

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Všeobecné ošetřovatelství

PSYCHICKÁ ZÁTĚŽ VŠEOBECNÝCH SESTER PŘI
POSKYTOVÁNÍ PALIATIVNÍ PÉČE

Bakalářská práce

Autor práce: Magdalena Plachá

Vedoucí práce: Mgr. Marie Dočekalová

Jihlava 2026

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Tolstého 16, 586 01 Jihlava

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Magdalena Plachá
Studijní program:	Všeobecné ošetrovatelství
Garant studijního programu:	doc. PhDr. Lada Cetlová, PhD.
Název práce:	Psychická zátěž všeobecných sester při poskytování paliativní péče
Vedoucí práce:	Mgr. Marie Dočekalová
Cíl práce:	Zjistit, v čem vidí všeobecné sestry největší zátěž či tlak na psychiku způsobující i stres při provádění paliativní péče.

Abstrakt

Práce se zabývá problematikou psychické zátěže všeobecných sester při poskytování paliativní péče. Cílem práce je zjistit, v čem vidí všeobecné sestry největší zátěž či tlak na psychiku způsobující i stres při provádění paliativní péče. V teoretické části jsou vymezeny základní principy paliativní péče, role všeobecné sestry, možné zdroje psychické zátěže a strategie jejího zvládnutí. Práce poukazuje na potřebu systematické podpory sester v této oblasti a na význam preventivních opatření proti syndromu vyhoření. Výzkumná část bakalářské práce byla zpracována kvantitativní metodou, pomocí dotazníkového šetření, které bylo provedeno formou online dotazníku. Následně byly znázorněny výsledky z dotazníkového šetření. V závěrečné části práce jsou vyhodnoceny výsledky a navržena doporučení pro praxi.

Klíčová slova

Paliativní péče; umírání; stres; psychická zátěž; pacient; zdravotnický personál; ošetrovatelská péče

Abstract

The thesis deals with the issue of psychological burden experienced by general nurses in the provision of palliative care. The aim of the thesis is to identify what general nurses perceive as the greatest burden or psychological pressure causing stress when providing palliative care. The theoretical part defines the basic principles of palliative care, the role of the general nurse, possible sources of psychological burden, and strategies for coping with it. The thesis highlights the need for systematic support for nurses in this area and emphasizes the importance of preventive measures against burnout syndrome. The research part of the bachelor's thesis was conducted using a quantitative method, specifically through a questionnaire survey carried out in the form of an online questionnaire. The results of the survey were subsequently presented.

Keywords

Palliative care; dying; stress; psychological stress; patient; medical staff; nursing 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 prorektora pro studium č. 2/2020, 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 výtěžku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 22. dubna 2026

.....

Podpis studenta/ky

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucímu mé bakalářské práce Mgr. Marii Dočekalové, za odborné vedení, cenné rady, připomínky a ochotu, které mi poskytovala v průběhu zpracování této práce. Její přístup a podpora mi velmi pomohly při jejím dokončení. Zároveň bych chtěla poděkovat své rodině za jejich trpělivost, podporu a pochopení po celou dobu mého studia. Velmi si vážím jejich zázemí, povzbuzení a důvěry, které mi byly oporou nejen při zpracování této práce, ale i během celého studia.

Obsah

Seznam obrázků	7
Seznam zkratk	8
Úvod	9
1 Současný stav problematiky	10
1.1 Historie.....	10
1.1.1 Historie paliativní péče v ČR.....	11
1.2 Vymezení paliativní péče.....	12
1.3 Rozdělení paliativní péče.....	13
1.3.1 Rozdělení podle míry specializace.....	13
1.3.2 Rozdělení podle formy poskytování.....	14
1.3.3 Rozdělení podle cílové skupiny.....	14
1.3.4 Rozdělení podle fáze onemocnění.....	14
1.4 Psychická zátěž v paliativní péči.....	14
1.4.1 Povaha psychické zátěže.....	15
1.4.2 Syndrom vyhoření a jeho projevy.....	15
1.4.3 Hlavní psychologické stresory.....	15
1.4.4 Dopady na péči a zdraví všeobecných sester.....	15
1.4.5 Strategie zvládání a prevence stresu.....	16
1.5 Psychosociální aspekty v paliativní péči.....	16
1.6 Etika v paliativní péči.....	17
1.6.1 Potřeby terminálně nemocných.....	18
1.7 Komunikace.....	19
1.8 Péče o umírající.....	20
2 Výzkumná část	21
2.1 Cíl výzkumu.....	21
2.2 Výzkumné otázky.....	21
2.3 Metodika výzkumu.....	21
2.4 Charakteristika výzkumného vzorku a výzkumného prostředí.....	21
2.5 Organizace výzkumu.....	21
2.6 Zpracování získaných dat.....	22
2.7 Výsledky výzkumu.....	22
3 Diskuze	48
4 Návrh řešení a doporučení pro praxi	53
Závěr	54
Seznam použité literatury	55
Přílohy	57

Seznam obrázků

Graf 1 Pohlaví.....	22
Graf 2 Věk	23
Graf 3 Vzdělání.....	23
Graf 4 Délka praxe.....	24
Graf 5 Pracoviště	24
Graf 6 Pozice	25
Graf 7 Zkušenosti.....	26
Graf 8 Frekvence setkávání s pacienty v terminálním stádiu	26
Graf 9 Psychická újma	26
Graf 10 Psychická náročnost	27
Graf 11 Emoční zátěž	28
Graf 12 Psychické přetížení	28
Graf 13 Duševní zdraví.....	29
Graf 14 Komunikace s rodinou.....	30
Graf 15 Pocity bezmoci	30
Graf 16 Problémy s usínáním	31
Graf 17 Etické principy.....	32
Graf 18 Oddělování profese a emocí	32
Graf 19 Respekt	33
Graf 20 Kvalita	34
Graf 21 Reakce v náročných situacích	35
Graf 22 Komunikace s kolegy	35
Graf 23 Možnost podpory.....	36
Graf 24 Regenerace	37
Graf 25 Emoce	38
Graf 26 Prostor na zotavení	38
Graf 27 Změna profese	39
Graf 28 Podpora kolegů.....	40
Graf 29 Podpora při zvládnutí stresu	40
Graf 30 Odborná psychologická podpora	41
Graf 31 Příznaky vyhoření.....	42
Graf 32 Aktivity.....	42
Graf 33 Náročnost.....	43
Graf 34 Odolnost psychické zátěže	44
Graf 35 Účast na školení.....	45
Graf 36 Podpora duševního zdraví	46
Graf 37 Zlepšení paliativní péče	47

Seznam zkratk

ČR	Česká republika
VŠPJ	Vysoká škola polytechnická Jihlava
WHO	World Health Organization
tzv.	takzvaně
ČLS JEP	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně

Úvod

Paliativní péče představuje specifický přístup v medicíně a ošetřovatelství, jehož hlavním cílem je zajištění co nejvyšší kvality života pacientů s nevyлéčitelným onemocněním v pokročilém nebo terminálním stadiu. Tento přístup se nezaměřuje na samotné vyléčení nemoci, ale na zmírnění utrpení pacienta a podporu jeho fyzických, psychických, sociálních i spirituálních potřeb. Nedílnou součástí paliativní péče je také podpora rodiny a blízkých osob pacienta. V posledních letech dochází v České republice k postupnému rozvoji paliativní péče, a to jak v nemocničním prostředí, tak v domácí péči prostřednictvím mobilních hospicových služeb. Přesto však dostupnost této péče není stále zcela rovnoměrná a zdravotnický systém se potýká s personálními i organizačními limity. Rostoucí význam paliativní péče souvisí zejména se stárnutím populace a nárůstem chronických a onkologických onemocnění. Všeobecné sestry zaujímají v paliativní péči klíčovou roli. Jsou v každodenním kontaktu s pacientem i jeho rodinou, zajišťují ošetrovatelskou péči, podávají medikaci, sledují zdravotní stav pacienta a významně se podílejí na komunikaci. Současně poskytují pacientovi i jeho blízkým psychickou podporu a pomáhají zachovávat důstojnost v závěru života. Tato práce je však spojena s vysokými nároky na odborné znalosti, komunikační dovednosti a zejména psychickou odolnost. Psychická zátěž všeobecných sester v paliativní péči vyplývá především z opakované konfrontace se smrtí a utrpením, z intenzivní komunikace s pacienty a jejich rodinami a z nutnosti zvládat emočně náročné situace. Mezi významné stresory patří také nedostatek personálu, vysoké pracovní tempo či nedostatečná systémová podpora. Dlouhodobé působení těchto faktorů může vést k vyčerpání, stresu nebo syndromu vyhoření, což může negativně ovlivnit nejen samotné sestry, ale i kvalitu poskytované péče. Na druhou stranu je práce v paliativní péči často vnímána jako smysluplná a profesně naplňující, což může působit jako ochranný faktor proti negativním dopadům psychické zátěže. Důležitou roli proto hrají strategie zvládnání stresu, týmová spolupráce, možnost supervize a podpora ze strany zaměstnavatele.

Motivace

Motivací k výběru tématu bakalářské práce „Psychická zátěž všeobecných sester při poskytování paliativní péče“ byl můj zájem o problematiku paliativní péče a zároveň uvědomění si psychické náročnosti práce zdravotnického personálu v tomto oboru. Při setkávání s pacienty v terminálním stadiu onemocnění a jejich rodinami dochází k častému kontaktu se smrtí, utrpením a silnými emocemi, což klade vysoké nároky na psychickou odolnost všeobecných sester.

Toto téma jsem si zvolila také proto, že považuji péči o duševní zdraví zdravotnického personálu za velmi důležitou, avšak často opomíjenou oblast. Domnívám se, že dostatečná podpora a prevence psychické zátěže mohou přispět nejen ke zlepšení kvality života samotných všeobecných sester, ale také ke zkvalitnění poskytované péče pacientům.

