

Kvalita profesního života sester v hospicové péči

Leona Bendová

Bakalářská práce
2025



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2024/2025

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení:	Leona Bendová
Osobní číslo:	H21334
Studijní program:	B0913P360015 Všeobecné ošetřovatelství
Forma studia:	Prezenční
Téma práce:	Kvalita profesního života sester v hospicové péči

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti kvality profesního života sester v hospicové péči.

Příprava metodiky kvantitativního šetření.

Formulace kritérií pro výběr respondentů.

Realizace šetření technikou dotazníku.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

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

Seznam doporučené literatury:

- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3149-0.
- KUTNOHORSKÁ, Jana. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3224-4.
- PAVELKOVÁ, Helena and BUŽGOVÁ, Radka. Burnout among healthcare workers in hospice care. Online. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*. 2015, vol. 6, no.1, s. 218-223. Dostupné z: <https://doi.org/10.15452/CEJNM.2015.06.0006>. [cit. 2024-10-30].
- PEŠEK, Roman a PRAŠKO, Ján. *Syndrom vyhoření: jak se prací a pomáháním druhým nezničit: pohledem kognitivně behaviorální terapie*. Praha: Pasparta, 2016. ISBN 978-80-88163-00-8.
- SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospic a umění doprovázet*. 7. přepracované a doplněné vydání. Praha: Karmelitánské nakladatelství, 2011. ISBN 978-80-7195-580-1.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Sylvie Chvatíková**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **4. listopadu 2024**
Termín odevzdání bakalářské práce: **30. května 2025**

L.S.

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan

Mgr. Věra Vránová, Ph.D.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 9. ledna 2025

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb., v platném znění bez ohledu na výsledek obhajoby;
- bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému a bude dostupná k nahlédnutí;
- jedno vyhotovení bakalářské práce v listinné podobě bude ponecháno Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně k uložení;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3;
- podle § 60 odst. 1 autorského zákona má Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci – nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům;
- pokud je výstupem bakalářské práce jakýkoliv softwarový produkt, považují se za součást práce rovněž i zdrojové kódy, popř. soubory, ze kterých se projekt skládá; neodevzdání této součásti může být důvodem k neobhájení práce.

Prohlašuji, že

- jsem na bakalářské práci pracoval(a) samostatně a použitou literaturu jsem řádně citoval(a); v případě publikace výsledků budu uveden(a) jako spoluautor;
- odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou obsahově totožné.

Ve Zlíně, dne

.....
podpis autora

ABSTRAKT

Bakalářská práce je zaměřena na kvalitu profesního života všeobecných sester pracujících v hospicové péči. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část obsahuje tři hlavní kapitoly. První kapitola se věnuje paliativní a hospicové péči, jejím formám, organizaci a financování. Druhá kapitola popisuje profesi všeobecné sestry, její vzdělání, kompetence a specifika práce v hospicové péči. Třetí kapitola se zabývá kvalitou profesního života a nástrojem ProQOL. Praktická část je zaměřena na kvantitativní výzkum realizovaný prostřednictvím standardizovaného dotazníku ProQOL-CZ, jehož cílem bylo zjistit úroveň profesní kvality života všeobecných sester pracujících v hospicové péči.

Klíčová slova: Hospicová péče, všeobecná sestra, kvalita profesního života, ProQOL, soucitné uspokojení, syndrom vyhoření, sekundární traumatický stres

ABSTRACT

The bachelor's thesis focuses on the professional quality of life of general nurses working in hospice care. The thesis is divided into a theoretical and a practical part. The theoretical part consists of three main chapters. The first chapter addresses palliative and hospice care, including its forms, organization, and funding. The second chapter describes the profession of the general nurse, her education, competencies, and the specifics of working in hospice care. The third chapter deals with the professional quality of life and the ProQOL tool. The practical part is focused on quantitative research conducted using the standardized ProQOL-CZ questionnaire, with the aim of determining the level of professional quality of life among general nurses working in hospice care.

Keywords: Hospice care, general nurse, professional quality of life, ProQOL, compassion satisfaction, burnout, secondary traumatic stress

Ráda bych poděkovala Mgr. Sylvii Chvatíkové, vedoucí této bakalářské práce, za její vstřícnost, cenné rady, odborné vedení a podporu během celého procesu psaní. Její trpělivý přístup a ochota pomoci pro mě byly velkou oporou.

Dále děkuji všem respondentkám a respondentům, kteří se zúčastnili dotazníkového šetření a ochotně mi věnovali svůj čas i své zkušenosti.

Velké poděkování patří také mé rodině a blízkým za jejich podporu, trpělivost a povzbuzení během celého mého studia.

OBSAH

ÚVOD	11
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 PALIATIVNÍ A HOSPICOVÁ PÉČE	13
1.1 PALIATIVNÍ PÉČE	13
1.2 HOSPICOVÁ PÉČE.....	14
1.2.1 Formy hospicové péče	14
1.2.2 Indikace a podmínky pro poskytování hospicové péče	17
1.2.3 Financování hospicové péče	18
1.3 ROZDÍL MEZI PALIATIVNÍ A HOSPICOVOU PÉČÍ	19
1.4 PERSONÁLNÍ OBSAZENÍ TÝMU V HOSPICOVÉ PÉČI.....	19
2 PROFESE VŠEOBECNÉ SESTRY V PALIATIVNÍ PÉČI	21
2.1 SOUČASNÉ VZDĚLÁNÍ VŠEOBECNÉ SESTER.....	21
2.1.1 Specifika vzdělání sester v paliativní péči	22
2.2 PŘEDPOKLADY PRO PRÁCI V OBLASTI PALIATIVNÍ PÉČE.....	23
2.3 KOMPETENCE SESTER V PALIATIVNÍ PÉČI	24
2.4 ROLE SESTRY	25
3 KVALITA PROFESNÍHO ŽIVOTA	27
3.1 VYMEZENÍ POJMU KVALITY ŽIVOTA	27
3.1.1 Vymezení pojmu kvalita profesního života	27
3.2 MĚŘÍCÍ TECHNIKY	28
3.2.1 Professional Quality of Life Scale (ProQOL-CZ).....	28
3.2.2 Výzkumy použití dotazníku ProQOL ve světě	31
II PRAKTICKÁ ČÁST.....	33
4 VÝZKUM A METODIKA.....	34
4.1 CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	34
4.1.1 Hlavní cíl.....	34
4.1.2 Dílčí cíle.....	34
4.1.3 Výzkumné otázky	34
4.2 REALIZACE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	34
4.2.1 Metoda sběru dat	34
4.2.2 Charakteristika vzorku respondentů	35
4.2.3 Způsob distribuce dotazníku	36
4.2.4 Doba sběru dat.....	36
4.2.5 Etické aspekty výzkumu	36
4.3 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT	36
4.3.1 Výsledky šetření sestavené na základě autorkou navržených otázek.....	36
4.3.2 Výsledky šetření standardizovaného dotazníku ProQOL	42

5	DISKUZE	47
5.1	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	49
6	ZÁVĚR.....	51
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	53
	SEZNAM GRAFŮ	59
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	60
	SEZNAM PŘÍLOH.....	61

ÚVOD

Téma bakalářské práce *Kvalita profesního života všeobecných sester pracujících v hospicové péči* jsem si zvolila především z hlubokého osobního zájmu o problematiku paliativní a hospicové péče. Již během studia a praktických stáží mě oslovila myšlenka doprovázení pacientů na konci jejich života. Fascinuje mě, jak zásadní roli může sehrát citlivá a důstojná péče v tomto náročném období – nejen pro samotného pacienta, ale i pro jeho blízké.

Hospicová péče je výjimečná tím, že přesahuje rámec běžné zdravotnické praxe – vyžaduje empatii, respekt, schopnost naslouchat a být oporou v těžkých chvílích. Role všeobecné sestry zde nabývá hlubšího významu. Zároveň si ale uvědomuji, že práce v tomto prostředí může být psychicky velmi náročná. Právě proto mě začalo zajímat, jak se sestry v hospicové péči cítí, co je motivuje, co jim práci ztěžuje a jaká je celková kvalita jejich profesního života.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část je členěna do tří kapitol. První se věnuje paliativní a hospicové péči – jejich formám, podmínkám poskytování, rozdílům mezi nimi, organizaci a financování v České republice. Druhá kapitola se zaměřuje na profesi všeobecné sestry, její vzdělávání, kompetence, roli v multidisciplinárním týmu a specifika práce v hospicovém prostředí. Třetí kapitola pojednává o kvalitě profesního života, používaných měřicích nástrojích a představuje standardizovaný dotazník ProQOL, který byl použit ve výzkumné části práce.

Praktická část se zabývá kvantitativním výzkumem realizovaným pomocí dotazníku ProQOL-CZ. Cílem bylo zjistit úroveň profesní kvality života všeobecných sester v hospicové péči, konkrétně v oblastech soucitného uspokojení, syndromu vyhoření a sekundárního traumatického stresu.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 PALIATIVNÍ A HOSPICOVÁ PÉČE

Péče o nevyléčitelně nemocného člověka a poskytování komplexní podpory patří mezi nejcennější, ale zároveň nejnáročnější úkoly zdravotnického personálu. Když už léčba nepřináší účinek a blíží se závěr života, nastává čas na přístup, který přesahuje pouhé zvládání fyzických příznaků.

Každý člověk by měl mít příležitost strávit svůj zbývající čas co nejkvalitněji a nejpohodlněji, v přítomnosti svých blízkých.

„Doprovázení umírajících ubere kus sil, ale přidá kus moudrosti a zralosti.“
(Svatošová, 2011, str.116)

Dr. Kübler-Rossová zmiňuje že: *„Právě od našich umírajících pacientů se učíme poznávat pravé hodnoty života. Kdybychom byli schopni dosáhnout stadia přijetí již v mládí, prožili bychom mnohem smysluplnější život, dokázali bychom se radovat z maličkostí a jistě bychom měli i jiný žebříček hodnot.“* (Svatošová, 2011, str.116).

1.1 Paliativní péče

Paliativní péče je zaměřena na zajištění co nejlepší možné kvality života u osob s vážnými, život ohrožujícími nemocemi a jejich blízkých. Jejím hlavním cílem není léčba samotného onemocnění, ale zmírnění bolesti a dalších obtěžujících symptomů, stejně jako poskytnutí psychické a sociální podpory. Zásadní roli v paliativní péči hraje otevřená a empatická komunikace s pacientem i jeho rodinou, která umožňuje respektovat jejich přání, hodnoty a individuální potřeby. Tento typ péče lze realizovat jak v nemocničním zařízení, tak i v domácím prostředí (Teoli et al., 2023).

Jak uvádí Wantonora a kol. (2022), neodmyslitelnou součástí efektivní paliativní péče je spolupráce mezi různými odborníky. Multidisciplinární tým tvoří lékaři, zdravotní sestry, psychologové, sociální pracovníci a další profesionálové, kteří společně usilují o komplexní podporu nemocného.

Paliativní přístup není určen pouze pacientům s nádorovým onemocněním. Vztahuje se rovněž na osoby s pokročilým srdečním selháním, chronickou obstrukční plicní nemocí (CHOPN), závažnými neurologickými onemocněními, jako je amyotrofická laterální skleróza (ALS), a také na pacienty v pokročilých fázích demence (Oechsle, 2019).

1.2 Hospicová péče

Hospicová péče představuje specifickou oblast paliativní péče určenou pro osoby v závěrečném stádiu nevyléčitelného onemocnění, kdy se očekává omezená délka života, zpravidla v řádu několika měsíců. Jejím cílem je vytvořit důstojné, klidné a podpůrné prostředí, ve kterém může pacient strávit své poslední dny v bezpečí a v blízkosti rodiny (Sheikh et al., 2022).

Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče (2017, str. 2) definuje hospicovou péči jako „*integrovanou formu zdravotní, sociální a psychologické péče poskytovanou nemocným všech indikačních, diagnostických i věkových skupin, u nichž ošetřující lékař předpokládá délku života kratší než 6 měsíců. Součástí hospicové péče je především paliativní péče.*“

Hospicová péče může být poskytována jak ve specializovaných lůžkových zařízeních, tak prostřednictvím mobilních hospicových služeb v domácím prostředí. Klíčovým prvkem je týmová spolupráce odborníků z různých oblastí – zahrnující zdravotníky, sociální pracovníky a duchovní – kteří společně zajišťují komplexní podporu pacienta i jeho rodiny (Rome et al., 2011).

1.2.1 Formy hospicové péče

Hospicová péče zahrnuje tři hlavní formy poskytování, které se liší podle prostředí, kde je péče poskytována, a intenzity zdravotní podpory. Jedná se o domácí hospicovou péči, stacionární hospicovou péči a lůžkovou hospicovou péči.

1) Domácí hospicová péče

"Mobilní hospic nebo též domácí hospic je tým terénních pracovníků, kteří poskytují komplexní péči nevyléčitelně nemocným pacientům a jejich rodinám, které se o ně doma starají." (Marková, 2021, str. 12)

Tento tým, označovaný jako multidisciplinární, zahrnuje lékaře, zdravotní sestry, sociální pracovníky, ošetřovatele, terapeuty a pastorační pracovníky (Marková, 2021).

Podle Markové (2021) multidisciplinární tým při poskytování domácí hospicové péče respektuje několik klíčových principů: pacient a jeho přání jsou prioritou, členové týmu jednají dle hodnot organizace, dbají na odbornou úroveň poskytovaných služeb, vzájemně respektují svou odbornost a zajišťují respekt k lidské důstojnosti.

Tento typ péče je určen pacientům, kteří si přejí trávit poslední část života doma a mají podporu rodiny (Parkes et al., 2007).

Nabízí řadu výhod, zejména možnost strávit poslední dny v příjemném a známém prostředí (Ryan, 2024).

Až 70 % pacientů si přeje zůstat na konci života doma, což domácí hospicová péče umožňuje (Hamel et al., 2017).

Tento model péče klade vysoké nároky na zdravotníky, kteří se stávají součástí rodinného prostředí a musí reagovat na krizové situace. Intenzivní kontakt s pacientem i rodinou vyžaduje emoční odolnost a pravidelnou supervizi pro podporu týmu (Marková, 2010).

2) Stacionární hospicová péče

Stacionární hospicová péče je moderní forma péče, která umožňuje pacientům s vážným onemocněním strávit část dne v hospicovém denním stacionáři a večer se vrátit domů. Tato péče je určena pro pacienty, kteří žijí v blízkém okolí stacionáře, protože pravidelné dojíždění na dlouhé vzdálenosti by bylo pro rodinu a pacienta příliš náročné. Rodina zajišťuje dopravu, případně může pomoci hospic (Jelínková, 2018; Svatošová, 2011).

Stacionární forma péče dočasně přebírá roli rodiny v péči o pacienta a umožňuje pečujícím osobám načerpat síly nebo si vyřídit své záležitosti. Tato forma služby je vhodná v případech, kdy není nutná hospitalizace, ale rodina potřebuje krátkodobou výpomoc (Jelínková, 2018; Svatošová, 2011).

Jak uvádí Kupka (2014), k nejčastějším důvodům využití stacionární hospicové péče patří:

- **Léčebný důvod:** Mnoho pacientů využívá stacionární péči za účelem podávání medikace pod odborným dohledem.
- **Diagnostický důvod:** Například při zhoršující se bolesti, která vyžaduje intenzivnější sledování, úpravu léčby nebo podrobnější vyšetření.
- **Psychoterapeutický důvod:** Pacienti často pocítují nepochopení. Rodina jim sice naslouchá, ale jen těžko dokáže plně porozumět tomu, jaké je žít s vědomím blížícího se konce života. Diskuze o budoucnosti a obavách jsou pro pacienty i jejich blízké citlivým tématem, a proto se jim často vyhýbají. Ve stacionární

péči pacienti nacházejí podporu u lidí, kteří procházejí obdobnými zkušenostmi a sdílejí podobné pocity.

- **Azylový důvod:** Občas se stává, že pacient je nemocný dlouhou dobu a rodina se o něj musí starat po delší časový úsek. U pacienta či rodiny může nastat okamžik, kdy cítí potřebu si od sebe na chvíli odpočinout. Stacionární péče pacientovi poskytne změnu prostředí a rodině dostatek času na odpočinek a činnosti, které je naplňují. Díky stacionární péči tak nedochází k častým konfliktům v rodině ani k jejímu vyčerpání.

