

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství

Michaela Podsedníčková

## **Paliativní péče a sestra**

Diplomová práce

Vedoucí práce: PhDr. Eva Procházková, PhD.

Olomouc 2020

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 4. listopadu 2019

-----

podpis

Velmi děkuji paní PhDr. Evě Procházkové, PhD. za odborné vedení diplomové práce, za vstřícnost, trpělivou pomoc i cenné rady. Také děkuji paní Mgr. Kateřině Langové, Ph.D. za pomoc při statistickém zpracování dat z dotazníkového šetření. Poděkování patří i všem respondentům za jejich ochotu sdělit názory a zkušenosti při vyplňování dotazníku.

## **ANOTACE**

### **DIPLOMOVÁ PRÁCE**

<b>Téma práce:</b>	Péče o umírající
<b>Název práce:</b>	Paliativní péče a sestra
<b>Název práce v AJ:</b>	Palliative Care and a Nurse
<b>Datum zadání:</b>	2017-01-31
<b>Datum odevzdání:</b>	2019-11-29
<b>Vysoká škola, fakulta, ústav:</b>	Univerzita Palackého v Olomouci Fakulta zdravotnických věd Ústav ošetřovatelství
<b>Autor práce:</b>	Michaela Podsedníčková
<b>Vedoucí práce:</b>	PhDr. Eva Procházková, PhD.
<b>Oponent práce:</b>	

### **Abstrakt v ČJ:**

Diplomová práce se zaměřuje na zátěž sester při výkonu paliativní péče. Cílem výzkumného šetření bylo zjistit míru zátěže sester pracujících ve zdravotnických i sociálních zařízeních, zda je ovlivněna vzděláním, délkou praxe, typem zařízení. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 186 sester ze zdravotnických zařízení a 91 sester ze sociálních zařízení Olomouckého a Zlínského kraje. Pro sběr dat byl využit standardizovaný dotazník k hodnocení psychické zátěže dle Meistera. Výsledky výzkumu zjistily, že nebyla prokázána závislost míry zátěže sester na jejich vzdělání. Také nebyl prokázán statisticky významný vztah mezi pracovištěm sester a jejich vzděláním. Snížená hodnota signifikance však naznačuje trend dnešní doby – sestry ve zdravotnických zařízeních byly ve vyšším počtu absolventkami vysokoškolského vzdělávání. Z výzkumu diplomové práce také vyplynulo, že u sester pracujících ve zdravotnických zařízeních jsou prokázány statisticky významně vyšší hodnoty faktoru přetížení a celkového hrubého skóre. Naopak nebyla prokázána významná závislost míry zátěže sester na jejich délce praxe. Snížená hladina signifikance u hrubého skóre ukazuje na trend v datech – s vyšší délkou praxe se hodnoty zátěže snižují.

Ve srovnání s populační normou, uvedenou v metodické příručce Metody hodnocení psychosociální pracovní zátěže autorů Hladký, Židková, vykazovaly sestry výzkumného vzorku nižší míru zátěže.

#### **Abstrakt v AJ:**

The thesis focuses on the burden of nurses providing palliative care. The aim of the research has been to determine the level of burden on nurses working in health and social facilities, whether it is influenced by their education, length of their practice, the type of facility. 186 nurses providing nursing care in healthcare facilities and 91 nurses providing nursing care in social facilities of the Olomouc and Zlín regions have participated in the questionnaire survey. A standardized method of the Meister's questionnaire has been used to collect the data to assess the psychological stress at work. The results of the research have not proved any dependence of the nursing load on their education. Nor has there been a statistically significant relationship between the nurses' workplace and their education. However, the reduced value of significance suggests a current trend - nurses in healthcare facilities have achieved university education in higher numbers. Research of the thesis has also shown that nurses working in healthcare facilities have shown statistically significantly higher values of overload factor and overall gross score. On the other hand, there has been no significant dependence of the nursing load on the length of their practice. The decreased significance level for the gross score points to a trend in the data - with longer practice the load values decrease. In comparison with the population standard stated in the methodological manual Methods of psychosocial workload evaluation of authors Hladký, Židková, the nurses of the research sample have shown a lower load.

#### **Klíčová slova v ČJ:**

zvýšená paliativní péče, sestra, vzdělání, zátěž, stres, syndrom vyhoření

#### **Klíčová slova v AJ:**

increased palliative care, nurse, education, load, stress, burnout

**Rozsah:** 137 stran/21 příloh

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	8
<b>1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA VÝZKUMU</b> .....	10
1.1 Popis rešeršní činnosti.....	12
<b>2 PALIATIVNÍ PÉČE</b> .....	13
2.1 Potřeby nemocných v paliativní péči .....	15
2.1.1 Fáze umírání podle Elisabeth Kübler-Rossové.....	18
2.1.2 Péče o umírající v období - pre finem; in finem; post finem .....	20
2.2 Koncepce paliativní péče .....	21
2.3 Významné osobnosti v paliativní péči .....	25
<b>3 VZDĚLÁVÁNÍ V PALIATIVNÍ PÉČI</b> .....	29
<b>4 ZÁTĚŽ A STRES V PRÁCI SESTRY</b> .....	34
4.1 Syndrom vyhoření .....	35
4.1.1 Příčiny syndromu vyhoření.....	37
4.1.2 Příznaky syndromu vyhoření .....	38
4.1.3 Prevence syndromu vyhoření.....	38
4.2 Využití Meisterova dotazníku pro sestry v paliativní péči - k prevenci syndromu vyhoření .....	41
<b>5 PALIATIVNÍ PÉČE VE ZDRAVOTNICKÝCH A SOCIÁLNÍCH INSTITUCÍCH</b> ....	43
<b>6 SHRUTÍ TEORETICKÝCH VÝCHODISEK</b> .....	49
<b>7 VÝZKUM ZAMĚŘENÝ NA PALIATIVNÍ PÉČI A SESTRU,</b> .....	50
<b>JEJÍ VZDĚLÁVÁNÍ VE VZTAHU K MÍŘE ZÁTĚŽE V PRAXI</b> .....	50
7.1 Výzkumné cíle a hypotézy .....	50
7.2 Charakteristika souboru .....	51
7.3 Metoda sběru dat .....	51
7.4 Realizace výzkumu.....	53
7.5 Metoda zpracování dat.....	53
<b>8 VÝSLEDKY VÝZKUMU</b> .....	55
8.1 Demografický charakter souboru respondentů.....	55
8.2 Výsledky k hlavním cílům práce .....	71
8.3 Ověření platnosti hypotéz, výsledky k dílčím cílům práce .....	77
8.4 Specifikace oblastí, v níž sestry v paliativní péči vnímaly největší zátěž .....	83
<b>9 DISKUZE</b> .....	86
<b>ZÁVĚR</b> .....	98
<b>REFERENČNÍ SEZNAM</b> .....	100
<b>SEZNAM ZKRATEK</b> .....	112

<b>SEZNAM GRAFŮ</b> .....	114
<b>SEZNAM TABULEK</b> .....	115
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	116

## ÚVOD

Pro svou poměrně krátkou historií se paliativní péče řadí mezi „mladé obory“. Od druhé poloviny 20. století se vyvíjí jako součást systému zdravotní i sociální péče. Ve vyspělých státech vzniká iniciativa podpořit a zlepšit péči o nemocné v terminálním stádiu choroby jako reakce na přehlížení umírajících i smrti (v minulosti pokládanou za selhání medicínské praxe). Paliativní medicína je v několika zemích uznávána jako specializovaný obor (Bužgová, 2015, s. 15-16). Je všeobecně známo, že zmírňování lidského utrpení i provázení k dobré smrti bylo po dlouhá staletí hlavní náplní lékařského, později i ošetrovatelského (sesterského) poslání. Paliativní péče probíhala zcela přirozeně – především v domácím prostředí. Je označována za nejstarší formu medicíny vůbec (Marková, 2010, s. 13). Počátky paliativní péče jsou velmi často spojovány s působením Cicely Saunders (anglickou lékařkou, sociální pracovnící i odbornicí na péči) zakladatelkou Hospice svatého Kryštofa. Dnešní mezinárodně nazývaná „hospicová a paliativní péče“ vychází z propojení dvou historicky různých vývojových vlivů – komunitně orientovaného hospicového hnutí s velkou účastí, pomocí laiků, dobrovolníků a profesionální paliativní medicíny, zaměřenou spíše klinicky (Niedermann, Pflugshaupt, Rügger, Schär, 2016, s. 7). Problematikou paliativní péče v České republice se dlouhodobě zabývá lékařka Marie Svatošová, zakladatelka hospicového hnutí i prvního českého hospice. Svým počínáním postupně mění smýšlení i přístup celé společnosti ke smrti, umírání (Svatošová, 1999, s. 11).

Česká republika (dále jen ČR) náleží k zemím, v nichž dochází k vysokému růstu průměrného dožití obyvatelstva, prodloužení života o 7 let (zejména v předchozích 20ti letech). Snížením počtu ekonomicky aktivních osob vůči seniorům na polovinu (od roku 1950) výrazně mění původní složení obyvatelstva. Stárnutím populace je značně zatěžován nejen sociální systém, ale i zajištění zdravotní péče – včetně paliativní. Poklesem poměru počtu obyvatel v produktivním věku je negativně ovlivňováno i mezigenerační soužití – možnost aktivně se podílet na péči v domácím prostředí, doprovázet - v rámci geriatrické paliativní péče i geriatrické křehkosti. Každým rokem v ČR zdravotní stav více než 70 000 pacientů vyžaduje paliativní péči (Kabelka, 2017, s. 22, 26-27). Koncepce paliativní péče v ČR podložena přesvědčením, že zkvalitnění péče o nevléčitelně nemocné i umírající je zajištěna jednotlivými koncepčními kroky tvůrců státní i regionální politiky, jejichž hlavním cílem je zlepšit rámcové podmínky paliativní péče směřující k navyšování kvality poskytované paliativní péče. Nezbytným prvkem k uskutečnění změny je také kreativní



iniciativa zdravotníků, společně s dalšími zainteresovanými, při hledání konkrétních podob efektivní paliativní péče v rozdílných prostředích, zařízeních. Podporujícími argumenty ji řadí k prioritám českého zdravotnictví i jeho následujícího rozvoje. Zefektivněním systému v organizování a poskytování paliativní péče lze zajistit, vzhledem k dostupnosti vlastních zdrojů, kvalitnější péči nevyлéčitelně nemocným i umírajícím (Sláma, Špinka, 2004, s. 22).

Současnost vyžaduje po zdravotnících a pečovatelič fyzicky a psychicky náročnou práci, s důrazem na eliminaci chyb a s tlakem udržet si profesionální odstup od pacientů. Následně jsou tyto požadavky právě v paliativní péči zdrojem různých potíží v oblasti psychické i fyzické zátěže. Počínaje rozporupnými pocity, úzkostí, beznadějí, depresiemi, postupně směřujícími k syndromu vyhoření. Jenž negativně ovlivňuje nejen profesionální život zdravotnického pracovníka, ale i osobní (Ondriová, Slaninková, 2010, s. 27-28). Specifickou odpovědí na stresory v pomáhajících profesích, při výkonu práce - postupnou ztrátou motivace, znechucením i neochotou nadále provádět činnosti v profesní oblasti – vyústí v prožívání celkového vyčerpání (Hauke, 2017, s. 222).

Hlavním cílem diplomové práce je zjistit míru zátěže sester při výkonu paliativní péče, pracujících ve zdravotnických a sociálních zařízeních. Dílčí cíle se zaměřují na vliv vzdělání, délky praxe a typu zařízení na zátěž sester v paliativní péči

Jako vstupní literatura před započítím rešeršní strategie, byly nastudovány následující tituly:

BUŽGOVÁ, Radka, 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5402-4.

KABELKA, Ladislav, 2017. *Geriatrická paliativní péče*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-4225-3.

MARKOVÁ, Monika, 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3171-1.

SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK, 2007. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-505-5.

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

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

# 1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA VÝZKUMU

Současnost v sobě v průběhu let přinesla nejen možnost dožít se mnohem vyššího věku, než tomu bylo v minulosti - kdy 80ti, 90ti letí lidé byli spíše výjimkou - případně patřili k těm šťastnějším. Při dnešním pozastavení se nad setkáním se stoletým člověkem vyvstává otázka, zda údiv přichází nad skutečností mít možnost dožít se spousty let nebo číslovka 100 projevila své „magično“ (Příbyl, 2015, s. 6).

V meziročním poklesu lůžek (2016-2017) léčeben dlouhodobě nemocných (dále jen LDN) o 123 lůžek; zaujmají v rámci rozložení lůžkového fondu v ČR v roce 2017 LDN pouze 4,5 % z celkového počtu. Nemocnice následné péče 3,8 % a hospice 0,6 %. Pokles počtu lůžek v jednotlivých krajích na 10 000 obyvatel (v roce 2007 a 2017) bez rozlišení typu lůžka zaznamenal i kraj Olomoucký (2007 – 81,8; 2017 – 76,7) a kraj Zlínský (2007 – 79,9; 2017 – 68,7) (Nováková, 2018, s. 7, 15, 16).

Vzhledem ke značně se měnící věkové struktuře populace i předpokladu výrazného, rychlého stárnutí obyvatel ČR dozná v následujících letech kategorie seniorů největších změn. Z původní dnešní šestiny se v zastoupení občanů nad 65 let jejich počet pravděpodobně zdvojnásobí; k 1. lednu 2063 index stáří dosáhne vrcholu a stav seniorů bude 2,5krát převyšovat počet dětí. Tento stav by měl setrvávat po celou druhou polovinu následujícího století (Příbyl, 2015, s. 6).

Prozatím dosahuje průměrný věk pacientů hospitalizovaných v nemocnicích ČR v roce 2017 50,3 let - v celkovém počtu 2 210 635 hospitalizací (z nichž je 985 955 mužů a 1 224 680 žen). Nejčastěji hospitalizovaných na interním oddělení, což činí 371 242 případů hospitalizace. Na ostatních odděleních: neurologie – 107 275; ošetrovatelská péče – 50 430; klinická onkologie – 13 734; geriatric – 8 409 a paliativní péče – 151 případů hospitalizace. Se zvyšujícím se věkem je úzce spjata poly-morbidita pacientů. Z hlediska objemu poskytnutí péče, třetím nejzávažnějším důvodem pro hospitalizaci jsou poranění, otravy i jiné následky vnějších příčin. V této kategorii spadají k nejčastějším důvodům úrazů různé pády a to v 64,0 % (Hospitalizovaní v nemocnicích ČR 2017, s. 10-11, 33, 43).

Nároky na paliativní péči negativně ovlivňuje také vývoj dnešní doby – upřednostňováním, atomizací dnešních rodin před dřívějším, zcela přirozeným soužitím tří a více generací. Příbuzní pečující o umírajícího člena rodiny, zejména v menších obcích,

se mohli opřít o podporu komunity. Komunitní pospolitost mimo některé regiony se silnou kulturní tradicí v dnešních obcích bohužel chybí. Izolace v rámci městských ulic, panelových sídlišť, ale i satelitních městeček (dům s vysokou zdí či živým plotem) tuto spontánní podporu znemožňují – život dnešních rodin probíhá v anonymitě, ve dvou až tříčlenné domácnosti, kde často dva dospělí v produktivním věku pracují (Marková, 2010, s. 17).

Od počátku, jenž nabízí možnost získávat informace prostřednictvím dostupných statistických údajů (od roku 1830), byla „naděje dožití“ nebo-li střední délka života minimálně zdvojnásobena - její růst stále pokračuje (Marková, 2010, s. 16). Tato skutečnost se plně odráží v celosvětovém, moderním, dynamickém rozvoji paliativní péče (Sláma, Špínka, 2004, s. 7). Nezastupitelná role zdravotnických profesionálů (sester, lékařů) vystupuje do popředí v kontextu s transformací zdravotní péče i koncepcí dlouhodobé péče v ČR a s ní souvisejících změn – převodu lůžek na dlouhodobou péči z péče akutní. Pro demografické změny ve složení obyvatelstva, z důvodu jeho stárnutí, nárůstu zdravotnických zařízení poskytujících ošetrovatelskou péči i péči paliativní (Špatenková, 2014, s. 69).

Všechny výše uvedené aspekty ovlivňující podstatným způsobem kvalitu a úroveň poskytované paliativní péče se výrazně projevují nejen v současnosti, ale promítnou se v plném rozsahu i v blízké budoucnosti.

## 1.1 Popis rešeršní činnosti

### ALGORITMUS REŠERŠNÍ ČINNOSTI

#### VYHLEDÁVACÍ KRITÉRIA:

- klíčová slova v ČJ:  
zvýšená paliativní péče, sestra, vzdělání, zátěž, stres, syndrom vyhoření
- klíčová slova v AJ:  
increased palliative care, nurse, education, load, stress, burnout
- jazyk: český, slovenský, anglický
- období: 2007-2017
- další kritéria: -články v plné verzi  
- články týkající se dané problematiky

#### DATABÁZE:

**BMČ, CINAHL, EBSCO, Google scholar, Medline, PubMed, SAGE Journals Online**

Nalezeno článků: 677

#### Vyřazující kritéria:

- duplicitní články
- články s odlišnou tematikou

#### SUMARIZACE VYUŽITÝCH DATABÁZÍ A DOHLEDANÝCH DOKUMENTŮ:

BMČ	37 článků
CINAHL	1 článek
EBSCO	1 článek
Google scholar	13 článků
Medline	1 článek
PubMed	2 články
SAGE Journals Online	1 článek
Diplomové práce	2
Elektronická kniha	6
Momografie	26

Pro tvorbu teoretických východisek bylo použito **56** dohledaných článků

## 2 PALIATIVNÍ PÉČE

Každý, alespoň na krátkou chvíli, se někdy v minulosti nebo v budoucnosti nedobrovolně, neúmyslně nebo zcela náhodou stal, stane, součástí okolností, které jej přivedly, přivedou, do systému zdravotnictví. Kde se stal nebo teprve stane závislým na „cizí“ péči a pomoci. Vědomí, že zdi tohoto zařízení opustí, bude pokračovat v dosavadním životě, bohatší a možná i zralejší o další vlastní zažitě zkušenosti, nabízí svobodu. A také možnost řešit své „životní potíže“ s nadhledem, s nadějí na pokračující, nezatížený život všedními a teď už i mnohem lehčími běžnými starostmi. Pocit konce, konečnosti, plné závislosti na cizí pomoci evokuje stav ohrožení, nebezpečí, beznaděje, bezmoci, vnitřního „ticha“ a prázdnoty. Samota v prožívání vlastní konečnosti – plném uvědomění si vlastního konce - je břemenem, které se dá jen stěží v nemoci, stáří, umírání „statečně“ nést. Důvěra v lidi, co svůj život „žijí“, je velmi křehká a lehce zranitelná. Ten, který „žije“ tuto vnitřní, nekonečnou bolest, jen stěží „vidí“. Nemůže, nemá vlastní zkušenost. Jen vysoká míra empatie, sociálního cítění, touha po poznání lidské duše, praktických vědomostí i zkušeností, soustředěna v nejbližším člověku (příbuzném, zdravotníkovi) může tuto nelehkou cestu. Posledním úsekem života každého lidského jedince „zpestřit“ a v důstojný, kvalitní, s citlivým pochopením, v „žitelný“ i vzácný proměnit.

Existuje řada definic paliativní péče. Všechny kladou důraz především na kvalitu života pacientů, zabývají se řešením obtížných příznaků terminálního stádia nemoci i specifikací této skupiny nemocných - příjemců paliativní péče (Marková, 2010, s. 19).

Paliativní péče patří k aktivně poskytované péči nevléčitelně nemocnému pacientovi, v pokročilém nebo terminálním stádiu choroby, jejímž cílem je zmírnit nepříjemné symptomy nemoci (bolest, tělesné i duševní strádání) za účelem udržet co nejvyšší kvalitu pacientova života (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2007, s. 25).

K hlavním požadavkům pro poskytování dobré paliativní péče patří:

- snaha o prodloužení, zajištění pacientova života tak, aby byl pro něj svou kvalitou přijatelný
- stěžejní je chránit a respektovat důstojnost nevléčitelně nemocných
- respektováním jejich hodnotových priorit, vycházejících z plně akceptovaných potřeb i přání, v celé své šíři

- zajišťuje podmínky (ev. se je snaží vytvořit) tak, aby bylo umožněno pacientovi zbývajíc část jeho života strávit ve společnosti svých nejbližších – přátel, rodiny – ve vlídném, důstojném prostředí
- vychází z individuálního přístupu k umírání, které každý člověk prožívá svým jedinečným, neopakovatelným způsobem – umírání je chápáno jako součást života
- nevyjímaje všestrannou, účinnou pomoc i podporu jeho nejbližším - rodině, přátelům, příbuzným – usnadňuje období truchlení (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2007, s. 25).

Každý má svůj vlastní vnitřní žebříček hodnot, který se mění. Respektuje dosavadní prožitý život daného jedince, „kopíruje“ jeho zásadní životní okamžiky – jejich intenzitu, jedinečnost, vnitřní zkušenost i dopad na „vlastní zpracování“ – přizpůsobuje se, ev. jedince „chrání“ tak, aby se „mohl dál z místa, v němž momentálně setrvává, hnout“. Podporující i motivující je přítomnost blízké osoby, projev důvěry ve vlastní schopnosti a především naděje. Ať už je jakákoli – důležité je, že tu je. „Hnací motor“, který každého živého tvora, toužícího po životě, v celé jeho neopakovatelnosti a nesmírné kráse, podporuje, motivuje k „chuti“ pokračovat v životu, dokončit jeho poslední, nevyhnutelnou etapu.

Definice paliativní péče WHO dle Kabelky je výstižně charakterizována pojmem „paliare“ usnadnit, skrýt, ulehčit. Jde o komplexní, prostřednictvím multidisciplinární péče, vedoucí k zajištění, příp. ke zvýšení kvality života nevyléčitelně nemocných (ohrožených závažnou nemocí či řadou chorob) je umožněno poskytovat podporu nejen nemocným, ale i jejich nejbližším. Včas specifikovat a zajistit léčbu nemoc provázejících symptomů v oblasti tělesné, psychické, sociální i spirituální (Světová zdravotnická organizace, 2002 In: Kabelka, 2017, s. 20).

Pochopením hodnotového systému, jenž je u každého jedince jiný, respektováním hodnot jednotlivých pacientů i jejich příbuzných, vede ke správnému cíli paliativní medicíny (Marková, 2010, s. 38). K dlouhodobým cílům Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP uvádí:

- zajistit dostupnost paliativní péče každému, kdo ji potřebuje
- nastavit komplexní systém paliativní péče napříč spektrem zdravotní i sociální pomoci
- definovat místo paliativní péče v systému finančního zajištění zdravotních i sociálních služeb
- zařadit principy paliativní péče jako standardní součást vzdělání pracovníků v uvedené sféře (zdravotní i sociální oblasti)

- respektovat rodinu i komunitu jako nedílnou součást v péči o nemocné v závěrečné fázi pacientova života (Paliativní péče, 2017).

## 2.1 Potřeby nemocných v paliativní péči

S ohledem na skutečnost, že každý lidský jedinec je individualitou, v každé oblasti své osobnosti, není možné potřeby či problémy nemocných (ani umírajících) jednoznačně zevšeobecňovat (Špatenková, 2014, s. 56).

Jedním ze zakladatelů humanistického proudu v psychologii, představitelem nejznámější i nejnvlivnější *motivační teorie* byl americký psycholog Abraham Harold Maslow (1908-1970). Dělí potřeby do dvou stěžejních skupin: potřeby nedostatku (deficitu) a potřeby spojené s bytím člověka. Úzkost, která je jedincem pocíťována při nedostatečné saturaci první z uvedených skupin potřeb, vede ke snaze nedostatek eliminovat, popř. chybějící potřebu nahradit (zaplnit); při maximálním uspokojení těchto potřeb nepocíťuje člověk žádný nedostatek, prostě nic. Naopak druhá skupina potřeb (spojených s bytím člověka) při jejich naplnění se projeví v příjemném pocitu, který vyvolává motivaci dosáhnout mnohem víc - něčeho vyššího. Klasické zobrazení hierarchicky uspořádaných potřeb dle Maslowa ve formě známé pyramidy je autorem na konci vlastní kariéry pro její rigiditu zpochybňována, připouští i možnosti jiného uspořádání (např. potřeba sebeúcty je mnohým jedincům nadřazená potřebě lásky a naopak sebetranscendence nemusí být plně podmíněna uspokojením všech potřeb nižších) (Příbyl, 2015, s. 41).

Autorka Marková ve své publikaci také věnuje svou pozornost potřebám nemocných a záměrně se vyhýbá klasickému rozdělení potřeb (biologických, psychologických, sociálních, duchovních – spirituálních) omezujících se na pouhé dělení potřeb člověka prostřednictvím jmenovaných okruhů. Přičemž bývá často opomíjena celistvost, plná integrace bytosti člověka. Uvádí i jiný druh rozdělení potřeb, které podtrhují, doplňují, vzájemně se prolínají, zároveň vyzdvihují člověka jako jedinečnou a celistvou bytost – osobnost – jenž se vyvíjí v čase, mění, míří k budoucnosti. K nimž patří:

- „*potřeba zůstat sám sebou*
- *potřeba cítit se žensky/mužně*
- *potřeba splnit svůj úkol*
- *rozhodovat o sobě*
- *potřeba plakat, potřeba se smát“* (Marková, 2010, s. 64-92).

I autorka Chloubová (odborná asistentka Ústavu teorie a praxe ošetrovatelství 1. LF UK v Praze a psychoterapeutka Domova pro seniory Ďáblice) upřednostňuje psychosomatickou jednotu, jedinečnost každého člověka, v rámci komplexnosti i holistického přístupu. Vychází z filozofie Maslowa, hierarchicky uspořádaných potřeb. Její *Dům životních potřeb* ji charakterizuje jako představitelku humanisticko-holistického přístupu.

Stěžejní pro stabilitu každého domu je „suterén – pevné základy“ = tělesné potřeby. K nimž patří výživa, hydratace, vyprazdňování, spánek, odpočinek, tělesná i duševní aktivita, teplo, pohodlí, eliminace bolesti, hygiena, sexuální i mateřské potřeby, společně s dýcháním a kardiovaskulárními funkcemi. Jejichž pravidelné, automatické uspokojování je pro život každého jedince nezbytné, žádoucí. Jinak dochází k rozvoji stresu, poruše zdraví nebo nástupu nemoci. V souvislosti se socializací člověka i jeho schopností adaptace na prostředí, se profilují potřeby psychosociální, jsou u každého jedince individuální, determinovány jistými předpoklady (genetickými, osobnostními, věkovými, pohlavními). Současně plně závisí i na jeho duchovním, sociálním, materiálním nebo přírodním prostředí. Také Příbyl se ve své publikaci zabývá vymezením potřeb a jejich členěním u následujících autorů (včetně již výše zmiňovaných - A. H. Maslowa a Heleny Chloubové): Henryho Alexandra Murraye, Artura Manfreda Max-Neefa, Davida Clarence McClellanda, manželů Alberta a Diany (Boyden) Pessoa i Marie Wágnerové (Příbyl, 2015, s. 33-41).

Potřebou se rozumí projev nějakého nedostatku, chybění něčeho, jehož odstranění je pro život člověka žádoucí. Je tím, co lidská bytost bezpodmínečně potřebuje k životu i vlastnímu vývoji. Případně podněcuje k vyhledávání životně důležité podmínky či naopak, jeví-li tato podmínka pro lidský život nepříznivá (Trachtová, Fojtová, Mastiliaková, 2004, s. 10).

Aniž by bylo pokaždé nezbytně nutné, se do procesu saturace potřeb vědomě zapojit, probíhá neustále v průběhu celého lidského života. V nemoci i ve stáří jejich důležitost i význam ve vztahu ke zdraví stoupá. Přesto, že jsou převážně pocíťovány jako nutnost (vyměšování, spánek, jídlo či dýchání) (Příbyl, 2015, s. 41).

Převážnou část dne nemocný prospí, zájem o komunikaci s okolím ztrácí. Uzavřený do sebe nachází svůj vnitřní svět. V tichosti bilancuje svůj prožitý život. Sdílení společného vnitřního a vnějšího prostoru umožňuje pečujícím, někdy i jen prostřednictvím tiché přítomnosti, odhalit důležité nezodpovězené i doposud nevyslovené otázky. Rozpoznat potřeby umírajícího ukrytých třeba jen v projevech jeho chování. Nezbytných k vyrovnání



se s minulostí, k důstojnému, plnému prožívání přítomnosti a k uspořádání věcí v době, kdy už tady nebude. Ujistění, že všechno bude v pořádku (příbuzní jeho odchod zvládnou) mu pomůže pokojně odejít. Respektování témata hovoru nebo i tiché mlčení doplňují velmi důležitá slova: odpusť, odpouštím ti, děkuji a mám tě rád. Stejně jako uspořádání majetkových záležitostí, sepsání poslední vůle nebo vyslovená a splněná přání k průběhu vlastního pohřbu (Andrysek, 2011, s. 71).

Klíčovou rolí sestry jako nejbližší, pečující osoby umírajícího – člověka v terminálním stádiu nemoci – je saturace jeho potřeb, dle naléhavosti, s přihlédnutím na jeho vlastní preference v určování pořadí (Špatenková, 2014, s. 54). Žádoucí je zaměřit se nejen na potřeby biologické, jež jsou zpravidla velmi dobře saturovány, ale především na potřeby psychické a sociální (Machová, 2013, s. 25). V blízkém kontaktu se smrtí a umíráním do popředí vystupují tzv. potřeby vyšší (psychosociální, kulturní, spirituální). Naopak uspokojení potřeb primárních (biologických) svou naléhavost ztrácí přesto, že bývají právě tyto potřeby umírajících zdravotníky upřednostňovány a právě pro ně bývají ty vyšší zanedbávány (Špatenková, 2014, s. 55).

Potřeby nemocných v paliativní péči se neustále mění dle aktuální oblasti, v níž nedochází prioritně k jejímu plnému, kvalitnímu i pravidelnému uspokojování – i když o něm v podstatě podle pečujících „poškozený“ ani „neví“. Pocit nedostatku se v celé své šíři odrazí - projeví ve vlastním prožívání umírání, nemoci - přestože se jinak péče o jedince z pohledu zdravotníka, sestry, jeví jako „dokonalá“ a komplexní.

V závěru kapitoly potřeb nemocných v paliativní péči jsou vyzdvihnuty potřeby, které plně respektují téma diplomové práce: McIlmurray et al. (2003, s. 49-54) svou pozornost zaměřují na psychosociální potřeby nemocných v terminálním stádiu nemoci; uvádí jejich specifické, konkrétní seskupení:

- potřeby spjaté s profesionály, kteří zajišťují péči
- potřeba dostávat informace – být informován
- potřeba podpory
- potřeba objevení emocionální potřeby i vlastní identity
- duchovní (spirituální) potřeby
- praktické potřeby.

Aby mohla být péče poskytována dokonale, komplexně (s ohledem na aktuální přání i potřeby nemocných). „Provázaná“ všemi složkami týmu v paliativní péči. Je nezbytné, objektivní,

přehledné i souhrnné, přesné zaznamenávání - měření. Existuje řada dostupných měřících nástrojů využitelných v paliativní péči. Vhodných a v současné době nejčastěji používaných pro hodnocení potřeb pacientů. Prozatím publikovaných v cizím jazyce, jak uvádí v časopise Onkologie autorka Bužgová a kolektiv (2013a, s. 310-314):

- NEQ (Needs Evaluation Questionnaire)
- NEST (Needs at the End-of-Life Screening Tool)
- PNAT (Patient Needs Assessment Tool)
- PNPC (Problems and Needs in Palliative Care Instrument)
- SCNS (Supportive Care Needs Survey)
- SPEED (Palliative and End of Life Care Needs in the Emergency Department)
- PNI (Psychosocial Need Inventory)
- CPNS (Cancer Patients Need Survey)
- CPNQ (Cancer Patients Need Questionnaire) (Bužgová, 2015, s. 41-44).

Není-li možné prožít, příp. uvědomit si, co všechno nemocný vlivem závažné nemoci ztrácí, ať už se jedná o jméno, postavení, životní rytmus, práci, volnost pohybu, životní jistotu, soukromí, stud, stravovací zvyklosti i mnohé další. Naopak s příchodem choroby nastupují prožitky z nepříjemných vyšetření, nevídané přítomnosti jiných pacientů, bolest, slabost a obavy. V průběhu nemoci, především však v závěrečné etapě lidského života, se prioritou potřeb mění - nad dříve prvořadými potřebami biologickými nabývají na významu potřeby spirituální (Svatošová, 2011, s. 18-19).

### **2.1.1 Fáze umírání podle Elisabeth Kübler-Rossové**

Proslulá psychiatricka, filantropka a spoluzakladatelka světového hospicového hnutí Elisabeth Kübler-Rossová významným způsobem, na základě vlastních osobních zkušeností se smrtí, umíráním a úzkou spoluprací se „svými“ pacienty, jimž se převážnou část svého života ráda věnovala. Převratně změnila způsob nahlížení na smrt, umírání - zbavila ji mýtů - nabídla nový přístup nejen ke smrti, umírání, ale především změnila přístup k samotným – jedinečným - bytostem lidským, umírajícím. Popsala a rozdělila rozsáhlý proces umírání do pěti, v současné době nejznámějších, stádií:

- **1. stádium – popírání + izolace** – otřes, šok, snaha zotavit se z první reakce na zprávu o terminální povaze onemocnění, vystupňovanou např. úzkostným odmítáním stanovené diagnózy po jejím předchozím strohém, necitlivém vyřčení;

ev. také v době, kdy na „pravdu“ ještě nebyl nemocný dostatečně připraven, nebyl schopen ji přijmout. Úplným nebo částečným popíráním procházejí téměř všichni pacienti (v prvních, ale i pozdějších fázích umírání, nemoci) – odmítání, popírání reality – se stává účinným nárazníkem pro nenadále i šokující zprávy, prostorem pro mobilizaci mírnějších i méně radikálních obranných strategií. Odmítání – negace – jako dočasná obranná reakce je nahrazena přijetím skutečnosti

- **2. stádium – zlost** – po dolehnutí reality v celé své šíři nastupuje nová reakce – není-li možné již setrvávat v prvotním popírání, odmítání – projevují se pocity zlosti, závisti vzteku, rozmrzelosti. Jejímž logickým vyústěním je otázka: „*Proč zrovna já?*“ Zatímco první stádium - stádium popírání - jsou lidé v nejbližším okolí nemocného schopni tolerovat, v podstatě bez problémů jej přijímat. Stádium zlosti je pro ně i zdravotnický personál akceptovatelný jen obtížně. Hněv, kterým pacient útočí na všechny strany; proti komukoli, kdo se zrovna namane. „Neschopní“ lékaři, „*drží člověka v nemocnici zbytečně dlouho a nerespektují jeho přání dostat alespoň tu a tam*“ pomoc „*nad rámec běžných služeb.*“ Častým terčem jeho zlosti jsou právě zdravotní sestry. Pacient je vezme „na milost“ v případě jejich upřímné, maximálně možné empatie a plné přítomnosti. Setkání s rodinou bývá častým zdrojem oboustranné nelibosti i bolestné zkušenosti v krutém sledu vážných, nepředvídatelných událostí. Umocňuje pacientovu zlobu i hněv. Nepřijetím, nedostatečnou snahou okolí vcítit se do postavení pacienta (nerozpoznáním její podstaty) je negativně ovlivněn postoj nemocného v dané situaci i v přímé souvislosti s okolím. „Odrazí se“ negativně nejen v přítomnosti, ale i v nejbližší možné budoucnosti. K zásadním požadavkům pro snadnější vzájemnou spolupráci patří tolerantnost k pacientově racionálnímu i iracionálnímu chování. Teprve pak se stává „*člověkem, který se od ostatních odlišuje, a přece je jimi přijímán a milován*“
- **3. stádium – smlouvání** – přesto, že je méně známé, kratší než všechna stadia předešlá, je pro pacienta stejně důležité. Charakteristickým úhybným manévrem před skutečností je „odměna za dobré chování“ a možnost splnění přání – prodloužit život, být bez bolesti a různých fyzických potíží. Smlouvy uzavírané s Bohem jsou zpravidla drženy v tajnosti. Přínosem v péči o tyto pacienty je interdisciplinární přístup, neboť „*z psychologického hlediska mohou být sliby spojeny s utajeným pocitem viny*“

- **4. stádium – deprese** – pocit velké ztráty, která brzy vystřídá původní zaraženost, stoicismus, hněv a zlost, může mít mnoho podob. Nedostatek se projeví v pacientově finanční oblasti, v přímé souvislosti se vzrůstajícími náklady na hospitalizaci, rozsáhlé léčení, v důsledku dlouhodobé pracovní neschopnosti. Absencí v zaměstnání „finanční jistotu“ ztrácí – což prohlubuje smutek i pocit vlastní viny. Empatickým, citlivým přístupem lze bezpečně odhalit příčiny deprese, částečně zmírnit nerealistické pocity studu i viny (jež zpravidla depresi provázejí). Přirozené je respektovat „*prožívání hloubky i reálnosti*“ deprese a nezlehčovat ji
- **5. stádium – akceptace** – „*akceptace by neměla být chybně považována za šťastné stádium – je to téměř ztráta vědomí.*“ Častěji příbuzní nemocného, než on sám, potřebují podporu, pomoc, porozumění; pacient přechází v tomto stádiu do fáze smíření. Pravým opakem „*jsou pacienti, kteří bojují až do úplného konce, kteří zápasí a neustále v sobě živí naději, takže je téměř nemožné, aby dosáhli stádia akceptace. Jsou to ti pacienti, kteří jednoho dne řeknou – už prostě nemůžu dál*“ přestanou zápasit. V tom okamžiku svůj zápas „dohrají“, přestanou vzdorovat (Kübler-Ross, 1993, s. 35-120).

### 2.1.2 Péče o umírající v období - *pre finem; in finem; post finem*

Svatošová ve své publikaci Hospice a umění doprovázet uvedla vystihující, současnou realitu odrážející, stále aktuální, v budoucnu nepomíjející, skutečnost představující, silnou, pravdivou a nepopíratelnou myšlenku:

*„Na povolání se připravujeme často i mnohaletým studiem. Na manželství se stejně zodpovědně připravují jen někteří. Když se to napoprvé nevydaří, zkusí to na druhý pokus. Na smrt bychom se měli včas a velmi pečlivě připravit“* (Svatošová, 2011, s. 17).