Cíl práce

Cílem této bakalářské práce je zjistit, v čem vidí všeobecné sestry největší zátěž či tlak na psychiku způsobující i stres při provádění paliativní péče. Současně se práce zaměřuje na možnosti prevence a zvládnání psychické zátěže v praxi.

1 Současný stav problematiky

Paliativní péče představuje specifický přístup v ošetřovatelství a medicíně, jehož hlavním cílem je zajištění kvality života pacientů s nevléčitelným onemocněním v pokročilém či terminálním stadiu. Podle definice Světové zdravotnické organizace se jedná o aktivní, komplexní péči zaměřenou na zmírňování bolesti a dalších symptomů, přičemž zahrnuje i psychickou, sociální a spirituální podporu nemocného i jeho blízkých. V České republice se v posledních letech rozvoj paliativní péče významně zrychluje – vznikají specializovaná paliativní oddělení, mobilní hospicové služby a paliativní týmy v nemocnicích. Přesto však dostupnost této péče stále není zcela rovnoměrná a naráží na personální i finanční limity. V rámci poskytování paliativní péče mají všeobecné sestry nezastupitelnou roli. Zajišťují nejen základní ošetřovatelskou péči, monitorují zdravotní stav a podávají medikaci, ale především jsou v každodenním kontaktu s pacientem a jeho rodinou. Jejich úkolem je podporovat pacienta v zachování důstojnosti, pomáhat zvládat bolest a další symptomy a zároveň poskytovat emoční oporu. Významná je také jejich role v komunikaci, kdy jsou často prostředníkem mezi pacientem, rodinou a lékařem. Tato činnost je však spojená s vysokými nároky na psychickou odolnost a schopnost zvládat emočně náročné situace. Psychická zátěž všeobecných sester v paliativní péči vychází z několika faktorů. Klíčovým zdrojem stresu je opakovaná konfrontace se smrtí a utrpením, která může vést k pocitům bezmoci, smutku či vyhoření. Významnou roli hraje také komunikace s rodinou pacienta, kdy všeobecné sestry často čelí silným emocím příbuzných, jako je hněv, zoufalství či popírání reality. Nedostatek personálu, vysoké pracovní tempo a absence systematické podpory mohou psychickou zátěž ještě prohlubovat. Na druhou stranu je doloženo, že všeobecné sestry pracující v paliativní péči často vnímají svou práci jako smysluplnou a naplňující, což může působit jako ochranný faktor proti syndromu vyhoření. Na míru psychické zátěže působí celá řada okolností – od osobnostních charakteristik všeobecných sester, jejich zkušeností a délky praxe až po kvalitu týmové spolupráce a podporu ze strany vedení. Jako významné mechanismy prevence a zvládnání stresu se ukazují supervize, možnost sdílení zkušeností s kolegy, vzdělávání v oblasti komunikace s umírajícím pacientem a jeho rodinou, stejně jako vlastní psychohygiena. Přestože se v odborné literatuře stále častěji zdůrazňuje nutnost péče o duševní zdraví zdravotnických pracovníků, praxe ukazuje, že tyto podpůrné mechanismy nejsou v českých zdravotnických zařízeních vždy systematicky využívány. Současný stav problematiky tak poukazuje na skutečnost, že paliativní péče je pro všeobecné sestry nesmírně náročná, ale zároveň profesně i lidsky obohacující. Vyžaduje vysokou míru empatie, odborných znalostí a psychické odolnosti. Zároveň otevírá otázku, jak mohou být všeobecné sestry v této oblasti lépe podporovány, aby byla jejich psychická zátěž udržitelná a aby mohly poskytovat kvalitní a důstojnou péči pacientům i jejich blízkým (Křížová, 2018).

1.1 Historie

Péče o nemocné a umírající má své kořeny již v nejstarších dobách lidské historie. Již v pravěku byli lidé, kteří se starali o slabé a zraněné členy kmene, přičemž zkušenosti se předávaly ústně z generace na generaci. V Egyptě existují doklady o tom, že nemocní nebyli izolováni, ale naopak ošetřováni a doprovázeni s určitou dávkou soucitu. V Číně se již kolem roku 2800

př. n. l. rozvíjely metody, které měly propojit péči o tělo i duši – například akupunktura či užívání přírodních léčiv. Starověké Řecko se považuje za kolébkou organizované péče o nemocné. V 5. století př. n. l. zde vznikaly tzv. asklépia, chrámy zasvěcené bohu lékařství Asklépiovi, které sloužily jako první léčebná zařízení. Hippokrates, který je právem nazýván otcem medicíny, oddělil medicínu od magie a pověr a položil základy moderního přístupu k nemocem. Římané na řecké poznatky navázali, zakládali cechy lékařů a postupně se začala formovat specializace, například chirurgie, stomatologie nebo gynekologie. Významný důraz kladli na hygienu a prevenci – budovali vodovody, kanalizace a dbali na důstojné pohřbívání zemřelých. Ve středověku se těžiště péče přesunulo do klášterů, které se staly centry uchovávání lékařských znalostí i praktické pomoci nemocným a umírajícím. Klášterní špitály poskytovaly nejen základní léčbu, ale také péči o staré, chudé a opuštěné. V té době se rozvíjelo tzv. mnišské lékařství a vznikaly první významné lékařské školy, z nichž nejznámější byla škola v Salernu. Znalosti chirurgie se rozvíjely pomalu, přesto již tehdy byly známy postupy, jako je trepanace lebky, šití ran či podvazování cév. Objevují se i první pokusy o anestezii, například v podobě uspávacích hub. Postupně se tak formoval základní rámec péče o nemocné a umírající, který byl vždy úzce spojen s kulturním a náboženským kontextem doby. Od prvotních projevů soucitu v pravěkých komunitách, přes systematizaci a racionální přístup v antice až po křesťansky motivovanou péči klášterní charity ve středověku se vytvářela tradice, na kterou navázal další vývoj medicíny a ošetřovatelství v novověku. Tato historická cesta dokládá, že péče o nemocné a umírající byla vždy nedílnou součástí lidské společnosti, ačkoli její formy a možnosti se v průběhu času měnily (Bužgová, 2015).

1.1.1 Historie paliativní péče v ČR

Historie paliativní péče je poměrně pestrá a samotný pojem procházel v průběhu let mnoha proměnami a upřesněními. V České republice se tento typ péče začal rozvíjet zhruba o deset let později než ve většině západní Evropy. Zpočátku chyběla možnost navázat na tradici obdobných služeb, což rozvoj značně komplikovalo. Výraznější posun nastal až v 90. letech 20. století, kdy vzniklo první specializované oddělení paliativní péče ještě v době Československa, konkrétně v roce 1992 v Babicích nad Svitavou. Jednalo se o patnáctilůžkovou jednotku při klinice plicních onemocnění, určenou převážně pacientům s rakovinou plic a dalšími nádory. Kvůli finančním potížím byla však později přeměněna na léčebnu dlouhodobě nemocných. Významným impulzem pro rozvoj paliativní medicíny byla možnost odborníků absolvovat zahraniční stáže, kde získávali cenné teoretické i praktické zkušenosti. Po roce 1989 se otevřely hranice a lékaři i sestry mohli navštěvovat špičková pracoviště v zahraničí, což se stalo základem pro budování paliativní péče v českém prostředí. Ve velkých nemocnicích začala vznikat oddělení léčby bolesti, jejichž lékaři se zaměřovali i na pacienty v pokročilém stádiu nevléčitelných nemocí. Roku 2001 byla při Fakultní nemocnici Brno založena specializovaná ambulance paliativní medicíny, která prostřednictvím konziliárních služeb zlepšovala péči o nemocné na různých odděleních. Významnou roli v rozvoji sehrálo i vzdělávání. Paliativní medicína byla zpočátku vyučována v rámci předmětů, jako je lékařská etika nebo klinická onkologie. K zásadnímu posunu došlo v roce 2004, kdy byla oficiálně uznána jako samostatný lékařský obor pod názvem „paliativní medicína a léčba bolesti“. Tento krok vytvořil předpoklady pro systematické začlenění paliativní péče do českého zdravotnictví. Další milník představuje rok 2019, kdy bylo podepsáno Memorandum o spolupráci mezi Ministerstvem

zdravotnictví, zdravotními pojišťovkami a Českou společností paliativní medicíny. Cílem tohoto dokumentu bylo zajistit, aby se paliativní péče stala dostupnou všem pacientům v terminálním stádiu onemocnění, a to jak v nemocnicích, tak v domácím prostředí. Významným krokem byla také transformace oddělení paliativní péče ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze, které se v lednu 2021 stalo samostatnou klinikou – vůbec první svého druhu v České republice. Je společným pracovištěm Všeobecné fakultní nemocnice a 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy, a kromě klinické péče se zaměřuje i na vzdělávací a vědeckou činnost. K zakladatelům této kliniky patří Ondřej Kopecký a Kateřina Rusínová, kteří se dlouhodobě věnují rozvoji oboru a otevřenému přístupu k otázkám umírání a smrti. Reflexi současného stavu české paliativní péče přinesl i dokumentární film *Jednotka intenzivního života*, který autenticky zachycuje práci průkopníků oboru a přibližuje činnost nemocničního paliativního týmu. Tento film měl zároveň sloužit jako modelový příklad pro další nemocnice, jak lze paliativní péči systematicky začlenit do zdravotnické praxe (Sláma, 2020).

