

# **VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA**

Všeobecné ošetrovatelství

## **DOMÁCÍ HOSPICOVÁ PÉČE Z POHLEDU SESTRY**

Bakalářská práce

Autor práce: Filip Ludes

Vedoucí práce: Mgr. Marcela Rohovská

Jihlava 2026

# Vysoká škola polytechnická Jihlava

Tolstého 16, 586 01 Jihlava

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	<b>Filip Ludes</b>
Studijní program:	Všeobecné ošetřovatelství
Garant studijního programu:	doc. PhDr. Lada Cetlová, PhD.
Název práce:	<b>Domácí hospicová péče z pohledu všeobecné sestry</b>
Vedoucí práce:	Mgr. Marcela Rohovská
Cíl práce:	Cílem práce je identifikovat hlavní specifika a výzvy spojené s poskytováním domácí hospicové péče a jejich vliv na práci všeobecné sestry.

## Abstrakt

Domácí hospicová péče umožňuje pacientům v pokročilých stádiích nevléčitelných onemocnění strávit závěr života v domácím prostředí s podporou blízkých. Tato práce se zaměřuje na roli všeobecné sestry v tomto typu péče, identifikuje specifika této péče a analyzuje výzvy spojené s profesními kompetencemi, časovou náročností, emoční zátěží a mezioborovou spoluprací.

Teoretická část charakterizuje domácí hospicovou péči a úlohu všeobecných sester, zatímco empirická část se zaměřuje na jejich zkušenosti z praxe. Výsledky poukazují zejména na míru psychické zátěže, náročnost komunikace s pacienty v terminálním stádiu a potřebu podpůrných mechanismů pro zdravotnický personál.

Závěry přispívají k hlubšímu porozumění problematice a zdůrazňují význam rozvoje paliativní péče v České republice.

## Klíčová slova

domácí hospicová péče; mezioborová spolupráce; multidisciplinární tým; paliativní péče; všeobecná sestra

## Abstract

Home hospice care enables patients in the advanced stages of terminal illnesses to spend the final phase of their lives in a home environment with the support of their loved ones. This thesis focuses on the role of general nurses, identifies the specific features of this type of care, and analyzes challenges related to professional competencies, time demands, emotional burden, and interdisciplinary collaboration.

The theoretical part defines the basic characteristics of home hospice care and the role of nurses, while the empirical part focuses on their practical experience. The results highlight the significance of psychological burden, the complexity of communication with terminally ill patients, and the need for support mechanisms for healthcare staff.

The conclusions contribute to a deeper understanding of the issue and emphasize the importance of developing palliative care in the Czech Republic.

## Keywords

General nurse; home hospice care; interdisciplinary collaboration; multidisciplinary team; palliative care

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje **AZ**, zejména § 60 (školní dílo).

Podle § 47b zákona o vysokých školách souhlasím se zveřejněním své práce podle Směrnice pro vedení, vypracování a zveřejňování závěrečných prací na VŠPJ, a to bez ohledu na výsledek obhajoby.

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užití své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mě požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 7. dubna 2026

.....

Podpis studenta/ky

## **Poděkování**

Tímto děkuji všem, kteří mě během zpracování bakalářské práce podporovali a přispěli k jejímu vzniku.

Zvláštní poděkování patří vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Marcele Rohovské za odborné vedení, cenné rady, připomínky a trpělivost při konzultacích, které mi pomohly práci kvalitně zpracovat.

Dále děkuji všem respondentům za jejich ochotu a čas věnovaný účasti ve výzkumu. Bez jejich spolupráce by tato práce nemohla vzniknout.

Poděkování patří také mé rodině a blízkým za podporu, pochopení a motivaci po celou dobu studia.

Tuto práci věnuji svým prarodičům, kteří díky domácí hospicové péči mohli opustit tento svět v rodinném kruhu.

## Obsah

Seznam Grafů .....	8
Seznam zkratk .....	9
Úvod.....	10
<b>1 Současný stav problematiky .....</b>	<b>11</b>
1.1 Paliativní péče .....	11
1.1.1 Formy poskytování paliativní péče .....	12
1.2 Domácí hospicová péče .....	13
1.2.1 Charakteristika a principy domácí hospicové péče .....	13
1.2.2 Výhody a nevýhody péče v domácím prostředí.....	13
1.3 Role všeobecné sestry v domácí hospicové péči .....	14
1.3.1 Kompetence a náplň práce všeobecné sestry .....	14
1.3.2 Týmová spolupráce v paliativní péči .....	14
1.3.3 Rodina jako partner v péči.....	15
1.4 Pediatrická paliativní péče.....	15
1.4.1 Perinatální paliativní péče .....	16
1.4.2 Rodina jako klíčový partner dětské paliativní péče.....	17
1.5 Komunikace s pacientem a rodinou .....	17
1.5.1 Praktické aspekty sdělování diagnózy.....	18
1.5.2 Etické aspekty sdělování diagnózy .....	18
1.6 Úmrtí doma.....	19
1.6.1 Postup při úmrtí.....	19
1.6.2 Právní aspekty úmrtí v domácím prostředí .....	19
1.7 Duchovní péče .....	20
1.7.1 Cíle, poslání a doporučení pro duchovní péči.....	20
1.8 Dříve vyslovené přání .....	21
1.8.1 Struktura a podmínky platnosti dříve vysloveného přání .....	21
1.8.2 Praktické aspekty uplatnění dříve vysloveného přání.....	21
1.9 Biopsychosociální a spirituální potřeby pacienta.....	22
1.9.1 Strach ze smrti .....	22
1.9.2 Zajištění symptomatické léčby a tišení bolesti .....	23
1.10 Etické aspekty péče o umírající pacienty.....	24
1.11 Psychická zátěž a syndrom vyhoření u zdravotníků .....	24
1.11.1 Emocionální náročnost péče o umírající .....	25
1.11.2 Možnost prevence a zvládání stresu u zdravotníků.....	26
1.11.3 Osobní motivační faktory zaměstnanců v paliativní péči.....	27
1.12 Financování domácí hospicové péče.....	28

1.13	Zdravotní odlehčovací (respitní) péče .....	28
1.13.1	Pomůcky jako cesta k důstojné péči .....	29
1.14	Podpora pečovatelů a rodiny v paliativní péči.....	29
1.14.1	Podpora pečovatelů ve fázi prae finem .....	30
1.14.2	Podpora pečovatelů ve fázi in finem a post finem .....	31
1.14.3	Psychosociální aspekty osamělosti u pozůstalých .....	31
<b>2</b>	<b>Výzkumná část.....</b>	<b>33</b>
2.1	Cíl výzkumu a výzkumné otázky.....	33
2.2	Metodika výzkumu.....	33
2.3	Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí.....	34
2.4	Průběh výzkumu.....	34
2.5	Zpracování získaných dat.....	34
2.6	Výsledky výzkumu .....	35
<b>3</b>	<b>Diskuze .....</b>	<b>51</b>
<b>4</b>	<b>Návrh řešení a doporučení pro praxi .....</b>	<b>58</b>
	<b>Závěr .....</b>	<b>59</b>
	<b>Seznam použité literatury .....</b>	<b>61</b>
	<b>Seznam příloh.....</b>	<b>63</b>

## Seznam Grafů

Graf 1: Četnost komunikace všeobecných sester s pacienty v terminálním stádiu .....	36
Graf 2: Četnost setkávání všeobecných sester s rodinou nebo pečovateli pacienta.....	36
Graf 3: Četnost zajišťování medikace a zdravotnického materiálu všeobecnými sestrami .....	37
Graf 4: Míra emocionální zátěže všeobecných sester při úmrtí pacienta.....	37
Graf 5: Hodnocení náročnosti koordinace s multidisciplinárním týmem .....	38
Graf 6: Hodnocení náročnosti administrativy a dokumentace všeobecnými sestrami .....	38
Graf 7: Hodnocení náročnosti práce v domácím prostředí pacienta.....	39
Graf 8: Hodnocení náročnosti přizpůsobení péče individuálním potřebám pacienta .....	39
Graf 9: Hodnocení náročnosti řešení nečekaných komplikací u pacienta .....	40
Graf 10: Vliv fyzické zátěže na celkovou pracovní zátěž sester .....	40
Graf 11: Vliv psychické zátěže na celkovou pracovní zátěž sester.....	41
Graf 12: Vliv organizační zátěže na celkovou pracovní zátěž sester .....	41
Graf 13: Spokojenost všeobecných sester s výkonem vlastní práce.....	42
Graf 14: Motivace všeobecných sester k dalšímu profesnímu rozvoji.....	42
Graf 15: Pocit ocenění a podpory všeobecných sester v pracovním týmu .....	43
Graf 16: Hodnocení podpory formou školení a odborných kurzů .....	45
Graf 17: Úroveň týmové spolupráce a komunikace jako formy podpory .....	45
Graf 18: Úroveň poskytované psychologické nebo sociální podpory .....	46
Graf 19: Význam osobních zkušeností a praxe při zvládnání náročných situací.....	46
Graf 20: Význam komunikace s pacientem a rodinou pro zvládnání náročných situací.....	47
Graf 21: Význam podpory multidisciplinárního týmu při zvládnání náročných situací .....	47

## Seznam zkratk

AI	Artificial intelligence
Č.	Číslo
ČR	Česká republika
ČSPM	Česká společnost paliativní medicíny
VŠPJ	Vysoká škola polytechnická Jihlava

## Úvod

Domácí hospicová péče představuje jednu z klíčových oblastí moderní zdravotní péče, jejímž cílem je umožnit pacientům v pokročilých stádiích onemocnění důstojně prožít závěr života v domácím prostředí, v úzkém kruhu blízkých osob. Tento typ péče je stále častěji preferován díky komplexnímu přínosu, který zahrnuje odbornou zdravotní podporu, psychickou a emoční oporu pacientů i jejich rodin a koordinaci péče ze strany multidisciplinárního týmu.

Motivací k výběru tématu jsou mé osobní zkušenosti s domácí hospicovou péčí, a to jak z pohledu člena pečující rodiny, tak z praxe v Domácím hospici Vysočina. Tyto zkušenosti mi poskytly vhled do komplexnosti péče, která propojuje medicínské, sociální a psychologické aspekty, a zároveň zdůraznily aktuálnost této problematiky vzhledem ke stárnoucí populaci a rostoucí potřebě individualizované péče.

Cílem práce je analyzovat specifika a výzvy spojené s poskytováním domácí hospicové péče a jejich dopad na práci všeobecných sester, se zaměřením na profesní kompetence, časovou náročnost, emocionální zátěž a mezioborovou spolupráci.

Teoretická část se věnuje současnému stavu poznání v oblasti paliativní a domácí hospicové péče. Zahrnuje definice, principy a formy péče, role zdravotnického personálu se zvláštním důrazem na kompetence všeobecných sester, týmovou spolupráci a komunikaci s pacientem a rodinou. Dále se zabývá pediatrikou paliativní péčí, etickými a právními aspekty péče, psychosociální a duchovní podporou pacientů i rodin, psychickou zátěží a možnostmi podpory pečujících osob.

Praktická část práce představuje vlastní výzkum zaměřený na zkušenosti a názory všeobecných sester při poskytování domácí hospicové péče. Obsahuje stanovené výzkumné otázky, metodiku, charakteristiku vzorku a prostředí, průběh výzkumu, zpracování dat a interpretaci výsledků. Výzkum se konkrétně zabývá identifikací náročných situací, jejich vlivem na pracovní zátěž a profesní spokojenost, využívanými strategiemi zvládnutí zátěže a doporučeními pro zlepšení kvality péče a podpory zdravotnického personálu.

Práce je členěna do logicky navazujících kapitol. Po úvodu následuje teoretická část s přehledem poznatků o domácí hospicové a paliativní péči, na niž navazuje praktická část s metodikou a výsledky vlastního šetření. Závěrečná část obsahuje diskuzi, zhodnocení výzkumných otázek a návrhy na zlepšení kvality péče a podpory zdravotnického personálu.

Cílem práce je přispět k hlubšímu porozumění problematice domácí hospicové péče a nabídnout podněty pro další rozvoj ošetrovatelské praxe a vzdělávání v oblasti paliativní péče.

# 1 Současný stav problematiky

Abychom lépe porozuměli současnému stavu paliativní péče, je nezbytné nahlédnout do její historie. Přestože se tento obor dostává stále více do povědomí široké veřejnosti, může působit jako poměrně nový směr v medicíně; ve skutečnosti však patří k nejstarším formám péče o nemocné. Paliativní péče byla po dlouhá staletí přirozenou součástí života, kdy se o nevléčitelně nemocné a umírající starali především jejich blízcí – rodina, přátelé či duchovní, a to převážně v domácím prostředí nebo ve špitálech.

V průběhu 20. století však došlo k výrazné změně v přístupu k umírání, které se postupně přesunulo z rodinného kruhu do rukou zdravotnického systému. Tento posun byl důsledkem významného pokroku v medicíně – zlepšení diagnostických a léčebných metod, úspěšného boje proti infekčním chorobám a rozvoje očkování, což vedlo k záchraně mnoha lidských životů i v případech dříve považovaných za beznadějně. Ve společnosti, a zejména mezi zdravotníky, se tak postupně vytvořilo přesvědčení, že moderní medicína je schopna překonat téměř jakoukoli nemoc a že je třeba o život pacienta bojovat až do samého konce.

Tento přístup však s sebou přinesl i etické dilema, které bylo v 60. letech 20. století poprvé označeno termínem dystanazie – neboli umělé prodloužování života bez naděje na jeho zlepšení. Důsledkem této situace bylo na jedné straně rostoucí volání po legalizaci eutanázie, na straně druhé pak vznik a rozvoj hospicového hnutí, které klade důraz na důstojnost umírajícího a kvalitu jeho posledních dní a které je předmětem této práce (Marková, 2010).

V rámci paliativní péče se často uplatňuje terapie důstojnosti, jejímž autorem je kanadský psychiatr Harvey Max Chochinov. Tato metoda klade důraz na respektování životního příběhu pacienta a prostřednictvím cílených otázek jej vede k zamýšlení nad významnými okamžiky jeho života, hodnotami a poselstvím, které by rád předal svým blízkým.

Díky této terapeutické technice lze nemocného vnímat nejen skrze jeho diagnózu či výsledky lékařských vyšetření, ale jako jedinečnou osobnost s vlastním životním příběhem. Empatická komunikace a skutečný zájem o pacienta tak mohou hrát klíčovou roli v poskytování kvalitní péče – často s větším dopadem než moderní technologie či materiální vybavení zdravotnických zařízení (Ptáček, Bartůněk, 2022).

## 1.1 Paliativní péče

Paliativní péče představuje významný přínos pro osoby trpící nevléčitelným onemocněním. Její hlavní úlohou je zmírňování utrpení spojeného s nemocí, zvyšování kvality života pacientů a v některých případech i prodloužení jejich života o několik měsíců. Zároveň přispívá ke snížení celkových nákladů na zdravotní péči, a to například omezením počtu návštěv pohotovostních oddělení, snížením frekvence a délky hospitalizací či redukcí nadměrně agresivní intenzivní léčby. Paliativní péče může být poskytována souběžně s léčbou základního onemocnění, například v kombinaci s onkologickou terapií (Marková a kol., 2021).

Pojem „paliativní“ vychází z latinského slova pallium, což znamená rouška nebo plášť. Anglický ekvivalent palliate lze přeložit jako zmírňovat nebo tišit. Tento jazykový původ odráží samotnou podstatu paliativní péče – jejím cílem je „zahalit“ pacienta ochrannou pomyslnou

rouškou, která zmírňuje projevy nevléčitelné nemoci, nebo poskytnout symbolický „plášť“ těm, kterým kurativní léčba nemůže pomoci (Bužgová, 2015).

„Paliativní péče je přístup zlepšující kvalitu života pacientů a jejich rodin, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožující nemocí, prostřednictvím předcházení a zmírňování utrpení pomocí včasného zjištění, vyhodnocení a řešení bolesti a dalších fyzických, psychosociálních a duchovních potíží.“ (O organizaci paliativní péče, 2003, s. 22)

Paliativní péče se neodvrací od pacientů s nevléčitelným onemocněním, ale naopak se zaměřuje na ochranu jejich důstojnosti a zajištění co nejvyšší kvality života. Efektivně zvládá bolest a další symptomy pokročilých stádií smrtelných nemocí. Její poskytování je založeno na interdisciplinární spolupráci a holistickém přístupu k pacientovi, který zahrnuje nejen lékařskou, ale i psychologickou, sociální, spirituální a existenciální dimenzi péče.

Paliativní péče vychází z individuálních potřeb a přání klientů, respektuje jejich hodnotové priority a podporuje jejich právo na sebeurčení. Klíčovou roli v tomto procesu hrají rodina a nejbližší přátelé, přičemž cílem je umožnit nemocným prožít závěrečnou fázi života v důstojném, vlídném prostředí a v přítomnosti blízkých osob, aniž by byli vytrženi ze svých sociálních vazeb. Péče je poskytována nejen samotným pacientům, ale také jejich příbuzným a přátelům, kterým pomáhá vyrovnat se s emocemi spojenými s odchodem blízkého člověka, a to i v období před jeho smrtí.

Zkušenosti z paliativní praxe ukazují, že mezi kvalitní a nedostatečnou péčí o umírající existuje zásadní rozdíl. Dobře nastavená paliativní péče dokáže minimalizovat strach, zmírnit bolest a předejít zbytečnému utrpení v závěru života pacienta (Marková a kol., 2021).

### **1.1.1 Formy poskytování paliativní péče**

Výbor ministrů Rady Evropy kategorizuje paliativní péči podle její úrovně komplexnosti na obecnou a specializovanou.

Obecná paliativní péče by měla být součástí každého zdravotnického zařízení v rámci jeho odborného zaměření. Zahrnuje včasné posouzení pacientova zdravotního stavu, zvážení smysluplnosti další aktivní léčby a poskytování péče zaměřené na kvalitu života pacienta. Klíčovými aspekty jsou respektování autonomie nemocného, adekvátní léčba bolesti a dalších symptomů, podpora rodiny a doporučení na specializované odborníky v případě potřeby.

Specializovaná paliativní péče je poskytována v zařízeních, která se na tuto oblast zaměřují jako na svou hlavní činnost. Vyžaduje personál s vyšší odbornou kvalifikací a větší počet zaměstnanců v poměru k počtu pacientů. Tato zařízení by měla zajistit dostupnost paliativní péče ve všech jejích formách a umožnit pacientům získat podporu v jakémkoliv prostředí – doma, v nemocnici, v zařízeních rezidenční péče, pečovatelských domech, denních stacionářích, v ambulancích či na specializovaných odděleních paliativní péče.

Specializovaná zařízení zároveň plní roli odborného zázemí pro další zdravotnická zařízení, poskytují konzultace a podporu ostatním zdravotníkům v nemocnicích i mimo ně. Všichni zdravotničtí pracovníci by měli mít možnost obrátit se na specialisty v paliativní péči pro odbornou radu nebo asistenci při poskytování péče (Marková, 2010; Bužgová, 2015).

## 1.2 Domácí hospicová péče

Domácí hospicová péče, označovaná také jako mobilní hospicová péče nebo domácí paliativní péče, představuje pro většinu pacientů sociálně i psychicky nejpříznivější alternativu. Tato forma péče umožňuje pacientům strávit závěr svého života v domácím prostředí, obklopeni svými blízkými, což často přispívá k jejich psychické pohodě a celkové kvalitě života. Podle Markové (2010) a Markové a kol. (2021) jsou pro poskytování domácí hospicové péče nezbytné tři základní podmínky. První podmínkou je přítomnost rodiny nebo alespoň jednoho jejího člena, který je schopen a ochoten o pacienta pečovat. Druhou podmínkou je souhlas pacienta se službou domácí hospicové péče, který je klíčový pro zachování jeho autonomie a důstojnosti. Třetí podmínkou je dostupnost odborného týmu, který je schopen zajistit nepřetržitou péči 24 hodin denně, 7 dní v týdnu.

Mobilní hospicová péče je založena na multidisciplinárním přístupu, kdy týmy složené z lékařů, zdravotních sester, sociálních pracovníků, psychologů a dalších specialistů poskytují nejen medicínskou péči, ale také podporu rodině pacienta. Tento komplexní přístup je nezbytný pro zajištění optimální kvality života pacienta a usnadnění péče pro jeho blízké (Marková 2010).

### 1.2.1 Charakteristika a principy domácí hospicové péče

Hlavním cílem domácí hospicové péče je umožnit pacientovi důstojné prožití posledních dnů jeho života v domácím prostředí, a to s odpovídající zdravotní a psychosociální podporou. Mezi klíčové principy domácí hospicové péče patří komplexní přístup k pacientovi, který zahrnuje nejen léčbu symptomů, ale i psychickou a sociální podporu. Dalším zásadním principem je zachování lidské důstojnosti, kdy je kladen důraz na respektování přání pacienta a jeho individuálních potřeb. Nezbytný je také multidisciplinární přístup, který umožňuje efektivní spolupráci různých odborníků s cílem zajistit co nejlepší péči (Marková a kol., 2021).

Cicely Saunders, zakladatelka moderního hospicového hnutí a autorka jednoho z nejznámějších citátů, řekla: „*You matter because you are you, and you matter to the last moment of your life. We will do all that we can not only to help you die peacefully, but also to live until you die.*“ (Ptáček, Bartůněk, 2022, s. 201)

Tento citát vystihuje základní principy hospicové a paliativní péče, které kladou důraz nejen na důstojné umírání, ale především na kvalitu života pacienta až do jeho posledních dní.

### 1.2.2 Výhody a nevýhody péče v domácím prostředí

Poskytování hospicové péče v domácím prostředí přináší řadu výhod, ale i určitých nevýhod. Mezi hlavní výhody patří zejména komfort a psychická pohoda pacienta, který může zůstat ve svém známém prostředí, což často přispívá ke snížení úzkosti a strachu spojených s hospitalizací. Další významnou výhodou je možnost zachování rodinných vazeb, kdy pacient tráví své poslední chvíle obklopen blízkými lidmi. Domácí hospicová péče také umožňuje individuální přístup ke každému pacientovi a jeho potřebám, což vede k vyšší kvalitě poskytované péče.

Na druhou stranu tato forma péče představuje velkou zátěž pro rodinu, která se musí aktivně zapojit do péče o pacienta, což může být fyzicky i psychicky velmi náročné. Další nevýhodou

je obtížná dostupnost péče, zejména v méně urbanizovaných oblastech, kde může být problém zajistit nepřetržitou dostupnost lékařů a sester. Domácí hospicová péče je rovněž psychicky náročná i pro zdravotnický personál, který se často setkává s emocemi spojenými s umíráním a ztrátou pacienta (Marková, 2010).

### **1.3 Role všeobecné sestry v domácí hospicové péči**

Všeobecná sestra hraje v domácí hospicové péči zásadní roli. Její práce zahrnuje nejen poskytování odborné zdravotní péče, ale také edukaci rodiny a neustálé monitorování stavu pacienta. Sestra musí být schopna rychle reagovat na jakékoliv změny v jeho zdravotním stavu a zároveň poskytovat psychickou podporu nejen pacientovi, ale i jeho blízkým (Marková, 2010).

#### **1.3.1 Kompetence a náplň práce všeobecné sestry**

Mezi hlavní kompetence všeobecné sestry v domácí hospicové péči patří poskytování odborné zdravotní péče, která zahrnuje podávání léků, monitoring vitálních funkcí a ošetrovatelské úkony. Důležitou součástí její práce je také psychosociální podpora, která pomáhá pacientovi i jeho rodině zvládnout náročnou situaci spojenou s terminální fází onemocnění. Další klíčovou oblastí je koordinace multidisciplinárního přístupu, kdy sestra spolupracuje s lékaři, sociálními pracovníky a dalšími specialisty, aby zajistila co nejkvalitnější péči pro pacienta.

Náplň práce všeobecné sestry zahrnuje nejen přímou péči o pacienta, ale také edukaci rodinných příslušníků, kteří často přebírají velkou část péče. Součástí její práce je také etická dimenze péče, kdy musí citlivě přistupovat k potřebám pacienta a jeho rodiny a respektovat jejich přání a hodnoty (Marková a kol., 2010).

#### **1.3.2 Týmová spolupráce v paliativní péči**

Pro efektivní poskytování paliativní péče je pro sestru klíčové působit v dobře fungujícím, kvalitním týmu. Spolupráce má být orientována na společný cíl – podporu kvality života pacientů a jejich blízkých a zmírnění komplexního utrpení nemocného. Zásadní je multidisciplinární charakter týmu, který zahrnuje nejen zdravotnické profesionály, ale také samotného pacienta a jeho rodinu. Pacient by měl být vnímán jako rovnocenný účastník rozhodovacího procesu, zejména pokud se jedná o volbu léčebných a ošetrovatelských intervencí. Pouze takto lze zachovat jeho důstojnost a individuálně reagovat na jeho potřeby i potřeby rodiny.

Komunikace v týmu má být partnerská. Každý člen – lékař, sestra, sociální pracovník či sanitář – může přinést důležitou informaci. Pacient totiž mnohdy vyjádří své obavy právě mimo formální situaci. Proto je důležité, aby měl každý člen týmu prostor k vyjádření a byl vnímán jako plnohodnotná součást péče.