3) Lůžková hospicová péče

Lůžková hospicová péče je zaměřena na komplexní podporu pacientů v terminálním stádiu nemoci, kteří vyžadují nepřetržitou péči, ale nikoli intenzivní léčbu. Pacienti přicházejí na krátkodobé, často opakované pobyty dobrovolně, když cítí, že jim to přinese prospěch. Hospic se zaměřuje na zmírnění fyzických obtíží a poskytuje psychickou, sociální a duchovní podporu (Svatošová, 2011; Kupka, 2014).

Cílem je zajistit pacientům kvalitní život a zachovat jejich důstojnost. Multidisciplinární tým odborníků poskytuje individuální péči pacientům i jejich rodinám (Kupka, 2014).

Hospicová péče vytváří prostředí, které připomíná domov. Zařízení jsou navržena tak, aby klienti měli co největší pohodlí a soukromí. V hospici jsou k dispozici společné prostory pro setkávání s rodinou a přáteli, což přispívá k jejich psychické pohodě. Přítomnost blízkých je podporována, protože pomáhá zvládat náročnou situaci a poskytuje pocit bezpečí. Každý má možnost zapojit se do denních aktivit, avšak účast je zcela dobrovolná. Denní program si mohou přizpůsobit vlastním potřebám a náladě, například volbou doby jídla či spánku. Důraz je kladen na kvalitní komunikaci, přičemž zdravotní personál je vždy připraven naslouchat a pomoci, a to i během noci (Svatošová, 2011; Kupka, 2014).

Lůžková hospicová péče je určena pacientům, kteří potřebují paliativní péči, ale z různých důvodů nemohou tuto péči přijímat doma. Může jít například o nedostatek vhodných domácích podmínek, neschopnost zajistit potřebnou odbornou péči, zdravotní nebo fyzické omezení rodinných pečovatелů, či potřebu 24hodinového dohledu, který není v domácím prostředí možný (Svatošová, 2011; Kupka, 2014).

Ne všichni pacienti přijatí do hospicové péče v zařízení dožijí svůj život. Zhruba třetina hospitalizovaných pacientů je po stabilizaci zdravotního stavu nebo po přizpůsobení

podmínek pro jejich další péči propuštěna zpět do domácího prostředí. Těmto pacientům je poskytována péče s podporou mobilního hospice rodiny, nebo domácího multidisciplinárního týmu, který zajišťuje návaznost péče v domácím prostředí. Převážnou část pacientů tvoří osoby s nádorovým onemocněním, jelikož u těchto diagnóz lze jednoznačně určit, že kurativní léčba již nepřináší žádný terapeutický přínos (Marková, 2010).

V České republice je v současnosti 19 lůžkových hospiců, kde pacienti mohou získat odbornou péči a podporu v těchto náročných obdobích života (Goodbye, 2025).

V České republice dominují mezi pacienty v hospicové péči osoby s terminálními stádii onkologických onemocnění. Vedle nich však hospicová péče zahrnuje i jedince s neonkologickými diagnózami, mezi něž patří pokročilé srdeční selhání, chronická obstrukční plicní nemoc, neurologická onemocnění (například amyotrofická laterální skleróza) a pokročilé formy demence (Kala a Dorková, 2015).

1.2.2 Indikace a podmínky pro poskytování hospicové péče

Hospicová péče je určena pro pacienty s pokročilými a nevyléčitelnými onemocněními, kdy kurativní léčba již není účinná a očekávaná délka života je omezená. Primárním cílem této péče je zmírňování fyzického a psychického utrpení a podpora kvality života pacientů i jejich blízkých (Rome et al., 2011).

Podle Teoliho, Schoo a Kalish (2023) patří mezi nejčastější indikace:

- **Onkologická onemocnění:** Pokročilé stádium rakoviny s omezenými možnostmi léčby.
- **Pokročilá srdeční, respirační nebo renální selhání:** Pacienti trpící závažnými symptomy, které ovlivňují kvalitu jejich života.
- **Neurodegenerativní onemocnění:** Pacienti s diagnózami jako amyotrofická laterální skleróza nebo demence v pokročilém stádiu.
- **Pokročilé stavy po cévní mozkové příhodě:** Pacienti s trvalými neurologickými deficity a omezenou prognózou.

Zařazení pacienta do hospicové péče závisí nejen na zdravotních indikacích, ale také na několika dalších podmínkách:

- **Informovaný souhlas:** Pacient nebo jeho zákonný zástupce musí souhlasit s paliativním přístupem zaměřeným na kvalitu života (Teoli et al., 2023).
- **Přístup k multidisciplinárnímu týmu:** Hospicová péče by měla být zajištěna týmem specialistů zahrnujícím lékaře, sestry, sociální pracovníky a duchovní podporu (Wantonoro et al., 2022).
- **Podpora rodiny:** V případě domácí hospicové péče je důležité, aby byla rodina schopna spolupracovat na poskytování péče (Sheikh et al., 2022).
- **Přístup k multidisciplinárnímu týmu:** Hospicová péče by měla být zajištěna týmem specialistů zahrnujícím lékaře, sestry, sociální pracovníky a duchovní podporu (Wantonoro et al., 2022).
- **Podpora rodiny:** V případě domácí hospicové péče je důležité, aby byla rodina schopna spolupracovat na poskytování péče (Sheikh et al., 2022).

Podmínky pro zařazení mohou být specifické podle jednotlivých hospicových zařízení a měly by být přizpůsobené individuálním potřebám pacienta (Oechsle, 2019).

Podle National Hospice and Palliative Care Organization (NHCPO) zahajuje 87 % pacientů využívání služeb hospicové péče ve vhodnou dobu, 11,4 % je začíná využívat později, než by bylo optimální, a 1,4 % pacientů je zahajuje dříve, než by bylo nutné (Teno et al., 2007).

1.2.3 Financování hospicové péče

Financování hospicové péče je v různých zemích zajištěno kombinací veřejných a soukromých zdrojů:

- **Veřejné zdravotní pojištění:** V mnoha zemích, včetně České republiky, je hospicová péče částečně hrazena ze zdravotního pojištění (Oechsle, 2019).
- **Platby od pacientů:** Pacienti nebo jejich rodiny často přispívají na pokrytí nákladů spojených s pobytem v hospici nebo poskytování domácí péče (Sheikh et al., 2022).
- **Dotace a granty:** Stát a regionální samosprávy poskytují finanční podporu na provoz hospiců, včetně specifických projektů (Teoli et al., 2023).
- **Dary a fundraising:** Neziskové organizace a jednotlivci často poskytují finanční dary, které pomáhají pokrýt provozní náklady hospiců (Rome et al., 2011).

- **Příspěvek na péči:** V České republice mohou pacienti čerpat příspěvek na péči, který pomáhá pokrýt náklady na hospicovou péči (Wantonoro et al., 2022).

Podle informací hospice Cesta domů (2023) zdravotní pojištění pokrývá pouze polovinu nákladů na poskytované služby. Zbývající prostředky jsou zajišťovány prostřednictvím dotací a darů od veřejnosti.

Stejně tak Hospic knížete Václava a Hospic Jordán zdůrazňují, že bez příspěvků od soukromých osob a podniků by jejich provoz nebyl možný (Hospic knížete Václava, 2025; Hospic Jordán, 2025).

1.3 Rozdíl mezi paliativní a hospicovou péčí

Paliativní péče a hospicová péče mají společný cíl zmírnit utrpení pacientů s nevléčitelnými onemocněními, avšak liší se v několika klíčových ohledech (Wantonoro et al., 2022).

Paliativní péče může být poskytována v různých stádiích onemocnění a často probíhá souběžně s kurativní léčbou. Je zaměřena na zmírnění příznaků a zlepšení kvality života pacienta (Wantonoro et al., 2022).

Hospicová péče naopak nastupuje v okamžiku, kdy je kurativní léčba ukončena a pacientovi zbývá omezený čas života, obvykle v řádu několika měsíců. Jedná se tedy o součást paliativní péče, která je však specificky zaměřena na terminální fázi života (Sheikh et al., 2022).

Další rozdíl spočívá v organizaci a poskytování služeb. Paliativní péče může být poskytována v nemocnicích, ambulancích nebo v domácím prostředí, zatímco hospicová péče je často spjata s lůžkovými nebo specializovanými zařízeními (Oechsle, 2019).

Pacienti v paliativní péči mohou ještě podstupovat některé formy léčby ke zmírnění příznaků nebo prodloužení života, zatímco v hospicové péči se léčba soustředí výhradně na komfort pacienta (Teoli et al., 2023).

1.4 Personální obsazení týmu v hospicové péči

Hospicový tým je tvořen multidisciplinární skupinou odborníků, kteří společně zajišťují komplexní paliativní péči.

Podle Teoli a kol. (2023) jsou klíčovými členy týmu následující profese:

- **Lékaři:** Specializovaní na paliativní medicínu a schopní zvládat symptomatickou léčbu.
- **Všeobecné sestry:** Zajišťují 24hodinovou péči o pacienty, aplikaci léčiv a monitoring zdravotního stavu.
- **Sociální pracovníci:** Pomáhají rodinám řešit administrativní otázky a poskytují psychickou podporu.
- **Psychologové:** Zajišťují individuální a skupinovou podporu pacientů a jejich rodin.
- **Duchovní asistenti:** Poskytují duchovní a spirituální podporu podle přání pacienta.
- **Fyzioterapeuti, nutriční specialisté a dobrovolníci:** Tito odborníci pomáhají vytvářet přátelské prostředí a poskytovat praktickou pomoc.

Role a odpovědnosti sester jsou v hospicové péči zcela klíčové, neboť zajišťují nejen zdravotní péči, ale také psychickou a sociální podporu pacientů a jejich rodin. Podle Neuwirthové (2016) představují všeobecné sestry nezastupitelný článek multidisciplinárního týmu, který zajišťuje komplexní péči o umírajícího člověka i jeho blízké. Následující kapitola se proto zaměří na jejich profesní vzdělání a kompetence, které jsou specifické v tomto typu zdravotní péče.

2 PROFESE VŠEOBECNÉ SESTRY V PALIATIVNÍ PÉČI

Práce všeobecné sestry je nejen krásná, ale také velmi náročná. Je brána jako jeden z hlavních pilířů zdravotní péče. Tato profese klade důraz na znalosti, psychickou odolnost, schopnost komunikace a empatii. Spoustu lidí si neuvědomuje, jak psychicky i fyzicky náročná tato práce je, a proto by na sebe všechny sestry měly být pyšné. Vyžaduje neustálé vzdělávání a osvojování nových technik i dovedností po celý život (Kutnohorská, 2010; Venglářová, 2011).

Koncepce českého ošetrovatelství uvádí definici sestry jako: „*Sestra je osoba, která získala odbornou způsobilost v oboru všeobecná sestra a je oprávněna vykonávat profesi sestry ve své zemi.*“ (Pochylá, 2005, str. 42).

2.1 Současné vzdělání všeobecné sester

Profese všeobecné sestry je charakterizována vysokou odbornou náročností a jasně stanovenými požadavky, které jsou definovány legislativou a odbornou literaturou. Pro výkon této odpovědné práce je nezbytné splnit přesně stanovené podmínky, včetně získání odborné způsobilosti a dodržování etických a právních norem (Dingová Šliková et al., 2018).

V současné době se odborná způsobilost k výkonu práce řídí dle *zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a o změně některých souvisejících zákonů* (Česká republika, 2004). V tomto zákoně nalezneme podmínky, které musí člověk splňovat, aby mohl vykonávat tuto profesi (viz Příloha P I).

Odbornou způsobilost lze získat různými způsoby, přičemž všechny směřují ke stejnému cíli:

- a) *absolvováním nejméně tříletého akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu všeobecných sester,*
- b) *absolvováním nejméně tříletého studia v oboru diplomovaná všeobecná sestra na vyšších zdravotnických školách,*
- c) *absolvováním ročního studia v oboru diplomovaná všeobecná sestra na vyšší zdravotnické škole, pokud jde o zdravotnického pracovníka, který již splňuje požadavky na praktickou sestru, zdravotnického záchranáře, porodní asistentku nebo dětskou sestru, a byl přijat do vyššího než prvního ročníku,*

- d) *absolvováním studijního oboru všeobecná sestra na střední zdravotnické škole*, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004, nebo *oboru zdravotní sestra*, pokud bylo studium zahájeno nejpozději ve školním roce 1996/1997 (Česká republika, 2004).

2.1.1 Specifika vzdělání sester v paliativní péči

Pro výkon povolání v oblasti paliativní péče je nutné nejen základní vzdělání všeobecné sestry, ale i specializované vzdělání zaměřené na paliativní péči, které sestra získá po splnění podmínek odborné způsobilosti (viz. 3.1). Po získání základní odborné kvalifikace se může sestra dále rozvíjet prostřednictvím vzdělávání zaměřeného na paliativní péči, které zahrnuje:

1) Specializační vzdělávání

Specializační vzdělávání v oboru *Domácí péče a hospicová péče* je akreditovaným programem, který je součástí celoživotního vzdělávání zdravotnických pracovníků. K zařazení do specializačního vzdělávání v tomto oboru je potřeba doložit alespoň roční praxi při poskytování zdravotní péče v domácím prostředí pacienta nebo v hospici, případně dvouletou praxi na lůžkovém oddělení, v ambulantní péči nebo v zařízení sociálních služeb, vždy alespoň na poloviční úvazek, v souladu se zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách (viz Příloha č. II) a zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (viz Příloha č. III) (Česká republika, 2011; Česká republika, 2006).

Díky tomuto vzdělání získá sestra rozšířené znalosti a dovednosti v oblastech jako jsou:

- plánování a poskytování komplexní domácí a hospicové péče,
- symptomatické zvládání bolesti a jiných obtíží,
- komunikace s pacienty a jejich rodinami,
- práce v multidisciplinárním týmu a organizace péče (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2022).

Program kombinuje teoretické vzdělávání s praktickým výcvikem na specializovaných pracovištích, aby sestry získaly potřebné zkušenosti pro zvládání náročných situací při péči o pacienty v domácím prostředí i hospicích. Po dokončení tohoto studia absolvent získá specializovanou způsobilost s označením odbornosti *Sestra pro domácí a hospicovou péči* (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2022).

2) Praxe a stáže

Praktická část vzdělávání je neodmyslitelně spojená s odbornou praxí. Sestry mají příležitost rozvíjet své schopnosti na specializovaných pracovištích, například v hospicích, zařízeních pro osoby se zvláštními potřebami či v nemocničních paliativních týmech. Díky těmto stážím si rozvíjejí praktické dovednosti a získávají hlubší porozumění principům multidisciplinárního přístupu k péči.

3) Certifikované kurzy

Kromě specializačního vzdělávání mohou sestry absolvovat i krátkodobé certifikované kurzy zaměřené na konkrétní oblasti paliativní péče. Tyto kurzy jsou vedeny zkušenými odborníky a poskytují účastníkům možnost rychle získat praktické dovednosti, které mohou okamžitě využít v každodenní péči. Některé kurzy také obsahují praktické workshopy, které pomáhají procvičit reálné situace, s nimiž se všeobecné sestry mohou setkat při práci s pacienty (Paliativní centrum, 2025).

Příklady certifikovaných kurzů pro paliativní péči:

- plánování péče v závěru života,
- zlepšení komunikačních dovedností s pacientem, rodinou i s dalšími spolupracovníky (Paliativní centrum, 2025).

4) Postgraduální studium

V některých případech mají všeobecné sestry možnost pokračovat v postgraduálním studiu na vysokých školách, kde se specializují na pokročilé oblasti paliativní péče, včetně zapojení do výzkumu a účasti na různých vzdělávacích aktivitách.

2.2 Předpoklady pro práci v oblasti paliativní péče

Práce v oblasti paliativní péče klade vysoké nároky na psychickou odolnost a specifické osobnostní vlastnosti pracovníků. Klíčovým předpokladem úspěchu v této profesi je dobré duševní zdraví, které pomáhá zvládat stres a vypjaté situace spojené s péčí o těžce nemocné a umírající pacienty. Duševní stabilita je základním kamenem, protože tato práce vyžaduje nejen schopnost zvládnout vlastní emoce, ale také empatický a vstřícný přístup k pacientům a jejich rodinám. Podpora je v této oblasti nezbytná a může být zajištěna například pravidelnou supervizí, přístupem k odborné psychologické péči nebo konzultacemi s kolegy. Mezi zásadní osobnostní vlastnosti, které by měl pracovník v paliativní péči mít, patří

trpělivost, empatie, sebeovládání a schopnost racionálního uvažování i v emočně vypjatých situacích. Pracovníci by měli být klidní, spolehliví a schopni pracovat se svými emocemi tak, aby neovlivňovali negativně pacienty nebo své kolegy. Naopak osoby výbušné, neklidné, nevrle by v tomto oboru mohly selhávat a nebyly by schopny zajistit potřebnou kvalitu péče. Významnou roli zde hrají také komunikační dovednosti – pracovník musí umět komunikovat s pacienty i jejich blízkými citlivě, ale zároveň jasně a profesionálně. Pravidelná supervize a týmová podpora představují klíčové nástroje pro zvládání emoční zátěže a udržení motivace pracovníků. Jednou z osvědčených metod podpory jsou Balintovské skupiny, které umožňují sdílení zkušeností, řešení problémů spojených s péčí o pacienty a zvládání emočně náročných situací (Kupka, 2014).