1.2 Vymezení paliativní péče

Paliativní péče představuje komplexní, aktivní a na pacienta orientovaný přístup k péči o osoby se závažným, pokročilým nebo život ohrožujícím onemocněním. Jejím primárním cílem není vyléčení základního onemocnění, ale zmírnění utrpení a podpora co nejvyšší kvality života pacienta i jeho blízkých. Zaměřuje se na potřeby nemocného v oblasti fyzické, psychické, sociální i spirituální a respektuje jeho důstojnost, hodnoty a autonomii. Podle definice Světové zdravotnické organizace (WHO) je paliativní péče přístup, který zlepšuje kvalitu života pacientů a jejich rodin čelících problémům spojeným s život ohrožujícím onemocněním, a to prostřednictvím prevence a úlevy od utrpení díky včasnému rozpoznání, pečlivému zhodnocení a léčbě bolesti a dalších problémů fyzického, psychosociálního a spirituálního charakteru. WHO zároveň zdůrazňuje, že paliativní péče by měla být poskytována již od okamžiku stanovení diagnózy závažného onemocnění a může probíhat souběžně s kurativní či život prodlužující léčbou (World Health Organization, 2020).

Moderní pojetí paliativní péče se opírá o koncept tzv. „totalpain“, který poprvé formulovala Cicely Saunders. Tento koncept vyjadřuje skutečnost, že utrpení nemocného není pouze tělesné, ale zahrnuje také složku psychologickou, sociální a spirituální. Paliativní péče proto usiluje o celostní přístup k pacientovi a jeho rodině. Evropský odborný konsenzus, formulovaný European Association for Palliative Care, definuje paliativní péči jako aktivní, komplexní péči o osoby všech věkových kategorií trpící závažným zdravotním utrpením v důsledku těžké nemoci, zejména v pokročilém nebo terminálním stadiu. Zdůrazňuje multidisciplinární spolupráci a systematické hodnocení potřeb pacienta i jeho blízkých (Radbruch et al., 2020).

Paliativní péče je založena na několika základních principech. Jedna z prvních potvrzuje život a uznává umírání jako přirozený proces. Také neusiluje o urychlení ani oddalování smrti, respektuje autonomii a informovaná rozhodnutí pacienta. Dalším základním principem je zajišťování účinné kontroly symptomů např. bolesti, dušnosti, nauzey, úzkosti. Poskytuje podporu rodině během nemoci i v období truchlení. A jako posledním principem se vyžaduje interdisciplinární spolupráce zdravotnických i nezdravotnických odborníků. V českém prostředí je rozvoj a standardizace paliativní péče podporována například Českou společností paliativní

medicíny ČLS JEP, která vymezuje paliativní péči jako aktivní péči poskytovanou pacientovi s nevléčitelným onemocněním v pokročilém či terminálním stadiu s cílem zmírnit utrpení a zachovat kvalitu života. Z hlediska organizace jsou rozlišovány dva druhy péče. Prvním typem péče je obecná paliativní péče, která je poskytována zdravotníky různých odborností např. praktickými lékaři, všeobecnými sestrami, specialisty jiných oborů, kteří pečují o pacienty se závažným onemocněním v rámci své běžné praxe. Druhým typem péče je specializovaná paliativní péče, ta je poskytována týmem odborníků se specializovaným vzděláním v paliativní medicíně např. hospicová péče, mobilní specializované týmy, paliativní konziliární týmy v nemocnicích. Paliativní péče může být realizována v různých prostředích, jako jsou nemocnice, hospicová péče, ambulantní paliativní medicína v domácím prostředí pacienta. Důležitou součástí je komunikace o prognóze, plánování péče a respektování přání pacienta, včetně rozhodování o rozsahu léčby. V současném zdravotnictví je paliativní péče chápána jako nedílná součást kvalitní zdravotní péče, nikoli jako její alternativní či okrajová forma. Její význam narůstá zejména v souvislosti se stárnutím populace a rostoucím výskytem chronických a onkologických onemocnění. (Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP, 2016).

1.3 Rozdělení paliativní péče

V českém prostředí jsou standardy specializované paliativní péče definovány odbornými doporučeními. Paliativní péče se dělí podle míry specializace, dle formy poskytování, také na základě cílové skupiny a posledním rozdělením je fáze onemocnění (Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP, 2016).

WHO zdůrazňuje, že paliativní péče by měla být dostupná na všech úrovních zdravotnického systému a integrována do primární, sekundární i terciární péče (World Health Organization, 2020).

1.3.1 Rozdělení podle míry specializace

Obecná (základní) paliativní péče – Obecná paliativní péče je poskytována zdravotnickými pracovníky různých odborností v rámci jejich běžné klinické praxe. Nevyžaduje specializované vzdělání v paliativní medicíně, ale předpokládá základní kompetence v oblasti kontroly symptomů, komunikace o prognóze a podpory rodiny. Tento typ péče může být poskytován praktickými lékaři, specialisty jiných oborů nebo všeobecnými sestrami (World Health Organization, 2020).

Specializovaná paliativní péče – Specializovaná paliativní péče je určena pacientům s komplexními symptomy nebo složitými psychosociálními a etickými problémy. Poskytuje ji multidisciplinární tým odborníků se specializovaným vzděláním v paliativní medicíně. Zahrnuje pokročilé metody kontroly symptomů, systematickou podporu rodiny a koordinaci péče napříč zdravotnickými službami (Radbruch et al., 2020).

1.3.2 Rozdělení podle formy poskytování

Podle organizační formy může být paliativní péče poskytována v různých zdravotnických i nezdravotnických zařízeních. Jako je ambulantní paliativní péče – pacient dochází do specializované ambulance paliativní medicíny. Také konziliární paliativní péče v nemocnici – specializovaný tým poskytuje podporu jiným oddělením nemocnice formou konzilií. Lůžková paliativní péče (hospicová péče) – poskytována ve specializovaných lůžkových zařízeních určených pro pacienty v pokročilém nebo terminálním stadiu onemocnění. A mobilní specializovaná paliativní péče – multidisciplinární tým poskytuje péči v domácím prostředí pacienta, čímž umožňuje setrvání nemocného doma až do konce života (Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP, 2016).

1.3.3 Rozdělení podle cílové skupiny

Paliativní péče může být rovněž členěna podle věku a specifických potřeb pacientů. Paliativní péče pro dospělé, která je nejčastěji poskytována pacientům s onkologickými, kardiovaskulárními, neurologickými nebo jinými chronickými onemocněními. Pediatrická paliativní péče je určena dětem se život limitujícím nebo život ohrožujícím onemocněním. Tato forma péče zohledňuje vývojová specifika dítěte a klade důraz na podporu celé rodiny (Radbruch et al., 2020).

1.3.4 Rozdělení podle fáze onemocnění

Moderní pojetí paliativní péče se obvykle člení do několika navazujících forem podle fáze onemocnění a potřeb pacienta i jeho blízkých. Předně se jedná o časně integrovanou paliativní péči, která je zahajována již v průběhu aktivní, kurativně zaměřené léčby závažného onemocnění. Jejím cílem je zmírňovat symptomy, podporovat kvalitu života a současně doplňovat probíhající léčebné postupy. Druhou formou je terminální paliativní péče, poskytovaná v pokročilém nebo závěrečném stadiu nemoci, kdy již není možné očekávat vyléčení. V této fázi se péče soustředí především na kontrolu symptomů, zachování důstojnosti pacienta a podporu jeho psychických, sociálních a spirituálních potřeb. Třetí oblast představuje péči v období umírání, která se zaměřuje na zajištění komfortu a důstojného průběhu závěru života. Na ni navazuje podpora rodiny v období truchlení, jejímž cílem je pomoci pozůstalým vyrovnat se ztrátou blízkého člověka a předcházet komplikovanému truchlení (World Health Organization, 2020).

1.4 Psychická zátěž v paliativní péči

Psychická zátěž všeobecných sester pracujících v paliativní péči je komplexní jev, který zahrnuje emocionální, kognitivní i sociální složky a zásadně ovlivňuje jejich profesní i osobní život. Všeobecné sestry, které se věnují paliativní péči, jsou vystaveny dlouhodobému kontaktu se složitými symptomy, smrtí pacientů, intenzivní komunikaci s rodinou i etickým dilematům – to vše představuje náročné psychické zatížení (Bužgová, 2015).

1.4.1 Povaha psychické zátěže

Psychická zátěž v paliativní péči je spojena především s opakovaným kontaktem se smrtí a umíráním pacientů, což je pro mnoho zdravotníků silně emotivně náročné. Všeobecné sestry, věnující se paliativní péči popisují práci jako „emocionálně těžkou“, protože jejich role zahrnuje podporu pacientů a jejich rodin v situacích velké bolesti a ztráty, což může vést k dlouhodobému stresu a vyčerpání. Tento druh zátěže se často promítá do profesní zkušenosti jako: emocionální vyčerpání – pocit vyčerpání z empatie a intenzivního nasazení, anxiety a stres – související s nepředvídatelnými klinickými situacemi a bolestí pacientů, morální distres – konflikt mezi profesní etikou a realitou klinického rozhodování (Hussain, 2021).

1.4.2 Syndrom vyhoření a jeho projevy

Jedním z nejčastěji studovaných projevů psychické zátěže u všeobecných sester, při poskytování paliativní péče, je syndrom vyhoření (burnout). Tento syndrom se skládá z emocionálního vyčerpání, depersonalizace a sníženého pocitu osobního úspěchu a je důsledkem chronického pracovního stresu. Systematická studie s meta-analýzou ukazuje, že přibližně 24 % paliativních sester zažívá vysoké emocionální vyčerpání, 30 % depersonalizaci a 28 % nízký pocit osobní úspěšnosti. Tyto výsledky potvrzují, že burnout je v paliativní péči relativně běžný a může ovlivnit kvalitu poskytované péče. Další kvalitativní výzkumy ukazují, že všeobecné sestry popisují burnout jako komplexní proces zahrnující stres, úzkost i osobní konflikty, a poukazují na fakt, že s rostoucí emoční zátěží klesá i schopnost nacházet při práci smysl a naplnění (Tan et al., 2024; Rizo-Baeza et al., 2018; Gómez-Urquiza et al., 2020).