Marková (2010) uvádí, že týmová komunikace může být rozdělena podle formy (formální x neformální) a obsahu (případová x podpůrná). Formální komunikaci představují například záznamy ve zdravotnické dokumentaci, které obsahují důležité informace o zdravotním stavu a celkové pohodě pacienta. Jednotný dokumentační systém je nezbytný pro kontinuitu péče a má být dostupný všem členům týmu i samotnému pacientovi. V domácí paliativní péči mají svůj význam i záznamy rodinných příslušníků, které pomáhají sestřám sledovat vývoj stavu pacienta v době jejich nepřítomnosti.

Formální komunikace dále zahrnuje pravidelná multidisciplinární setkání, zpravidla konaná alespoň jednou týdně. Během těchto schůzek probíhá reflexe situace konkrétních pacientů a jejich rodin. Pacienta zpravidla prezentuje jeho primární sestra, která informuje o jeho aktuálním stavu a potřebách, přičemž ostatní členové doplňují své odborné pohledy. Tento proces umožňuje komplexní porozumění pacientově situaci a hledání konkrétních způsobů, jak naplnit jeho přání.

Tým se často věnuje i etickým otázkám – například při konfliktu mezi potřebami pacienta a jeho rodiny nebo když se přání pacientů a jejich blízkých rozcházejí s možnostmi týmu.

Podpůrná komunikace, jejímž cílem je posilování vztahů a duševní pohody členů týmu, by měla probíhat jak neformálně, tak formálně. V neformálním rámci je důležitý vzájemný respekt, zájem o kolegy a schopnost vnímat potřeby druhých. Formální podpora týmu pak souvisí zejména s motivací a uznáním pracovníků (Marková a kol., 2021).

### 1.3.3 Rodina jako partner v péči

Paliativní tým má podporovat soužití pacienta s rodinou, a to jak doma, tak ve zdravotnickém zařízení. Otevřená komunikace je zde klíčová. Rodina by neměla být nucena přenášet nepříznivé zprávy mezi týmem a pacientem. Ačkoli je lékař ze zákona povinen informovat nejprve pacienta, v praxi se často upřednostňuje rodina. Tento postup může vést k tomu, že rodinný příslušník nese roli „nosiče špatných zpráv“, což může vyústit v bolest a zranění.

Pokud rodina informace zatají, vzniká napětí a nedůvěra. I když si pacient a rodina pravdu uvědomují, mohou se navzájem chránit, což vede k opatrné, napjaté komunikaci. V těchto situacích je důležité, aby tým pomohl překonat bariéry a umožnil otevřít dialog.

V paliativní péči je třeba mít stále na paměti, že pozornost musí být věnována nejen pacientovi, ale i jeho rodině. Ta často čelí ztrátě, ale zároveň může být zatížena dalšími náročnými životními okolnostmi (Marková a kol., 2021).

## 1.4 Pediatriká paliativní péče

Pediatriká paliativní péče, obdobně jako paliativní péče u dospělých pacientů, je zaměřena na zmírnění utrpení dětí s nevy léčitelnými onemocněními, od novorozeneckého věku až po dospívání. Může být poskytována souběžně s kurativní léčbou, přičemž s postupujícím onemocněním a klesající účinností léčby se intenzita paliativní péče obvykle zvyšuje.

Na rozdíl od dospělé populace převažují u dětských pacientů nenádorová onemocnění. Mezi nejčastější diagnózy patří vrozené vývojové vady, chromozomální anomálie, komplexní srdeční vady, neurodegenerativní onemocnění a poúrazové stavy.

Trajektorie dětských onemocnění se částečně liší od průběhu onemocnění u dospělých. Marková a kol. (2021) rozlišují čtyři základní kategorie:

1. Onemocnění ohrožující život, kdy je kurativní léčba možná, ale nemusí být úspěšná. Paliativní péče je zde nezbytná zejména v akutních krizích (např. nádorová onemocnění).
2. Onemocnění vedoucí k předčasné smrti, přičemž intenzivní léčba může po určitou dobu prodloužit život.

3. Progresivní onemocnění bez možnosti vyléčení, jejichž průběh může trvat řadu let. Paliativní péče je zde primárním přístupem.
4. Ireverzibilní, ale neprogredující onemocnění, která často vedou k disabilitě a vyššímu riziku zdravotních komplikací i předčasné smrti.

Péče o dětské pacienty v paliativním kontextu je výjimečně emočně náročná a může přinášet etická dilemata. Klíčová je otevřená, citlivá komunikace s dítětem a rodinou. Podle studií zvyšuje informovanost o diagnóze, léčbě a prognóze spolupráci mezi rodinou a zdravotníky, pomáhá lépe zvládat náročné situace a v případě úmrtí dítěte snižuje riziko komplikovaného truchlení a posttraumatické stresové poruchy u blízkých (Marková a kol., 2021).

#### **1.4.1 Perinatální paliativní péče**

Perinatální paliativní péče se zaměřuje na zmírnění utrpení, zachování důstojnosti, kvality života a komfortu dítěte i rodiny v náročné životní situaci. Jejím cílem je poskytovat komplexní podporu nejen pacientovi, ale i rodičům a blízkým, a to v každé fázi – od prenatálního období až po období po úmrtí dítěte. Zároveň je třeba vnímat, že v oblasti perinatální péče existují specifické postupy a situace, které se odlišují od péče o dospělé pacienty. Pro lidi bez osobní zkušenosti může tato péče působit neobvykle, avšak pro rodiče, kteří čelí ztrátě očekávaného dítěte, představuje zásadní zdroj podpory a pomáhá jim zvládat zármutek i adaptovat se na novou realitu. Principy perinatální paliativní péče se uplatňují nejen při potvrzené diagnóze neslučitelné se životem, ale i při spontánním potratu nebo ukončení těhotenství z lékařských důvodů.

Perinatální paliativní péče je komplexní a zahrnuje několik navazujících oblastí. V prenatální fázi se zaměřuje na podporu rodičů po sdělení nepříznivé diagnózy, poskytování informací o možnostech dalšího postupu, asistenci při rozhodování o pokračování či ukončení těhotenství a plánování porodu i času stráveného s dítětem, včetně vytváření vzpomínkových předmětů. Při porodu se podpora týká rodičů v případech porodu mrtvého dítěte nebo dítěte s velmi nízkou porodní hmotností či nepříznivou prognózou. Po porodu a v péči o novorozence pak zahrnuje plánování a koordinaci následné péče, rozhodování o limitaci intenzivní léčby a zajištění citlivého rozloučení. Součástí služeb je i podpora pozůstalých rodičů a rodiny – psychosociální, případně spirituální doprovázení, poradenství, rituály a možnost sdílení zkušeností s dalšími rodiči v podobné situaci. Rodiče se mohou na poradnu obrátit krátce po ztrátě i s odstupem času a využít podpůrné skupiny či individuální konzultace.

Péče je poskytována multidisciplinárním týmem, jehož jednotliví členové se vzájemně doplňují. Gynekolog zajišťuje prenatální péči a minimalizuje stres rodičů pravidelnými kontrolami. Sonografický specialista provádí detailní vyšetření a citlivě předává diagnózu i kontakty na další podporu. Genetik poskytuje informace o diagnóze a prognóze i možnostech budoucí reprodukce. Porodník zajišťuje vedení porodu a komunikaci o možnostech péče. Všeobecná sestra tráví s rodiči nejvíce času, vysvětluje postupy a získává jejich důvěru. Porodní asistentka podporuje fyziologický průběh těhotenství, porodu i šestinedělí. Dula přináší neklinickou podporu během těhotenství a porodu, včetně dalšího těhotenství po ztrátě. Neonatolog hodnotí stav novorozence, informuje o prognóze a rozhoduje o intenzivní či paliativní péči. Paliatr se zaměřuje na zmírnění symptomů a zachování důstojnosti. Laktační poradkyně pomáhá s ukončením laktace nebo darováním mateřského mléka. Sociální pracovník poskytuje informace o finanční a sociální podpoře, mateřské dovolené

či pohřebnictví. Poradce pro pozůstalé pomáhá s truchlením a organizací rozloučení. Etický poradce zprostředkovává řešení etických dilemat. Terapeut a psycholog nabízejí dlouhodobou psychickou podporu. Kaplan či jiný duchovní pečuje o spirituální potřeby a pomáhá řešit i praktické a existenciální otázky. Krizový intervent zasahuje v akutních fázích, laický poradce sdílí vlastní zkušenosti s perinatální ztrátou a přináší praktické rady. Záchranář zajišťuje první pomoc a transport dítěte. Rodina a přátelé poskytují rodičům praktickou i emocionální podporu.

Součástí perinatální paliativní péče je rovněž sociálně-právní poradenství související se ztrátou dítěte – například informace o mateřské dovolené, dávkách či možnostech finanční podpory. Odborníci zároveň rodičům citlivě vysvětlují možnosti intenzivní či paliativní péče, umožňují individuální rozloučení v soukromí, předání dítěte rodičům, vytváření památečních předmětů a poskytují informace o právních a administrativních náležitostech.

Ztráta dítěte v těhotenství nebo krátce po porodu se hluboce dotýká nejen rodičů, ale i jejich rodinného a sociálního prostředí a může zasáhnout i zdravotníky. Proto je nezbytné, aby nejen rodiče, ale i poskytovatelé péče věnovali pozornost svým emocím a v případě potřeby vyhledali odbornou podporu. Perinatální paliativní péče tak přináší komplexní a citlivě strukturovanou podporu v každé fázi této mimořádně náročné životní situace (Cesta domů, b.r.; Balabánová a Mlynáriková, 2021).

#### **1.4.2 Rodina jako klíčový partner dětské paliativní péče**

Onemocnění dítěte významně zasahuje do fungování celé rodiny a dotýká se všech jejích členů. Přináší nejistotu, narušuje dosavadní jistoty a nutí rodinu čelit novým a často náročným situacím, přičemž rodiče postupně přijímají skutečnost, že život se již nevrátí do původních kolejí.

Zvláštní zátěž představují dědičná onemocnění, která otevírají další otázky spojené s genetickým vyšetřením, možností přenašečství, rizikem postižení sourozenců nebo rozhodováním o dalším rodičovství. Rodiny dětí se život ohrožujícím či život limitujícím onemocněním se přitom mohou nacházet ve velmi rozdílných podmínkách, a proto je nutné volit individuální přístup a posuzovat dopad nemoci na celý rodinný systém.

Rodiče mohou prožívat i myšlenky, za které se stydí nebo které v nich vyvolávají pocit viny – například představu o ukončení dlouhodobého utrpení dítěte nebo potřebu věnovat více času ostatním dětem. Tyto reakce jsou přirozené a neměly by být hodnoceny. Úlohou paliativního týmu je poskytovat porozumění, podporu a bezpečný prostor, nikoli rodinu posuzovat či nahrazovat. Každá rodina zvládá situaci po svém a nelze předpokládat, že existuje jednotné řešení. Smyslem podpory je posílit vlastní schopnosti rodiny, aby měla pocit, že péči o dítě zvládá sama, zatímco odborníci zůstávají spíše jako opora v pozadí (Bužková, Sikorová a kol., 2019).

### **1.5 Komunikace s pacientem a rodinou**

Kvalitní terénní paliativní péče staví na respektu k přáním a potřebám pacienta. Zahrnuje komplexní lékařskou a ošetrovatelskou péči spolu s citlivou komunikací. Nedílnou součástí je také sociální, psychická a duchovní podpora, která se zaměřuje jak na pacienta, tak na jeho rodinu.

Telefonická komunikace má v této péči zásadní význam. Často představuje první kontakt s pacientem nebo jeho blízkými. Při tomto kontaktu je klíčové jednat srozumitelně, klidně a empaticky a dát najevo, že pacient je prioritou a že na něj bude mít zdravotník dostatek času.

Rozhovor by měl probíhat v tichém a nerušeném prostředí. Je důležité aktivně naslouchat, neodbíhat k jiným hovorům a poskytnout prostor pro vyjádření pacientových pocitů i jeho situace. Otevřené otázky napomáhají lepšímu pochopení potřeb. Pokud je pacient rozrušený, může pomoci oslovovat jej jménem, zejména během dalších hovorů.

Na závěr je vhodné stručně shrnout dohodnuté kroky, aby bylo jasné, co bude následovat (Marková a kol., 2021).

### **1.5.1 Praktické aspekty sdělování diagnózy**

Informování pacienta o jeho diagnóze, prognóze a výsledcích vyšetření by mělo probíhat osobně, ideálně lékařem, který pacienta dobře zná. Setkání je vhodné naplánovat dle přání pacienta. Nutné je zajistit dostatek času, připravit potřebné informace, včetně písemných zpráv, a vybrat klidné a nerušené místo, nejlépe v domácím prostředí pacienta.

Při sdělování závažných skutečností je klíčová přímá, citlivá a empatická komunikace. Informace musí být předávány srozumitelně, bez nejednoznačných formulací. Důležité je zjistit, co pacient již ví, co chce vědět a v jakém rozsahu si přeje být informován. Nové informace by měly být sdělovány postupně a pacientovi je třeba ponechat čas na jejich zpracování.

Je nezbytné ověřit, zda pacient porozuměl sdělenému, a dát mu prostor k dotazům. Na závěr je vhodné shrnout hlavní body rozhovoru, pacienta podpořit a pomoci mu s nastavením priorit týkajících se dalšího postupu léčby.

Po ukončení rozhovoru je vhodné nabídnout pacientovi písemné materiály, letáky či možnost další konzultace. Dle potřeby lze doporučit setkání s psychologem, psychoterapeutem nebo pastoračním pracovníkem. O průběhu rozhovoru by měl být informován celý zdravotnický tým a klíčové body by měly být zaznamenány do zdravotnické dokumentace (Marková a kol., 2021).

### **1.5.2 Etické aspekty sdělování diagnózy**

Právo pacienta na svobodné rozhodování o vlastní léčbě a průběhu umírání je jedním ze základních projevů lidské důstojnosti a lidských práv. Eticky správný přístup vyžaduje respektovat vůli pacienta za každých okolností, i když se jeho rozhodnutí mohou lišit od doporučení zdravotníků. Ignorování této vůle může narušit důvěru a negativně ovlivnit vztah mezi pacientem a poskytovateli péče.

Klíčovou součástí etické péče je pravdivé a citlivé sdělování informací o zdravotním stavu pacienta. Informovaný souhlas není pouze formálním úkolem, ale důležitým právem, které pacientovi umožňuje činit zodpovědná rozhodnutí. Zároveň je třeba respektovat psychickou zranitelnost pacienta a hledat rovnováhu mezi otevřeností a ochranou před přetížením.

Odpovědnost za tuto náročnou komunikaci nese především lékař, který by měl spolupracovat s multidisciplinárním týmem a rodinou pacienta, aby podpořil nemocného v procesu zpracování

nepříznivých zpráv. Etická péče vyžaduje rovněž vytváření důvěrného a bezpečného prostředí, kde může pacient otevřeně vyjadřovat své obavy a potřeby.

Důležité je, aby dokumentace zdravotnického týmu zachycovala nejen obsah sdělení, ale i reakce pacienta, čímž se podporuje kontinuální a citlivá péče (Marková,2010).

## 1.6 Úmrtí doma

V případě, že pacient setrvává v péči domácího paliativního týmu, je úmrtí často očekávané a rodina bývá jeho přímou součástí.

Smrt lze rozpoznat podle několika znaků: pacient nereaguje na silné podněty, není patrná dechová aktivita ani hmatný pulz na krčních tepnách. Oči mohou zůstat otevřené a zornice nereagují na světlo (Marková a kol., 2021).

### 1.6.1 Postup při úmrtí

Smrt může oficiálně konstatovat pouze lékař – obvykle praktický lékař zemřelého, lékař zdravotnické záchranné služby nebo koroner. Je nutné lékaře kontaktovat a informovat jej, že se jedná o očekávané úmrtí. Po provedené prohlídce lze přistoupit k základní péči o zesnulého – k jeho omytí a oblečení. Tělo je vhodné uložit do vodorovné polohy na záda bez polštáře nebo s malou oporou pod hlavou. Doporučuje se nechat zesnulého přikrytého dekou, aby proces chladnutí probíhal pozvolna. Oční víčka lze jemně přivřít pomocí navlhčeného tamponu. Pokud je potřeba uzavřít ústa, lze použít jemný tlak nebo podpěru v podobě srolovaného ručníku pod bradu.

Rodina může tělo zesnulého umýt, učesat a případně oholit. V některých případech dochází k mimovolnému vyprázdnění, a proto se doporučuje použití hygienické podložky nebo pleny. Oblečení pro zesnulého by mělo odpovídat jeho přání nebo zvyklostem. Osobní šperky lze ponechat nebo odebrat, přičemž v případě cenností (např. předmětů ze žlutého kovu) je nutné tuto skutečnost zaznamenat do dokumentace.

Doporučuje se ztlumit topení a vyvětrat místnost. Rodina může pozvat další blízké k rozloučení se zesnulým.

K připraveným dokumentům by měly patřit občanský průkaz zesnulého, kartička zdravotní pojišťovny a případné lékařské zprávy. Lékař po provedení prohlídky vystaví list o prohlídce zemřelého ve více exemplářích, přičemž dva z nich zůstávají rodině (Marková a kol., 2021).

### 1.6.2 Právní aspekty úmrtí v domácím prostředí

Úmrtí je nutné bezodkladně nahlásit praktickému lékaři nebo lékařské službě první pomoci. Policii je třeba kontaktovat pouze v případě podezření na trestný čin nebo sebevraždu. Lékař může policii přivolat i v situaci, kdy zesnulý neměl v místě úmrtí trvalé bydliště. Do příjezdu policie by se s tělem nemělo manipulovat.

Povinná pitva se provádí v případech stanovených zákonem, například u dětí, žen zemřelých v souvislosti s těhotenstvím nebo u osob s implantovanými zářiči. U pacientů v paliativní péči lze od pitvy upustit, pokud je příčina úmrtí jednoznačná.

Objednání pohřební služby je plně v kompetenci rodiny. Lékaři a zdravotníci nesmí doporučovat konkrétní pohřební služby. Pokud pohřební služba dorazí nevyžádaně, rodina není povinna hradit její výjezd. Transport těla může probíhat v transportní rakvi nebo vaku, avšak na místo pohřbení musí být zesnulý přepraven v rakvi.

Zdravotní pojišťovny hradí náklady na prohlídku zemřelého, případnou pitvu a související převoz. Rodina se může v otázkách závěti obrátit na notáře, který poskytne právní poradenství (Marková a kol., 2021).

## 1.7 Duchovní péče

Duchovní (spirituální) péče je nedílnou součástí komplexní paliativní péče poskytované hospicovými a paliativními týmy. Zahrnuje existenciální, hodnotové, etické a náboženské dimenze lidského života, přičemž stabilita či narušení duchovní oblasti se odráží na fyzickém, psychickém i sociálním stavu pacienta.

Hospicová péče by měla zahrnovat odborníka na duchovní péči – kaplana, který se věnuje pacientům, jejich rodinným příslušníkům a členům hospicového týmu. Duchovní péče je nabízena jako možnost, nikoliv povinnost. Pacienti mají právo ji přijmout či odmítnout podle svého přesvědčení a individuálních potřeb (Marková a kol., 2021).

Paliativní péče se zaměřuje nejen na zvládání tělesných symptomů, ale také na smysluplné prožívání života v závěrečné fázi. Terminální onemocnění často konfrontuje pacienta s konečností existence a vyvolává otázky o utrpení, hodnotách a smyslu života. Duchovní podpora pomáhá pacientům reflektovat vlastní hodnoty a hledat osobní smysl prostřednictvím náboženských přesvědčení, rituálů či nenáboženských forem spirituality. Poskytuje prostor pro zpracování existenciálních otázek a podporuje celkovou pohodu, čímž doplňuje cíle paliativní péče o rozměr smysluplného prožívání života i v závěrečném stádiu nemoci (Lloyd-Williams, 2018).

### 1.7.1 Cíle, poslání a doporučení pro duchovní péči

Hlavním cílem duchovní péče je poskytnout pacientům a jejich blízkým oporu v hledání smyslu, pomoci při řešení duchovních dilemat a nabídnout podporu v období terminální fáze života. Tato péče by měla vést k posílení duchovní stability a pomoci pacientům čelit otázkám spojeným s koncem života s důstojností a vnitřním smírem.

Kaplan chrání důstojnost a autonomii každého pacienta a přistupuje k němu s nejvyšší možnou mírou empatie a respektu. Nabízí prostor pro sdílení životních zkušeností a příběhů, přičemž zachovává neutrální postoj, bez hodnocení či posuzování. Současně posiluje duchovní zdroje pacienta a chrání jej před jakoukoli formou duchovního nátlaku. Pomáhá řešit mezilidské vztahy a působí jako mediátor v případě rodinných či sociálních konfliktů. Striktně zachovává mlčenlivost o důvěrných skutečnostech a poskytuje duchovní péči pouze tehdy, pokud k tomu má odpovídající kvalifikaci a pacient si ji přeje. Doprovází pacienta i v situacích, kdy již není možná verbální komunikace, a poskytuje podporu i pozůstalým (Marková a kol., 2021).

## 1.8 Dříve vyslovené přání

Český právní systém umožňuje pacientům předem vyjádřit své preference ohledně zdravotní péče v případech, kdy nebudou schopni rozhodovat sami. Dříve vyslovené přání je právně uznaným projevem vůle osoby starší 18 let, kterým vyjadřuje, jakou léčbu si v budoucnu přeje či nepřeje. Tento dokument je klíčovým nástrojem pro zajištění respektu k pacientově autonomii a pro rozhodování zdravotníků v situacích, kdy pacient není schopen sdělit své aktuální přání. Zároveň představuje mechanismus, který napomáhá předcházet eticky i právně složitým situacím v rozhodování o poskytování zdravotní péče (Marková a kol., 2021).

### 1.8.1 Struktura a podmínky platnosti dříve vysloveného přání

Dříve vyslovené přání se skládá ze dvou částí: samotného vyjádření pacienta o rozsahu a obsahu zdravotní péče a písemného poučení pacienta lékařem o právních a medicínských aspektech rozhodnutí. Míru a rozsah poučení zákon blíže nespecifikuje, avšak pacient by měl mít dostatek času na promyšlení svého rozhodnutí a na konzultaci se svojí rodinou, lékařem, právníkem či duchovním. Zároveň je vhodné pacientovi poskytnout srozumitelné informační materiály, které mu pomohou pacientovi zvážit různé scénáře a možnosti péče. Platnost dříve vysloveného přání je podmíněna písemným poučením pacienta lékařem. Nikdo nesmí být k sepsání tohoto dokumentu nucen a nelze jej podmiňovat přijetím do zdravotnického zařízení (Marková a kol., 2021).

### 1.8.2 Praktické aspekty uplatnění dříve vysloveného přání

Dříve vyslovené přání má přednost před tzv. stavem nouze, kdy by jinak zdravotníci byli povinni zachraňovat život za každou cenu. Pokud pacient v dříve vysloveném přání výslovně odmítne určitý zákrok a není již schopen nového rozhodnutí, neměl by být tento zákrok proveden ani v případě, že je nezbytný pro záchranu života. Naopak pacient může v dokumentu specifikovat situace, kdy si přeje podstoupit určitou léčbu pouze za předpokladu reálné naděje na zlepšení zdravotního stavu. Důležitou součástí dříve vysloveného přání je co nejpřesnější popis situací, ve kterých má být respektováno. Pacient může například stanovit, že si nepřeje určité medicínské zásahy v konečné fázi života či v případě nevratného poškození vědomí. Přestože zákon nevyžaduje podrobné poučení o každém jednotlivém opatření, měly by být pacientovi srozumitelně vysvětleny jejich možné přínosy i rizika.

Dokument by měl být jasně formulovaný a měl by být součástí zdravotnické dokumentace pacienta, aby byl dostupný všem zdravotníkům pečujícím o pacienta, včetně případných převozu mezi zdravotnickými zařízeními. Dříve vyslovené přání nelze využít k požadavku na eutanázii nebo asistovanou sebevraždu, neboť tyto postupy nejsou v České republice legální a jejich provedení by bylo považováno za trestný čin.

Zákon rozlišuje dvě varianty dříve vysloveného přání. První variantou je dokument sepsaný pacientem, který vyžaduje součinnost lékaře. Druhou variantou je záznam dříve vysloveného přání v lékařské dokumentaci pacienta při jeho přijetí do lůžkového zdravotnického zařízení nebo v průběhu hospitalizace. Tento dokument je klíčovým nástrojem pro ochranu pacientových práv a zajištění péče v souladu s jeho hodnotami a preferencemi (Marková a kol., 2021).

## 1.9 Biopsychosociální a spirituální potřeby pacienta

Pro sestru v paliativní péči je důležité usilovat o naplněný život, pěstovat mezilidské vztahy, vnímat krásu v umění, přírodě a každodenních okamžicích. Vděčnost za život a vědomí vlastní smrtelnosti může pozitivně ovlivnit její vztah k pacientům i jejich rodinám.

Člověk jako pacient očekává, že bude přijímán se všemi projevy a důsledky nemoci, že jeho otázky nebudou bagatelizovány a že bude respektována jeho minulost i hodnoty. Zdravotnický tým by měl každého vnímat jako jedinečnou osobnost a zajímat se o jeho příběh. Ani časový tlak by neměl být překážkou. I během běžné péče může vzniknout prostor pro naslouchání, který posiluje důvěru a kvalitu vztahu.

Skutečné přijetí druhého vyžaduje empatii. Nikoliv ve smyslu „vím, jak bych se cítil na tvém místě“, ale jako schopnost porozumět tomu, co druhý prožívá, i když bychom jeho situaci sami vnímali jinak.