Úkolem zdravotníků, především sester, jako nejbližších „důvěrníků“ v této nelehké, neznámé cestě životem je „dovést své pacienty bezpečně k cíli“ – k pokojnému, vnitřním klidem naplněnému, pro každého jedince jedinečnému, neopakovatelnému, „plně prožitému“ procesu umírání i k „dobré smrti“. Období umírání obsahuje několik jednotlivých fází, které na sebe postupně naléhají:

- **fáze (*prae finem*)** je různě dlouhá, může trvat jen pár měsíců, ale klidně i řadu let. Zahrnuje nejen péči, ale i doprovázení nemocného a jeho blízkých od okamžiku sdělení infaustní diagnózy až po nástup terminálního stádia nemoci. Zejména u onkologických pacientů je zásadní otázka „pravdy“, ale i problematika týkající

se změny životního stylu. Snaha dosáhnout remise, v rozličné délce i kvalitě smíření se nemocného s nemocí, je podstatou psychické pomoci. Nezbytná je aktivní spoluúčast nemocného

- **2. fáze (in finem)** zahrnuje umírání ve vlastním slova smyslu. Do popředí se dostávají otázky ritualizace smrti i problematika eutanázie. Péče poskytovaná v terminálním stádiu nemoci i po úmrtí nemocného je pro jeho nejbližší úzce spjata se značným emocionálním vypětím i diskomfortem. V této fázi se mohou projevit, a také se projevují příznaky blížící se klinické smrti
- **3. fáze (post finem)** je charakterizována péčí o tělo zemřelého i o pozůstalé. Kterým je třeba věnovat zvýšenou pozornost. V období prožívání zármutku a žalu je pro ně mnohdy velmi obtížné požádat své okolí o pomoc. Neboť často nejsou sami schopni tuto náročnou krizovou situaci zvládnout, mohou se projevit somatické či psychické potíže (Slamková, Poledníková, 2013, s. 25-29).

Sestry, jsou blízkým člověkem pacienta při poskytování paliativní péče. Proto mohou svým citlivým přístupem podpořit „bezpečnou a jedinečnou cestu“ pacienta jmenovanými fázemi. Prostřednictvím paliativní péče, která v sobě skrývá i tzv. „ulehčení“. Mnohdy velmi dlouhému, náročnému i neznámému procesu umírání. Pomáhá sestra svými znalostmi a odbornými dovednostmi pacientovi unést tíhu daných změn ve zdraví.

## 2.2 Koncepce paliativní péče

Výsledky průzkumu v evropských zemích, které se zabývají paliativní péčí i jejím vývojem, zveřejnila Evropská asociace pro paliativní péči (EAPC) v publikaci „*EAPC Atlas of Palliative Care in Europe (EAPC – Atlas paliativní péče v Evropě)*“. Jejich prostřednictvím byly poprvé porovnány údaje týkající se stavu paliativní péče v jednotlivých evropských zemích, včetně vypracované společné terminologie (ve shodě s jinými národními asociacemi). Tato dohodnutá terminologie stanovuje podklad pro tvorbu základních norem - norem a standardů nejen pro zdravotníky v hospicové, paliativní péči, ale i pro všechny ostatní oblasti zdravotnictví zprostředkovávajícím pacientům dostupnou paliativní péči.

Poznatky z přehledu publikací, řady různých zdrojů oficiálně uznávaných institucí (např. Rady Evropy), ale i odvozených od již existujících dokumentů organizací, asociací, výborů (jejich norem a standardů v oblasti paliativní péče) jsou zahrnuty v hlavních oblastech

norem v paliativní péči, s těmito klíčovými prvky:

- *„definice a terminologie v oblasti paliativní péče a hospicové péče*
- *společné hodnoty a filozofie*
- *úrovně péče*
- *skupiny pacientů*
- *zařízení a služby“* (Radbruch, Payne, 2010, s. 7-10).

EACP navržená a předložená definice paliativní a hospicové péče, s ohledem na rozdílnost evropských jazyků i kultur, bez možnosti nalézt úplný konsensus, představuje paliativní péči – jako *„aktivní celkovou péči o pacienta, jehož onemocnění neodpovídá na kurativní léčbu. Zásadně důležité je mírnění bolesti a dalších příznaků a sociálních, psychologických a duchovních problémů. Paliativní péče je ve svém přístupu interdisciplinární a do své působnosti zahrnuje pacienta, rodinu a komunitu. V jistém smyslu nabízí paliativní péče nejzákladnější koncepci péče – péči zaměřenou na naplnění pacientových potřeb a to bez ohledu na místo, kde pacient pobývá, ať doma, nebo v nemocnici. Paliativní péče ctí a chrání život. Umírání a smrt považuje za normální proces, smrt však ani neurychluje, ani neoddaluje. Usiluje o zachování maximální možné kvality života až do smrti“* (Radbruch, Payne, 2010, s. 14; Mitchell, Price, 2001, s. 59–62).

Definice Světové zdravotnické organizace (WHO) se nepatrně liší od výše uvedené definice EACP: *„paliativní péče je přístup, který usiluje o zlepšení kvality života pacientů a rodin, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožujícím onemocněním, a to prostřednictvím prevence a zmírňování utrpení včasnou identifikací a dokonalým zhodnocením a léčbou a mírněním bolesti a dalších problémů, fyzických, psychosociálních i duchovních“* (Gómez-Batiste, Porta-Sales, Pascual, 2007, s. 584-290; Radbruch, Payne, 2010, s. 14).

V Národním programu paliativní péče z prosince roku 2015 Česká společnost paliativní medicíny (ČSPM) předložila vizi obecné dostupnosti kvalitní paliativní péče všem potřebným pacientům, doplněnou jednotlivými cíli i úkoly. Společným zájmem zůstává s orgány státní správy, ostatními organizacemi, sdruženími a iniciativami, ztotožňujícími se s vizemi i cíli, vzájemně svou spoluprací na podkladě této platformy nadále rozvíjet.

Vize:

- zajistit dostupnost kvalitní paliativní péče ve všech segmentech zdravotního, sociálního systému v ČR pro všechny nevléčitelně nemocné

- příbuzným i rodinám pečujícím o pacienty v terminálním stádiu nemoci zpřístupnit adekvátní psychologickou i sociální podporu
- umožnit reálnou volbu prostředí, v němž každý nevléčitelně nemocný/občan vysloví přání dožít, včetně přání, týkajících se závěru jeho života.

Z celkového počtu 13 uvedených cílů Národního programu paliativní péče, pro potřeby diplomové práce, byly uvedeny 4 cíle (první v pořadí), vztahující se k paliativní péči a vzdělávání.

Cíle:

- v rámci pregraduálního vzdělávacího programu zdravotnických škol a lékařských fakult umožnit získat dostatečné znalosti i dovednosti v obecné paliativní péči
- postgraduálním vzděláváním lékařů i specializačním vzděláváním sester rovněž umožnit získat potřebné znalosti a dovednosti v obecné paliativní péči, s ohledem na odbornost, příslušný obor
- neomezovat dostupnost fungujícího systému specializačního vzdělávání lékařů, sociálních i pastoračních pracovníků, psychologů v paliativní péči, tento fungující systém nadále rozvíjet (sloučeny dva cíle – podobné znění).
- pomocí zdravotnických i nezdravotnických pracovníků (různých odborností) v rámci svých oborů, včetně přílehlých kompetencí, aktivně poskytovat péči nevléčitelně nemocným v oblasti obecné paliativní péče.

Zbývajících 8 cílů, uvedených tamtéž, sdružovalo specifika obecné i specializované paliativní péče.

Úkoly stanovené Národním programem paliativní péče:

- prostřednictvím vytvoření metodiky pro poskytování specializované paliativní péče ve zdravotnických zařízeních (lůžkových oddělení, konziliárních paliativních týmů nemocnic) umožnit zrealizovat pilotní studie, s cílem zjistit efektivitu nabízených služeb
- v rámci pregraduálního kurikula lékařů i sester zařadit paliativní medicínu a paliativní péči (jako povinnou výuku paliativní medicíny – v minimální délce rozsahu jednoho semestru) na všechny lékařské fakulty v ČR
- pokračovat a podporovat rozvoj specializačního vzdělávání lékařů v nástavbovém oboru paliativní medicíny
- umožnit rozvoj akreditovaného specializačního vzdělávání sester v oboru paliativní péče prostřednictvím každoročně otevíraného kurzu v Brně nebo v Praze

- zajistit rozvoj a zpřístupnit specializační vzdělávání i jiným oblastem paliativní péče - sociálním pracovníkům, psychologům či pastoračním pracovníkům, aj. (Kabelka, Sláma, Loučka, 2015).

Jednotlivé prvky (vize, úkoly a cíle) Národního programu paliativní péče ČR výrazným způsobem zasahují a ovlivňují jednotlivé koncepce paliativní péče v Olomouckém a Zlínském kraji.

Dostupná Koncepce podpory rozvoje paliativní péče v Olomouckém kraji reaguje na potřebu detabuizace smrti za účelem zlepšit péči o nemocné v závěru života. Nezkresleně, zcela otevřeně prostřednictvím „odkrývání slabin“ současného systému předkládá dostupné možnosti k jejímu zlepšení – k rozvoji paliativní péče. Vlastním cílem této koncepce je seznámit se s aktuální situací v rámci poskytované paliativní péče v Olomouckém kraji. Jmenovat a zaměřit pozornost na „bílá místa“ (v dostupnosti ambulantní, domácí, lůžkové paliativní péče potřebným občanům i jejich blízkým), zformulovat opatření k podpoře jejího zajištění, prostřednictvím rozvoje z úrovně kraje, umožnit tak „*přispět k iniciaci systémových změn v této oblasti na národní úrovni tak, aby mohly být naplněny vize obsažené v citovaném Národním programu*“ (Koncepce podpory rozvoje paliativní péče v Olomouckém kraji, 2017-2018, s. 6).

Také ve Zlínském kraji v současné době probíhá příprava Integrované strategické koncepce pro řízení zdravotnictví a rozvoj zdravotnických služeb ve Zlínském kraji, týkající se období let 2020-2030. Kde je mimo jiné zohledněn nepříznivý demografický vývoj – ve smyslu stárnutí populace, včetně řady zdravotních i sociálních rizik s ním spojených, a tím spojených i s paliativní péčí. Předmětem zájmu je optimalizace budoucího lůžkového fondu (jeho struktura, kapacita, efektivní využití); personální i technické zabezpečení a především rozvoj domácí péče – dostupných služeb v přirozeném prostředí pacienta; i mnohé další (Vandík, 2018).

Nově otevřené paliativní týmy v rámci nemocnic:

- od 1. června 2019 ve Fakultní nemocnici v Olomouci
- od ledna 2019 ve Zlínské nemocnici (Fakultní nemocnice Olomouc má svůj paliativní tým. Pomůže pacientům se závažným, život ohrožujícím onemocněním, 2019; Paliativní péče, 2012).



Výsledky výzkumu EACP (Evropské asociace pro paliativní péči) a vypracovaná, jednotná terminologie (uznávaná v jednotlivých Evropských zemích) umožnili sjednotit, zpřístupnit a předložit údaje, které stanovili rámec pro tvorbu norem a standardů také všem pracovníkům v paliativní péči i v ČR. Které se projevují každodenně v kvalitě a úrovni poskytované paliativní péče.

### **2.3 Významné osobnosti v paliativní péči**

Významné osobnosti v paliativní péči souvisí vždy i s institucemi, které poskytují paliativní péče.

Rozvoj specializované paliativní péče v České republice setrval (vlivem odlišné politické i ekonomické situace v porovnání se situací ve vyspělých zemích) a jeví se nyní opožděným až o několik desítek let. První polovina 90. let – kdy byl vývoj paliativní péče teprve v počátcích – patřila k významným obdobím její historie. Nemocnice v Babicích nad Svitavou uskutečnila první pokus o zřízení lůžkového oddělení paliativní péče (v roce 1992). Nedlouho po té, v roce 1995, byl otevřen první samostatný lůžkový hospic v Červeném Kostelci. V období 2011-2015 byla paliativní péče v ČR poskytována 14 lůžkovými hospici (s celkovou kapacitou 370 lůžek), několika týmy domácí hospicové péče i 2 specializovanými ambulancemi (Strategie rozvoje paliativní péče v České republice na období 2011-2015, 2016, s. 8).

Významnou i vůdčí osobností hospicového hnutí v České republice je Marie Svatošová, autorka řady knih i držitelka významných ocenění. Vydáním knihy Hospice a umění doprovázet s úmyslem o krátký čas předstihnout otevření Hospice Anežky České v Červeném Kostelci, pomoci správně pochopit význam donedávna neznámého pojmu – hospic. Autorka přibližuje veřejnosti, jak správně a „lidsky“ doprovázet těžce nemocné teoreticky i prakticky (včetně skutečných příběhů ze života lidí). Kniha obsahuje také informace, týkající se hospicového hnutí. Během 16 let procházela aktualizací (nově uvedena III. část), 7. doplněné vydání reaguje na zájem veřejnosti, přesto, že z předchozích 6 vydání koluje mezi lidmi 35 tisíc (dotovaných = zdarma distribuovaných) výtisků (Svatošová, 2011, s. 6-140). Po promociích Marie Svatošová nastoupila jako lékařka na „internu“ v Semilech, absolvovala také roční sesterskou praxi na neurochirurgii (na fakultě si od druhého ročníku tamtéž i přivydělávala). Později jako závodní lékařka zajišťovala lékařskou péči (OÚNZ Okresní ústav národního zdraví) převážně většině nelékařům (zdravotním sestřám, ošetřovatelkám, řidičům sanitek, pomocnému personálu, administrativnímu a technickému úseku,

laborantkám, apod.). Své zkušenosti s hospicovými pacienty získávala i prostřednictvím časově náročných pohotovostních služeb. V případě zájmu ze strany pacientů o její přítomnost poskytovala své soukromé telefonní číslo. Tehdy ještě netušila, že se jednalo o přípravu na budoucnost – „*praktickou školu doprovázení umírajících*“. Díky dlouholetému duchovnímu vedení paterem Ladislavem Kubíčkem na sobě Svatošová nepocítila syndrom vyhoření během celého svého profesního života. Podobná možnost mnoha zdravotníkům však není dostupná. Společně s Janou Sieberovou, pod supervizí kaplana Pavla Rouska (hořického domácího hospice) řadu let pořádají sestrami vítané duchovní obnovy. Autorka i přes časovou vytíženost akci komentovala slovy: „*Vidím, že neházím hrách na stěnu. Když sestřičky v sms píšou: žijeme z toho pak celý rok, mám radost a na únavu zapomenu*“ (Svatošová, Palán, 2018, s. 31, 33, 39, 63).

Mezi specializovaná zařízení přístupných v paliativní péči, v nichž lze nemocným v závěru jejich života zajistit stálou ošetrovatelskou péči, patří hospice (Kelnarová, 2007, s. 50). Podstatou hospicové péče „*myšlenky hospice*“ je přistupovat s úctou k životu i k člověku jako jedinečné, neopakovatelné bytosti. „*Jde o to, naplnit dny životem, nikoliv život naplnit dny*“ (Svatošová, 2011, s. 115).

U zrodu hospicové péče a zakladatelkou hospicové péče je Cicely Mary Strode Saunders. Její životní příběh započal 22. června 1918, narozením ve velmi úspěšné anglické stavovské rodině jako první ze tří dětí. Od 14 let, kdy nastoupila do výběrové internátní školy pro dívky, prošla nelehkou cestou životem, v němž musela mnohdy svůj prvotní záměr změnit, vlivem nepříznivých okolností. V roce 1939 po úspěšném ukončení studia výběrové internátní školy, nastoupila na Oxfordskou univerzitu (se zaměřením na politiku a ekonomii). Po dvou letech studium přerušila a nastoupila do školy pro zdravotní sestry v Londýně (při nemocnici svatého Tomáše). Onemocnění páteře ji neumožňovalo vykonávat profesi sestry, návratem zpět na Oxfordskou univerzitu zahájila i dokončila studium v oboru veřejné a sociální správy. Práce v několika velkých nemocnicích ji naplňovala zejména v blízkosti pacientů umírajících daleko od domova. Podstatou impulzu myšlenky vytvořit více domovů pro tyto nemocné byl pacient David Tasma (uprchlík z varšavského ghetta, jenž docestoval až do Londýna). Stal se pro Cicely Saundersovou inspirací pro další profesionální záměr. Po ukončení studia medicíny (aby mohla být blíž umírajícím) v roce 1956 - ve svých 38 letech, pak v roce 1958 pokračovala jako výzkumná pracovnice na zdravotní škole Panny Marie (úzce propojenou s Hospicem svatého Josefa v Hackney v East Endu), kde byly stanoveny základní principy hospicové péče. „*A právě zde Cicely Saundersová vyvinula systematický přístup k léčbě bolesti u nevléčitelně nemocných, zároveň kladla důraz na jejich emocionální, duchovní*

*a sociální potřeby,“ jestliže byla medicína na konci svých veškerých dostupných prostředků i možností „nabídla určitou pozitivní alternativu, která se zakládala na snaze zajistit úlevu od bolesti, zachování důstojnosti během následujícího krátkého, ale velmi těžkého období nevyléčitelně nemocného člověka.“ Svatý Kryštof – jako patron cestujících - se stal pro svou symboliku součástí názvu vlastního nově vybudovaného hospice - Hospic svatého Kryštofa – a v něm poskytovaná „hospicová péče by měla být péče na jejich poslední cestě životem.“ Nejen, že dalších 18 let zastávala pozici ředitelky hospice, u jehož zrodu stála, ale také se významným způsobem podílela na šíření myšlenky hospicové péče. Podpořila domácí péči i založení studijního oboru a umožnila i dalším se v této problematice nadále vzdělávat. Vydala více než 85 publikací, přeložených do několika světových jazyků, získala velkou řadu nejvyšších možných ocenění (za práci v sociální, zdravotnické i náboženské oblasti). V roce 1985 odešla Cicely Mary Strode Saunders z postu ředitelky Hospice svatého Kryštofa, pokračovala v psaní, nadále šířila myšlenku hospicové a paliativní péče. Zemřela 14. července 2005 v témž hospici, který před lety zakládala (Kvapilová, 2013, s. 2).*

Zemřelý přítel David Tasma (Tatner) jí odkázal nejen 500 liber jako základ k vybudování Hospice svatého Kryštofa (vzor kvalitní paliativní péče), zvažoval také myšlenku, že „v něm bude oknem“ – jedno mu pak bylo věnováno. Ale především dva principy péče, jimž zasvětila celý svůj život, na třetí si přišla sama, shrnula je slovy: „*Otevřenost, péče, která vychází ze srdce, a svoboda ducha jsou nejdůležitějšími vlastnostmi péče paliativní.*“ Její celoživotní práce zůstala odkazem, rozšířeným po celém světě, zejména však darem jak pro umírající, tak i pro žijící, ale především pro ty, jež jsou privilegováni ostatním v této nelehké situaci – nejvyšší nouzi, při umírání – pomáhat (Munzarová, 2005, s. 101; Saunders, 1999, s. 74-77).

Další velmi významnou osobností, již dříve zmiňovanou, měnící přístup i postoj k paliativní péči, je Elisabeth Kübler-Rossová (8. července 1926 – 24. srpna 2004). Kromě poprvé popsaných 5 stádií zármutku (vyrovnávání se se ztrátou) autorka 24 knih (vydaných v 36 jazycích) pomohla milionům lidí vyrovnat se závažným onemocněním i blížící se smrtí (vlastní či někoho z blízkých). Zaměřila se na péči o terminálně nemocné děti, staré lidi i pacienty s AIDS. Její oblast zájmu i působení byla však mnohem širší (Kübler-Ross, 2012, s. 5). K přínosným výsledkům lékařčina vědeckého zkoumání patřily praktické, vždy rychle získané poznatky. Vzhledem ke své rozsáhlé, vyčerpávající činnosti, během jednoho z pobytů (v rámci obvykle pořádané šňůry seminářů a přednášek) v Austrálii pravděpodobně na vlastní kůži prožila osobní zkušenost s burn-out syndromem, s nímž se vypořádala svým charakteristickým a sobě vlastním způsobem. Podstatou sdělení Elisabeth Kübler-Rossové a jí zdůrazňovaným poselstvím je především uspořádání vlastních „nevyřízených záležitostí“

všech pracovníků v pomáhajících profesích, jež řadila k prioritám při předávání užitečných informací, týkajících se péče o umírající i jejich nejbližší, směřovaných k lékařům, ošetřujícímu personálu, sociálním pracovníkům i duchovním. Během 70. – 80.tých let minulého století byla její první kniha zařazena mezi povinné učebnice pro všechny zdravotní sestry i lékaře (materiálem požadovaným, příp. dotazovaným při závěrečné zkoušce) mimo USA i v dalších zemích (Kübler-Ross, Haro, 2013, s. 8, 16-17, 23-24). Hlavním, opěrným bodem, součástí jejího profesionálního odkazu i náplní učení, využívaného v praxi bylo „*poskytovat umírajícím opravdu lidskou péči a upozorňovala na zásadní význam ničím nepodmiňované lásky.*“ Mezi stovkami organizací, jež svým úsilím pokračují v její práci, existuje přímo nadace Elisabeth Kübler-Rossové, která nosí její jméno (Kübler-Ross, 2012, s. 5).

Náročnost péče o pečovatelky potvrdila i doktorka Sheila Cassidy, pracující a pečující po 12 let v jednom z prvních anglických hospiců o pacienty, zaměstnance (zdravotní sestry i veškerý personál). Jednoznačná odpověď na otázku, co pro ni představovalo největší práci, zněla: psychický stav personálu, o nějž bylo nezbytné starat se mimořádně intenzivně. Soubor stěžejních 16 bodů péče o pečující je uveden v publikaci Duševní hygiena zdravotní sestry (Křivohlavý, Pečenkova, 2004, s. 10-11).

Nutná podpora pečujících poskytujících paliativní péči je podmíněna odborným a kontinuálním vzděláváním a pracovními podmínkami, které zahrnují prevenci syndromu vyhoření.

### 3 VZDĚLÁVÁNÍ V PALIATIVNÍ PÉČI

Pro zajištění plynulého průběhu „dobré“ paliativní péče patří odborné kompetence sestry, které se mohou podílet, se svým dosaženým vzděláním, na rozvoji ošetrovatelské paliativní péče. Všechny dostupné možnosti pomoci nemocným v paliativní péči je třeba zcela využít v praxi.

Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP (založená v roce 2009) „převzala aktivitu v organizaci specializačního vzdělávání lékařů. Pokusila se také podpořit vzdělávání zdravotních sester.“ Ve spolupráci s Open Society Found a Evropskou asociací pro paliativní péči se stal pro ČR velkým přínosem kurz ELNEC (End Of Life Nursing Education Consortium). Organizací těchto kurzů ve společné akreditaci s ČALS zajišťuje domácí hospic Cesta domů v Praze, nyní také ve spolupráci s Centrem paliativní péče Praha ([www.paliativnicentrum.cz](http://www.paliativnicentrum.cz)). Obsahuje 8 modulů s celkovou dotací 35 výukových hodin:

- *„úvod do paliativní péče*
- *léčba bolesti*
- *léčba příznaků*
- *etické záležitosti v paliativní péči*
- *kulturní a duchovní aspekty péče*
- *komunikace*
- *ztráta, zármutek, žal*
- *poslední hodiny.*“

Od roku 2011 u nově konstruovaného nadstavbového oboru paliativní medicína, specializačního lékařského vzdělávání, je účastníkům po celou dobu vzdělávacího programu poskytován garant (lektor, s několikaletou praxí v oboru). Teoretická příprava lékařů probíhá prostřednictvím 7 kurzů (doba trvání přibližně 6-8 měsíců, vhodně absolvovaných - nejlépe krátce po sobě) v celkové dotaci 137 hodin (Kabelka, 2017, s. 47-49). V rámci studijního programu Všeobecného lékařství (s názvem předmětu - paliativní medicína 2) proběhla v letošním roce (2019) výuka v rozsahu 6 hodin praktických cvičení + 14 hodin seminářů v posluchárně Hemato-onkologické kliniky; v Hospici na Svatém kopečku nebo na Oddělení následné intenzivní péče Vojenské nemocnice v Olomouci, s těmito tématy:

- *„paliativní medicína – principy, klinické, etické a právní aspekty; kvalita života a plány péče*

- *bolest a její léčba; paliativní péče v intenzivní medicíně; limitace péče a dříve vyslovená přání*
- *symptomy pokročilého onemocnění a jejich léčba; sociální problematika v podmínkách FN*
- *hospicová péče; sociální práce v podmínkách hospicové péče*
- *co je následná intenzivní péče a dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče?; paliativní péče s ní spojená (oddělení NIP a DIOP VN Olomouc)*
- *paliativní péče v hematologii, symptomy a léčba*
- *paliativní péče v pediatrii a neonatologii*
- *duchovní péče a doprovázení*
- *mobilní hospicová péče; multidisciplinární tým; péče o pozůstalé (Mobilní hospic Ondrášek)*
- *komunikace s pacientem v závěru života a jeho blízkými; praktický kurz“ (Studijní program, 2019).*

Cílem vzdělávání „Paliativní péče v domovech pro seniory“, určenému zdravotnickým i nezdravotnickým pracovníkům, je představit principy paliativní péče a zaměřit svou pozornost na oblast sociálních služeb. Vzdělávání probíhá v 8 (45 minutových blocích), v nichž se účastníci interaktivní formou seznamují nejen s definicí, formami paliativní péče, specifiky v symptomatologii terminálně nemocných, ale především se strategiemi plánování péče, s možnostmi implementace prvků paliativní péče v domovech pro seniory. Ukázkový harmonogram kurzu:

- *„zahájení kurzu, představení lektorů, očekávání*
- *potřeby a priority klientů v závěru života*
- *definice a historie paliativní péče*
- *formy paliativní péče*
- *nejčastější symptomy v závěru života a jejich řešení*
- *komunikace a plánování péče*
- *paliativní péče v domovech pro seniory – očekávání a limitace*
- *paliativní péče v domovech pro seniory – metodika, zahraniční zkušenosti*
- *závěr a zhodnocení kurzu.“ (Paliativní péče v domovech pro seniory, [2019]).*

Požadavky na vzdělání i náročnost v paliativní péči se projevují nejen v lékařské, ale i sesterské profesi.

Pohlová, Kozáková, Jarošová zjišťovaly míru vyhoření zdravotních sester pečujících o seniory i nemocné s psychickým handicapem. Předmětem jejich zájmu byla přímá souvislost mezi syndromem vyhoření zaměstnanců, věkem, rodinným stavem, vzděláním, délkou praxe a hodnocením náročnosti práce. Výzkum potvrdil, že sestry, které považují svou práci za velmi stresující, vykazují vysokou míru emocionálního vyčerpání (Pohlová, Kozáková, Jarošová, 2011, s. 274-277). Je-li uvažováno o syndromu vyhoření v rámci profese – je vždy třeba vyloučit nedostatečné kompetence, vzdělání; příznak duševní nemoci i emocionální vyčerpání mimopracovní (Venglářová, 2011, s. 23). Všechny typy kontinuálního systému vzdělávání - pregraduální, postgraduální, specializační – formují charakteristiku sester – vzhledem k charakteru sesterské práce; především však jejich flexibilitu, schopnost pohotově reagovat ve složitých situacích i při každodenní konfrontaci s přísunem velkého množství nových informací (Ondriová, Sinaiová, 2011, s. 55). Nezodpovězenou otázkou však zůstává, zda zvyšováním vzdělání sester lze alespoň částečně zajistit snížení psychického vypětí, pracovního zatížení, časové náročnosti v této dynamicky se vyvíjející profesi.

Dnešní moderní doba charakteristická svým snadnějším přístupem ke značnému množství informací (odborných i laických) nabízí řadu dostupných možností sestrám rozvíjet se v oblasti vzdělávání v paliativní péči a doplnit si své doposud dosažené vzdělání. Největší odborný informační portál pro všechny nelékařské zdravotnické pracovníky v ČR od roku 2009 poskytuje prostor ke sdílení informací, výměnu zkušeností mezi nimi i pracovníky v sociální oblasti (<https://www.osetrovatelstvi.info/jak-se-stat-vseobecnou-sestrou/>). Nabízí nejen různá doporučení např.: „*Spolek vysokoškolsky vzdělaných sester; Česká asociace sester; HealthCare Institute o. s.; Medicína, nemoci a studium na 1. LF; Mozkocvična*“ (Jak se stát všeobecnou sestrou, 2017).

Vzdělávání sester v současném moderním ošetrovatelství vychází z historie oboru ošetrovatelství. Během dlouhého vývoje prochází ošetrovatelství a paliativní péče značnou proměnou, a to od charitativního pojetí péče až po organizovanou činnost zaměřenou na péči o nemocného, podloženou odbornými znalostmi. Pregraduální vzdělávání sester v ČR probíhá formou bakalářského, magisterského nebo doktorského studia programu Ošetrovatelství, obor Všeobecná sestra (VOŠ, VŠ) - nemá odborné zaměření, ale pevně stanovené požadavky na minimální počet splněných teoretických a praktických hodin. Paliativní péče je povinnou

součástí studijního plánu. Postgraduální vzdělávání sester v ČR probíhá formou akademického a specializačního vzdělávání (magisterské, doktorské studium). Sestra pro: intenzivní, perioperační péči, perfuziologii, transfuzní službu, geriatrii, domácí a hospicovou péči, ošetrovatelskou péči ve vybraných klinických oborech (pediatrie, interní a chirurgické obory, psychiatrie) (Vzdělávací programy specializačního vzdělávání pro nelékařské zdravotnické pracovníky dle Nařízení vlády č. 31/2010 Sb., 2010).

*„Cílem specializačního vzdělávání v oboru Ošetrovatelská péče v interních oborech je získání specializované způsobilosti s označením odbornosti Sestra pro péči v interních oborech osvojením si potřebných teoretických znalostí, praktických dovedností, návyků týmové spolupráce i schopnosti samostatného rozhodování pro činnosti stanovené platnou legislativou“* (Vzdělávací program specializačního vzdělávání v oboru ošetrovatelská péče v interních oborech, s. 2). Optimální doba specializačního vzdělávání stanovená Ministerstvem zdravotnictví České republiky (dále jen MZ ČR) je 18-24 měsíců, již lze prodloužit nebo zkrátit, jsou-li zachovány počty hodin vzdělávacího programu. Tento program zahrnuje celkem 560 hodin teoretického vzdělávání a praktické výuky (praxe = alespoň 50 % z celkového počtu hodin). Vzdělávací program obsahuje mimo základní modul i odborné moduly (včetně stanoveného počtu kreditů). Každý z nich je ukončen zhodnocením úrovně dosažených výsledků vzdělávání v jednotlivých modulech. Cílem třetího – z celkového počtu čtyř modulů - modul 2 (Specializovaná ošetrovatelská péče v geriatrii) s rozsahem 5 dnů teoretické výuky (1 den = 40 hodin), odborné praxe na pracovišti (geriatrickém oddělení, léčebně pro dlouhodobě nemocné, oddělení následné péče) je sestaven tak, aby připravil všeobecnou sestru pro specializovanou ošetrovatelskou péči o seniory. Učivo tohoto odborného modulu vystihují jeho témata:

- *„komplexní geriatrické hodnocení*
- *specializovaná ošetrovatelská péče u vybrané problematiky geriatrické křehkosti a nestability*
- *specializovaná ošetrovatelská péče u pacientů s velkými geriatrickými syndromy*
- *zvláštnosti farmakoterapie u geriatrických pacientů*
- *edukace pro pečující o seniory v jejich vlastním prostředí*
- *zdravotní a sociální služby pro seniory.“*

Absolvent/ka uvedených modulů je (mimo jiné) *„připravena poskytovat paliativní péči, vyhledávat aktuální potřeby pacienta a koordinovat týmovou spolupráci v péči o pacienta v terminálním stádiu,“* ale také *„edukovat pacienta a jím určené osoby v oblastech prevence*



*onemocnění, přitom spolupracovat s fyzioterapeutem, nutričním terapeutem a zdravotně-sociálním pracovníkem; provádět poradenskou a dispenzární činnost zaměřenou na problematiku onemocnění vnitřních orgánů, indikovat zdravotnické prostředky; hodnotit a ošetřovat chronické rány a doporučovat vhodné krycí materiály“ (Vzdělávací program specializačního vzdělávání v oboru ošetrovatelská péče v interních oborech, s. 2-20).*

V průběhu více než 50tiletého působení Národního centra ošetrovatelství pro nelékařské zdravotnické obory lze letos vybírat z Nabídky vzdělávacích akcí na rok 2019. K problematice paliativní péče je přínosným např.: certifikovaný kurz Paliativní péče (pro všeobecné, dětské a praktické sestry), který proběhl v měsíci březnu a květnu 2019, zahrnoval témata: paliativní péči, bolest, psychologická témata, sociální problematiku, spirituální potřeby, péče o pozůstalé a rodinu, domácí paliativní péči i právní problematiku, aj. (Mikulková, 2018).

Role sestry dle ICN (Mezinárodní radě sester) při poskytování péče umírajícím i jejich rodinám spočívá v tom, že jsou jedinečným způsobem připraveny poskytovat tuto soucitnou a kvalifikovanou péči. Svou nezastupitelnou, zásadní roli plní v paliativním přístupu: snižováním utrpení, zlepšováním kvality života umírajících i jejich rodin, prostřednictvím včasného hodnocení, identifikace a zvládnutím bolesti, včetně pacientových potřeb (psychologických, fyzických, spirituálních a kulturních) ICN, 2012, online.

## 4 ZÁTĚŽ A STRES V PRÁCI SESTRY

Zdravotnická povolání, vzhledem k vlastní odborné přípravě i požadavkům na profesionální výkon, lze zařadit k těm fyzicky i psychicky nejnáročnějším. Přímo ohrožených řadou zdravotních potíží, s nimi souvisejících (např. při manipulaci s nemocným – zatížen pohybový aparát). Úzký kontakt při poskytování paliativní péče s umírajícím a jeho příbuznými je vnímán sestrami jako velmi stresující. Pro vysoké požadavky na jejich odbornost, dovednost v komunikaci i profesionální zralost (Novotná, Valentová, 2011, s. 26). Podstatou holistického (celostního) přístupu v péči o člověka i jeho zdraví je podle Mastiliakové, v rámci uspokojování potřeb negativně emočně laděných jedinců, u sester značným zdrojem stresu a velmi náročné. Sebepoznání, sebeovládání, schopnost zvládat stres ve vlastním životě je nezbytnou součástí účinné pomoci směřující k ostatním, kteří ji potřebují (Mastiliaková, 2010, s. 12).

Zátěž je definována jako vzájemná interakce mezi požadavky, jež jsou na člověka během života kladeny, v různých situacích i prostředí a mezi mírou vybavenosti tyto požadavky zvládnout – vyrovnat se s nimi. Reakce člověka na zátěž je souhrnná, komplexní, psychofyziologická, nikoli pouze tělesná nebo duševní (Hladký, Židková, 1999, s. 7).

Péče o lidskou bytost, procházející terminální fází života v období umírání i po něm, je pro sestry, ale i nejen je, i pro nemocného příbuzné, velmi fyzicky i psychicky vyčerpávající a náročná. Mimo značnou časovou náročnost při provádění všech důležitých ošetrovatelských úkonů nelze opomenout značné psychické vypětí zainteresovaných osob, které spolu vzájemně existují ve velmi úzkém a blízkém vztahu, jež poskytuje umírajícímu „bezpečný rámec“ pro klidný, smířený a naplněný odchod. Pro krok, odkud zpravidla již není návratu.

Stres (nápor, zátěž, tlak – pochází z ang. stress) se stal synonymem toho, že v současné době nebo naopak dlouhodobě „není“ něco „v pořádku“, že někomu něco „přerůstá přes hlavu“ něco „není v rovnováze.“ Může mít mnoho podob. Existují dva druhy stresu: eustres (příjemný, radostný, dodává aktivní energii – přetížení v kladném slova smyslu) a distres (působí převážně škodlivě, je nepříjemný a vede naopak k negativnímu přetížení člověka). Může být však chápán i jako frustrace, což je stav, který může jedinec prožívat, nepodaří-li se mu dosáhnout vytyčeného cíle z důvodu překážek, jež se mu postaví do cesty. Se stavem frustrace souvisí nedostatek určitých podnětů (citových, smyslových), tento stav se nazývá

deprivace – strádání (Venglářová, 2011, s. 47-49). Pojem „vyhoření“ není totožný s pojmem „stres“. K vyhoření totiž dochází v důsledku opakovaného stresu, stresové faktory (spouštěče) hrají při vzniku syndromu vyhoření významnou roli (Stock, 2010, s. 15).

#### 4.1 Syndrom vyhoření

Dnešní moderní pojem „flow“ přednostně užívaný nejen v psychologii, ale i v hovorovém jazyce je definován jako „plynutí“ - protiklad vyčerpání, přetížení, zablokování nebo vyhoření - znamená ponoření se do aktivit, kreativních činností, vyjadřuje pozitivní stavy. Vědomě, s plným nasazením a zaujetím lze s úspěchem vykonávat potřebnou činnost. Opakem této pozitivní zkušenosti je stav vyprahlosti, ustrnutí, tok energie neproudí, objevují se znamení, nakupí se překážky, projeví citová vyprahlost, frustrace a s nedostatečným uznáním ze strany okolí dochází k vyhasnutí vnitřního ohně, k vyhoření. Dříve, než jej může zpozorovat postižený jedinec, všimne si těchto změn spíše jeho nejbližší okolí (Grün, 2014, s. 7-15).

Vyhoření - psychické vyčerpání - burn-out syndrom se vyskytuje nejčastěji při dlouhodobém, bezprostředním, osobním styku s lidmi (v pomáhajících profesích): učitelé, lékaři, zdravotní sestry, duchovní, atd. Při kladení mimořádně vysokých požadavků na pracovníka, přetěžování, diktátorskému způsobu vedení, strohém pracovním režimu, přísných pravidlech nebo naopak při dlouhodobém neúspěšném jednání (s lidmi, uzavíráním dohod, obchodů a smluv) (Křivohlavý, 2012, s. 24).

*„Burnout je formálně definován a subjektivně prožíván jako stav tělesného, citového (emocionálního) a duševního (mentálního) vyčerpání, způsobeného dlouhodobým pobýváním v situacích, které jsou emocionálně mimořádně náročné. Tato emocionální náročnost je nejčastěji nastolena spojením velkého očekávání s chronickými situačními stresy“* (Křivohlavý, 2012, s. 12).

Syndrom vyhoření je dlouhodobý proces, s několika fázemi, jimiž nemocný může procházet postupně. Některé z nich však může vynechat nebo přeskočit. Jednotlivá stádia se vzájemně překrývají, hranice mezi nimi je neostrá, jednodušší model obsahuje pouze tři, složitější až dvanáct stádií. Stock uvádí jako příklad model fázový, autorů Edelwiche a Brodského:

- **idealistické nadšení** – počáteční velké ideály, nadprůměrné pracovní nasazení, obrovské množství energie jsou v nerovnováze s nároky, které na sebe jedinec (i své okolí) dobrovolně klade. Zásadní je vyváženost, umírněnost a odpovídající

### kompenzace vynaloženého úsilí

- **stagnace** – seznámení se s realitou, přehodnocování počátečních ideálů, prožitá první zklamání, počáteční nadšení opadává, výkonnost neklesá, probíhají změny v dosavadním žebříčku hodnot (pracovní záležitosti jsou upřednostňovány před rodinou). Pro postiženého a ani pro jeho okolí prozatím nejsou (zejména v počátcích) patrné žádné viditelné příznaky nemoci
- **frustrace** – omezenost vlastních možností, pochyby o smyslu vlastního snažení, uvědomění si vlastní bezmocnosti vůči neovlivnitelným okolnostem (problémy s byrokracií, nedostatečné ocenění) přechází ve zklamání
- **apatie** – opak frustrace, jejím obranným mechanismem je vnitřní rezignace. Práce se stává rutinou, kontakt s klienty i náročné úkoly jsou značně omezeny. Zcela se vytrácí počáteční nadšení, pocity rezignace doplňuje zoufalství z nedostatečných možností sebeuplatnění (Stock, 2010, s. 23-24).