1.4.3 Hlavní psychologické stresory

Paliativní sestry často navazují úzké vztahy s pacienty a jejich rodinami, což může mít dvojitý efekt – pozitivní (smysl práce) i negativní (hlubší prožívání ztráty). Výzkumy ukazují, že silné osobní vazby mohou paradoxně zvyšovat riziko stresu a úzkosti, pokud je ztráta pacienta pro všeobecnou sestru emotivně náročná. Stres je rovněž podporován pracovními podmínkami: nedostatkem personálu, časovým tlakem, administrativní zátěží a nedostatečnou supervizí. To může zvyšovat pocit izolace a snižovat schopnost všeobecné sestry čelit náročným situacím. Další zdroj psychické zátěže je tzv. compassion fatigue – postupné snižování emocionální reaktivity v důsledku častého prožívání bolesti a utrpení druhých. Tento fenomén může spolu s burnout syndromem vést ke snížení empatie a profesní motivace (Hussain, 2021).

1.4.4 Dopady na péči a zdraví všeobecných sester

Psychická zátěž a burnout syndrom může ovlivňovat strukturu a kvalitu poskytované péče. Studie ukazují, že emocionální a fyzická únava mohou mít negativní dopad na výkon, schopnost komunikace s pacienty a celkovou pracovní spokojenost. Dlouhodobý stres může vést také ke

zdravotním problémům, narušení spánku, psychosomatickým obtížím a snižování celkové odolnosti vůči dalším stresorům (Genc&Uzun, 2026).

1.4.5 Strategie zvládnání a prevence stresu

Všeobecné sestry, pracující v paliativní péči jsou vystaveny intenzivní psychické zátěži. Výsledkem práce se smrtí a utrpením pacientů, může být zvýšené riziko syndromu vyhoření, úzkosti a vyčerpání. Empiricky podloženým přístupem, který snižuje dopad stresu je mindfulness, fyzická regenerace (spánek, pohyb), reflexe a rozvoj residence. Zvládnání a prevence stresu představují komplexní disciplínu, která v moderní psychologii propojuje péči o tělo i mysl. Základem úspěšného boje proti stresu je pochopení, že nejde o to stres ze smrti a umírání zcela eliminovat, ale naučit se na něj adaptivně reagovat a budovat si dlouhodobou odolnost, tzv. resilienci. V krizových momentech se jako nejúčinnější jeví techniky zaměřené na regulaci fyziologických projevů. Mezi ty patří především dechová cvičení, jako je hluboké brániční dýchání, které okamžitě stimuluje bloudivý nerv a aktivuje parasympatický systém zodpovědný za zklidnění organismu. Dalším vědecky podloženým nástrojem je mindfulness, tedy trénink všímavosti, který pomáhá jedinci odpoutat se od destruktivních myšlenkových cyklů a soustředit se na přítomný okamžik bez hodnocení. Z hlediska dlouhodobých strategií psychologové rozlišují dva hlavní přístupy. Prvním je strategie zaměřená na problém, kdy se snažíme aktivně změnit vnější okolnosti – například lepším plánováním času, delegováním úkolů nebo nastavením zdravých hranic v mezilidských vztazích. Druhým přístupem je práce s vlastními emocemi a kognitivní přerámování situace, tedy snaha nahlížet na stresory, jako na výzvy namísto ohrožení. Prevence pak stojí na pilířích zdravého životního stylu. Pravidelná fyzická aktivita je klíčová pro přirozené odbourávání stresového hormonu kortizolu, zatímco dostatečný spánek a vyvážená strava poskytují nervové soustavě potřebnou regeneraci. Nezanedbatelnou roli hraje také sociální opora. Sdílení starostí s blízkými lidmi funguje jako účinný nárazník, který zmírňuje dopady zátěžových situací. Pokud se však stres stane chronickým a začne negativně ovlivňovat fyzické zdraví či kvalitu života, je na místě vyhledat odbornou pomoc psychoterapeuta, který pomůže s nácvikem pokročilých relaxačních metod, jako je autogenní trénink či progresivní svalová relaxace (Bužgová, 2015; Kabatt-Zinn,2016).

1.5 Psychosociální aspekty v paliativní péči

Psychosociální aspekty v paliativní péči představují nedílnou součást komplexního přístupu k pacientovi v závěru života. Paliativní péče se nezaměřuje pouze na kontrolu fyzických symptomů, ale respektuje člověka jako bio-psycho-sociálně-spirituální bytost. Psychosociální dimenze tedy zahrnuje jak psychologické prožívání nemocného, tak jeho sociální vztahy, rodinné zázemí, sociální role a širší kontext prostředí, ve kterém žije.

V psychologické rovině je zásadní práce s emocemi pacienta. Terminální onemocnění často vyvolává úzkost, strach ze smrti, obavy z bolesti, ztráty důstojnosti či závislosti na druhých. Časté jsou také depresivní symptomy, pocity bezmoci, hněvu nebo rezignace. Psychické utrpení přitom nemusí být přímo úměrné intenzitě fyzické bolesti. Pacient může trpět zejména ztrátou kontroly nad vlastním životem, obavami o rodinu nebo pocitem nenaplněnosti. Významnou roli zde hraje komunikace zdravotnického personálu – otevřený, empatický a pravdivý přístup pomáhá snižovat úzkost a podporuje adaptaci na změněnou situaci. Součástí

psychosociální podpory může být individuální psychologická intervence, podpůrné rozhovory, krizová intervence nebo práce se smyslem a hodnotami pacienta. Neméně důležitá je sociální dimenze. Závažné onemocnění často mění sociální role nemocného – z aktivního člena rodiny či pracovního kolektivu se stává příjemcem péče. Může docházet k pocitům izolace, ztrátě identity a sociálního statusu. Rodina bývá významným zdrojem podpory, ale zároveň sama prochází výraznou psychickou zátěží. Vztahové napětí, nevyřešené konflikty nebo rozdílné názory na léčbu mohou situaci dále komplikovat. Sociální pracovník a multidisciplinární tým pomáhají řešit praktické otázky (zajištění domácí péče, kompenzačních pomůcek, finanční podpory), ale také podporují komunikaci v rodině a facilitují společné rozhodování o dalším postupu péče. Psychosociální aspekty se týkají také pozůstalých. Období před úmrtím i samotná ztráta blízké osoby představují významný stresor. Proces truchlení je individuální a může být ovlivněn kvalitou vztahu s umírajícím, průběhem nemoci i mírou podpory během péče. V některých případech může dojít k rozvoji komplikovaného (patologického) truchlení, depresivní poruchy či úzkostných stavů. Proto je součástí kvalitní paliativní péče i nabídka podpory pro rodinu po úmrtí pacienta. Psychosociální péče má zásadní vliv na kvalitu života pacienta. Přispívá k zachování důstojnosti, autonomie a pocitu smyslu i v závěrečné fázi života. Moderní paliativní přístup zdůrazňuje individualizaci péče, respekt k přáním pacienta a zapojení rodiny do rozhodovacího procesu. Multidisciplinární spolupráce lékařů, všeobecných sester, psychologů, sociálních pracovníků a duchovních umožňuje komplexně reagovat na potřeby nemocného. Psychosociální aspekty tedy nejsou doplňkem, ale základní součástí paliativní péče. Jejich systematická identifikace, a podpora pomáhá minimalizovat utrpení, zlepšovat adaptaci na nemoc a podporovat důstojné prožívání závěru života jak u pacienta, tak u jeho blízkých (Martin Kupka a kol., 2024).

1.6 Etika v paliativní péči

Etika v paliativní péči představuje zásadní součást komplexní péče o pacienty se závažným, život ohrožujícím onemocněním. Zaměřuje se na ochranu lidské důstojnosti, respektování autonomie pacienta a zmírňování utrpení v situacích, kdy již není cílem vyléčení, ale zachování co nejlepší kvality života. Vzhledem k tomu, že paliativní péče se často poskytuje v pokročilých stadiích nemoci a v závěru života, jsou etické otázky nedílnou součástí každodenní klinické praxe. Základ etického rozhodování v paliativní péči tvoří čtyři principy biomedicínské etiky: autonomie, beneficence, nonmaleficence a spravedlnost. Princip autonomie zdůrazňuje právo pacienta rozhodovat o své léčbě na základě dostatečných a srozumitelných informací. To zahrnuje nejen právo souhlasit s navrhovanými postupy, ale také právo léčbu odmítnout. Princip beneficence ukládá zdravotnickým pracovníkům povinnost jednat v nejlepším zájmu pacienta a usilovat o zmírnění jeho utrpení. Nonmaleficence vyjadřuje závazek neškodit a minimalizovat možné negativní dopady léčebných zásahů. Princip spravedlnosti pak vyžaduje rovný přístup ke zdravotní péči bez diskriminace. Respekt k autonomii pacienta úzce souvisí s informovaným souhlasem a otevřenou komunikací. Pacient by měl být pravdivě a citlivě informován o svém zdravotním stavu, prognóze i možnostech další péče. Součástí etické praxe je podpora sdíleného rozhodování mezi pacientem, jeho rodinou a zdravotnickým týmem. Významnou roli hraje také respektování dříve vysloveného přání, pokud jej pacient učinil. Zároveň je nutné citlivě zohlednit situace, kdy si pacient nepřeje být plně informován, a respektovat jeho preference. V paliativní péči se často objevují složitá etická dilemata,