Vnímání sebe sama je navíc ovlivněno pohlavím, biologicky i psychosociálně, a s tím souvisejícími očekáváními společnosti. Každé životní období přináší určité úkoly, které může těžká nemoc narušit. Například matka může i nadále cítit odpovědnost za děti, otec může potřebovat jistotu, že rodina bude zabezpečena. Uznání těchto potřeb a podpora v jejich naplňování přispívají k vnitřnímu klidu nemocných.

Pacienti i jejich blízcí se často potýkají s pocitem ztráty budoucnosti. Je důležité nebagatelizovat jejich bolest – možnost plakat a být při tom přijat je zásadní. Zároveň by neměla být opomíjena potřeba smíchu – přehnaně vážná atmosféra není vždy ku prospěchu. Humor a radost mohou být důležitými nástroji, které pomáhají nemocným nést jejich situaci s větší lehkostí a zachovat si důstojnost (Marková, 2010).

### 1.9.1 Strach ze smrti

Strach ze smrti je hluboká a univerzální zkušenost, která se u člověka projevuje zejména pocitem osamocení a úzkostí. V současné společnosti je konec života často skrytý, nemocní jsou izolováni v nemocnicích a jen malé procento lidí má možnost umírat doma, ve známém prostředí. Přitom fyzická blízkost, dotyk, pohled do očí a gesta uznání jsou zásadní pro pocit, že je život hodnotný a že smrt není koncem, ale součástí přirozeného pokračování života.

Osamělost a nedostatek podpory mohou vést k intenzivní vnitřní bolesti. Člověk touží být užitečný, obklopen rodinou nebo blízkými, sdílet své prožitky a být milován. Pokud tyto potřeby nejsou naplněny, například v důsledku narušených vztahů, vzniká silný psychický tlak, který může prohlubovat úzkost a strach.

Otevřený či skrytý boj se smrtí nelze léčit farmakologicky. Každý umírající potřebuje cítit hodnotu a důstojnost. Zde přichází role hospicových týmů, které zajišťují péči respektující osobnost člověka, s minimalizací fyzického utrpení a bez samoty. V prostředí, kde je nemocnému zajištěn doprovod a podpora, se strach zmírňuje a nastupuje pocit bezpečí.

Důležitou součástí této péče je naděje. Každý člověk má přirozenou touhu po pokračování života a zvláště v závěrečném období je tato potřeba výrazná. Duchovní podpora a doprovázení umožňují pacientovi prožívat smysl života i tváří v tvář smrti. Pokud nemocný nemá kolem sebe lidi, kteří mu poskytují naději a naslouchají jeho obavám, může se cítit bezmocný,

zoufalý a izolovaný. Přítomnost empatických osob, možnost odpuštění a pocit bezpečí výrazně snižují úzkost a přinášejí psychickou úlevu.

V závěru života se člověk často vrací k základním existenciálním potřebám, které připomínají dětský věk – a to k potřebě lásky, bezpečí, dotyku a porozumění beze slov. Pokud tyto potřeby nejsou naplněny, dochází k výraznému neklidu a psychickému vyčerpání. Z tohoto pohledu je doprovázení, podpora a respekt k důstojnosti pacienta klíčovou součástí péče o nemocné v terminálním stádiu, stejně zásadní jako zvládnání fyzických a psychosociálních symptomů (Siberová, 2019).

### 1.9.2 Zajištění symptomatické léčby a tišení bolesti

Pacienti s pokročilým onemocněním často trpí širokou škálou obtíží, mezi které patří bolest, dušnost, nechutenství, ztráta hmotnosti, únava, nevolnost, zvracení, úzkost, deprese a zmatenost. Symptomatická paliativní péče je proto klíčovou součástí domácí hospicové péče, jejímž cílem je zmírnit tyto obtíže a zajistit pacientovi co nejvyšší kvalitu života. V domácím prostředí se tak pacienti mohou soustředit na prožívání času s rodinou, zatímco péče o zdravotní potřeby zůstává kontinuálně zajištěna.

Bolest a dušnost patří mezi nejvíce omezující symptomy. Moderní medicína umožňuje účinné tlumení bolesti prostřednictvím analgetik a podpůrných postupů, přičemž složitější bolesti vyžadují odbornou algeziologickou péči. Dušnost, často kombinovaná s úzkostí, se řeší hledáním příčiny a jejím cíleným odstraněním, doplněným o vhodné přístroje a pomůcky, jako je koncentrátor kyslíku. V případě výrazného nepohodlí lze přistoupit ke krátkodobé sedaci.

Dalším významným problémem je narušení výživy a ztráta hmotnosti, zejména u pacientů s nádory trávicího traktu, hlavy a krku či plic. Nutriční podpora je součástí komplexní péče, přičemž u terminálně nemocných pacientů se klade důraz především na jejich komfort a preference. Úprava jídelníčku podle chuti, konzistence a individuálních možností, podávání tekutin po malých dávkách a případné cílené léky podporující chuť k jídlu přispívají ke zlepšení kvality života. Stejně tak je nutné pečlivě sledovat a řešit nevolnost, zvracení a zácpu, přičemž součástí péče jsou úpravy stravy, preventivní opatření a v případě potřeby cílená medikace či mechanické zásahy.

Únava, slabost a poruchy spánku významně ovlivňují každodenní život pacientů. Intervence zahrnují úpravu denních aktivit, střídání odpočinku a pohybu, podporu psychického stavu a případnou farmakoterapii. Pravidelná, i mírná fyzická aktivita může zlepšit celkovou energii a subjektivní pocit pohody.

Psychické obtíže, jako jsou úzkost, deprese nebo delirium, jsou u pokročile nemocných pacientů časté a vyžadují citlivý přístup. Otevřená a podpůrná komunikace, naslouchání a empatie patří mezi základní strategie. Pokud tyto postupy nejsou dostatečné, lze využít cílenou farmakoterapii s ohledem na prognózu a aktuální stav pacienta. V terminálních fázích nemoci může být v případě výrazného neklidu nezbytná dočasná sedace, s cílem zachovat co nejvyšší možnou bdělost a komfort.

Domácí hospicová péče tak spojuje symptomatickou léčbu s podporou psychického stavu, výživy a celkové pohody pacienta. Zajišťuje kontinuitu zdravotní péče, umožňuje pečujícím odpočívat a regenerovat síly, čímž podporuje udržení péče doma po delší dobu. Tento přístup zároveň

snižuje četnost hospitalizací a optimalizuje využití zdravotnických kapacit, což má pozitivní dopad jak na kvalitu života pacientů, tak na efektivitu celého systému zdravotní péče (Marková 2021).

## 1.10 Etické aspekty péče o umírající pacienty

Pracovníci v oblasti paliativní a hospicové péče se denně setkávají s procesem umírání a se smrtí. Úkolem multidisciplinárního týmu je zajistit pacientovi co nejdůstojnější odchod ze života a podpořit ho v dosažení smíření s jeho situací. Současně musí členové týmu čelit celé řadě etických výzev.

K nejčastěji diskutovaným etickým otázkám patří hodnocení prospěšnosti různých forem paliativní péče, respektování individuality pacienta a jeho práva na seburčení, pravdivé informování nemocného a jeho rodiny, rozhodování o ukončení neefektivní léčby či případné odepření další terapie, problematika informovaného souhlasu, spravedlivý přístup k poskytované péči a zohlednění přání pacientů se zhoršenou schopností komunikace. Součástí etických úvah je rovněž práce s pozůstalými.

Etická dilemata jsou častá a pracovníci jsou někdy nuceni hledat náhradní postupy, které umožňují péči zajistit, ale ne vždy v ideální podobě. Mezi hlavní překážky dle autora patří:

- Nedostatečné vzdělávání lékařů v oblasti komunikace a etiky péče o pozůstalé – nedostatek dovedností citlivě komunikovat s pacienty a jejich blízkými v těžkých situacích.
- Přesuny pacientů do léčeben dlouhodobě nemocných (LDN) – překládání pacientů do prostředí, které nespĺňuje představy kvalitní péče, může vyvolávat vnitřní etický konflikt.
- Role praktických lékařů – omezená aktivita praktických lékařů v domácí paliativní péči a nedostatečná koordinace péče s pacientem a jeho rodinou.
- Časové omezení úkonů paliativní péče – nesoulad mezi skutečnou časovou náročností a časem stanoveným kódy úkonů, který může vytvářet prostor pro etické kompromisy.

Z pohledu pracovníků představuje hospic prostor, kde je možné více se řídit skutečnými potřebami pacientů, nikoli jen legislativními omezeními. To vyžaduje někdy riskovat a překračovat rigidní normy, aby byla poskytována péče v duchu skutečné paliativní filozofie (Tomeš a kol., 2015).

Profesionální práce s umírajícími klade vysoké nároky na etické rozhodování a vyžaduje systematické vzdělávání prostřednictvím stáží, seminářů, výcviků a supervizních setkání. Tato opatření umožňují pracovníkům nahlížet na etická dilemata s odstupem a hledat optimální řešení, což je pro poskytování kvalitní paliativní péče nezbytné.

## 1.11 Psychická zátěž a syndrom vyhoření u zdravotníků

Syndrom vyhoření, známý také jako burn-out, je psychický stav charakterizovaný chronickým stresem, který postupně ovlivňuje všechny oblasti života. Poprvé jej popsal americký psychoanalytik H. J. Freudenberger v roce 1974, kdy jej spojoval s chronickými uživateli drog. Postupem času se však ukázalo, že postihuje především pracující osoby, které prožívají

dlouhodobou psychickou a fyzickou zátěž, zejména v tzv. pomáhajících profesích – lékaře, zdravotní sestry, pedagogy, sociální pracovníky, psychology či policisty – u nichž nároky, zodpovědnost a administrativní zátěž často převyšují možnosti jedince aktivně ovlivnit dění. Syndrom vyhoření se však neomezuje pouze na pracovní prostředí. Může postihnout také osoby dlouhodobě upoutané na domácnost, matky na mateřské dovolené, seniory či osoby se zdravotním postižením, které zažívají frustraci z rutinních povinností a nedostatku uznání.

Hlavními projevy jsou emoční vyčerpání, oslabení kognitivních funkcí, snížení motivace a schopnosti soustředit se. Dlouhodobý stav vede k poklesu pracovní výkonnosti, rezignaci na zdravé návyky, zvýšené úzkosti, depresivním stavům a tělesným potížím, jako jsou poruchy spánku, bolesti hlavy, zažívací potíže či kardiovaskulární onemocnění. U zdravotnických pracovníků se může navíc projevit cynickým přístupem k pacientům, nezájmem o péči či neschopností plnit běžné pracovní úkoly, což přímo ohrožuje kvalitu poskytované péče.

K rozvoji syndromu významně přispívá dlouhodobý stres, „sendvičová“ pozice jedince, kdy je vystaven tlaku shora i zespodu, a nemožnost významně ovlivnit pracovní procesy. Ve zdravotnictví se k tomu přidává kontakt s nemocí, utrpením a smrtí pacientů, fyzická a psychická náročnost práce, opakovaná interakce s pacienty a situace, kdy snaha o záchranu života končí neúspěchem. Nejvíce ohroženi jsou proto pracovníci onkologických oddělení, domovů pro seniory nebo zdravotničtí záchranáři, kteří se pravidelně setkávají s traumatickými událostmi.

Prevence syndromu vyhoření vyžaduje uvědomělý a komplexní přístup. Patří sem pravidelná fyzická aktivita, dostatek sociálních vztahů, vyvážené pracovní podmínky a schopnost oddělit profesní a osobní život. Důležitá je také emoční ventilace, schopnost reflektovat vlastní stav a v případě potřeby vyhledat odbornou pomoc, například psychologa nebo psychoterapeuta.

Syndrom vyhoření se nevyvíjí náhle. Jeho nástup je postupný a často obtížně rozpoznatelný, přesto tělo a mysl signalizují potřebu změn. Zastavení jeho procesu je složité, ale možné prostřednictvím obnovení aktivit, které jedinci přinášejí naplnění a radost. Tak lze postupně vybudovat „rezervoár síly“ potřebný k zvládnutí náročných situací a prevenci dalšího psychického vyčerpání. Význam prevence spočívá nejen v ochraně zdraví jedince, ale také v zajištění bezpečné a kvalitní péče, udržení pracovních výkonů a ochraně sociálního prostředí, které jedince obklopuje (Modrá kniha ČOS, 2025; Paliativní péče, b. r.).

### **1.11.1 Emocionální náročnost péče o umírající**

U všeobecných sester sehrává klíčovou roli způsob, jakým proběhne jejich první profesní setkání se smrtí, k němuž, jak uvádí Marková, obvykle dochází během odborné praxe ve druhém či třetím ročníku studia. Tato zkušenost představuje významný moment profesního zrání, a proto je důležité, aby byla budoucím sestrám věnována příprava nejen na teoretické úrovni, ale zejména v samotné praxi. Zásadní podporou v takové situaci je poskytnout mladé sestře prostor pro zpracování události – umožnění vyjádření emocí, včetně pláče, a otevřít možnost mluvit o celé situaci jak bezprostředně, tak i s časovým odstupem.

V opakovaných setkáních se smrtí je důležité, aby si sestra postupně osvojila schopnost najít rovnováhu mezi osobním zaujetím a profesionálním odstupem. Tato hranice je individuální a nejlépe se rozpoznává v prostředí, kde může dojít ke sdílení zkušeností se zkušenějšími kolegy.

Smutek je přirozenou reakcí na ztrátu a jeho autentické prožití je zásadní pro duševní rovnováhu i prevenci psychických obtíží. Úmrtí pacienta je významnou ztrátou, jejíž intenzita souvisí s hloubkou vztahu mezi sestrou a pacientem. Začínající sestry kromě bolesti ze ztráty často čelí i narušení dosavadních představ o medicíně, uzdravení a lidské všemohoucnosti. Tyto souvislosti by neměly být přehlíženy vedoucím pracovníkem.

Pokud smutek přeroste v hluboký žal, spojený s pocity zoufalství, a není dostatečně zpracován, může vyústit v depresivní stav. Přijetí a prožití žalu je nezbytné nejen pro vlastní psychické zdraví, ale i pro možnost autentické podpory pacientů a jejich blízkých. Každý člověk přistupuje k truchlení odlišně – někomu pomáhá otevřený rozhovor, jiný dává přednost tichému soukromému prožívání. Přestože smutek by neměl zdravotníka paralyzovat, jeho přijetí je klíčové pro obnovení vnitřní rovnováhy a návrat sil. Ačkoli biologická funkce smutku není zcela objasněná, lze předpokládat, že má význam v sociální signalizaci i reorganizaci vnitřních a vnějších procesů. Je proto důležité, aby i odborníci připustili projev smutku, včetně pláče – zejména pokud byl jejich vztah k pacientovi hlubší. Potlačování emocí vede k vyčerpání, zatímco přijetí smutku umožňuje vnitřní obnovu a posiluje schopnost péče.

V týmu paliativní péče se doporučuje zavádění symbolických rituálů rozloučení, jako je zapálení svíčky, položení květiny na lůžko nebo účast na bohoslužbě. Jedním z nepřirozenějších projevů hlubokého smutku je pláč. Přesto se stává, že mladším sestrám bývá projev emocí vyčítán, jako by profesionalita znamenala ztrátu lidskosti. Pláč je však normální lidskou reakcí, nikoliv slabostí.

První zkušenost se smrtí by proto měla být zahrnuta do odborné přípravy již během studia. Vedoucí praxe a sestry odpovědné za studenty by měly vytvářet bezpečný prostor pro zpracování této zkušenosti a legitimizovat projev emocí. Plakat je dovoleno. Ani v pozdějších fázích profesního života není výjimkou, že některá úmrtí zasáhnou zdravotníka silněji. I tehdy je důležité dát si prostor pro prožití ztráty. V rámci kolektivu by mělo být akceptováno, že i zdravotník může být v jistém smyslu „pozůstalým“ a že zpracování žalu je individuální proces, který vyžaduje čas i pochopení (VZP, 2021; Přehlednější zdravotnictví, 2022).

### **1.11.2 Možnost prevence a zvládání stresu u zdravotníků**

Jedním z nejčastěji zmiňovaných problémů v oblasti hospicové péče je syndrom vyhoření a s ním související potřeba regenerace. Zaměstnanci hospiců se dlouhodobě pohybují pod vysokou psychickou i fyzickou zátěží, a pokud nemají prostor k řešení vlastních osobních problémů či k obnově sil, stávají se rizikovou skupinou ohroženou vyhořením. Regenerace je proto vnímána jako klíčový nástroj prevence. Zdravotníci opakovaně zdůrazňují význam dostatečného odpočinku, přičemž za zásadní považují možnost delší dovolené. Tento prvek je důležitý nejen z hlediska ochrany duševního zdraví, ale také z pohledu etiky péče – vyčerpaný pracovník není schopen poskytovat pacientovi plnohodnotnou podporu.

Pozitivní zkušenosti z praxe potvrzují, že flexibilní přístup zaměstnavatele a otevřenost k potřebám zaměstnanců mohou mít zásadní význam. Ukazuje to příklad pracovníka, který po vyčerpání čerpal tříměsíční volno a po návratu vykazoval výrazně vyšší pracovní výkon i pozitivnější přístup k pacientům (Tomeš a kol., 2015).

Podpora zvládnání stresu a motivace spočívá nejen v individuálním přístupu, ale i v prostředí, které umožňuje otevřenou komunikaci, sdílení pozitivních zkušeností a pravidelné oceňování odvedené práce. Vnější ocenění, například vděčnost pozůstalých, může být významným zdrojem profesního uspokojení. Kromě toho patří mezi efektivní nástroje podpory motivace systematická supervize, kvalitní zpětná vazba, promyšlené hodnocení práce a podpora profesního rozvoje.

Hodnocení výkonu v paliativní péči má však svá specifika. Dle Markové (2010) se úspěch v paliativní péči odvíjí od následujících ukazatelů: úrovně komunikace, kvality doprovázení, týmové spolupráce a dopadu na celkovou pohodu pacienta i rodiny. Zpětná vazba a hodnocení kromě prevence přetížení a podpory motivace zdravotníků pomáhají také naplňovat cíle organizace a poskytují cenné podněty pro ošetřovatelský výzkum.

### 1.11.3 Osobní motivační faktory zaměstnanců v paliativní péči

Motivace sester v paliativní péči je zásadním faktorem ovlivňujícím nejen kvalitu poskytované péče, ale i profesní stabilitu a psychickou pohodu samotných pracovníků. V této oblasti nelze spoléhat na klasické ukazatele úspěchu, jako jsou uzdravení pacienta nebo jeho propuštění do domácí péče. O to důležitější je, aby zdravotníci nacházeli smysl ve vědomém doprovázení pacienta a jeho rodiny v závěrečných fázích života. Profesní uspokojení pak může pramenit z hlubší reflexe vlastního přínosu – například z pocitu, že konkrétní zásah zlepšil kvalitu pacientova života, přinesl úlevu nebo pomohl jeho blízkým zvládnout náročnou situaci.

Motivace je vždy individuální a úzce souvisí s osobnostním nastavením, hodnotovými prioritami a životními postoji jednotlivce. Každý člen týmu má své nezastupitelné místo a potřebuje být podpořen způsobem, který odpovídá jeho typu motivace. Marková (2010) uvádí několik klíčových osobnostních motivátorů, které se u jednotlivých pracovníků mohou různě kombinovat:

- Finanční odměna – zásadní pro pracovníky silně orientované na výkon a odměnu. Pokud má vedoucí dostatek finančních prostředků, lze s tímto typem pracovníků efektivně pracovat.
- Sociální status – motivace vycházející z touhy po uznání a společenském postavení. Může být silným hnacím motorem, ale také zdrojem rivality či intrik.
- Pracovní výkon a výsledky – klíčový faktor u soutěživých a cílevědomých jedinců, kteří chtějí vyniknout a dosahovat konkrétních cílů.
- Přátelské vztahy – priorita pro ty, kteří upřednostňují harmonické mezilidské prostředí před výkonem či odměnou.
- Jistota a stabilita – důležité faktory pro pracovníky, kteří se soustředí na odborný růst, kvalifikaci a zvyšování kompetencí.
- Samostatnost – podstatná pro jedince, kteří mají potřebu tvořit, inovovat a přinášet nová řešení ve prospěch pacientů i týmu.

Manažer by měl být schopen tyto motivační vzorce rozpoznat a cíleně s nimi pracovat. Současně je ale důležité, aby si každá sestra byla vědoma své vlastní motivační struktury. Jen tak může aktivně vyhledávat činnosti, které jí přinášejí pocit naplnění, ať už jde o odborný růst, pozitivní vazby, kreativitu nebo zpětnou vazbu od pacientů a kolegů (Marková, 2010).

## 1.12 Financování domácí hospicové péče

Hospicová péče se dlouhodobě potýká s problémem financování, které má zásadní dopad na její každodenní činnost. Výše finančních zdrojů není stabilní, každoročně kolísá a nutí poskytovatele hledat nové formy podpory. Tento tlak se následně odráží i v samotné kvalitě péče. Nejistotu prohlubuje nedostatečný rozsah státního financování a zpoždění při vyplácení příspěvků. Většina hospiců funguje jako nezisková organizace, které jsou odkázány na externí pomoc.

Dalším faktorem je nízká úroveň mezd, která negativně ovlivňuje motivaci a spokojenost zaměstnanců. Přestože míra fluktuace v mobilních i lůžkových hospicích není vysoká, pracovníci často uvádějí, že důvodem jejich setrvání je spíše vnitřní pocit smysluplnosti a naplnění nežli finanční ohodnocení.

Pro zachování udržitelnosti hospicových služeb je nezbytné vytvořit stabilní finanční a sociální podmínky pro pečující osoby. Patří sem například legislativně zajištěná možnost čerpat pracovní volno, dostatek finančních prostředků či funkční systém sociální podpory a koordinace služeb. Tyto prvky jsou základním předpokladem pro zajištění optimálního fungování hospicové péče a poskytování kvalitní podpory pacientům (Tomeš a kol., 2015).

## 1.13 Zdravotní odlehčovací (respitní) péče

Zdravotní respitní péče představuje specifickou formu podpory, která doplňuje systém domácí, pečovatelské, odlehčovací a asistenční péče. Jejím hlavním cílem je umožnit pečujícím osobám nezbytný odpočinek a regeneraci sil, aniž by došlo k přerušení odborné zdravotní péče o pacienta. Tato služba je určena především rodinám, které dlouhodobě a intenzivně pečují o člena s vážným, život limitujícím nebo ohrožujícím onemocněním.

Na rozdíl od běžných odlehčovacích služeb zajišťuje zdravotní respitní péče nejen dohled a podporu, ale i kontinuální poskytování zdravotních úkonů – například aplikaci léků, péči o výživové sondy, katétry či monitorování zdravotního stavu. Péče může být poskytována v domácím prostředí pacienta, ve specializovaných centrech nebo v lůžkových zařízeních a vždy je indikována lékařem.

Volba doplňkových forem podpory závisí na potřebách pacienta a jeho rodiny. Doporučuje se zjistit, jaké služby jsou dostupné v okolí, a vycházet ze zkušeností ostatních, aby se předešlo metodě pokus–omyl, která by mohla vést k odmítnutí péče ze strany pacienta. Vhodné je postupovat pozvolna – začít například s menším rozsahem pomoci a po osvědčení službu rozšiřovat.

Autor uvádí následující základní druhy služeb podle typu podpory:

- Agentury domácí péče (home care) – zdravotnické výkony v domácím prostředí na základě indikace praktického lékaře, hrazené zdravotní pojišťovnou (např.: odběry krve, ošetření proleženin, rehabilitace).
- Pečovatelské služby – pomoc s běžnými nezdravotnickými úkony (hygiena, strava, doprovod, podpora v domácnosti).
- Odlehčovací služby – pravidelná nezdravotnická podpora zaměřená na úlevu rodinných pečujících.

- Asistenční služby – terénní osobní asistence bez časového omezení, orientovaná na nezdravotnické potřeby nemocného.

Zavedení zdravotní respitní péče přináší prokazatelné výhody jak pacientům, tak jejich rodinám. Pečujícími poskytuje prostor k regeneraci a snižuje riziko syndromu vyhoření, čímž zlepšuje kvalitu života celé rodiny. Z hlediska systému zdravotnictví přispívá ke snížení počtu hospitalizací a efektivnějšímu využití zdravotnických zdrojů.

Zahraniční zkušenosti potvrzují, že dostupnost této péče umožňuje rodinám udržet péči o nemocného v domácím prostředí po delší dobu a pacientům poskytuje možnost prožívat závěr života důstojným a přirozeným způsobem. V ČR je zdravotní respitní péče zatím v procesu legislativního zakotvení, její rozvoj však představuje nezbytný krok k modernizaci systému podpory dlouhodobě nemocných a jejich pečujících (Pochmanová, 2015; ČSPM, 2025).

### **1.13.1 Pomůcky jako cesta k důstojné péči**

Péče o blízkého představuje velkou fyzickou i psychickou zátěž. Kompenzační a pečovatelské pomůcky dokážou tuto náročnost zmírnit – usnadňují manipulaci, hygienu i komunikaci a současně zlepšují kvalitu života jak pečovaného, tak i pečujících. Jejich využití není projevem slabosti, ale praktickým a bezpečným řešením. Chrání zdraví pečujícího, podporují důstojnost a bezpečí osoby, o kterou je pečováno, a celkově péči zjednodušují.

