouhlasím

1.	Při práci mívám často pocit časového tlaku	5	4	3	2	1
2.	Práce v paliativní péči mě neuspokojuje	5	4	3	2	1
3.	Práce mě velmi psychicky zatěžuje z důvodu častého umírání pacientů	5	4	3	2	1
4.	Práce je málo zajímavá, duševně je spíše otupující	5	4	3	2	1
5.	V práci mám časté konflikty a problémy, od nichž se nemohu odpoutat ani po skončení pracovní doby	5	4	3	2	1
6.	Při práci udržuji jen s námahou pozornost, protože se po dlouhou dobu nic nového neděje	5	4	3	2	1
7.	Práce v paliativní péči je velice náročná, že po několika hodinách cítím nervozitu a rozechvělost	5	4	3	2	1
8.	Po několika hodinách mám práce natolik dost, že bych chtěl/a dělat něco nového	5	4	3	2	1
9.	Práce je psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítím únavu a ochablost	5	4	3	2	1
10.	Práce je psychicky tak náročná, že ji nelze dělat po léta stejnou výkonností	5	4	3	2	1