Syndrom vyhoření (burnout syndrom) je stále častěji spojován s pomáhajícími profesemi, pracovníci v sociálních službách (jedna z nejohroženějších profesních skupin) jsou jím ohroženi nejčastěji. Následky syndromu vyhoření mohou pak citelně ovlivnit život pracovníka a dlouhodobě v něm přetrvávat (Hauke, 2017, s. 221). Neustále se zvyšující nároky na výkon zdravotnické profese negativně ovlivňují nejen profesní život pracovníka, ale i osobní (Ondriová, Slaninková, 2010, s. 27). Nutnost věnovat se tématu paliativní péče, včetně detabuizace smrti představuje nejen pro pracovníky ve zdravotnických i sociálních službách, ale především pro studenty, absolventy vzdělávacích institucí významný krok a stabilní oporu v jejich profesním rozvoji. Což dokládá i malý průzkum, který v roce 2009 (během svých přednášek) uskutečnila autorka Marková. V němž oslovila 30 zdravotních sester (16 sester uvedlo, že studovaly magisterský obor ošetrovatelství, zbývajících 14 svou profesi vykonávalo v několika zařízeních sociálních služeb). Zjistila, že polovina z uvedených respondentek neměla možnost setkat se v rámci rodiny s terminálním stádiem nemoci, smrtí ještě před nástupem na střední školu (Marková, 2010, s. 30). Na potřeby v paliativní péči reagují v současné době osnovy vzdělávacích programů škol i různé formy celoživotního vzdělávání.

Zvýšeným rizikem vzniku syndromu vyhoření u sester i výsledky daného výzkumu se zabývala řada autorů uvedených v kapitole 9 Diskuze. Zjištěné poznatky byly porovnány s výsledky výzkumu diplomové práce.

#### 4.1.1 Příčiny syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření bývá vyvolán výhradně dlouhodobým stresem, chronickou dysbalancí mezi zátěží a fází klidu (tedy mezi aktivitou a odpočinkem). Právě rovnováha mezi těmito dvěma póly je většinou narušena. Řada odborníků se ve své profesi (běžné praxi) zabývá problematikou profesního vyhoření. Tedy především problémy těch, na něž jsou v zaměstnání kladeny vysoké nároky (práce „přesčas“, „domů se chodí jen vyspat“) nebo také jejich vyhořením v osobním životě, popř. v rodinných vztazích (u lidí pečujících o chronicky nemocné či nemohoucí), zejména připojí-li se ještě i jiné problémy v zaměstnání, jako např. narušené pracovní klima.

K výrazným rizikovým faktorům v zaměstnání patří zvýšená pracovní zátěž – zaplavování nadměrným množstvím údajů, textů i studijních materiálů. Jsou kladeny vysoké nároky na kvalitu poskytovaných služeb, flexibilitu, rychlost, včetně regulativního prostředí. Zejména v některých profesích (pomáhajících nebo pečovatelských), v nichž je od jejich zaměstnanců ze stran úřadů a zaměstnaneckých svazů vyžadován neustálý přísun nejrůznějších dat, formulářů i oficiálních zpráv. Pracovník je neustále vyrušován při práci, vystavován velkému množství vnějších rušivých vlivů, nové technologie se učí ovládat více méně za pochodu a v co nejkratším čase. Řada výzkumů z oblasti psychologie práce a organizace dokládá, že čím je pole působnosti v zaměstnání širší, tím je pracovník spokojenější a práce ho víc baví. Podléhá-li naopak přílišné kontrole, vzrůstá v něm pocit nespokojenosti. Nedostatek volnosti ze strany nadřízených, nesvoboda a neustálý dohled začnou vadit. Následuje řada dalších rizikových faktorů: nedostatek uznání, špatný kolektiv, nespravedlnost, projeví se konflikt hodnot.

K zásadním rizikovým osobnostním faktorům patří určité vzorce chování, které mohou významným způsobem přispívat k rozvoji burnout syndromu: typ chování A (workoholik) a typ chování B (charakterizuje jej nižší míra nepřátelského chování, agresivity, soutěživosti nebo naopak větší trpělivosti, klidu a uvolnění). Mezi poháněcí mechanismy patří tzv. vnitřní hlas (Buď silný! Buď dokonalý! Buď se všemi zadobře! Buď rychlý! Zaber!). Existuje přímá souvislost mezi syndromem vyhoření a další motivátory, kterými jsou např.: přílišné sebevědomí, perfekcionalismus, upozadřování svých zájmů, neschopnost jednoznačně se vymezit, upřednostňování práce pod časovým tlakem a sklon nabírat na sebe víc povinností, než je dotyčný schopen zvládnout, nízká odolnost (Stock, 2010, s. 15-55).

Také Grün ve své publikaci uvádí pět příčin syndromu vyhoření, vychází ze zkušeností s lidmi, které doprovází, jsou jimi:

- *„perfekcionismus a tlak, jehož jsme původci*
- *kdo se řídí ostatními, onemocní*
- *stavění fasád nás okrádá o energii*
- *kdo přechází vlastní únavu, žije v nebezpečí*
- *příčiny nemoci v systému“* (Grün, 2014, s. 31-43).

#### **4.1.2 Příznaky syndromu vyhoření**

Mezi hlavní příznaky syndromu vyhoření patří vyčerpání, odcizení, pokles výkonnosti. Dochází postupně k celkovému emočnímu i fyzickému vyčerpání postiženého jedince. Prožívané pocity jsou spojeny spíše s depresí. V poli emočním se jedná o pocity strachu, sklíčenosti, beznaděje či bezmoci. Což může vyústit ve ztrátu sebeovládání – v podrážděnost s výbuchy vzteku, nekontrolovatelný pláč nebo v pocity apatie, ztráty odvahy, osamocení a prázdnoty. V poli fyzickém se dostaví chronická únava, slabost, nedostatek energie, projeví se mimo funkční poruchy také bolesti zad, svalové napětí, poruchy spánku, paměti, soustředění, zvýší se náchylnost k infekcím či nehodám (Stock, 2010, s. 19-20).

Nebezpečí syndromu vyhoření představuje celý soubor příznaků, které se projevují zejména ztrátou radosti ze života, ztrátou energie a nadšení, potřebných při výkonu profese (Hozenská, Dvořáčková, 2013, s. 129).

#### **4.1.3 Prevence syndromu vyhoření**

Sestry pečující o pacienty, kteří potřebují paliativní péči, se setkávají při své práci s vysokými nároky na jejich schopnost zvládat zátěž a denně jsou vystaveny různým stresovým faktorům.

Jedním z velmi náročných, ale i bolestných poznání pro nemocného i celý jeho pečující tým na cestě k dobré paliativní péči, je rozhodnutí pro paliativní postup. Neexistují-li již prostředky léčby vedoucí k pacientovu uzdravení, neboť je jeho stav už velmi vážný. Stěžejní je v tomto případě pravdivá komunikace s umírajícím (včetně zodpovězení všech jeho otázek) a akceptování jeho názoru na další postup (pokračovat či nikoli v intenzivní terapii) (Marková, 2010, s. 25).

Na potřeby sester v paliativní péči se zaměřila autorka Marková, ke každé z nich připojuje vlastní doporučení, mezi tyto potřeby patří:

- „*potřeba smět být smutný*“ – realizace vlastních rituálů v týmu paliativní péče (květina položená na postel zemřelého; rozsvícená svíce; případně účast na bohoslužbě, je-li to v možnostech zařízení)
- „*potřeba plakat*“ – zdůrazňuje nedostatečnou připravenost sester na první setkání se se smrtí, již je třeba věnovat v rámci přípravy na povolání řádnou pozornost
- „*potřeba smyslu*“ – pracovní spokojenost = poznat výsledky své práce; týmová spolupráce (prostřednictvím kladných stránek péče oceňovat vše co se zdařilo) včetně efektivního „docenění času před smrtí“. Změnit myšlení z: „ten už spěje k poslednímu, tady se nedá nic dělat“ k: „bohužel základní onemocnění nevyлéčíme, ale tento člověk má ještě mnoho úkolů a potřebuje v nich podpořit“
- „*mnohotvárnost života*“ – plně prožívat svůj život v celé jeho kráse (kvalitní mezilidské vztahy, procítit umění, vděčnost a lásku)  
(Marková, 2010, s. 32-35).

Důležité v případě nouze je také požádat i o pomoc. Existuje řada možností: oslovit někoho z blízkých (rodina, přátelé), najít společné řešení v pracovním týmu. Ale také nebát se, je-li to nezbytně nutné, navštívit i odborníka (Venglářová, 2011, s. 38-39). Každodenním uspokojování potřeb pacientů v paliativní péči vychází sestra především z toho „co potřebuje nemocný“, a vlastní aktuální potřeby odsouvá, v úmyslu věnovat se jim později, zbyte-li na ně čas. Péče o umírající je odlišná, specifická a psychicky velmi náročná.

Sestra v paliativní péči musí znát a respektovat provázanost vztahů mezi nemocným a jeho rodinou, závažnost onemocnění i vzájemné sdílení nevyлéčitelnosti, jejich dopad na každého z nich (Marková, 2010, s. 55). Nezbytným prvkem k „přežití sester“ v jejich náročné profesi je prevence syndromu vyhoření s řadou různých doporučení. Prvořadý je především zdravý životní styl, včetně zdravého stravování, dostatečného pohybu, pozitivní přístup k životu i celoživotnímu vzdělávání. Vyhledávání konstruktivního přístupu k problémům i k jejich řešení (Hauke, 2017, s. 230).

Závěr této kapitoly, týkající se prevence syndromu vyhoření, doplňuje Desatero péče o zdraví sestry autorek Černé a Kožíkové:

- *„žij zdravě – každý dobře víme, co to znamená; pokus se všechna tato pravidla skutečně ve svém životě dodržovat*
- *pracovní zátěž kompenzuj příjemnými mimopracovními zážitky a zálibami*
- *vytvoř si při směnném provozu jistou pravidelnost a symetričnost životního rytmu*
- *nepodceňuj biologická ani psychická rizika náročného sesterského povolání*
- *v zaměstnání dodržuj hygienická a bezpečnostní pravidla a předpisy*
- *občas se cíleně zamysli nad svými pocity, projevy, vystupováním, chováním, nad svojí „image“*
- *pečuj o své zdraví, objeví-li se potíže, nesnaž se je léčit sama, ale včas navštiv odborného lékaře a staň se řádným pacientem*
- *v případě nemoci dodržuj léčebný režim tak, jak by sis přála, aby ho dodržovali tvoji pacienti*
- *zvaž, co potřebuješ udělat pro své zdraví zejména ty osobně a doplň tím desatero, aby bylo úplné!*
- *pamatujte! Důvěřujte sami sobě, buďte sami sebou!“ (Černá, Kožíková, 2004, s. 265).*

Dle Markové, která se paliativní péčí u lůžka nemocného zabývá (vychází ze zkušeností své každodenní praxe), je potřebné navýšit počet personálu nemocnic oproti stávajícímu počtu, stanovenému jako minimální pro jednotlivá oddělení. Jako nejvýhodnější se jeví poměr počtu nelékařského zdravotnického personálu (sestry, zdravotničtí asistenti, ošetřovatelé), kteří vykonávají denní službu, vůči poměru k pacientům o rozloze 1:3; tak aby mohla být řádně uskutečněna dobrá praxe v paliativní péči na nemocničním lůžku (Marková, 2010, s. 24).

Podstatou vysoké úrovně a kvality poskytované „dobré“ paliativní péče je nejen účinná prevence syndromu vyhoření sester, ale i jejich dostatečné personální obsazení během pracovních směn.



## 4.2 Využití Meisterova dotazníku pro sestry v paliativní péči - k prevenci syndromu vyhoření

U hodnocení psychické zátěže při práci (vlivů pracovních činností na psychiku pracovníků) zajišťuje Meisterův dotazník orientační vyšetření psychické zátěže v pracovní oblasti. Pro získání výsledků lze využít dva způsoby vyhodnocení: dle jednotlivých položek nebo faktorů (u zatěžujících faktorů je rozhodující medián – jeho překročení kritických hodnot). Položky, v nichž medián překračuje kritickou hodnotu, určují negativní hodnocení práce; položky, kde medián kritické hodnoty nedosahuje, naopak hodnotí práci pozitivně - kladně. Meisterův dotazník lze zadávat skupinově či individuálně, jeho administrativu provádí určený pracovník. Autorem je W. Meister ze Zentralinstitutu für Arbeitsmedizin in Berlíně (NDR). Meisterův dotazník byl (v období 1976 – 1984) ověřován hygienickou službou. Existují i dotazníky jiné, např. k:

- „*hodnocení neurotických potíží (Dotazník N – 5)*“ – zjišťuje neurastenické, vegetativní, depresivní nebo úzkostné obtíže - získaná intenzita jmenovaných potíží předurčuje míru pracovníkových dlouhodobějších neurotických tendencí
- „*dotazník subjektivní hodnocení únavy (Dotazník SPÚ)*“ – zadává se na začátku i na konci pracovní směny – slouží ke zjišťování směnové únavy
- „*dotazník Personal Views Survey (PSV)*“ – v rámci sebeposuzování vlastní odolnosti = „*kombinaci tří struktur osobnosti odrážejících schopnost absorbovat dopady stresu na zdraví*“
- „*Bortnerův dotazník*“ – škála k vyhledávání a určování rizikových typů, postojů chování (charakteristických u osob ohrožených některými chronickými nemocemi nebo se zhoršeným zdravím v oblasti psychiky)
- „*dotazník zrakových potíží*“ – prostřednictvím subjektivního hodnocení osob s předpokládanou vyšší mírou zrakové zátěže ve vlastní profesi slouží ke zjišťování a sledování zrakové únavy – nejen v průběhu pracovní směny, ale i po práci (přetrvávání zrakových potíží ukazuje na přítomnost nemoci s jejími chronickými projevy) (Hlávková, 2016).

V diskuzi diplomové práce jsou uvedeny výsledky výzkumu studií, jejíž autorky jako vhodný výzkumný nástroj použili také Meisterův dotazník. Jedním z kritérií pro výběr cílové skupiny byly náhodně zvolená pracoviště sester poskytující paliativní péči Krajská nemocnice T. Bati ve Zlíně, Fakultní nemocnice v Ostravě a Fakultní nemocnice v Olomouci.

Respondenty dobrovolně podílejícími se na výzkumu byly všeobecné sestry standardních onkologických oddělení jmenovaných nemocnic.

S největší pravděpodobností budou ještě po dlouhou dobu zdravotnická zařízení nejčastějším místem úmrtí pacientů. V zájmu každé z nemocnic je podílet se na vlastním rozvoji v oblasti paliativní péče (péče o nemocného, léčba, posílení sociální složky práce s příbuznými) tak, aby poskytovaná péče byla kvalitní a komplexní (Marková, 2010, s. 24-26).

Autoři Hladký a Židková ve své metodické příručce *Metody hodnocení psychosociální pracovní zátěže* uvádějí své doporučení k souboru novelizovaných metod, jimiž lze zjišťovat i hodnotit psychosociální pracovní zátěž (mimo jiných; k hodnocení pracovní zátěže je autory předložena Meisterova metoda): *„posouzení psychofyziologické odezvy na pracovní zátěž pomáhá k orientaci v aktuálních problémech pracoviště a je základním předpokladem pro odstraňování zdrojů nepřiměřené psychické zátěže. Jde o velmi aktuální problematiku vzhledem k nárůstu profesí s převážně psychickou složkou zátěže i v souvislosti s nepříznivými údaji o duševním zdraví naší populace“* (Hladký, Židková, 1999, s. 5-6; 39-44).

Sesterská profese, výrazně ohrožená rizikem vzniku syndromu vyhoření, by měla být předmětem zájmu vedoucích pracovníků všech pracovišť v paliativní péči. Účinným nástrojem k odhalení počátečních, mnohdy skrytých symptomů nastupujícího syndromu vyhoření zdravotníků i k zmírnění jeho následků je vhodně využitelný Meisterův dotazník.

## 5 PALIATIVNÍ PÉČE VE ZDRAVOTNICKÝCH A SOCIÁLNÍCH INSTITUCÍCH

Paliativní péče, byla v minulosti výhradně záležitostí nemocnic a hospiců, získává v současné době nezastupitelné místo také v oblasti sociálních služeb obecně, v domovech pro seniory. Tato „útěšná“ péče, zaměřená především na kvalitu života nevléčitelně nemocného člověka, poskytuje prostor pro potřeby umírajících (společně s adekvátní, odbornou reakcí ze strany pracovníků) směřuje k zajištění efektivní úlevy klienta, odstranění důsledků náročné traumatické situace pro něj i příbuzné. *„Sociální služby tak nyní mohou spojit výhody současné medicíny v oblasti tlášení bolesti a vytvořit důstojný prostor pro sociální část závěrečné životní etapy“* (Stráníková, 2015).

K předmětům zájmu řady sociálních zařízení patří příklady dobré praxe paliativní péče a také příklady z hospicového hnutí, jako je paliativní filosofie i možnost zlepšit své kompetence v kontextu s ní, ve prospěch doprovázení umírajících. Vzhledem k integraci paliativního přístupu dochází k respektování všech oblastí lidských potřeb, ale především k zajištění vyšší kvality života i v jeho závěru. *„Paliativní filosofie či hospicová kultura se pak stávají jedním z pečovatelských konceptů v zařízení“* (Šourek, 2016, s. 20-21).

Na základě výzkumu pro hospicové občanské sdružení Cesta domů (v září 2011 provedeným společností STEM/MARK) a zjištěním, že *„naprostá většina respondentů (88 %) si přeje zemřít doma, a to pokud možno ve spánku a obklopeni svými nejbližšími.“* Potvrdila českou praxi, *„že na rozvoj komplexní paliativní péče, která do poslední chvíle zachovává důstojnost umírajícího jako hodnotného člověka, jsou kromě hospiců mnohem lépe než běžné nemocnice připravena pobytová zařízení sociální péče.“* Nižší počet sester (oproti zdravotnickým zařízením) kompenzuje vyšší počet sociálních pracovníků, včetně pracovníků v přímé péči. Využitím nabídky vzdělávání v paliativní péči (i ve spolupráci s jinými organizacemi) absolvovali vybraní zaměstnanci (vedoucí zdravotního, rehabilitačního a sociálního úseku) kurz ELNEC. Prostřednictvím praktických stáží (v Domě léčby bolesti s hospicem svatého Josefa v Rajhradě) vedoucí zdravotního a rehabilitačního úseku získali praktické zkušenosti v systému ošetrovatelské péče s ohledem na základní aspekty paliativního ošetrovatelství v praxi (péče o pacienta v kómatu, rány, stomie, bolest i důstojnou péči o tělo zemřelého). Na základě předchozích pozitivních zkušeností pokračují ve vzdělávání další tři pracovnice - v přímé péči (koordinátorky individuálního plánování). Podstatou a obsahem individuálního plánu (každého uživatele) v rámci spolupráce klienta, klíčového pracovníka i ostatních jsou jednotlivé kroky paliativní péče, včetně

zaznamenávaných informací o naplňování individuálních požadavků, popř. vysledovaných potřeb; třeba i drobností: chuť na rumové pralinky, jahodový kompot, vůně, rádio, klid, teplota a pootevřené dveře pokoje, na dosah rodinná fotografie. V maličkostech vyslovená přání vyžadující mnohdy nezměrnou odvalu i obrovské úsilí.

Rozdílný přístup k péči, názorná ukázka:

- *„Paní G. nevěděla, že umře, ale cítila to. Měla radost z každé návštěvy. Pokud se cítila lépe, pobývala na terase v polohovacím křesle, slovně nám řekla, co ji bolí, co potřebuje a co nechce. Během dne většinou ospávala, nebudili jsme ji. Reagovali jsme na projevy nejistoty, strachu, úzkosti tím, že jsme poseděli u jejího lůžka, drželi ji za ruku. Měla ráda tiché pobrukování známé písně, nebo když jsme mluvili o dcerách či jen seděli a mlčeli. Poznali jsme, že využitím bazální stimulace jsme ulevili jejímu tělu. Bylo jí dobře. Vážili jsme si jí, dbali jsme, aby se až do smrti cítila jako dáma. Sami jsme měli radost, že se nebojíme, že s ní jsme až do konce. Její smrt zasáhla i novou zaměstnankyni, i když si ten okamžik uvědomila až doma, a také si poplakala. Je dobře, že se o této oblasti začalo mluvit, že jsou nám předávány zkušenosti těch, kteří se v této oblasti pohybují již dlouho. Moc nám pomáhají uváděné kazuistiky, které se dozvídáme na setkáních a seminářích.*
- *Pan M. trávil svůj poslední čas v lůžku ve stavu hlubšího bezvědomí. Snažili jsme se zpříjemnit mu život nevtíravou vůní z aromalampy, tichým slovem a šetrným zacházením. S rodinou byla výborná spolupráce, trávila čas u jeho lůžka a společně jsme si s pánem „povídali“. Zdravotní stav v posledních chvílích bohužel nedovolil, aby zemřel u nás. Je to škoda, s námi mu bylo dobře.*
- *Paní B. žila v našem domově přes deset let a vždycky se ráda scházela se svými přítelkyněmi. Byla aktivní, o všechno se zajímala, dobře jsme znali její rodinu. V posledních letech však už stářím ztratila zrak a pak i sluch a život ji přestal těšit. Smrti se ale velmi bála, možná i proto překonala několik vážných krizí. Nakonec však už její tělo příliš zesláblo. Nejedla, nepila, ale spát nemohla. Bála se a potřebovala, aby s ní pořád někdo byl. Střídali jsme se s rodinou, jak to šlo. Záleželo jí na tom, aby byla stále čistá a voňavá a uklidňovalo ji jemné vtírání oblíbeného tělového mléka do kůže. Světlo jí nedělalo dobře, tak jsme jí v šeru pokoje zpívali nebo blízko lampičky předčítali. Její odchod nakonec proběhl velmi klidně během dne, kdy u ní seděla dcera“ (Dražilová, 2014, s. 29).*

Kvalitně, dobře odvedená paliativní péče umožní samotným zaměstnancům snížit obavy z nadcházející smrti (jejího iracionálně děsivého charakteru), který se dříve neškolení zaměstnanci pokoušeli kompenzovat „*oproštěním od vlastního prožívání čistě racionálním uvažováním a rychlým účelným jednáním.*“ Pro svou neopakovatelnou jedinečnost v procesu umírání i v jeho doprovázení, pokračuje s největší pravděpodobností nekončící cesta sbírání, prohlubování zkušeností, odborných znalostí i dovedností a jsou otevírány možnosti, z nichž lze do budoucna vybírat (Dražilová, 2014, s. 24-29).

První institucí v ČR, „*kteřá systematicky buduje zázemí pro rozvoj paliativní péče*“ je právě zmiňované Centrum paliativní péče v Praze. Výsledky vlastních výzkumů slouží jako podklad pro systémové a legislativní opatření, jež umožňuje zlepšit péči o pacienty v terminálním stádiu nemoci. Poskytované informace usnadňují komunikaci, stejně jako schopnost se rozhodovat v oblastech, týkajících se konce života. K dalším projektům patří:

- „*analýza paliativní péče v hlavním městě Praha*
- *paliativní praktik*
- *analýza dostupnosti paliativní péče v Praze 10*
- *karetní hra „Řekni mi“*
- *standardizace dotazníku IPOS*
- *studie Potřeby dětí*
- *organizace MSPP v Evropě*“ (Paliativní péče v domovech pro seniory, [2019]).

Mimo kurzu ELNEC pořádá Centrum paliativní péče i další vzdělávací akce, např.:

- „*výzkum v paliativní péči – teorie a praxe*
- *paliativní péče v domovech pro seniory*
- *ESPERO*
- *paliativní péče v nemocnici*
- *komunikace závažných zpráv*
- *aktuální trendy v paliativní péči.*“

Součástí dalších aktivit jsou 1x měsíčně pořádané Webináře (online semináře zdarma), které „*pokrývají širokou škálu témat od zdravotnických, přes sociální až po etická témata spojená s péčí o nevyléčitelně nemocné*“ (Paliativní péče v domovech pro seniory, [2019]).

Dostupnost paliativní péče je hlavním těžištěm v oblasti paliativní péči. „*Cílem programu Spolu až do konce je podpořit průkopníky a zkušené profesionály v paliativní péči, žádosti přijímá Nadační fond Avast – Stipendium pro paliativní péči.*“ Žadatelům program zprostředkuje možnost:

- „*zajistit jim uznání a dodat energii do další práce,*
- *umožnit jim více se soustředit na seberozvoj a péči o sebe,*
- *pomoci jim s nastavením práce tak, aby se mohli plnohodnotně věnovat profesionálnímu i soukromému životu.*

*Odborný partner ročníku je Centrum dohody, organizace respektovaná v oblasti koučinku, mentoringu a vzdělávání“ (Stipendium pro paliativní péči, 2019).*

Nároky na zavádění a poskytování paliativní péče kladené na organizace (i pracovníky) - přizpůsobující se požadavkům na péči s ohledem na potřeby příjemců paliativní péče i možnostem, kapacitám péči poskytujících zařízení – se neustále navyšují v těchto oblastech:

- „*vymezování hranic – co je organizace schopna zvládnout*
- *komunikaci s rodinami – ne všechny rodiny přijímají stav svého blízkého*
- *vypořádávání se s etickými tématy*
- *pracovníky - jejich dovednosti a znalosti, ochotu snášet nejistotu, jejich osobní odpovědnost a odvahu*
- *dovednost organizace i jejích pracovníků plánovat*
- *emoce pracovníků*
- *administrativní zátěž – nutné jsou vypovídající zápisy do dokumentace, přesná pravidla pro využívání opiátů aj.*
- *efektivitu komunikace – tj. způsob, rychlost a přesnost předávání informací*
- *otevřenost v tématu umírání a smrti*
- *citlivost vůči přáním a potřebám klientů i rodinných příslušníků*
- *proaktivitu pracovníků*
- *různost přístupu k těm pracovníkům, kteří téma nemají zpracované za současného respektu k nim*
- *dovednost plánování – tj. nalézání shody o cílech péče a v plánu péče*
- *spolupráci s praktickými lékaři*
- *nastavení organizačních pravidel – tj. poskytování paliativní péče v domově, stejně jako spolupráce s vnějšími aktéry*
- *čas pracovníků organizace, který věnují tématu“ (Hrdá, Tollarová, 2018, s. 28).*

Zjištěné poznatky lze srovnat s vývojem paliativní péče a s požadavky na její kvalitu ve Švýcarsku, ze zkušeností Domova pro seniory Magnolie (Zollikerberg u Curychu). Od roku 2009 Švýcarsko disponuje „Národní strategií paliativní péče“ s mimo jiné vypracovaným katalogem 65 kritérií pro hodnocení kvality paliativních výkonů v institucích dlouhodobé péče a možností udělit značku „kvalita v paliativní péči“ těmto zařízením. Podmínku pro propůjčení značky „Kvalita v paliativní péči“ (udělovanou nejdéle na 5 let, lze žádat opakovaně) je certifikační proces. Význam přínosu certifikačního procesu Domovu pro seniory Magnolie (Zollikerberg u Curychu), podložený náročným čtyřletým přípravným procesem s celodenním auditem ze strany Švýcarské společnosti pro kvalitu v paliativní péči, se odráží hned v několika specifických oblastech certifikovaného zařízení:

- *„jsme získali citlivost a hlubší porozumění pro paliativní péči v instituci a mezi spolupracovníky*
- *jsme začali přesněji a uceleněji vnímat u obyvatel a obyvatelek domova jejich potřeby, přání, možnosti a omezení*
- *jsme začali vědoměji pracovat s blízkými osobami klientů a utvářet si k nim vztah*
- *se posílila v naší instituci spolupráce mezi profesemi*
- *jsme začali přesněji vyhodnocovat vlastní pracovní praxi*
- *návštěvy lékařů (vizity) a týmové rozhovory probíhají fundovaněji*
- *naše pracovní postupy systematictěji promýšlíme a strukturujeme, a tím se v nich spolupracovníci mohou lépe orientovat“*

certifikačním procesem však vývoj nekončí, ale „zůstává“ trvalá „výzva“:

- *„dosaženou úroveň kvality v paliativní péči udržíme nebo dokonce ještě vylepšíme*
- *budeme mít k dispozici dostatek personálu vzdělaného v paliativní péči, který bude odborně i z hlediska osobního přístupu schopen praktikovat vysoce kvalitní paliativní kulturu péče a dále ji rozvíjet*
- *nově příchozí pracovníci budou citlivě uvedeni do námi aplikované paliativní kultury a budou dále využívat dosaženého know-how“ (Niedermann, Pflugshaupt, Rügger, Schär, 2016, s. 46).*

Podstatou nabídky vysoce kvalitní paliativní péče v budoucnu (předpokládaný masivní nárůst populace ve vysokém věku - v demografickém vývoji, multimorbidita obyvatel) je podložen nekončícím, pokračujícím procesem směřujícím k zajištění kvalitní geriatrické péče (Niedermann, Pflugshaupt, Rügger, Schär, 2016, s. 45-46). Která je stěžejním

předmětem zájmu všech zařízení pečujících o seniory, na sklonku jejich života i v péči o terminálně nemocné.

Shrnutí rozdílných možností jejich uplatnění v rámci jednotlivých zařízení, sociálních a zdravotnických služeb, s ohledem na koncepci paliativní péče v ČR, podloženou Programem paliativní péče:

- sociální instituce – v případě absence vlastních ošetrovatelských lůžek, s ohledem na zajištění všech potřeb nemocných jsou zprostředkovány službami obecné či specializované paliativní péče. S potřebnými zkušenostmi, kvalifikací i vzděláním. Možností zajistit potřebné vybavení pro vysoce odbornou domácí paliativní péči (polohovací lůžka s antidekubitními pomůckami, chodítka, toaletní křesla, kyslíkové koncentrátory, a mnohé další). Péče o pečující, příbuzné, odlehčovací služby. Zajištění lékařské péče a prevoz do zdravotnického zařízení. Odborné vedení v období doprovázení i truchlení.
- zdravotnické instituce - lůžková zařízení paliativní péče. V čele s lékaři, zdravotními sestrami, odborníky v paliativní péči – sociálním pracovníkem, psychologem, duchovním i managementem zařízení. Kompenzace případného dyskomfortu nemocného (exacerbace dalších symptomů, úzkostí, bolestí) i nastolení kontinuity péče během probíhající hospitalizace, v každé její složce. Realizovanou a koordinovanou „referentem pro paliativní péči“.
- fakultní nemocnice v paliativní péči – s Centry paliativní péče (zvyšujícími úroveň poskytované péče, podílejícími se na výzkumu a vzdělávání) i konziliární činnosti v rámci primárních ošetrojících týmů ostatních pracovišť. Ve spolupráci s oddělením, zabývajícím se léčbou bolesti (Sláma, Špinka, 2004, s. 30-34).

Závěrem poslední kapitoly diplomové práce je uvedena nezbytná, zároveň velmi podstatná zmínka, vztahující se k péči o terminálně nemocné a umírající. Ideálním řešením individuálního přístupu ke každému člověku je poskytovaná „dobrá“ paliativní péče, za účasti nemocného i rodiny, v přirozeném domácím prostředí.



## 6 SHRnutí TEoretických Východisek

V posledních dvaceti letech, prodloužením střední délky života (od narození téměř o osm let), znamenají tato léta pro geriatrické pacienty především roky prožité v nemoci. Připadá na ně průměrně čtvrtina lidského života, ovlivněna dalšími faktory – vysoká rozvodovost, společenská atmosféra upřednostňující především materiální hodnoty, nedosažitelnost vícegeneračního soužití – souhrnně patří k aspektům vývoje české populace v posledním dvacetiletí (Kabelka, 2017, s. 9). Nejdostupnější možností k jejich efektivnímu řešení se pak stává pobyt v léčebnách dlouhodobě nemocných, případně v sociálních službách (domovech pro seniory). Všechny zdroje předkládají shodná fakta - dnešní institucionální zařízení (mnoha druhů) zajišťují péči stále většímu počtu seniorů (Příbyl, 2015, s. 14-15).

Vzrůstající koncentrace seniorů, vyžadujících zvýšenou potřebu ošetrovatelské i paliativní péče ve zdravotnických a zejména v sociálních zařízeních, dlouhodobé péče – LDN, domovů pro seniory Rostoucí požadavky na neustále se zvyšující kvalitu poskytované péče, erudici zdravotnických pracovníků, jejich kompetence i potřebu celoživotního vzdělávání – celosvětový trend. V součinnosti s nimi vznikají průběžně nové koncepce paliativní péče (či jejich návrhy) i opatření, stojící v popředí zájmu jednotlivých měst ČR ve snaze o plynulý přechod k zajištění zvýšeného objemu „dobré“ paliativní péče a její implementace v nepříznivé, nedaleké, realisticky očekávané budoucnosti. Tímto směrem jsou upravovány osnovy vzdělávacích institucí nejen akademického, ale i celoživotního vzdělávání. Za účelem snížit, preventivně řešit důsledky zvýšené zátěže a stresu, který náročnou sesterskou profesi bezesporu provází. Umožnit tak otevřenou i efektivní komunikaci mezi zdravotnickými pracovníky, nemocným a jeho rodinou. Založenou na důvěře, ochotě ke vzájemné spolupráci i dosažení kýžených výsledků „dobré“ paliativní péče v praxi.

Současná situace paliativní péče ve zdravotnických i sociálních institucích odráží dosavadní, neustále probíhající a expanzivní změny, reagující na aktuální potřeby seniorů i jednotlivých zařízení, poskytujících paliativní péči.

## **7 VÝZKUM ZAMĚŘENÝ NA PALIATIVNÍ PÉČI A SESTRU, JEJÍ VZDĚLÁVÁNÍ VE VZTAHU K MÍŘE ZÁTĚŽE V PRAXI**

Výzkumné šetření bylo provedeno formou kvantitativního výzkumu. Byl použit standardizovaný dotazník Hodnocení psychické zátěže dle Meistera v oficiální české verzi. Výzkumné šetření bylo schváleno Etickou komisí Fakulty zdravotnických věd, Univerzity Palackého v Olomouci (Příloha 1).

### **7.1 Výzkumné cíle a hypotézy**

Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit, míru zátěže sester pracujících ve zdravotnických a sociálních zařízeních s využitím hodnocení dle Meistera při poskytování paliativní péče, ve vztahu k výši vzdělání sester.

Od vymezení hlavního cíle se odvíjí tři dílčí cíle práce.

#### **Hlavní cíle:**

**Cíl 1:** Cílem výzkumného šetření bylo zjistit míru zátěže sester při poskytování paliativní péče ve zdravotnických a sociálních zařízeních.

**Cíl 2:** Cílem výzkumného šetření bylo zjistit míru vzdělání sester pro poskytování paliativní péče ve zdravotnických a sociálních zařízeních.

#### **Dílčí cíle:**

**DC1:** Zjistit, zda je míra zátěže sester při poskytování paliativní péče ovlivněna vzděláním.

**DC2:** Zjistit, zda je míra zátěže sester při poskytování paliativní péče ovlivněna délkou praxe.

**DC3:** Zjistit, zda je míra zátěže sester při poskytování paliativní péče ovlivněna typem zařízení.

Vzhledem ke stanovenému cíli výzkumu byla hypotéza formulovaná následovně: předpokládáme, že míru zátěže sester při výkonu paliativní péče, pracujících ve zdravotnických a sociálních zařízeních, ovlivňuje vzdělání, délka praxe, typ zařízení, v němž sestry poskytují paliativní péči.

#### **Výzkumné hypotézy:**

**H1: Předpokládáme, že** vzdělání sester v paliativní péči ovlivňuje míru zátěže sester pracujících ve zdravotnických a sociálních zařízeních.

**H2: Předpokládáme, že** vzdělání sester v paliativní péči pracujících ve zdravotnických zařízeních je vyšší než-li u sester pracujících v sociálních zařízeních.

**H3: Předpokládáme, že** délka praxe ovlivňuje míru zátěže u sester poskytujících paliativní péči.

**H4: Předpokládáme, že** sestry, které pracují ve zdravotnických zařízeních budou vykazovat nižší míru zátěže než-li sestry pracující v sociálních zařízeních.

**H5 Předpokládáme, že** míra zátěže sester v paliativní péči je vyšší ve srovnání s populační normou.

## **7.2 Charakteristika souboru**

Výzkumný soubor tvořily sestry poskytující paliativní péči. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 186 sester ze zdravotnických zařízení a 91 sester ze sociálních zařízení Olomouckého a Zlínského kraje. Kritéria pro výběr respondentů byla následující:

- všeobecné sestry v pracovním procesu vzdělány podle platné legislativy ČR bez rozdílu věku a pohlaví
- pracující ve směnném i jednosměnném provozu
- poskytující ošetrovatelskou péči umírajícím v období minimálně uplynulého půl roku
- ochotné spolupracovat na výzkumu.

## **7.3 Metoda sběru dat**

Pro získání dat byl použit kvantitativní typ výzkumu za pomoci Meisterova dotazníku (Příloha 2).

Meisterův dotazník je využíván ke zjištění, jakým způsobem lidé vnímají svou vlastní pracovní zátěž. Pro potřebu diplomové práce (stručnost, dobrou reliabilitu i srozumitelnost pro respondenty) byla použita nejaktuálnější verze Meisterova dotazníku z roku 1987. Každá z jeho položek je hodnocena pomocí pětistupňové škály, jejíž bodové rozpětí ohraničují čísla: 5 (ano, úplně souhlasím) a 1 (ne, vůbec nesouhlasím). Současně každá položka v dotazníku představuje určitou oblast. Respondenti volí na číselné stupnici hodnotu, která nejvíce odpovídá jejich pocitům při práci. Vyplnění Meisterova dotazníku trvá přibližně 5 minut.

Jednotlivé položky Meisterova dotazníku (1–10) charakterizují specifické zátěžové oblasti:

1. časová tíseň
2. malé uspokojení
3. vysoká odpovědnost
4. otupující práce
5. problémy a konflikty
6. monotonie
7. nervozita
8. přesycení
9. únava
10. dlouhodobá únosnost.

Každou z těchto oblastí lze zařadit do jednoho ze tří faktorů, představujících určitou oblast pracovní zátěže. Součet položek č. 1. časová tíseň, 3. vysoká odpovědnost, 5. problémy a konflikty, zahrnuje první faktor s názvem přetížení; následuje druhý faktor monotonie, se součty položek č. 2. malé uspokojení, 4. otupující práce a 6. monotonie. Oba uvedené faktory doplňuje faktor číslo tři, jehož hodnota je vyjádřena součtem položek č. 7. nervozita, 8. přesycení, 9. únava a 10. dlouhodobá únosnost, pod názvem nespecifický faktor. Sečtením výsledků všech výše uvedených faktorů (přetížení, monotonie a nespecifického faktoru) lze získat tzv. celkovou percipovanou pracovní zátěž – celkový hrubý skór (Hladký, Židková, 1999, s. 39-41).