Mezi nejčastější pomůcky patří polohovací lůžka, která umožňují snadno měnit polohu, nastavovat výšku a snižovat riziko proleženin. Toto riziko mohou ještě více snížit antidekubitní matrace nebo podložky. Zvedáky, pojízdné židle nebo skluzné podložky pak usnadňují manipulaci a přesuny. Osobám s omezenou schopností řeči pomáhají piktogramy, komunikační tabulky či dotykové technologie.

Některé pomůcky hradí zdravotní pojišťovna na základě předpisu od lékaře. Další lze krátkodobě zapůjčit v půjčovnách zdravotnických potřeb nebo prostřednictvím pečovatelských služeb a neziskových organizací. Pomůcky, které jsou potřebné dlouhodobě, je možné zakoupit ve specializovaných prodejnách.

Investice do vhodných pomůcek šetří čas, síly i zdraví a zároveň pomáhá udržovat rovnováhu v rodinných vztazích. Pokud má pečující pocit, že péči sám nezvládá, je důležité vyhledat odbornou podporu odborníků nebo sociálních služeb. Nikdo v této roli není sám – vhodně zvolená pomůcka může být prvním krokem k větší pohodě celé rodiny (Opora Diakonie, 2025).

## **1.14 Podpora pečovatelů a rodiny v paliativní péči**

Podpora kvality života rodin pečujících o nevléčitelně nemocné a snížení zátěže pečovatelů patří mezi hlavní cíle ošetrovatelských intervencí. Péče by měla zahrnovat nejen samotného nemocného, ale také pečovatele a další členy rodiny, a to prostřednictvím komplexních opatření reflektujících psychické, sociální, spirituální i etické aspekty. Tyto intervence začínají okamžikem oznámení život limitujícího onemocnění, pokračují v terminálním stádiu nemoci a často zahrnují doprovázení pozůstalých po dobu až jednoho roku po úmrtí pacienta. Součástí péče je rovněž rozvoj edukačních programů zaměřených na praktické i emocionální aspekty role pečovatele (Kuncová, 2016).

### 1.14.1 Podpora pečovatелů ve fázi prae finem

Cílem této fáze je pomoci rodinám přijmout roli pečovatele, což umožní lepší předvídání konkrétních situací a pochopení, jak správně reagovat. Péče o umírajícího vyžaduje od rodiny psychickou odolnost, ovlivňuje jejich tělesný stav, zasahuje do sociálních vztahů a často aktivuje duchovní otázky, hodnoty a víru.

Autor poukazuje na to, že péče o umírající negativně ovlivňuje kvalitu života pečovatелů i ostatních členů rodiny. Pro primární pečovatele je klíčová spokojenost nemocného, otevřená komunikace, informovanost a psychosociální podpora od multidisciplinárního týmu. Kuncová (2016) identifikuje tři hlavní oblasti potřeb rodin: vědomosti, aktivity a způsob života.

Vědomosti zahrnují informace o nemoci, prognóze, obtěžujících symptomech, léčbě, a zdravotním vývoji pacienta. Důležitá je rovněž znalost alternativních forem péče a dostupných finančních či materiálních zdrojů podpory. Praktická podpora spočívá v zajištění kontaktu s agenturami domácí péče, paliativními službami či podpůrnými skupinami.

Aktivity zahrnují péči o nemocného, minimalizaci symptomů, pomoc s léky, hygienu i další odborné činnosti. Současně zahrnují přerozdělení rolí, změny v chodu domácnosti a přizpůsobení denních úkolů potřebám péče.

Způsob života se týká schopnosti rodiny a nemocného otevřeně komunikovat o emocích, zvládat smutek, pocit viny či úzkost, získat čas pro sebe a využívat sociální oporu, čímž se snižuje pocit osamělosti. Maslowova hierarchie potřeb zdůrazňuje, že zvládnutí negativních emocí vyžaduje zajištění základních potřeb, odpočinku, relaxace a seberealizace. Respirační služby jsou klíčové, protože umožňují pečovatелům přerušit péči a věnovat se jiným aktivitám, čímž se snižuje psychosociální zátěž.

Specializované edukační programy mohou rodiny připravit na péči o umírajícího, rozšířit jejich znalosti a dovednosti v oblastech bolesti, fyzické, psychosociální a spirituální péče, komunikace a denní péče. Tyto programy pomáhají minimalizovat zátěžové faktory a zvyšují subjektivní pohodu a spokojenost pečovatele. (Kuncová, 2016)

Součástí komunikace a vztahu mezi pacientem, rodinou a zdravotnickými pracovníky může být také humor. Ten může být přirozenou součástí závěrečného období života. Mnozí pacienti si i přes závažnost situace uchovávají nadhled a schopnost žertovat, což pomáhá uvolnit napětí a vytváří prostor pro otevřenější komunikaci. Společné vtipy, například představy o podobě nebe či každodenních starostech, které tam už nebudou mít místo, přinášejí lehkost do jinak náročných rozhovorů. Humor zde neplní pouze zábavnou funkci, ale slouží jako prostředek sdílení, posilování vztahů a otevírání hlubších témat, jako je naděje, smíření či vzpomínky na blízké, kteří již zemřeli.

V hospicové péči se opakovaně potvrzuje, že pokud se podaří účinně tlumit bolest a další obtěžující symptomy, zajistit naplnění základních potřeb a citlivě pacienta doprovodit k přijetí vlastní situace, dochází často k výraznému zklidnění. Tento stav se může projevit i navenek, a to uvolněním mimiky, vyhlazením napětí ve tváři a celkovým dojmem pokoje. Smrt pak nepůsobí dramaticky, ale spíše jako završení procesu, ve kterém pacient dosáhl smíření a důstojného odchodu (Svatošová a Palán, 2019).

### 1.14.2 Podpora pečovatелů ve fázi in finem a post finem

Péče o rodinné pečovatele v závěrečné fázi života pacienta často nebývá dostatečně zajištěna, přesto se v této etapě projevují silné emoční a psychosociální zátěže, jako je strach, bezmoc, úzkost nebo smutek. Anticipace úmrtí umožňuje rodinám připravit se na blížící se ztrátu, podporuje proces odloučení a usnadňuje následné vyrovnání se se smrtí blízkého.

Je nezbytné informovat pečovatele o fyzických i psychických projevech konce života – pokles energie, odmítání potravy, snížený zájem o okolí či předsmrtné stavy, euforie a kóma. Ošetrovatelská intervence v této fázi podporuje rozpoznání a ventilaci emocí, což přispívá k prevenci komplikovaného smutku a usnadňuje adaptaci rodiny na nové situace.

Po úmrtí pacienta pokračuje péče o pozůstalé. Dochází ke změnám rolí, funkcí a priorit v rodině. Smutek se může projevovat na emoční, vegetativní, kognitivní i behaviorální úrovni a jeho průběh není vždy lineární. Zásadní je poskytovat podporu, která umožní prožít smutek jako přirozenou reakci na ztrátu a předejít jeho patologizaci.

Rizikové faktory komplikovaného truchlení lze dle autora rozdělit do tří kategorií:

- Situační – nepředvídatelné či náhlé úmrtí, další stresové události (zdravotní či finanční problémy)
- Individuální – věk, vztah k zesnulému, pohlaví, předchozí zkušenosti s truchlením
- Prostředí – sociální a kulturní kontext, dostupnost podpory a síť sociálních kontaktů

Ošetrovatelské zásahy zahrnují: poskytování prostoru pro truchlení; podporu při identifikaci a ventilaci emocí; potvrzení, že pečovatel udělal vše, co bylo možné; nabídnutí sociální podpory; poskytnutí informačních materiálů; možnost následných návštěv či účast na vzpomínkových akcích.

Pro osoby s rizikem komplikovaného truchlení se osvědčují preventivní intervence, jako jsou individuální či skupinová terapie, behaviorální modely terapie a podpora adaptace na život bez zesnulého. Tyto postupy pomáhají zlepšit rodinnou dynamiku, posílit vzájemnou podporu

a umožnit pozůstalým adaptovat se na novou situaci (Kuncová, 2016).

### 1.14.3 Psychosociální aspekty osamělosti u pozůstalých

Podle Martina Kupky a kolektivu (2024) může nedostatečná sociální opora významně ovlivnit průběh truchlení a přispět k jeho prodloužení či komplikacím. Samotná ztráta blízkého však nebývá jediným zdrojem osamělosti. Úmrtí často otevírá dřívější nevyřešené zkušenosti a stará zranění, která mohou proces vyrovnávání se se ztrátou dále zatěžovat. Není proto výjimečné, že pocity osamělosti byly přítomné již před úmrtím a smrt blízkého je pouze zvýraznila.

Úkolem odborníků je poskytovat stabilní podporu a pomáhat pozůstalým hledat dostupné zdroje opory. Důraz se klade na rozvoj sebepečce, laskavého přístupu k sobě samému, posilování pocitu bezpečí a uvědomění si vlastních zdrojů a silných stránek. Součástí péče je také podpora schopnosti vyhledat pomoc, přijímat ji a identifikovat překážky, které tomu brání.

Významnou roli hraje mapování sociální sítě pozůstalého, tedy vztahů, které měl před úmrtím blízkého, jejich současné kvality, frekvence kontaktu i praktických možností udržování spojení. Důležité je rovněž citlivě pracovat s výroky okolí, které mohou být míněny dobře, ale přesto

zraňují a prohlubují pocit izolace. Nabídnutí alternativního pohledu a normalizace emocí může napomoci zmírnění napětí a nedorozumění.

Specifickým faktorem je časový průběh podpory. Bezprostředně po úmrtí bývá pomoc okolí intenzivní, postupně však slábne, zatímco potřeba emocionální opory může přetrvávat nebo se dokonce zvyšovat. Osamělost, která je do určité míry přirozenou součástí truchlení, se tak může stát rizikovým faktorem pro dlouhodobé psychické i tělesné obtíže. Proto je vhodné těmto pocitům věnovat systematickou pozornost, aktivně se na ně ptát a zkoumat jejich původ, hloubku i rozsah.

## 2 Výzkumná část

Výzkumná část bakalářské práce se zaměřuje na samotný proces empirického šetření, které má za cíl hlouběji porozumět problematice domácí hospicové péče z pohledu všeobecných sester. Tato část popisuje cíle a výzkumné otázky, metodiku, prostředí výzkumu, skupinu respondentů, průběh sběru dat, jejich zpracování a následné vyhodnocení. Získané výsledky budou dále diskutovány v závěrečné části práce a doplněny o doporučení pro praxi.

### 2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cílem výzkumu je identifikovat hlavní specifika a výzvy spojené s poskytováním domácí hospicové péče a analyzovat jejich vliv na práci všeobecných sester. Výzkum se zaměřuje na zkušenosti a názory sester při zajišťování komplexní péče pacientům v domácím prostředí a na faktory, které ovlivňují kvalitu jejich práce a profesní spokojenost.

Výzkumné otázky:

1. Jaké jsou nejčastější specifické situace a náročné aspekty, se kterými se všeobecné sestry setkávají při poskytování domácí hospicové péče?
2. Jakým způsobem ovlivňují tyto náročné situace pracovní zátěž, stres a profesní spokojenost všeobecných sester?
3. Jaké strategie a podpůrné mechanismy využívají sestry k efektivnímu zvládnutí nároků domácí hospicové péče?
4. Jaké potřeby a doporučení vidí sestry pro zlepšení kvality poskytované domácí hospicové péče a podpory pro zdravotnický personál?

### 2.2 Metodika výzkumu

Empirický výzkum byl realizován kvantitativní strategií formou dotazníkového šetření, které umožňuje získat přehled o názorech, zkušenostech a postojích většího počtu respondentů a následně provést statistickou analýzu dat.

Dotazník byl anonymní a strukturovaný, obsahoval kombinaci uzavřených a otevřených otázek. Struktura dotazníku byla rozdělena do tematických sekcí:

- Demografické údaje respondentů
- Specifika a náročné situace při domácí hospicové péči
- Vliv náročných situací na pracovní zátěž a profesní spokojenost
- Strategie a podpůrné mechanismy pro zvládnutí náročných situací
- Potřeby a doporučení pro zlepšení praxe

Každá hlavní otázka byla doplněna minimálně třemi podotázkami, které umožnily detailní zachycení zkušeností a názorů sester.

Před samotným sběrem dat byl dotazník pilotně testován na malé skupině všeobecných sester, aby byla ověřena srozumitelnost otázek a vhodnost formulací. Na základě zpětné vazby byly upraveny některé položky. Sběr dat probíhal kombinovaně – elektronicky prostřednictvím online formuláře a osobním předáním dotazníků respondentům.

Při realizaci výzkumu byla respektována etická pravidla ošetřovatelského výzkumu: účast byla dobrovolná, anonymní a respondenti byli předem informováni o cíli a účelu šetření. Získaná data byla zpracována výhradně pro účely této bakalářské práce.

Po ukončení sběru dat byla data analyzována metodami deskriptivní statistiky, což umožnilo přehledné zpracování a interpretaci výsledků formou tabulek a grafů. Vyhodnocení bude doplněno komentářem a diskuzí.

### **2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí**

Výzkumný soubor tvořily všeobecné sestry s přímou zkušeností s poskytováním domácí hospicové péče. Respondenti byli vybráni záměrným výběrem ve spolupráci s organizacemi poskytujícími domácí hospicové a mobilní paliativní služby na území ČR. Kritériem zařazení byla odborná kvalifikace všeobecné sestry a praktická zkušenost s péčí o pacienty v terminálním stádiu v domácím prostředí.

Sběr dat probíhal prostřednictvím dotazníkového šetření kombinovanou formou – elektronicky a v tištěné podobě. Celkem bylo získáno 110 vyplněných dotazníků, z toho 105 online a 5 v papírové verzi.

### **2.4 Průběh výzkumu**

Výzkum probíhal v období od 21. 11. 2025 do 23. 2. 2026, přičemž doba šíření přesáhla tři měsíce. Sběr dat byl realizován ve spolupráci s organizacemi poskytujícími domácí hospicovou a mobilní paliativní péči na území ČR. Primární distribuce dotazníkového šetření probíhala v elektronické podobě prostřednictvím online platformy. Tato metoda byla doplněna o tištěnou verzi dotazníků, které byly respondentům předány osobně na pracovištích zapojených organizací, čímž byl získán doplňkový minoritní soubor dat.

Respondenti byli před zahájením šetření seznámeni s cílem výzkumu a dobrovolností účasti. Anonymita byla zajištěna absencí identifikačních údajů, znemožňující zpětné dohledání konkrétní osoby a pracoviště. Vyplněné papírové dotazníky byly shromažďovány do uzavřených obálek

a následně zpracovány hromadně, online odpovědi byly ukládány bez sběru osobních dat. Získaná data byla využita výhradně pro účely této práce a zpracována v souhrnné podobě.

### **2.5 Zpracování získaných dat**

Po skončení sběru proběhla validace získaných dat, při níž byla kontrolována především jejich úplnost. Z celkového souboru byl z důvodu absence odpovědi v povinném poli eliminován jeden dotazník v tištěné podobě. Následně byla data z obou distribučních forem sjednocena a digitalizována do jednotné databáze připravené k další statistické analýze.

Data byla zpracována kvantitativní metodou. Jednotlivé položky dotazníku byly kódovány a analyzovány pomocí deskriptivní statistiky, konkrétně s využitím absolutní a relativní četnosti. Pro výpočty a grafické znázornění byl použit tabulkový procesor Microsoft Excel. Výsledky jsou prezentovány formou sloupcových grafů pro zajištění maximální přehlednosti a srozumitelnosti.

Vzhledem k tomu, že dotazník obsahoval položky s možností vícenásobného výběru a volné textové odpovědi, byla získaná data podrobena sekundární kategorizaci. Otevřené odpovědi byly na základě obsahové podobnosti kódovány a následně přiřazeny k tematickým kategoriím, což umožnilo jejich statistické vyhodnocení. U vybraných kategorií jsou pro dokreslení kontextu využity přímé citace respondentů, u nichž jsou pro zachování objektivity uvedeny pouze demografické údaje (věk a délka praxe).

Při zpracování dat byla zachována anonymita respondentů, přičemž výsledky jsou interpretovány souhrnně bez možnosti identifikace jednotlivých osob či pracovišť. Data byla využita výhradně pro účely této bakalářské práce.

## 2.6 Výsledky výzkumu

V této kapitole jsou přehledně prezentovány výsledky dotazníkového šetření realizovaného mezi všeobecnými sestrami se zkušeností v domácí hospicové péči. Zjištěná data jsou zpracována převážně formou sloupcových grafů, přičemž pro zajištění jednotnosti a přehlednosti jsou v celé práci využity shodně formátované vizuální prvky.

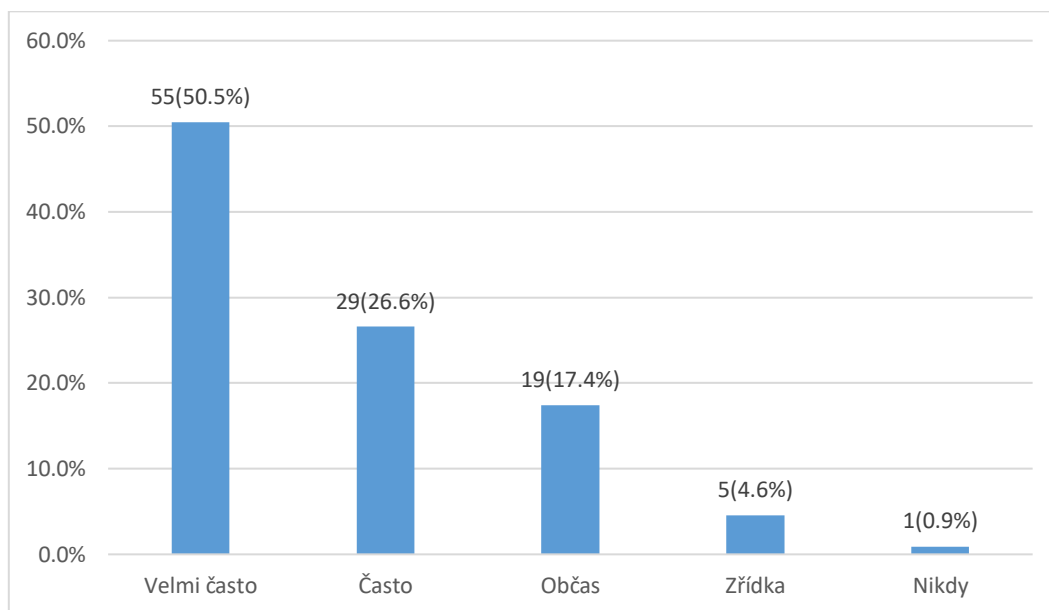
Každý graf je opatřen pořadovým číslem a výstižným názvem, který umožňuje porozumět jeho obsahu i bez doprovodného textu. Uváděny jsou pouze výsledky relevantní vzhledem k cílům práce a stanoveným výzkumným otázkám. V této části jsou data prezentována faktograficky a jejich hlubší analýza a komparace s odbornou literaturou jsou součástí navazující diskuze.

Procentuální údaje jsou zapisovány standardizovaným způsobem (např. 50 %). Výsledky jsou prezentovány souhrnně tak, aby nebyla narušena anonymita respondentů ani zapojených pracovišť.

### **Výzkumná otázka č. 1: Jaké jsou nejčastější specifické situace a náročné aspekty, se kterými se všeobecné sestry setkávají při poskytování domácí hospicové péče?**

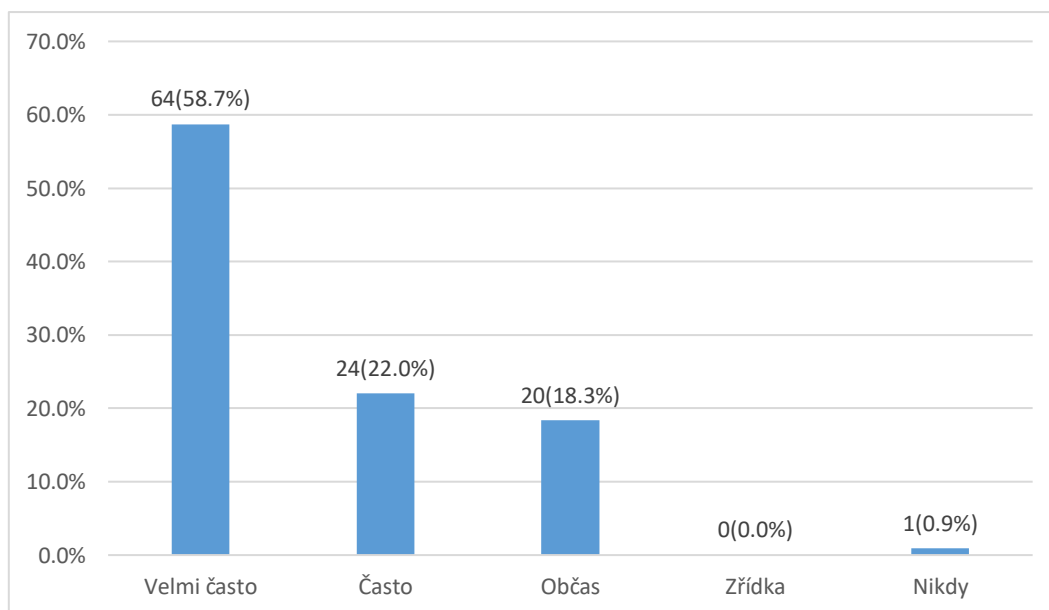
Následující podkapitoly prezentují data získaná z šetření zaměřeného na konkrétní situace a profesní aspekty v rámci domácí hospicové péče. Výsledky jsou rozděleny do tří tematických celků (otázky č. 5, 6 a 7), které sledují četnost výskytu vybraných činností a subjektivní vnímání náročnosti jednotlivých složek péče, od přímé práce s pacientem a rodinou až po administrativní a koordinační zátěž.