zejména v souvislosti s rozhodováním o zahájení či ukončení léčby. Pokud léčba nepřináší reálný prospěch a pouze prodlužuje utrpení, může být eticky ospravedlnitelné ji neindikovat nebo ukončit. Taková rozhodnutí by měla být výsledkem pečlivého zvážení klinického stavu pacienta, jeho přání a mezioborové diskuse zdravotnického týmu. Specifickou otázkou je také paliativní sedace, která je indikována při nezvládnutelném utrpení nereagujícím na jinou léčbu. Jejím cílem není zkrácení života, ale zmírnění symptomů, což je v souladu s principem dvojího efektu. Naopak eutanazie není v České republice legální a není součástí paliativní péče, jejímž cílem je doprovázet pacienta a tlumit jeho obtíže, nikoli úmyslně ukončovat život. Významným etickým aspektem paliativní péče je zachování důstojnosti pacienta. To zahrnuje respekt k jeho hodnotám, víře, kulturním zvyklostem i individuálním přáním. Důraz je kladen na ochranu soukromí, intimity a podporu psychických, sociálních a spirituálních potřeb. V paliativním kontextu bývá kvalita života upřednostňována před jeho délkou, přičemž cílem je umožnit pacientovi prožít závěr života co nejvíce v souladu s jeho představami. Etika v paliativní péči se netýká pouze vztahu mezi zdravotníkem a pacientem, ale také týmové spolupráce. Paliativní péče je multidisciplinární a etická rozhodnutí jsou často výsledkem společné diskuse lékařů, všeobecných sester, psychologů, sociálních pracovníků či duchovních. Důležitou součástí je rovněž prevence morálního distresu zdravotnických pracovníků a podpora otevřené komunikace v týmu. Vytváření eticky citlivého pracovního prostředí přispívá nejen ke kvalitě poskytované péče, ale i k psychické pohodě samotných profesionálů. Etika v paliativní péči tedy představuje komplexní rámec, který propojuje respekt k pacientovi, odbornou odpovědnost zdravotníků a citlivé řešení náročných situací spojených se závěrem života. Jejím hlavním cílem je zajistit, aby péče byla poskytována s úctou, empatií a důrazem na důstojnost každého člověka (Černá Pařízková, 2019).

1.6.1 Potřeby terminálně nemocných

Potřeby terminálně nemocných pacientů jsou komplexní a zahrnují oblast fyzickou, psychickou, sociální i spirituální. V terminálním stadiu onemocnění již není cílem léčby uzdravení, ale především zajištění co nejvyšší kvality života, zmírnění utrpení a zachování lidské důstojnosti. Péče by měla být individualizovaná a měla by respektovat jedinečné hodnoty, přání a životní zkušenosti každého pacienta. V oblasti fyzických potřeb je klíčové účinné tlumení bolesti a dalších obtěžujících symptomů, jako jsou dušnost, únava, nevolnost, zvracení, nechutenství, zácpa či úzkost. Nedostatečně zvládnuté symptomy výrazně snižují kvalitu života a mohou zvyšovat psychické utrpení. Důležitá je proto pravidelná evaluace symptomů a jejich aktivní řešení farmakologickými i nefarmakologickými postupy. Součástí fyzické péče je také zajištění komfortu, hygieny, prevence dekubitů a celkového tělesného pohodlí. Psychické potřeby terminálně nemocných souvisejí s prožíváním strachu, nejistoty a vědomí blížícího se konce života. Pacienti mohou procházet různými emocemi, jako je úzkost, smutek, hněv, bezmoc nebo pocity ztráty kontroly. Významnou roli zde hraje empatická komunikace, možnost otevřeně hovořit o svých obavách a získat pravdivé, avšak citlivě podané informace o svém stavu. Důležitá je podpora pocitu bezpečí, jistoty a zachování co největší možné míry autonomie při rozhodování o péči. Sociální potřeby se týkají vztahů s rodinou a blízkými osobami. Terminálně nemocní často potřebují blízkost, přítomnost a podporu svých nejbližších. Obavy se mohou týkat budoucnosti rodiny, nedokončených záležitostí či finanční situace. Péče by proto měla zahrnovat také podporu rodiny, umožnění kontaktu s blízkými a vytváření

prostoru pro rozloučení. Důležitým aspektem je rovněž respektování přání pacienta ohledně místa péče a místa úmrtí, pokud je to možné. Spirituální potřeby představují hledání smyslu, naděje a smíření. Nemusí být nutně spojeny s náboženstvím, ale týkají se hlubších existenciálních otázek, jako je význam života, utrpení a smrti. Někteří pacienti pocítují potřebu duchovní podpory, rozhovoru s duchovním nebo možnost vykonat náboženské rituály. Jiní hledají smíření s minulostí, odpuštění nebo uzavření životních kapitol. Respekt k těmto potřebám je zásadní pro zachování důstojnosti a vnitřního klidu pacienta. Významnou potřebou terminálně nemocných je také zachování lidské důstojnosti. Ta zahrnuje respekt k soukromí, citlivý přístup při poskytování péče, oslovení jménem, zapojování do rozhodování a uznání jejich jedinečnosti jako osoby, nikoli pouze jako pacienta s diagnózou. I drobné projevy úcty a zájmu mohou mít v této fázi života zásadní význam. Komplexní naplnění potřeb terminálně nemocných vyžaduje multidisciplinární přístup, který propojuje zdravotnické, psychologické, sociální a duchovní složky péče. Cílem není pouze zmírnit fyzické utrpení, ale podpořit člověka v závěrečné fázi života tak, aby mohl prožít zbývající čas co nejvíce v souladu se svými hodnotami, v prostředí bezpečí, porozumění a lidské blízkosti (Bužgová, 2015).

1.7 Komunikace

Komunikace v paliativní péči představuje jeden ze základních pilířů kvalitní a eticky citlivé péče o pacienty se závažným, život ohrožujícím onemocněním. V kontextu paliativní péče není komunikace pouze předáváním informací, ale komplexním procesem, jehož cílem je porozumění potřebám pacienta, podpora jeho autonomie, zmírnění psychického utrpení a posilování důvěry mezi pacientem, rodinou a zdravotnickým týmem. Specifikem komunikace v paliativní péči je časté sdělování závažných nebo nepříznivých informací, včetně informace o nevléčitelnosti onemocnění či omezené prognóze. Zásadní je, aby tyto informace byly podávány pravdivě, srozumitelně a citlivě, s ohledem na psychický stav pacienta a jeho individuální preference. Každý pacient má právo vědět o svém zdravotním stavu, zároveň je však nutné respektovat, pokud si nepřeje znát všechny detaily. Důležitou roli hraje aktivní naslouchání, empatie a schopnost reagovat na emoce, které mohou sdělení obtížných zpráv doprovázet. Komunikace v paliativní péči je úzce spojena se sdíleným rozhodováním. Pacient by měl být zapojen do plánování péče v rozsahu, který odpovídá jeho přání a schopnostem. Otevřený dialog umožňuje vyjasnit si hodnoty, priority a cíle péče, například zda je pro pacienta důležitější prodloužení života za cenu vyšší zátěže, nebo spíše zachování komfortu a kvality zbývajícího času. Součástí komunikace může být i plánování budoucí péče a diskuse o dříve vyslovených přáních. Neméně důležitá je komunikace s rodinou a blízkými osobami. Rodina často prožívá silný stres, nejistotu a obavy, a proto potřebuje srozumitelné informace, podporu a prostor pro otázky. Zdravotníci by měli dbát na to, aby informace poskytované rodině byly v souladu s přáním pacienta a aby byla zachována důvěrnost citlivých údajů. Otevřená a respektující komunikace může předejít nedorozuměním, konfliktům i pocitům viny po úmrtí blízkého. V paliativní péči má význam také neverbální komunikace. Tón hlasu, mimika, oční kontakt či přiměřený dotek mohou vyjadřovat podporu a porozumění i v situacích, kdy slova nejsou dostačující. V závěru života může být přítomnost a tichá podpora někdy důležitější než samotné informace. Efektivní komunikace vyžaduje nejen odborné znalosti, ale i rozvinuté komunikační dovednosti a sebereflexi zdravotnického pracovníka. Práce s umírajícími může být

emočně náročná, a proto je důležité, aby zdravotníci měli možnost supervize, týmových konzultací a dalšího vzdělávání v oblasti komunikace. Kvalitní komunikace přispívá nejen ke spokojenosti pacienta a rodiny, ale také ke snížení konfliktů a k lepší spolupráci v rámci multidisciplinárního týmu. Komunikace v paliativní péči tedy není jednorázovým aktem, ale kontinuálním procesem, který provází pacienta i jeho blízké po celou dobu onemocnění. Je založena na respektu, empatii, otevřenosti a ochotě naslouchat. Právě prostřednictvím citlivé a lidské komunikace lze významně přispět k zachování důstojnosti a kvality života v jeho závěrečné fázi (Kabelka, 2020).