Dotazníkové šetření je často užívaným způsobem nejen pro zmapování hygieny práce, ale i psychické pracovní zátěže. Nespornou výhodou této metody výzkumného šetření je rychlý vhled do dané problematiky, možnost vyšetřit velký počet osob a následně provést statistické zpracování dat. Dotazníky jsou metodou, jež v souvislosti s hodnocením psychické

pracovní zátěže, zůstávají osvědčeným screeningovým nástrojem, využívaným nejen specialisty, ale i odborníky bez psychologického vzdělání (Židková, 2002, s. 128-132).

V rámci ucelenějšího náhledu na danou problematiku jsme využili možnost vytvořit souhrn otázek, které nám doplnily odpovědi na potvrzení či vyvrácení hypotéz. O výsledky dotazníku projevíli zájem vedoucí pracovníci jednotlivých institucí, kteří vstoupili do spolupráce při vyplňování dotazníku.

#### **7.4 Realizace výzkumu**

Dotazníkové šetření bylo realizováno ve zdravotnických a sociálních zařízeních Olomouckého a Zlínského kraje. Období sběru dat probíhalo v měsících únor až březen 2019. Nejprve byla prostřednictvím e-mailu, případně telefonicky oslovena ředitelství vybraných zařízení. V případě souhlasu s realizací dotazníkového šetření byla sjednána osobní schůzka, na níž byly upřesněny informace a podepsán souhlas (Příloha 3) s realizací výzkumu v daném zařízení. Celkem bylo osloveno 346 sester pracujících ve zdravotnických a sociálních zařízeních (Fakultní nemocnice Olomouc; Nemocnice Přerov; Krajská nemocnice Tomáše Bati a.s., Zlín; Kroměřížská nemocnice, a.s.; Domov seniorů POHODA Chválkovice; Senior Otrokovice, p. o. budova B a C; Domov pro seniory Burešov, p. o.; Domov seniorů a Nestátní zdravotnické zařízení Hospic Hvězda; Domov pro seniory U Moravy; Domov pro seniory Lukov, p. o; Centrum pro seniory Zahrada, Bystřice pod Hostýnem).

Minimální počet respondentů pro práci s Meisterovým dotazníkem byl vypočten odborníkem na statistické zpracování dat, aby byla respektována velikost základního a výběrového souboru, minimum je 79 respondentů (Reiterová, 2016, s. 16-31). Návratnost byla 80,06 %, tj. 277 dotazníků. Dle autorů Bártlové, Sadílka, Tóthové (2008, s. 101) je 50 % návratnost dotazníků v řadě zemí považována za velmi úspěšnou.

#### **7.5 Metoda zpracování dat**

Data z dotazníkového šetření byla uložena v programu Microsoft Office – Excel 2010. Následná analýza dat byla zpracována pomocí statistického softwaru IBM SPSS Statistics for Windows, Version 23.0. Armonk, NY: IBM Corp. Kvantitativní proměnné byly prezentovány pomocí průměrů, směrodatných odchylek (SD), mediánů, minimálních a maximálních hodnot. Kvalitativní data byla reprezentována pomocí absolutních a relativních četností. Vzájemná korelace kvantitativních znaků byla zjišťována pomocí Pearsonova korelačního koeficientu. Rozdíly mezi dvěma nezávislými výběry v kvantitativních veličinách

byly ověřovány dvouvýběrovým  $t$ -testem. Rozdíly mezi třemi nezávislými výběry v kvantitativních veličinách byly ověřovány analýzou rozptylu (ANOVA). Parametrické metody byly zvoleny vzhledem k velkému rozsahu výběru (277 respondentů) a vzhledem k neexistenci extrémních hodnot v souboru. Všechny testy byly provedeny na hladině statistické významnosti  $\alpha = 0,05$ .  $p$ -hodnoty nižší než 0,05 jsou v tabulkách zvýrazněny červeně.

## 8 VÝSLEDKY VÝZKUMU

### 8.1 Demografický charakter souboru respondentů

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 277 respondentů, 269 (97,1 %) žen a 8 (2,9 %) mužů. Průměrný věk respondentů se směrodatnou odchylkou byl  $38,4 \pm 12,4$  roků, věkové rozmezí 19 až 65 let, hodnota mediánu věku byla 39 let. Většina respondentů dosáhla středoškolského vzdělání (61,7 %), 15,5 % sester mělo vyšší odborné vzdělání a 22,7 % respondentů mělo vysokoškolské vzdělání. Průměrná délka praxe sester se směrodatnou odchylkou byla  $15,3 \pm 12,6$  roků, rozmezí 1 měsíc až 45 let, hodnota mediánu délky praxe byla 13 let.

Sociodemografické údaje a odpovědi na otázky jsou shrnuty v následujících tabulkách (tab. 1 a tab. 2).

*Tabulka 1 Popisná statistika kvantitativních údajů*

	Věk (roky)	Délka praxe (roky)
Průměr	38,36	15,25
SD	12,42	12,59
Medián	39,0	13,0
Minimum	19,0	0,1
Maximum	65,0	45,0

Souhrn otázek a zpracovaných odpovědí doplňující náhled na problematiku paliativní péče ve vztahu k zátěži sester:

Tabulka 2 Četnostní tabulky pro kvalitativní veličiny

Otázka		Počet	Procenta
1) Pohlaví	ženy	269	97,1 %
	muži	8	2,9 %
4) Vzdělání	SŠ	171	61,7 %
	VOŠ	43	15,5 %
	VŠ	63	22,7 %
5) Byla paliativní péče součástí Vašeho vzdělání?	ano	157	56,7 %
	ne	120	43,3 %
6) Byla pro Vás paliativní péče v rámci studia dostačující?	ano	100	38,0 %
	ne	163	62,0 %
7) Máte specializované vzdělání v paliativní péči?	specializace	8	2,9 %
	odborný seminář	98	35,5 %
	kurz	50	18,1 %
	vlastní četba	134	48,6 %
8) Poskytuje Vám Vaše pracoviště vzdělávání v paliativní péči?	ano	166	59,9 %
	ne	111	40,1 %
11) Myslíte si, že máte dostatečné množství informací pro poskytování paliativní péče?	ano	107	39,6 %
	ne	163	60,4 %
12) V jaké oblasti potřebujete doplnit informace? Péče o:	a) péče o tělo	27	9,7 %
	b) psychické potřeby	129	46,7 %
	c) sociální potřeby	68	24,5 %
	d) spirituální potřeby	62	22,4 %
	e) komunikace	113	40,8 %
13) Jakou formou je pro Vás vzdělání přínosné?	a) specializační studium	50	18,1 %
	b) přednáška	203	73,3 %
	c) workshop	59	21,3 %
	d) četba	75	27,1 %
	e) internet	68	24,5 %
14) Pokládáte vzdělání v paliativní péči za nutné pro výkon své profese?	ano	253	91,3 %
	ne	24	8,7 %
15) Je pro Vás paliativní péče zátěží?	ano	59	21,5 %
	ne	215	78,5 %
16) Je pro Vás zátěží komunikace s člověkem, který již potřebuje paliativní péči?	ano	55	20,1 %
	ne	218	79,9 %



Otázka		Počet	Procenta
17) Napište, ve které fázi vnímáte největší zátěž, období:	a) pre finem (před úmrtím)	202	72,9 %
	b) in finem (v době smrti)	34	12,3 %
	c) post finem (po úmrtí)	18	6,5 %
	pre, in finem	4	1,4 %
	pre, post finem	2	0,7 %
	in, post finem	1	0,4 %
	pre, in, post finem	2	0,7 %
	nevyplněno	14	5,1 %
18) Je pro Vás zátěží komunikace s rodinnými příslušníky člověka, který již potřebuje paliativní péči?	ano	153	56,0 %
	ne	120	44,0 %
19) V jaké oblasti vnímáte největší zátěž? Péče o:	a) péče o tělo	29	10,5 %
	b) psychické potřeby	174	62,8 %
	c) sociální potřeby	38	13,7 %
	d) spirituální potřeby	32	11,6 %
	e) komunikace	91	32,9 %
20) Jakým způsobem se vyrovnáváte se zátěží (např. úmrtí) v paliativní péči?	a) sám/a	171	61,7 %
	b) s pomocí kolegyně (team)	101	36,5 %
	c) profesionální pomoc	3	1,1 %
	d) za pomoci rodiny	37	13,4 %
	e) přátel	34	12,3 %
21) Je pro Vás důležitá pomoc při vyrovnání se se zátěží?	ano	141	51,5 %
	ne	85	31,0 %
	nevím	48	17,5 %
22) Myslíte si, že pracoviště má povinnost Vám pomoci při vyrovnání se se zátěží v paliativní péči?	ano	155	57,2 %
	ne	116	42,8 %
23) Znáte Chartu umírajících?	ano	112	41,0 %
	ne	161	59,0 %
24) Máte ji na pracovišti?	ano	30	11,9 %
	ne	222	88,1 %
25) Domníváte se, že by člověk měl své poslední chvíle života strávit v domácím prostředí?	ano	248	94,3 %
	ne	15	5,7 %

Otázka		Počet	Procenta
26) Domníváte se, že by člověk měl na své poslední chvíle života být převezen do nemocnice?	ano	11	4,3 %
	ne	244	95,7 %
27) Je pro Vás téma umírání zátěží?	ano	82	29,8 %
	ne	193	70,2 %
28) Vaše pracoviště je nemocnice?	ano	186	67,1 %
	ne	91	32,9 %
29) Vaše pracoviště je domov pro seniory?	ano	91	32,9 %
	ne	186	67,1 %
30) Víte co je syndrom vyhoření?	ano	274	98,9 %
	ne	3	1,1 %
31) Máte osobní zkušenost s tímto syndromem?	ano	88	32,0 %
	ne	187	68,0 %
32) Byla tato zkušenost v souvislosti s paliativní péčí, tématem umírání, či smrti při výkonu Vaší profese?	ano	55	23,2 %
	ne	182	76,8 %

Otázka č. 5: Z tabulky je patrné, že paliativní péče byla součástí vzdělání u 157 sester poskytujících paliativní péči (v 56,7 % odpovědí) z celkového počtu 277 respondentů ochotných spolupracovat na výzkumu, naopak 120 (43,3 %) sester označilo zápornou odpověď.

Otázka č. 6: 62,0 % (163) sester odpovědělo záporně na otázku: „Byla pro Vás paliativní péče v rámci studia dostačující?“ 38,0 % (100) sester na tuto otázku odpovědělo kladně.

Otázka č. 7: Vlastní četbu jako dostupnou formu specializovaného vzdělání v paliativní péči uvedla ve svých odpovědích nejpočetnější skupina - 134 sester (48,6 %) - za nimi následovaly další možnosti výběru: odborný seminář (35,5 %, 98 sester), kurz (18,1 %, 50 sester) a specializace (2,9 %, 8 sester).

Otázka č. 8: 166 respondentům (59,9 %) dle uvedených odpovědí poskytovalo jejich pracoviště vzdělávání v paliativní péči. 111 sester (40,1 %) tuto možnost vzdělávání nemělo, uvedly zápornou odpověď. Respondenti, kteří byli ochotni podělit se o vlastní zkušenost, otázku doplnili slovy:

- „kurzy, odborné semináře“ uvedlo ve svých odpovědích 49 sester, pracujících ve zdravotnických zařízeních a 17 sester, pracujících v sociálních zařízeních. „Kurz ELNEC“ absolvovalo 9 sester (z nemocnic)
- „certifikační kurz“ a „přednáška“ doplnily 3 sestry (2 - kurz a 1 – přednášku), jejichž pracovištěm bylo zdravotnické zařízení

- „každodenní praxe“ a „zkušenosti“ v odpovědích připsaly 3 sestry (2 – sestry z nemocnic a 1 – z domovů pro seniory)
- témata vzdělávacích programů, týkajících se problematiky v paliativní péči, zjištěna dle doslovných odpovědí respondentů: „*mírnění bolesti; Pahop. domácí hospicová péče; paliativní přístup k nemocnému, nastavení péče o umírajícího; péče o rány a psychická zátěž*“
- 2 z oslovených respondentů, pracujících v nemocničním zařízení, spolupracují s paliativními týmy nemocnic
- 1 sestra, jejímž pracovištěm byla nemocnice, odpověděla: „*vybírám si sama semináře, které absolvuji.*“

Na otázku č. 9: „*Jaké téma Vás oslovilo?*“ dotazovaní respondenti nejčastěji odpovídali:

- „*komunikace s umírajícím a příbuznými*“, což uvedlo 23 sester
- „*paliativní péče a doprovázení*“ zajímala 19 sester
- „*péče o potřeby*“ - především psychické - ale i sociální a spirituální, oslovila 10 sester
- „*bolest, příp. péče o rány*“ doplnily 4 sestry
- k nezařazeným tématům, individuálně seskupeným patřily: „*bazální stimulace; etika a psychosociální problematika; kdy už se mění léčba (kurativní) na paliativní; nefarmakologické tlumení bolesti; PICC; právní záležitosti, poslední vyslovené přání; psychologie; RHB; polohování; dekubity, výživa; vše co je zajímavé a má smysl.*“

Na otázku č. 10: „*O jaké téma máte zájem?*“ uvedli respondenti nejčastější odpověď:

- „*komunikace s umírajícím a příbuznými*“, což zaznamenalo v téměř shodném počtu dotazovaných s předchozí položenou otázkou - 22 sester
- „*paliativní péče a doprovázení*“ zajímala 15 sester
- „*péče o potřeby*“ doplnilo 13 sester, především psychické, sociální a spirituální
- „*léčba bolesti; péče o rány*“ oslovily 5 sester
- „*bazální stimulace*“ uvedly 3 sestry
- mezi nezařazená témata, týkajících se vzdělávání na pracovišti, o nichž by měly sestry v paliativní péči zájem, patřily: „*demence; ESPERO; etické hledisko a psychická zátěž v paliativní péči; manipulace s klientem; medikační procesy; paliativní péče u dětí; péče o dekubity; při paliativní péči vztahy (lidskost) součinnost s rodinou, oš. lékařem i nemocným; psychologický přístup k rodinám; psychologie; rozhodování o tom, kdy*

*ukončit léčbu (ATB,...) ze které pacient evidentně neprofituje, stanovení DNR, komunikace s pacientem a rodinou; vše péče v paliativní péči, co je nutné pro pacienta benefit, a kdy ho přílišná péče spíše zatěžuje; způsoby psychické podpory nemocného, jak ho rozptýlit...jak se „lépe“ vyrovnat s tím, že umírá...“*

Na otázku č. 11: „*Myslíte si, že máte dostatečné množství informací pro poskytování paliativní péče?*“ označilo 163 (60,4 %) sester odpověď: „*ne*“. Volbou odpovědi: „*ano*“ 107 (39,6 %) sester tuto otázku zhodnotilo kladně.

Otázka č. 12: Oblast, v níž by respondenti dle uvedených odpovědí potřebovali doplnit informace, se týkala péče: ve 46,7 % o psychické potřeby (129 sester), ve 40,8 % o komunikaci (113 sester), ve 24,5 % o sociální potřeby (68 sester), ve 22,4 % o spirituální potřeby (62 sester) a v 9,7 % péče o tělo (27 sester).

Na otázku č. 13: „*Jakou formou je pro Vás vzdělání přínosné?*“ zvolilo druhou variantu odpovědi 203 sester (73,3 %) a označily jako nejvíce vyhovující „*přednášku*“, za níž následovala čtvrtá varianta „*čtení*“ ve 27,1 % tuto odpověď uvedlo 75 z dotázaných sester. 68 respondentů (24,5 %) uvedlo poslední volbu odpovědi „*internet*“. S nepatrným rozdílem 9ti kladných odpovědí za nimi následovali ve 21,3 % třetí varianta odpovědi „*workshop*“, kterou považovalo za přínosnou formu vzdělání 59 sester a poslední, přestože první v nabídce variant odpovědi „*specializační studium*“ kladně označilo 50 sester (18,1 %).

Otázka č. 14: Vzdělání v paliativní péči pokládali respondenti za nutné pro výkon své profese s převážným počtem 253 kladných odpovědí (v 91,3 %). Pro zbývajících 8,7 % (24 sester) dle zvolených odpovědí vzdělání v paliativní péči nebylo podstatné.

Otázka č. 15: Se značnou převahou 78,5 % odpovědí pro 215 sester poskytujících paliativní péči tato péče nepředstavovala zátěž. S čímž nesouhlasilo prostřednictvím 59 kladných odpovědí (21,5 %) respondentů, zápornou odpověď popírajících sester.

Otázka č. 16: Komunikaci s člověkem, který již potřebuje paliativní péči 218 sester (79,9 %) označilo ve svých odpovědích jako nezatěžující. Naopak 55 sester (20,1 %) dle zvolených odpovědí ji za zatěžující považovalo.

Otázka č. 17: Období péče o nemocné v terminálním stádiu choroby „*pre finem (před úmrtím)*“ uvedlo ve svých odpovědích v převážné většině 72,9 % (202) sester, jež odpovídaly, jako nejvíce zatěžující. Péče o pacienty v druhé fázi umírání „*in finem (v době smrti)*“ kladnými odpověďmi 12,3 % (34) sester zařadilo na místo prostřední. Poslední fázi péče o umírající „*post finem (po úmrtí)*“ vnímalo jako nejvíce zatěžující, dle procentuálního vyjádření souhlasných odpovědí 6,5 % (18) sester. Zaškrtnutím více variant výběru

z nabízených možností vyplynuly i další kombinace pociťované zátěže v péči o terminálně nemocné, jsou uvedeny v tabulce (otázka č. 17). K nim doplnily dotazované sestry slovní odpověď:

- „komunikace s umírajícím a příbuznými“, což uvedlo 17 sester
- „časová náročnost, tíseň nebo vypětí“ zmínilo 12 sester
- „péče o umírajícího (nesmířeného)“ nejvíce zatěžovala, dle odpovědí, 2 sestry

Ostatní respondenti blíže specifikovali konkrétní, svou vlastní pociťovanou zátěž, v uvedených fázích umírání, vyjádřenou v následujících jednotlivých odpovědích (bez úprav):

- „bolest, pacient má strach, nechce být sám. Sestra nemá tolik času, aby u něho mohla být po celou dobu, nemoc. Kaplan nemusí dojít včas. Nebo rodina“
- „protože s pacientem neumím na dané téma vhodně komunikovat. Bojím se s ním na tohle téma komunikovat, protože nevím jak správně a důstojně a hlavně nikdy pořádně nevím, zda je pacient dostatečně informován o závažnosti svého stavu, bojím se, abych nevyzradila něco, co náhodou pacient neví“
- „psychická zátěž, pacient a rodina očekává naději, kterou nemůžeme dát, špatná neinformovanost o stavu ze strany lékaře a tím pádem nedostatečné vyrovnání se ze strany pacienta a rodiny“
- „většinou doba kdy se P sdělí diagnóza, P má mnoho otázek“
- „je těžké vidět mladého umírajícího člověka“
- „člověk se musí vypořádat s tím, že fyzicky tu daná osoba není“
- „protože toho člověka vidím umírat někdy i v bolestech“
- „pokud je přítomna rodina - proč? Nevím, působí to na mě tak“
- „v dnešní době hlavně papírování“
- „již nemůžeme ovlivnit/zvrátit tuto fázi“
- „pacient potřebuje více péče“
- „lidé se bojí smrti, nejsou dostatečně informováni“
- „nevím, jak komunikovat s rodinou umírajícího“
- „zátěž pro pacienta a rodinu + blízké na čekání smrti“
- „má největší smysl“
- „obtížné rozmlouvat s umírajícím a příbuznými“
- „nevnímám žádnou zátěž - většina pac. umírá jako geriatrických polymorbidních nebo senilních; je to zkrátka život“
- „nedostatečná informace od lékaře, že pac. brzo umře“
- „prožívám smutek a lítost s příbuznými“

- „chovat se profesionálně, bez emocí“
- „nejvíc práce“
- „komunikace s příbuznými - nechtějí pochopit odchod svého příbuzného“
- „fyzicky a psychicky náročné při běžném provozu odd.“
- „výraz většiny umírajících se mi zdá smutný mám pocit, že potřebují pomoc“
- „nedá se na smrt a umírání zvyknout“
- „péče o mrtvé tělo je podle mého názoru náročné na psychiku personálu“
- „v žádné fázi nepociťuji zátěž“
- „nemáme zde paliativní péči, do poslední chvíle provádíme maximum intervencí - i když víme, že je to zbytečné a pacienta jen trápíme“
- „péče o tělo, zajištění věcí, cenností, popř. příbuzné odkázat na lékaře“
- „je těžké se smířit s tím, že někomu nemůžete pomoc“
- „protože už lze jen doprovázet“
- „jak je sám uživatel se svým strachem smířený + rodina“
- „podle stavu pacienta, jak je se svým stavem smířený“
- „protože se pacienti bojí smrti, příbuzní si nepřejí, aby je opustil“
- „protože velmi často pacient svůj zdravotní stav nezná, nebyl od prvopočátku informován o svém zdravotním stavu a infaustní prognóze“
- „nechci se dívat, jak umírá.“

Otázka č. 18: Komunikace s rodinnými příslušníky člověka, který již potřebuje paliativní péči pro 153 sester (56,0 %) z celkového počtu 277 odpovídajících respondentů představuje zátěž. Naopak 120 sester (44,0 %) kladnou odpověď popíralo, nevnímaly komunikaci s rodinou pacientů v paliativní péči jako zatěžující.

Otázka č. 19: Oblastí, jíž vnímaly sestry za nejvíce zatěžující, byla v převážné většině svým počtem kladných odpovědí uvedena oblast péče o psychické potřeby, jak odpovídalo v 62,8 % (174 sester). Oblast péče o komunikaci zaujímala druhé místo v počtu zvolených odpovědí v 32,9 % (u 91 sester). Za nimi s nepatrnými rozdíly v procentuálním vyjádření odpovědí respondentů následovala oblast péče o sociální potřeby v 13,7 % (u 38 sester), spirituální potřeby v 11,6 % (u 32 sester) a oblast péče o tělo v 10,5 % (u 29 sester). Respondenti v doplněných odpovědích jmenovali i jinou možnost, mimo nabízené varianty potřeb nemocných v paliativní péči, v níž vnímali největší zátěž:

- „spolupráce s rodinou“
- „nevnímám jako zátěž, vše je součástí profese, zvládám“

- „často rodina není dostatečně informována“
- „žádná zátěž - zvládám to.“

Otázka č. 20: Nejčastějším způsobem, jakým se sestry vyrovnávají se zátěží v paliativní péči, uvedly dle svých zaškrtnutých odpovědí – „sám/a“ – což zahrnovalo 171 „výjimečných - pomoc nevyžadujících“ odpovědí (61,7 %) oslovených sester. Variantu „s pomocí kolegyně (teamu)“ označilo 101 sester (36,5 %). „Pomoc rodiny“ uvedlo 37 sester (13,4 %), „přátel“ 34 sester (12,3 %). A poslední možnost „profesionální pomoc“ zvolily 3 sestry (1,1 %). Jiný způsob, kterým se respondenti v případě zvýšené zátěže vypořádávají, zněl následovně:

- „koníčky, relaxace, příroda, sport, poslech hudby“ jiný druh možnosti využití i aktivit, jejichž prostřednictvím dle svých odpovědí zátěž zmírňovalo 10 sester; pokračují jednotlivé odpovědi ostatních ke sdělení svých zkušeností sester ochotných:
- „lahváč + panák :)“
- „ještě v mé službě nikdo neumřel“
- „já sama neprožívám zrovna nejlepší období. Před rokem mě i syna (5, tehdy 4) opustil manžel. Po úmrtí partnera je prý hned na druhém místě stresující událost v životě! (ROZVOD) Řeším moc věcí a jsem samoživitelka. Ošetřovat/poznat tyto mladé lidi (v paliativní péči) je stresující, smutné, ale já si říkám, že se pořád ještě nemám tak zle a vážím si ZDRAVÍ. Svého i synova“
- „vymýšlím si různý program, sport“
- „nezatěžuje mě to, Nevadí mi úmrtí člověka“
- „klinický psycholog“
- „pomodlím se za toho člověka a jsem většinou klidná, někdy i s knězem se bavím o úmrtí pacienta (jsem věřící)“
- „návštěva kostela“
- „relax, volnočasové aktivity. Odděluju pracovní a osobní život, práce je pro mě práce. Doma nad zemřelým nepřemýšlím.“

Otázka č. 21: Pro nadpoloviční většinu dotázaných respondentů byla kladná odpověď nejčastěji zvolená varianta. Odpověď „ano“ vyhovovala 51,5 % (141 sestrám), odpověď „ne“ 31,0 % (85 sestrám) doplnila u váhajících odpověď „nevím“ 17,5 % (u 48 sester) na otázku: „Je pro Vás důležitá pomoc při vyrovnání se se zátěží?“

Otázka č. 22: 155 sester (57,2 %) vyjádřilo kladnou odpovědí svůj názor a myslí si, že má pracoviště povinnost pomáhat svým zaměstnancům při vyrovnávání se se zátěží v paliativní

péči. Naopak 116 sester (42,8 %) uvedlo zápornou odpověď. Někteří respondenti dle svého uvážení ještě slovně doplnili předchozí obojí možnou variantu, připojili odpověď:

- „rozhovor s psychologem“ uvedlo 9 sester
- „supervize“ doporučily 4 sestry
- „seminář, kurzy“ pouze 2 (sestry)

Ostatní, individuální odpovědi respondentů:

- „rekreační aktivita, pobyt, společné výlety“
- „nevím“
- „zajistit dostatek odpočinku, nabídnout mimopracovní aktivity“
- „ne každý tu pomoc vyžaduje, takže individuálně“
- „možnost "konzultace" - pohovoru s VS“
- „zvláště podpora mladých kolegyně v týmu“
- „pomůcky, informace o novinkách“
- „nevím, jestli má povinnost. ALE Máme supervize. A hlavně každé ráno (SLUŽBA) máme "sedánek"/"oběd" se staniční sestrou, povídáme si o klientech, práci i mimo to = alespoň pro mě (pro všechny) dostačující DUŠEVNÍ HYGIENA“
- „komunikace v týmu, supervize, další vzdělání“
- „součástí týmu je kl. psycholog“
- „dle potřeby“
- „bez komentáře“
- „více personálu“
- „kurzy, relaxace (např. bonusy na masáž, plavání, sport!)“
- „vyslechnout, popovídat si“
- „nabídnutí odbornou pomoc psychologa, dovolená – volno“
- „dodání relaxačních prostředků (masáže, wellness pobyty...).“

Otázka č. 23: Chartu umírajících neznalo dle počtu zaškrtnutých odpovědí 59,0 % z oslovených respondentů (161 sester), protože odpověděly: „ne“. Zbývající část odpovědí 41,0 % u 112 sester znělo kladně.

Otázka č. 24: Pouze 30 sester (v 11,9 % odpovědí) uvedlo, že Chartu umírajících má jejich pracoviště. Ostatní sestry (222, v 88,1 % odpovědí) označily odpověď: „ne“.

Otázka č. 25: Téměř všichni respondenti se shodovali ve svých odpovědích, dle nich se domnívají, že prostředí, v němž by měl člověk své poslední chvíle strávit je domov v 94,3 % odpovědí (248 sester). Zbývajících 15 sester (5,7 %) volilo zápornou odpověď.



Otázka č. 26: Převoz do nemocnice jako vhodnou variantu, jak by měl své poslední chvíle života nemocný strávit, popřelo svým téměř stoprocentním množstvím 244 odpovědí (95,7 %) sester. Pouze 11 kladných odpovědí (4,3 %) oslovených sester vyjádřilo jejich stanovisko opačné.

Otázka č. 27: 193 sester odpovědělo záporně na otázku: „*Je pro Vás téma umírání zátěží?*“, u 70,2 % odpovědí označily: „*ne*“. 82 sester, prostřednictvím 29,8 % odpovědí, na stejnou otázku odpovědělo kladně.

Otázka č. 28+29: Nemocnice byla v 67,1 % odpovědí (u 186 sester) jejich pracovištěm, ostatních 32,9 % odpovědí zaznamenalo 91 sester pracujících v domovech pro seniory.

Otázka č. 30: 274 sester (98,9 %) „*ví, co je syndrom vyhoření*“. Pouze 3 sestry (1,1 %) označily zápornou odpověď.

Otázka č. 31: Osobní zkušenost se syndromem vyhoření zhodnotilo 187 sester (v 68,0 % odpovědí) záporně, naopak 88 sester (ve 32,0 % odpovědí) kladně.

Na otázku č. 32: zda „*Byla tato zkušenost v souvislosti s paliativní péčí, tématem umírání, či smrti při výkonu Vaší profese?*“ odpověděli respondenti v 23,2 % (55 sester) „*ano*“ a v 76,8 % (182 sester) „*ne*“.

Otázka č. 33: Dotaz navazující na předchozí otázku: „*Jak jste se s tímto syndromem vyrovnal/a?*“, doplňují 2 možné varianty, v nichž je předložena souhrnná odpověď:

- „*přešlo to časem samo, změna pracoviště, přátelé*“ prostřednictvím 10 sester
- „*dovolená, pracovní neschopnost*“ uvedlo 8 sester

Zbývá opět připojit individuální odpověď respondentů:

- „*sama, rodina*“
- „*v kruhu rodinném, sport*“
- „*odchod na mateřskou*“
- „*s rodinou, přítel*“
- „*já osobně ne, ale kolegyně*“
- „*těžce*“
- „*ještě nevyrovnala*“
- „*sport*“
- „*s tímto syndromem jsem se zatím ještě nesetkala*“
- „*vymluvit se přátelům!*“
- „*nemám tento problém*“
- „*dobře - sama - aktivita mimo prac.*“

- „já osobně ne. Zažila jsem takové sestry“
- „dlouhodobá PN, (odpočinek, změna profese na rok)“
- „dle možností“
- „studium, fyzická aktivita“
- „relaxace, koníčky, pláč“
- „zatím jsem nezažila, s touto profesí je to náročné, zrovna u geriatrických pacientů, kde je potřeba víc pozornosti“
- „dala jsem si pauzu, později se snažila tomuto stavu vyhnout“
- „odchod z pracoviště, ale ten byl také v důsledku životních změn (svatba, stěhování)“
- „nemoc – relax“
- „pomáhá mi příroda, čtení, radost“
- „mluvit, mluvit, mluvit - o všem s rodinou, s kolegy“
- „antidepresiva asi 1 rok“
- „samostatnost - četba, psychologie, internet“
- „psychologická pomoc“
- „sport, procházky po přírodě“
- „časté vycházky, soustředění se na osobní život, oddělení práce a osobního života, nepouštět si pacienty příliš k tělu (neutrálně)“
- „nijak, stále jsem vyhořelá“
- „osobně prozatím ne :), v okolí jistě ano“
- „změnila jsem pracoviště, po 3 měsíčním oddychu od povolání zdravotní sestra“
- „pracovní neschopností, meditací“
- „zatím ho já nepozoruji a nebyla jsem u sebe (u své osoby) upozorněna. Ale snažím se mít koníčky, kde si odpočinu“
- „rodina, děti, koníčky - knihy (četba), sport“
- „rodina, sport, pes, kultura“
- „celý profesní život se bráním - zatím úspěšně“
- „přešla jsem na jiné oddělení.“

Respondenti (sestry) využili možnosti: „doplnit svůj komentář k tématu - paliativní péči“:

- „od loňska u nás vznikl paliativní tým, jsem jeho součástí, a paliativní péči považuji za nezbytnou“
- „ »Haló efekt« Je důležitá, děláme ji od jakživa, ale momentálně je na ni neadekvátně zaměřeno více pozornosti, ostatní témata jsou opomíjena“

- „mělo by se o tom více mluvit. Dříve připravit pacienty na paliaci. A supervize pro sestry“
- „je třeba paliativní péči dále rozšiřovat, dle mého názoru není příliš v praxi používáno“
- „v nemocnicích na toto téma by bylo vhodné se více věnovat, zlepšit spolupráci s konkrétními pracovníky. Dopřát umírání doma. Pacienti v posledním stádiu končí na Urgentním příjmu, což považují za tragické“
- „i dnes je potřeba vědomosti paliativní péče neustále prohlubovat a doplňovat“
- „paliativní péče je zaměřena na komplexní péči o nemocného s udržením a zachováním kvality života. U klientů v terminálním stádiu je nutná duševní podpora, zmírnění bolesti a ulehčení duševního strádání“
- „je důležitá, šetrná k péči o tělo i psychiku velmi náročná“
- „důležité pro budoucnost naší společnosti“
- „není moc rozšířená“
- „téměř se o ní veřejně nehovoří, OL se snaží pacienty hospitalizovat, domácí péče je pro ně zátěž!?! - spíše si neví rady s léčbou (zkušenost z praxe v domácí péči)“
- „beru to komplexně k celkové ošetrovatelské péči jako celku, nevím, co více dodat“
- „časem jí bude více potřeba. Vznik oddělení paliativní péče v menších nemocnicích“
- „chtělo by to více rozšiřovat informace o tomto tématu“
- „paliativní péče je dost důležitá u pacientů s onkologickou dg., v posledním stádiu => léčba bolesti + antidepressiva, antiemetika, zachování důstojnosti.“

Ke „vzdělávání v paliativní péči“ sestry uvedly:

- „semináře, kurzy“ ve svých 12 odpovědích
- „teorie, praxe, workshopy“ pouze 2 odpovědi
- „akademické vzdělání“ sester ve 3 případech odpovědi.

Předchozí informace opět doplněny o individuální odpovědi respondentů:

- „chtěla bych se více vzdělávat“
- „možnost navštívit mobilní hospic“
- „spíše zkušenost“
- „nedostačující pro lékaře, zdravotníky“
- „myslím si, že nejdůležitější je praxe. Z teorie bych zařadila hlavně KOMUNIKACI s NEMOCNÝM samotným a s RODINOU. PSYCHOLOGIE! Tady si myslím, že jsou

všeobecně rezervy, že je stále co připomínat, opakovat, učit se (zdravotníci: lékaři, sestry, pomocný personál) VŠICHNI“

- „pokud je prováděna paliativní péče, je potřeba dostatek personálu“
- „zlepšení komunikace“
- „školení zaměřené: na zlepšení péče o nemocného - umírajícího a zmírnění příznaků nemoci“
- „seminář, návštěva hospice ve Valašském Meziříčí, postgraduální vzdělání v Brně“
- „více se zaměřit na vzdělávání v oblasti psychologie a především komunikace v paliativní péči - jak u lékařů, tak NLZP“
- „seznámení s paliativní péčí v rámci školení pracovního. Četba dostupných informací - zejména internet, odborné články a časopisy pro zdravotníky a sociální péči. Vlastní praxe v sociálních službách, kde se kladl důraz na intenzivní maximální péči o duši a tělo umírajícího“
- „určitě je důležité. Bylo by dobré uskutečňovat workshopy, jak se vyrovnat s umírajícím pacientem a smrtí“
- „v tomto zařízení by se mělo tomuto tématu věnovat více pozornost formou kurzů, odborných seminářů.“

Volný prostor k vyjádření u „zátěže v paliativní péči“ nabídl sestrám místo pro „rozšířenou“ odpověď:

- hromadnou – „vysoká zátěž, především psychická“ - tak zněla u 5 sester jejich odpověď
- nebo – „žádná“ – jak se vyjádřily pouze sestry 2.

Výčet jednotlivých odpovědí respondentů nadále pokračuje:

- „každý je vhodný na jiný obor. Důležitější je zvýšená míra empatie a sociálních dovedností (pokud je sestra nemá, může si vybrat obor pro ni vhodný)“
- „práce je náročná jak fyzicky, tak psychicky, ale toto téma je mi blízké, což je velká výhoda“
- „sestra si musí umět práci naplánovat tak, aby nezanedbala povinnosti, ale při tom nevyčerpala sama sebe. Vše je organizací“
- „fyzická zátěž pro mne není úplně nejhorší, psychická je horší, obzvláště když jde o blízkého člověka, známého člověka, mladého člověka (děti!! = nejhorší). Vnímání psychické zátěže = pro všechny, nejvíce sami nemocní, jejich rodina, blízcí. Existují

*"dobrovolníci" i pro ně? I když většina se obrátí na své nejbližší, kamarádky, partnera“*

- *„po každé, když zemře klient, je to pro mě psychická zátěž. Ale po pár letech praxe jsem schopná se již s tím vyrovnat. Člověk si to nesmí příliš připouštět. Bohužel i téma umírání patří do profese všeobecné sestry a musí to umět ventilovat“*
- *„syndrom vyhoření. Morální i etický kodex“*
- *„syndrom vyhoření, duševní hygiena, etický přístup“*
- *„je hlavně náročná pro rodinné příslušníky, pokud je pacient v domácí péči, zdravotní povědomí generace, která pečuje je velmi malé, není mnohdy ani snaha se něco nového učit!“*
- *„časová tíseň, mnoho administrativy - to je hlavní zátěž, není čas na klienty, který si představuji“*
- *„je velká při komunikaci s rodinnými příslušníky, kteří se nesmířili s tím, že jejich jediný blízký odchází, a nelze to změnit, a není to z důvodu, že má např. v terapii opiáty“*
- *„je velká, ne všichni ji zvládnou.“*

*„Osobní zkušenosti v paliativní péči“ uzavírají otázky směřující na respondenty – sestry:*

- *„zapojila jsem se do paliativního týmu, klinika nám umožnila zúčastnit se semináře Elnec - 3 denní -» Otevřela nám tuto problematiku - projeli jsme všechny péče + komunikaci, je však důležité se v tom vzdělávat a zdokonalovat průběžně. Hlavní problematikou jsou však lékaři, kteří nejsou moc informováni. A neumí tuto péči poskytnout“*
- *„paliativní péče je nezbytná, je třeba se v této oblasti vzdělávat. Máme nedostatky ve vzdělání v paliativní péči a je třeba tyto nedostatky doplnit“*
- *„u nás na oddělení se začíná rozvíjet paliativní tým. Jinak paliaci poskytujeme dnes a denně“*
- *„paliativní péče má velký význam, po zkušenostech vím, že pomáhá nemocným strávit čas s rodinou a rodině se smířit se s nemocí a smrtí příbuzného a prožít s ním zbytek života naplno“*
- *„přístup individuální k pacientům“*
- *„v nemocnicích často opomíjená“*
- *„celou svou praxi pracuji s paliativními pacienty, téma mě zajímá stále víc“*
- *„16 let na ONK“*

- „7,5 let pracovní poměr v hospici“
- „v rámci praxe, v zaměstnání“
- „na mém oddělení jsou převážně chodící klienti“
- „starala jsem se o svého umírajícího dědu. Pamatuji si umírání, problémy a hospitalizaci mé babičky. Mám zkušenost z praxe. Nedávno sem poznala člověka ± 40 let, s dg CA, ileostomií, stav vážný a neví se: "Dopadne operace dobře? Bude přijímat per os?" poznala jsem i jeho partnerku. Nejistota - napětí nemocných - dobrý závěr? špatný závěr? obavy z budoucnosti - děti!? Přítomnost blízkého člověka, kamarádů = dělá moc do plusu nemocného. Během své praxe jsem ošetřovala stejně starou, možná o rok, 2, mladší ženu než jsem já sama (32, tehdy méně). Dg: CA, zemřela, zůstal její manžel a stejně staré dítě jako je to moje. Tehdy 3 roky. (tříletý chlapec)! Oba jsem znala ze školy, byli to také zdravotníci“
- „během mé školní praxe, brigádách i zaměstnání jsem již několikrát zažila klienty, pacienty v terminálních stádiích. V současné době si myslím, že pracoviště mají znalosti a zkušenosti, jak u tohoto člověka zajistit důstojné umírání bez bolesti a utrpení“
- „pacienti mají nové klouby, PCM apod. - tělo celkem funguje, ale mysl opravit nejde. Přibývá dementních, zmatených, agresivních pacientů, kteří patří spíše na gerontopsychiatrii, než na LDN. Dalším negativem je velký nezáměr rodin a příbuzných starat se“
- „paliativní péče je velmi náročná, o to náročnější mnohdy, když je s pacientovou rodinou (která není smířená se smrtí pac.). Náročná komunikace s pacientem před smrtí, obzvláště když má pac. potíže, bolesti, prosí o usmrcení“
- „zkušenost spíše z domácí péče, důležitá podpora rodiny umírajícího“
- „celý pracovní život se setkávám s umírajícími lidmi. Považuji za nutnost chovat se profesionálně a mít znalosti“
- „je zde mnoho odborných výkonů, které mohu kdekoliv uplatnit (hospic) vigilní KÓMA, krmení PEGEM, NASOGASTRICKOU SONDOU, cévkování, aplikace léků PEGEM, i. v., flexily, musíme se orientovat, protože lékař je zde pouze 30 minut denně na vizitě“
- „umírání v domácím prostředí s maximální péčí a pozorností, atmosféra klidu, blízkosti nejbližších lidí nebo pečujícího personálu, je umírání, které je přirozené, důstojné a přináší pocit, že člověk pro umírajícího udělá to nejlepší, co si v takovou těžkou chvíli zaslouží“

- „pracuji na oddělení ošetrovatelské péče a pacientů paliativních máme dost. V naší nemocnici se pracuje na tom, aby vznikl paliativní tým a pracovníci na pracovištích, kteří se setkávají s pacienty v paliativní péči, budou vzděláváni“
- „stáž v (Rajhradě) hospicu“
- „vzhledem k oboru, v kterém jsem zaměstnána, se setkávám s touto péčí velmi často“
- „v tomto oboru jsem velmi krátce, nevím, co bych ještě k tomu dodala“
- „díky lékařům, kteří umí aplikovat správné kombinace léků dle onemocnění a potíží při CA onemocněních, jako jsou antiemetika, analgetika, sedativa zmírňující strach a dušnost (morphium) bývá terapie důstojná a pro nás sestry je to dobrý pocit, že i když pacient zemře, tak bez bolestí, kterých se každý nemocný bojí nejvíce“
- „setkávám se s paliativní péčí pořád. Myslím, že vzdělání k tomuto tématu nepotřebuji více.“

## 8.2 Výsledky k hlavním cílům práce

**Cíl 1:** Cílem výzkumného šetření bylo zjistit míru zátěže sester při poskytování paliativní péče ve zdravotnických a sociálních zařízeních.