**Otázka č. 5 – Jak často se setkáváte s následujícími náročnými situacemi?**



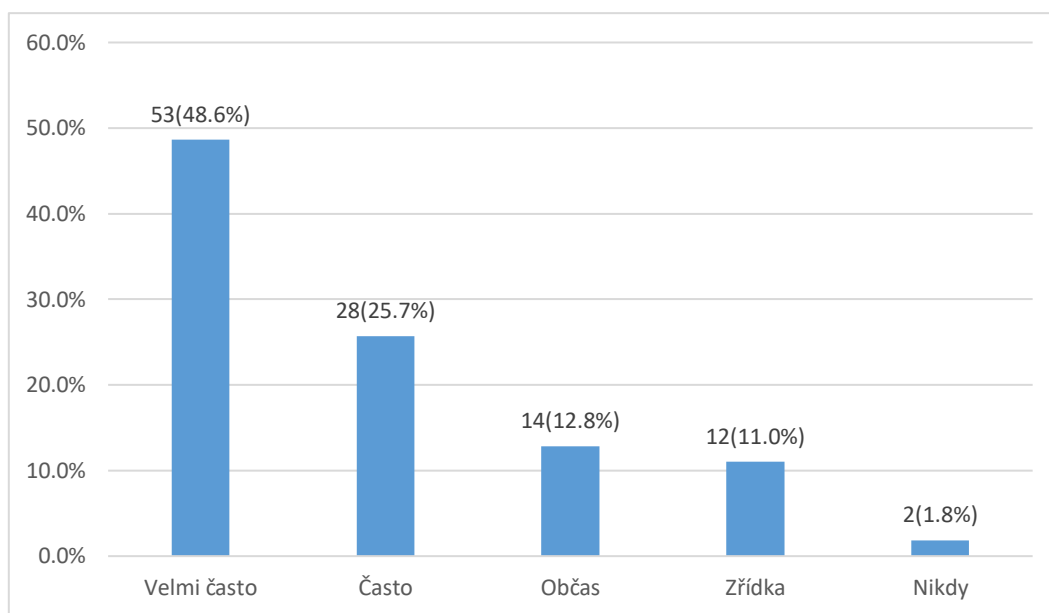
**Graf 1: Četnost komunikace všeobecných sester s pacienty v terminálním stádiu**

*Zdroj: Vlastní zpracování*



**Graf 2: Četnost setkávání všeobecných sester s rodinou nebo pečovateli pacienta**

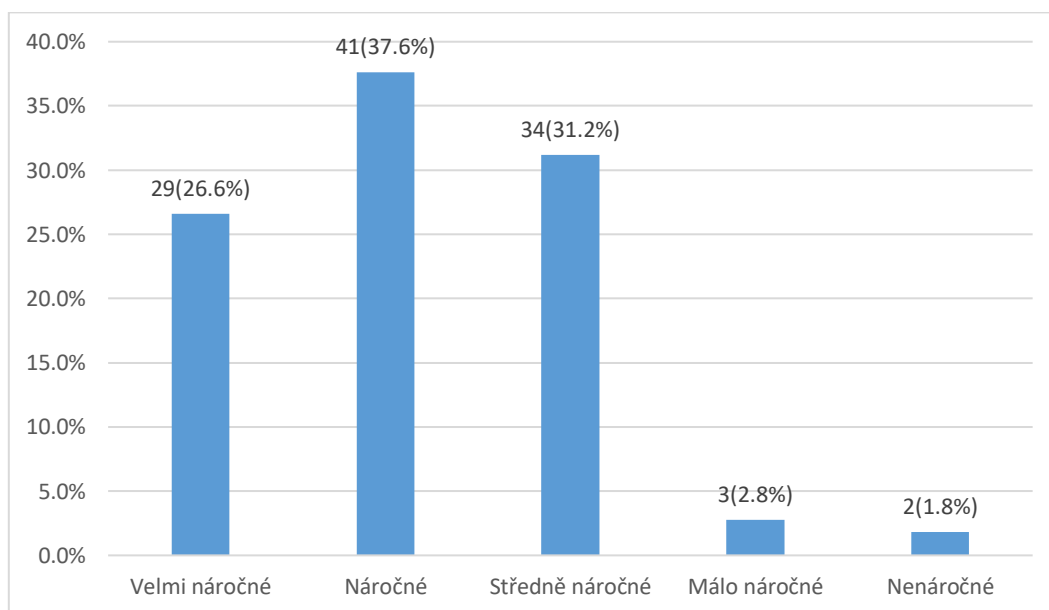
*Zdroj: Vlastní zpracování*



**Graf 3: Četnost zajišťování medikace a zdravotnického materiálu všeobecnými sestrami**

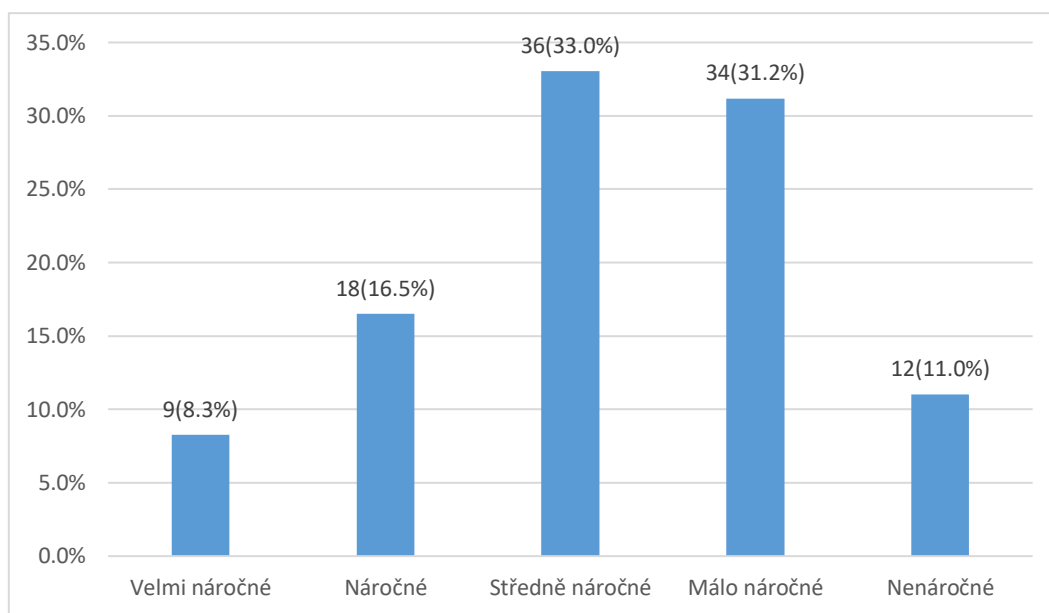
*Zdroj: Vlastní zpracování*

**Otázka č. 6 – Jaké další situace považujete za náročné?**



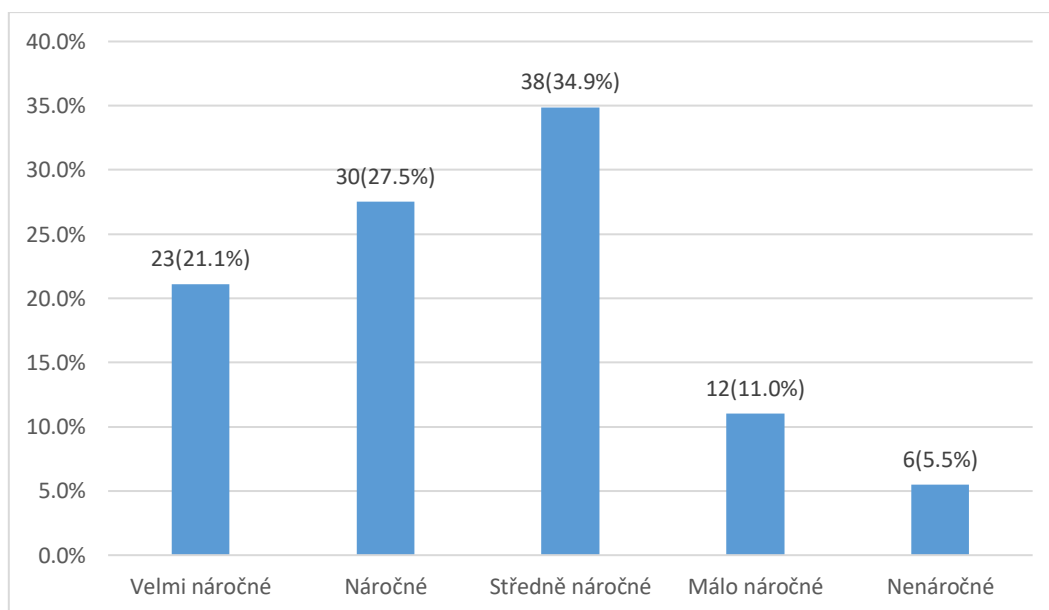
**Graf 4: Míra emocionální zátěže všeobecných sester při úmrtí pacienta**

*Zdroj: Vlastní zpracování*



**Graf 5: Hodnocení náročnosti koordinace s multidisciplinárním týmem**

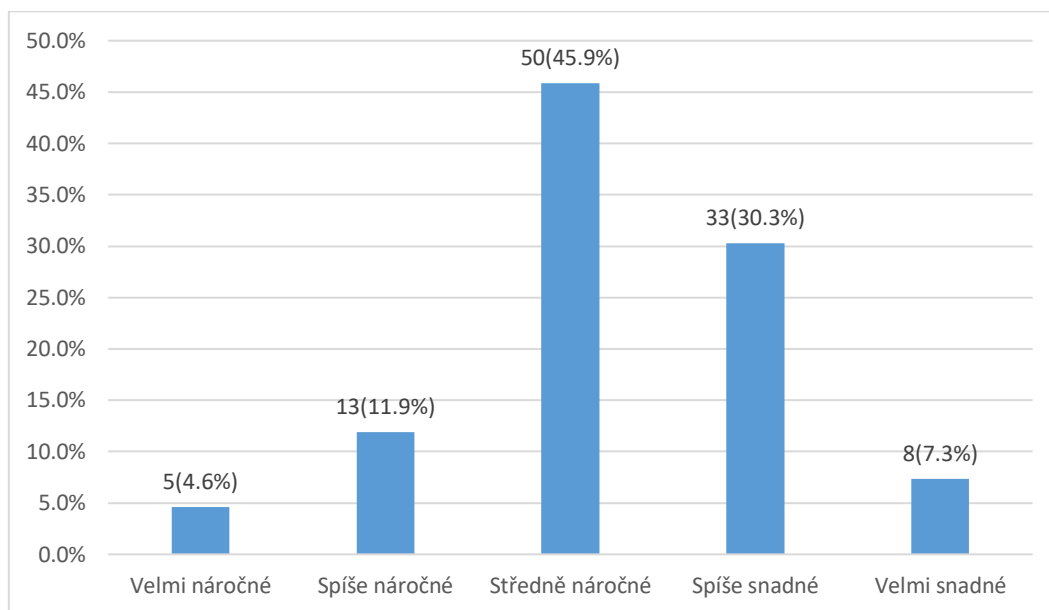
*Zdroj: Vlastní zpracování*



**Graf 6: Hodnocení náročnosti administrativy a dokumentace všeobecnými sestrami**

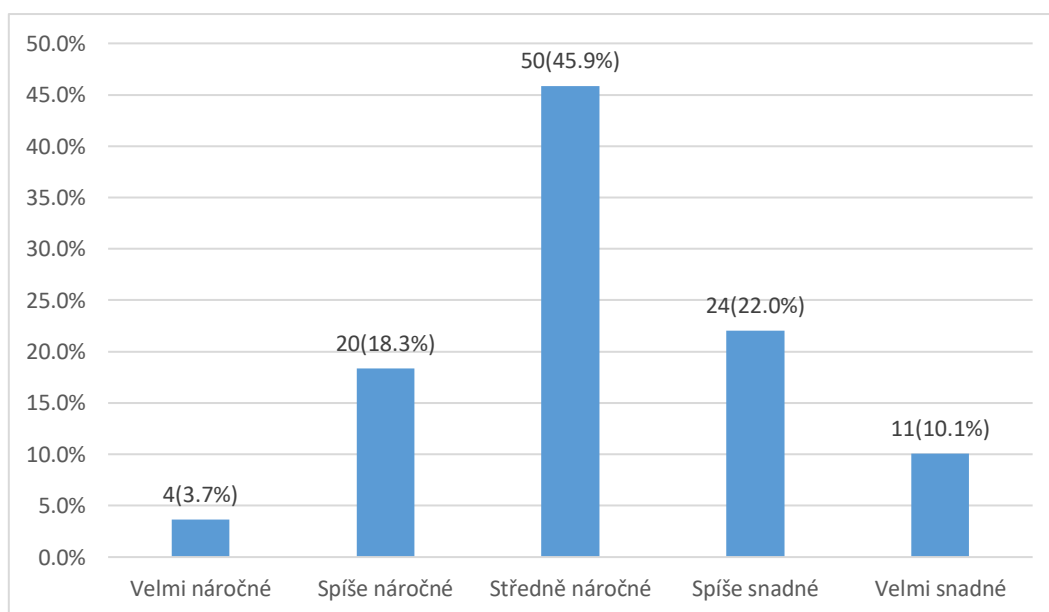
*Zdroj: Vlastní zpracování*

**Otázka č. 7 – Jaké další aspekty domácí péče jsou pro vás největší výzvou?**



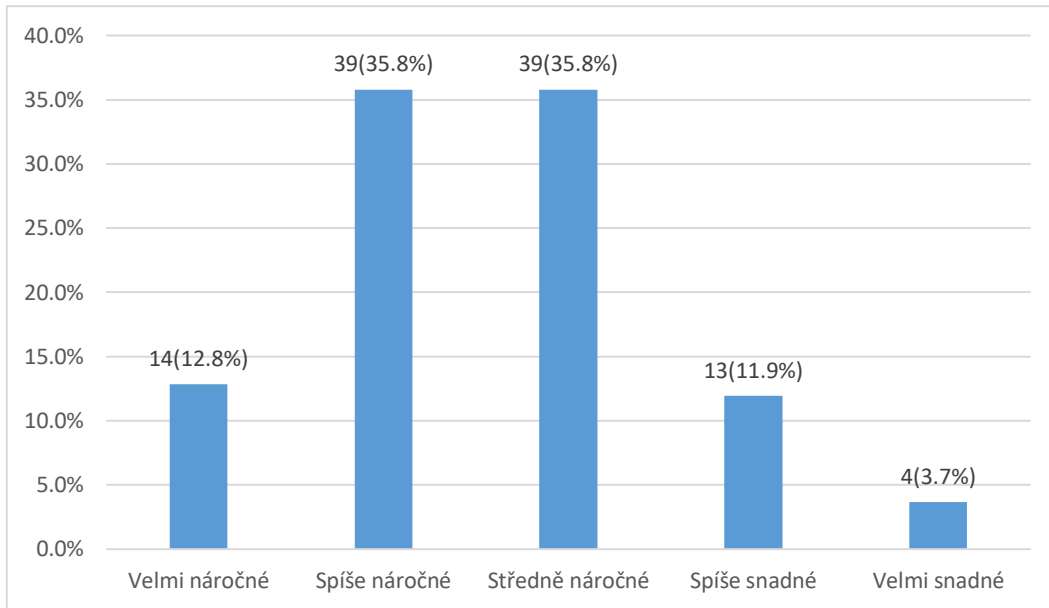
**Graf 7: Hodnocení náročnosti práce v domácím prostředí pacienta**

*Zdroj: Vlastní zpracování*



**Graf 8: Hodnocení náročnosti přizpůsobení péče individuálním potřebám pacienta**

*Zdroj: Vlastní zpracování*



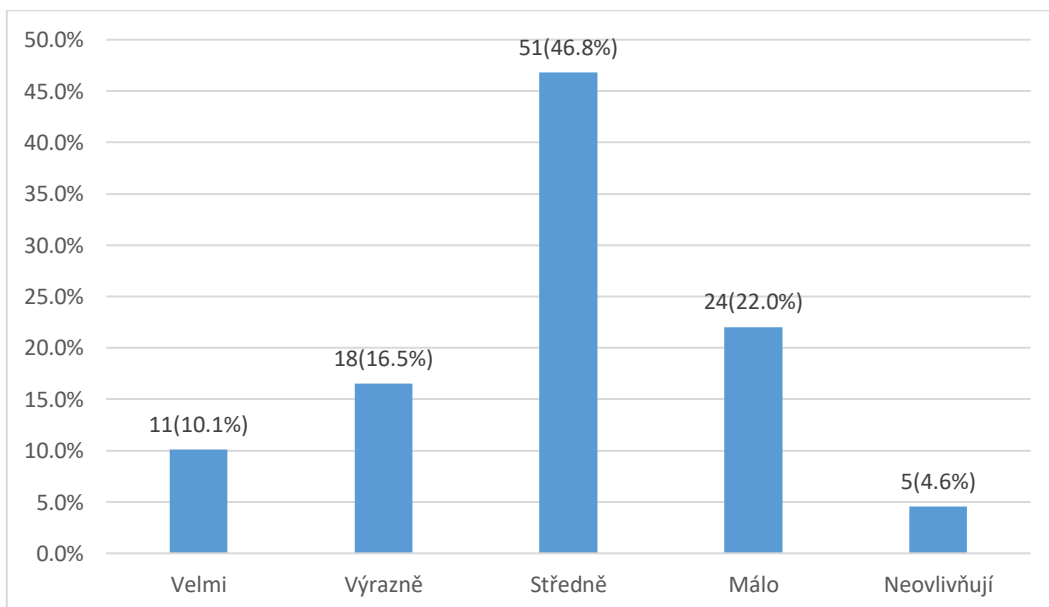
**Graf 9: Hodnocení náročnosti řešení nečekaných komplikací u pacienta**

*Zdroj: Vlastní zpracování*

**Výzkumná otázka č. 2: Jakým způsobem ovlivňují tyto náročné situace pracovní zátěž, stres a profesní spokojenost všeobecných sester?**

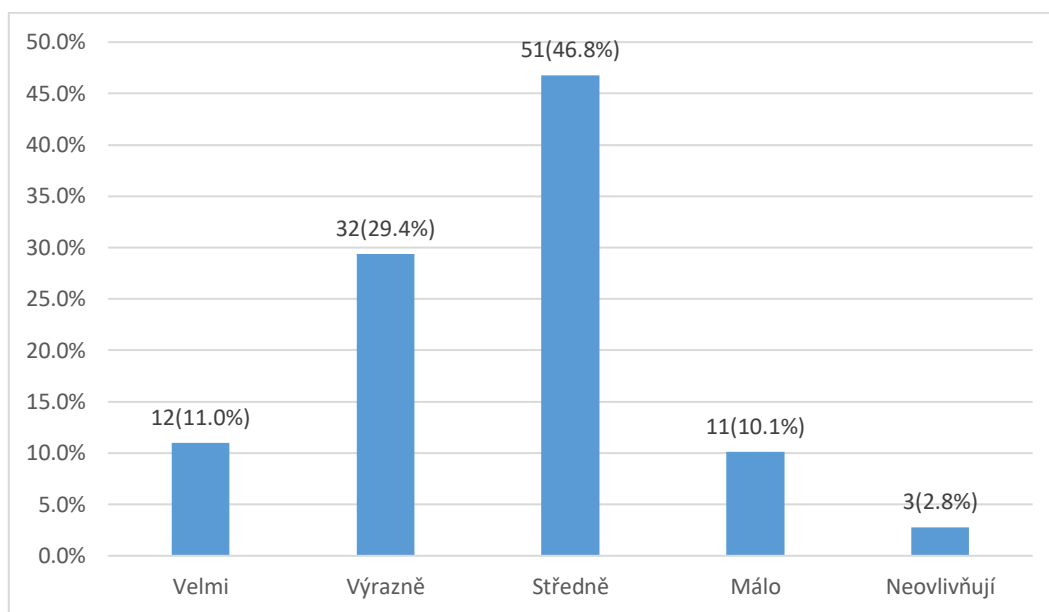
Tato část práce se věnuje analýze dopadů náročných situací na osobní a profesní rovinu života všeobecných sester. Pozornost je zaměřena na korelaci mezi pracovní zátěží a mírou stresu, které přímo ovlivňují celkovou profesní spokojenost a motivaci k výkonu povolání v domácí hospicové péči. Data jsou prezentována skrze hodnocení fyzických, psychických a organizačních faktorů (otázky č. 8 a 9), a dále prostřednictvím podrobné kategorizace projevů zátěže identifikovaných v polootevřené otázce č. 10.

**Otázka č. 8: Jak náročné situace ovlivňují vaši pracovní zátěž**



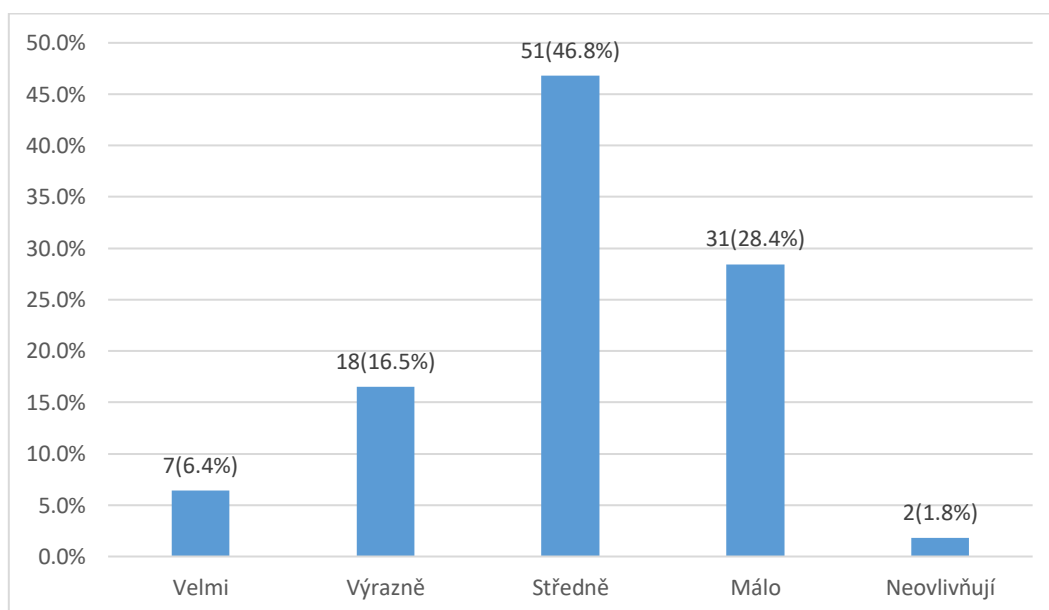
**Graf 10: Vliv fyzické zátěže na celkovou pracovní zátěž sester**

Zdroj: Vlastní zpracování



Graf 11: Vliv psychické zátěže na celkovou pracovní zátěž sester

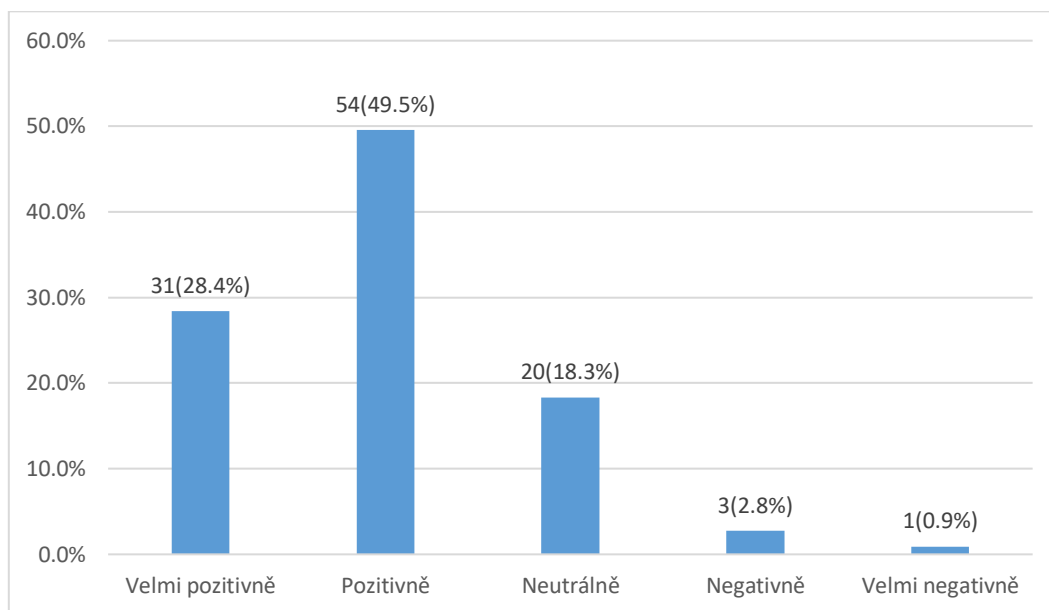
Zdroj: Vlastní zpracování



Graf 12: Vliv organizační zátěže na celkovou pracovní zátěž sester

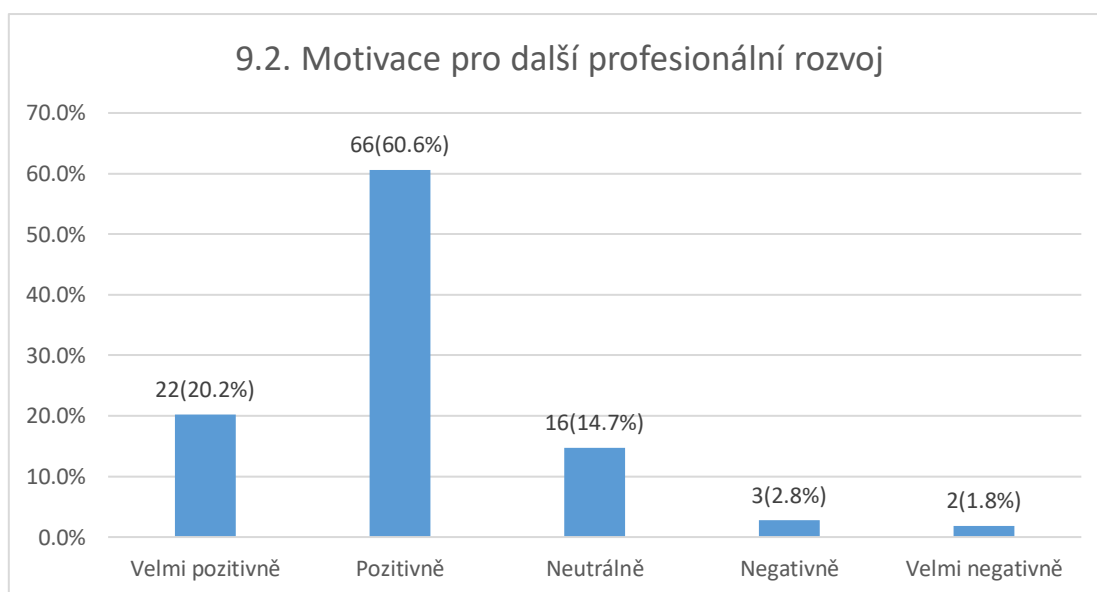
Zdroj: Vlastní zpracování

**Otázka č. 9: Jak náročné situace ovlivňují vaši profesní spokojenost?**



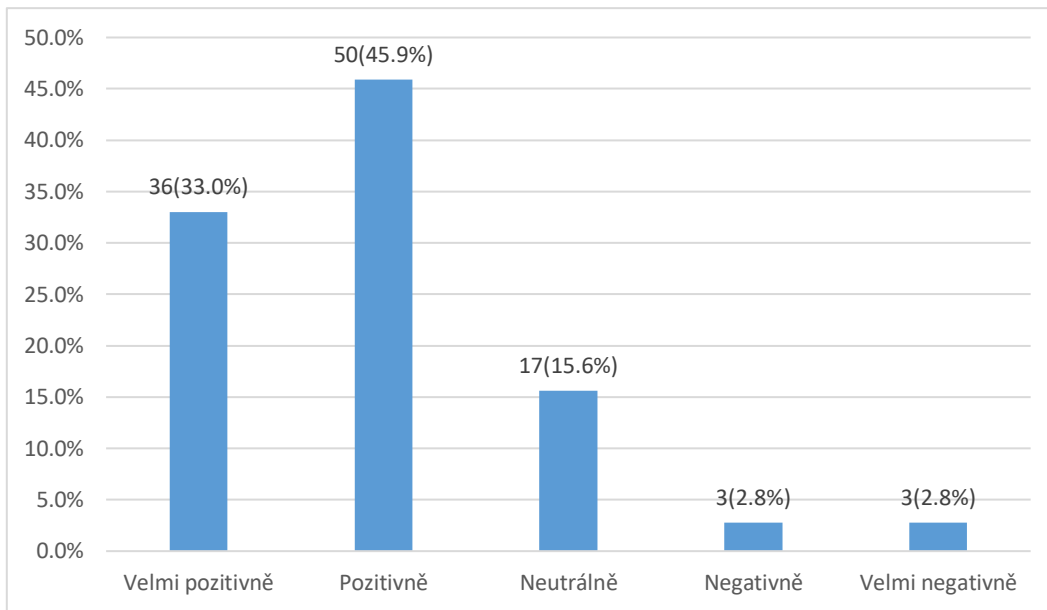
**Graf 13: Spokojenost všeobecných sester s výkonem vlastní práce**

*Zdroj: Vlastní zpracování*



**Graf 14: Motivace všeobecných sester k dalšímu profesnímu rozvoji**

*Zdroj: Vlastní zpracování*



**Graf 15: Pocit ocenění a podpory všeobecných sester v pracovním týmu**

*Zdroj: Vlastní zpracování*

#### **Otázka č. 10: Setkáváte se s následujícími situacemi?**

Sledované projevy a dopady náročných situací na všeobecné sestry byly zjišťovány pomocí vícenásobného výběru doplněného o volné odpovědi. Vzhledem k celkové četnosti odpovědí (273) a tematické různorodosti byla získaná data podrobena kategorizaci. Respondenti v rámci šetření často uváděli kombinaci několika faktorů současně, přičemž výsledky byly rozděleny sestupně dle četnosti do následujících kategorií:

- **Psychické vyčerpání:** Tato kategorie vykazuje nejvyšší četnost s počtem 91 odpovědí (33,3 % z celého souboru). Zahrnuje subjektivně vnímané vnitřní napětí a psychickou únavu s výkonem praxe.
- **Fyzické vyčerpání:** Tato oblast byla zastoupena v 63 případech (23,1 % z celkového souboru). V rámci volných odpovědí byla tato kategorie specifikována vlivem věku v kombinaci se směnným provozem. Například „Únava po odpracované noci v souvislosti s věkem“ uvádí 45letá žena s více než 20letou praxí. Organizační faktory jsou zastoupeny konkrétně „nedostatkem času na pravidelné jídlo“, jak uvádí 36letá žena s praxí do 5 let.
- **Ztráta pracovní motivace:** Kategorie byla zastoupena 44 odpověďmi (16,1 % z celkového souboru). Vedle poklesu zájmu o profesní rozvoj se v rámci doplňujících odpovědí objevil také ekonomický faktor v podobě „mála peněz“, jak uvádí 50letá žena s více než 20letou praxí.
- **Snížená pozornost:** Tato skupina zahrnuje 38 odpovědí (13,9 % ze souboru) a zaměřuje se na sníženou schopnost koncentrace a obtíže při soustředění na pracovní úkony.
- **Poruchy spánku:** Nespavost a potíže s regenerací sil uvedlo 36 respondentů (13,2 % ze souboru). Volné odpovědi v této souvislosti obsahovaly i vyjádření 54leté ženy s více než 20letou praxí k individuální schopnosti psychické hygieny: „z únavy se vyspím a když zavřu dveře v práci, mám čistou hlavu“.