Nedostatek psychické odolnosti či komunikačních dovedností může vést k syndromu vyhoření, cynickému přístupu k pacientům či snížení kvality péče. Prevence spočívá ve vzdělávání, supervizi, psychoterapii a podpůrném pracovním prostředí (Kupka, 2014).

Paliativní péče tedy vyžaduje nejen odborné znalosti a praktické dovednosti, ale především psychickou stabilitu, empatii a výborné komunikační schopnosti. Systematická podpora a prevence syndromu vyhoření jsou nezbytné pro zachování kvality péče i spokojenosti pracovníků v tomto náročném oboru (Kupka, 2014).

2.3 Kompetence sester v paliativní péči

Mezinárodní rada sester (ICN) vyzdvihuje zásadní úlohu sestry v paliativní péči, která se soustředí na zmírnění utrpení a zvýšení kvality života umírajících pacientů i jejich rodiny v těžkém období. Klíčovým prvkem této péče je včasné hodnocení, identifikace a řešení bolesti a dalších potřeb pokrývajících fyzickou, sociální, psychologickou, duchovní a kulturní rovinu (International Council of Nurses, 2023).

Při poskytování péče je důležité věnovat každému pacientovi dostatek času a respektovat jejich přání, hodnoty a názory.

Vorlíček a kol. (2012) uvádějí, že hlavními úkoly sester v paliativní péči jsou:

- poskytovat péči nemocnému s maximální ohleduplností a podporovat jeho soběstačnost;
- poskytovat odbornou ošetrovatelskou péči jak pacientům, tak jejich rodinám;

- dbát dostatečnou pozornost na posuzování a vyhodnocování příznaků doprovázejících proces umírání a zaměřit se na účinnost léčby, především při tlumení bolesti;
- zajišťovat koordinaci péče o pacienta v rámci multidisciplinárního týmu;
- přizpůsobovat prostředí na základě preferencí pacienta;
- ve spolupráci s pacientem stanovit přijatelnou úroveň komfortu;
- společně s pacientem a rodinou plánovat průběh péče;
- realizovat péči dle předem stanoveného dohodnutého plánu;
- vést důkladnou dokumentaci, která je nezbytným nástrojem pro poskytování kvalitní péče.

2.4 Role sestry

Všeobecná sestra v paliativní péči hraje klíčovou roli v doprovázení nejen nemocného, ale i jeho rodiny, což činí tuto oblast zdravotní péče náročnou a emocionálně vyčerpávající. Je proto nezbytné, aby si osvojila potřebné vědomosti a dovednosti, které jí umožní poskytovat kvalitní a citlivou péči. K tomu patří hluboké porozumění principům paliativní péče, schopnost reflektovat etické otázky týkající se umírání a smrti, stejně jako znalost biologických procesů, které tento přirozený proces provázejí (Vorlíček a kol., 2012).

Podle Payne a kol. (2008) sehraávají všeobecné sestry v paliativní péči klíčovou roli nejen při zajištění fyzické péče, ale i v navazování a udržování důvěrných vztahů s pacienty. Díky častému kontaktu mohou včas zachytit změny zdravotního i psychického stavu nemocného a adekvátně reagovat.

Plevová (2018) ve své knize formulovala jednotlivé role sester jako:

- **Pečovatelka:** Její hlavní úlohou je poskytovat základní ošetrovatelskou péči, zaměřenou na fyzické potřeby pacienta. Pečuje o pacienty nejen v nemocnicích, ale i v domácím prostředí, přičemž se snaží identifikovat jejich problémy a plánovat jejich řešení.
- **Edukátorka nemocného a jeho rodiny:** Pomáhá pacientům a jejich rodinám pochopit onemocnění, jeho průběh a způsoby léčby. Svou činností podporuje prevenci komplikací a učí soběstačnosti v péči o vlastní zdraví.

- **Obhájkyně nemocného:** Zastupuje pacienta v situacích, kdy není schopen vyjádřit své potřeby a přání. Jejím cílem je zajistit, aby byly respektovány jeho zájmy a zachována lidská důstojnost.
- **Koordinátorka:** Zajišťuje spolupráci mezi jednotlivými členy zdravotnického týmu i dalšími institucemi, jako jsou sociální služby. Koordinuje ošetrovatelské procesy tak, aby byly efektivní a přínosné pro pacienta.
- **Asistentka:** Podporuje lékařskou péči prostřednictvím přípravy pacientů na vyšetření a asistence při nich. Zajišťuje také provádění terapeutických činností podle lékařských pokynů.
- **Výzkumnice:** Aktivně se podílí na rozvoji ošetrovatelství skrze získávání a aplikaci nových poznatků. Přispívá k tvorbě standardů péče a podílí se na výzkumných projektech pro zlepšení kvality zdravotní péče.

3 KVALITA PROFESNÍHO ŽIVOTA

3.1 Vymezení pojmu kvality života

Kvalita života se za posledních třicet let stala předmětem intenzivního vědeckého zkoumání. Přesto však stále postrádá jasnou a jednotnou definici, lze ji však vnímat jako výsledek působení různých faktorů, jako jsou zdravotní, ekonomické, sociální a environmentální podmínky. Tyto aspekty ovlivňují rozvoj jak jednotlivců, tak celých skupin. Tento koncept se postupně zařadil mezi klíčová témata napříč různými vědními disciplínami a pevně si našel své místo zejména v oblasti společenských věd. Kvalitu života můžeme rozdělit na subjektivní, která odráží celkovou spokojenost se životem, a objektivní, jež se vztahuje k materiálním a sociálním podmínkám i sociálnímu postavení (Payne, 2005; Gurková, 2011).

Světová zdravotnická organizace (WHO) přistoupila k výzkumu kvality života prostřednictvím projektu WHOQOL (1997), který vychází z konceptu rozdělovacího kvalitu života do šesti základních oblastí:

- tělesné zdraví;
- psychický stav;
- stupeň nezávislosti;
- sociální vztahy;
- environment;
- spiritualita, osobní přesvědčení.

Kvalita života je komplexní fenomén zahrnující různé dimenze – materiální, duchovní, sociální a individuální. V praxi se může stát, že některá z těchto dimenzí získá převahu, zatímco jiné mohou být potlačeny nebo zkesleny. Její definování a určování jednotlivých ukazatelů je multidisciplinární záležitostí, která vyžaduje propojení přístupů z oblastí psychologie, filozofie, ekonomie, etiky a dalších vědních oborů. Kvalita života je zároveň úzce propojena s hodnotovým systémem člověka, který odráží jeho vnitřní přesvědčení o významu a důležitosti jednotlivých aspektů života (Dvořáčková, 2012).

3.1.1 Vymezení pojmu kvalita profesního života

Kvalita profesního života zahrnuje pracovní spokojenost, psychickou pohodu i schopnost zvládat nároky spojené s vykonáváním konkrétní profese. Pracovní spokojenost závisí na

uspokojování potřeb zaměstnanců a její vysoké úrovni lze dosáhnout cíleným přístupem organizace či zaměstnavatele. Jedná se však o subjektivní pojem, ovlivněný osobnostními charakteristikami a individuálními preferencemi jedince (Kocianová, 2010).

Pro zdravotníky je dobrá kvalita profesního života klíčová, protože umožňuje poskytovat kvalitní péči pacientům. Je ovlivněna řadou faktorů, včetně pracovních podmínek, benefitů, jistoty zaměstnání, mezilidských vztahů a pocitu smyslu v životě (Battu a Chakravarthy, 2015).

Důležitá je rovněž rovnováha mezi pracovním a osobním životem a možnosti profesního rozvoje. Zvláště v hospicové péči, kde zdravotníci často pracují s těžce nemocnými a umírajícími pacienty, je třeba klást důraz na prevenci syndromu vyhoření a podporu duševního zdraví. Zdravotníci by měli pečovat o své zdraví, uvědomovat si rizikové faktory a volit preventivní strategie, které jim pomohou udržet dobrou kvalitu profesního i osobního života.

3.2 Měřicí techniky

Pojem kvalita života byl zkoumán z různých úhlů pohledu a jeho význam se prolíná napříč mnoha vědními obory. Následující text podrobněji představuje dotazník, který jsem použila ve svém výzkumu.

3.2.1 Professional Quality of Life Scale (ProQOL-CZ)

Škála profesní kvality života, známá jako ProQOL, je široce používaný nástroj k hodnocení pozitivních a negativních dopadů práce s lidmi, kteří prošli extrémně stresujícími situacemi. Původně byla vyvinuta Charlesem Figleym koncem 80. let pod názvem Compassion Fatigue Self Test (Samotest soucitu a únavy). V roce 1988 navázal Figley spolupráci s Beth Hudnall Stamm, se kterou společně pokračovali ve zdokonalování nástroje. Roku 1993 Stamm zavedla koncept spokojenosti z pomoci (compassion satisfaction), což vedlo k přejmenování nástroje na Compassion Satisfaction and Fatigue Test (Test spokojenosti a únavy ze soucitu), jenž byl postupně publikován v několika verzích. V průběhu 90. let byl nástroj znám pod společnými jmény Figley a Stamm, případně Stamm a Figley. Koncem 90. let však přešla správa nástroje na Beth Hudnall Stamm, která jej přejmenovala na Professional Quality of Life Scale (Škála profesní kvality života) (Stamm, 2010).

Původní dotazník vznikl v angličtině, avšak časem byl přeložen do mnoha světových jazyků. Prošel také několika revizemi, přičemž aktuálně používaná je pátá verze z roku 2009. Český překlad dotazníku vytvořily Jarošová a Čurdová v roce 2012 (Stamm, 2010).

Stamm (2010) popisuje dotazník ProQOL-5 jako nástroj sestávající z 30 položek rozdělených do tří subškál:

- **Spokojenost ze soucitu (Compassion Satisfaction, CS):** Měří pocit uspokojení z vykonávané práce a z pomáhání druhým (např. „Mám pocit uspokojení z toho, že mohu pomáhat lidem“).
- **Syndrom vyhoření (Burnout, BO):** Měří pocity vyčerpání, odcizení a negativního vztahu k pracovnímu prostředí, které mohou vést k syndromu vyhoření (např. „Cítím se vyčerpan/a ze své práce.“).
- **Sekundární traumatický stres (Secondary Traumatic Stress, STS):** Měří dopady sekundárního vystavení traumatickým zážitkům, které zažívají pečovatelé při pomoci druhým (např. „Vyhýbám se určitým aktivitám nebo situacím, protože mi připomínají děsivé zážitky lidí, kterým pomáhám.“).

Každá subškála obsahuje 10 položek hodnocených na Likertově škále od 1 (nikdy) do 5 (velmi často), reflektující frekvenci zažívání pozitivních či negativních dopadů poskytování pomoci v posledních 30 dnech (Stamm, 2010).

1) Spokojenost ze soucitu

Soucit v ošetrovatelství je klíčový pro zajištění kvalitní péče, zejména v hospicové péči zaměřené na pacienty v terminální fázi života. Schopnost vcítit se do pacientovy situace a poskytovat mu emocionální podporu zvyšuje spokojenost pacientů i jejich rodin a současně přispívá k pracovní spokojenosti sester, protože jim pomáhá zvládat náročné emoční situace (Kadochová, 2011; Huang et al., 2014).

Projevování soucitu sice přispívá k vnímání smysluplnosti práce a profesní spokojenosti, avšak při absenci dostatečné podpory může vést k psychickému vyčerpání a rozvoji syndromu vyhoření. Trvalé vystavení stresu spolu s nedostatečnými mechanismy zvládání zátěže nepříznivě ovlivňuje jak duševní a tělesné zdraví sester, tak i jejich schopnost poskytovat kvalitní a bezpečnou péči (Fialová, 2022; Gaines et al., 2015).

Pracovní podmínky, podpora kolegů a možnosti profesního rozvoje jsou zásadní pro zachování schopnosti projevovat soucit. Pozitivní pracovní prostředí, kde sestry dostávají

podporu a mohou rozvíjet své dovednosti, zvyšuje jejich motivaci i celkovou pracovní spokojenost. Tyto faktory také přímo ovlivňují kvalitu poskytované péče, což potvrdily i české výzkumy (Kadochová, 2011).

2) Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření je charakterizován jako stav postupného emočního, fyzického a duševního vyčerpání, který může vést ke ztrátě pracovní motivace, negativnímu postoji k vykonávané činnosti a snížení výkonnosti. Za jeho hlavní příčinu je považován dlouhodobý pracovní stres vyplývající z nerovnováhy mezi nároky pracovního prostředí a dostupnými prostředky k jejich zvládnutí (Křivohlavý, 2010; Pešek a Praško, 2016).

Všeobecné sestry v hospicové péči patří mezi skupiny s vyšším rizikem vyhoření, protože jejich práce zahrnuje častý kontakt s utrpením a smrtí pacientů. Podle výzkumu Pavelkové a Bužgové (2015) byly hlavními zdroji stresu administrativní povinnosti, časový tlak a emoční zátěž spojená s péčí o pacienty v terminálním stadiu. Ačkoli pouze 5,8 % zkoumaných pracovníků vykazovalo známky vyhoření, u 28,2 % respondentů byly identifikovány alarmující hodnoty.

Pešek a Praško (2016) zdůrazňují význam prevence vyhoření pomocí technik kognitivně-behaviorální terapie. Tyto metody zahrnují identifikaci a změnu negativních myšlenkových vzorců, práci s emocemi a nácvik mindfulness, což pomáhá snižovat stres a zlepšovat schopnost zvládat náročné situace. Stamm (2010) navíc doporučuje pravidelný monitoring pracovního prostředí pomocí nástrojů, jako je ProQOL, které umožňují včas identifikovat rizikové faktory vyhoření.

Pro zajištění prevence je klíčové vytvoření podpůrného pracovního prostředí, které zahrnuje týmovou spolupráci, uznání a zpětnou vazbu od vedení. Křivohlavý (2010) uvádí, že zdravé mezilidské vztahy na pracovišti a podpora supervize významně přispívají k prevenci vyhoření a zároveň zlepšují celkovou kvalitu péče o pacienty.

3) Sekundární traumatický stres

Sekundární traumatický stres je závažný jev, který může vznikat při práci s osobami prožívajícími těžké nebo traumatické zkušenosti. Nejčastěji se vyskytuje u profesionálů působících v pomáhajících oborech, jako jsou zdravotníci, terapeuti nebo učitelé (Stamm, 2010).

STS může vést k různým projevům, jako jsou pocity strachu, problémy se spánkem, vtíravé myšlenky nebo vyhýbání se situacím, které připomínají traumatické zkušenosti druhých. Tyto symptomy se často podobají těm, které se vyskytují u posttraumatické stresové poruchy (PTSD), avšak na rozdíl od PTSD nevychází sekundární traumatizace z přímé zkušenosti s traumatem (Stamm, 2010; Ptáček a Švandová, 2022).

Je důležité zdůraznit, že sekundární traumatizace není selháním jedince, ani není důsledkem nedostatku odolnosti, vůle nebo odhodlání. Tento stav se může rozvinout například tehdy, pokud pečující osoba intenzivně naslouchá traumatickým příběhům pacientů, nebo když si emocionální těžkosti druhých příliš přenáší na sebe (Ptáček a Švandová, 2022).

Důsledky sekundární traumatizace zahrnují pokles motivace k práci, snížení produktivity, narušení empatie a zvýšenou snahu vyhýbat se pracovním povinnostem. Proto je důležité věnovat této problematice pozornost a hledat způsoby, jak těmto následkům předcházet (Stamm, 2010).

3.2.2 Výzkumy použití dotazníku ProQOL ve světě

Výzkum zaměřený na profesionální kvalitu života zdravotnických pracovníků se často opírá o škálu Professional Quality of Life, která hodnotí tři dimenze – spokojenost ze soucitné péče, syndrom vyhoření a sekundární traumatický stres (Stamm, 2010).