K cíli 1 se vztahují otázky směřované k respondentům č. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 Meisterova dotazníku. Psychosociální pracovní zátěž byla hodnocena pomocí Meisterovy metody hodnocení pracovní zátěže.

U čtyř dotazníků (1,4 %) nebyly všechny položky dotazníku pracovní zátěže vyplněny kompletně. Aby nedošlo ke zkreslení při počítání skóre, byly chybějící položky doplněny mediánem dané proměnné. Tato imputace dat je doporučována např. v Příručce pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace (Dragomirecká, Bartoňková, 2006, s. 24).

Na základě metodické příručky Hladký, Židková Metody hodnocení psychosociální pracovní zátěže bylo provedeno vyhodnocení tří faktorů. Faktor I. přetížení obsahoval otázky 1, 3 a 5. Do faktoru II. monotonie byly zařazeny otázky 2, 4, 6 a zbývající otázky byly obsaženy ve třetím faktoru s názvem stresová odezva. Skóre těchto faktorů bylo spočítáno jako součet položek. Stejně bylo spočítáno i hrubé skóre, který vyjadřuje součet všech položek dotazníku.

Faktory jsou uvedeny v tabulce 3. Pro vyhodnocení jsou stanoveny kritické hodnoty, jejichž dosažení nebo překročení svědčí pro nadměrnou zátěž v dané oblasti. Pro zjištění zatěžujících faktorů (podle jednotlivých položek) se vychází z překročení kritických hodnot mediánu. Kritické hodnoty mediánu byly stanoveny Meisterem pro německou populaci a jsou používány jako kritérium zátěže také pro českou populaci.

*Tabulka 3 Faktory Meisterova dotazníku pro celý soubor (n = 277)*

	Průměr	SD	Rozsah škály	Kritická hodnota
I. Přetížení	7,9	2,1	3-13	10
II. Monotonie	4,9	1,9	3-14	6
III. Stresová odezva	8,7	3,5	2-19	12
Hrubé skóre	21,5	6,1	10-42	28

Dle výše zmíněné metodiky byla zátěž klasifikována. Touto klasifikací bylo zjištěno, že 97,8 % respondentů je hodnoceno stupněm 1, 1,8 % stupněm 2 a jen 0,4 % (1 respondent) byl hodnocen stupněm 3 (tab. 4).

*Tabulka 4 Klasifikace zátěže*

Klasifikace zátěže	Počet	Procenta
stupeň 1	268	97,8 %
stupeň 2	5	1,8 %
stupeň 3	1	0,4 %
Celkem	274	100,0 %



Tabulka 5 Hodnocení psychické pracovní zátěže podle jednotlivých položek

Položka	Soubor sester (n = 277)	Kritická hodnota
<b>I Přetížení</b>		
1. Při práci mívám často pocit časového tlaku	4++	3
3. Práce mě velmi psychicky zatěžuje pro vysokou zodpovědnost, spojenou se závažnými důsledky	3+	3
5. V práci mám časté konflikty a problémy, od nichž se nemohu odpoutat ani po skončení pracovní doby	1	2,5
<b>II. Monotonie</b>		
2. Práce mě neuspokojuje, chodím do ní nerad/a	2	2,5
4. Práce je málo zajímavá, duševně je spíše otupující	2	2,5
6. Při práci udržuji jen s námahou pozornost, protože se po dlouhou dobu nic nového neděje	1	2,5
<b>III. Stresový faktor</b>		
7. Práce je psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítím nervozitu a rozechvělost	2	3
8. Po několika hodinách mám práce natolik dost, že bych chtěl/a dělat něco jiného	2	3
9. Práce je psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítím únavu a ochablost	2	3
10. Práce je psychicky tak náročná, že ji nelze dělat po léta se stejnou výkonností	3++	2,5

+dosažená kritická hodnota mediánu, ++ překročená hodnota mediánu

**Cíl 2:** Cílem výzkumného šetření bylo zjistit míru vzdělání sester pro poskytování paliativní péče ve zdravotnických a sociálních zařízeních.

K cíli 2 se vztahují otázky směřované k respondentům č. 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14. Většina respondentů dosáhla středoškolského vzdělání (61,7 %), 15,5 % sester mělo vyšší odborné vzdělání a 22,7 % respondentů mělo vysokoškolské vzdělání. Dle sester pracujících v obou typech uvedených zařízení byla v 56,7 % odpovědí paliativní péče součástí jejich vzdělání. 62,0 % sester zhodnotilo paliativní péči v rámci studia a považovalo ji za nedostačující. Nejdostupnější formou specializovaného vzdělání v paliativní péči byla pro 48,6 % sester z nabízených variant odpovědí vlastní četba. Následoval (v sestupné tendenci) odborný seminář (35,5 %), kurz (18,1 %) a specializace (2,9 %). U 59,9 % respondentů poskytovalo pracoviště svým pracovníkům vzdělání v paliativní péči (nejčastěji kurzy, odborné semináře, certifikační kurzy nebo přednášky). Tématem, které sestry „oslovilo“ byla „komunikace s umírajícím a příbuznými“ (23 sester); „paliativní péče a doprovázení“ (19 sester); „péče o potřeby“ - především psychické - ale i sociální a spirituální (10 sester);

„*bolest, příp. péče o rány*“ (4 sestry); k nezařazeným tématům, individuálně seskupeným patřily: „*bazální stimulace; etika a psychosociální problematika; kdy už se mění léčba (kurativní) na paliativní; nefarmakologické tlumení bolesti; PICC; právní záležitosti, poslední vyslovené přání; psychologie; RHB; polohování; dekubity, výživa; vše co je zajímavé a má smysl.*“ Tématem zájmu dalšího vzdělávání respondentů byly opět „*komunikace s umírajícím a příbuznými*“ v téměř shodném počtu dotazovaných s předchozí položenou otázkou (22 sester); „*paliativní péče a doprovázení*“ (15 sester); „*péče o potřeby*“ (13 sester) - především psychické, sociální a spirituální; „*léčba bolesti; péče o rány*“ (5 sester) a „*bazální stimulace*“ (3 sestry). K nezařazeným jednotlivým tématům patřily: „*demence; ESPERO; etické hledisko a psychická zátěž v paliativní péči; manipulace s klientem; medikační procesy; paliativní péče u dětí; péče o dekubity; při paliativní péči vztahy (lidskost) součinnost s rodinou, oš. lékařem i nemocným; psychologický přístup k rodinám; psychologie; rozhodování o tom, kdy ukončit léčbu (ATB,...) ze které pacient evidentně neprofituje, stanovení DNR, komunikace s pacientem a rodinou; vše péče v paliativní péči, co je nutné pro pacienta benefit, a kdy ho přílišná péče spíše zatěžuje; způsoby psychické podpory nemocného, jak ho rozptýlit...jak se „lépe“ vyrovnat s tím, že umírá...*“ 60,4 % sester považovalo doposud získané množství informací pro poskytování paliativní péče za nedostačující. Nejvíce by uvítaly doplnit informace v oblasti péče o psychické potřeby (46,7 %) i v oblasti komunikace (40,8 %). Za nimi následovaly oblast péče o sociální potřeby (24,5 %), spirituální potřeby (22,4 %) a péče o tělo (9,7 %). 73,3 % sester zvolilo přednášku jako nejpřínosnější formu vzdělání. Následovaly i další varianty: „*četba*“ (27,1 %); „*internet*“ (24,5 %); „*workshop*“ (21,3 %); a „*specializační studium*“ (18,1 %). 91,3 % respondentů pokládalo vzdělání v paliativní péči za nutné pro výkon své profese.

Tabulka 6 Souhrn otázek a odpovědí vztahujících se k cíli 2

4) Vzdělání	SŠ	171	61,7 %
	VOŠ	43	15,5 %
	VŠ	63	22,7 %
5) Byla paliativní péče součástí Vašeho vzdělání?	ano	157	56,7 %
	ne	120	43,3 %
6) Byla pro Vás paliativní péče v rámci studia dostačující?	ano	100	38,0 %
	ne	163	62,0 %
7) Máte specializované vzdělání v paliativní péči?	specializace	8	2,9 %
	odborný seminář	98	35,5 %
	kurz	50	18,1 %
	vlastní četba	134	48,6 %

8) Poskytuje Vám Vaše pracoviště vzdělávání v paliativní péči?	ano	166	59,9 %
	ne	111	40,1 %
11) Myslíte si, že máte dostatečné množství informací pro poskytování paliativní péče?	ano	107	39,6 %
	ne	163	60,4 %
12) V jaké oblasti potřebujete doplnit informace? Péče o:	a) péče o tělo	27	9,7 %
	b) psychické potřeby	129	46,7 %
	c) sociální potřeby	68	24,5 %
	d) spirituální potřeby	62	22,4 %
	e) komunikace	113	40,8 %
13) Jakou formou je pro Vás vzdělání přínosné?	a) specializační studium	50	18,1 %
	b) přednáška	203	73,3 %
	c) workshop	59	21,3 %
	d) četba	75	27,1 %
	e) internet	68	24,5 %
14) Pokládáte vzdělání v paliativní péči za nutné pro výkon své profese?	ano	253	91,3 %
	ne	24	8,7 %

## Závěr

Míra zátěže sester při poskytování paliativní péče ve zdravotnických a sociálních zařízeních Olomouckého a Zlínského kraje byla dle klasifikace zátěže hodnocena u 97,8 % respondentů stupněm 1, u 1,8 % respondentů stupněm 2 a pouze 0,4 % (1 respondent) byl hodnocen stupněm 3. Hodnocením psychické pracovní zátěže dle jednotlivých položek Meisterova dotazníku byla zjištěna dosažená kritická hodnota mediánu u položky: „*Práce mě velmi psychicky zatěžuje pro vysokou zodpovědnost, spojenou se závažnými důsledky*“ a překročena u položek: „*Při práci mívám často pocit časového tlaku*“ a „*Práce je psychicky tak náročná, že ji nelze dělat po léta se stejnou výkonností*“.

Míra vzdělání sester pro poskytování paliativní péče ve zdravotnických a sociálních zařízeních Olomouckého a Zlínského kraje byla hodnocena dle aktuálně dosaženého pregraduálního a postgraduálního vzdělání. Prostřednictvím výzkumného šetření bylo zjištěno, že většina respondentů dosáhla středoškolského vzdělání (61,7 %), 15,5 % sester mělo vyšší odborné vzdělání a 22,7 % respondentů mělo vysokoškolské vzdělání. Dle získaných odpovědí 62,0 % sester zhodnotilo a považovalo paliativní péči v rámci svého studia za nedostačující. 91,3 % respondentů pokládalo vzdělání v paliativní péči za nutné pro výkon své profese. Nejdostupnější formou specializovaného vzdělání v paliativní péči byla pro 48,6 % sester z nabízených variant odpovědí vlastní četba. Následoval (v sestupné tendenci) odborný seminář (35,5 %), kurz (18,1 %) a specializace (2,9 %). U 59,9 %

respondentů poskytovalo pracoviště svým pracovníkům vzdělání v paliativní péči (nejčastěji kurzy, odborné semináře, certifikační kurzy nebo přednášky). Tématem, které sestry „oslovilo“ byla „komunikace s umírajícím a příbuznými“ (23 sester); „paliativní péče a doprovázení“ (19 sester); „péče o potřeby“ - především psychické - ale i sociální a spirituální (10 sester); „bolest, příp. péče o rány“ (4 sestry); k nezařazeným tématům, individuálně seskupeným patřily: „bazální stimulace; etika a psychosociální problematika; kdy už se mění léčba (kurativní) na paliativní; nefarmakologické tlumení bolesti; PICC; právní záležitosti, poslední vyslovené přání; psychologie; RHB; polohování; dekubity, výživa; vše co je zajímavé a má smysl.“ Tématem zájmu dalšího vzdělávání respondentů byly opět „komunikace s umírajícím a příbuznými“ v téměř shodném počtu dotazovaných s předchozí položenou otázkou (22 sester); „paliativní péče a doprovázení“ (15 sester); „péče o potřeby“ (13 sester) - především psychické, sociální a spirituální; „léčba bolesti; péče o rány“ (5 sester) a „bazální stimulace“ (3 sestry). K nezařazeným jednotlivým tématům patřily: „demence; ESPERO; etické hledisko a psychická zátěž v paliativní péči; manipulace s klientem; medikační procesy; paliativní péče u dětí; péče o dekubity; při paliativní péči vztahy (lidskost) součinnost s rodinou, oš. lékařem i nemocným; psychologický přístup k rodinám; psychologie; rozhodování o tom, kdy ukončit léčbu (ATB,...) ze které pacient evidentně neprofituje, stanovení DNR, komunikace s pacientem a rodinou; vše péče v paliativní péči, co je nutné pro pacienta benefit, a kdy ho přílišná péče spíše zatěžuje; způsoby psychické podpory nemocného, jak ho rozptýlit...jak se „lépe“ vyrovnat s tím, že umírá...“ 60,4 % sester považovalo doposud získané množství informací pro poskytování paliativní péče za nedostačující. Nejvíce by uvítaly doplnit informace v oblasti péče o psychické potřeby (46,7 %) i v oblasti komunikace (40,8 %). Za nimi následovaly oblast péče o sociální potřeby (24,5 %), spirituální potřeby (22,4 %) a péče o tělo (9,7 %). 73,3 % sester zvolilo přednášku jako nejprínosnější formu vzdělání. Následovaly i další varianty: „četba“ (27,1 %); „internet“ (24,5 %); „workshop“ (21,3 %); a „specializační studium“ (18,1 %).

Pozitivní věta závěrem: přes veškerou zátěž trvale působící na sestry v paliativní péči při výkonu fyzicky a psychicky náročné sesterské profese – mají sestry nadále zájem se v problematice paliativní péče aktivně vzdělávat.

### 8.3 Ověření platnosti hypotéz, výsledky k dílčím cílům práce

**DC1:** Zjistit, zda je míra zátěže sester při poskytování paliativní péče ovlivněna vzděláním.

#### Statistické hypotézy k cíli 1:

**H1: Předpokládáme, že** vzdělání sester v paliativní péči ovlivňuje míru zátěže sester pracujících ve zdravotnických a sociálních zařízeních. (Podložená otázkou č. 4 vs pracovní zátěž hodnocená pomocí Meisterovy metody hodnocení pracovní zátěže).

Nulová hypotéza

$H_0$ 1: Vzdělání sester v paliativní péči neovlivňuje míru zátěže sester pracujících ve zdravotnických a sociálních zařízeních.

Alternativní hypotéza

$H_A$ 1: Vzdělání sester v paliativní péči ovlivňuje míru zátěže sester pracujících ve zdravotnických a sociálních zařízeních.

#### Závěr

Faktory zátěže jednotlivých skupin respondentů, kteří byli rozděleni dle jejich nejvyššího dosaženého vzdělání, byly vyjádřeny jako průměr a směrodatná odchylka (SD). Hypotéza byla ověřena analýzou rozptylu (ANOVA). ANOVOU nebyla prokázána závislost míry zátěže sester na jejich vzdělání, všechny  $p$ -hodnoty vyšší než 0,05. Nulovou hypotézu  $H_0$ 1 nemůžeme zamítnout ve prospěch alternativní hypotézy. Hypotéza H1 nebyla potvrzena.

Tabulka 7 Popisná statistika a  $p$ -hodnoty analýzy rozptylu

Faktor zátěže	Vzdělání						$p$
	SŠ		VOŠ		VŠ		
	Průměr	SD	Průměr	SD	Průměr	SD	
Přetížení	7,9	2,0	7,6	2,2	8,0	2,2	0,532
Monotonie	4,9	1,9	5,3	1,8	4,8	2,1	0,337
Stresový faktor	8,6	3,4	8,8	3,7	8,7	3,4	0,959
Hrubé skóre	21,4	6,1	21,7	5,8	21,5	6,5	0,971

**H2: Předpokládáme, že** vzdělání sester v paliativní péči pracujících ve zdravotnických zařízeních je vyšší, než-li u sester pracujících v sociálních zařízeních. (Podložená otázkou č. 4 vs otázky č. 28, 29).

Nulová hypotéza

H<sub>0</sub>2: Vzdělání sester v paliativní péči pracujících ve zdravotnických zařízeních je stejné jako u sester pracujících v sociálních zařízeních.

Alternativní hypotéza

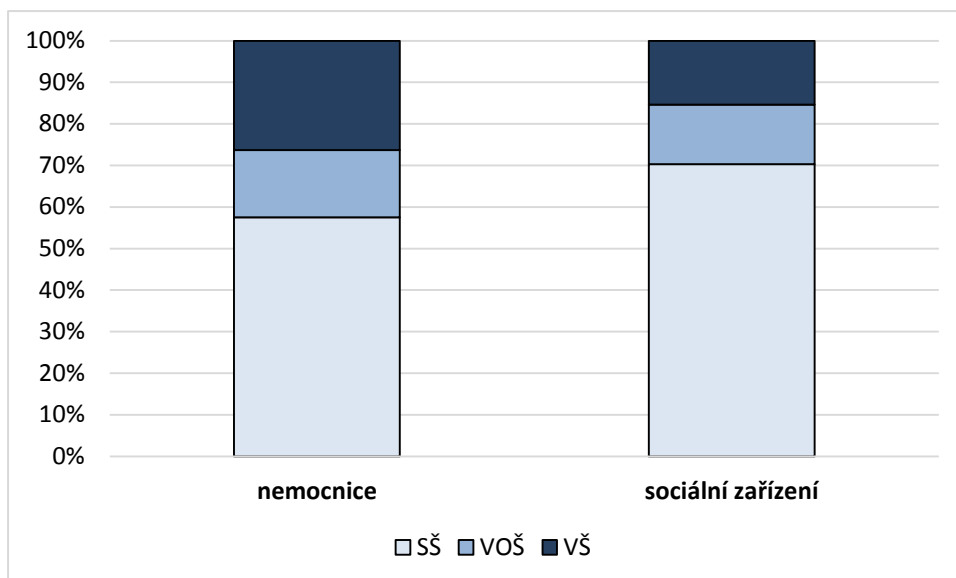
H<sub>A</sub>2: Vzdělání sester v paliativní péči pracujících ve zdravotnických zařízeních není stejné jako u sester pracujících v sociálních zařízeních.

### Závěr

Informace o pracovišti a vzdělání sester byly zaznamenány do kontingenční tabulky. Hypotéza byla ověřena chí-kvadrát testem. Tento test neprokázal statisticky významný vztah mezi pracovištěm sester a jejich vzděláním,  $p = 0,083$ . Snížená hodnota signifikance naznačuje trend – v nemocnicích mělo více sester (26,3 %) vysokoškolské vzdělání. Mezi sestrami, které pracovaly v sociálních zařízeních, absolvovalo vysokou školu jen 15,4 % sester. Rozdíl je ukázán také skládaným sloupcovým grafem. Nulovou hypotézu H<sub>0</sub>2 nemůžeme zamítnout. Hypotéza H<sub>2</sub> nebyla potvrzena.

Tabulka 8 Kontingenční tabulka

p = 0,083			Vzdělání			Celkem
			SŠ	VOŠ	VŠ	
Vaše pracoviště je nemocnice?	ano	počet	107	30	49	186
		%	57,5 %	16,1 %	26,3 %	100,0 %
	ne	počet	64	13	14	91
		%	70,3 %	14,3 %	15,4 %	100,0 %
Celkem		počet	171	43	63	277
		%	61,7 %	15,5 %	22,7 %	100,0 %



Graf 1 Skládaný sloupcový graf – vztah pracoviště a vzdělání sester

**DC2:** Zjistit, zda je míra zátěže sester při poskytování paliativní péče ovlivněna délkou praxe.

### Statistické hypotézy k cíli 2:

**H3: Předpokládáme, že** délka praxe ovlivňuje míru zátěže u sester poskytujících paliativní péči. (Podložená otázkou č. 2 vs pracovní zátěž hodnocená pomocí Meisterovy metody hodnocení pracovní zátěže).

Nulová hypotéza

$H_03$ : Sestry, které pracují ve zdravotnických zařízeních, vykazují stejnou míru zátěže jako sestry pracující v sociálních zařízeních.

Alternativní hypotéza

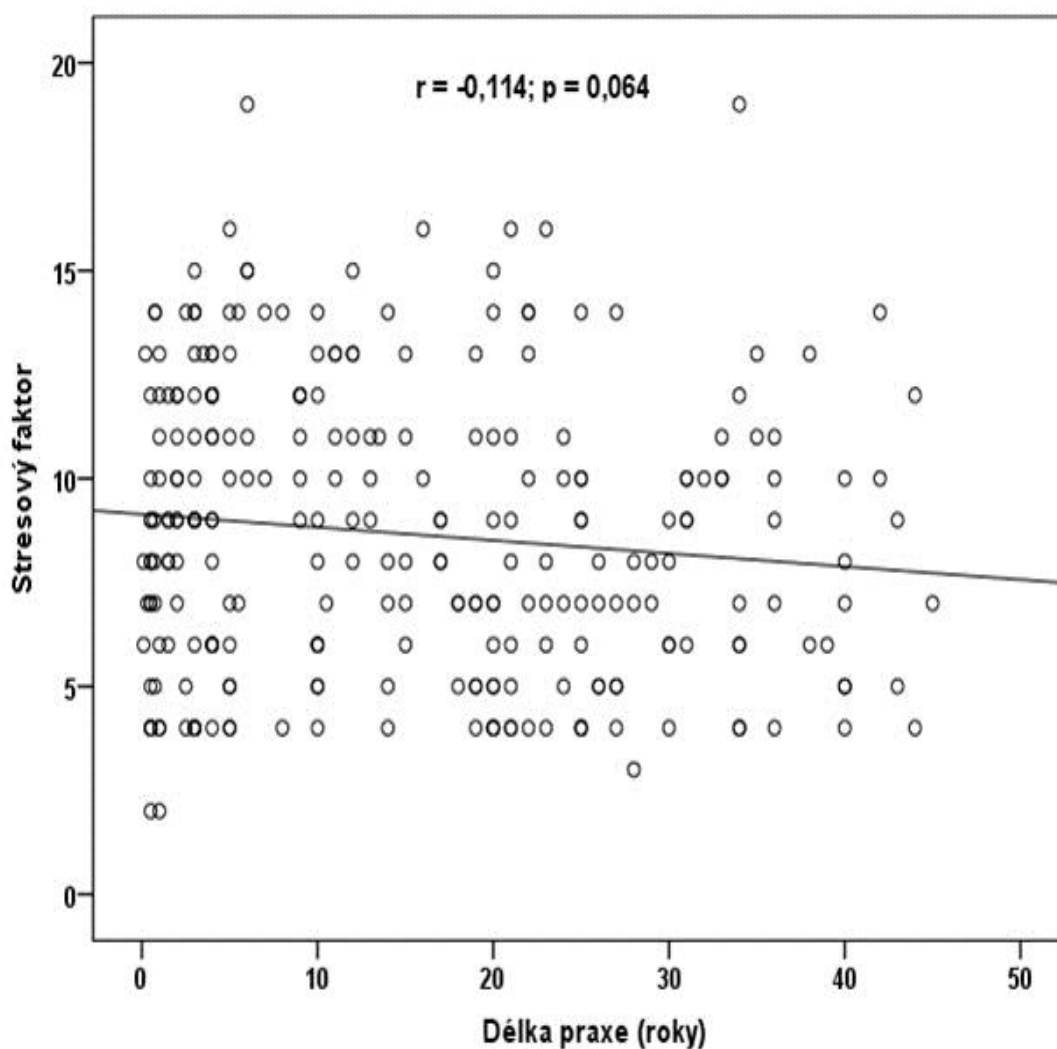
$H_{A3}$ : Sestry, které pracují ve zdravotnických zařízeních, vykazují jinou míru zátěže než sestry pracující v sociálních zařízeních.

### Závěr

Vzájemná korelace kvantitativních veličin (délky praxe sester a hodnot faktorů zátěže) byla ověřena výpočtem Pearsonova korelačního koeficientu. Pearsonovou korelační analýzou nebyla prokázána významná závislost míry zátěže sester na jejich délce praxe,  $p > 0,05$  u všech korelačních koeficientů. Nulovou hypotézu  $H_03$  nemůžeme zamítnout. Snížená hladina signifikance ( $p = 0,064$ ) u hrubého skóre ukazuje na trend v datech – s vyšší délkou praxe se hodnoty zátěže snižují,  $r = -0,114$ . Tato slabá negativní závislost je ukázána také bodovým grafem s regresní přímkou (graf 2). Hypotéza H3 nebyla potvrzena.

Tabulka 9 Hodnoty Pearsonova korelačního koeficientu a odpovídající p-hodnoty

Faktory zátěže		Délka praxe (roky)
Přetížení	Pearsonův korelační koeficient	-0,037
	$p$	0,545
Monotonie	Pearsonův korelační koeficient	-0,059
	$p$	0,340
Stresový faktor	Pearsonův korelační koeficient	-0,114
	$p$	0,064
Hrubé skóre	Pearsonův korelační koeficient	-0,095
	$p$	0,120



Graf 2 Bodový graf ukazuje vztah mezi délkou praxe a hodnotami nespecifického faktoru



**DC3:** Zjistit, zda je míra zátěže sester při poskytování paliativní péče ovlivněna typem zařízení.

### Statistické hypotézy k cíli 3:

**H4: Předpokládáme, že** sestry, které pracují ve zdravotnických zařízeních budou vykazovat nižší míru zátěže, než-li sestry pracující v sociálních zařízeních. (Podložená otázkami č. 28, 29 vs pracovní zátěž hodnocená pomocí Meisterovy metody hodnocení pracovní zátěže).

Nulová hypotéza

H<sub>0</sub>4: Sestry, které pracují ve zdravotnických zařízeních, vykazují stejnou míru zátěže jako sestry pracující v sociálních zařízeních.

Alternativní hypotéza

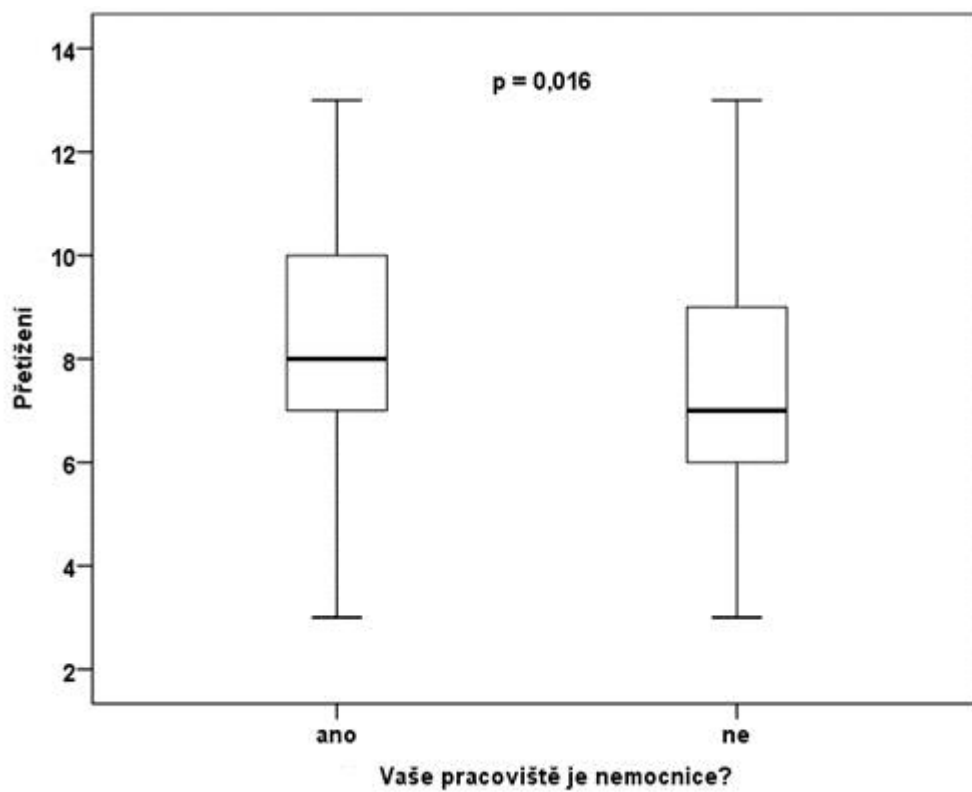
H<sub>A</sub>4: Sestry, které pracují ve zdravotnických zařízeních, vykazují jinou míru zátěže jako sestry pracující v sociálních zařízeních.

### Závěr

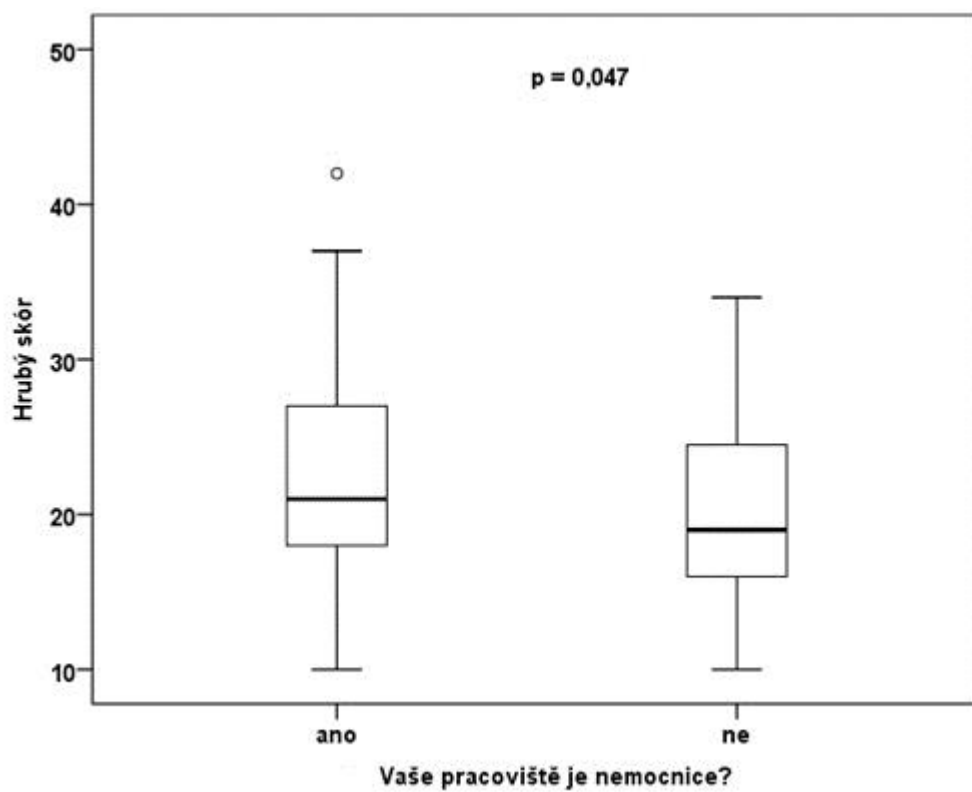
Faktory zátěže jednotlivých skupin respondentů, kteří byli rozděleni dle jejich pracoviště, byly popsány pomocí průměru a směrodatné odchylky (SD). Hypotéza byla ověřena dvouvýběrovým *t*-testem. Tímto testem bylo prokázáno, že u sester v nemocnici jsou statisticky významně vyšší hodnoty faktoru přetížení ( $p = 0,016$ ) a celkového hrubého skóre ( $p = 0,047$ ). Pro tyto dvě položky můžeme nulovou hypotézu H<sub>0</sub>4 zamítnout ve prospěch alternativní hypotézy. *T*-test však neprokázal významné rozdíly ve faktorech monotonie ( $p = 0,593$ ) a ve stresovém faktoru ( $p = 0,077$ ). Pro tyto položky nulovou hypotézu H<sub>0</sub>4 nemůžeme zamítnout. Rozložení naměřených hodnot u veličin, u kterých byly nalezeny signifikantní rozdíly, bylo znázorněno krabicovými grafy. Vodorovná čára v krabici znázorňuje hodnotu mediánu, dolní hrana krabice hodnotu 1. kvartilu (25. percentilu), horní hrana hodnotu 3. kvartilu (75. percentilu). Svorky ukazují maximální a minimální naměřené hodnoty, odlehlé hodnoty jsou zakresleny kroužky. Hypotéza H4 nebyla potvrzena.

Tabulka 10 Popisná statistika a *p*-hodnoty analýzy rozptylu

Faktor zátěže	Vaše pracoviště je nemocnice?				<i>p</i>
	ano		ne		
	Průměr	SD	Průměr	SD	
Přetížení	8,1	2,1	7,5	2,0	<b>0,016</b>
Monotonie	5,0	1,9	4,8	1,9	0,593
Stresový faktor	8,9	3,4	8,1	3,6	0,077
Hrubé skóre	22,0	6,0	20,4	6,1	<b>0,047</b>



Graf 3 Krabicový graf ukazuje distribuci hodnot faktoru přetížení dle pracoviště sester



Graf 4 Krabicový graf ukazuje distribuci hodnot hrubého skóre dle pracoviště sester

**H5 Předpokládáme, že míra zátěže sester v paliativní péči je vyšší ve srovnání s populační normou.**

Nulová hypotéza

H<sub>0</sub>5: Sestry výzkumného souboru se neliší v míře zátěže od populační normy.

Alternativní hypotéza

H<sub>A</sub>5: Sestry výzkumného souboru se liší v míře zátěže od populační normy.

## Závěr

Dvouvýběrovým t-testem bylo ověřeno, že sestry výzkumného souboru vykazují nižší míru zátěže ve srovnání s populační normou (tab. 11). Hypotéza H5 nebyla potvrzena.

Tabulka 11 Faktory Meisterova dotazníku pro celý výzkumný soubor sester a běžnou populaci

	Výzkumný soubor (n = 277)		Populační norma (n = 867)		p
	Průměr	SD	Průměr	SD	
I. Přetížení	7,9	2,1	8,4	3,2	0,015
II. Monotonie	4,9	1,9	7,6	3,0	<0,0001
III. Stresová odezva	8,7	3,5	11,7	4,4	<0,0001

## 8.4 Specifikace oblastí, v níž sestry v paliativní péči vnímaly největší zátěž

Jsou podloženy otázkami nezbytnými k potvrzení či vyvrácení hypotéz č. 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 27. Pro 78,5 % respondentů poskytujících paliativní péči tato péče nepředstavovala zátěž. 79,9 % sester uvedlo, že pro ně komunikace s člověkem, který již potřebuje paliativní péči, není zatěžující. Naopak 72,9 % sester označilo období péče o nemocné v terminálním stádiu choroby „*pre finem (před úmrtím)*“ za období, v němž vnímaly největší zátěž. Za nimi následovalo období „*in finem (v době smrti)*“ 12,3 % a „*post finem (po úmrtí)*“ 6,5 %. Respondenti tuto otázku doplnili o vlastní zkušenost (otázka č. 17). Pro 56,0 % sester komunikace s rodinnými příslušníky člověka, který již potřebuje paliativní péči, představuje zátěž. Nejnáročnější a nejvíce zatěžující oblastí byla pro sestry v 62,8 % péče o psychické potřeby. Dále pak komunikace 32,9 %, oblast péče o sociální potřeby 13,7 %, spirituální potřeby 11,6 % a o péče tělo 10,5 %. Respondenti tuto otázku doplnili vlastním komentářem (otázka č. 19). Nejčastějším způsobem, jakým se sestry vyrovnávají se zátěží (např. úmrtí) v paliativní péči, uvedly – „*sám/a*“ 61,7 %. Z jiných možností např. variantu „*s pomocí kolegyně (teamu)*“ 36,5 %; „*pomoc rodiny*“ 13,4 %;

„přátel“ 12,3 %; „profesionální pomoc“ 1,1 %. Mezi doplněné kompenzační mechanismy či zkušenosti patřily: „koníčky, relaxace, příroda, sport, poslech hudby“ aj. (otázka č. 20). Pro 51,5 % sester je pomoc při vyrovnávání se se zátěží důležitá. 57,2 % sester uvedlo svůj názor a myslí si, že má pracoviště povinnost svým zaměstnancům pomáhat při vyrovnávání se se zátěží v paliativní péči, např.: „rozhovor s psychologem“ uvedlo 9 sester, „supervize“ (4 sestry), „seminář, kurzy“ (2 sestry); ostatní, individuální odpovědi respondentů: „rekreační aktivita, pobyt, společné výlety“; „ne každý tu pomoc vyžaduje, takže individuálně“; „možnost "konzultace" - pohovoru s VS (vrchní sestrou)“; „zvláště podpora mladých kolegyně v týmu“ či „pomůcky, informace o novinkách“, aj. (otázka č. 22). U 70,2 % sester téma umírání nepředstavuje zátěž.