1.8 Péče o umírající

Péče o umírající pacienty představuje závěrečnou fázi paliativní péče a zaměřuje se na zajištění maximálního komfortu, důstojnosti a podpory v posledních dnech či hodinách života. Cílem již není prodlužování života, ale zmírnění utrpení a vytvoření klidného, bezpečného prostředí, ve kterém může pacient důstojně zemřít. Základem péče je důsledná kontrola symptomů. V období umírání se často objevuje zvýšená únava, slabost, poruchy vědomí, změny dýchání, bolest, neklid či úzkost. Prioritou je účinné tlumení bolesti a dalších obtěžujících příznaků pomocí vhodně zvolené farmakoterapie i nefarmakologických postupů. Péče zahrnuje také zajištění tělesného pohodlí, pravidelnou hygienu, péči o dutinu ústní, prevenci dekubitů a úpravu polohy těla tak, aby byl pacient co nejméně zatěžován. Důležitou součástí péče je respekt k důstojnosti a individualitě nemocného. I v závěru života má pacient právo na úctu, soukromí a citlivý přístup. Personál by měl dbát na klidné prostředí, minimalizaci rušivých podnětů a zachování intimity při ošetrovatelských úkonech. Významné je oslovování pacienta jménem, vysvětlování postupů péče a zachování lidského kontaktu, i když je pacient v omezeném vědomí. Psychická a spirituální podpora je v této fázi mimořádně důležitá. Umírající může prožívat strach, nejistotu či potřebu smíření. Zdravotníci by měli být připraveni naslouchat, umožnit vyjádření emocí a v případě zájmu zprostředkovat kontakt s duchovním nebo jinou podpůrnou osobou. Někdy je největší podporou pouhá přítomnost a tichá blízkost. Péče o umírající se netýká pouze pacienta, ale také jeho rodiny. Blízcí často potřebují informace o tom, co mohou v závěru života očekávat, a ujištění, že jejich příbuzný netrpí. Je vhodné je citlivě připravit na možné změny stavu a umožnit jim být s pacientem podle jejich přání a možností. Podpora rodiny zahrnuje také pomoc při rozloučení a následnou podporu v období truchlení. Součástí kvalitní péče je interdisciplinární spolupráce zdravotnického týmu. Lékaři, všeobecné sestry, psychologové, sociální pracovníci a další odborníci společně usilují o komplexní zajištění potřeb pacienta i jeho blízkých. Důležitá je také reflexe péče a vzájemná podpora členů týmu, protože práce s umírajícími může být emočně náročná. Péče o umírající pacienty je tedy komplexním procesem, který propojuje odborné znalosti s lidskostí, empatií a respektem. Jejím hlavním cílem je umožnit člověku odejít ze života v klidu, bez zbytečného utrpení a v prostředí, které odpovídá jeho hodnotám a přáním (Kalvach, 2019).

2 Výzkumná část

Výzkumná část se zabývá problematikou psychické zátěži všeobecných sester při poskytování paliativní péče.

2.1 Cíl výzkumu

Hlavní cíl: Zjistit, v čem vidí všeobecné sestry největší zátěž či tlak na psychiku způsobující i stres při provádění paliativní péče.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka č. 1: Které situace v rámci paliativní péče představují pro všeobecné sestry největší psychickou zátěž?

Výzkumná otázka č. 2: Jaký je etický postoj všeobecných sester k umírajícím?

Výzkumná otázka č. 3: Jaké strategie používají všeobecné sestry ke zvládnutí zátěžových situací při poskytování paliativní péče?

2.3 Metodika výzkumu

Pro bakalářskou práci byla zvolena metoda kvantitativního výzkumu. Sběr dat byl proveden pomocí online dotazníku vlastní konstrukce. Dotazován byl nelékařský zdravotnický personál. Otázky byly zvoleny k dané problematice bakalářské práce a vztahovaly se k zvoleným cílům. Dotazník obsahoval otevřené i uzavřené otázky. Účast byla zcela dobrovolná a zaručovala anonymitu. Vyhodnocení dotazníku bylo provedeno kvantitativní analýzou odpovědí.

2.4 Charakteristika výzkumného vzorku a výzkumného prostředí

Výzkum byl realizován pomocí dotazníkového šetření. Sběr dat byl proveden pomocí online dotazníku. Výzkumný soubor byl tvořen nelékařským zdravotnickým personálem napříč Českou republikou. Do výzkumu byly zařazeny všeobecné sestry a sestry se specializací, které se ve své praxi mohou setkávat se s pacienty v paliativní péči. Pro výběr respondentů nebyl důležitý věk, pohlaví, roky odpracované ve zdravotnickém zařízení a oddělení.

2.5 Organizace výzkumu

Výzkum byl realizován formou kvantitativního šetření prostřednictvím anonymního online dotazníku, který byl vytvořen v nástroji Google Forms. Sběr dat probíhal od listopadu do března 2026 a dotazník byl šířen elektronicky prostřednictvím profesních skupin a sociálních sítí. Účast v šetření byla dobrovolná a zcela anonymní. Dotazník obsahoval celkem 22 otázek, z toho 14 otázek bylo uzavřených s jednou možnou odpovědí, 1 otázka umožňovala výběr více odpovědí, 3 otázky byly uzavřené s výběrem na škále a 4 otázky byly otevřené. Otázky byly rozděleny do několika tematických okruhů: sociodemografické údaje (pohlaví, věk, vzdělání, délka praxe, oddělení, pozice, specializace), vzdělání a zkušenosti paliativní péčí. Otázky

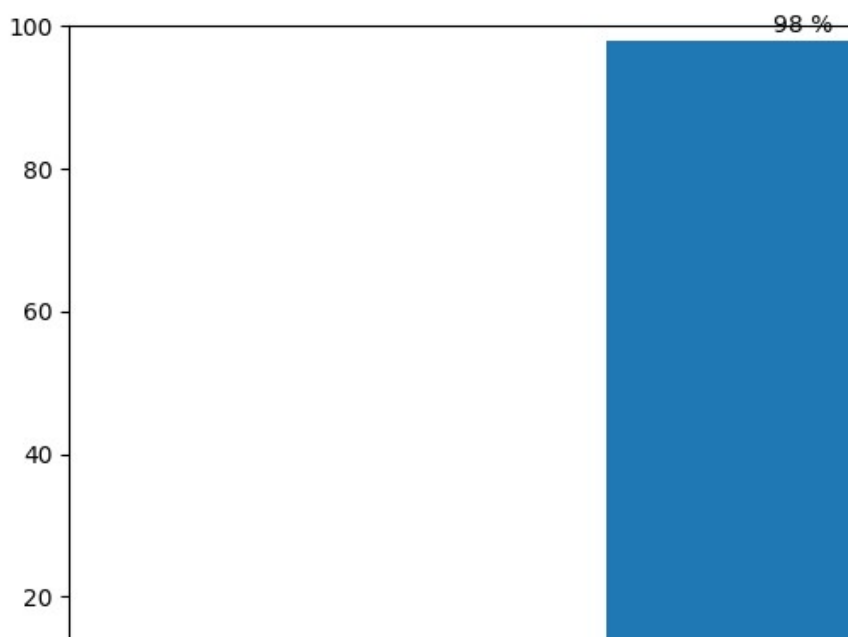
č. 7–10, 15 a 17.1 se zaměřují na 1. výzkumnou otázku – Které situace v rámci paliativní péče představují pro všeobecné sestry největší psychickou zátěž? Otázky č. 11, 17.3 a 18, se věnují 2. výzkumné otázce – Jaký je etický postoj všeobecných sester k umírajícím? Otázky č. 12-14, 16, 17.2, 18-20, zkoumají 3. výzkumnou otázku – Jaké strategie používají všeobecné sestry ke zvládnání zátěžových situací při poskytování paliativní péče? Dotazník byl sestaven za účelem získání přehledu o zkušenostech nelékařských zdravotnických pracovníků o poskytování paliativní péče. Celkem dotazník vyplnilo 109 respondentů, ale pro účely výzkumu bylo do závěrečného zpracování zahrnuto 100 vyplněných odpovědí. Výsledky byly zpracovány pomocí základních statistických metod.

2.6 Zpracování získaných dat

Bakalářská práce byla zpracována v programu Microsoft Office Word. Byl také použit program Microsoft Excel. Výsledky grafů byly pro lepší přehlednost znázorněny pomocí grafů.

2.7 Výsledky výzkumu

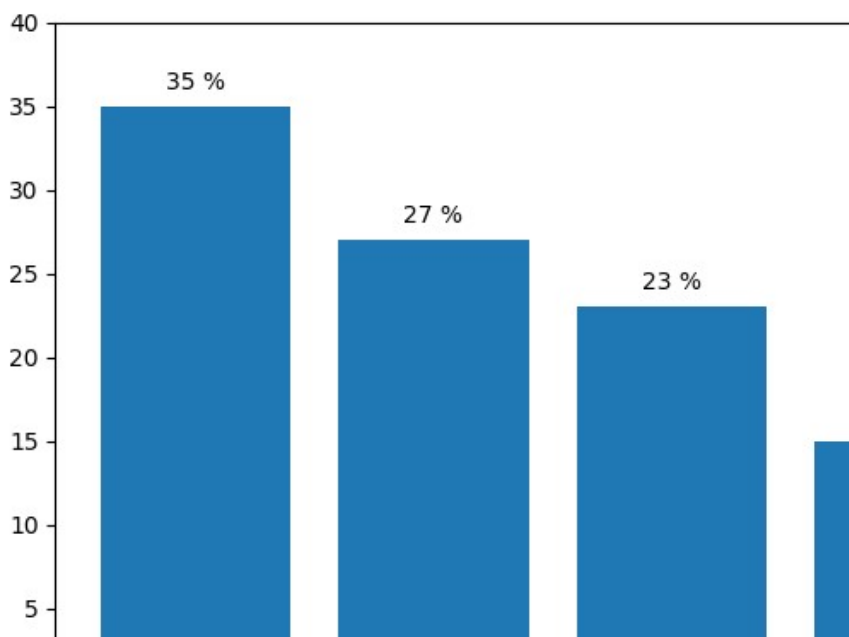
Otázka č. 1: Jaké je Vaše pohlaví?



Graf 1 Pohlaví

Graf 1 znázorňuje pohlaví respondentů. Z celkového počtu 100 dotazovaných bylo 98 žen (98 %) a 2 muži (2 %). Více zastoupeno je zde ženské pohlaví.