Studie z roku 2021 analyzovala spokojenost a únavu ze soucitné péče u všeobecných sester na onkologických odděleních onkologických sester pomocí škály ProQOL. Studie zahrnuje 47 výzkumů provedených v různých regionech, což odráží globální charakter problému. Například výzkum z roku 2020 v Severní Americe analyzoval data od 500 zdravotních sester pomocí škály ProQOL a zjistil, že spokojenost z péče dosahovala 25 %, zatímco syndrom vyhoření byl zaznamenán u 60 % respondentů. Podobně evropská studie z roku 2019, zahrnující 300 sester z pěti zemí, ukázala vyšší míru vyhoření (65 %) a nižší spokojenost (20 %). Naopak výzkum v Asii z roku 2021, zaměřený na 200 sester, naznačil nižší úroveň sekundárního traumatického stresu (55 %) díky větší míře komunitní podpory. Studie zdůrazňuje emoční náročnost péče a potřebu podpory pracovníků (Algamdi, 2022).

Další studie z roku 2020, provedená v různých zemích, mezi něž patří Jižní Korea, USA a Německo, analyzovala podobné faktory. Rovněž byl použit ProQOL. Výzkum v USA, který zahrnoval 400 sester, zjistil, že 60 % respondentů vykazovalo syndrom vyhoření a 55 % sekundární traumatický stres, zatímco spokojenost byla u 25 %. Německý výzkum, který

se zaměřil na 350 sester, ukázal podobné výsledky, kdy 58 % sester vykazovalo vyhoření a 50 % sekundární traumatický stres. Naopak výzkum v Jižní Koreji, do kterého se zapojilo 300 sester, ukázal pozitivní vliv mindfulness intervencí, s nižšími úrovněmi stresu (Ortega-Campos et al., 2020).

Studie provedená ve Slovenské republice v roce 2024, která rovněž využila dotazník ProQOL, se zaměřila na kvalitu života sester v intenzivní péči na konci pandemie COVID-19. Cílem výzkumu bylo analyzovat, jak pandemie ovlivnila profesní spokojenost a stres zdravotnických pracovníků. Výsledný soubor tvořilo 120 respondentů, sester, pracujících v intenzivní péči v několika zdravotnických zařízeních. Výsledky ukázaly, že 70 % sester vykazovalo vysokou úroveň syndromu vyhoření, zatímco spokojenost s profesí byla zaznamenána u 30 % respondentů. Studie rovněž zkoumala efektivitu intervencí, jako jsou relaxační techniky a skupinová podpora, které přispěly k mírnému zlepšení spokojenosti a snížení stresu (Bobkowska et al., 2024).

Všechny tyto výsledky poukazují na potřebu pravidelného sledování zátěže zdravotnických pracovníků a zavádění programů, které cíleně zmírňují negativní dopady, jako jsou syndrom vyhoření a sekundární stres. Škála ProQOL se ukázala jako nepostradatelný nástroj pro identifikaci rizikových faktorů a návrh účinných intervencí, které podporují zlepšení pracovního prostředí a psychické pohody pracovníků.

II PRAKTICKÁ ČÁST

4 VÝZKUM A METODIKA

4.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

4.1.1 Hlavní cíl

Cílem této práce je zhodnotit profesní kvalitu života všeobecných sester pracujících v hospicové péči.

4.1.2 Dílčí cíle

- Zhodnotit míru soucitného uspokojení u všeobecných sester v hospicové péči.
- Zhodnotit míru vyhoření u všeobecných sester v hospicové péči.
- Zjistit úroveň sekundárního traumatického stresu u všeobecných sester v hospicové péči.
- Porovnat jednotlivé dimenze profesní kvality života mezi domácí a lůžkovou formou hospicové péče.

4.1.3 Výzkumné otázky

- **VO 1:** Jaká je míra soucitného uspokojení u všeobecných sester pracujících v hospicové péči?
- **VO 2:** Jaká je míra vyhoření u všeobecných sester pracujících v hospicové péči?
- **VO 3:** Jaká je míra sekundárního traumatického stresu u všeobecných sester pracujících v hospicové péči?
- **VO 4:** Liší se míra jednotlivých dimenzí profesní kvality života mezi sestrami pracujícími v domácí a lůžkové hospicové péči?

4.2 Realizace výzkumného šetření

Tato kapitola popisuje proces realizace výzkumného šetření, včetně metody sběru dat, charakteristiky vzorku respondentů a způsobu distribuce dotazníku.

4.2.1 Metoda sběru dat

Kvantitativní výzkum se zaměřuje na sběr a analýzu numerických dat, která jsou následně statisticky zpracována (Švaříček, Šed'ová, 2014). Hlavním cílem kvantitativního výzkumu

je ověřit předem stanovené hypotézy, přičemž důraz je kladen na objektivitu a možnost zobecnění výsledků na širší populaci (Disman, 2011). Tento typ výzkumu pracuje s většími soubory respondentů a data jsou zpracovávána pomocí matematických a statistických metod (Hendl, 2016).

Pro kvantitativní výzkum je typická deduktivní logika, kdy na základě teorie formulujeme hypotézy a ty následně ověřujeme (Švaříček a Šedřová, 2014). Kvantitativní výzkum probíhá ve více na sebe navazujících fázích:

1. **Přípravná (koncepční) fáze:** V této fázi dochází k formulaci výzkumného problému, stanovení cílů a hypotéz (Hendl, 2016).
2. **Fáze plánování:** Je sestaven výzkumný plán a stanovena výzkumná metoda, která bude pro výzkum použita (Disman, 2011).
3. **Empirická fáze:** Probíhá samotný sběr dat v terénu (Švaříček a Šedřová, 2014).
4. **Analytická a interpretační fáze:** Data jsou statisticky vyhodnocena a interpretována (Švaříček a Šedřová, 2014).
5. **Diseminační fáze:** Výsledky výzkumu jsou zveřejněny a prezentovány odborné i laické veřejnosti (Hendl, 2016).

Výzkumné šetření bylo realizováno pomocí kvantitativní metody, konkrétně prostřednictvím standardizovaného dotazníku Škála kvality profesního života (ProQOL-CZ) (viz Příloha P IV).

Dotazník byl rozdělen do dvou částí. První část obsahovala osm demografických otázek, které jsem sestavila s cílem získat relevantní informace o respondentech, například jejich věk, délku praxe nebo typ zařízení (lůžkový či domácí hospic), ve kterém pracují (viz Příloha P V). Druhou část dotazníku tvořila standardizovaná Škála kvality profesního života, která je podrobněji popsána v kapitole 3.2.1.

4.2.2 Charakteristika vzorku respondentů

Výzkumný soubor tvořily všeobecné sestry pracující v hospicové péči ve Zlínském, Jihomoravském, Moravskoslezském a Olomouckém kraji. Kritériem pro zařazení do výzkumu byla minimálně roční praxe v zařízení hospicového typu, ať už v lůžkovém, nebo domácím hospici.

4.2.3 Způsob distribuce dotazníku

Pro realizaci výzkumu jsem nejprve kontaktovala vedoucí hospicových zařízení prostřednictvím e-mailu, kde jsem je požádala o souhlas se sběrem dat. Po obdržení souhlasu jsem dotazníky osobně doručila do jednotlivých zařízení. Vedoucí zařízení následně předali dotazníky svým podřízeným zaměstnancům, tedy všeobecným sestrám pracujícím v hospicové péči. Po vyplnění dotazníků mi byly tyto formuláře zaslány zpět poštou nebo jsem si je vyzvedla osobně.

Zvolila jsem tištěnou formu dotazníků, protože jsem ji považovala za osobnější a vhodnější než elektronické vyplňování, které by mohlo vést k nižší návratnosti.

4.2.4 Doba sběru dat

Sběr dat probíhal v období od 6. ledna do 31. března 2025. Tento časový rámec umožnil osloveným respondentům dostatek prostoru pro vyplnění dotazníků a jejich odeslání zpět.

Celkem bylo rozdáno 110 dotazníků, z nichž se vyplněných vrátilo 90. Devět dotazníků však nebylo možné využít z důvodu neúplného vyplnění.

4.2.5 Etické aspekty výzkumu

Výzkumné šetření bylo realizováno v souladu s etickými principy vědeckého výzkumu. Respondenti byli předem informováni o anonymitě šetření a o dobrovolnosti účasti. Získaná data byla využita výhradně pro účely této bakalářské práce a nebyla poskytnuta žádným třetím stranám.

Před zahájením sběru dat byl výzkum konzultován s vedoucími jednotlivých hospicových zařízení a byl získán jejich souhlas s realizací výzkumu v jejich zařízeních.

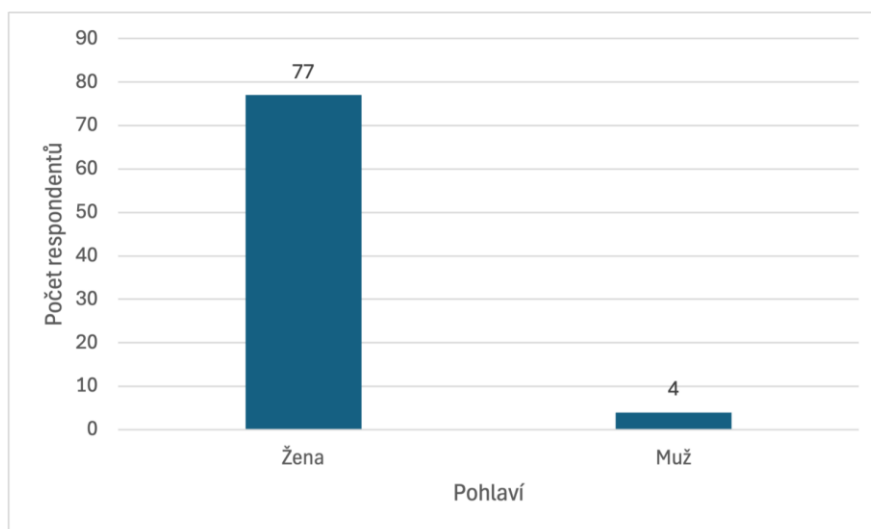
4.3 Analýza a interpretace dat

Tato kapitola se zaměřuje na prezentaci a základní analýzu získaných výsledků výzkumného šetření. Pro zpracování dat byl použit tabulkový procesor Microsoft Excel. Výsledky jsou přehledně znázorněny ve formě grafů, které ilustrují rozložení odpovědí respondentů na jednotlivé otázky dotazníku. Grafy zároveň umožňují snadnější orientaci v datech a vizuální porovnání odpovědí.

4.3.1 Výsledky šetření sestavené na základě autorkou navržených otázek

Otázka č. 1: Jste:

Graf 1 Pohlaví respondentů

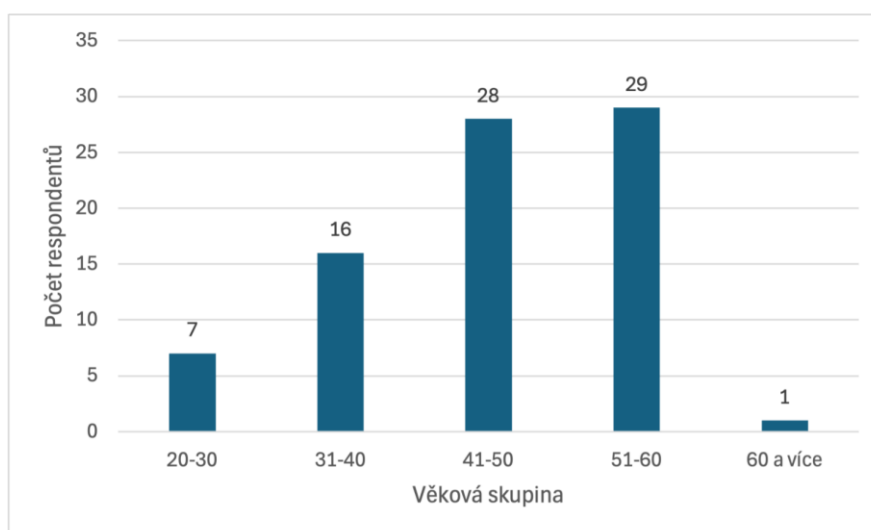


(zdroj: vlastní)

Graf 1 znázorňuje rozdělení respondentů podle pohlaví. Ze 100 % vyplněných dotazníků, tedy celkem 81, tvořily naprostou většinu ženy (77 respondentek, tj. 95 %), zatímco muži byli zastoupeni pouze minimálně (4 respondenti, tj. 5 %). Tento výsledek odpovídá obecné situaci v ošetrovatelské profesi, kde převažují ženy. Nízký počet mužských respondentů může být faktorem ovlivňujícím možnosti generalizace výsledků na mužskou část populace.

Otázka č. 2: Kolik je Vám let?

Graf 2 Věk respondentů



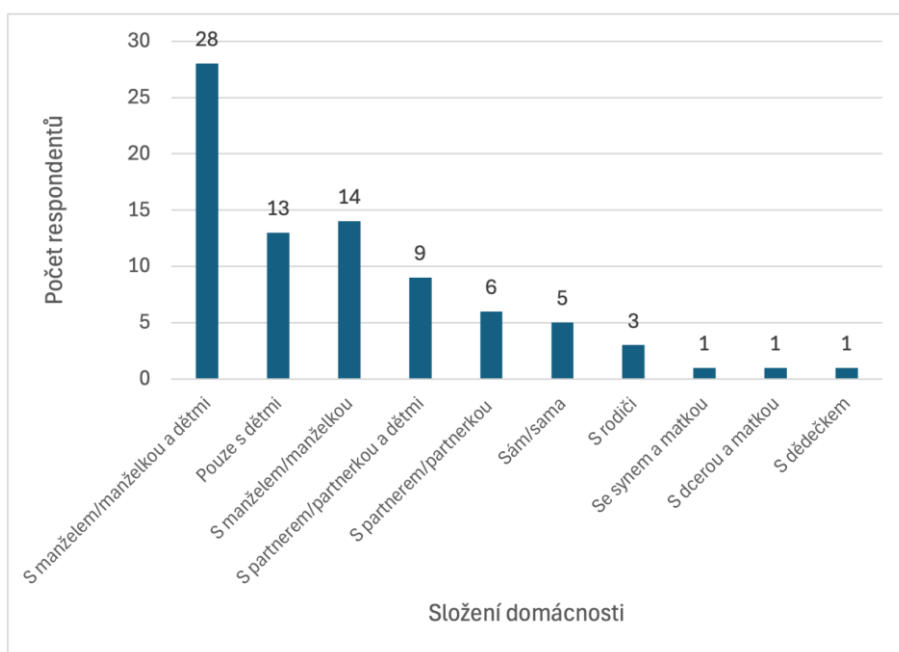
(zdroj: vlastní)

Graf 2 znázorňuje věkové rozložení respondentů. Největší zastoupení měli respondenti ve věkové kategorii 51–60 let (29 respondentů, tj. 35,8 %), těsně následovaní skupinou 41–50 let (28 respondentů, tj. 34,6 %). Kategorie 31–40 let zahrnovala 16 respondentů (19,8 %). Mladší věková skupina 20–30 let byla zastoupena 7 respondenty (8,6 %). Nejmenší zastoupení měla skupina 60 a více let, kterou uvedl pouze 1 respondent (1,2 %).

Tyto výsledky ukazují, že většinu tvoří sestry ve středním a vyšším věku, což může souviset s dlouhodobou praxí a zkušenostmi, ale také s tím, jak jednotlivé věkové skupiny vnímají kvalitu profesního života v kontextu hospicové péče.

Otázka č. 3: S kým žijete ve společné domácnosti?