Charta umírajících podložená otázkami č. 23, 24. 59,0 % sester neznalo Chartu umírajících a 88,1 % sdělilo, že ji nemají na pracovišti.

Poslední chvíle života člověka (domácí prostředí vs nemocnice) podložené otázkami č. 25, 26. Téměř všichni respondenti se shodovali ve svých odpovědích a domnívají se, že prostředí, v němž by měl člověk strávit své poslední chvíle je domov (94,3 %), nikoli nemocnice. S čímž nesouhlasilo 4,3 % (11 sester) a upřednostňují proti domácímu prostředí převoz do nemocnice.

Syndrom vyhoření podložený otázkami č. 30, 31, 32, 33. 98,9 % sester „ví, co je syndrom vyhoření“, osobní zkušenost s ním potvrdilo 32,0 % sester, ostatních 68,0 % odpovědělo záporně. U 76,8 % sester tato zkušenost (se syndromem vyhoření) nebyla v souvislosti s paliativní péčí, tématem umírání či smrti při výkonu jejich profese. Naopak souhlasně označilo 23,3 % sester. Způsob, jak se s ním sestry „vyrovnaly“ doplnily v otázce č. 33 („přešlo to časem samo, změna pracoviště, přátelé“ - 10 sester, „dovolená, pracovní neschopnost“ - 8 sester; individuální odpovědi respondentů: „sama, rodina“; „v kruhu rodinném, sport“; „odchod na mateřskou“; „s rodinou, přítel“; „já osobně ne, ale kolegyně“; „těžce“; „ještě nevyrovnala“; „vymluvit se přátelům!“; „dlouhodobá PN , odpočinek, změna profese na rok“; „relaxace, koníčky, pláč“; „antidepresiva asi 1 rok“; „psychologická pomoc“; „časté vycházky, soustředění se na osobní život, oddělení práce a osobního života, nepouštět si pacienty příliš k tělu (neutrálně)“; „nijak, stále jsem vyhořelá“; „přešla jsem na jiné oddělení“, aj.).

Volný prostor za dotazníkem Hodnocení psychické zátěže dle Meistera vybízel respondenty k doplnění vlastních myšlenek, postřehů, zkušeností i případných přání ohledně dalšího vzdělávání. V otázkách k tématu paliativní péče, vzdělávání, zátěži či osobních zkušeností (souhrnně uvedených v závěru kapitoly 8.1 Demografický charakter souboru

respondentů) se vyjádřilo a tuto možnost využilo 55 sester z celkového počtu 277 respondentů.

V rámci realizace výzkumného šetření uvedená pracoviště (Fakultní nemocnice Olomouc a Krajské nemocnice Tomáše Bati a.s., Zlín) vyjádřila přání seznámit vedoucí pracovníky s výsledky našeho výzkumného šetření. Předběžně domluvený termín prezentace výsledků je stanoven na období po obhajobě diplomové práce.

## 9 DISKUZE

Diplomová práce se zabývá mírou zátěže sester při výkonu paliativní péče pracujících ve zdravotnických i sociálních zařízeních Olomouckého a Zlínského kraje, zjišťovanou pomocí standardizovaného dotazníku Hodnocení psychické zátěže dle Meistera. Teoretická část práce se věnuje problematice paliativní péče (potřebám nemocných, fázím umírání podle Elisabeth Kübler-Rossovové, péči o umírající v obdobích - pre finem, in finem, post finem, koncepci paliativní péče i významným osobnostem v paliativní péči). Stěžejní kapitoly: vzdělání sester v paliativní péči a zátěž a stres v práci sestry, doplňuje poslední kapitola, týkající se paliativní péče zdravotnických a sociálních zařízení. Data získaná prostřednictvím Meisterova dotazníku mohou být využita k prevenci syndromu vyhoření sester, poskytujících paliativní péči.

Také autoři Hladký, Židková (1999, s. 5-6) doporučují ve své metodické příručce Metody hodnocení psychosociální pracovní zátěže k hodnocení pracovní zátěže Meisterovu metodu (mimo jiných) jako nejvhodnější řešení a orientaci v aktuální problematice – v přibývajících psychiku zatěžujících profesích, odrážejících nepříjemnou skutečnost – snižující se duševní zdraví naší populace, podloženou získanými konkrétními údaji. Dotazníkové šetření velmi často slouží ke zmapování a zhodnocení psychické pracovní zátěže i hygieny práce (Židková, 2002, s. 128-132). Vyhodnocením prostřednictvím jednotlivých položek či překročení kritických hodnot mediánu zatěžujících faktorů (Hlávková, 2016). Současnými hygienickými předpisy je stanoven obecný rámec k posouzení psychické zátěže souhrnem kompletních stresogenních faktorů (Židková, 2002, s. 128).

Na podkladě získaných skutečností, daných postupů i závěrů byla tato metoda sběru dat využita v realizaci výzkumu naší diplomové práce.

Z demografických údajů výzkumného šetření vyplývá, že se výzkumu zúčastnilo 186 sester pracujících ve zdravotnických zařízeních a 91 sester pracujících v sociálních zařízeních, poskytujících paliativní péči. Převahu tvořily ženy, kterých bylo 269 (97,1 %) a zbylých 2,9 % tedy 8 z celkového počtu 277 respondentů ochotných spolupracovat na výzkumu, byli muži. Průměrný věk respondentů se směrodatnou odchylkou byl  $38,4 \pm 12,4$  roků, věkové rozmezí 19 až 65 let, hodnota mediánu věku byla 39 let. Většina respondentů dosáhla středoškolského vzdělání (61,7 %), 15,5 % sester mělo vyšší odborné vzdělání a 22,7 % respondentů mělo vysokoškolské vzdělání. Průměrná délka praxe sester se směrodatnou odchylkou byla  $15,3 \pm 12,6$  roků, rozmezí 1 měsíc až 45 let, hodnota mediánu délky praxe byla 13 let.

Vzhledem k tomu, že existovala možnost realizovat výzkumné šetření s téměř ročním odstupem a zčásti ve shodných zdravotnických a sociálních zařízeních s těmi v současnosti oslovenými, s využitím stejného měřicího nástroje – Meisterova dotazníku, lze porovnat zjištěné údaje s předešlou diplomovou prací.

Celkový počet respondentů ochotných spolupracovat na výzkumu byl v minulém roce 125 (76 sester pracujících ve zdravotnických zařízeních a 49 sester pracujících v sociálních zařízeních). Zjištěn byl téměř shodný průměrný věk respondentů 38,7 let, v rozmezí 36 – 41 let a také téměř shodná hodnota mediánu věku 38,5 let. Průměrná délka zaměstnání (praxe) sester byla o něco málo delší v porovnání se současnými zjištěnými údaji. Ve zdravotnických zařízeních 16,1 let, v rozmezí 13,2 - 19 let, hodnota mediánu 12,3 let; v sociálních zařízeních 19,5 let, v rozmezí 16,2 - 22,8 let, hodnota mediánu 20 let. Z výsledků vyplynulo, že sestry pracující v sociálních zařízeních v rámci své profese setrvávají déle na daném pracovišti (Podsedníčková, 2018, s. 87, 95). Pro skupinové hodnocení byly využity aritmetické průměry hrubého skóru jednotlivých sledovaných výzkumných souborů, z nichž žádný nepřekročil normu a hodnoty v porovnání s normou hrubého skóru pro ženy v české populaci, téměř jí však dosahovaly. Porovnáním průměrných hodnot faktorů a hrubého skóru Meisterova dotazníku u celého výzkumného souboru minulé diplomové práce s normami autorů Hladký, Židková (1999, s. 39-42) Studentův t-test prokázal existenci statisticky významných rozdílů mezi normami a hodnotami výzkumného souboru, a to u faktorů F2 (Monotonie), F3 (Nespecifický faktor) a HS (Hrubý skór) (Podsedníčková, 2018, s. 103). Kritické hodnoty mediánu faktorů (I., II., III., včetně HS) Meisterova dotazníku současné diplomové práce nebyly dosaženy ani překročeny. Klasifikací zátěže bylo zjištěno, že 97,8 % respondentů je hodnoceno stupněm 1, 1,8 % stupněm 2 a jen 0,4 % (1 respondent) byl hodnocen stupněm 3. Hodnocením jednotlivých položek Meisterova dotazníku byla naopak zjištěna dosažená kritická hodnota mediánu u položky: „*Práce mě velmi psychicky zatěžuje pro vysokou zodpovědnost, spojenou se závažnými důsledky*“ a překročena u položek: „*Při práci mívám často pocit časového tlaku*“ a „*Práce je psychicky tak náročná, že ji nelze dělat po léta se stejnou výkonností*“. Srovnání mediánů předchozí a zároveň poslední jmenované položky Meisterova dotazníku (mimo jiných) poukazuje na fakt, že je českou populací nepříznivě hodnocena, zvláště ženami. Jimiž byla negativně pocíťována únava, úbytek výkonnosti (stresové faktory) proti mužům, kteří vnímali více zatěžující naopak zodpovědnost. Sledovaný soubor zahrnoval 1832 osob (Židková, 2002, s. 129). Podobných výsledků výzkumu bylo shrnuto a předloženo k nahlédnutí také ve studii autorek Zálešákové, Bužgové (2011, s. 114-115) hodnotících psychickou zátěž 168 sester, pracujících na onkologických odděleních Fakultních nemocnic:

Ostrava, Olomouc, Nemocnic: Nový Jičín, T. Bati Zlín a Masarykově onkologickém ústavu v Brně. Analýzou dat byla zjištěna nejvyšší průměrná hodnota také u faktoru stresové odezvy. Shodně jako u všech předchozích výzkumných šetření nebyla ani v tomto případě překročena kritická hodnota jednotlivých faktorů. 72,6 % respondentů pocívalo psychickou zátěž jako přiměřenou, opačné stanovisko zaujímal 14,3 % - hodnotilo ji nepříznivě a zbývajících 13,1 % naopak příznivě. Opět byly kritické hodnoty celého souboru překročeny v jednotlivých položkách Meisterova dotazníku (shodně s naší diplomovou prací): „*Při práci mívám často pocit časového tlaku*“ a „*Práce je psychicky tak náročná, že ji nelze dělat po léta se stejnou výkonností*“, shodně byla také dosažena kritická hodnota u položky: „*Práce mě velmi psychicky zatěžuje pro vysokou zodpovědnost, spojenou se závažnými důsledky*“. Položkou navíc byla u onkologických sester označena: „*Práce je psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítím únavu a ochablost*“. Přítomností jednotlivých stupňů zátěže dle Meisterova dotazníku u všeobecných sester (onkologie a hematookologie) Fakultních nemocnic v Ostravě a v Olomouci se zabývali Ježorská, Kozyková, Chrastina (2012, s. 56-58). Klasifikací zátěže bylo zjištěno vyšší hodnocení II. + III. stupně (22 % a 4 %), zbylých 74 % bylo hodnoceno stupněm I. Souhrnně byly výsledky výzkumu prezentovány vzhledem k převážné většině respondentů, zátěž negativním způsobem nezasahovala do oblasti pracovního výkonu či zdraví. Analýzu faktorů, ovlivňujících kvalitu práce u 130 sester pracovišť dlouhodobě nemocných a jejich psychickou pracovní zátěž zkoumala Kadučáková (2011, s. 299-306) i ona během svého výzkumu dospěla k závěru, že oblastí, v níž sestry vnímaly největší zátěž, bylo opět hodnocení psychické náročnosti a únavy (překročením kritické hodnoty mediánu) i v oblasti časové tísně, problémy a konflikty, ale především opět v položce poslední – dlouhodobá únosnost práce. Což vzhledem ke skutečnosti, že sestry jako celek směřují k přetížení, jsou hodnoceny stupněm 2, klasifikovaným jako psychická zátěž, mohou pravidelně ovlivňovat subjektivní stav sester a tím i jejich výkonnost pracovní. Závěrem autorka uvedla shrnutí, v němž vyzdvihla jako negativní dominantní faktor, který sestry uvádějí - velké množství pracovních činností a s nimi související časovou tíseň, únavu – během jejich směny (pracovní). Průřezová, deskriptivní studie slovenských autorek Obročníkové, Magurové, Majerníkové, Kaščákové, Harčarikové (2015, s. 357) měla za cíl zjistit a zhodnotit rozdíly v percepci pracovní (psychické) zátěže u 97 sester vybraných pracovišť, poskytujících akutní a dlouhodobou ošetrovatelskou péči v Prešovském i Košickém regionu. Prostřednictvím porovnání mediánů s kritickými hodnotami i tato studie předkládá negativní hodnocení v dlouhodobé ošetrovatelské péči, v často již zmiňované oblasti dlouhodobé únosnosti práce (stejně jako sestry v péči akutní). Práci vykonávanou pod



časovým tlakem, s vysokou zodpovědností, následně se projevující nervozitou sester, včetně únavy. Klasifikační stupeň zátěže pro skupinu sester v dlouhodobé péči byl hodnocen stupněm 1, s tendencí k přetížení - spojenou s časovou tísní, vysokou zodpovědností, problémy a konflikty v pracovním prostředí. K překvapivému zjištění během hodnocení, analýzy faktorů práce i pracovního prostředí ve Středoslovenském regionu (za účelem upozornit na riziko psychické pracovní zátěže a případnou nutnost změny zařazení pracovníků – v rámci kategorií, zejména pro zvýšení ochrany zdraví při práci) dospěly autorky Hrušková, Strýčková, Buchancová, Cigániková (2012, s. 147-153). Reagovaly tak na základě údajů Evropské nadace pro zlepšování životních a pracovních podmínek, v nichž byl stres související s prací nejčastěji uváděnou příčinou onemocnění pracovníků. V celé Evropské unii jejich počet přesahuje 40 milionů lidí. Analýzou a zhodnocením výsledků bylo odhaleno riziko psychické pracovní zátěže řady profesí zdravotnických i sociálních zařízení. Také Hubáčová, Roda, Šulcová, Janoušek, Vargová, Henčková, Fejdová (1999, s. 107-113) zařadili sestry, pracující na geriatrici do 3. kategorie, se zvýšenou psychickou pracovní zátěží. Zároveň upozornili na fakt, že až 35 % mladých sester (průměrný věk 27,7 let) trpělo nespavostí. Nervozitu, podrážděnost vnímalo až 77,8 % sester. Fyzickou i psychickou zátěží 100 sester na geriatrici a v hospici se zabývaly autorky Novotná, Valentová (2011, s. 26-27). Prostřednictvím výsledků výzkumu zjistily, že téměř všichni respondenti (98 % sester) poskytující péči umírajícím v hospici „*má zájem o svou práci a práce je uspokojuje*“, což stejně vnímalo i 78 % sester z geriatricie. Opět patřily stresové situace k nejvýznamnějším stresovým faktorům (50 % hospic a 70 % geriatricie). Hospicové sestry častěji zmiňovaly potíže s konflikty na pracovišti (v 50 %). Za nimi následovala nižší odolnost geriatrických sester (52 %), které uváděly těžkou péči o umírající pacienty proti sestřím pracujícím v hospici (42 %). 46 % geriatrických sester vnímalo smrt a umírání jako zátěžový faktor (výraznou psychickou zátěž), kterou svým vyjádřením podpořilo 24 % sester pracujících v hospici. Poslední studií, týkající se výzkumného šetření psychické zátěže 157 sester (zdravotnických zařízení ČR, poskytujících ošetrovatelskou péči) se zabývaly Stuchlíková, Padyšáková (2017, s. 9-14) s cílem poukázat na faktory přetížení a monotonie pracovní psychické zátěže. Opět byl prokázán, podobně jako v předchozích studiích, nejvíce zatěžujícím faktorem: časový tlak, ale i vysoká zodpovědnost.

Druhou stěžejní oblastí (mimo míry zátěže) sester v paliativní péči, pracujících ve zdravotnických a sociálních zařízeních, dle výsledků výzkumu naší diplomové práce neméně důležitou – byla jejich dosažená míra vzdělání - pro poskytování paliativní péče. V úvodu této kapitoly, v rámci demografických údajů našeho výzkumného šetření bylo

uvedeno zastoupení (i procentuální) aktuálního zařazení sester do skupin dle dosaženého pregraduálního vzdělání.

Autorka Hosáková (2010, s. 330) dospěla k závěru, že v podmínkách současného zdravotnictví je paliativní péče teprve v počátcích. Nicméně se smrt i péče o umírající dotýká všech (každého jedince, sester, včetně nemocných). Neexistence specializačního vzdělávání v oboru, malá část výuky pregraduálního studia věnovaná problematice paliativní péče, nedostatečné znalosti i nevhodný výběr personálu mohou způsobit nadměrnou zátěž sester. Případně pod vlivem těchto okolností svým „nešťastně“ zvoleným přístupem mohou nemocného i poškodit. Autor Sláma (2014, s. 575) upozorňuje na fakt, že moderní paliativní péče má příznivý vliv na kvalitu života terminálně nemocných, podloženou aktivním hodnocením či zmírňováním řady aspektů lidského utrpení - „dobrou smrt“ tak pacientům umožnit.

Prostřednictvím výzkumného šetření diplomové práce bylo zjištěno, že 39,6 % (107 sester) zhodnotilo a domnívalo se, že jejich množství informací pro poskytování paliativní péče bylo dostatečné, 60,4 % (163 sester) naopak odpovědělo záporně. 59,9 % (166 sestrám) jejich pracoviště poskytovalo vzdělávání v paliativní péči. 40,1 % (111 sester) stejnou možnost vzdělávání bohužel nemělo. Z dalších výzkumů diplomové práce vyplývá, že 91,3 % respondentů (253 sester) považovalo vzdělání v paliativní péči za nutné pro výkon své profese. Současně pro 56,7 % (157 sester) byla paliativní péče nedílnou součástí jejich vzdělání. Pouze pro 38,0 % (100 sester) z celkového počtu 277 respondentů byla paliativní péče v rámci studia dostačující. 62,0 % (163 sester) naopak odpovědělo záporně. Respondenti mimo své dosažené specializované vzdělání v paliativní péči uváděli i jednotlivé oblasti, v nichž potřebovali doplnit potřebné informace (péče o tělo; psychické, sociální, spirituální potřeby a komunikaci). Nejčastěji zmiňovanou oblastí byla péče o psychické potřeby (46,7 %; 129 sester) a komunikace (40,8 %; 113 sester). Za nimiž následovaly zbývající: oblast péče o sociální potřeby (24,5 %; 68 sester), spirituální potřeby (22,4 %; 62 sester) a posledně jmenovaná: oblast péče o tělo (9,7 %; 27 sester). Dle vyjádření respondentů byla pro 21,5 % (59 sester) paliativní péče a pro 29,8 % (82 sester) téma umírání zátěží. K nejnáročnějším i nejvíce zatěžujícím se sestrám jeví období péče o umírající pre finem (72,9 %, 202 sester), období in finem uvedlo 12,3 % (34 sester) a post finem 6,5 % (18 sester). 20,1 % (55 sester) vnímalo zátěž v komunikaci s člověkem vyžadujícím paliativní péči a 56,0 % (153 sester) v komunikaci s jeho rodinou. V oblasti souvisejících potřeb pak v 62,8 % (u 174 sester) péči o psychické potřeby a v 32,9 % (u 91 sester) opět v komunikaci. Za nimiž následovaly další oblasti: péče o sociální potřeby (13,7 %, 38 sester), spirituální (11,6 %, 32 sester) a péče

o tělo (10,5 %, 29 sester). Cílem příspěvku autorek Bužgové, Sikorové (2010, s. 43-47) bylo zjistit metodou praxe založené na důkazech, zda specializovaná paliativní péče ve srovnání s běžnou péčí ovlivňuje kvalitu života a míru nenaplněných potřeb pacientů, jejichž stav vyžaduje paliativní péči. Zjištěná kvalita posuzovaných studií z řady databází byla hodnocena jako nízká. Vliv specializované péče byl prokázán především v kvalitativních studiích, u kvantitativních (v nižší kvalitě). Kdy byla u terminálně nemocných (v konečné fázi choroby) nebo u pacientů s demencí zjištěna vyšší míra nenaplněných potřeb, současně s nižší kvalitou života. Autorky Cínová, Ondřiová (2012, s. 40-41) v rámci kauzálně porovnávacího výzkumu s celkovým počtem 100 respondentů (50 sester ze Slovenska a 50 sester z Norska) poskytujících paliativní péči, předložily a zdůraznily skutečnost, že problematika paliativní péče se v posledních letech dostává do popředí zájmu zdravotní politiky. Především je zcela nežádoucí, aby se pacient stal pouhým příjemcem péče, aniž by mohl vyjádřit své pocity, očekávání, potřeby - jejichž akceptace je nedílnou a stěžejní součástí ošetrovatelského procesu. Deskriptivní průřezová studie autorky Lazárkové (2017, s. 1-8), která zjišťovala u 215 zdravotnických pracovníků v zařízeních typu hospic, LDN, do jaké míry vyjadřuje koncept pyramidy potřeb hierarchicky seřazených podle A. H. Maslowa skutečné potřeby terminálně nemocných, dospěla k závěru, že respondenti nejčastěji uváděli jako nejméně aktuální potřebu umírajících seberealizaci (pro omezenou interakci s okolním světem, téměř s nezájmem o dění v něm) výrazně zastoupenou aktuálností biologických potřeb, bezpečí a jistoty. K třem nejzásadnějším potřebám pacientů náležela i potřeba sociálního kontaktu. Šetřením byla zjištěna významná změna v hierarchii potřeb pacientů v terminálním stádiu nemoci. Také autorky Bužgová, Hajnová Fukasová, Sikorová, Kozáková (2013, s. 628-633) potvrdily prvořadou aktuálnost fyzických potřeb (včetně potřeb v doméně autonomie) u 52 onkologických pacientů onkologické kliniky FN v Ostravě, s ukončenou terapií na podkladě léčebně nezvratné progresse nemoci, vyžadujících paliativní péči. Nejméně uspokojivě pocítovali pacienti saturaci psychických a spirituálních potřeb. Z jednotlivých položek, jež považovali v rámci saturace za nejvýznamnější, nejčastěji uváděli symptomy nemoci (bolest, únavu, dušnost), akceptovat nemoc, podporu i komunikaci stran zdravotníků, respekt a úctu při ošetřování, rozhodování, vnitřní klid, smysl života a naději. V přehledové studii autorka Bužgová (2011, s. 265-274) zaměřila svou pozornost na psychosociální potřeby (dle McIlmurraye et al.) u onkologických i neonkologických pacientů v souvislosti se zdravotnickými profesionály (spjatých s potřebou: být informován, potřebou podpory, nalezení vlastní identity, emocionální, spirituální či praktické potřeby). Z výsledků výzkumu vyplynulo, že pro nemocné v paliativní péči je nejvýznamnější vzájemný vztah: ošetřující tým

- pacient – rodina. Hodnocením míry naplnění potřeb i úrovní kvality života pacientů s pokročilým chronickým srdečním selháním v paliativní péči, v porovnání s onkologickými pacienty, autoři Novotná, Kala (2018, s. 27-32) dospěli k závěru, že v mnoha aspektech byla kvalita života i míra naplnění potřeb negativněji vnímána pacienty s pokročilým srdečním selháním. Další důležitou informací je fakt, jež zjistili autoři Bužgová, Hajnová Fukasová, Fetl, Stolička (2014, s. 241-249) u 349 pacientů v konečném stádiu chronické nemoci, kteří považují hodnocení úzkosti a deprese při hospitalizaci za nezbytnou součást komplexně poskytované paliativní péče. Úzkost i deprese negativně ovlivňují (snižují) kvalitu lidského života, jednoho z předních principů paliativní péče.

Prostřednictvím práce s biografií (životním příběhem člověka) umožňují nové modely a koncepce paliativní péče využití nových způsobů podpory i doprovázení seniorů v závěru života – individualizovanou formu péče, aplikovanou v sociálním i ošetrovatelském prostředí (Procházková, 2015, s. 22-24).

Z doposud získaných dat a informací je evidentní, že paliativní péče, podložená holistickým vnímáním osobnosti pacienta, je náročná pro nemocné i jejich příbuzné, stejně jako pro ošetrující personál. Také proto byla jednou z mnoha otázek směřovaných na respondenty otázka tématu, které z již absolvovaných v rámci vzdělávání sestry nejvíce oslovilo a o jaké by ve vztahu k paliativní péči měly největší zájem. Výsledky výzkumu doložily následující fakta s aktuálními informacemi k dalšímu postgraduálnímu vzdělávání sester v paliativní péči. Nejčastěji zmiňovaným tématem, které sestry nejvíce oslovilo (kromě jednotlivých odpovědí uvedených v kapitole 8.1), hromadně uváděly „komunikace s umírajícím a příbuznými“ (23 sester); „paliativní péče a doprovázení“ (19 sester); „péče o potřeby“ - především psychické - ale i sociální a spirituální (10 sester); „bolest, příp. péče o rány“ (4 sestry). Nejzajímavějším tématem, o něž sestry v paliativní péči, s ohledem na možnost dalšího vzdělávání projevily největší zájem (v téměř shodném či podobném počtu s předchozími odpověďmi) byla opět „komunikace s umírajícím a příbuznými“ (22 sester); „paliativní péče a doprovázení“ (15 sester); „péče o potřeby“ (13 sester) - především o potřeby psychické, sociální a spirituální; „léčba bolesti; péče o rány“ (5 sester). Navíc sestry v paliativní péči projevily zájem o téma „bazální stimulace“ (3 sestry). Nejprínosnější formou z nabízených možností dalšího vzdělávání v oblasti paliativní péče byla pro sestry v 73,3 % přednáška (203 sester) a ve 27,1 % četba (75 sester). Což může být vzhledem k zájmu a nutnosti dalšího vzdělávání v paliativní péči, vysloveného samotnými sestrami, informace rozhodující a pro vlastní prohloubení zájmu o další vzdělávání sestrami opravdu podstatná.

Díličními cíli diplomové práce bylo zjistit, zda je míra zátěže sester při výkonu paliativní péče, zdravotnických a sociálních zařízení, ovlivněna vzděláním, délkou praxe, typem zařízení, poskytujícím paliativní péči.

Z výzkumu diplomové práce vyplývá, že ověřením první hypotézy analýzou rozptylu (ANOVA). ANOVOU nebyla prokázána závislost míry zátěže sester na jejich vzdělání, všechny  $p$ -hodnoty vyšší než 0,05. Současně byla druhá hypotéza ověřena chí-kvadrát testem. Tento test neprokázal statisticky významný vztah mezi pracovištěm sester a jejich vzděláním,  $p = 0,083$ . Snížená hodnota signifikance naznačuje trend dnešní doby – v nemocnicích mělo více sester (26,3 %) vysokoškolské vzdělání. Mezi sestrami, které pracovaly v sociálních zařízeních, absolvovalo vysokou školu jen 15,4 % sester. V rámci rešeršní strategie nebyla dohledána obdobná studie, týkající se souvislosti míry zátěže a vzdělání sester v paliativní péči, zdravotnických a sociálních zařízení. Což by mohlo být předmětem dalšího výzkumu i možností vzájemného porovnání výsledků řady podobných výzkumných šetření.

U v pořadí třetí hypotézy diplomové práce byla vzájemná korelace kvantitativních veličin (délky praxe sester a hodnot faktorů zátěže) ověřena výpočtem Pearsonova korelačního koeficientu. Pearsonovou korelační analýzou nebyla prokázána významná závislost míry zátěže sester na jejich délce praxe,  $p > 0,05$  u všech korelačních koeficientů. Snížená hladina signifikance ( $p = 0,064$ ) u hrubého skóre ukazuje na trend v datech – s vyšší délkou praxe se hodnoty zátěže snižují,  $r = -0,114$ . Studie autorek Zálešákové, Bužgové (2011, s. 116) zjišťujících rozdíl v psychické zátěži onkologických sester dle věku a délky praxe, předložila odlišné výsledky výzkumu jednotlivých věkových skupin. Statisticky významný rozdíl byl zjištěn pouze ve faktoru monotonie ( $p = 0,0014$ ), nejhůře hodnoceným poslední věkovou skupinou (50 a více let). Totéž potvrzuje i průřezová, deskriptivní studie slovenských autorek Obročníkové, Magurové, Majerníkové, Kaščákové, Harčarikové (2015, s. 356), které zjišťovaly a vyhodnocovaly rozdíly v percepci pracovní (psychické) zátěže 97 sester akutní a dlouhodobé ošetrovatelské péče, kdy mezi faktorem monotonie a délkou praxe sester v dlouhodobé péči existovala pozitivní korelace,  $r = 0,095$ . S přibývajícím délkou praxe se zvyšuje riziko v oblasti monotonie a hrubého skóre (součtem všech faktorů psychické pracovní zátěže). K podobnému závěru došla i Kadučáková (2011, s. 305) analyzující faktory ovlivňující kvalitu práce a psychickou zátěž 130 sester (pracovišť dlouhodobě nemocných), v jejíž klasifikaci psychické zátěže ve vztahu k délce praxe se nejvýrazněji vyprofilovala věková skupina sester s délkou praxe 11-20 let a nad 31 let (se zátěžovým stupněm 2).

Následuje předposlední hypotéza, čtvrtá, která byla ověřena dvouvýběrovým  $t$ -testem. Tímto testem bylo prokázáno, že u sester v nemocnici byly statisticky významně vyšší

hodnoty faktoru přetížení ( $p = 0,016$ ) a celkového hrubého skóre ( $p = 0,047$ ). Pro tyto dvě položky bylo možné nulovou hypotézu zamítnout ve prospěch alternativní hypotézy. *T*-test však neprokázal významné rozdíly ve faktorech monotonie ( $p = 0,593$ ) a ve stresovém faktoru ( $p = 0,077$ ). Pro tyto položky nulovou hypotézu nebylo možné zamítnout. V rámci rešeršní strategie se bohužel nepodařilo vyhledat podobnou studii s naší diplomovou prací, týkající se souvislosti míry zátěže sester a typem zařízení, poskytujících paliativní péči (zdravotnických, sociálních). I tyto by se tedy mohly v budoucnu stát předmětem dalšího zkoumání a porovnávání získaných výsledků.

Hypotézy, vztahující se k dílčím cílům diplomové práce, uzavírá poslední hypotéza – v pořadí pátá. Dvouvýběrovým *t*-testem bylo ověřeno, že sestry výzkumného souboru vykazovaly nižší míru zátěže ve srovnání s populační normou. Naopak porovnáním výsledků výzkumu autorek Zálešákové, Bužgové (2011, s. 115-116) psychické zátěže onkologických sester s populační normou, byla prokázána vyšší zátěž výhradně ve faktoru přetížení. Nižší zátěž (pod populační normou) ve faktoru monotonie a stresové odezvy.

Autorka diplomové práce (Škorpíková, 2014, s. 57-60) zjišťovala rozdíly v psychické pracovní zátěži u všeobecných sester interních oborů (nemocnic) a domovů pro seniory. Studentovým *t*-testem byla prokázána v obou sledovaných skupinách „*menší psychická pracovní zátěž (tj. signifikantně nižší hodnoty skóre) v porovnání s ženami v české populaci*“.

V našem šetření byla respondentům položena otázka, aby mohli vyjádřit svůj názor, jak se domnívají, že by měl člověk své poslední chvíle života strávit (zda v domácím prostředí nebo být převezen do nemocnice). Přes většinu 94,3 % (248 sester) z celkového počtu 277 respondentů, kteří zvolili domácí prostředí, by 4,3 % (11 sester) preferovalo převoz do zdravotnického zařízení.

Na změnu složení klientely pobytových sociálních zařízení (domovů pro seniory) v posledním 10ti letí, upozorňuje Kabelka (2017, s. 292), především jedná-li se o péči pacientů s demencí (imobilních, nutričně dekompenzovaných, s řadou chorob na podkladě aterosklerózy). Nejčastěji se lze u klientů s potřebou náhradní sociální péče setkat s příznaky rozvinutého syndromu geriatrické křehkosti, proto je třeba jim zajistit širší rozsah zdravotního dohledu i péči. Mnohdy v nich tito klienti stráví jen posledních pár měsíců svého života. Přesto, že autor zdůrazňuje podporu a vyzdvihuje lidskost i pečovatelskou profesionalitu poskytovaných sociálních služeb, limity domácího prostředí je nezbytné kompenzovat pomocí zdravotních intervencí tam, kde nedosahují možnosti personálu, s trvalou dostupností profesionální základní péče. Hospitalizace je v tomto případě nevídaným, ale bohužel častým řešením.

Nedílnou součástí paliativní péče je její vysoká náročnost a specifická, která se projeví v zátěži neustále kladené na ošetřující personál. Způsob, jakým se s ní sestry v našem šetření nejčastěji vyrovnávaly (např. při úmrtí) uváděly v 61,7 % „*sám/a*“ (171 sester). V porovnání s druhou (mimo jiných) nabízenou variantou možností výběru odpovědi v 36,5 % (101 sester) „*s pomocí kolegyně/team*“. Pro 51,5 % (141 sester) byla důležitá pomoc při vyrovnávání se se zátěží v paliativní péči. 57,2 % (155 sester) si myslí, že by se na jejím snížení mělo aktivně podílet také jejich pracoviště. Dle výpovědí respondentů je patné, že pojem syndrom vyhoření pro ně neznámý není, znalo jej 98,9 % (274 sester). Pozitivní zkušenost s tímto syndromem mělo 32,0 % (88 sester). U 23,2 % (55 sester) byla osobní zkušenost v přímé souvislosti s paliativní péčí, tématem umírání či smrtí, při výkonu jejich profese. Jednotlivé osobní názory i myšlenky, týkající se komentáře k tématu paliativní péče, vzdělávání, zátěži i osobních zkušeností respondentů jsou uvedeny v kapitole 8.1. Autorky Hrozenková, Kasanová (2011, s. 51-54) položily v rámci průzkumu dvou sociálních zařízení 42 ošetřujícím pracovníkům a 108 klientům otázku: „*Jak vnímáte umírání vašich klientů/spolubydlících?*“ Jejich pohled na blízkost smrti se projevil v následujících číslech. Jako zcela přirozenou součástí lidského života byla vnímána 54,4 % personálu a 53,2 % klientů. Se stísněnými pocity, mnohem citlivěji vnímalo umírání 27,8 % personálu a 33,9 % klientů. Naopak 16,67 % personálu a pouze 9,68 % klientů negativní pocity v blízkosti smrti popíralo. Za předpokladu autorek, že psychická odolnost personálu je vyšší, varují před citovou lhostejností, nedostatkem empatického přístupu ke klientům pod tíhou rutiny. Zdůrazňují nebezpečí překročení hranice i nutnost především v tomto směru, spíše než škodit, tak pomáhat. Z výsledku výzkumu autorů Ježorské, Kozykové, Chrastiny (2012, s 56-59), kteří zkoumali pracovní zátěž a míru syndromu vyhoření onkologických a hematologických sester, zjistili, že se u 11 % (11 sester) z celkového počtu 100 respondentů projevil syndrom vyhoření a 25 % (25 sester) jím bylo ohrožených. Výskytem syndromu vyhoření u 585 sester na Slovensku, pracujících ve zdravotnických zařízeních, se zabývala autorka Dimunová (2009, s. 32). I ona prostřednictvím deskriptivní analýzy prokázala mimo jiných „*vysoký stupeň syndromu vyhoření*“ v každé ze zkoumaných dimenzí (emocionálního vyčerpání, depersonalizace a osobního uspokojení) dotazníku Christiny Maslach (MBI). Mírného stupně úroveň vyhoření také ve všech dimenzích dosáhlo i 237 sester FN Brno (interních a chirurgických pracovišť) ve výzkumu realizovaném autorkami Berkovou, Kléberovou (2015, s. 20-21). Také autorky Bužgová, Ivanová (2009, s. 17-18) u zaměstnanců přímé péče domovů pro seniory v Moravskoslezském kraji zjišťovaly výskyt syndromu vyhoření. Ten byl prokázán u 7 % oslovených respondentů, dalších 28 % zaměstnanců dosáhlo alarmující

hodnoty. Nízká hodnota míry vyhoření u 241 zdravotnických pracovníků, pracujících v hospicích, nebyla závislá na demografických faktorech, délce praxe či typu zařízení, poskytujícího paliativní péči. Autorky Pavelková, Bužgová (2015, s. 218-223) prokázaly obdobně jako v předchozím případě syndrom vyhoření u 6 % pracovníků, u 28 % respondentů dosáhl opět alarmující hodnoty. Zdrojem jejich největšího stresu byla administrativa a konfrontace s utrpením. Studie autorek Pohlové, Kozákové, Jarošové (2011, s. 274-277) předložila skutečnost, že existuje statisticky významný vztah ( $p < 0,001$ ) mezi emocionálním vyčerpáním sester (z LDN, nemocnic) a jejich subjektivně vnímaným pocitem z práce. I ony považovaly svou práci za silný zdroj stresu, u 81 % sester byl zjištěn syndrom vyhoření. Neodmyslitelnou součástí v procesu „dobré“ paliativní péče poskytované nemocnému je i jeho nejbližší rodina. Dalším výrazně pocitově vnímaným (mnohdy skrytým) stresovým faktorem působícím na ošetrovatelský personál, potažmo sestry. Studie autorek Ivanové, Bužgové, Olecké, Jarošové (2011, s. 1-5) se zabývala nevhodným zacházením se seniory ze strany rodinných příslušníků v domovech pro seniory (výzkumný soubor tvořilo 28 zaměstnanců a 20 klientů – 6 mužů a 14 žen). Psychické týrání považovali respondenti za nejčastější formu nevhodného chování, za ním následovalo finanční zneužívání a fyzické týrání. Autorky studie došly k závěru, že pro fenomén týrání jsou senioři umístění v rezidenčních zařízeních ohroženou rizikovou skupinou. Stálá dlouhodobá zátěž (každodenní kontakt se smrtí, časová náročnost, narůstající počet pacientů, značná zodpovědnost i možnost pochybení) mohou být „doplňeny“ o další rizikové faktory (události) např. dlouhodobé potíže v práci, profesní pochybení, fyzické napadení, úmrtí spolupracovníka či tragická smrt v rodině. A ještě více zatěžovat už tak fyzicky, psychicky, emocionálně i sociálně zatíženou zdravotnickou profesi (Prouzová, 2015, s. 7). Pacient v paliativní péči potřebuje své potíže svěřit erudované, empatické sestře, obdařené velkou trpělivostí (Šenkárová, 2013, s. 39). V mnoha kolektivech se lze setkat s psychickým přetížením sester, po letech praxe se projeví únava, podrážděnost, neochota, téměř profesní vyhoření. Problém v komunikaci je jedním z řady symptomů syndromu vyhoření. Počátečním řešením krizové situace jsou včasné zařazené kurzy komunikace i prevence syndromu vyhoření, podpora ze strany managementu zařízení, nejen k zajištění jejich odborného vedení, ale především čerpat z nich (Simonová, Ozorovský, 2010, s. 25). Např. autorky Novotná, Valentová (2011, s. 27), které se zabývaly fyzickou i psychickou zátěží 100 sester na geriatrii a v hospici, zjistily, že podobné výukové programy k zajištění duševní hygieny i prevenci syndromu vyhoření na pracovišti geriatrických sester chybí, tuto informaci podalo 78 % sester. V hospici kurzy naopak



probíhají s téměř stoprocentní účastí (jak uvedlo 90 % z dotázaných sester). Myšlenky na práci zatěžovaly přibližně polovinu respondentů, i když z ní už odešli.