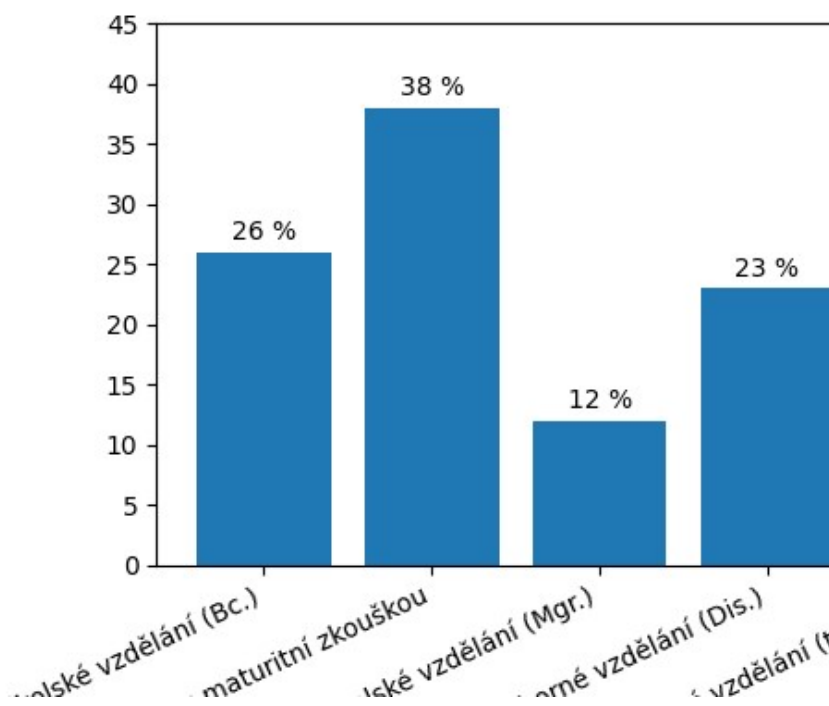
Otázka č. 2: Uveďte prosím Vaši věkovou kategorii?



Graf 2 Věk

Graf 2 zobrazuje věkové rozmezí respondentů. Nejvíce byla zastoupena věková kategorie 31–40 let s 35 respondenty (35 %). Druhá v pořadí byla kategorie 20–30 let s 27 respondenty (27 %). Nejméně zastoupené skupiny byly 41–50 let se 23 respondenty (23 %) a kategorie 51 let a více s 15 respondenty (15 %).

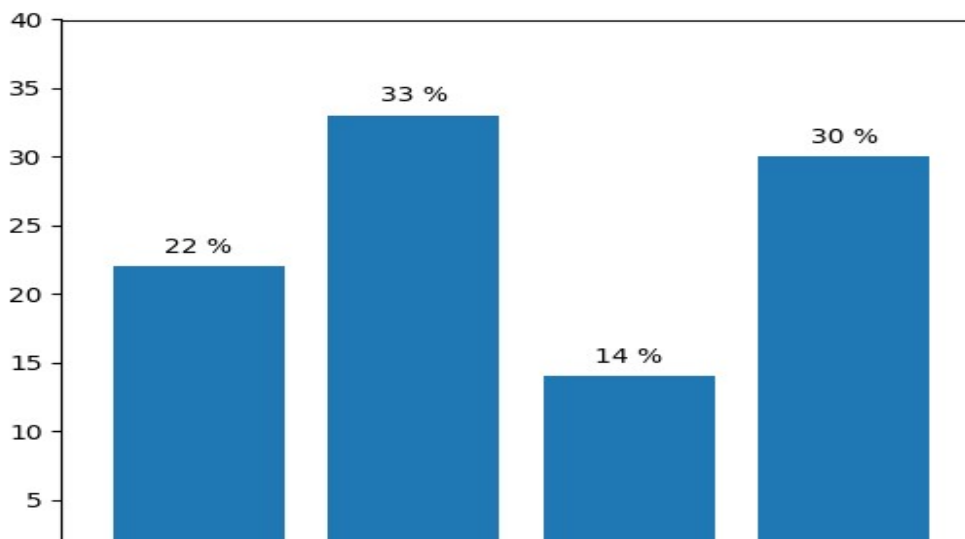
Otázka č. 3: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?



Graf 3 Vzdělání

Graf 3 ukazuje, že nejvyšší počet, tedy 38 respondentů (38 %) má středoškolské vzdělání s maturitní zkouškou. Druhá nejvíce zastoupená skupina s 26 respondenty (26 %) je skupina s vysokoškolským vzděláním (Bc.). Třetí početnou skupinu tvoří 23 respondentů (23 %) s vyšším odborným vzděláním (Dis.). Vysokoškolské vzdělání (Mgr.) mělo 12 respondentů (12 %) a poslední skupina čítá 1 respondenta (1 %) s vysokoškolským vzděláním terciálním.

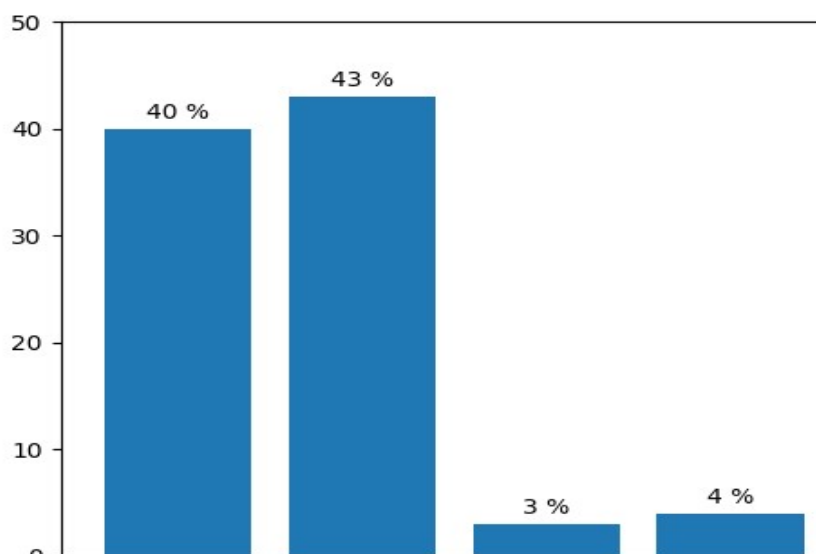
Otázka č. 4: Uvedte délku Vaší praxe.



Graf 4 Délka praxe

Graf 4 znázorňuje délku praxe respondentů. Nejpočetnější skupinou byli respondenti s praxí 6-10 let, celkem 33 osob (33 %). Druhou nejčastější kategorií byli účastníci s praxí 20 let a více, kterých bylo 30 (30 %). Následuje skupina respondentů s praxí 11-20 let, a to v počtu 22 osob (22 %). Respondenti s praxí 1-5 let tvořili 14 % (14 respondentů) a nejméně zastoupenou skupinou byli pracovníci s praxí do 1 roku, včetně, konkrétně 1 osoba (1 %).

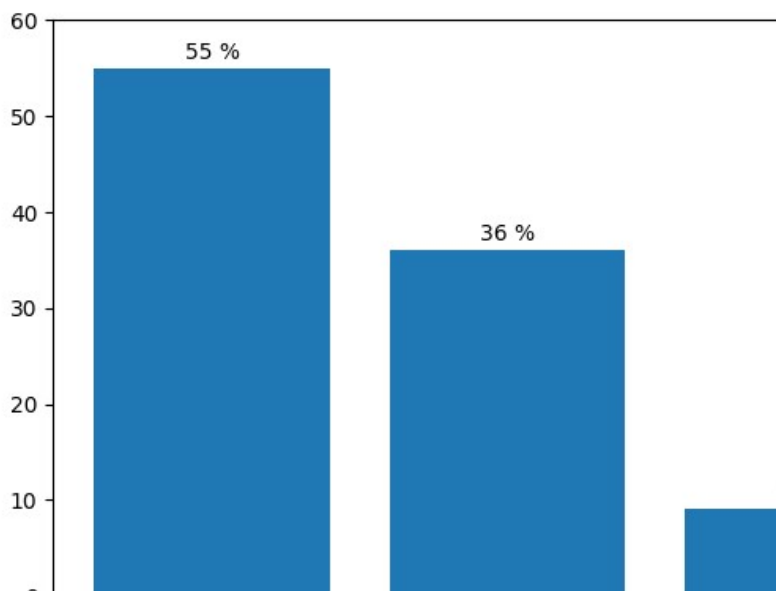
Otázka č. 5: Uvedte oddělení, na kterém pracujete:



Graf 5 Pracoviště

Graf ukazuje, že nejvyšší počet respondentů, konkrétně 43 (43 %), pracuje na lůžkových odděleních. Druhá zastoupená skupina je tvořena pracovníky z akutní lůžkové péče, celkem 40 respondentů (40 %). Další skupinu tvoří respondenti pracující na LDN, což je celkem 10 pracovníků (10 %). Poslední dvě skupiny jsou tvořeny pracovníky z domácí péče, 4 osoby (4 %) a z hospicové péče, 3 osoby (3 %).