Graf 3 Společná domácnost



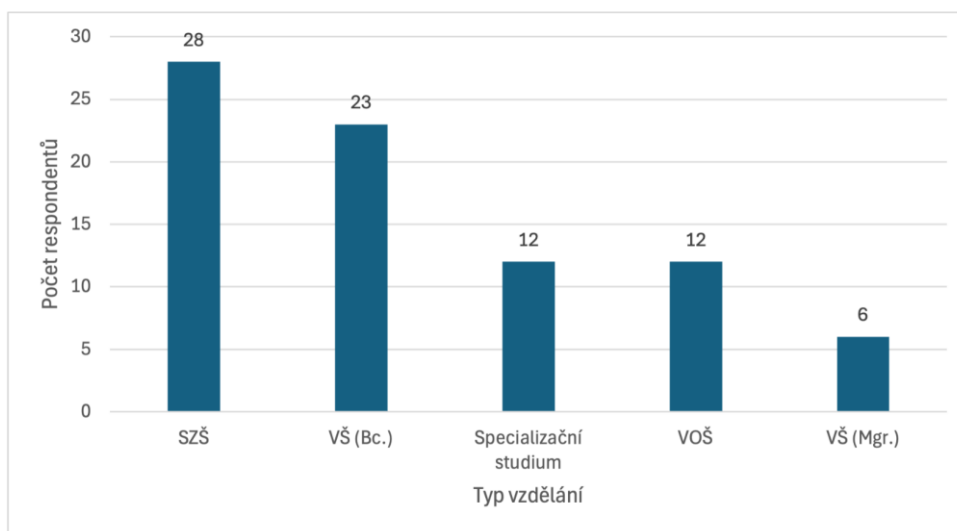
(zdroj: vlastní)

Graf 3 ukazuje složení domácnosti respondentů. Nejčastější odpovědí bylo „Žiji s manželem/manželkou a dětmi“ (28 respondentů, tj. 34,6 %), což naznačuje, že velká část respondentů žije v tradiční rodinné domácnosti. Druhou nejčastější skupinou byli respondenti žijící pouze s dětmi (13 respondentů, tj. 16 %), následovaní těmi, kteří žijí s manželem/manželkou bez dětí (14 respondentů, tj. 17,3 %). Další zastoupené skupiny zahrnovaly domácnosti s partnerem/partnerkou a dětmi (9 respondentů, tj. 11,1 %), s partnerem/partnerkou bez dětí (6 respondentů, tj. 7,4 %), osoby žijící samostatně (5 respondentů, tj. 6,2 %) a ti, kteří žijí s rodiči (3 respondenti, tj. 3,7 %). Mezi méně časté

odpovědi patřily individuálně uvedené možnosti jako: „se synem a matkou“, „s dcerou a matkou“ a „s dědečkem“ – každou z nich uvedl jeden respondent (1,2 %). Rozmanitost složení domácností může mít vliv na míru podpory, kterou sestry pocítují ve svém osobním životě, a tím i na jejich celkovou kvalitu profesního života.

Otázka č. 4: Uveďte Vaše nejvyšší dosažené odborné vzdělání:

Graf 4 Nejvyšší dosažené odborné vzdělání

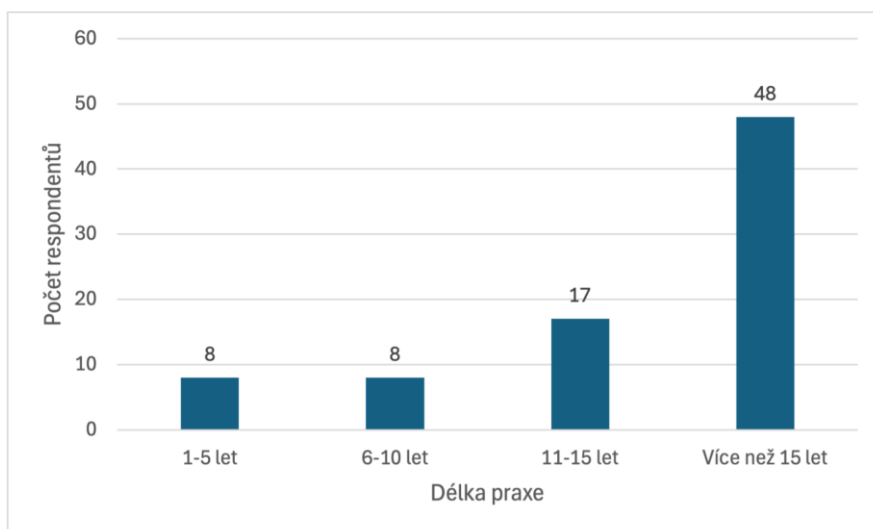


(zdroj: vlastní)

Graf 4 zobrazuje rozložení respondentů podle nejvyššího dosaženého odborného vzdělání. Nejvíce respondentů uvedlo, že mají ukončenou střední zdravotnickou školu (28 respondentů, tj. 34,6 %). Druhou nejčastější odpovědí bylo vysokoškolské vzdělání zakončené bakalářským titulem (23 respondentů, tj. 28,4 %). Specializační studium a vyšší odborné vzdělání uvedlo shodně po 12 respondentech (tj. 14,8 %). Vysokoškolské magisterské vzdělání mělo 6 respondentů (tj. 7,4 %). Tato data poukazují na pestré vzdělanostní složení respondentů, přičemž výrazná část má alespoň bakalářské vzdělání, což může ovlivňovat jejich profesní zkušenosti i pohled na kvalitu pracovního života v hospicové péči.

Otázka č. 5: Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

Graf 5 Délka praxe ve zdravotnictví

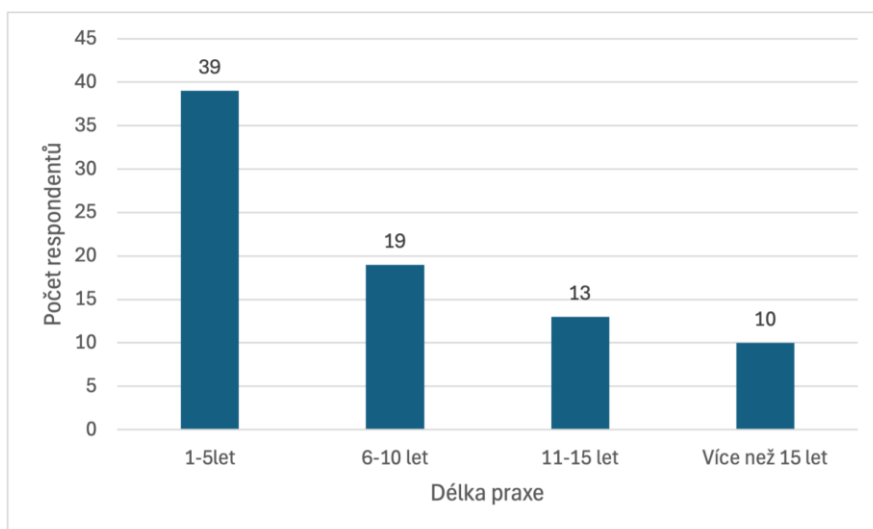


(zdroj: vlastní)

Graf 5 ukazuje rozdělení respondentů podle délky praxe ve zdravotnictví. Největší část respondentů uvedla, že ve zdravotnictví pracují déle než 15 let (48 respondentů, tj. 59,3 %), což vypovídá o vysoké míře profesní zkušenosti. Skupina s praxí 11–15 let zahrnovala 17 respondentů (tj. 21 %), zatímco kategorie 1–5 let a 6–10 let byly zastoupeny shodně po 8 respondentech (tj. po 9,9 %). Tento výsledek naznačuje, že většina respondentů má dlouholetou praxi, což může ovlivňovat jejich pohled na pracovní podmínky a kvalitu profesního života.

Otázka č. 6: Jak dlouho pracujete v hospicové péči?

Graf 6 Délka praxe v hospicové péči

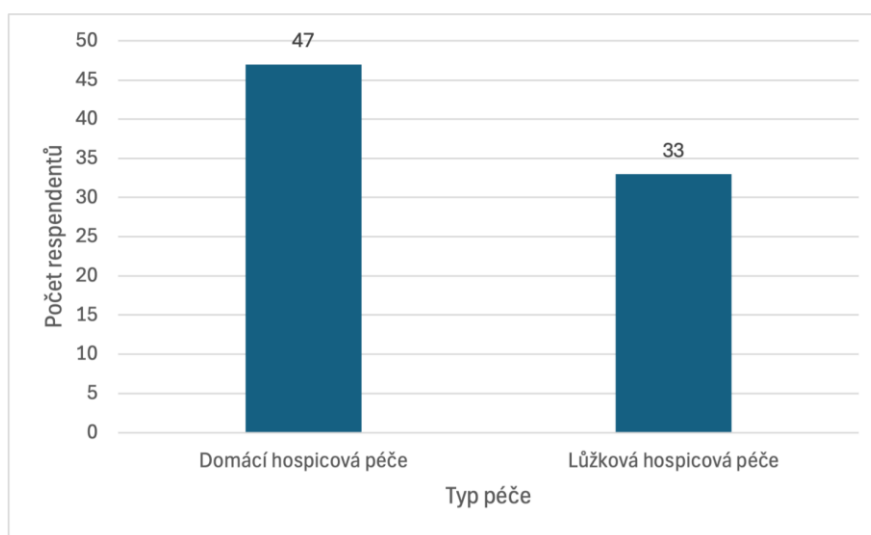


(zdroj: vlastní)

Graf 6 znázorňuje délku praxe respondentů v oblasti hospicové péče. Nejpočetnější skupinu tvořili respondenti s praxí 1–5 let (39 respondentů, tj. 48,2 %). Druhou nejčastější kategorií byla skupina se 6–10 lety praxe (19 respondentů, tj. 23,5 %). Praxi v rozmezí 11–15 let uvedlo 13 respondentů (tj. 16 %), a nejméně početná byla skupina s více než 15 lety praxe (10 respondentů, tj. 12,3 %). Výsledky ukazují, že téměř polovina dotázaných pracuje v hospicové péči relativně krátkou dobu. To může odrážet postupný vývoj a rozvoj této specializované oblasti zdravotní péče v České republice.

Otázka č. 7: Ve kterém typu hospicové péče pracujete?

Graf 7 Typ hospicové péče

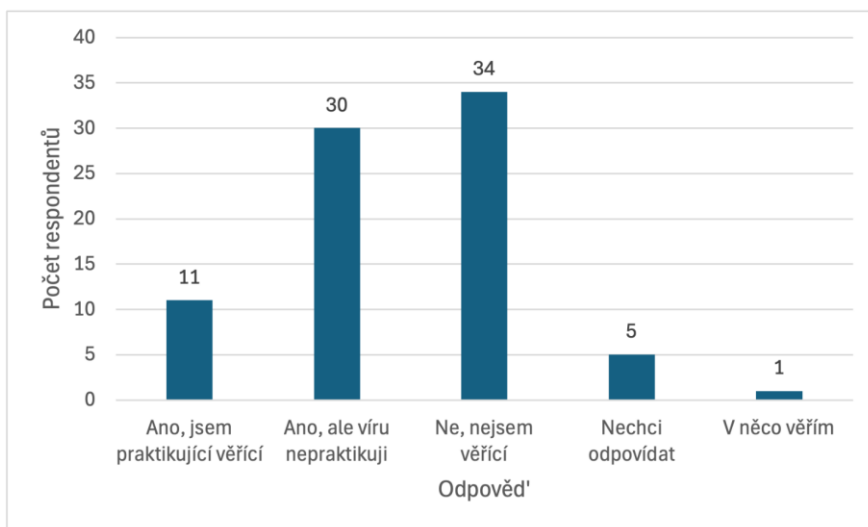


(zdroj: vlastní)

Graf 7 zachycuje zastoupení respondentů podle typu hospicové péče, ve které aktuálně pracují. Většina dotazovaných (47 respondentů, tj. 58 %) působí v domácí hospicové péči, zatímco 33 respondentů (tj. 42 %) pracuje v lůžkovém hospici. Tato data poukazují na významné zastoupení domácí hospicové péče, která vyžaduje specifický přístup k pacientovi i jeho rodině. Oba typy péče přinášejí odlišné pracovní podmínky, které mohou ovlivňovat vnímání profesního života všeobecných sester.

Otázka č. 8: Považujete se za věřící/duchovně založenou osobu?

Graf 8 Vztah k víře/ duchovnímu založení



(zdroj: vlastní)

Graf 8 ukazuje, jak respondenti vnímají svou víru nebo duchovní orientaci. Nejvíce respondentů uvedlo, že se za věřící nepovažují (34 respondentů, tj. 42 %). Poměrně velká skupina (30 respondentů, tj. 37 %) odpověděla, že víru má, ale aktivně ji nepraktikuje. Praktikující věřící tvořili menší část (11 respondentů, tj. 13,6 %), zatímco 5 respondentů (6,2 %) nechtělo na otázku odpovídat. Jeden respondent zvolil vlastní odpověď, že „v něco věřím“. Z odpovědí vyplývá, že duchovní víra hraje u části respondentů roli, ale většina se nehlásí k formálnímu náboženskému životu. Téma víry může některým pomáhat zvládat náročné situace, které s sebou práce v hospicové péči přináší.

4.3.2 Výsledky šetření standardizovaného dotazníku ProQOL

V této části práce jsou prezentovány výsledky získané prostřednictvím standardizovaného dotazníku ProQOL verze 5, který hodnotí tři základní dimenze profesního života pomáhajících pracovníků – soucitné uspokojení, vyhoření a sekundární traumatický stres (Stamm, 2010).

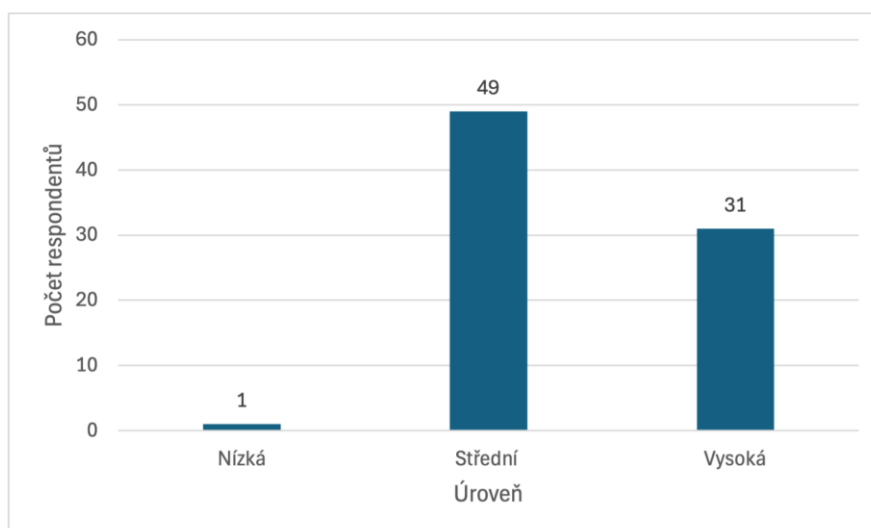
Tento nástroj byl v rámci mého výzkumu zvolen z důvodu své široké mezinárodní využitelnosti, psychometrické ověřenosti a vhodnosti pro práci s cílovou skupinou všeobecných sester v hospicové péči. Dotazník poskytuje ucelený pohled nejen na pozitivní aspekty výkonu pomáhající profese, ale i na možné negativní důsledky dlouhodobé psychické zátěže.

Na základě odpovědí 81 respondentů byly jednotlivé škály vyhodnoceny dle metodiky autorky dotazníku, a výsledky následně rozděleny do tří úrovní – nízká, střední a vysoká. Tyto výsledky jsou dále interpretovány a porovnávány s teoretickým rámcem i osobními poznatky z terénu. Výsledky odrážejí nejen aktuální profesní situaci zdravotních sester, ale rovněž poukazují na míru duševní odolnosti a míru vnímaného naplnění v jejich profesi.

Získaná data jsou prezentována ve formě přehledných grafů s doprovodnými komentáři, které rozvíjejí význam jednotlivých dimenzí v kontextu práce v hospicové péči.

Úroveň soucitného uspokojení

Graf 9 Úroveň soucitného uspokojení



(zdroj: vlastní)

Soucitné uspokojení představuje pozitivní stránku profesionální zkušenosti pomáhajících pracovníků, která se vztahuje k uspokojení plynoucímu z možnosti pomáhat druhým, vykonávat smysluplnou práci a přispívat k dobrému fungování týmu nebo organizace. Tato dimenze se v kontextu hospicové péče jeví jako mimořádně významná, protože může působit jako silný ochranný faktor proti negativním důsledkům emočně náročné práce, včetně vyhoření a sekundárního traumatického stresu (Stamm, 2009).