Zásadní prioritou v péči o umírající je akceptace práv a respektování důstojnosti terminálně nemocných. Proto byla sestrám v paliativní péči položena otázka, již bylo možné ověřit si znalost Charty umírajících a zjistit, zda je dostupná na každém z oslovených pracovišť. Překvapivá většina 88,1 % (222 sester) ji na pracovišti nemělo a 59,0 % (161 sester) ji ani neznalo.

### **Limity výzkumu**

Meisterův dotazník, je vhodným měřicím nástrojem, využitelným výhradně u stejné profesní skupiny, slouží k odhalení psychické i pracovní zátěže v rámci problematických pracovišť (Židková, Martinková, Paulová, Svačinková, 2001, s. 4-8; Zálešáková, Bužgová, 2011, s. 114). Počet respondentů diplomové práce nebyl rovnoměrně rozložen z důvodu rozdílného personálního zastoupení sester v jednotlivých zařízeních. Počet sester v sociálních zařízeních zdaleka nedosahuje počtu obsazenosti sester ve zdravotnických zařízeních vzhledem k počtu pacientů/klientů na jednu sestru poskytující ošetrovatelskou péči.

## ZÁVĚR

Problematika paliativní péče se v dnešní době stává předmětem zájmu nejen profesionálů, ale i široké veřejnosti. Potřeba řešit současnou, do budoucna však nepříznivou situaci (narůstající počet, velmi často polymorbidních seniorů, prodlužující se délka života i možnosti moderní medicíny) daly vzniknout řadě paliativních týmů, v čele s erudovanými odborníky. Zájem o zajištění klidného, důstojného a přijatelného prožití sklonku života terminálně nemocných není již výhradně v kompetenci hospicových zařízení, jak tomu bývalo v minulosti. Prostřednictvím „dobré“ paliativní péče lze zpřístupnit individualizovanou, komplexní péči založenou na aktuálních potřebách i přáních umírajících, v úzkém kontaktu s rodinou.

Hlavním cílem předložené diplomové práce bylo zjistit míru zátěže sester pracujících ve zdravotnických i sociálních zařízeních. Dílčí cíle zkoumali vliv vzdělání, délky praxe a typu zařízení na míru zátěže sester při výkonu paliativní péče. V teoretické části diplomové práce byly sumarizovány informace zaměřené na specifickou oblast paliativní péče (potřeby, péči o umírající, fáze umírání, koncepci paliativní péče i významné osobnosti). Střední část věnovanou sestřím v paliativní péči (jejich vzdělání, zátěži i stresu v práci sestry) uzavírá problematika zdravotnických a sociálních zařízení. Výzkumná část práce byla zpracována na základě kvantitativního postupu s využitím standardizovaného Meisterova dotazníku. Ověření stanovených hypotéz bylo popsáno v samostatné kapitole 8.3. Výsledky výzkumného šetření byly srovnány s výsledky existujících studií. Pro jejich omezený rozsah, bylo porovnání hypotéz diplomové práce s ostatními studiemi, splněno jen částečně. Cíle diplomové práce byly splněny.

### Doporučení pro praxi

- Pro prevenci zvýšené zátěže sester v paliativní péči a rizika vzniku syndromu vyhoření mohou být data zprostředkována výzkumným šetřením diplomové práce efektivně využita v rámci přednášek s tématem „prevence syndromu vyhoření sester“ v jednotlivých zařízeních.
- Doporučení pro praxi je, aby součástí informovanosti pracovníků, kteří poskytují paliativní péči, byla poskytnuta možnost seznámit se s chartou umírajících a to formou interního, nebo externího vzdělávání a tento dokument se stal součástí informačního materiálu každého pracoviště.

- Vzhledem k nárůstu potřeby sociální a ošetrovatelské péče (v rámci zefektivnění služeb i finanční úspory zdravotnických zařízení dochází k regulacím akutních lůžek, snižuje se jejich počet) by bylo vhodné v budoucnu zaměřit pozornost na koncepci všech zařízení, pečujících o seniory – posílit jejich slabá místa a na s obavami očekávanou budoucnost se adekvátně připravit v rovině místní, regionální a národní.

## REFERENČNÍ SEZNAM

ANDRYSEK, Oskar, 2011. *Mluv se mnou: kniha o vzájemné komunikaci pacientů, jejich blízkých, lékařů a sester*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-257-5.

BÁRTLOVÁ, Sylva, Petr SADÍLEK a Valérie TÓTHOVÁ, 2008. *Výzkum a ošetrovatelství*. Vyd. 2. přeprac. a dopl. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-467-2.

BERKOVÁ, Lucie a Petra KLÉBEROVÁ, 2015. Syndrom vyhoření u nelékařského zdravotnického personálu ve FN Brno. *Nemocniční listy* [online]. **16**(4), 20-21. [cit. 2019-11-02]. ISSN 1802-0224. Dostupné také z: <http://www.fnbrno.cz/nemocnicni-listy/t1130>

BUŽGOVÁ, Radka, 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada. Sestra. ISBN 978-80-247-5402-4. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/kniha/paliativni-pece-ve-zdravotnickych-zarizenich-1275/>

BUŽGOVÁ, Radka, Erika HAJNOVÁ FUKASOVÁ, David FELTL a Milan STOLIČKA, 2014. Faktory ovlivňující úzkost a depresi u pacientů v konečném stadiu nemoci při hospitalizaci. *Česká a slovenská psychiatrie* [online]. **110**(5), 241-249 [cit. 2018-06-26]. ISSN 1212-0383. Dostupné také z: <http://www.cspychiatr.cz/archiv.php>

BUŽGOVÁ, Radka, Erika HAJNOVÁ FUKASOVÁ, Lucie SIKOROVÁ a Radka KOZÁKOVÁ, 2013. Pilotní testování dotazníku PNAP „Hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči“ na onkologickém oddělení. *Ošetrovatelství a porodní asistence* [online]. **4**(3), 628-633 [cit. 2018-06-26]. ISSN 1804-2740. Dostupné také z: [http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2013-03/5\\_buzgova\\_kol.pdf](http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2013-03/5_buzgova_kol.pdf)

BUŽGOVÁ, Radka a kol., 2013a. Hodnotící nástroje pro zjišťování potřeb pacientů v paliativní péči. *Onkologie* [online]. **7**(6), 310-314 [cit. 2019-03-15]. ISSN 1802-4475. Dostupné také z: [https://www.onkologiecs.cz/artkey/xon-201306-0011\\_Hodnotici\\_nastroje\\_pro\\_zjistovani\\_potreb\\_pacientu\\_v\\_paliativni\\_peci.php](https://www.onkologiecs.cz/artkey/xon-201306-0011_Hodnotici_nastroje_pro_zjistovani_potreb_pacientu_v_paliativni_peci.php)

BUŽGOVÁ, Radka, 2011. Hodnocení psychosociálních potřeb terminálně nemocných. *Kontakt* [online]. **13**(3), 265-274 [cit. 2019-03-15]. ISSN 1212-4117. Dostupné také z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/>

BUŽGOVÁ, Radka a Lucie SIKOROVÁ, 2010. Vliv specializované paliativní péče na hodnocení potřeb a kvalitu života pacientů. *Ošetrovatelství a porodní asistence* [online]. **1**(2), 43-47 [cit. 2018-06-30]. ISSN 1804-2740. Dostupné také z: [http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2010-02/7\\_buzgova.pdf](http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2010-02/7_buzgova.pdf)

BUŽGOVÁ, Radka a Kateřina IVANOVÁ, 2009. Syndrom vyhoření u zaměstnanců domovů pro seniory v Moravskoslezském kraji. *Geriatrics*. **15**(1), 17-20. ISSN 1335-1850.

CÍNOVÁ, Janka a Iveta ONDRIOVÁ, 2012. Sestry a ošetrovatelský proces v praxi. *Sestra* [online]. **22**(10), 40-41. [cit. 2019-10-29]. ISSN 1210-0404. Dostupné také z: <http://zdravi.euro.cz/archiv/sestra/covers>

ČERNÁ, Renáta a Zuzana KOŽÍKOVÁ, 2004. Syndrom vyhoření (burn-out syndrom) u zdravotních sester. *Urologie pro praxi*. **5**(6), 265. ISSN 1213-1768

DIMUNOVÁ, Lucia, 2009. Výskyt syndromu vyhoření u sester na Slovensku. *Sestra* [online]. **19**(5), 32. [cit. 2019-11-02]. ISSN 1210-0404. Dostupné také z: <http://www.zdn.cz/clanek/vyskyt-syndromu-vyhoreni-u-sester-na-slovensku-422427>

DRAGOMIRECKÁ, Eva a Jitka BARTOŇOVÁ, 2006. *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100: World Health Organization Quality of Life Assessment : příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha: Psychiatrické centrum. ISBN 80-85121-82-4.

DRAŽILOVÁ, Lenka, 2014. Paliativní péče v podmínkách pobytového zařízení sociální péče. *Sociální služby* [online]. **XVI**(5), 24-29 [cit. 2019-08-27]. ISSN 1803-7348. Dostupné také z: [http://www.socialnisluzby.eu/ckfinder/userfiles/files/SS\\_5-2014\\_final\\_s24-29.pdf](http://www.socialnisluzby.eu/ckfinder/userfiles/files/SS_5-2014_final_s24-29.pdf)

GÓMEZ-BATISTE X, PORTA-SALES J, PASCUAL A, 2007. Palliative Care Advisory Committee of the Standing Advisory Committee for Socio- Health Affairs, Department of Health, Government of Catalonia. Catalonia WHO palliative care demonstration project at 15 years. *J Pain Symptom Manage* [online]. **33**(5), 584–590 [cit. 2018-06-30]. DOI:10.1016/j.jpainsymman.2007.02.019. Dostupné také z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17482052>

GRÜN, Anselm, 2014. *Vyhoření: jak rozproudit vlastní energii*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0587-6.

HAUKE, Marcela, 2017. *Když do života vstoupí demence, aneb, Praktický průvodce péčí o osoby s demencí nejen v domácím prostředí*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. ISBN 978-80-906320-7-3.

HLADKÝ, Aleš a Zdeňka ŽIDKOVÁ, 1999. *Metody hodnocení psychosociální pracovní zátěže: metodická příručka*. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-890-5.

HLÁVKOVÁ, Jana, 2016. Hodnocení ergonomických rizik, fyziologické a psychologické faktory práce. In: *Krajská hygienická stanice Královéhradského kraje* [online]. [cit. 2019-08-07]. Dostupné také z: <http://www.khshk.cz/e-learning/kurs5/index.html>

HOSÁKOVÁ, Jiřina, 2010. Ošetrovatelství v paliativní péči. In: *Cesta k profesionálnímu ošetrovatelství...* [online]. **5**, 318-320. [cit. 2019-10-29]. Dostupné také z: <http://www.slu.cz/fvp/cz/uo/konference-a-sympozia/archiv/sbornik-2010>

*Hospitalizovaní v nemocnicích ČR 2017: Rozvoj technologické platformy NZIS* [online], 2017. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [cit. 2019-08-07]. Dostupné také z: <https://www.uzis.cz/publikace/hospitalizovani-v-nemocnicich-cr-2017>

HRDÁ, Karolína a Blanka TOLLAROVÁ, ed., 2018. *Průvodce poskytováním paliativní péče v pobytových sociálních službách pro seniory: metodický materiál projektu Proces integrace paliativní péče do domova pro seniory podpořený NF AVAST*. Praha: Domov Sue Ryder, 202 s. Dostupné také z: [https://www.sue-ryder.cz/www/files/ckfiles/file/PPPP\\_A4.pdf](https://www.sue-ryder.cz/www/files/ckfiles/file/PPPP_A4.pdf)

HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ, 2013. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4139-0.

HROZENSKÁ, Martina a Anna KASANOVÁ, 2011. Úcta k životu a k umírání. *Sestra* [online]. **21**(4), 50-51 [cit. 2018-06-26]. ISSN 1210-0404. Dostupné také z: <http://www.zdn.cz/archiv/sestra/covers>

HRUŠKOVÁ, Mária, M. STRÝČKOVÁ, Jana BUCHANCOVÁ a Z. CIGÁNIKOVÁ, 2012. Hodnotenie psychickej pracovnej záťaže u profesií v domovoch sociálnej starostlivosti, v nemocnično-poliklinickom zariadení a vo vybraných nezdravotníckych oblastiach. *Pracovní*

*lékařství* [online]. **64**(4), 147-155 [cit. 2019-10-17]. ISSN 0032-6291. Dostupné také z: <http://www.prolekare.cz/pracovni-lekarstvi-clanek/hodnotenie-psyhickej-pracovnej-zataze-u-profesii-v-domovoch-socialnej-starostlivosti-v-nemocnicno-poliklinickom-za-40298>

HUBAČOVÁ, Leona, Štefan RODA, Margaréta ŠULCOVÁ, Miroslav JANOUŠEK, Monika VARGOVÁ, Danica HENČEKOVÁ a Karin FEJDOVÁ, 1999. Fyzická a neuropsychická náročnosť práce na oddelení geriatrickej a oddelení pre liečenie dlhodobých chorých pacientov. *Pracovní lékařství* [online]. **51**(3), 107-113. [cit. 2019-10-17]. ISSN 0032-6291. Dostupné také z: <http://www.prolekare.cz/pracovni-lekarstvi-clanek/hodnotenie-psyhickej-pracovnej-zataze-u-profesii-v-domovoch-socialnej-starostlivosti-v-nemocnicno-poliklinickom-za-40298>

IVANOVÁ, Kateřina, Radka BUŽGOVÁ, Ivana OLECKÁ a Darja JAROŠOVÁ, 2011. Nevhodné zacházení se seniory ze strany rodinných příslušníků v domovech pro seniory. *Profese on-line* [online]. **4**(1), 1-5 [cit. 2019-11-02]. DOI: 10.5507/pol.2011.001. ISSN 1803-4330. Dostupné také z: <https://profeseonline.upol.cz/archive.php>

JEŽORSKÁ, Šárka, Jana KOZYKOVÁ a Jan CHRASTINA, 2012. Syndrom vyhoření u všeobecných sester pracujících s onkologicky nemocnými. *Ošetrovatelstvo* [online]. **2**(2), 56-62 [cit. 2018-06-11]. ISSN 1338-6263. Dostupné také z: <http://www.osetrovatelstvo.eu/archiv/2012-rocnik-2/cislo-2/syndrom-vyhoreni-u-vseobecnych-sester-pracujicich-s-onkologicky-nemocnymi>

KABELKA, Ladislav, 2017. *Geriatrická paliativní péče*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-4225-3.

KABELKA, Ladislav, Ondřej SLÁMA a Martin LOUČKA, 2015. Národní program paliativní péče. In: *Česká společnost paliativní medicíny* [online]. [cit. 2019-08-07]. Dostupné také z: [https://www.paliativnimediceina.cz/wp-content/uploads/2016/11/narodni-program-paliativni-peece-2016\\_2017.pdf](https://www.paliativnimediceina.cz/wp-content/uploads/2016/11/narodni-program-paliativni-peece-2016_2017.pdf)

KADUČÁKOVÁ, Helena, 2011. Sestra a psychická pracovní zátěž. In: *Jihlavské zdravotnické dny 2011* [online]. s. 299-307 [cit. 2019-10-17]. ISBN 9788087035375. Dostupné také z: [https://most.vspj.cz/files/16/jihlavske\\_zdravotnicke\\_dny\\_2011-sbornik.pdf](https://most.vspj.cz/files/16/jihlavske_zdravotnicke_dny_2011-sbornik.pdf)

KELNAROVÁ, Jarmila, 2007. *Tanatologie v ošetrovatelství*. Brno: Littera. ISBN 978-80-85763-36-2.

Koncepce podpory rozvoje paliativní péče v Olomouckém kraji, 2017-2018. In: *Olomoucký kraj* [online]. [cit. 2019-08-07]. Dostupné také z: <https://www.olkraj.cz/zok/17-09-18/051/Files/Priloha1.pdf>

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2012. *Hořet, ale nevyhořet. 2.*, přeprac. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. Orientace. ISBN 978-80-7195-573-3.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro a Jaroslava PEČENKOVÁ, 2004. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 80-247-0784-5.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth, HARDO, Trutz, ed, 2013. *Přežít svou smrt*. Liberec: Dialog. Tajemství (Dialog). ISBN 978-80-7424-058-4.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth, 2012. *Světlo na konci tunelu: úvahy o životě a umírání*. Brno: Jota. ISBN 978-80-7462-145-1.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth, 1993. *O smrti a umírání: co by se měli lékaři, sestry, duchovní a lidé vůbec naučit od umírajících pacientů*. Turnov: Arica. ISBN 80-900134-6-5.

KVAPILOVÁ, Bára, 2013. Péče na poslední cestě životem. *Sestra*. **23**(1), 23. ISSN 1210-0404. Dostupné také z: <http://zdravi.euro.cz/archiv/sestra/covers>

LAZÁRKOVÁ, Marie, 2017. Platnost modelu hierarchie potřeb dle A.H.Maslowa u pacientů v terminálním stádiu – potřeba jeho modifikace pro výuku ošetrovatelství. *Paidagogos: Časopis pro pedagogiku v souvislostech* [online]. **2016**(2), 1-8 [cit. 2018-06-29]. ISSN 1213-3809. Dostupné také z: <https://www.paidagogos.net/issues/2016/2/article.php?id=12>

MACHOVÁ, Alena, 2013. Využití Teorie pokojného konce života v péči o pacienty v terminálním stadiu v podmínkách České republiky. *Florence*. **9**(12), 23-25. ISSN 1801-464X.

MARKOVÁ, Monika, 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3171-1. Dostupné také z: [http://toc.nkp.cz/NKC/201010/contents/nkc20102125048\\_1.pdf](http://toc.nkp.cz/NKC/201010/contents/nkc20102125048_1.pdf)



MASTILIAKOVÁ, Dagmar, 2010. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 2.nezměn.vyd. Dotisk. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN: 978-80-7013-457-3

McILLMURRAY, M.B. et al, 2003. Psychosocial needs in cancer patients related to religious belief. *Palliative Medicine* [online]. **17**(1), 49-54 [cit. 2019-03-15]. ISSN 1477-030X. Dostupné také z: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1191/0269216303pm660oa>

MIKULKOVÁ, Jana, ed., 2018. *Nabídka vzdělávacích akcí NCO NZO 2019* [online]. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů [cit. 2019-08-07]. ISBN 978-80-7013-594-5. Dostupné také z: [http://elearning.nconzo.cz/download/nva/NVA\\_2019.pdf](http://elearning.nconzo.cz/download/nva/NVA_2019.pdf)

MITCHELL G, PRICE J, 2001. Developing palliative care services in regional areas. The Ipswich Palliative Care Network model. *Aust Fam Physician* [online]. **30** (1), 59–62 [cit. 2019-06-30]. Dostupné také z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11211716>

MUNZAROVÁ, Marta, 2005. Cecilie Saundersová (1918-2005): [zakladatelka moderního hospicového hnutí]. *Praktický lékař*. **85**(11), 655. ISSN 0032-6739.

NIEDERMANN, Eva, Claudia PFLUGSHAUPT, Heinz RÜEGGER a Beatrice SCHÄR, 2016. *Paliativní péče: úvod do tématu pro pracovníky v zařízeních pečujících o seniory*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky. ISBN 978-80-906320-3-5. Dostupné také z: <https://vufind.mzk.cz/Record/MZK01-001524902/Citation#tabnav>

NOVÁKOVÁ, Zdeňka, 2018. *Zdravotnictví ČR: Lůžkový fond* [online]. Národní zdravotnický informační systém – ekonomické zpravodajství [cit. 2019-08-07]. Dostupné také z: <http://www.uzis.cz/publikace/luzkovy-fond-2017>

NOVOTNÁ, H. a M. KALA, 2018. Hodnocení potřeb a kvality života u pacientů s pokročilým chronickým srdečním selháním v paliativní péči. *Geriatric a Gerontologie* [online]. **7**(1), 27-32 [cit. 2019-11-04]. ISSN 1805-4684. Dostupné také z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/geriatric-gerontologie/2018-1/hodnoceni-potreb-a-kvality-zivota-u-pacientu-s-pokrocilym-chronicky-srdecnim-selhanim-v-paliativni-peci-63713>

NOVOTNÁ, Lenka a Markéta VALENTOVÁ, 2011. Zátěž sester v péči o umírající. *Sestra* [online]. **21**(1), 26-27 [cit. 2018-06-30]. ISSN 1210-0404. Dostupné také z: <http://www.zdn.cz/archiv/sestra/covers>

OBROČNÍKOVÁ, Andrea, Dagmar MAGUROVÁ, Ludmila MAJERNÍKOVÁ, Mária KAŠČÁKOVÁ a Mária HARČARIKOVÁ, 2015. Psychická zátěž sestier. *Central European Journal of Nursing and Midwifery* [online]. **6**(4), 352-359 [cit. 2019-10-17]. DOI: 10.15452/CEJNM.2015.06.0027. ISSN 2336-3517. Dostupné také z: <http://periodika.osu.cz/cejnm/dok/2015-04/27-obrocnikova-et-al-sk.pdf>

ONDRIOVÁ, Iveta a Anna SINAIOVÁ, 2011. Uplatňování holismu u kriticky nemocných. *Sestra* [online]. **21**(9), 54-56 [cit. 2018-06-30]. ISSN 1210-0404. Dostupné také z: <http://www.zdn.cz/archiv/sestra/covers>

ONDRIOVÁ, Iveta a Janka SLANINKOVÁ, 2010. Prevence syndromu vyhoření u zdravotníků při ošetřování terminálně nemocných. *Sestra* [online]. **20**(10), 27-28 [cit. 2018-06-30]. ISSN 1210-0404. Dostupné také z: <http://www.zdn.cz/archiv/sestra/covers>

Paliativní péče: kvalitní život pacientů se závažným a pokročilým onemocněním, 2017. In: *Česká společnost paliativní medicíny* [online]. [cit. 2019-08-27]. Dostupné také z: [https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2017/09/cile-a-ukoly-cspm\\_6\\_2017.pdf](https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2017/09/cile-a-ukoly-cspm_6_2017.pdf)

PAVELKOVÁ, Helena a Radka BUŽGOVÁ, 2015. Burnout among healthcare workers in hospice care. *Central European Journal of Nursing and Midwifery* [online]. **6**(1), 218-223 [cit. 2018-04-14]. ISSN 2336-3517. Dostupné také z: <http://periodika.osu.cz/cejnm/dok/2015-01/5-pavelkova-buzgova.pdf>

PODSEDNÍČKOVÁ, Michaela, 2018. *Péče o umírající* [online]. Olomouc [cit. 2019-10-16]. Diplomová práce. Univerzita palackého v Olomouci. Fakulta zdravotnických věd. Dostupné také z: [https://theses.cz/id/70w9sf/Podsednkov\\_Michaela\\_-\\_DP\\_-Pe\\_o\\_umrajc.pdf](https://theses.cz/id/70w9sf/Podsednkov_Michaela_-_DP_-Pe_o_umrajc.pdf)

POHLOVÁ, Lucie, Radka. KOZÁKOVÁ a Darja JAROŠOVÁ, 2011. Syndrom vyhoření u sester pracujících se seniory. *Praktický lékař* [online]. **91**(5), 274-277 [cit. 2018-06-26]. ISSN 0032-6739. Dostupné také z: <http://www.prolekare.cz/prakticky-lekar-archiv-cisel>

PROCHÁZKOVÁ, Eva, 2015. Biografie a paliativní péče. *Ošetrovatelská péče*. **2015**(6), s. 22-24. ISSN 2336-1603.

PROUZOVÁ, Miroslava, 2015. Možnosti psychosociální podpory zdravotníků: Systém psychosociální intervenční služby - SPIS. *Zdravotnictví a medicína. Sestra*. **2015**(7-8), 37. ISSN 2336-2987.

PŘIBYL, Hugo, 2015. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-437-1.

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

[https://www.cestadomu.cz/sites/default/files/soubory/standardy\\_a\\_normy\\_hospicove\\_a\\_paliativni\\_pece\\_v\\_evrope.pdf](https://www.cestadomu.cz/sites/default/files/soubory/standardy_a_normy_hospicove_a_paliativni_pece_v_evrope.pdf)

REITEROVÁ, Eva, 2016. *Statistika pro nelékařské zdravotnické obory* [online]. Univerzita Palackého v Olomouci: [www.vydavatelstvi.upol.cz](http://www.vydavatelstvi.upol.cz). [cit. 2018-06-13]. ISBN 978-80-244-5082-7 (online: PDF). Dostupné také z: [https://www.fzv.upol.cz/fileadmin/userdata/FZV/Dokumenty/OSE/Statistika\\_pro\\_nelekarske\\_zdravotnicke\\_obory.pdf](https://www.fzv.upol.cz/fileadmin/userdata/FZV/Dokumenty/OSE/Statistika_pro_nelekarske_zdravotnicke_obory.pdf)

SAUNDERS, Cicely, 1999. The History of the Hospice Movement's Beginning. *Ethics and Medicine*. [online]. **15** (3), 74-77. [cit. 2018-04-28]. Dostupné také z: [https://scholar.google.cz/scholar?q=related:Dbptc5CZ\\_wJ:scholar.google.com/&scioq=+SAUNDERS,+Cicely,+1999.+The+History+of+the+Hospice+Movement%C2%B4s+Beginning.+Ethics+and+Medicine.+15+\(3\),+s.+74-77.&hl=cs&as\\_sdt=0,5](https://scholar.google.cz/scholar?q=related:Dbptc5CZ_wJ:scholar.google.com/&scioq=+SAUNDERS,+Cicely,+1999.+The+History+of+the+Hospice+Movement%C2%B4s+Beginning.+Ethics+and+Medicine.+15+(3),+s.+74-77.&hl=cs&as_sdt=0,5)

SIMONOVÁ, Iveta a Vojtech OZOROVSKÝ, 2010. Role stresu v práci zdravotnických pracovníků. *Sestra*. [online]. **20**(7-8), 24-25. [cit. 2019-11-02]. ISSN 1210-0404. Dostupné také z: <http://www.zdn.cz/archiv/sestra/covers>

SLÁMA, Ondřej, 2014. Paliativní medicína a dobrá smrt. *Vnitřní lékařství* [online]. **60**(Suppl 2), 575-579 [cit. 2018-06-30]. ISSN 0042-773X. Dostupné také z: <http://www.prolekare.cz/vnitri-lekarstvi-clanek/paliativni-medicina-a-dobra-smrt-50237>

SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK, ©2007. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-505-5.

SLÁMA, Ondřej a Štěpán ŠPINKA, 2004. *Koncepce paliativní péče v ČR: pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi*. [online]. Praha: Cesta domů. [cit. 2019-06-30]. ISBN 80-239-4330-8. Dostupné také z: <https://docplayer.cz/41911-Koncepce-paliativni-pece-v-cr-pracovni-material-k-odborne-a-verejne-diskusi.html>

SLAMKOVÁ, Alica a Ľubica POLEDNÍKOVÁ, 2013. *Klinické a ošetrovateľské aspekty paliatívnej starostlivosti*. Martin: Vydavateľstvo Osveta. ISBN 978-80-8063-379-0.

STOCK, Christian, 2010. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada, Poradce pro praxi. ISBN 978-80-247-3553-5. Dostupné také z: [http://toc.nkp.cz/NKC/201008/contents/nkc20102114777\\_1.pdf](http://toc.nkp.cz/NKC/201008/contents/nkc20102114777_1.pdf)

STRÁNÍKOVÁ, Daniela, 2015. Paliativní péče se dostává do zařízení sociálních služeb. *Domov u fontány* [online]. [cit. 2019-08-07]. Dostupné také z: <http://www.domovufontany.cz/?p=1715>

Strategie rozvoje paliativní péče v České republice na období 2011 - 2015, ©2016. In: *Česká společnost paliativní medicíny* [online]. [cit. 2019-08-07]. Dostupné také z: [https://www.paliativnimedicina.cz/wpcontent/uploads/2016/06/strategie\\_paliativni\\_pece\\_pripominkoverizeni\\_fin\\_prani.pdf](https://www.paliativnimedicina.cz/wpcontent/uploads/2016/06/strategie_paliativni_pece_pripominkoverizeni_fin_prani.pdf)

Studijní program: Všeobecné lékařství, ©2019. In: *Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci* [online]. [cit. 2019-08-27]. Dostupné také z: [https://www.lf.upol.cz/fileadmin/user\\_upload/LF/Sylaby\\_LF/magisterske/vseo/heovc031pf](https://www.lf.upol.cz/fileadmin/user_upload/LF/Sylaby_LF/magisterske/vseo/heovc031pf)

STUHLÍKOVÁ, Karolína a Hana PADYŠÁKOVÁ, 2017. Monotonie a faktor přetížení v práci sester. *Ošetrovateľský obzor: Vedecký odborný časopis Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave*. Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave v Zdravotníckom vydavateľstve HERBA. **14**(1-2), 9-14. ISSN 1336-5606.

SVATOŠOVÁ, Marie a Aleš PALÁN, 2018. *Neboj se vrátit domů: Marie Svatošová v rozhovoru s Alešem Palánem*. Praha: Kalich. Rozhovory. ISBN 978-80-7017-249-0.

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

SVATOŠOVÁ, Marie, 1999. Společenská poptávka po hospicích stále roste. *Zdravotnické noviny*. **48**(7), 11. ISSN 0044-1996.

ŠENKÁROVÁ, Zuzana., 2013. Hodnotící nástroje v paliativní péči. *Sestra* [online]. **23**(2), 38-39 [cit. 2018-06-30]. ISSN 1210-0404. Dostupné také z: <http://zdravi.euro.cz/archiv/sestra/covers>

ŠKORPÍKOVÁ, Aneta, 2014. *Psychická pracovní zátěž u všeobecných sester* [online]. Olomouc [cit. 2018-07-01]. Diplomová práce (Mgr.). UNIVERZITA PALACKÉHO v OLOMOUCI. Fakulta zdravotnických věd. Dostupné také z: [https://theses.cz/id/cu00nl/skorpikova\\_aneta\\_DP\\_psychicka\\_pracovni\\_zatez\\_u\\_VS.pdf](https://theses.cz/id/cu00nl/skorpikova_aneta_DP_psychicka_pracovni_zatez_u_VS.pdf)

ŠOUREK, David, 2016. Doprovázení umírajících v pobytových zařízeních. *Sociální služby* [online]. **18**(2), 20-21 [cit. 2019-08-07]. ISSN 1803-7348. Dostupné také z: <http://www.socialnisluzby.eu/ckfinder/userfiles/files/Doprov%C3%A1zen%C3%AD%20um%C3%ADraj%C3%ADc%C3%ADch.pdf>

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

TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela FOJTOVÁ a Dagmar MASTILIAKOVÁ, 2004. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Vyd. 2. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. ISBN 80-7013-324-4.

VANDÍK, Jan, 2018. Kraj připravuje strategickou koncepci pro zdravotnictví na období 2020–2030. *Zlínský kraj* [online]. [cit. 2019-08-07]. Dostupné také z: <https://www.kr-zlinsky.cz/kraj-pripavuje-strategickou-koncepci-pro-zdravotnictvi-na-obdobi-2020-2030-aktuality-14687.html>

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

Vzdělávací programy specializačního vzdělávání pro nelékařské zdravotnické pracovníky dle Nařízení vlády č. 31/2010 Sb., ©2010. In: *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. [cit. 2019-08-05]. Dostupné také z: <http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/nove->

vzdelavaci-programy-specializacniho-vzdelavani-pro-nelekarske-zdravotnicke-pracovniky-dle-narizeni-vlady-c-sb\_4225\_3082\_3.html

Vzdělávací program specializačního vzdělávání v oboru ošetrovatelská péče v interních oborech, In: *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. [cit. 2019-09-25]. Dostupné také z: [http://www.mzcr.cz/Příloha\\_č.\\_35\\_VS\\_Ošetrovatelská\\_péče\\_v\\_interních\\_oborech.pdf](http://www.mzcr.cz/Příloha_č._35_VS_Ošetrovatelská_péče_v_interních_oborech.pdf)

ZÁLEŠÁKOVÁ, J. a Radka BUŽGOVÁ, 2011. Psychická zátěž sester pečujících o onkologicky nemocné. *Pracovní lékařství* [online]. **63**(3-4), 113-118 [cit. 2018-06-30]. ISSN 0032-6291. Dostupné také z: <http://www.prolekare.cz/pracovni-lekarstvi-archiv-cisel>

ŽIDKOVÁ, Zdeňka, 2002. Využití dotazníků k hodnocení psychické zátěže při práci. *České pracovní lékařství* [online]. **3**(3), 128-131 [cit. 2018-06-30]. ISSN 1212-6721. Dostupné také z: <http://files.zdenka-zidkova-psvz.webnode.cz/200000014-5ab3e5ca72/vyuzdotaz.pdf>

ŽIDKOVÁ, Zdeňka, Jaroslava MARTINKOVÁ, Martina PAULOVÁ a Marta SVAČINKOVÁ, 2001. Psychická zátěž zaměstnanců v "pomáhajících profesích" ve zdravotnictví. *České pracovní lékařství*. **2**(1), 16-20. ISSN 1212-6721.

## Internetové zdroje:

Fakultní nemocnice Olomouc má svůj paliativní tým. Pomůže pacientům se závažným, život ohrožujícím onemocněním, 2019. *Fakultní nemocnice Olomouc* [online]. [cit. 2019-08-07]. Dostupné také z: <https://www.fnol.cz/aktuality/fakultni-nemocnice-olomouc-ma-svuj-paliativni-tym-pomuze-pacientum-se-zavaznym-zivot-ohrozujicim-onemocnenim>

ICN, Nurses' role in providing care to dying patients and their families. 2012. [online]. [cit. 2019-11-25]. Dostupné také z: [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/A12\\_Nurses\\_Role\\_Care\\_Dying\\_Patients.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/A12_Nurses_Role_Care_Dying_Patients.pdf)

Jak se stát všeobecnou sestrou, 2017. *Ošetrovatelství.info* [online]. [cit. 2019-08-05]. Dostupné také z: <https://www.osetrovatelstvi.info/jak-se-stat-vseobecnou-sestrou/>

Paliativní péče v domovech pro seniory, [2019]. *Centrum paliativní péče* [online]. [cit. 2019-08-07]. Dostupné také z: <https://paliativnicentrum.cz/kurzy/paliativni-pecce-v-domovech-pro-seniory>

Paliativní péče, 2012. *Nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně* [online]. [cit. 2019-08-07]. Dostupné také z: <https://www.kntb.cz/paliativni-pecce>

Stipendium pro paliativní péči, 2019. *Helpnet: Informační portál pro osoby se specifickými potřebami* [online]. [cit. 2019-08-27]. Dostupné také z: <http://www.helpnet.cz/aktualne/stipendium-pro-paliativni-peci>

## SEZNAM ZKRATEK

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome (Acquired Immunodeficiency Syndrome) – syndrom získaného selhání imunity
aj.	a jiné
apod.	a podobně
a.s.	akciová společnost
ATB	antibiotika
atd.	a tak dále
CA	karcinom, nádorové onemocnění
ČALS	Česká alzheimerovská společnost
ČLS JEP	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
ČR	Česká republika
ČSPM	Česká společnost paliativní medicíny
Dg.	diagnoza
DNR	neresuscitovat (do not resuscitate)
EAPC	Evropská asociace pro paliativní péči, Atlas of Palliative Care in Europe (EAPC – Atlas paliativní péče v Evropě)
ESPERO	kurz komunikace závažných zpráv
ev.	eventuelně
FN	Fakultní nemocnice
ICN	International Council of Nurses (Mezinárodní rada sester)
i.v.	intravenózně, nitrožilní aplikace
kl.	klinický (psycholog)
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
LF UK	Lékařská fakulta Univerzity Karlovy
MBI	Maslach Burnout Inventory
MSPP	Mobilní specializovaná paliativní péče
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
např.	například
nasogastrická sonda	sonda určená k enterální výživě, zavedená do žaludku
NDR	Německá demokratická republika
NIP, DIOP VN	Oddělení následné intenzivní péče Vojenské nemocnice



NLZP	nelékařský zdravotnický pracovník
odd.	oddělení
OL	ošetřující lékař
ONK	Onkologie
oš.	ošetřující, ošetrovatelský
OÚNZ	Okresní ústav národního zdraví
P, pac.	pacient
PAHOP	Zdravotní ústav paliativní a hospicové péče
PCM	příhoda cévní mozková
PEG	perkutánní endoskopická gastrostomie
PICC	periferií implantovaný centrální žilní katétr
PN	pracovní neschopnost
p.o.	příspěvková organizace
popř.	popřípadě
prac.	pracoviště
příp.	případně
RHB	rehabilitační léčba
SD	směrodatná odchylka
SŠ	Střední škola
tj.	to je
tzv.	tak zvaný
USA	Spojené státy americké
VOŠ	Vyšší odborná škola
vs	versus
VS	vrchní sestra
VŠ	Vysoká škola
WHO	Světové zdravotnické organizace

## SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Skládaný sloupcový graf – vztah pracoviště a vzdělání sester .....	79
Graf 2 Bodový graf ukazuje vztah mezi délkou praxe a hodnotami nesespecifického faktoru .....	80
Graf 3 Krabicový graf ukazuje distribuci hodnot faktoru přetížení dle pracoviště sester.....	82
Graf 4 Krabicový graf ukazuje distribuci hodnot hrubého skóre dle pracoviště sester .....	82

## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Popisná statistika kvantitativních údajů .....	55
Tabulka 2 Četnostní tabulky pro kvalitativní veličiny .....	56
Tabulka 3 Faktory Meisterova dotazníku pro celý soubor (n = 277).....	72
Tabulka 4 Klasifikace zátěže.....	72
Tabulka 5 Hodnocení psychické pracovní zátěže podle jednotlivých položek.....	73
Tabulka 6 Souhrn otázek a odpovědí vztahujících se k cíli 2 .....	74
Tabulka 7 Popisná statistika a p-hodnoty analýzy rozptylu .....	77
Tabulka 8 Kontingenční tabulka .....	78
Tabulka 9 Hodnoty Pearsonova korelačního koeficientu a odpovídající p-hodnoty .....	80
Tabulka 10 Popisná statistika a p-hodnoty analýzy rozptylu .....	81
Tabulka 11 Faktory Meisterova dotazníku pro celý výzkumný soubor sester a běžnou populaci	83

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Souhlas Etické komise .....	117
Příloha 2 Dotazník.....	118
Příloha 3 Souhlasy s výzkumným šetřením.....	124

## Příloha 1 Souhlas Etické komise



Fakulta  
zdravotnických věd

**Vážená paní  
Bc. Michaela Podsedníčková**

UPOL-84410/1040-2017

2017-06-28

Vyjádření Etické komise FZV UP

Vážená paní bakalářko,

na základě Vaší Žádosti o stanovisko Etické komise FZV UP byla Vaše výzkumná část diplomové práce posouzena a po vyhodnocení všech zaslaných dokumentů Vám sdělujeme, že diplomové práci s názvem „**Péče o umírající**“, jehož jste hlavní řešitelkou, bylo uděleno

**souhlasné stanovisko Etické komise FZV UP.**

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI**  
Fakulta zdravotnických věd  
Etická komise  
Hněvotínská 3, 775 15 Olomouc

  
Mgr. Petra Bastlová, Ph.D.  
předsedkyně  
Etická komise FZV UP

Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci  
Hněvotínská 3 | 775 15 Olomouc | T: 585 632 852  
www.fzv.upol.cz

## **Příloha 2 Dotazník**

**Vážená kolegyně, vážení kolegové,**

jsem studentkou oboru Ošetrovatelské péče v interních oborech na Fakultě zdravotnických věd, Univerzity Palackého v Olomouci a dovoluji si Vás požádat o vyplnění anonymního dotazníku, který se zabývá zjišťováním míry zátěže sester při poskytování paliativní péče ve zdravotnických a sociálních zařízeních. Dotazník je určen sestřám. Výsledky budou použity pro výzkum dané problematiky v regionu olomouckého a zlínského kraje.