- Ostatní: Tato kategorie zahrnuje pouze jednu odpověď (0,4 % ze souboru). Jednalo se o respondentku (40letá žena s praxí 5–10 let), která uvedla, že se s žádnou z výše uvedených negativních situací ve své praxi neseťkává.

Získaná data naznačují, že u respondentů dochází k souběhu více negativních projevů současně. Nejčastěji identifikovanou kombinací v odpovědích je současný výskyt fyzického a psychického vyčerpání společně se sníženou koncentrací a nespavostí.

*Zdroj: Vlastní zpracování*

### **Výzkumná otázka č. 3: Jaké strategie a podpůrné mechanismy využívají sestry k efektivnímu zvládnání nároků domácí hospicové péče?**

Tato kapitola se zaměřuje na identifikaci a rozbor mechanismů, které všeobecné sestry využívají k adaptaci na náročné pracovní podmínky v domácí hospicové péči. Pozornost je věnována jak individuálním strategiím zvládnání stresu (otázka č. 11), tak míře a formám podpory poskytované ze strany zaměstnavatele (otázka č. 12). Závěrečná část kapitoly (otázka č. 13) pak hodnotí význam klíčových faktorů, jako jsou profesní zkušenosti či týmová spolupráce, které přispívají k efektivnímu zvládnání zátěžových situací v terénní praxi.

#### **Otázka č. 11: Jaké strategie používáte k zvládnání zátěže?**

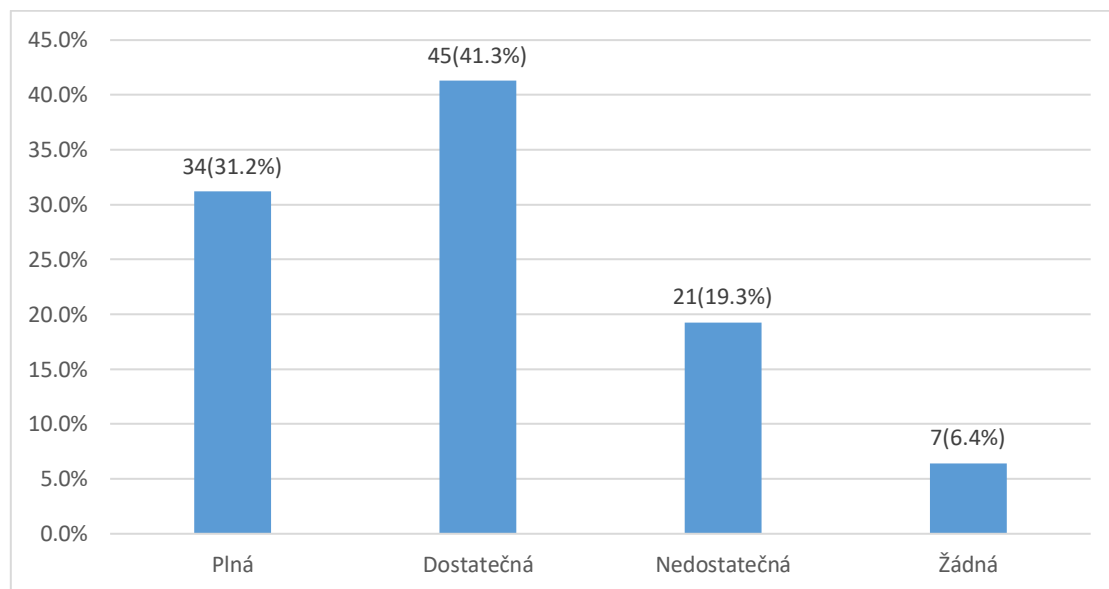
Způsoby, jakými všeobecné sestry kompenzují náročné pracovní situace, byly zjišťovány pomocí vícenásobného výběru doplněného o volné odpovědi. Vzhledem k celkové četnosti odpovědí (226) a jejich tematické šíři byla data rozdělena sestupně dle četnosti do následujících kategorií:

- Podpora od kolegů a rodiny: Tato kategorie vykazuje nejvyšší četnost s počtem 90 odpovědí (39,8 % z celého souboru). Zahrnuje využívání sociální opory v rámci pracovního kolektivu i soukromého zázemí, což například 48letá žena s více než 20letou praxí specifikovala jako „*Relax s rodinou*“.
- Techniky zvládnání stresu (relaxace, mindfulness, dechová cvičení): Tato oblast byla zastoupena v 81 případech (35,8 % z celkového souboru). Respondenti v rámci volných odpovědí uváděli zejména aktivní odpočinek, sport, pobyt v přírodě a různé koníčky (např. šití, četba motivační literatury, poslech hudby či práce na zahradě).
- Profesní poradenství/supervize: Tato skupina zahrnuje 45 odpovědí (19,9 % ze souboru) a zaměřuje se na využívání odborných forem podpory. Tu například klasifikovala 38letá žena s praxí do 5 let jako „*terapii*“.
- Víra a spiritualita: Tato kategorie byla vytvořena na základě 6 volných odpovědí (2,7 % ze souboru). Respondenti v této souvislosti uváděli víru a modlitbu jako prostředek pro zvládnání zátěže, přičemž se objevovaly konkrétní formy jako „*spirituální zdroje*“, jak uvádí 49letá žena s 5–10letou praxí, nebo „*odevzdání*“, jak uvádí 59letá žena s více než 20letou praxí.
- Absence strategie: Tato skupina zahrnuje 3 odpovědi (1,3 % ze souboru) respondentů, kteří nevyužívají žádnou z konkrétních strategií. Například 30letá žena s 11–20letou praxí uvedla: „*Zpracuji sama*“.
- Jiné: Tato kategorie představuje jednu specifickou odpověď (0,4 % ze souboru), kterou jako formu kompenzace zátěže uvedl 47letý muž s více než 20letou praxí, a to: „*alkohol, opiáty, funguje to nejlépe*“.

Získaná data naznačují, že u respondentů dochází k využívání více strategií současně. Nejčastěji identifikovanou kombinací v odpovědích je souběžné využívání sociální opory (kolegové a rodina) společně s technikami aktivní relaxace, přičemž významnou doplňkovou roli hraje profesní poradenství a u části souboru také spirituální zdroje.

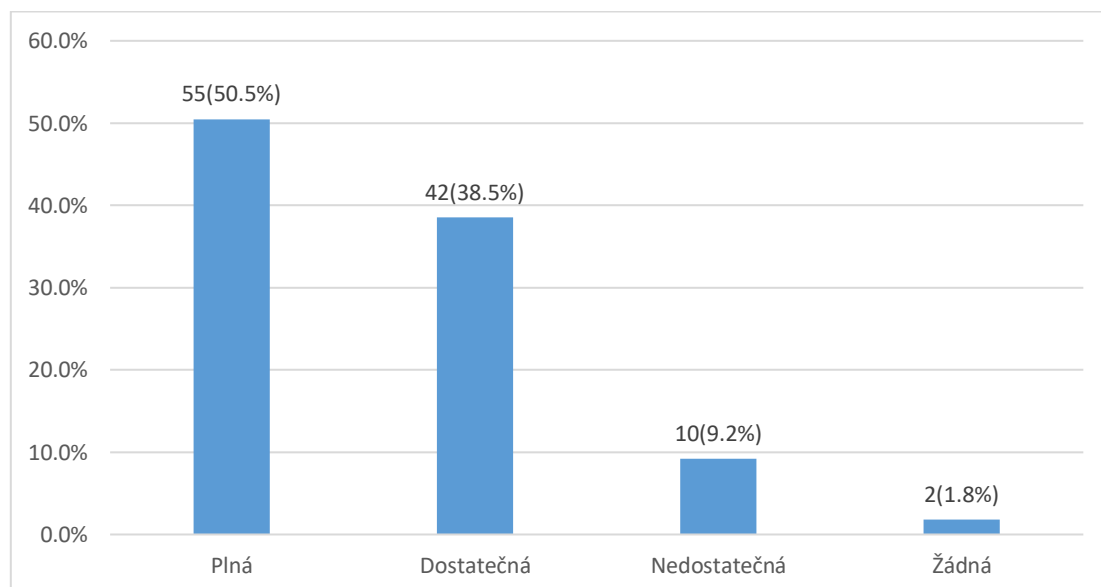
*Zdroj: Vlastní zpracování*

**Otázka č. 12: Jakou podporu poskytuje vaše pracoviště při náročných situacích?**



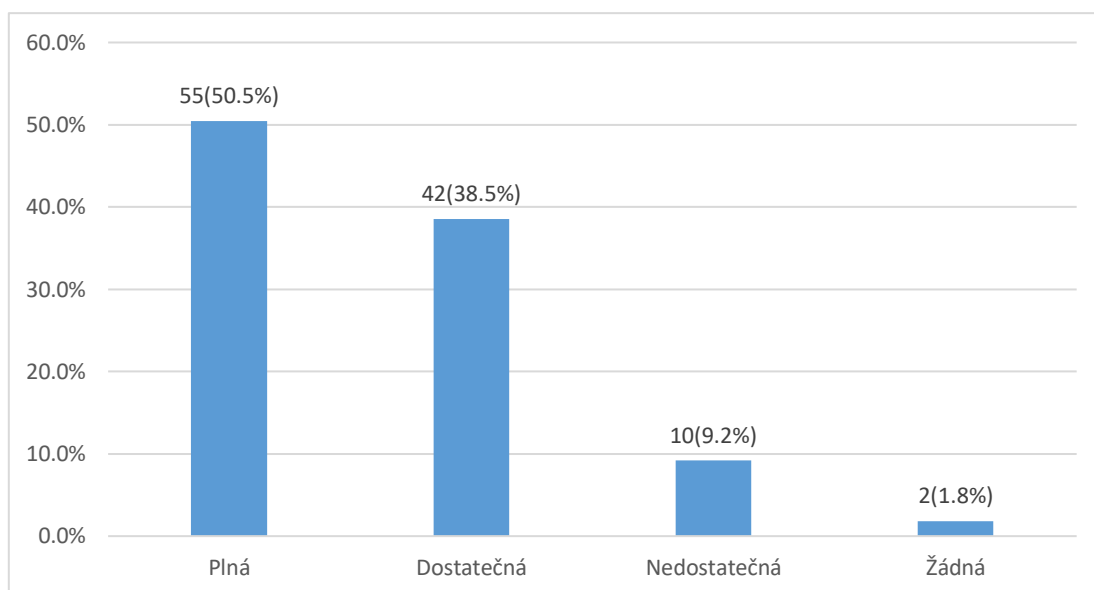
**Graf 16: Hodnocení podpory formou školení a odborných kurzů**

*Zdroj: Vlastní zpracování*



**Graf 17: Úroveň týmové spolupráce a komunikace jako formy podpory**

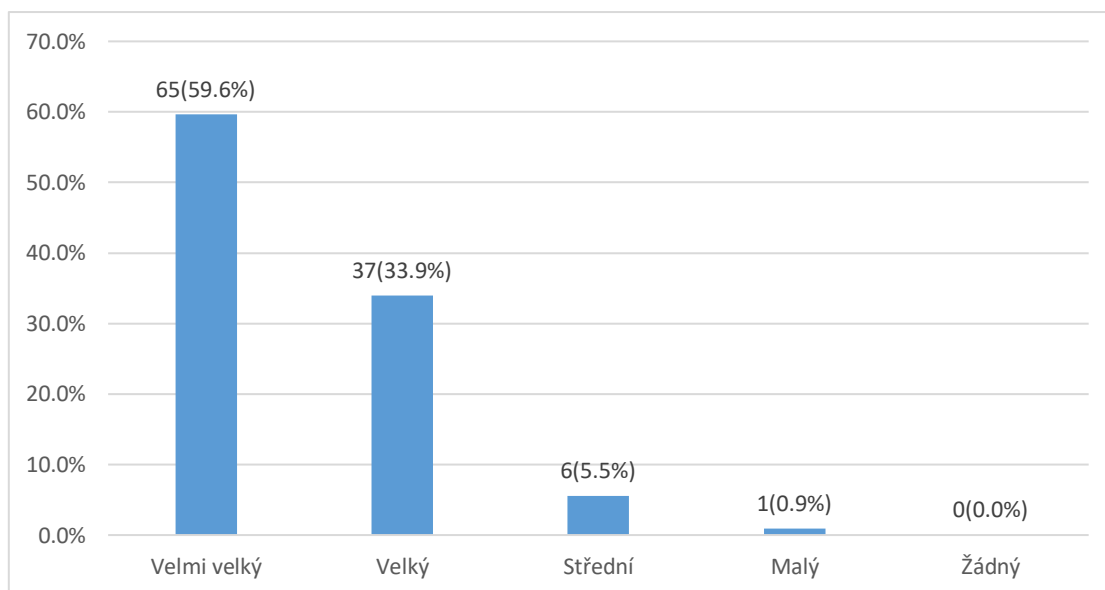
*Zdroj: Vlastní zpracování*



**Graf 18: Úroveň poskytované psychologické nebo sociální podpory**

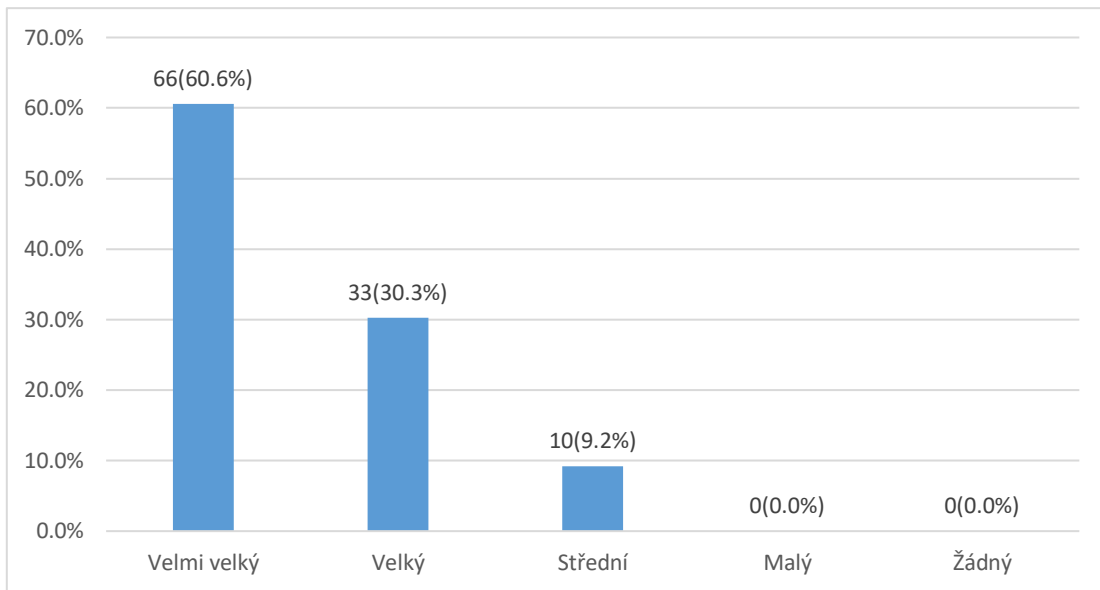
*Zdroj: Vlastní zpracování*

**Otázka č. 13: Jaké faktory nejvíce přispívají ke zvládnání náročných situací?**



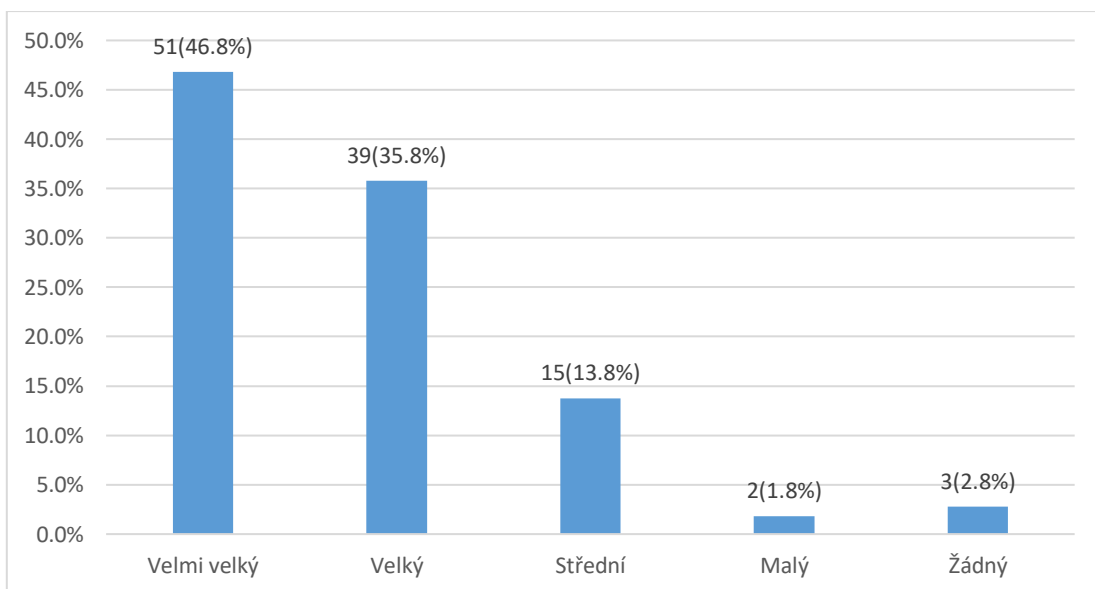
**Graf 19: Význam osobních zkušeností a praxe při zvládnání náročných situací**

*Zdroj: Vlastní zpracování*



**Graf 20: Význam komunikace s pacientem a rodinou pro zvládnání náročných situací**

*Zdroj: Vlastní zpracování*



**Graf 21: Význam podpory multidisciplinárního týmu při zvládnání náročných situací**

*Zdroj: Vlastní zpracování*

#### **Výzkumná otázka č. 4: Jaké potřeby a doporučení vidí sestry pro zlepšení kvality poskytované domácí hospicové péče a podpory pro zdravotnický personál?**

Závěrečná část se věnuje perspektivám samotných sester ohledně budoucího směřování a zkvalitňování domácí hospicové péče. Kapitola předkládá syntézu podnětů zaměřených na systémové změny, provozní aspekty i potřeby samotného zdravotnického personálu (otázky č. 14 a 15). Celý blok uzavírá analýza volných doporučení z otevřené otázky č. 16, která poskytuje hlubší vhled do priorit a etických hodnot pracovníků v terminální péči.

#### Otázka č. 14: Co by podle vás nejvíce zlepšilo kvalitu domácí hospicové péče?

Faktory, které všeobecné sestry identifikovaly jako klíčové pro zvýšení kvality poskytované péče, byly zjišťovány pomocí vícenásobného výběru doplněného o volné odpovědi. Vzhledem k celkové četnosti odpovědí (218) a jejich tematické šíři byla data rozdělena sestupně dle četnosti do následujících kategorií:

- Více času na péči a méně administrativy: Tato kategorie vykazuje nejvyšší četnost s počtem 83 odpovědí (38,1 % z celého souboru). Respondenti v rámci volných odpovědí zdůrazňovali zejména narůstající byrokracii, která přímo ubírá čas strávený u pacienta. 56letá respondentka s více než 20letou praxí uvedla: *„Neúměrně narůstá administrativa. Více času strávíme nad papíry než u pacientů. To je hodně špatně.“*
- Podpora a vzdělávání zdravotnického personálu: Tato oblast byla zastoupena v 72 případech (33 % z celkového souboru). Respondenti poukazovali na potřebu dostatečného počtu kvalitního personálu. 53letá žena s více než 20letou praxí uvádí: *„Kvalitu mohou zlepšit pouze kvalitní lidé!“* Další respondentka, tentokrát ve věku 36 let s praxí do 5 let, uvádí: *„Dostatek lékařů, kteří mají zájem o paliativní medicínu a nebojí se smrti.“*
- Lepší vybavení a dostupnost zdravotnických pomůcek: Tato skupina zahrnuje 47 odpovědí (21,6 % ze souboru). Respondenti se v této oblasti shodovali s předdefinovanou volbou v dotazníku a neuváděli další specifické komentáře.
- Dostupnost, kapacita a kontinuita péče: Tato kategorie byla vytvořena na základě 5 volných odpovědí (2,3 % ze souboru). 32letá respondentka s 5–10letou praxí uvádí: *„Reálná návaznost péče. Často pacienti čekají, až bude mít mobilní hospic místo... ne vždy se ho dočkají.“*
- Financování a systémové nastavení: Tato oblast zahrnuje 4 odpovědi (1,8 % ze souboru). Respondenti poukazovali na nedostatečnou podporu od státu, pojišťoven, ale i zdravotnických institucí. 48letá respondentka s více než 20letou praxí uvádí: *„Lepší financování domácí hospicové péče (náklady na den soustavné hospicové péče (odbornost 926) jsou cca 4 tisíce, pojišťovna proplatí nejvíce 1800,-), dostupnost péče v rámci jednotlivých regionů (jsou slepá místa, kde hospice nedosáhnou), paliativní týmy v nemocnicích, edukace především onkologů ohledně paliativní péče.“* (Pozn. autora: uvedené částky vycházejí z osobní zkušenosti respondentky a nebyly nezávisle ověřeny)
- Osvěta a práce s rodinou: Tato skupina obsahuje 4 odpovědi (1,8 % ze souboru). Respondenti zdůrazňovali potřebu celkové osvěty.
- Spokojenost se současným stavem: Tato kategorie zahrnuje 3 odpovědi (1,4 % ze souboru) respondentů, kteří jsou s kvalitou péče spokojeni. 55letá respondentka s 5–10letou praxí uvádí: *„Myslím, že kvalita námi poskytované hospicové péče je na špičkové úrovni a nic jí nechybí.“*

Z analýzy vyplývá, že pro všeobecné sestry v domácí hospicové péči je prioritou především personální a časová stabilizace (snížení administrativy a lepší ohodnocení), která by umožnila věnovat se více lidskému rozměru péče.