Dotazník ProQOL měří tuto dimenzi prostřednictvím 10 položek (otázky č. 3, 6, 12, 16, 18, 20, 22, 24, 27, 30), přičemž respondenti odpovídají na škále od 1 (nikdy) po 5 (velmi často). Celkové skóre se pohybuje v rozmezí 10–50 bodů a interpretace úrovní je následující:

- **nízká úroveň:** 22 a méně

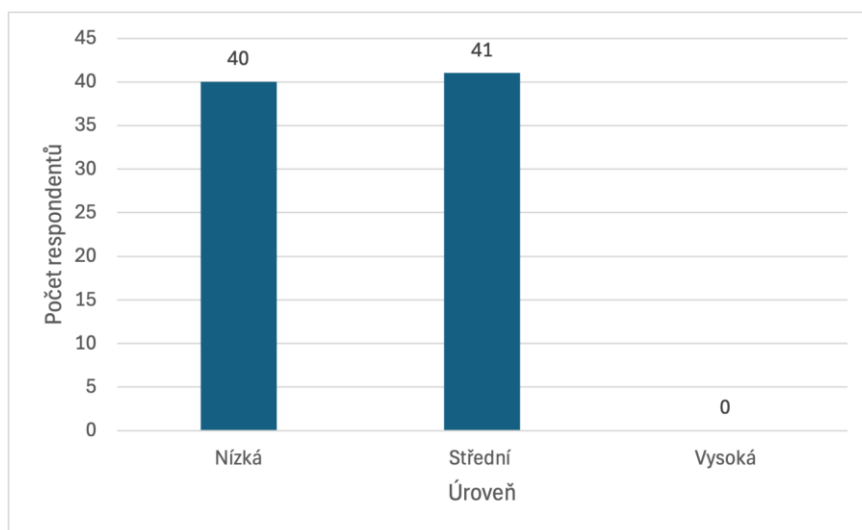
- **střední úroveň:** 23–41
- **vysoká úroveň:** 42 a více (Stamm, 2010).

V mém výzkumném souboru dosáhlo 49 respondentů (60,5 %) střední úrovně CS, což naznačuje, že většina sester vnímá svou práci jako relativně uspokojivou, ale zároveň může být jejich profesní naplnění ovlivněno každodenním stresem, únavou nebo nedostatkem ocenění. Významné je, že 31 respondentů (38,3 %) vykazuje vysokou úroveň soucitného uspokojení – tedy takovou míru spokojenosti, která zřejmě pramení z hlubokého vnitřního přesvědčení o smyslu své práce a z pozitivního přístupu ke každodenním výzvám. Pouze jediná respondentka (1,2 %) uvedla skóre odpovídající nízké úrovni CS, což je velmi pozitivní výsledek.

Výsledky mohou být ovlivněny faktory, jako je délka praxe v oboru, míra osobního nasazení, styl řízení pracoviště nebo dostupnost psychické podpory. Zjištění, že téměř 40 % respondentů dosáhlo vysokého skóre a žádná významná část nevykazuje nízkou úroveň CS, lze hodnotit jako velmi příznivý obraz pracovního klimatu v oblasti hospicové péče.

Úroveň vyhoření

Graf 10 Úroveň vyhoření



(zdroj: vlastní)

Vyhoření je negativní složkou kvality profesního života a bývá spojováno s chronickým pracovním stresem, emoční únavou, ztrátou motivace a pocitem neefektivity. V

pomáhajících profesích, jako je práce všeobecné sestry v hospicové péči, je riziko vyhoření zvýšené zejména z důvodu dlouhodobé psychické i fyzické zátěže (Stamm, 2009).

Dotazník ProQOL měří vyhoření pomocí 10 položek: otázky č. 1, 4, 8, 10, 15, 17, 19, 21, 26 a 29. U položek 1, 4, 15, 17 a 29 se provádí reverzní skórování. Výsledné skóre se pohybuje v rozmezí 10–50 bodů a interpretuje se následovně:

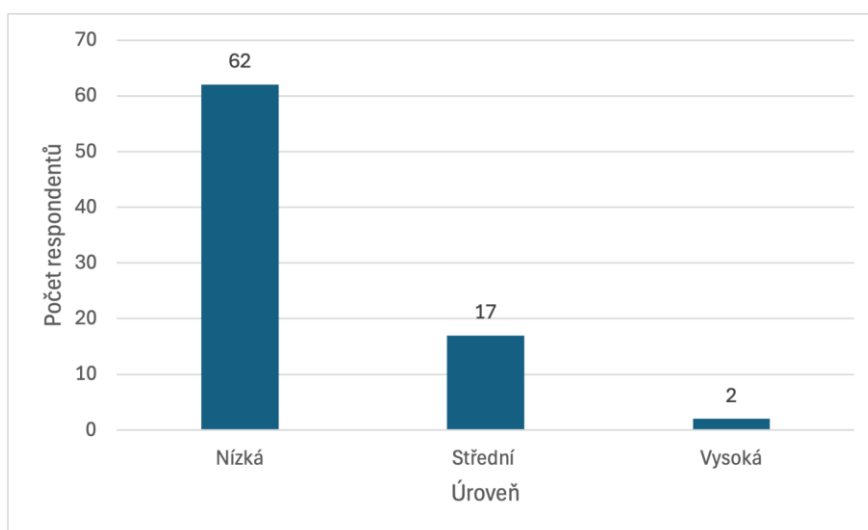
- **nízká úroveň:** 22 bodů a méně
- **střední úroveň:** 23–41 bodů
- **vysoká úroveň:** 42 bodů a více (Stamm, 2010).

Z výzkumného šetření vyplynulo, že 41 respondentů (50,6 %) spadá do střední úrovně vyhoření a 40 respondentů (49,4 %) do úrovně nízké. Vysokou míru vyhoření nevykázal žádný respondent, což je velmi pozitivní zjištění, zejména s ohledem na náročnost péče o pacienty v terminálním stadiu života. To může naznačovat, že většina zúčastněných disponuje ochrannými faktory proti rozvoji vyhoření, jako je smysluplnost práce, stabilita pracovního prostředí, kolegiální podpora nebo schopnost regenerace mimo pracovní dobu.

Výsledek zároveň ukazuje, že střední úroveň vyhoření je v populaci sester stále častá, což by mělo být impulsem pro vedení organizací k posílení systémové podpory, např. formou supervize, psychohygieny nebo možnosti otevřené komunikace o zátěži.

Úroveň sekundárního traumatického stresu

Graf 11 Úroveň sekundárního traumatického stresu



(zdroj: vlastní)

Sekundární traumatický stres je definován jako emoční stres a psychické příznaky, které vznikají v důsledku opakovaného kontaktu s traumatizovanými nebo trpícími klienty. V hospicové péči se může STS objevit například při intenzivním doprovázení pacientů v terminálním stadiu (Stamm, 2009).

STS je v dotazníku ProQOL hodnoceno pomocí 10 otázek: č. 2, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 23, 25 a 28. Celkové skóre se pohybuje mezi 10–50 body a interpretuje se takto:

- **nízká úroveň:** 22 bodů a méně
- **střední úroveň:** 23–41 bodů
- **vysoká úroveň:** 42 bodů a více (Stamm, 2010).

Z výsledků mého výzkumu vyplývá, že 62 respondentů (76,5 %) vykazuje nízkou úroveň STS, což je velmi příznivý údaj. Střední úroveň byla zaznamenána u 17 respondentů (21 %) a vysoká úroveň pouze u 2 respondentů (2,5 %). Vysoké skóre je alarmující, neboť může být spojeno s příznaky, jako jsou vtíravé vzpomínky, nespavost, zvýšená podrážděnost nebo narušení pracovní výkonnosti. Nízká míra STS u většiny respondentů může být výsledkem profesní zkušenosti, emoční stability a schopnosti zvládat náročné situace s odstupem. Výsledky však zároveň ukazují, že určité riziko přetrvává, a proto je nezbytné věnovat duševnímu zdraví personálu v paliativní péči trvalou pozornost.

5 DISKUZE

V této části se zaměřuji na interpretaci dosažených výsledků a jejich význam v kontextu výzkumu, který se zabýval profesní kvalitou života všeobecných sester pracujících v hospicové péči. Výzkum se orientoval na tři základní dimenze – soucitné uspokojení, syndrom vyhoření a sekundární traumatický stres – s cílem lépe porozumět tomu, jak sestry vnímají svou práci v psychicky náročném prostředí.

Ačkoli bylo původním záměrem oslovit širší spektrum zařízení, možnosti šíření dotazníku byly částečně omezeny charakterem poskytované péče a preferencí tištěné formy dotazování. Přesto se podařilo získat dostatečný počet odpovědí, které umožňují orientační náhled na profesní kvalitu života sester v hospicové péči a zároveň odpovědi na stanovené výzkumné otázky. Součástí této kapitoly je také osobní reflexe autorky založená na dosavadních poznatcích a zkušenostech z praxe.

Výzkumná otázka č. 1: Jaká je míra soucitného uspokojení u všeobecných sester pracujících v hospicové péči?

Z výsledků výzkumu vyplývá, že většina všeobecných sester dosahuje střední až vysoké míry soucitného uspokojení. Konkrétně 60,5 % respondentek (49 sester) vykazovalo střední míru a 38,3 % (31 sester) vysokou míru. Pouze jedna respondentka (1,2 %) spadala do kategorie nízkého soucitného uspokojení. Tyto údaje potvrzují, že sestry vnímají svou profesní roli jako smysluplnou a osobně obohacující, a to i navzdory náročnosti péče o umírající pacienty. Soucitné uspokojení lze považovat za důležitý stabilizační prvek, který pomáhá vyrovnávat zátěžové aspekty práce v hospicovém prostředí.

Zajímavé je, že vysoké skóre se objevovalo napříč různými typy zařízení i délkou praxe, což může naznačovat, že pozitivní postoj k práci není dán pouze zkušeností, ale také vnitřní motivací a osobní hodnotovou orientací sester.

Tento výsledek mě osobně velmi potěšil – ze své vlastní zkušenosti z praxe vím, že většina sester působících v hospicové péči o své práci hovoří s hlubokou pokorou, respektem k životu a silným vnitřním přesvědčením. Pro budoucí praxi je proto důležité s tímto faktorem vědomě pracovat – podporovat jeho rozvoj již během studia a odborné přípravy budoucích sester a vytvářet pracovní prostředí, které poskytuje prostor pro profesní růst i naplnění.

Výzkumná otázka č. 2: Jaká je míra vyhoření u všeobecných sester pracujících v hospicové péči?

Polovina všeobecných sester vykazala střední míru vyhoření (50,6 %, tj. 41 respondentek), druhá polovina míru nízkou (49,4 %, tj. 40 respondentek). Žádná z účastnic nevykazala vysoké skóre, což naznačuje, že všeobecné sestry jsou sice do určité míry zatíženy, ale závažná forma profesního vyčerpání se v tomto souboru zatím nevyskytuje.

Přesto však nelze tento výsledek vnímat zcela pozitivně. Střední míra vyhoření může představovat varovný signál, že se sestry již nacházejí ve fázi psychického přetížení, aniž by měly k dispozici dostatek časových, emočních či institucionálních zdrojů ke zvládnutí zátěže.

Z vlastní zkušenosti vím, že o těchto tématech se mezi sestrami často nemluví, a přesto mohou v sobě nosit značnou emoční zátěž. Právě proto výzkum poukazuje na důležitost podpůrných opatření – například zavedení pravidelné supervize, rozvoj vzdělávání v oblasti psychohygieny, lepší dostupnost psychologické pomoci nebo vytvoření prostoru pro odpočinek a regeneraci. Posílení těchto struktur může sehrát klíčovou roli v prevenci syndromu vyhoření a dlouhodobé udržitelnosti práce v hospicové péči.

Výzkumná otázka č. 3: Jaká je míra sekundárního traumatického stresu u všeobecných sester pracujících v hospicové péči?

Nízkou míru sekundárního traumatického stresu vykazalo 76,5 % respondentek (62 sester), střední míru 21 % (17 sester) a vysokou míru pouze 2,5 % (2 sestry). Tyto výsledky ukazují, že většina všeobecných sester se s opakovaným kontaktem s těžkými emocemi a lidským utrpením dokáže vnitřně vyrovnat bez výraznější traumatizace, což lze hodnotit jako velmi příznivé zjištění.

Lze předpokládat, že sestry si v průběhu své profesní dráhy osvojily účinné strategie, jak se s emocionálně náročnými situacemi vyrovnávat. Významnou roli přitom pravděpodobně hraje i pracovní prostředí, ve kterém panuje důvěra, soudržnost a vzájemná podpora. Sama jsem vnímala, že kolektivy v hospicové péči často vytvářejí bezpečný prostor pro sdílení, odlehčení psychické zátěže a neformální oporu mezi kolegy.

Zajímavé je, že vysoká míra STS se objevila pouze u dvou jednotlivců. To může být důsledkem osobního nastavení, aktuální životní situace nebo nedostatečné podpory okolí. Výsledek tak upozorňuje na skutečnost, že i v prostředích s dobrým zázemím mohou být přítomni zranitelní jedinci, kterým je třeba věnovat zvýšenou individuální pozornost a nabídnout cílenou podporu.

Výzkumná otázka č. 4: Liší se míra jednotlivých dimenzí profesní kvality života mezi sestrami pracujícími v domácí a lůžkové hospicové péči?

Výsledky výzkumu neprokázaly žádné zásadní rozdíly mezi všeobecnými sestrami pracujícími v domácí a lůžkové hospicové péči v oblasti soucitného uspokojení, syndromu vyhoření ani sekundárního traumatického stresu. To naznačuje, že typ pracoviště sám o sobě není rozhodujícím faktorem kvality profesního života. Ačkoli se forma poskytované péče liší – v domácím prostředí sestry často pracují samostatně a mají větší autonomii, zatímco v lůžkových hospicích je výhodou dostupnost týmu – emocionální nároky i pozitivní aspekty práce jsou v obou typech péče vnímány jako srovnatelné.

Z mého pohledu to potvrzuje, že klíčovou roli v profesní kvalitě života nehraje pouze typ zařízení, ale spíše vnitřní stabilita sestry, míra týmové podpory a schopnost zvládat emočně náročné situace. Závěry zároveň otevírají prostor k hlubšímu zkoumání – například by bylo vhodné zohlednit vliv počtu pacientů, organizační kultury, míry autonomie nebo kvality mezilidských vztahů v týmu. Výsledky výzkumu tak naznačují, že kvalitu profesního života nelze zúžit pouze na způsob poskytované péče – ovlivňuje ji širší spektrum vzájemně propojených aspektů.

5.1 Doporučení pro praxi

Na základě výsledků kvantitativního šetření a jejich interpretace formuluji následující doporučení, která by mohla napomoci ke zlepšení profesní kvality života všeobecných sester v hospicové péči. Doporučení vycházejí nejen z dat výzkumu, ale také z osobního zamyšlení nad potřebami, které se v této oblasti dlouhodobě ukazují jako klíčové.

1) Podpora soucitného uspokojení

Vzhledem k tomu, že většina sester ve výzkumu vykazovala střední až vysokou míru tohoto pozitivního aspektu, považuji za důležité ho dále rozvíjet. Podpora může spočívat v tom, že se v týmech vytvoří prostor pro sdílení pozitivních zkušeností – například při poradách nebo supervizích. Za přínosné považuji také to, pokud je smysluplnost práce oceňována nejen formálně, ale i lidsky – slovním uznáním od kolegů či vedení. Důležitou roli může sehrát i možnost účastnit se vzdělávacích aktivit zaměřených na etiku, spiritualitu nebo komunikaci, které mohou podpořit hlubší osobní vztah k profesi.

2) Prevence syndromu vyhoření

Polovina respondentek v mém výzkumu dosahovala střední míry vyhoření, což je podle mého názoru jasný signál k zavedení konkrétních preventivních kroků. Za zásadní považuji pravidelné supervize jako přirozenou součást pracovní náplně. Vhodná by byla i dostupnost psychologické podpory – nejen v akutních situacích, ale také při každodenním zvládání emočně náročných momentů. Dále považuji za důležité, aby byly přestávky v práci respektovány a směny plánovány s ohledem na dostatečný čas na odpočinek. K vytvoření podpůrného prostředí může přispět i týmová kultura, ve které je možné otevřeně mluvit o vyčerpání bez pocitu selhání.

3) Podpora při sekundárním traumatickém stresu

Jako třetí doporučení bych zmínila podporu těch sester, které mohou být ohroženy vyšší mírou sekundárního traumatického stresu. Přestože se v mém výzkumu jednalo pouze o malé procento, domnívám se, že tato skutečnost by neměla být opomíjena. Možností může být například zavedení anonymního prostoru, kde mohou sestry bezpečně sdílet své obtíže – ať už formou dotazníků nebo jiné zpětné vazby. Vhodné by bylo také školení vedoucích pracovníků v rozpoznávání příznaků psychické zátěže a vedení citlivého rozhovoru. V každodenní praxi pak hraje významnou roli i atmosféra v kolektivu – někdy totiž stačí malé projevy empatie, které mohou mít velký dopad.