**Děkuji Vám, že si najdete čas pro vyplnění dotazníku při Vaší náročné práci.**

Jsem sestrou v praxi

Michaela Podsedníčková

**1) Pohlaví** a) žena  
b) muž

**2) Věk**.....

**3) Délka praxe** (celkem v oboru).....

**4) Vzdělání:** a) SŠ  
b) VOŠ  
c) VŠ

**5) Byla paliativní péče součástí Vašeho vzdělání?**

a) ano  
b) ne

**6) Byla pro Vás paliativní péče v rámci studia dostačující?**

a) ano  
b) ne

**7) Máte specializované vzdělání v paliativní péči?**

a) specializace  
b) odborný seminář  
c) kurz  
d) ev. vlastní četba

**8) Poskytuje Vám Vaše pracoviště vzdělávání v paliativní péči?**

a) ano

b) ne

c) jaké, prosím doplňte.....

**9) Jaké téma Vás oslovilo?**

**10) O jaké téma máte zájem?**

**11) Myslíte si, že máte dostatečné množství informací pro poskytování paliativní péče?**

a) ano

b) ne

**12) V jaké oblasti potřebujete doplnit informace?**

a) péče o tělo

b) péče o psychické potřeby

c) péče o sociální potřeby

d) péče o spirituální potřeby

e) komunikace

f) jiné, prosím uveďte.....

**13) Jakou formou je pro Vás vzdělání přínosné?**

a) specializační studium

b) přednáška

c) workshop

d) četba

e) internet

f) jiné, prosím uveďte.....

**14) Pokládáte vzdělání v paliativní péči za nutné pro výkon své profese?**

a) ano

b) ne

**15) Je pro Vás paliativní péče zátěží?**

a) ano

b) ne

**16) Je pro Vás zátěží komunikace s člověkem, který již potřebuje paliativní péči?**

a) ano

b) ne

**17) Napište, ve které fázi vnímáte největší zátěž::**

- a) období pre finem (před úmrtím)
  - b) období in finem (v době smrti)
  - c) období post finem (po úmrtí)
  - d) proč?.....
  - e) chtěli byste ještě něco dodat?.....
- .....
- .....

**18) Je pro Vás zátěží komunikace s rodinnými příslušníky člověka, který již potřebuje paliativní péči?**

- a) ano
- b) ne

**19) V jaké oblasti vnímáte největší zátěž?**

- a) péče o tělo
- b) péče o psychické potřeby
- c) péče o sociální potřeby
- d) péče o spirituální potřeby
- e) komunikace
- f) jiné, doplňte.....

**20) Jakým způsobem se vyrovnáváte se zátěží (např. úmrtí) v paliativní péči?**

- a) sám/a
- b) s pomocí kolegyně (team)
- c) profesionální pomoc (supervize)
- d) za pomoci rodiny
- e) přátel
- f) jinak, doplňte.....

**21) Je pro Vás důležitá pomoc při vyrovnání se zátěží?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**22) Myslíte si, že pracoviště má povinnost Vám pomoci při vyrovnání se se zátěží v paliativní péči?**

- a) ano
- b) ne
- c) jakým způsobem?.....

**23) Znáte Chartu umírajících?**

- a) ano
- b) ne



**24) Máte ji na pracovišti?**

- a) ano
- b) ne

**25) Domníváte se, že by člověk měl své poslední chvíle života strávit v domácím prostředí?**

- a) ano
- b) ne

**26) Domníváte se, že by člověk měl na své poslední chvíle života být převezen do nemocnice?**

- a) ano
- b) ne

**27) Je pro Vás téma umírání zátěží?**

- a) ano
- b) ne

**28) Vaše pracoviště je nemocnice?**

- a) ano
- b) ne

**29) Vaše pracoviště je domov pro seniory?**

- a) ano
- b) ne

**30) Víte co je syndrom vyhoření?**

- a) ano
- b) ne

**31) Máte osobní zkušenost s tímto syndromem?**

- a) ano
- b) ne

**32) Byla tato zkušenost v souvislosti s paliativní péčí, tématem umírání, či smrti při výkonu Vaší profese?**

- a) ano
- b) ne

**33) Jak jste se s tímto syndromem vyrovnal/a?**

.....  
.....

**Děkuji Vám za Vaši spolupráci a prosím o vyplnění tabulky.**

# HODNOCENÍ PSYCHICKÉ ZÁTĚŽE DLE MEISTERA

DOTAZNÍK SUBJEKTÍVNEHO HODNOCENÍ PRÁCE PODLE MEISTERA

Datum:

Pracoviště:

Pohlaví: Ž/M

Věk:

Pracovní zařazení:

Prosím, přečtěte si pečlivě každý výrok a označte křížkem tu odpověď, která nejvíce vystihuje Vaše pocity při práci.

		<b>5</b> Ano, úplně souhlasím	<b>4</b> Spíše ano	<b>3</b> Nevím, někdy ano, někdy ne	<b>2</b> Spíše nesouhlasím	<b>1</b> Ne, vůbec nesouhlasím
1.	Při práci mívám často pocit časového tlaku					
2.	Práce mě neuspokojuje, chodím do ní nerad/a					
3.	Práce mě velmi psychicky zatěžuje pro vysokou zodpovědnost, spojenou se závažnými důsledky					
4.	Práce je málo zajímavá, duševně je spíše otupující					
5.	V práci mám časté konflikty a problémy, od nichž se nemohu odpoutat ani po skončení pracovní doby					
6.	Při práci udržuji jen s námahou pozornost, protože se po dlouhou dobu nic nového neděje					
7.	Práce je psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítím nervozitu a rozdechvlost					
8.	Po několika hodinách mám práce natolik dost, že bych chtěl/a dělat něco jiného					

9.	Práce je psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítím únavu a ochablost					
10.	Práce je psychicky tak náročná, že ji nelze dělat po léta se stejnou výkonností					

**Můžete doplnit Váš komentář k tématu paliativní péče:**

**Vzdělávání v paliativní péči:**

**Zátěž v paliativní péči:**

**Osobní zkušenosti v paliativní péči:**

### Příloha 3 Souhlasy s výzkumným šetřením



FAKULTNÍ NEMOCNICE  
OLOMOUC  
I. P. Pavlova 185/8, 779 00 Olomouc  
Tel. 588 441 111, E-mail: info@fnol.cz  
IČ: 00096892

ODBOR KVALITY

Fm-MP-G015-05-ZADOST-001

verze č. 1, str. 1/2

#### Žádost o poskytnutí informace pro studijní účely/sběr dat

Jméno a příjmení žadatele: Michaela Podsedníčková

Datum narození: 5.4.1979 Telefon: 739268591 E-mail: misapodsednickova@seznam.cz

Kontaktní adresa: Masarykova 1372, Holešov 769 01

Přesný název školy/fakulty: Fakulta zdravotnických věd, Univerzita Palackého v Olomouci

Obor studia: Ošetrovatelská péče v interních oborech

Forma studia:  prezenční  kombinovaná  distanční

#### Téma závěrečné práce:

Paliativní péče a sestra

#### Žadatel ve FNOL koná odbornou práci:

ANO na pracovišti: \_\_\_\_\_ v termínu od: \_\_\_\_\_ do: \_\_\_\_\_  
 NE

#### Žadatel je zaměstnancem FNOL:

ANO na pracovišti: \_\_\_\_\_  
 NE

Pracoviště FNOL dotčená průzkumem: \_\_\_\_\_

#### Účel žádosti:

- sběr dat/zjišťování informací pro zpracování diplomové/bakalářské práce  
 sběr dat/zjišťování informací pro zpracování seminární/odborné práce  
 sběr dat/zjišťování informací pro jiný účel: (uveďte): \_\_\_\_\_

#### Požadavek na (zaškrtněte):

*V případě, že žadatel potřebuje získat informaci o počtech vyšetření/ošetření a předem má souhlas konkrétního pracoviště, že tato data mu budou poskytnuta vedením tohoto pracoviště bez nutnosti jeho nahlížení do zdravotnické dokumentace pacientů, vyplní oddíl „Ostatní – statistická data“. Jinak vyplní oddíl „Nahlížení do zdr. dokumentace“.*

Dotazníková akce  pro pacienty FNOL  pro zaměstnance FNOL

Počet respondentů, kteří budou vyplňovat dotazník: minimální počet: 79 sester celkem

Termín, kdy proběhne vyplnění dotazníků: od: únor 2019 do: březen 2019

K vyplněné žádosti je nutno doložit vzor vašeho dotazníku.

#### Nahlížení do zdravotnické dokumentace

Předpokládaný počet kusů zdravotnické dokumentace, do které bude žadatel nahlížet: \_\_\_\_\_

Termín, ve kterém bude žadatel nahlížet do zdravotnické dokumentace: od: \_\_\_\_\_ do: \_\_\_\_\_

Přesná specifikace co bude žadatel vyhledávat ve zdravotnické dokumentaci: \_\_\_\_\_

Při nahlížení do zdravotnické dokumentace bude do každé dokumentace vložen formulář Fm-MP-G015-05-NAHLED-001 Záznam o nahlédnutí do zdravotnické dokumentace pro účely výzkumu/studie.

Ostatní

kazuistika – počet:

vedení rozhovoru s pacientem FNOL – počet pacientů: \_\_\_\_\_

vedení rozhovoru se zaměstnancem FNOL – počet zaměstnanců: \_\_\_\_\_ povolání: \_\_\_\_\_

K vyplněné žádosti je nutno doložit vzor rozhovoru (orientační okruh otázek).

statistická data – informace o počtech např. zdravotnických výkonů, vyšetření, určité agendy (např. porodnost), přístrojích

jiné (specifikujte):

Za které období budou data zjišťována: \_\_\_\_\_

Kdy proběhne sběr dat žadatelem: od: \_\_\_\_\_ do: \_\_\_\_\_

Přesná specifikace co bude žadatel zjišťovat:

**Způsob zveřejnění závěrečné/seminární práce:** Prezentace při SZZ, práce bude dostupná i na internetu

**Budete FNOL uvádět jako „zdroj dat“ ve své práci?**  ANO  NE

Poučení:

Žadatel souhlasí se zpracováním jeho osobních údajů dle zásad GDPR pro účely evidence této žádosti. Zavazuje se zachovat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat/informací.

Žadatel (datum podpis):

13.2. 2019 *M. Haudová*

Schválil (datum podpis):

14.2. 2019

Ing. Andrea Drobilišová  
Hlavní sestra  
Odbor hlavní sestry  
Kaučička nemocnice Olomouc

Poznámky:

## Žádost o provedení výzkumného šetření

Nemocnice Přerov  
Dvořákova 75  
Přerov 751 52  
Hlavní sestra: Bc. Bronislava Budínová

Vážená paní bakalárko Budínová,

jmenuji se Michaela Podsedníčková, jsem studentkou 2. ročníku kombinované formy magisterského studia – obor Ošetrovatelská péče v interních oborech na FZV Univerzity Palackého v Olomouci. V rámci svého studia zpracovávám diplomovou práci na téma: **Paliativní péče a sestra.**

Cílem našeho výzkumu je zaměřit se na vzdělání sester v paliativní péči a porovnat vliv na míru zátěže v praxi.

Obracím se na Vás s prosbou o umožnění kvantitativního výzkumného šetření určeného pro sestry při poskytování paliativní péče.

Výzkum bude probíhat prostřednictvím anonymního dotazníku, který:

- a) mohu osobně doručit a odpovědět na Vaše další otázky**  
**b) nebo mohu zaslat poštou.**

Prosím o Vaše sdělení, zda souhlasíte s možností předložit Vaším sestřám tento dotazník a jakou cestou se k Vám dotazník dostane, výběrem z možností: a) nebo b).

Předem se telefonicky domluvíme, jak bude probíhat jejich sběr i ukončení výzkumného šetření (uveďte opět výběrem z možností: a) nebo b) variantu, která Vám bude nejlépe vyhovovat). Cíleně oslovuji zařízení v Olomouckém a Zlínském kraji v přímé vazbě na regionální koncepci paliativní péče.

Výsledná data budou sloužit výhradně pro účely mé diplomové práce, a pokud budete mít zájem i pro Vás.

Předem Vám děkuji za Vaše vyjádření i spolupráci.

S pozdravem a přáním pěkného dne

Bc. Podsedníčková Michaela  
Masarykova 1372  
Holešov  
studentka FZV UPOL

### Vyjádření:                      Souhlasím / Nesouhlasím

Doručení dotazníku	<input checked="" type="radio"/> a)	<input type="radio"/> b)
Sběr dotazníků	<input checked="" type="radio"/> a)	<input type="radio"/> b)

Středomoravská nemocniční a.s.  
NEMOCNICE PŘEROV  
Dvořákova 75 751 52 Přerov

Podpis: .....

## Žádost o provedení výzkumného šetření

Krajská nemocnice T. Bati a.s.  
Havlíčkovo nábřeží 600  
Zlín 762 75  
Náměstek ošetrovatelské péče: Helena Šmakalová

Vážená paní Šmakalová,

jmenuji se Michaela Podsedníčková, jsem studentkou 2. ročníku kombinované formy magisterského studia – obor Ošetrovatelská péče v interních oborech na FZV Univerzity Palackého v Olomouci. V rámci svého studia zpracovávám diplomovou práci na téma: **Paliativní péče a sestra.**

Cílem našeho výzkumu je zaměřit se na vzdělání sester v paliativní péči a porovnat vliv na míru zátěže v praxi.

Obracím se na Vás s prosbou o umožnění kvantitativního výzkumného šetření určeného pro sestry při poskytování paliativní péče.

Výzkum bude probíhat prostřednictvím anonymního dotazníku, který:

- a) mohu osobně doručit a odpovědět na Vaše další otázky**
- b) nebo mohu zaslat poštou.**

Prosím o Vaše sdělení, zda souhlasíte s možností předložit Vaším sestram tento dotazník a jakou cestou se k Vám dotazník dostane, výběrem z možností: a) nebo b).

Předem se telefonicky domluvíme, jak bude probíhat jejich sběr i ukončení výzkumného šetření (uveďte opět výběrem z možností: a) nebo b) variantu, která Vám bude nejlépe vyhovovat). Cíleně oslovuji zařízení v Olomouckém a Zlínském kraji v přímé vazbě na regionální koncepci paliativní péče.

Výsledná data budou sloužit výhradně pro účely mé diplomové práce, a pokud budete mít zájem i pro Vás.

Předem Vám děkuji za Vaše vyjádření i spolupráci.

S pozdravem a přáním pěkného dne

Bc. Podsedníčková Michaela  
Masarykova 1372  
Holešov  
studentka FZV UPOL

### Vyjádření:                      Souhlasím / Nesouhlasím

Doručení dotazníku	<input checked="" type="radio"/> a)	<input type="radio"/> b)
Sběr dotazníků	<input checked="" type="radio"/> a)	<input type="radio"/> b)

Podpis: .....



## Žádost o provedení výzkumného šetření

Kroměřížská nemocnice a.s.  
Havlíčková 660/69  
Kroměříž 767 01  
Náměstek pro ošetrovatelskou péči: Marie Christovová

Vážená paní Christovová,

jmenuji se Michaela Podsedníčková, jsem studentkou 2. ročníku kombinované formy magisterského studia – obor Ošetrovatelská péče v interních oborech na FZV Univerzity Palackého v Olomouci. V rámci svého studia zpracovávám diplomovou práci na téma: **Paliativní péče a sestra.**

Cílem našeho výzkumu je zaměřit se na vzdělání sester v paliativní péči a porovnat vliv na míru zátěže v praxi.

Obracím se na Vás s prosbou o umožnění kvantitativního výzkumného šetření určeného pro sestry při poskytování paliativní péče.

Výzkum bude probíhat prostřednictvím anonymního dotazníku, který:

- a) mohu osobně doručit a odpovědět na Vaše další otázky
- b) nebo mohu zaslat poštou.

Prosím o Vaše sdělení, zda souhlasíte s možností předložit Vaším sestřám tento dotazník a jakou cestou se k Vám dotazník dostane, výběrem z možností: a) nebo b).

Předem se telefonicky domluvíme, jak bude probíhat jejich sběr i ukončení výzkumného šetření (uvedte opět výběrem z možností: a) nebo b) variantu, která Vám bude nejlépe vyhovovat). Cíleně oslovuji zařízení v Olomouckém a Zlínském kraji v přímé vazbě na regionální koncepci paliativní péče.

Výsledná data budou sloužit výhradně pro účely mé diplomové práce, a pokud budete mít zájem i pro Vás.

Předem Vám děkuji za Vaše vyjádření i spolupráci.

S pozdravem a přáním pěkného dne

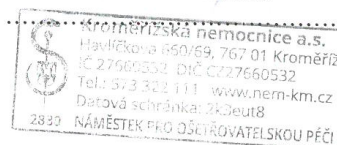
Bc. Podsedníčková Michaela  
Masarykova 1372  
Holešov  
studentka FZV UPOL

**Vyjádření:** Souhlasím / Nesouhlasím

Doručení dotazníku	<input checked="" type="radio"/> a)	<input type="radio"/> b)
Sběr dotazníků	<input checked="" type="radio"/> a)	<input type="radio"/> b)

Marie Christovová

Podpis: .....





## Žádost o provedení výzkumného šetření

Domov seniorů POHODA Chválkovice, příspěvková organizace  
Švabinského 3  
Olomouc 772 00  
Ředitel zařízení: PaedDr. Jiří Floder

Vážený pane řediteli Flodere,

Jmenuji se Michaela Podsedníčková, jsem studentkou 2. ročníku kombinované formy magisterského studia – obor Ošetrovatelská péče v interních oborech na FZV Univerzity Palackého v Olomouci. V rámci svého studia zpracovávám diplomovou práci na téma: **Paliativní péče a sestra.**

Cílem našeho výzkumu je zaměřit se na vzdělání sester v paliativní péči a porovnat vliv na míru zátěže v praxi.

Obracím se na Vás s prosbou o umožnění kvantitativního výzkumného šetření určeného pro sestry při poskytování paliativní péče.

Výzkum bude probíhat prostřednictvím anonymního dotazníku, který:

- a) mohu osobně doručit a odpovědět na Vaše další otázky**
- b) nebo mohu zaslat poštou.**

Prosím o Vaše sdělení, zda souhlasíte s možností předložit Vaším sestřím tento dotazník a jakou cestou se k Vám dotazník dostane, výběrem z možností: a) nebo b).

Předem se telefonicky domluvíme, jak bude probíhat jejich sběr i ukončení výzkumného šetření (uvedte opět výběrem z možností: a) nebo b) variantu, která Vám bude nejlépe vyhovovat). Cíleně oslovuji zařízení v Olomouckém a Zlínském kraji v přímé vazbě na regionální koncepci paliativní péče.

Výsledná data budou sloužit výhradně pro účely mé diplomové práce, a pokud budete mít zájem i pro Vás.

Předem Vám děkuji za Vaše vyjádření i spolupráci.

S pozdravem a přáním pěkného dne

Bc. Podsedníčková Michaela  
Masarykova 1372  
Holešov  
studentka FZV UPOL

### Vyjádření:                      Souhlasím / Nesouhlasím

Doručení dotazníku	<input checked="" type="radio"/> a)	<input type="radio"/> b)
Sběr dotazníků	<input checked="" type="radio"/> a)	<input type="radio"/> b)

Podpis: .....

POHODA  
příspěvková organizace  
Olomoucký kraj  
Švabinského 3, 772 00 Olomouc  
Tel. 505 111 536 IČO 75004372  
⑤

## Žádost o provedení výzkumného šetření

Domov seniorů POHODA Chválkovice, příspěvková organizace  
Švabinského 3  
Olomouc 772 00  
Vedoucí zdravotního úseku: Hana Marešová

Vážená paní Marešová,

jmenuji se Michaela Podsedníčková, jsem studentkou 2. ročníku kombinované formy magisterského studia – obor Ošetrovatelská péče v interních oborech na FZV Univerzity Palackého v Olomouci. V rámci svého studia zpracovávám diplomovou práci na téma: **Paliativní péče a sestra.**

Cílem našeho výzkumu je zaměřit se na vzdělání sester v paliativní péči a porovnat vliv na míru zátěže v praxi.

Obraťím se na Vás s prosbou o umožnění kvantitativního výzkumného šetření určeného pro sestry při poskytování paliativní péče.

Výzkum bude probíhat prostřednictvím anonymního dotazníku, který:

**a) mohu osobně doručit a odpovědět na Vaše další otázky**

**b) nebo mohu zaslat poštou.**

Prosím o Vaše sdělení, zda souhlasíte s možností předložit Vaším sestram tento dotazník a jakou cestou se k Vám dotazník dostane, výběrem z možností: a) nebo b).

Předem se telefonicky domluvíme, jak bude probíhat jejich sběr i ukončení výzkumného šetření (uvedte opět výběrem z možností: a) nebo b) variantu, která Vám bude nejlépe vyhovovat). Cíleně oslovuji zařízení v Olomouckém a Zlínském kraji v přímé vazbě na regionální koncepci paliativní péče.

Výsledná data budou sloužit výhradně pro účely mé diplomové práce, a pokud budete mít zájem i pro Vás.

Předem Vám děkuji za Vaše vyjádření i spolupráci.

S pozdravem a přáním pěkného dne

Bc. Podsedníčková Michaela  
Masarykova 1372  
Holešov  
studentka FZV UPOL

### Vyjádření: Souhlasím / Nesouhlasím

Doručení dotazníku	<input checked="" type="radio"/> a)	<input type="radio"/> b)
Sběr dotazníků	<input checked="" type="radio"/> a)	<input type="radio"/> b)

Podpis: .....

Domov seniorů POHODA  
příspěvková organizace  
Švabinského 3, 772 00 Olomouc  
IČO: 663 111 834, IČD: 75004372



## Žádost o provedení výzkumného šetření

Senior Otrokovice, příspěvková organizace  
budova B  
K. Čapka 1615  
Otrokovice 765 02  
Vedoucí sestra: Jarmila Bartoňková

Vážená paní Bartoňková,

jmenuji se Michaela Podsedníčková, jsem studentkou 2. ročníku kombinované formy magisterského studia – obor Ošetrovatelská péče v interních oborech na FZV Univerzity Palackého v Olomouci. V rámci svého studia zpracovávám diplomovou práci na téma: **Paliativní péče a sestra.**

Cílem našeho výzkumu je zaměřit se na vzdělání sester v paliativní péči a porovnat vliv na míru zátěže v praxi.

Obracím se na Vás s prosbou o umožnění kvantitativního výzkumného šetření určeného pro sestry při poskytování paliativní péče.

Výzkum bude probíhat prostřednictvím anonymního dotazníku, který:

- a) mohu osobně doručit a odpovědět na Vaše další otázky
- b) nebo mohu zaslat poštou.

Prosím o Vaše sdělení, zda souhlasíte s možností předložit Vaším sestram tento dotazník a jakou cestou se k Vám dotazník dostane, výběrem z možností: a) nebo b).

Předem se telefonicky domluvíme, jak bude probíhat jejich sběr i ukončení výzkumného šetření (uveďte opět výběrem z možností: a) nebo b) variantu, která Vám bude nejlépe vyhovovat). Cíleně oslovuji zařízení v Olomouckém a Zlínském kraji v přímé vazbě na regionální koncepci paliativní péče.

Výsledná data budou sloužit výhradně pro účely mé diplomové práce, a pokud budete mít zájem i pro Vás.

Předem Vám děkuji za Vaše vyjádření i spolupráci.

S pozdravem a přáním pěkného dne

Bc. Podsedníčková Michaela  
Masarykova 1372  
Holešov  
studentka FZV UPOL

### Vyjádření:                      Souhlasím / Nesouhlasím

Doručení dotazníku	<input checked="" type="radio"/> a)	<input type="radio"/> b)
Sběr dotazníků	<input checked="" type="radio"/> a)	<input type="radio"/> b)

**SENIOR Otrokovice, p.o.**  
K. Čapka 1615, Otrokovice  
tel.: 576 771 682  
poskytovatel sociálních služeb  
IČZ: 82996008

Podpis: .....

## Žádost o provedení výzkumného šetření

SENIOR Otrokovice, příspěvková organizace  
tř. Spojenců 1840  
Otrokovice 765 02  
Vedoucí sestra: Pavlína Macešková

Vážená paní Macešková,

jmenuji se Michaela Podsedníčková, jsem studentkou 2. ročníku kombinované formy magisterského studia – obor Ošetrovatelská péče v interních oborech na FZV Univerzity Palackého v Olomouci. V rámci svého studia zpracovávám diplomovou práci na téma: **Paliativní péče a sestra.**

Cílem našeho výzkumu je zaměřit se na vzdělání sester v paliativní péči a porovnat vliv na míru zátěže v praxi.

Obracím se na Vás s prosbou o umožnění kvantitativního výzkumného šetření určeného pro sestry při poskytování paliativní péče.

Výzkum bude probíhat prostřednictvím anonymního dotazníku, který:

**a) mohu osobně doručit a odpovědět na Vaše další otázky**

**b) nebo mohu zaslat poštou.**

Prosím o Vaše sdělení, zda souhlasíte s možností předložit Vaším sestrám tento dotazník a jakou cestou se k Vám dotazník dostane, výběrem z možností: a) nebo b).

Předem se telefonicky domluvíme, jak bude probíhat jejich sběr i ukončení výzkumného šetření (uvedte opět výběrem z možností: a) nebo b) variantu, která Vám bude nejlépe vyhovovat). Cíleně oslovuji zařízení v Olomouckém a Zlínském kraji v přímé vazbě na regionální koncepci paliativní péče.

Výsledná data budou sloužit výhradně pro účely mé diplomové práce, a pokud budete mít zájem i pro Vás.

Předem Vám děkuji za Vaše vyjádření i spolupráci.

S pozdravem a přáním pěkného dne

Bc. Podsedníčková Michaela  
Masarykova 1372  
Holešov  
studentka FZV UPOL

### Vyjádření:                      Souhlasím / Nesouhlasím

Doručení dotazníku	<input checked="" type="radio"/> a)	<input type="radio"/> b)
Sběr dotazníků	<input checked="" type="radio"/> a)	<input type="radio"/> b)

SENIOR Otrokovice, p.o.  
K. Čapka 1615, Otrokovice  
tel.: 576 771 671  
poskytovatel sociálních služeb  
IČZ: 82996008

Podpis: .....

*Marinková*

## Žádost o provedení výzkumného šetření

Domov pro seniory Burešov  
příspěvková organizace  
Burešov 4884  
Zlín 760 01  
Vedoucí zdravotního úseku: Dana Rozehnalová

Vážená paní Rozehnalová,

jmenuji se Michaela Podsedníčková, jsem studentkou 2. ročníku kombinované formy magisterského studia – obor Ošetřovatelská péče v interních oborech na FZV Univerzity Palackého v Olomouci. V rámci svého studia zpracovávám diplomovou práci na téma: **Paliativní péče a sestra.**

Cílem našeho výzkumu je zaměřit se na vzdělání sester v paliativní péči a porovnat vliv na míru zátěže v praxi.

Obracím se na Vás s prosbou o umožnění kvantitativního výzkumného šetření určeného pro sestry při poskytování paliativní péče.

Výzkum bude probíhat prostřednictvím anonymního dotazníku, který:

- a) mohu osobně doručit a odpovědět na Vaše další otázky**
- b) nebo mohu zaslat poštou.**

Prosím o Vaše sdělení, zda souhlasíte s možností předložit Vaším sestřám tento dotazník a jakou cestou se k Vám dotazník dostane, výběrem z možností: a) nebo b).

Předem se telefonicky domluvíme, jak bude probíhat jejich sběr i ukončení výzkumného šetření (uveďte opět výběrem z možností: a) nebo b) variantu, která Vám bude nejlépe vyhovovat). Cíleně oslovuji zařízení v Olomouckém a Zlínském kraji v přímé vazbě na regionální koncepci paliativní péče.

Výsledná data budou sloužit výhradně pro účely mé diplomové práce, a pokud budete mít zájem i pro Vás.

Předem Vám děkuji za Vaše vyjádření i spolupráci.

S pozdravem a přáním pěkného dne

Bc. Podsedníčková Michaela  
Masarykova 1372  
Holešov  
studentka FZV UPOL

### Vyjádření:                      Souhlasím / Nesouhlasím

Doručení dotazníku	a)	<input checked="" type="radio"/> b)
Sběr dotazníků	<input checked="" type="radio"/> a)	b)

Podpis: .....  .....

## Žádost o provedení výzkumného šetření

Domov seniorů a Nestátní zdravotnické zařízení Hospic Hvězda  
Sokolovská 967  
Zlín, Malenovice 763 02  
Vedoucí střediska Domov seniorů: Tomáš Hnízdil

Vážený pane Hnízdile,

jmenuji se Michaela Podsedníčková, jsem studentkou 2. ročníku kombinované formy magisterského studia – obor Ošetrovatelská péče v interních oborech na FZV Univerzity Palackého v Olomouci. V rámci svého studia zpracovávám diplomovou práci na téma: **Paliativní péče a sestra.**

Cílem našeho výzkumu je zaměřit se na vzdělání sester v paliativní péči a porovnat vliv na míru zátěže v praxi.

Obracím se na Vás s prosbou o umožnění kvantitativního výzkumného šetření určeného pro sestry při poskytování paliativní péče.

Výzkum bude probíhat prostřednictvím anonymního dotazníku, který:

- a) **mohu osobně doručit a odpovědět na Vaše další otázky**
- b) **nebo mohu zaslat poštou.**

Prosím o Vaše sdělení, zda souhlasíte s možností předložit Vaším sestram tento dotazník a jakou cestou se k Vám dotazník dostane, výběrem z možností: a) nebo b).

Předem se telefonicky domluvíme, jak bude probíhat jejich sběr i ukončení výzkumného šetření (uveďte opět výběrem z možností: a) nebo b) variantu, která Vám bude nejlépe vyhovovat). Cíleně oslovuji zařízení v Olomouckém a Zlínském kraji v přímé vazbě na regionální koncepci paliativní péče.

Výsledná data budou sloužit výhradně pro účely mé diplomové práce, a pokud budete mít zájem i pro Vás.

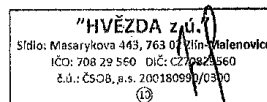
Předem Vám děkuji za Vaše vyjádření i spolupráci.

S pozdravem a přáním pěkného dne

Bc. Podsedníčková Michaela  
Masarykova 1372  
Holešov  
studentka FZV UPOL

**Vyjádření:** \_\_\_\_\_ **Souhlasím / Nesouhlasím**

Doručení dotazníku	<input checked="" type="radio"/> a)	<input type="radio"/> b)
Sběr dotazníků	<input checked="" type="radio"/> a)	<input type="radio"/> b)



Podpis: .....

## Žádost o provedení výzkumného šetření

Domov pro seniory U Moravy  
Erbenovo nábřeží 4262/2b  
Kroměříž 767 01  
Vedoucí: Mgr. Vladimíra Marková

Vážená paní magistro Marková,

Jmenuji se Michaela Podsedníčková, jsem studentkou 2. ročníku kombinované formy magisterského studia – obor Ošetrovatelská péče v interních oborech na FZV Univerzity Palackého v Olomouci. V rámci svého studia zpracovávám diplomovou práci na téma:

### **Paliativní péče a sestra.**

Cílem našeho výzkumu je zaměřit se na vzdělání sester v paliativní péči a porovnat vliv na míru zátěže v praxi.

Obracím se na Vás s prosbou o umožnění kvantitativního výzkumného šetření určeného pro sestry při poskytování paliativní péče.

Výzkum bude probíhat prostřednictvím anonymního dotazníku, který:

**a) mohu osobně doručit a odpovědět na Vaše další otázky**

**b) nebo mohu zaslat poštou.**

Prosím o Vaše sdělení, zda souhlasíte s možností předložit Vaším sestrám tento dotazník a jakou cestou se k Vám dotazník dostane, výběrem z možností: a) nebo b).

Předem se telefonicky domluvíme, jak bude probíhat jejich sběr i ukončení výzkumného šetření (uveďte opět výběrem z možností: a) nebo b) variantu, která Vám bude nejlépe vyhovovat). Cíleně oslovuji zařízení v Olomouckém a Zlínském kraji v přímé vazbě na regionální koncepci paliativní péče.

Výsledná data budou sloužit výhradně pro účely mé diplomové práce, a pokud budete mít zájem i pro Vás.

Předem Vám děkuji za Vaše vyjádření i spolupráci.


S pozdravem a přáním pěkného dne

Bc. Podsedníčková Michaela  
Masarykova 1372  
Holešov  
studentka FZV UPOL

**Vyjádření:**                      **Souhlasím / Nesouhlasím**

Doručení dotazníku             a)             b)

Sběr dotazníků                 a)             b)

Podpis:  .....  
SOCIÁLNÍ SLUŽBY MĚSTA KROMĚŘÍŽE, .....  
příspěvková organizace  
Domov pro seniory U Moravy  
767 01 Křemčický, Erbenovo nábř. 4262  
IČO 71193450, DIČ CZ71193430  
vedoucí - tel. 572 503 958

## Žádost o provedení výzkumného šetření

Domov pro seniory Lukov, příspěv. org.  
Hradská 82  
Lukov u Zlína 763 17  
Vedoucí zdravotnického úseku: Kateřina Červená

Vážená paní Červená,

jmenuji se Michaela Podsedníčková, jsem studentkou 2. ročníku kombinované formy magisterského studia – obor Ošetrovatelská péče v interních oborech na FZV Univerzity Palackého v Olomouci. V rámci svého studia zpracovávám diplomovou práci na téma: **Paliativní péče a sestra.**

Cílem našeho výzkumu je zaměřit se na vzdělání sester v paliativní péči a porovnat vliv na míru zátěže v praxi.

Obracím se na Vás s prosbou o umožnění kvantitativního výzkumného šetření určeného pro sestry při poskytování paliativní péče.

Výzkum bude probíhat prostřednictvím anonymního dotazníku, který:

- a) mohu osobně doručit a odpovědět na Vaše další otázky**
- b) nebo mohu zaslat poštou.**

Prosím o Vaše sdělení, zda souhlasíte s možností předložit Vaším sestřám tento dotazník a jakou cestou se k Vám dotazník dostane, výběrem z možností: a) nebo b).

Předem se telefonicky domluvíme, jak bude probíhat jejich sběr i ukončení výzkumného šetření (uveďte opět výběrem z možností: a) nebo b) variantu, která Vám bude nejlépe vyhovovat). Cíleně oslovuji zařízení v Olomouckém a Zlínském kraji v přímé vazbě na regionální koncepci paliativní péče.

Výsledná data budou sloužit výhradně pro účely mé diplomové práce, a pokud budete mít zájem i pro Vás.

Předem Vám děkuji za Vaše vyjádření i spolupráci.

S pozdravem a přáním pěkného dne

Bc. Podsedníčková Michaela  
Masarykova 1372  
Holešov  
studentka **FZV UPOL**

### Vyjádření:                      Souhlasím / Nesouhlasím

Doručení dotazníku	<input checked="" type="radio"/> a)	<input type="radio"/> b)
Sběr dotazníků	<input checked="" type="radio"/> a)	<input type="radio"/> b)

DOMOV PRO SENIORY LUKOV  
příspěvková organizace  
763 17 Lukov - Hradská 82  
IČO 708 50 941

Podpis: .....



## Žádost o provedení výzkumného šetření

Centrum pro seniory Zahrada  
A. Bartoše 1700  
Bystřice pod Hostýnem 768 61  
Vedoucí zdravotního úseku: Mgr. Ivana Krutilová

Vážená paní magistro Krutilová,

jmenuji se Michaela Podsedníčková, jsem studentkou 2. ročníku kombinované formy magisterského studia – obor Ošetrovatelská péče v interních oborech na FZV Univerzity Palackého v Olomouci. V rámci svého studia zpracovávám diplomovou práci na téma: **Paliativní péče a sestra.**

Cílem našeho výzkumu je zaměřit se na vzdělání sester v paliativní péči a porovnat vliv na míru zátěže v praxi.

Obracím se na Vás s prosbou o umožnění kvantitativního výzkumného šetření určeného pro sestry při poskytování paliativní péče.

Výzkum bude probíhat prostřednictvím anonymního dotazníku, který:

- a) mohu osobně doručit a odpovědět na Vaše další otázky  
b) nebo mohu zaslat poštou.**

Prosím o Vaše sdělení, zda souhlasíte s možností předložit Vaším sestřám tento dotazník a jakou cestou se k Vám dotazník dostane, výběrem z možností: a) nebo b).

Předem se telefonicky domluvíme, jak bude probíhat jejich sběr i ukončení výzkumného šetření (uveďte opět výběrem z možností: a) nebo b) variantu, která Vám bude nejlépe vyhovovat). Cíleně oslovuji zařízení v Olomouckém a Zlínském kraji v přímé vazbě na regionální koncepci paliativní péče.

Výsledná data budou sloužit výhradně pro účely mé diplomové práce, a pokud budete mít zájem i pro Vás.

Předem Vám děkuji za Vaše vyjádření i spolupráci.

S pozdravem a přáním pěkného dne

Bc. Podsedníčková Michaela  
Masarykova 1372  
Holešov  
studentka FZV UPOL

### Vyjádření: Souhlasím / Nesouhlasím

Doručení dotazníku	<input checked="" type="radio"/> a)	<input type="radio"/> b)
Sběr dotazníků	<input checked="" type="radio"/> a)	<input type="radio"/> b)

Podpis: .....  Mgr. Ivana Krutilová .....