Zdroj: Vlastní zpracování

### Otázka č. 15: Jaké změny by podle vás mohly nejvíce podpořit zdravotnický personál?

Možnosti podpory zdravotnického personálu v domácí hospicové péči byly zjišťovány pomocí vícenásobného výběru doplněného o volné odpovědi. Vzhledem k celkové četnosti odpovědí (200) a jejich tematické šíři byla data rozdělena sestupně dle četnosti do následujících kategorií:

- Zvýšení odměňování a uznání práce: Tato kategorie vykazuje nejvyšší četnost s počtem 98 odpovědí (49 % z celkového souboru). Respondenti v rámci volných odpovědí akcentovali nejen finanční složku, ale i potřebu regenerace a odpočinku. 42letá respondentka s více než 20letou praxí uvedla: „Více dnů volna“, zatímco 51letá respondentka s více než 20letou praxí navrhovala: „Benefity na relaxaci, třeba bazén, masáž atd.“
- Lepší týmová spolupráce a komunikace: Tato oblast byla zastoupena v 50 případech (25 % z celkového souboru). Respondenti v této souvislosti vyzdvihovali nutnost personálního posílení a vnitřní nastavení týmu. 57letá žena s praxí více než 20 let vidí klíč ve: „Změně myšlení – nejen léčit, ale v paliativě nabídnout kvalitní alternativu.“ 61letá respondentka s více než 20letou praxí uvádí, že by paliativní péči prospěl: „dostatek personálu“.
- Přístup k supervizi a psychologické podpoře: Tato skupina zahrnuje 43 odpovědi (21,5 % ze souboru). Respondenti v rámci volných odpovědí zdůrazňovali nezbytnost péče o duševní zdraví a odborný růst. 52letá respondentka s 5–10letou praxí uvedla: „Další podporovaný prostor pro psychohygienu“, nebo 47letá respondentka s více než 20letou praxí uvedla: „Sdílení zkušeností a mentoring“.
- Bez odpovědi/Neví: Tato kategorie zahrnuje 4 odpovědi (2 % ze souboru) respondentů.
- Spokojenost se současným stavem: Tato skupina zahrnuje 3 odpovědi (1,5 % ze souboru) respondentů, kteří jsou se systémem podpory spokojeni. Respondentka ve věku 59 let s praxí více než 20 let uvedla: „Zase – to všechno, ale u nás je to v dostatečné míře.“
- Organizace práce a administrativa: Tato kategorie byla vytvořena na základě 2 volných odpovědí (1 % ze souboru). 56letá žena s více než 20letou praxí napsala: „Redukce a zjednodušení dokumentace“, zatímco 32letá žena s 5–10letou praxí volá po zajištění: „Dostatku času pro paliativní/terminální pacienty.“

Ze získaných dat vyplývá, že pro sestry je klíčovým faktorem podpory zejména materiální a společenské uznání jejich práce a dostupnost odborné psychologické péče.

*Zdroj: Vlastní zpracování*

### Otázka č. 16: Jaké další doporučení byste chtěl/a sdílet pro zlepšení domácí hospicové péče?

Poslední otázka dotazníkového šetření byla koncipována jako otevřená a poskytla respondentům prostor pro sdílení osobních doporučení, postřehů a reflexi z jejich vlastní praxe. Vzhledem k tomu, že otázka nenabízela předdefinované volby, byla získaná data (celkem 36 odpovědí) podrobena kvalitativní obsahové analýze a následně rozdělena sestupně dle četnosti do následujících tematických kategorií:

- Systém, finance a legislativa: Tato kategorie vykazuje nejvyšší četnost s počtem 8 odpovědí (22,2 % z celého souboru). Respondenti poukazovali na nutnost systémových změn a větší podpory ze strany státu a pojišťoven. Zazněly požadavky 61leté respondentky s praxí více než 20 let na: „změnu úhradové vyhlášky“ nebo „lepší

*podporu nehrazené domácí hospicové péče, za kterou si rodina musí dopláct,“ jak uvádí 51letá žena s více než 20letou praxí. Objevila se i kritická reakce na současný stav od 50leté ženy s více než 20letou praxí, která uvádí na adresu domácí hospicové péče: „Moderně pojmenované to, co sestry vždy dělaly, jen teď se na tom přizívají pojišťovny, lékaři, manažeři...“.*

- Mezioborová spolupráce a včasnost péče: Tato oblast byla zastoupena v 7 případech (19,5 % ze souboru). Sestry zdůrazňovaly potřebu součinnosti napříč obory a včasného předávání pacientů. 57letá respondentka s více než 20letou praxí doporučuje: *„Školit v paliativní péči personál nemocnic, netrápit křehké pacienty zbytečnými invazivními zákroky.“*
- Personální kapacity a pracovní podmínky sester: Tato skupina zahrnuje 7 odpovědí (19,5 % ze souboru). Podněty se týkaly zajištění dostatku personálu a snížení tlaku na výkon. 49letá respondentka s 5–10letou praxí volá po: *„zaměření na kvalitu a menším počtu pacientů, práce je pak více smysluplná a odpadá stres z tlaku na výkon.“* Od 43leté respondentky s 11–20letou praxí bylo zmíněno i: *„lepší finanční ohodnocení“* a *„méně ponižování ze strany vedení“*.
- Osvěta a informovanost veřejnosti: Tato kategorie byla zastoupena v 6 případech (16,7 % ze souboru). Respondenti vidí cestu v lepší informovanosti laické i odborné veřejnosti. Vedle volání po větší osvětě se však objevil i ojedinělý kritický postřeh: *„dělá se z toho zbytečné haló,“* jak poznamenal 47letý respondent s více než 20letou praxí.
- Hodnoty, etika a kvalita týmu: Tato oblast zahrnuje 5 odpovědí (13,8 % ze souboru) a zaměřuje se na vnitřní nastavení pracovníka. 52letá respondentka s 5–10letou praxí zdůraznila, že pro tuto práci je nezbytná: *„odvaha, vytrvalost a trpělivost“*, což shrnula 45letá respondentka s více než 20letou praxí do slov: *„Dělejte to srdcem.“*
- Podpora rodiny a individualizace péče: Tato skupina obsahuje 3 odpovědi (8,3 % ze souboru). Sestry připomínají, že bez rodiny nelze péči realizovat. 50letá respondentka s více než 20letou praxí volá po: *„lepší komunikaci a motivaci rodiny pro domácí péči.“* Dle 38leté respondentky s 5–10letou praxí je důležitá *„celospolečenská podpora rodin a pozitivních rodinných vazeb, bez kterých nelze službu v domácím prostředí poskytovat.“*

Získaná data z poslední otevřené otázky naznačují, že respondenti spatřují prostor pro zlepšení domácí hospicové péče především v oblasti systémového financování, včasné mezioborové spolupráce a v navýšení personálních kapacit. Významná část podnětů se rovněž týkala etických aspektů péče, potřeby společenské osvěty a nezbytnosti podpory rodinných pečujících.

*Zdroj: Vlastní zpracování*

### 3 Diskuze

V této bakalářské práci jsem se zaměřil na identifikaci hlavních specifik a výzev spojených s poskytováním domácí hospicové péče z pohledu všeobecných sester a na analýzu jejich vlivu na ošetrovatelskou praxi. Výzkum byl orientován na zkušenosti a názory sester při zajišťování komplexní péče pacientům v domácím prostředí, stejně jako na faktory ovlivňující kvalitu jejich práce, pracovní zátěž a profesní spokojenost.

K naplnění stanoveného cíle bylo realizováno kvantitativní šetření formou nestandardizovaného dotazníku, kterého se zúčastnilo 110 (z nichž 109 poskytlo úplné odpovědi) všeobecných sester pracujících v domácí hospicové péči nebo s touto zkušeností. Na základě cíle byly formulovány čtyři výzkumné otázky zaměřené na identifikaci náročných situací, jejich dopad na pracovní zátěž a psychickou stránku sester, způsoby jejich zvládnutí a návrhy na zlepšení poskytované péče a podpory zdravotnického personálu.

Získaná data byla následně analyzována a interpretována v kontextu dostupných odborných poznatků vztahujících se k problematice paliativní a hospicové péče. Pro srovnání byly vybrány akademické texty z českého prostředí, ale i zahraniční zdroje pro doplnění mezinárodního kontextu.

Z pohledu hodnocení dat lze konstatovat, že velikost vzorku 109 respondentů poskytuje dostatečný podklad pro kvantitativní analýzu základních trendů a identifikaci opakujících se náročných situací, avšak nelze očekávat, že by výsledky plně reprezentovaly celé spektrum domácí hospicové péče v České republice. Navíc je třeba zdůraznit, že vzhledem k charakteru výzkumu založenému na subjektivních zkušenostech všeobecných sester výsledky odrážejí spíše individuální vnímání náročnosti a profesní zátěže než objektivní měřítko pracovních podmínek.

V následující části diskuze jsou výsledky podrobněji interpretovány, porovnány s uvedenými studii a na jejich základě jsou zodpovězeny stanovené výzkumné otázky. Celkově lze konstatovat, že práce přináší užitečný vhled do každodenních výzev domácí hospicové péče a naznačuje oblasti, kde by mohla být podpora sester posílena, a to jak z hlediska organizace práce, tak psychologické a profesní podpory.

#### **Výzkumná otázka č. 1: Jaké jsou nejčastější specifické situace a náročné aspekty, se kterými se všeobecné sestry setkávají při poskytování domácí hospicové péče?**

Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že všeobecné sestry se v rámci domácí hospicové péče nejčastěji setkávají s náročnými situacemi spojenými s komunikací s pacienty v terminálním stádiu, přičemž 50,5 % sester tuto komunikaci ohodnotilo jako velmi častou a 26,6 % jako častou. Tento výsledek potvrzuje, že komunikační složka péče představuje jednu z klíčových oblastí ošetrovatelské praxe v paliativní péči.

Současně byla jako významně zatěžující identifikována i oblast zajišťování medikace a zdravotnického materiálu, kdy 48,6 % sester uvádělo, že tuto činnost vykonávají velmi často a 25,7 % často, což poukazuje na kombinaci odborných a organizačních nároků kladených na sestry v domácím prostředí. Z toho lze vyvodit, že administrativní a logistické úkoly jsou nedílnou součástí náročnosti práce v domácí hospicové péči a mohou ovlivňovat časovou dostupnost pro přímou péči o pacienta.

Za nejvíce zatěžující aspekt byla respondenty označena emocionální zátěž spojená s úmrtím pacienta, kdy 26,6 % sester hodnotilo tuto situaci jako velmi náročnou a 37,6 % jako náročnou. Tento náleze je v souladu s odbornými poznatky, které zdůrazňují vysokou psychickou náročnost paliativní péče a její dopad na zdravotnický personál. Herdová (2022) poukazuje na zjištěnou skutečnost, že její respondenti vnímali psychickou zátěž jako intenzivnější oproti fyzické: *„Jako intenzivnější hodnotili zátěž psychickou, která se týká každodenního kontaktu se smrtí, těžkých životních příběhů, mladých lidí, složitých situací rodin a dalších.“* Obdobně zahraniční studie Aeling (2018) poukazuje na skutečnost, že sestry vnímají péči o umírající pacienty jako smysluplnou, avšak současně emočně náročnou, přičemž významnou roli hraje i komunikace s rodinou a budování vztahu s pacientem.

Hodnocením výsledků lze konstatovat, že vysoký podíl sester, které označily emocionální zátěž za velmi náročnou, potvrzuje potřebu systematické psychologické podpory a supervize, která by mohla snížit dlouhodobé riziko syndromu vyhoření.

Naopak jako méně náročné byly hodnoceny aspekty spojené s koordinací multidisciplinárního týmu, kde 33 % sester uvádělo střední náročnost a 43,2 % nízkou či velmi nízkou. Tento výsledek může souviset s relativně dobře nastavenou spoluprací mezi jednotlivými členy týmu v domácí hospicové péči, případně s menší frekvencí těchto situací ve srovnání s přímou péčí o pacienta. Administrativní zátěž byla vnímána spíše jako středně náročná (34,9 % sester), což odpovídá obecným trendům ve zdravotnictví, kde dokumentace představuje významnou, avšak rutinní součást práce.

Specifickým zjištěním je také skutečnost, že práce v domácím prostředí pacienta a přizpůsobení péče individuálním potřebám nebyly většinou sester vnímány jako výrazně náročné, ale spíše jako středně zatěžující (45,9 % pro obě oblasti). Naopak řešení nečekaných komplikací bylo častěji označováno jako náročné, kdy 12,8 % sester hodnotilo situaci jako velmi náročnou a 35,8 % jako spíše náročnou, což poukazuje na potřebu vysoké míry samostatnosti, odbornosti a schopnosti rychlého rozhodování v domácím prostředí bez okamžité dostupnosti širšího zdravotnického zázemí. Tento výsledek naznačuje, že profesní kompetence a zkušenost sester jsou klíčovými faktory pro zvládnání náročných situací, což může být podkladem pro cílená školení a mentoring nových pracovníků.

Celkově lze konstatovat, že domácí hospicová péče představuje pro všeobecné sestry komplexní zátěž kombinující nároky emocionální, komunikační, odborné i organizační. Tyto výsledky jsou v souladu jak s českými, tak zahraničními poznatky, které zdůrazňují multifaktoriální charakter náročnosti paliativní péče a potřebu systematické podpory zdravotnického personálu. Významně přitom vyvstává potřeba vyváženého rozdělení zátěže mezi jednotlivé sestry, adekvátní časové plánování a možnost reflexe zkušeností, což může přispět k udržitelnosti výkonu v domácí hospicové péči.

Což dokazuje i volný překlad citátů z práce Aeling (2018). Lze shrnout, že sestry uvádějí, že cílem jejich práce je zajistit pacientům a jejich rodinám nejen fyzické pohodlí, ale také emoční komfort – *„Making days the best they can be (includes) not just physical comfort, but emotional“*. Snaží se pacientům vysvětlit změny v jejich zdravotním stavu, aby mohli lépe zvládnout situaci a byli emocionálně připraveni na očekávaný vývoj: *„this is stuff they've never encountered before... they don't know why their bodies are changing and I like to be able to explain that*

*to them... (then they) can be a little more emotionally comfortable with what to expect". Dlouhodobější pobyty umožňují sestřám být proaktivní v péči, zatímco u pacientů s krátkým pobytem musí být sestry spíše reaktivní: „with the longer stay patients you can be proactive but with the shorter ones, you have to be reactive“. Hospicová péče zahrnuje podporu nejen pro pacienta, ale i pro jeho blízké a učí rodiny, jak se o pacienty starat doma a dodává jim potřebnou sebedůvěru: „(hospice) impacts their families and loved ones, whatever family is defined as for them... as hospice we treat the patient and the family“; „go in and help the families learn how to take care of their loved one at home and give them the confidence to do that...“.*

Z celkového pohledu výsledky potvrzují, že práce sester v domácí hospicové péči je vysoce komplexní, zahrnuje kombinaci odborné, psychické a organizační náročnosti a je silně ovlivněna schopností efektivně komunikovat a rychle reagovat na neočekávané situace.

## **Výzkumná otázka č. 2: Jakým způsobem ovlivňují tyto náročné situace pracovní zátěž, stres a profesní spokojenost všeobecných sester?**

Výsledky výzkumného šetření ukazují, že náročné situace spojené s domácí hospicovou péčí mají významný dopad na pracovní zátěž všeobecných sester, přičemž nejvýrazněji se projevuje složka psychická. Více než 40 % respondentů uvedlo, že psychická zátěž ovlivňuje jejich pracovní zatížení výrazně až velmi, a téměř polovina ji hodnotila jako středně zatěžující. To potvrzuje, že emoční náročnost péče o terminálně nemocné pacienty představuje klíčový faktor ovlivňující pracovní výkon. Lze tedy konstatovat, že psychická zátěž není pouze doprovodným jevem této práce, ale její integrální součástí, která zásadně formuje každodenní pracovní zkušenost sester.

Fyzická a organizační zátěž byly rovněž hodnoceny jako významné, avšak jejich vliv byl častěji označován jako střední, což naznačuje, že tyto složky nejsou vnímány jako dominantní zdroj zátěže. Tento rozdíl může být dán tím, že fyzické a organizační nároky jsou do určité míry očekávatelné a lépe uchopitelné, zatímco psychická zátěž je proměnlivá a obtížněji regulovatelná. Tento výsledek odpovídá zjištěním Jelínkové (2025), která zdůrazňuje, že emoční stresory – například konfrontace s utrpením a smrtí pacientů, potřeba empatie a vcítění se do rodin či kumulace ztrát pacientů – patří mezi nejvýznamnější a nejvíce náročné faktory v práci všeobecných sester v paliativní péči a mohou vést k emocionálnímu vyčerpání a syndromu vyhoření.

Tyto výsledky dále potvrzuje analýza konkrétních projevů zátěže, kde nejčastěji uváděným dopadem bylo psychické vyčerpání, které tvořilo třetinu všech zaznamenaných odpovědí (33,3 %), následované vyčerpáním fyzickým (23,1 %). Současný výskyt negativních projevů, jako je únava, snížená koncentrace či poruchy spánku, poukazuje na kumulativní charakter zátěže, který může vést ke snížení pracovní výkonnosti i celkové odolnosti sester vůči stresu. Tento kumulativní efekt představuje významné riziko z hlediska dlouhodobé udržitelnosti výkonu profese, zejména pokud není kompenzován adekvátními mechanismy podpory.

Navzdory těmto zjištěním je však významným pozitivním aspektem skutečnost, že většina respondentů hodnotí svou profesní spokojenost a motivaci k dalšímu profesnímu rozvoji pozitivně. Konkrétně téměř 78 % sester hodnotí svou pracovní spokojenost pozitivně či velmi pozitivně a téměř 79 % uvádí pozitivní vliv na motivaci k dalšímu rozvoji. Tento zdánlivý rozpor lze interpretovat tím, že práce v domácí hospicové péči je sestrami vnímána jako smysluplná a hodnotná. Z analytického pohledu lze tento jev chápat jako projev profesní odolnosti,

kdy vysoká míra vnímaného smyslu práce vyvažuje negativní dopady zátěže. Tento závěr je v souladu i s prací od Jelínkové (2025), která uvádí: „Když člověk vnímá, že jeho práce má význam, že pomáhá druhým, přispívá k chodu společnosti, řeší důležité problémy nebo vytváří hodnoty, získává pocit, že jeho úsilí má hlubší účel. Tento pocit smysluplnosti se stává silným zdrojem vnitřní motivace.“

Pozitivní hodnocení podpory a vztahů v pracovním týmu, které uvedlo přibližně 79 % respondentů, dále naznačuje, že kvalitní týmová spolupráce může působit jako ochranný faktor proti negativním dopadům pracovního zatížení. Dobře fungující tým tak může částečně kompenzovat vysokou míru individuální zátěže a přispívat ke stabilizaci pracovního výkonu i psychické pohody sester. Aeling (2018) uvádí, že sestry zajišťující psychosociální a emoční podporu pacientů mají své hranice; v situacích, které přesahují jejich kompetence přenechávají péči sociálním pracovníkům nebo kaplanům. V originálním znění: „*We (nurses) do the psychosocial and emotional aspect of it (hospice), but we have our boundaries. When it gets past a certain point we turn that over to our social workers or our chaplains.*“

Z celkového hlediska výsledky ukazují, že i přes vysokou míru psychické a celkové zátěže si sestry dokáží udržet relativně vysokou profesní spokojenost, což lze považovat za pozitivní, avšak současně potenciálně rizikový faktor, pokud by dlouhodobě docházelo k podceňování potřeby systematické podpory a prevence vyhoření.

### **Výzkumná otázka č. 3: Jaké strategie a podpůrné mechanismy využívají sestry k efektivnímu zvládnání nároků domácí hospicové péče?**

Výsledky výzkumu ukazují, že všeobecné sestry využívají kombinaci individuálních a organizačních strategií ke zvládnání náročných situací v domácí hospicové péči. Nejčastěji uváděnou strategií je sociální podpora ze strany kolegů a rodiny, kterou uvedlo téměř 40 % respondentů. Tento typ opory působí jako ochranný faktor proti psychickému vyčerpání a přispívá k prevenci syndromu vyhoření (burnoutu). Zahraniční literatura potvrzuje, že sociální a emocionální podpora kolegů a blízkých osob patří mezi nejčastěji uváděné adaptivní strategie zvládnání stresu u zdravotnických pracovníků a je spojena se snížením příznaků stresu a burnout syndromu (Maresca a kol., 2022). Z hlediska interpretace výsledků lze konstatovat, že mezilidské vztahy představují klíčový stabilizační prvek, který může významně ovlivňovat schopnost sester dlouhodobě zvládat pracovní zátěž.

Druhou nejčastější kategorií jsou techniky zvládnání stresu, mezi něž respondenti zařazovali relaxaci, mindfulness, dechová cvičení, sport a jiné formy aktivního odpočinku. Tyto strategie umožňují sestram udržovat psychickou rovnováhu a snižovat kumulativní efekt náročných situací. Významnou roli zde hraje pravidelnost a systematickosti těchto technik. Podobně i literární přehledy v oblasti péče o zdravotníky uvádějí, že techniky jako mindfulness, fyzická aktivita a jiné formy relaxace přispívají ke snižování symptomů stresu a k prevenci vyhoření, přičemž jejich účinek se pozitivně promítá do psychické odolnosti ve vysoce náročných pracovních kontextech (Maresca a kol., 2022). Je však vhodné doplnit, že efektivita těchto strategií je podmíněna jejich aktivním a dlouhodobým využíváním, nikoli pouze jejich jednorázovou aplikací.

Profesní poradenství a supervize byly využívány přibližně u 20 % respondentů a slouží jako forma odborné reflexe a mentální podpory. Tento typ podpory je významný zejména pro mladší nebo méně zkušené sestry, které potřebují vedení a potvrzení správného postupu v náročných

situacích. Například Heroldová (2022) uvádí, že sestry tvrdí, že fyzickou zátěž lze do značné míry kompenzovat pravidelnou péčí o vlastní kondici a dostatečnou pohybovou aktivitou. Naopak psychickou zátěž vnímají jako náročnější, přičemž významnou oporu pro její zvládnání představují supervize s psychologem, které jsou dostupné podle aktuálních potřeb a mohou se týkat nejen pracovních, ale i osobních obtíží. Relativně nižší využívání supervize v rámci vlastního výzkumu může naznačovat její omezenou dostupnost, případně nižší míru jejího systematického začlenění do praxe.

I když se spirituální zdroje a víra vyskytují méně často (2,7 %), jejich přítomnost potvrzuje, že některé sestry nacházejí psychickou stabilitu a pocit smysluplnosti práce i prostřednictvím těchto mechanismů. Toto potvrzuje i práce Kopecké (2018), která uvádí, že spirituální a hodnotové rámce, ač méně často kvantifikované, jsou uváděny v některých kvalitativních výzkumech jako faktory, které pomáhají sestrám zachovat pocit smyslu a vlastní identity v náročné péči, což může pozitivně ovlivnit psychickou odolnost a kvalitu adaptace na chronický stres. Nízké zastoupení těchto strategií však může být ovlivněno jejich subjektivním charakterem a menší ochotou respondentů tyto aspekty explicitně uvádět.

Zcela specifickým a zároveň varovným zjištěním je výskyt maladaptivní strategie zvládnání zátěže, kdy jeden z respondentů uvedl užívání alkoholu a opiátů jako prostředek kompenzace pracovního stresu. Tento výrok lze interpretovat jako potenciální projev pokročilé fáze syndromu vyhoření, případně selhání běžných copingových mechanismů. Přestože se jedná o ojedinělý případ, upozorňuje na riziko, že při dlouhodobé expozici zátěži a nedostatečné podpoře může dojít k rozvoji závažných negativních forem adaptace. Tento nálezný podtrhuje význam včasné identifikace rizikových jedinců a potřebu dostupných intervenčních programů zaměřených na duševní zdraví zdravotnického personálu.

Z výsledků týkajících se podpory ze strany pracoviště vyplývá, že většina respondentů hodnotí dostupnost školení, týmové spolupráce a psychologické podpory jako plnou, či dostatečnou. Tato forma podpory je klíčová pro prevenci vyhoření, posílení profesní spokojenosti a efektivní zvládnání náročných situací. Nedostatečná podpora byla identifikována pouze u menší části respondentů, což může být rizikový faktor pro zvýšení stresu a kumulativního vyčerpání. Zároveň je však třeba zohlednit, že subjektivní hodnocení dostupnosti podpory nemusí vždy odpovídat její skutečné kvalitě či efektivitě.

Analýza významu dalších faktorů ukazuje, že osobní zkušenosti a praxe jsou pro sestry nejdůležitějším předpokladem pro zvládnání náročných situací, což potvrzuje, že dlouhodobá zkušenost zvyšuje schopnost adaptace. Dále významně působí kvalitní komunikace s pacientem a jeho rodinou, která napomáhá předvídat potřeby pacientů a snižuje nečekané nároky na sestru. V zahraniční literatuře zaměřené na paliativní praxi je komunikace o smrti s rodinou a kolegy považována za klíčovou součást copingových procesů u sester, které podmiňují jejich psychickou stabilitu a schopnost zvládat emoční zátěž (Clayton a Marczak, 2020). Tento výsledek zároveň potvrzuje, že komunikační kompetence nejsou pouze nástrojem péče o pacienta, ale i významným prostředkem zvládnání profesní zátěže.

Celkové výsledky VO3 ukazují, že efektivní zvládnání zátěže v domácí hospicové péči vyžaduje kombinaci individuálních strategií, profesní podpory a organizačních opatření. Nejúčinnější je souběžné využívání sociální opory, aktivních relaxačních technik a dostupné odborné supervize, přičemž významnou doplňkovou roli hrají zkušenosti, komunikace s pacientem

a spolupráce v týmu. Z širšího pohledu lze konstatovat, že absence některé z těchto složek může vést k nerovnováze ve zvládnání zátěže a potenciálně zvyšovat riziko dlouhodobého vyčerpání zdravotnického personálu.

#### **Výzkumná otázka č. 4: Jaké potřeby a doporučení vidí sestry pro zlepšení kvality poskytované domácí hospicové péče a podpory pro zdravotnický personál?**

Výsledky výzkumu ukazují, že všeobecné sestry vnímají potřebu zlepšení domácí hospicové péče na několika úrovních. Od systémových a organizačních změn po podporu samotného zdravotnického personálu. Analýza odpovědí (otázky č. 14-16) umožňuje identifikovat hlavní oblasti, na které se sestry zaměřují, a zároveň poskytuje vhled do jejich hodnot a etických priorit. Z hlediska interpretace lze říci, že sestry nevnímají kvalitu péče izolovaně, ale jako výsledek komplexního působení více vzájemně provázaných faktorů.