4) Individualita jednotlivých sester

Ačkoli můj výzkum neprokázal rozdíly mezi domácí a lůžkovou péčí, domnívám se, že je důležité vnímat každou sestru jako osobnost s vlastními preferencemi, silnými stránkami i stylem práce. Pokud má sestra zájem poznat jiný typ péče, měla by mít možnost příležitostného střídání pracoviště. Při zaškolování nových zaměstnanců by bylo vhodné přihlédnout ke specifickým oddělení a vytvořit podpůrné prostředí, ve kterém se budou moci postupně adaptovat. V týmu by se také mohlo otevřeně hovořit o tom, komu více vyhovuje samostatná práce a komu kolektivní spolupráce – a podle toho rozdělovat úkoly a služby.

6 ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zabývala profesní kvalitou života všeobecných sester působících v hospicové péči. Hospicová péče představuje specifické prostředí, které klade na sestry nejen vysoké odborné nároky, ale i značnou psychickou a emoční zátěž. Cílem práce bylo zjistit, jak sestry vnímají jednotlivé složky profesní kvality života – tedy soucitné uspokojení, syndrom vyhoření a sekundární traumatický stres – a navrhnout opatření, která mohou přispět ke zlepšení jejich pracovního prožívání.

Výsledky ukázaly, že většina respondentek dosahovala střední až vysoké míry soucitného uspokojení, střední až nízké míry syndromu vyhoření a převážně nízké míry sekundárního traumatického stresu. Tyto údaje poukazují na relativně příznivý stav profesní kvality života v hospicové péči, zároveň ale upozorňují na potřebu cílené podpory v oblasti prevence psychické zátěže.

Na základě získaných dat byla navržena čtyři konkrétní doporučení, která mohou přispět k udržení a posílení profesní kvality života: podpora pozitivních aspektů profese, systematická prevence syndromu vyhoření, citlivé vnímání psychické zátěže a individuální přístup k sestrám jako jedinečným osobnostem.

Tato práce přináší vhled do prožívání sester v paliativním prostředí a upozorňuje na důležitost péče nejen o pacienty, ale i o ty, kteří jim tuto péči každodenně poskytují. Podpora sester v hospicové péči je zásadní nejen pro kvalitu poskytovaných služeb, ale také pro zachování jejich profesní a osobní rovnováhy. Péče o zdravotnický personál, který se denně setkává s umíráním, ztrátou a utrpením, by měla být nedílnou součástí systému podpory v oblasti paliativní medicíny.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ALGAMDI, Maaidah, 2022. Prevalence of oncology nurses' compassion satisfaction and compassion fatigue: Systematic review and meta-analysis. Online. *Nursing Open*. Roč. 9, č. 1, s. 44–56. ISSN 2054-1058. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/nop2.1070>. [cit. 2025-02-06].

Asociace poskytovatelů hospicové péče, 2017. *Koncepce hospicové péče pro Českou republiku*. Online. Praha: APHPP. Dostupné z: <http://www.hospic-horice.cz/wp-content/uploads/Koncepce-hospicové-péče-pro-ČR.pdf>. [cit. 2025-02-07].

BATTU, Nagaraju a CHAKRAVARTHY, G Karthik, 2015. Quality of work life and work delight of nurses and paramedics in public health care unit. Online. *International Journal of Multidisciplinary Research and Development*. Roč. 2, č. 11, s. 469–473. ISSN 2349-4182. Dostupné z: <https://www.allsubjectjournal.com/assets/archives/2015/vol2issue11/2-11-104.pdf>. [cit. 2025-02-07].

BOBKOWSKÁ, Michaela; ZIGOVÁ, Natália a MELUŠ, Vladimír, 2024. Kvalita života sestier pracujúcich v intenzívnej starostlivosti na konci pandémie COVID-19. Online. *Zdravotnícke listy*. Roč. 12, č. 3, s. 12–20. ISSN 1339-3022. Dostupné z: https://zl.tnuni.sk/fileadmin/Archiv/2024/2024-12.c.3/ZL_2024_12_3_03_Bobkowska.pdf. [cit. 2025-02-06].

CESTA DOMŮ, 2023. *Financování*. Online. Cestadomu.cz. Dostupné z: <https://www.cestadomu.cz/financovani>. [cit. 2025-03-27].

ČESKÁ REPUBLIKA, 2006. *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách*. Online. Sbírka zákonů České republiky. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>. [cit. 2025-05-09].

ČESKÁ REPUBLIKA, 2011. *Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách*. Online. Sbírka zákonů České republiky. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>. [cit. 2025-05-09].

ČESKÁ REPUBLIKA. 2004. *Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a o změně některých souvisejících zákonů*. Online. Sbírka zákonů České republiky. Dostupné z: https://ppropo.mpsv.cz/zakon_96_2004. [cit. 2025-05-03].

DINGOVÁ ŠLIKOVÁ, Martina; VRABELOVÁ, Lucia a LIDICKÁ, Lucie, 2018. *Základy ošetrovatelství a ošetrovatelských postupů pro zdravotnické záchranáře*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0717-9.

DISMAN, Miroslav, 2011. *Jak se vyrábí sociologická znalost: Příručka pro uživatele*. Vyd. 4. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2121-1.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, 2012. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4138-3.

FIALOVÁ, Nikol, 2022. *Copingové strategie všeobecných sester poskytujících paliativní péči*. Online. Bakalářská práce. Vedoucí práce Mgr. Lenka Štureková, Ph.D. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, Ústav ošetrovatelství. Dostupné z: https://theses.cz/id/9jfs7m/Fialova_Nikol_Coppingove_strategie_vseobecnych_sester_pos.pdf. [cit. 2025-02-09].

GAINES, Melissa; KALLAIL, K. James a BRUNGARDT, Gerard, 2015. Long-Term Continuous Subcutaneous Infusion of Ketorolac in Hospice Patients. Online. *Journal of Palliative Medicine*. Roč. 18, č. 4, s. 317. ISSN 1096-6218. Dostupné z: <https://doi.org/10.1089/jpm.2014.0438>. [cit. 2025-02-09].

GOODBYE, nedatováno. *Lůžkové hospice*. Online. Goodbye.cz. Dostupné z: <https://goodbye.cz/seznam-hospicu/luzkove-hospice/>. [cit. 2025-03-27].

GURKOVÁ, Elena, 2011. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3625-9.

HAMEL, Liz; WU, Bryan a BRODIE, Mollyann, 2017. *Views and Experiences with End-of-Life Medical Care in the U.S.* Online. KFF. Dostupné z: <https://files.kff.org/attachment/Report-Views-and-Experiences-with-End-of-Life-Medical-Care-in-the-US>. [cit. 2025-02-09].

HENDL, Jan, 2016. *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. Vyd. 4. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0988-3.

HOSPIC JORDÁN, 2025. *Financování hospice*. Online. Hospicjordan.cz. Dostupné z: <https://www.hospicjordan.cz/cz/o-hospici/financovani-hospice>. [cit. 2025-05-03].

HOSPICK KNÍŽETE VÁCLAVA, 2025. *Financování hospice*. Online. Hospicknizetevaclava.cz. Dostupné z: <https://www.hospicknizetevaclava.cz/luzkovy-hospic/financovani-hospice/>. [cit. 2025-05-03].

HUANG, Hui-Chuan; HUANG, Li-Kai; HU, Chaur-Jong; CHANG, Chien-Hung; LEE, Hsin-Chien et al., 2014. The mediating effect of psychological distress on functional dependence in stroke patients. Online. *Journal of Clinical Nursing*. Roč. 23, č. 23–24, s. 3533–3543. ISSN 0962-1067. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/jocn.12606>. [cit. 2025-02-09].

International Council of Nurses, 2023. *The role of nurses in the care of dying patients*. Online. Geneva: International Council of Nurses. Dostupné z: https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-04/A12_Nurses_Role_Care_Dying_Patients.pdf [cit. 2025-02-09].

JELÍNKOVÁ, Pavla, 2018. *Domácí hospicová péče*. Online. Pomocvdomacnosti.cz. Dostupné z: <https://pomocvdomacnosti.cz/domaci-hospicova-pece>. [cit. 2025-02-07].

KADOCHOVÁ, Marie, 2011. Sestra v následné péči. Poskytování paliativní péče v domácím prostředí pacienta. Online. *Florence*. Roč. 2011, č. 10. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2011/10/sestra-v-nasledne-peci-poskytovani-paliativni-pece-v-domacim-prostredi-pacienta/>. [cit. 2025-02-09].

KALA, Miroslav a DORKOVÁ, Zlatica, 2015. Indikace paliativní hospicové péče po cévní mozkové příhodě. Online. *Neurologie pro praxi*. Roč. 16, č. 3, s. 149–151. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2015/03/08.pdf>. [cit. 2025-02-06].

KOCIANOVÁ, Renata, 2010. *Personální činnosti a metody personální práce*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2497-3.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2010. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3149-0.

KUPKA, Martin, 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4650-0.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2010. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3224-4.

MARKOVÁ, Alžběta, 2021. *Hospic do kapsy: příručka pro domácí paliativní týmy*. 3. aktualizované vydání. [Praha]: Cesta domů. ISBN 978-80-88126-77-5.

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

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2022. *Vzdělávací program: Domácí péče a hospicová péče. Příloha č. 63 vyhlášky č. 39/2005 Sb.* Online. MZ ČR. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/wepub/4225/39483/P%C5%99%C3%ADloha%20%C4%8D.%2063%20V%20Dom%C3%A1c%C3%AD%20p%C3%A9%C4%8De%20a%20hospicov%C3%A1%20p%C3%A9%C4%8De.pdf>. [cit. 2025-05-03].

NEUWIRTHOVÁ, Martina. 2016. *Paliativní a hospicová péče v ČR: současnost a perspektivy*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5793-0.

OECHSLE, Karin, 2019. Current Advances in Palliative & Hospice Care: Problems and Needs of Relatives and Family Caregivers During Palliative and Hospice Care. Online. *Medical Sciences*. Roč. 7, č. 3, s. 43. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/medsci7030043>. [cit. 2025-02-06].

ORTEGA-CAMPOS, Elena; VARGAS-ROMÁN, Keyla; VELANDO-SORIANO, Almudena; SULEIMAN-MARTOS, Nora; CAÑADAS-DE LA FUENTE, Guillermo A. et al., 2020. Compassion Fatigue, Compassion Satisfaction, and Burnout in Oncology Nurses: A Systematic Review and Meta-Analysis. Online. *Sustainability*. Roč. 12, č. 1. ISSN 2071-1050. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/su12010072>. [cit. 2025-02-06].

PALIATIVNÍ CENTRUM, 2025. *Vzdělávání v paliativní péči*. Online. Paliativnicentrum.cz. Dostupné z: <https://paliativnicentrum.cz/vzdelavani>. [cit. 2025-05-03].

PARKES, Colin Murray; RELF, Marilyn a COULDRICK, Ann, 2007. *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*. Paliativní péče. Brno: Společnost pro odbornou literaturu. ISBN 9788087029237.

PAVELKOVÁ, Helena a BUŽGOVÁ, Radka, 2015. Burnout among healthcare workers in hospice care. Online. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*. Roč. 6, č. 1, s. 218–223. ISSN 23363517. Dostupné z: <https://doi.org/10.15452/CEJNM.2015.06.0006>. [cit. 2025-02-06].

PAYNE, Jan, 2005. *Kvalita života a zdraví*. V Praze: Triton. ISBN 80-7254-657-0.

PAYNE, Sheila, SEYMOUR, Jane a INLETT, Christine. 2008. *Palliative care nursing: principles and evidence for practice*. 2. vyd. Maidenhead: Open University Press. ISBN 978-0-335-21623-6.

PEŠEK, Roman a PRAŠKO, Ján, 2016. *Syndrom vyhoření: jak se prací a pomáháním druhým nezničit: pohledem kognitivně behaviorální terapie*. Praha: Pasparta. ISBN 978-80-88163-00-8.

PLEVOVÁ, Ilona, 2018. *Ošetrovatelství I. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Online. Grada. ISBN 978-80-271-2326-1. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/osetrovatelstvi-i-5023/>. [cit. 2025-02-09].

POCHYLÁ, Karla, 2005. *Koncepce českého ošetrovatelství: základní terminologie*. Vyd. 2., přeprac. České ošetrovatelství. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. ISBN 80-7013-420-8.

PTÁČEK, Radek a ŠVANDOVÁ, Lucie, 2022. *Únava ze soucitu. O co jde a jak ji předcházet?* Online. Nasezdravotnictvi.cz. Dostupné z: <https://nasezdravotnictvi.cz/aktualita/unava-ze-soucitu>. [cit. 2025-02-09].

ROME, Robin B.; LUMINAIS, Hillary H.; BOURGEOIS, Deborah A. a BLAIS, Christopher M., 2011. The Role of Palliative Care at the End of Life. Online. *The Ochsner Journal*. Roč. 11, č. 4, s. 348–352. Dostupné z: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3241069/pdf/i1524-5012-11-4-348.pdf>. [cit. 2025-02-06].

RYAN, Kevin, 2024. *What Is Hospice Care at Home? Services, Benefits, and Eligibility*. Online. Aplaceformom.com. Dostupné z: <https://www.aplaceformom.com/caregiver-resources/articles/hospice-care-at-home>. [cit. 2025-02-07].

SHEIKH, Mona; SEKARAN, Sruthi; KOCHHAR, Hansini; KHAN, Asma Tasnim; GUPTA, Ishita et al., 2022. Hospice vs Palliative care: A comprehensive review for primary care physician. Online. *Journal of Family Medicine and Primary Care*. Roč. 11, č. 8, s. 4168-4173. ISSN 2249-4863. Dostupné z: https://doi.org/10.4103/jfmmpc.jfmmpc_2262_21. [cit. 2025-02-06].

STAMM, B. Hudnall, 2009. *Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue (ProQOL), Version 5*. Online. Pocatello: ProQOL.org. Dostupné z:

- <https://socialwork.buffalo.edu/content/dam/socialwork/home/self-care-kit/compassion-satisfaction-and-fatigue-stamm-2009.pdf>. [cit. 2025-05-09].
- STAMM, B. Hudnall, 2010. *The Concise ProQOL Manual*. Online. Pocatello: ProQOL.org. Dostupné z: <https://www.illinoisworknet.com/WIOA/Resources/Documents/The-Concise-ProQOL-Manual.pdf>. [cit. 2025-02-06].
- SVATOŠOVÁ, Marie, 2011. *Hospice a umění doprovázet*. 7., dopl. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. ISBN 978-80-7195-580-1.
- ŠVARÍČEK, Roman a ŠEĐOVÁ, Klára, 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách: Průvodce pro studenty*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0695-0.
- TENO, Joan M.; SHU, Janet E.; CASARETT, David; SPENCE, Carol; RHODES, Ramona et al., 2007. Timing of Referral to Hospice and Quality of Care: Length of Stay and Bereaved Family Members' Perceptions of the Timing of Hospice Referral. Online. *Journal of Pain and Symptom Management*. Roč. 34, č. 2, s. 120–125. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2007.04.014>. [cit. 2025-02-09].
- TEOLI, Dac; SCHOO, Caroline a KALISH, Virginia B., 2023. *Palliative Care*. Online. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30725798/>. [cit. 2025-02-09].
- VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2011. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3174-2.
- VORLÍČEK, Jiří; ABRAHÁMOVÁ, Jitka a VORLÍČKOVÁ, Hilda, 2012. *Klinická onkologie pro sestry*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3742-3.
- WANTONORO, Wantonoro; SURYANINGSIH, Endang Koni; ANITA, Diyah Chandra a NGUYEN, Tuan Van, 2022. Palliative Care: A Concept Analysis Review. Online. *SAGE Open Nursing*. Roč. 8. ISSN 2377-9608. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/23779608221117379>. [cit. 2025-02-06].
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1997. *WHOQOL: measuring quality of life. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse*. Online. World Health Organization. Dostupné z: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/63482/WHO_MSA_MNH_PSF_97.4.pdf?sequence=1&isAllowed=y. [cit. 2025-02-06].