Nejčastěji uváděným faktorem pro zvýšení kvality péče byla možnost věnovat více času pacientům a snížit administrativní zátěž. Tuto kategorii označilo přes 38 % respondentů. Respondenti kritizovali narůstající byrokracii, která ubírá čas strávený u pacienta, a poukazovali na to, že by více času u pacientů zlepšilo kvalitu poskytované péče. Tento nálezný odpovídá výzkumům, které ukazují, že čas strávený u pacienta je důležitým ukazatelem kvality paliativní péče a výrazná administrativní zátěž snižuje čas věnovaný klinické práci a koordinaci péče (Bhavsar a Bloom, 2017). Lze tedy konstatovat, že administrativní zatížení nepředstavuje pouze organizační problém, ale přímo ovlivňuje kvalitu poskytované péče a naplňování jejího hlavního cíle.

Další klíčovou oblastí byla podpora a vzdělávání zdravotnického personálu, kterou označila třetina respondentů. Respondenti zdůrazňovali potřebu dostatečného počtu kvalifikovaných pracovníků a odborného rozvoje, zejména v oblasti paliativní medicíny. Tento výsledek naznačuje, že sestry vnímají odbornou připravenost jako zásadní předpoklad pro zvládnání komplexních a často nepředvídatelných situací v domácí péči.

Přes pětinu sester také poukazovalo na potřebu lepšího vybavení a dostupnosti zdravotnických pomůcek, na zajištění kontinuity péče a kapacit, na financování a systémové nastavení a na osvětu směrem k rodině pacientů. Podobná témata jsou reflektována i v práci Jakšíkové (2024), která zmiňuje, že kvalita paliativní péče nevyplývá pouze z individuálních schopností sester, ale je úzce propojena se systémovými podmínkami, mezioborovou spoluprací a podporou rodiny pacientů. Z toho vyplývá, že bez adekvátního systémového zázemí nelze očekávat dlouhodobě udržitelnou kvalitu péče.

Co se týče podpory zdravotnického personálu, téměř polovina sester vyzdvihovala zvýšení odměňování a uznání práce, přičemž se zde kromě finanční složky objevovala i potřeba regenerace a odpočinku. Dalším důležitým faktorem byla lepší týmová spolupráce a komunikace, kterou uvedla čtvrtina respondentů, a také přístup k supervizi a psychologické podpoře, kterou by si přálo zlepšit přes pětinu sester. Méně časté, ale relevantní byly i potřeby týkající se organizace práce a administrativy a spokojenost se současným stavem, které odrážely individuální zkušenosti s dostatečnou podporou. Tyto výsledky ukazují, že vedle systémových změn je zásadní i vnitřní prostředí pracoviště a kultura organizace.

Analýza otevřených odpovědí ukázala, že přes 20 % sester spatřuje prostor pro zlepšení především v systémovém financování a legislativě, v mezioborové spolupráci téměř 20 %

a stejně tak i v navýšení personálních kapacit a pracovních podmínek. Pro téměř 17 % sester byla rovněž důležitá osvěta a informovanost veřejnosti. Dále zmiňovaly etické hodnoty a kvalitu týmu spolu s podporou rodiny a individualizací péče. Tyto odpovědi ukazují, že sestry vnímají kvalitu péče nejen skrze organizační a materiální podmínky, ale i skrze etické a hodnotové nastavení týmu a schopnost komunikace s rodinou. Tento širší pohled na kvalitu péče odpovídá současnému trendu v paliativní medicíně, který zdůrazňuje holistický přístup k pacientovi i jeho blízkým.

Celkové výsledky ukazují, že pro zlepšení domácí hospicové péče je klíčové kombinovat systémové, organizační a personální změny. Největší prioritu sestry přisuzují zajištění více času pro přímou péči a snížení administrativní zátěže, posílení personálních kapacit a odborného vzdělávání, adekvátnímu odměňování a uznání práce, zlepšení mezioborové spolupráce a dostupnosti péče a vnitřní stabilitě týmu, etickému nastavení pracovníků a podpoře rodiny.

Z kritického hlediska je však třeba dodat, že realizace těchto opatření je do značné míry závislá na systémových změnách na úrovni zdravotnické politiky a současně na komplexním přístupu zahrnujícím jak podporu jednotlivých sester, tak úpravy organizace a financování péče, bez nichž nelze očekávat zásadní zlepšení současného stavu.

## 4 Návrh řešení a doporučení pro praxi

Na základě zjištěných výsledků výzkumného šetření lze formulovat několik doporučení, která směřují ke zkvalitnění poskytované domácí hospicové péče a současně k podpoře zdravotnického personálu, zejména všeobecných sester. Identifikované oblasti se týkají především organizace péče, mezioborové spolupráce, vzdělávání a psychické podpory pracovníků.

Jedním z klíčových opatření je posílení systematické koordinace péče v rámci multidisciplinárního týmu. V praxi se jako přínosné jeví jasné vymezení kompetencí jednotlivých členů týmu, pravidelná komunikace a sdílení informací o pacientech. Zavedení strukturovaných komunikačních nástrojů a pravidelných týmových setkání může přispět ke snížení nejistoty zdravotnického personálu a ke zvýšení efektivity poskytované péče.

Další významnou oblastí je kontinuální vzdělávání všeobecných sester v oblasti paliativní a hospicové péče. Doporučuje se rozšíření nabídky specializovaných kurzů zaměřených nejen na klinické dovednosti, ale také na komunikaci s pacientem a jeho rodinou, zvládnání eticky náročných situací a práci s emocemi. Vzdělávání by mělo být systematické a dlouhodobé, ideálně s možností praktického nácviku a supervize.

Vzhledem k identifikované emoční zátěži spojené s péčí o umírající pacienty je nezbytné zaměřit se také na psychickou podporu zdravotnického personálu. Vhodným opatřením je zavedení pravidelných supervizí, případně podpůrných skupin, které umožňují sdílení zkušeností a prevenci syndromu vyhoření. Současně je důležité podporovat otevřenou komunikaci o psychické zátěži na pracovišti a vytvářet prostředí, které umožňuje její bezpečné vyjádření.

Z organizačního hlediska lze doporučit optimalizaci pracovních podmínek, zejména s ohledem na časovou náročnost péče a administrativní zátěž. Snížení nadměrné administrativy a efektivnější rozdělení práce může vést ke zvýšení spokojenosti zdravotnického personálu i kvality poskytované péče.

V neposlední řadě je vhodné zaměřit se na podporu rodin pacientů, které jsou nedílnou součástí domácí hospicové péče. Poskytování dostatečných informací, edukace a psychické podpory rodinným příslušníkům může pozitivně ovlivnit průběh péče i celkovou spokojenost všech zúčastněných.

## Závěr

Tato bakalářská práce se zabývala problematikou domácí hospicové péče se zaměřením na zkušenosti a názory všeobecných sester. Cílem výzkumu bylo identifikovat klíčová specifika a výzvy spojené s poskytováním péče pacientům v domácím prostředí a analyzovat jejich dopad na pracovní zátěž, profesní spokojenost a kvalitu ošetrovatelské praxe. Výzkum se soustředil na náročné situace, se kterými se sestry setkávají při péči o pacienty v terminálním stádiu, a na strategie a podpůrné mechanismy, jež používají k efektivnímu zvládnutí těchto nároků.

Výsledky ukazují, že největší náročnost práce sester spočívá v komunikaci s pacienty v terminálním stádiu a v emocionální zátěži spojené s úmrtím pacienta. Emocionální zatížení je často kumulativní, což může vést k postupnému vyčerpání a zvýšenému riziku syndromu vyhoření, pokud není adekvátně podporováno systematickými opatřeními. Fyzická a organizační náročnost byla hodnocena jako střední, přičemž psychická zátěž významně ovlivňuje práci. Vnímaný smysl a smysluplnost vykonávané práce působí jako stabilizační faktory, které napomáhají udržení profesní spokojenosti. Dále bylo zjištěno, že schopnost reflektovat vlastní práci a pravidelná supervize přispívají k prevenci chronického stresu a zlepšují adaptivní coping s náročnými situacemi.

K efektivnímu zvládnutí nároků domácí hospicové péče sestry využívají sociální podporu, relaxační techniky, supervizi a zkušenosti získané praxí. Sociální opora od kolegů, vedení i rodin pacientů byla identifikována jako klíčový faktor umožňující udržení motivace a kvality poskytované péče. Pouze ojediněle se vyskytují maladaptivní strategie. Z hlediska doporučení sestry zdůrazňují potřebu posílení podpory personálu, dalšího vzdělávání, lepší dostupnosti pomůcek, optimalizace pracovní zátěže a udržení etických standardů poskytované péče. Zvláštní pozornost je třeba věnovat kontinuálnímu vzdělávání v oblasti komunikace s pacienty a rodinami, zvládnutí psychické zátěže a etickým dilematům, jež se v domácí hospicové péči často vyskytují.

Z provedeného výzkumu vyplývá, že domácí hospicová péče představuje náročnou, ale současně vysoce smysluplnou oblast ošetrovatelské praxe. Sestry hodnotí tuto oblast jako profesně obohacující, neboť umožňuje poskytovat komplexní a individuálně přizpůsobenou péči pacientům a podporuje jejich rodiny v náročném období, kdy je třeba kombinovat odborné, emoční a organizační dovednosti. Klíčovým faktorem pro kvalitu péče se ukazuje kombinace adekvátní podpory personálu, efektivní týmové spolupráce a propracovaných strategií zvládnutí psychické zátěže. Bez těchto prvků by se schopnost poskytovat péči odpovídající vysokým standardům významně snížila, což by mohlo mít negativní dopad nejen na pacienty, ale i na profesní spokojenost sester.

Demografické změny, zejména stárnutí populace a prodlužující se délka života, naznačují, že poptávka po domácí hospicové péči bude nadále růst. Tento trend klade nároky na zdravotnický personál a vyvolává otázky ohledně připravenosti stávajících systémů, pracovních podmínek a vzdělávacích programů ke zvládnutí zvýšeného objemu péče. Význam oboru tak není pouze v poskytování odborné péče, ale také v zajištění důstojného a bezpečného konce života pacientů a podpory jejich rodin.

Další výzkum by měl zkoumat dlouhodobý dopad pracovní zátěže na profesní spokojenost sester, účinnost podpůrných mechanismů a možnosti optimalizace organizace domácí hospicové

péče tak, aby byla zachována vysoká kvalita péče a udržitelná pracovní zátěž pro zdravotnický personál. Doporučuje se rovněž sledovat efektivitu implementace navržených opatření v reálné praxi a jejich vliv na zlepšení well-beingu sester a snížení psychické i fyzické zátěže. Na základě zjištěných výsledků lze pro budoucí výzkum doporučit hlubší analýzu identifikovaných faktorů ovlivňujících pracovní zátěž všeobecných sester v domácí hospicové péči. Zároveň je vhodné realizovat dlouhodobé studie, které by umožnily posoudit, zda současný systém péče a personální kapacity odpovídají rostoucím nárokům spojeným s demografickou křivkou a rostoucími očekáváními pacientů a jejich rodin.

## Seznam použité literatury

- AEILING, Jennifer, 2018. *Hospice Care: Nurses' Experience and Perception of Older Adult Patients' Experiences*. Dissertation. Fort Collins, Colorado: Colorado State University, Department of Psychology. Dostupné z: <http://hdl.handle.net/10217/191247>
- BALABÁNOVÁ, Sára a Eliška MLYNÁRIKOVÁ, 2021. *Perinatální paliativní péče: o vážně nemocné děti před a po narození*. [Online]. [cit. 2025-09-15]. Dostupné z: [https://issuu.com/cestadomu/docs/cd\\_letak\\_dl\\_perinatalni\\_paliativni\\_pece\\_issuu](https://issuu.com/cestadomu/docs/cd_letak_dl_perinatalni_paliativni_pece_issuu).
- BHAVSAR, Nrupen A., Kate BLOOM a kol., 2017. *Delivery of Community-Based Palliative Care: Findings from a Time and Motion Study*. Original research article. New Rochelle, NY, USA: Duke University. Dostupné z: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5647491/>
- BUŽGOVÁ, Radka, 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Sestra. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5402-4.
- BUŽGOVÁ, Radka, Lucie SIKOROVÁ a kolektiv, 2019. *Dětská paliativní péče*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0584-7.
- CLAYTON, Malcolm a Magda MARCZAK, 2020. *Palliative care nurses' experiences of stress, anxiety, and burnout: A thematic synthesis*. Review article. Cambridge, UK: Coventry University; University of Warwick. Dostupné z: <https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/7F917286D258ED2DD65529397D8E1D79/S147895152200058Xa.pdf/palliative-care-nurses-experiences-of-stress-anxiety-and-burnout-a-thematic-synthesis.pdf>
- ČESKÁ SPOLEČNOST PALIATIVNÍ MEDICÍNY, 2024. *Zdravotní respitní péče má potenciál měnit životy rodin*. [Online]. Koncepte.info. Dostupné z: <https://www.koncepce.info/zdravotni-respitni-pece-ma-potencial-menit-zivoty-rodin/>. [cit. 2025-10-12].
- HERDOVÁ, Elena, 2022. *Domácí hospicová péče z pohledu sestry*. Bakalářská práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Dostupné z: [https://theses.cz/auth/id/z1odv1/Herdova\\_Elena\\_-\\_Domaci\\_hospicova\\_pece\\_z\\_pohledu\\_sestry.pdf](https://theses.cz/auth/id/z1odv1/Herdova_Elena_-_Domaci_hospicova_pece_z_pohledu_sestry.pdf)
- JAKŠÍKOVÁ, Barbora, 2024. *Spokojenost sester v paliativní hospicové péči*. Bakalářská práce. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Dostupné z: [https://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/55105/jak%20a1%20c3%adkov%20a1\\_2024\\_dp.pdf](https://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/55105/jak%20a1%20c3%adkov%20a1_2024_dp.pdf)
- JELÍNKOVÁ, Adéla, 2022. *Hodnocení technik pro zmírnění dopadu psychické náročnosti paliativní péče u všeobecných sester*. Bakalářská práce. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni. Dostupné z: [https://theses.cz/auth/id/Ob71t5/BP\\_Jelinkova\\_Z20B0011K.pdf](https://theses.cz/auth/id/Ob71t5/BP_Jelinkova_Z20B0011K.pdf)
- KOPECKÁ, Martina, 2018. *Osobnost sestry v souvislosti se zvládáním stresu*. Bakalářská práce. Hradec Králové: Univerzita Karlova. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/98805/130227117.pdf>
- KUPKA, Martin a kolektiv, 2024. *Smrt a umírání v celostní perspektivě: psychologické, sociální a spirituální aspekty*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-3947-7.

- KURUCOVÁ, Radka, 2016. *Zátěž pečovatele: posuzování, diagnostika, intervence a prevence v péči o nevléčitelně nemocné*. Sestra. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5707-0.
- LLOYD-WILLIAMS, Mari (ed.), 2018. *Psychosocial issues in palliative care: a community based approach for life limiting illness*. Third edition. New York: Oxford University Press. ISBN 978-0-19-880667-7.
- MARESCA, Giuseppa, Francesco CORALLO a kol., 2022. *Coping Strategies of Healthcare Professionals with Burnout Syndrome: A Systematic Review*. Messina, Italy: IRCCS Centro Neurolesi Bonino Pulejo. Dostupné z: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8877512/>
- 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*. Sestra. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3171-1.
- MASARYKŮV ONKOLOGICKÝ ÚSTAV, b. r. *Paliativní péče* [PDF]. [cit. 2025-10-12]. Dostupné z: <https://www.mou.cz/document/file/3788?dl=1>.
- Modrá kniha České onkologické společnosti*. [PDF]. 31. aktualizace. Brno: Masarykův onkologický ústav, 2025. ISBN 978-80-86793-61-0. [cit. 2025-10-12]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/files/modra-kniha/25.pdf>.
- O organizaci paliativní péče: doporučení Rec (2003) 24 Výboru ministrů Rady Evropy členskými státy*. Praha: Cesta domů, c2004. ISBN 80-239-4332-4. [cit. 2025-06-07]
- OPORA DIAKONIE, 2025. *Nejčastější pomůcky pro usnadnění péče*. [Online]. Dostupné z: <https://oporadiakonie.cz/rada/nejcastejsi-pomucky-pro-usnadneni-pece/>. [cit. 2025-09-06]
- Perinatální paliativní péče*, b. r. Cesta domů. [Online]. Dostupné z: <https://www.cestadomu.cz/perinatalni-paliativni-pece>. [cit. 2025-09-15].
- POCHMANOVÁ, Karolína, 2015. *Průvodce domácí péčí: pro ty, kteří péči zvažují, pro ty, kteří ji poskytují*. Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-905809-2-3.
- PŘEHLEDNĚJŠÍ ZDRAVOTNICTVÍ, 2022. *Syndrom vyhoření u zdravotníků*. [Online]. [cit. 2025-10-17]. Dostupné z: <https://prehlednejsizdravotnictvi.cz/syndrom-vyhoreni-u-zdravotniku/>.
- PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK (ed.), 2022. *Důstojnost v medicíně: Edice celoživotního vzdělávání ČLK*. Praha: Grada Publishing. ISBN 9788027134113. [cit. 2025-06-07].
- SIEBEROVÁ, Jana, 2019. *Proč máme strach ze smrti?: jak zvládnout její příchod*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7553-654-9.
- TOMEŠ, I., E. DRAGOMIRECKÁ, K. SEDLÁROVÁ a D. VODÁČKOVÁ, 2015. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2941-4.
- VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČESKÉ REPUBLIKY, 2021. *Syndrom vyhoření – přichází nenápadně, ale ničí důsledně*. [Online]. [cit. 2025-10-17]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/o-nas/aktuality/syndrom-vyhoreni-prichazi-nenapadne-ale-nici-dusledne>.

## **Seznam příloh**

Příloha A: Dotazník pro všeobecné sestry

Příloha A

## Domácí hospicová péče z pohledu všeobecné sestry

Vážená paní / Vážený pane,

Jmenuji se Filip Ludes a jsem studentem 3. ročníku oboru všeobecné ošetřovatelství na Vysoké škole polytechnické Jihlava. Rád bych Vás požádal o vyplnění následujícího dotazníku, který je součástí praktické části mé bakalářské práce na téma: „**Domácí hospicová péče z pohledu všeobecné sestry**“, vedené Mgr. Marcelou Rohovskou.

Cílem práce je identifikovat hlavní specifika a výzvy spojené s poskytováním domácí hospicové péče a zhodnotit jejich dopad na práci všeobecné sestry.

Vaše odpovědi budou zpracovány **anonymně** a účast na výzkumu je **dobrovolná**. Vyplněním dotazníku souhlasíte s využitím Vámi poskytnutých informací pro výzkumné účely této práce.

Děkuji Vám za čas, ochotu a přínos k tomuto výzkumu.

**Filip Ludes**

\* Označuje povinnou otázku

### Základní charakteristika respondentů

Tato část dotazníku slouží ke zjištění základních údajů o respondentkách a respondentech, kteří se podílejí na poskytování domácí hospicové péče. Tyto informace umožní lépe porozumět souvislostem mezi osobními a profesními charakteristikami sester a jejich zkušenostmi či postoji k domácí hospicové péči.

1. Věk \*

\_\_\_\_\_

2. Pohlaví \*

*Označte jen jednu elipsu.*

Muž

Žena

3. Délka praxe v ošetřovatelství \*

*Označte jen jednu elipsu.*

do 5 let

5-10 let

11-20 let

více než 20 let

4. Délka zkušenosti s domácí hospicovou péčí \*

*Označte jen jednu elipsu.*

do 1 roku

1-3 roky

4-6 let

více než 6 let

### Specifika a náročné situace v domácí hospicové péči

Tato část dotazníku se zaměřuje na identifikaci nejčastějších specifik a náročných situací, se kterými se všeobecné sestry setkávají při poskytování domácí hospicové péče. Cílem je zjistit, jaké okolnosti a faktory považují sestry za nejnáročnější a jak tyto skutečnosti ovlivňují jejich každodenní pracovní činnost v prostředí domácí péče.

#### 5. Jak často se setkáváte s následujícími náročnými situacemi? \*

*Označte jen jednu elipsu na každém řádku.*

	Nikdy	Zřídka	Občas	Často	Velmi často
Komunikace s pacientem v terminálním stádiu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Komunikace s rodinou/pečovateli pacienta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zajištění medikace a zdravotnického vybavení doma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### 6. Jaké další situace považujete za náročné? \*

*Označte jen jednu elipsu na každém řádku.*

	Nenáročné	Málo náročné	Středně náročné	Náročné	Velmi náročné
Emocionální zátěž při umírání pacienta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koordinace s multidisciplinárním týmem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Administrativní a dokumentační požadavky	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Jaké aspekty domácí péče jsou pro vás největší výzvou? \*

Označte jen jednu elipsu na každém řádku.

	Velmi snadné	Spíše snadné	Středně náročné	Spíše náročné	Velmi náročné
Práce v prostředí pacienta (např. omezené prostory)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Přizpůsobení péče individuálním potřebám pacienta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Řešení nečekaných komplikací (např. zdravotních, rodinných)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Vliv náročných situací na práci a profesní spokojenost všeobecné sestry

Tato část dotazníku se zaměřuje na zhodnocení, jak náročné situace a specifika domácí hospicové péče ovlivňují pracovní výkon, psychickou pohodu a profesní spokojenost všeobecných sester. Cílem je zjistit, do jaké míry se pracovní zátěž, stres a emoční vypětí promítají do jejich motivace, spokojenosti a dlouhodobé udržitelnosti v této oblasti péče.

#### 8. Jak náročné situace ovlivňují vaši pracovní zátěž? \*

*Označte jen jednu elipsu na každém řádku.*

	Neovlivňují	Málo	Středně	Výrazně	Velmi
Fyzická zátěž (přesuny, manipulace s pacientem)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychická zátěž (stres, emoční vypětí)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Organizační zátěž (plánování, koordinace péče)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Jak náročné situace ovlivňují vaši profesní spokojenost? \*

Označte jen jednu elipsu na každém řádku.

	Velmi negativně	Negativně	Neutrálně	Pozitivně	Velmi pozitivně
Spokojenost s výkonem své práce	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Motivace pro další profesní rozvoj	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pocit ocenění a podpory ze strany týmu/pracoviště	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Setkáváte se s následujícími situacemi? \*

Možnost více odpovědí

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- Fyzické vyčerpání
- Psychické vyčerpání
- snížená motivace k práci
- Nespavost
- Snížená koncentrace
- Jiné: \_\_\_\_\_

## Strategie a podpůrné mechanismy

Tato část dotazníku se zaměřuje na zjištění, jaké strategie a podpůrné mechanismy všeobecné sestry využívají při zvládání náročných situací v domácí hospicové péči. Cílem je porozumět tomu, jak se zdravotnický personál vyrovnává s emocionální a pracovní zátěží, jakou podporu poskytuje pracoviště a tým a které faktory nejvíce přispívají ke zvládání nároků péče.

### 11. Jaké strategie používáte k zvládání zátěže? \*

Možnost více odpovědí

*Zaškrtněte všechny platné možnosti.*

- Techniky zvládání stresu (relaxace, mindfulness, dechová cvičení)
- Profesionální poradenství / supervize
- Podpora od kolegů a rodiny
- Jiné: \_\_\_\_\_

### 12. Jakou podporu poskytuje vaše pracoviště při náročných situacích?

*Označte jen jednu elipsu na každém řádku.*

	Žádná	Nedostatečná	Dostatečná	Plná
Školení a odborné kurzy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Týmová spolupráce a komunikace	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychologická nebo sociální podpora	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. Jaké faktory nejvíce přispívají ke zvládnání náročných situací? \*

*Označte jen jednu elipsu na každém řádku.*

	Žádný	Malý	Střední	Velký	velmi velký
Osobní zkušenosti a praxe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dobrá komunikace s pacientem a rodinou	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Podpora multidisciplinárního týmu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Potřeby a doporučení pro zlepšení praxe v domácí hospicové péči

Tato část dotazníku se zaměřuje na identifikaci potřeb všeobecných sester a jejich návrhů na zlepšení kvality domácí hospicové péče. Cílem je získat informace o tom, jaké změny, doplňující opatření nebo podpůrné mechanismy by nejvíce přispěly k efektivnějšímu poskytování péče a k podpoře zdravotnického personálu při náročných situacích.

14. Co by podle vás nejvíce zlepšilo kvalitu domácí hospicové péče? \*

Možnost více odpovědí

*Zaškrtněte všechny platné možnosti.*

- Lepší vybavení a dostupnost zdravotnických pomůcek
- Více času na péči a méně administrativy
- Podpora a vzdělávání zdravotnického personálu
- Jiné: \_\_\_\_\_

15. Jaké změny by mohly podpořit zdravotnický personál?

Možnost více odpovědí

*Zaškrtněte všechny platné možnosti.*

- Zvýšení odměňování a uznání práce
- Lepší týmová spolupráce a komunikace
- Přístup k supervizi a psychologické podpoře
- Jiné: \_\_\_\_\_

16. Jaké další doporučení byste chtěla/a sdílet pro zlepšení domácí hospicové péče?

---

---

---

---

---