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Pohlaví respondentů	37
Graf 2 Věk respondentů.....	37
Graf 3 Společná domácnost	38
Graf 4 Nejvyšší dosažené odborné vzdělání.....	39
Graf 5 Délka praxe ve zdravotnictví	40
Graf 6 Délka praxe v hospicové péči	40
Graf 7 Typ hospicové péče	41
Graf 8 Vztah k víře/ duchovnímu založení.....	42
Graf 9 Úroveň soucitného uspokojení.....	43
Graf 10 Úroveň vyhoření.....	44
Graf 11 Úroveň sekundárního traumatického stresu	45

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ALS	Amyotrofická laterální skleróza
BO	Burnout / Vyhoření
CHOPN	Chronická obstrukční plicní nemoc
COVID	Koronavirové onemocnění
CS	Compassion Satisfaction / Soucitné uspokojení
ICN	International Council of Nurses / Mezinárodní rada sester
NHCPO	National Hospice and Palliative Care Organization / Národní organizace pro hospicovou a paliativní péči
ProQOL	Professional Quality of Life Scale / Profesionální stupnice kvality života
ProQOL-CZ	Česká verze dotazníku Professional Quality of Life Scale, adaptovaná pro podmínky České republiky
PTSD	Posttraumatická stresová porucha
STS	Secondary Traumatic Stress / Sekundární traumatický stres
USA	United States of America / Spojené státy americké
UTB	Univerzita Tomáše Bati
VO 1–4	Výzkumná otázka 1 až 4
WHO	World Health Organization / Světová zdravotnická organizace
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life / Kvalita života podle Světové zdravotnické organizace
%	Procento
např.	například
tj.	to je

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilost k výkonu nelékařských zdravotnických povolání

Příloha P II: Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách

Příloha P III: Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

Příloha P IV: Dotazník ProQOL (česká verze)

Příloha P V: Demografické otázky dotazníku

PŘÍLOHA P I: ZÁKON Č. 96/2004 SB., O PODMÍNKÁCH ZÍSKÁVÁNÍ A UZNÁVÁNÍ ZPŮSOBILOST K VÝKONU NELÉKAŘSKÝCH ZDRAVOTNICKÝCH POVOLÁNÍ

(1) Odborná způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry se získává absolvováním

a) nejméně tříletého akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu všeobecných sester,

b) nejméně tříletého studia v oboru diplomovaná všeobecná sestra na vyšších zdravotnických školách,

c) studia v oboru diplomovaná všeobecná sestra na vyšší zdravotnické škole v délce nejméně jeden rok, jde-li o zdravotnického pracovníka, který získal odbornou způsobilost k výkonu povolání praktické sestry, zdravotnického záchranáře, porodní asistentky nebo dětské sestry podle § 5a odst. 1 písm. a) nebo b), byl-li přijat do vyššího než prvního ročníku vzdělávání,

d) vysokoškolského studia ve studijních programech a studijních oborech psychologie – péče o nemocné, pedagogika – ošetřovatelství, psychologie – péče o nemocné, péče o nemocné nebo učitelství odborných předmětů pro střední zdravotnické školy, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději v akademickém roce 2003/2004,

e) tříletého studia v oboru diplomovaná dětská sestra nebo diplomovaná sestra pro psychiatrii na vyšších zdravotnických školách, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004,

f) studijního oboru všeobecná sestra na střední zdravotnické škole, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004,

g) studijního oboru zdravotní sestra, dětská sestra, sestra pro psychiatrii, sestra pro intenzivní péči, ženská sestra nebo porodní asistentka na střední zdravotnické škole, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 1996/1997, nebo

h) tříletého studia v oboru diplomovaná porodní asistentka na vyšších zdravotnických školách, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004.

PŘÍLOHA P II: ZÁKON Č. 372/2011 SB., O ZDRAVOTNÍCH SLUŽBÁCH

§ 11 – Místo poskytování zdravotních služeb

(5) Zdravotní služby mohou být poskytovány pouze ve zdravotnických zařízeních v místech uvedených v oprávnění k poskytování zdravotních služeb, pokud dále není stanoveno jinak. Mimo zdravotnické zařízení lze poskytovat:

- a) konzultační služby,
- b) zdravotní služby poskytované centrem duševního zdraví podle § 44b,
- c) preventivní péči podle § 11a,
- d) zdravotní péči poskytovanou ve vlastním sociálním prostředí pacienta,
- e) zdravotnickou dopravní službu a přepravu pacientů neodkladné péče,
- f) přednemocniční neodkladnou péči poskytovanou v rámci zdravotnické záchranné služby,
- g) zdravotní služby poskytované za krizových situací a při zdravotnickém zabezpečení vojenského výcviku v mobilních zařízeních ozbrojených sil určených k poskytování zdravotních služeb za takových situací,
- h) prohlídku těla zemřelého mimo zdravotnická zařízení podle § 84 odst. 2 písm. a) nebo b),
- i) převoz těla zemřelého na pitvu a z pitvy podle zákona o pohřebnictví, nebo
- j) telemedicínské zdravotní služby podle § 11c odst. 2.

Konzultační služby mimo zdravotnické zařízení lze poskytovat prostřednictvím dálkového přístupu nebo ve vlastním sociálním prostředí pacienta, popřípadě v jiném místě jeho aktuálního výskytu. Poskytovatel, který poskytuje pouze domácí péči nebo pouze prohlídky těl zemřelých mimo zdravotnické zařízení, musí mít kontaktní pracoviště.

§ 11c – Telemedicínské zdravotní služby

(1) Telemedicínskými zdravotními službami se rozumí zdravotní služby, které jsou poskytovány na dálku za použití informačních a telekomunikačních technologií nebo zdravotnického prostředku. Telemedicínské zdravotní služby mohou být poskytovány pouze tehdy, jsou-li splněny technické požadavky na kvalitu a bezpečnost komunikace, komunikační kanál je šifrovaný a je zajištěno prokázání identity komunikujících stran. Záznam komunikace může být poskytovatelem nahráván jen se souhlasem pacienta.

§ 54 – Zařazení do specializačního vzdělávání

(1) Do specializačního vzdělávání může být zařazen zdravotnický pracovník, který:

- a) získal odbornou způsobilost podle tohoto zákona,
- b) splňuje podmínky stanovené vzdělávacím programem.

PŘÍLOHA P III: ZÁKON Č. 108/2006 SB., O SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH

§ 116 - Pracovníci v sociálních službách

(1) Pracovníkem v sociálních službách je ten, kdo vykonává

a) přímou obslužnou péčí o osoby v ambulantních nebo pobytových zařízeních sociálních služeb spočívající v nácviku jednoduchých denních činností, pomoci při osobní hygieně a oblékání, manipulaci s přístroji, pomůckami, prádlem, udržování čistoty a osobní hygieny, podporu soběstačnosti, posilování životní aktivizace, vytváření základních sociálních a společenských kontaktů a uspokojování psychosociálních potřeb,

b) základní výchovnou nepedagogickou činnost spočívající v prohlubování a upevňování základních hygienických a společenských návyků, působení na vytváření a rozvíjení pracovních návyků, zručnosti a pracovní aktivity, provádění volnočasových aktivit zaměřených na rozvíjení osobnosti, zájmů, znalostí a tvořivých schopností formou výtvarné, hudební a pohybové výchovy, zabezpečování zájmové a kulturní činnosti,

c) pečovatelskou činnost v domácnosti osoby spočívající ve vykonávání prací spojených s přímým stykem s osobami s fyzickými a psychickými obtížemi, komplexní péči o jejich domácnost, zajišťování sociální pomoci, provádění sociálních depistáží pod vedením sociálního pracovníka, poskytování pomoci při vytváření sociálních a společenských kontaktů a psychické aktivizaci, organizační zabezpečování a komplexní koordinování pečovatelské činnosti a provádění osobní asistence,

d) pod dohledem sociálního pracovníka činnosti při základním sociálním poradenství, depistážní činnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, činnosti při zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, činnosti při poskytování pomoci při uplatňování práv a oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

(2) Podmínkou výkonu činnosti pracovníka v sociálních službách je plná svéprávnost, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost podle tohoto zákona.

(3) Bezúhonnost se posuzuje a prokazuje podle § 79 odst. 2 a odst. 3 věty první až třetí.

(4) Zdravotní způsobilost zjišťuje a lékařský posudek o zdravotní způsobilosti vydává registrující poskytovatel zdravotních služeb v oboru všeobecné praktické lékařství a u zaměstnanců poskytovatel pracovnělékařských služeb.

(5) Odbornou způsobilostí pracovníka v sociálních službách

a) uvedeného v odstavci 1 písm. a) je základní vzdělání nebo střední vzdělání a absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu; absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu se nevyžaduje u fyzických osob, které získaly podle zvláštního právního předpisu⁴⁵⁾ způsobilost k výkonu zdravotnického povolání v oboru ošetrovatel, u fyzických osob, které získaly odbornou způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka podle § 110, a u fyzických osob, které získaly střední vzdělání v oboru vzdělání stanoveném prováděcím právním předpisem,

b) uvedeného v odstavci 1 písm. b) je střední vzdělání s výučním listem nebo střední vzdělání s maturitní zkouškou a absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu; absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu se nevyžaduje u fyzických osob, které získaly podle zvláštního právního předpisu⁴⁶⁾ způsobilost k výkonu zdravotnického povolání ergoterapeut, u fyzických osob, které získaly odbornou způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka podle § 110, a u fyzických osob, které získaly střední vzdělání v oboru vzdělání stanoveném prováděcím právním předpisem,

c) uvedeného v odstavci 1 písm. c) je základní vzdělání, střední vzdělání, střední vzdělání s výučním listem, střední vzdělání s maturitou nebo vyšší odborné vzdělání a absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu; absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu se nevyžaduje u fyzických osob, které získaly podle zvláštního právního předpisu⁴⁵⁾ způsobilost k výkonu zdravotnického povolání v oboru ošetrovatel, u fyzických osob, které získaly odbornou způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka podle § 110, a u fyzických osob, které získaly střední vzdělání v oboru vzdělání stanoveném prováděcím právním předpisem,

d) uvedeného v odstavci 1 písm. d) je základní vzdělání, střední vzdělání, střední vzdělání s výučním listem, střední vzdělání s maturitní zkouškou nebo vyšší odborné vzdělání a absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu; absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu se nevyžaduje u fyzických osob, které získaly odbornou způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka podle § 110.

(6) Obsah kvalifikačního kurzu podle odstavce 5 a jeho minimální rozsah stanoví prováděcí právní předpis.

(7) Podmínku absolvování kvalifikačního kurzu podle odstavce 5 je třeba splnit do 18 měsíců ode dne nástupu zaměstnance do zaměstnání. Do doby splnění této podmínky vykonává

zaměstnanec činnost pracovníka v sociálních službách pod dohledem odborně způsobilého pracovníka v sociálních službách.

(8) Při uznávání odborné kvalifikace nebo jiné způsobilosti státních příslušníků členských států Evropské unie se postupuje podle zvláštního právního předpisu³¹⁾.

(9) Zaměstnavatel je povinen zabezpečit pracovníku v sociálních službách další vzdělávání v rozsahu nejméně 48 hodin za 2 po sobě jdoucí kalendářní roky, kterým si obnovuje, upevňuje a doplňuje kvalifikaci. Účast na dalším vzdělávání se považuje za prohlubování kvalifikace podle zvláštního právního předpisu⁴³⁾. Další vzdělávání se uskutečňuje formami uvedenými v § 111 odst. 2. Ustanovení § 111 odst. 1 vět druhé až čtvrté a odst. 3 až 6 a 8 platí obdobně s tím, že program akce odborného charakteru podle § 111 odst. 6 se týká oboru činnosti pracovníka v sociálních službách. Povinnost účasti na dalším vzdělávání podle věty první se nevyžaduje za kalendářní rok, v němž pracovník v sociálních službách absolvoval akreditovaný kvalifikační kurz.

§ 116a

(1) Odbornou způsobilostí manželského a rodinného poradce je vysokoškolské vzdělání získané řádným ukončením studia jednooborové psychologie nebo magisterského programu na vysoké škole humanitního zaměření současně s absolvováním postgraduálního výcviku v metodách manželského poradenství a psychoterapie v rozsahu minimálně 400 hodin nebo obdobného dlouhodobého psychoterapeutického výcviku akreditovaného ve zdravotnictví.

(2) Odbornou způsobilostí dalšího odborného pracovníka uvedeného v § 115 odst. 1 písm. e) je vysokoškolské vzdělání.

PŘÍLOHA P IV: DOTAZNÍK PROQOL (ČESKÁ VERZE)

Níže jsou uvedena tvrzení (pozitivní i negativní) týkající se Vašich zkušeností jako pomáhajícího.

Zamyslete se nad každým tvrzením o Vás a Vaší současné pracovní situaci v oblasti pomáhání.

Označte číslem, které nejlépe vyjadřuje, jak často jste zažil/a tyto situace v posledních 30 dnech:

Hodnocení	Význam
1	Vůbec ne
2	Trochu
3	Středně
4	Hodně
5	Maximálně

1. Jsem šťastný/á.
2. Příliš se zaměstnávám myšlenkami na lidi, kterým pomáhám.
3. Mám pocit uspokojení z toho, že mohu pomáhat lidem.
4. Cítím se být „propojen/a“ s druhými.
5. Při neočekávaných zvucích sebou trhnu nebo se polekám.
6. Po práci s těmi, kterým pomáhám, se cítím posílen/a.
7. Je pro mě náročné oddělit svůj osobní a pracovní život.
8. Nejsem tak produktivní v práci, protože nespím kvůli traumatickým zážitkům lidí, kterým pomáhám.
9. Myslím, že mě mohl ovlivnit traumatický stres těch, kterým pomáhám.
10. Jako pomáhající mám pocit, jako kdyby z mé práce nebylo úniku.
11. Kvůli pomáhání se z různých věcí cítím ve velkém napětí.
12. Mám rád/a svoji práci pomáhajícího.

13. Cítím se depresivně kvůli traumatickým zážitkům lidí, kterým pomáhám.
14. Cítím se tak, jako kdybych zažíval/a trauma někoho, komu pomáhám.
15. Moje životní filozofie mi pomáhá vydržet v mé práci.
16. Těší mě, jak dokážu držet krok s technikami a postupy v pomáhání.
17. Jsem tím, kým jsem vždy chtěl/a být.
18. Má práce mě uspokojuje.
19. Cítím se vyčerpan/a ze své práce.
20. Mám kladné myšlenky a pocity o těch, kterým pomáhám, a o tom, jak bych jim mohl/a pomoci.
21. Cítím se „zahlceně“, protože moje pracovní vytížení se zdá být nekonečné.
22. Věřím, že mohu něco změnit prostřednictvím své práce.
23. Vyhýbám se určitým aktivitám nebo situacím, protože mi připomínají děsivé zážitky lidí, kterým pomáhám.
24. Jsem hrdý/á na to, že mohu pomáhat.
25. Jako důsledek své práce mám vtíravé a děsivé myšlenky.
26. Cítím se být „pohlcený/á“ systémem.
27. Myslím si, že jsem jako pomáhající úspěšný/á ve své práci.
28. Nedokážu si vybavit důležité části své práce s oběťmi traumat.
29. Jsem velmi starostlivý člověk.
30. Jsem šťastný/á, že jsem si vybral/a tuto práci.

PŘÍLOHA P V: DEMOGRAFICKÉ OTÁZKY DOTAZNÍKU

Jste

- a) muž
- b) žena
- c) jiné
- d) nechci uvádět

Kolik je Vám let?

- a) 20–30 let
- b) 31–40 let
- c) 41–50 let
- d) 51–60 let
- e) 60 a více

S kým žijete ve společné domácnosti?

(Zaškrtněte jednu možnost, která nejlépe odpovídá Vaší situaci)

- a) žiji sám/sama
- b) žiji s manželem/manželkou
- c) žiji s manželem/manželkou a dětmi
- d) žiji s partnerem/partnerkou
- e) žiji s partnerem/partnerkou a dětmi
- f) žiji pouze s dětmi
- g) žiji s rodiči
- h) jiná možnost: _____

Uveďte Vaše nejvyšší dosažené odborné vzdělání

- a) SZŠ
- b) VOŠ
- c) specializační studium
- d) VŠ (ukončeno Bc.)
- e) VŠ (ukončeno Mgr.)
- f) jiné, uveďte: _____

Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

- a) méně než 1 rok
- b) 1–5 let
- c) 6–10 let
- d) 11–15 let
- e) více než 15 let

Jak dlouho pracujete v hospicové péči?

- a) méně než 1 rok
- b) 1–5 let
- c) 6–10 let
- d) 11–15 let
- e) více než 15 let

Ve kterém typu hospicové péče pracujete?

- a) domácí hospicová péče
- b) stacionární hospicová péče
- c) lůžková hospicová péče

Považujete se za věřící/duchovně založenou osobu?

a) ano, jsem praktikující věřící

b) ano, ale svou víru nepraktikuji

c) ne, nejsem věřící

d) jiná odpověď – specifikujte: _____

e) nechci odpovédět