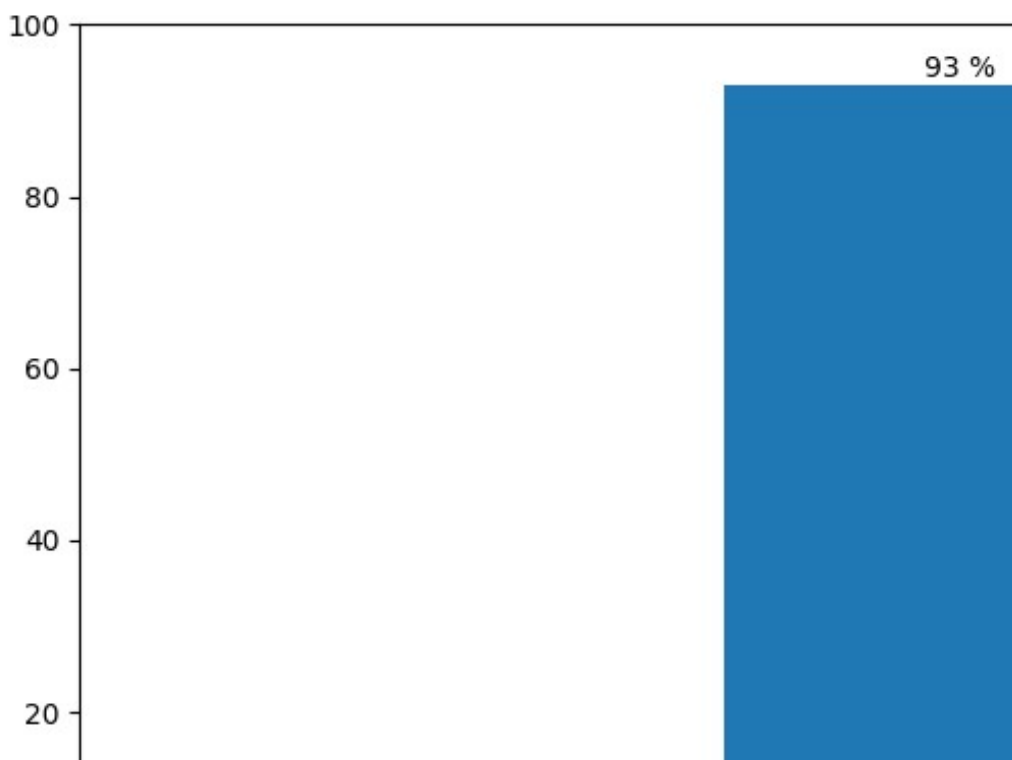
Otázka č. 6: Na jaké pozici pracujete?



Graf 6 Pozice

Graf 6 ukazuje, že nejvyšší počet respondentů tvořily všeobecné sestry, konkrétně 55 respondentů (55 %). Druhou nejpočetnější skupinou byly sestry se specializací, kterých bylo celkem 36 (36 %). Poslední skupina byla tvořena zdravotnickými záchranáři, kterých bylo celkem 9 (9 %).

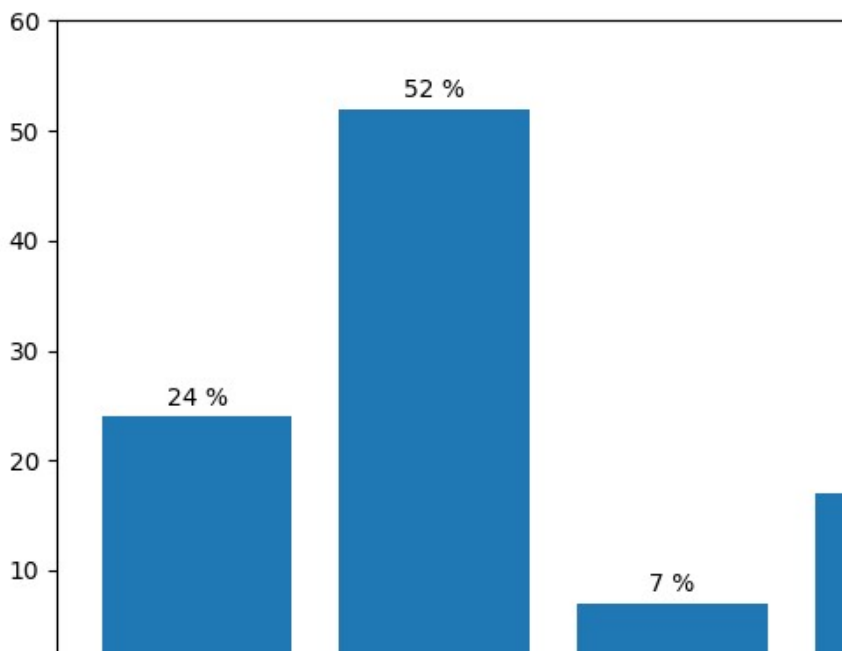
Otázka č. 7: Máte zkušenosti s poskytováním paliativní péče?



Graf 7 Zkušenosti

Graf 7 ukazuje, že nejčetnější odpovědí bylo ano, že respondenti mají zkušenosti s poskytováním paliativní péče, celkem 93 osob (93 %). Odpověď ne zvolilo celkem 7 respondentů (7 %).

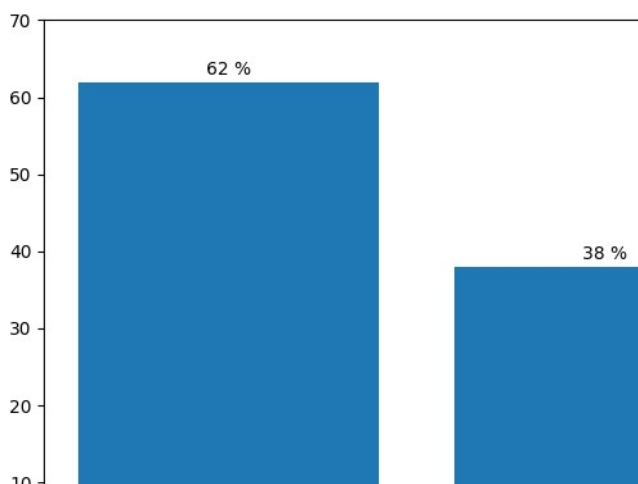
Otázka č. 8: Jak často se setkáváte s pacienty v terminálním stádiu?



Graf 8 Frekvence setkávání s pacienty v terminálním stádiu

Graf 8 zobrazuje, frekvenci setkávání se s pacienty v terminálním stádiu. Většina respondentů, konkrétně 52 osob (52 %) uvedla, že se s těmito pacienty setkává několikrát měsíčně. Další početná skupina odpověděla, že se s takovými pacienty setkává několikrát týdně, celkem 24 osob (24 %). Na denní bázi se s těmito pacienty setkává 17 pracovníků (17 %), a zřídka/výjimečně uvedlo 7 osob (7 %).

Otázka č. 9: Domníváte se, že zvládáte práci v paliativní péči bez psychické újmy?

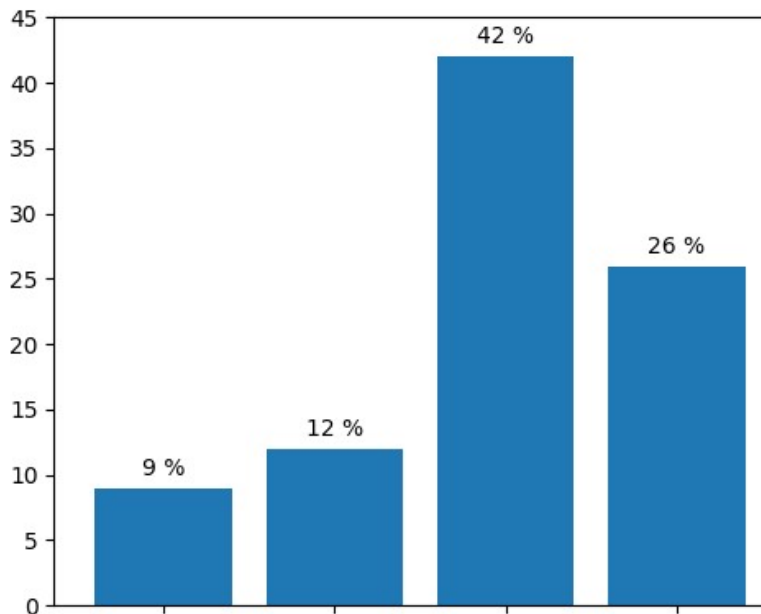


Graf 9 Psychická újma

Graf 9 znázorňuje subjektivní hodnocení respondentů, zda zvládají vykonávat paliativní péči bez psychické újmy. Nejvíce respondentů uvedlo, že práci vykonávat bez psychické újmy zvládají. To uvedlo celkem 62 respondentů (62 %). Zbýlých 38 respondentů (38 %) uvedlo, že práci vykonávat bez psychické újmy nezvládají.

Otázka č. 10: Vnímání psychické zátěže

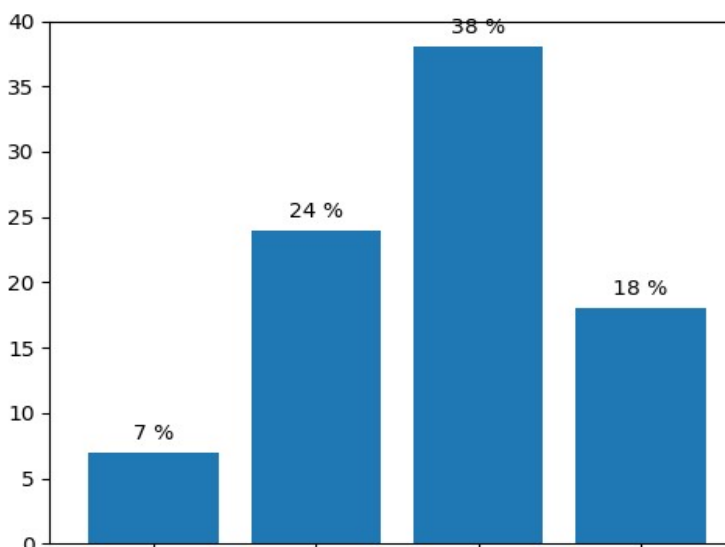
Paliativní péče je pro mě psychicky náročná:



Graf 10 Psychická náročnost

Graf 10 ukazuje, že nejvyšší počet respondentů 42 (42 %) zvolilo u otázky ohledně psychické náročnosti neutrální postoj. Druhou nejvíce zastoupenou skupinou byla odpověď „spíše souhlasím“, kterou zvolilo 26 respondentů (26 %). Další odpověď „spíše nesouhlasím“ označilo 12 (12 %) respondentů. Odpověď „zcela souhlasím“ uvedlo 11 respondentů (11 %). Poslední odpověď „zcela nesouhlasím“ byla označena 9 respondenty (9 %).

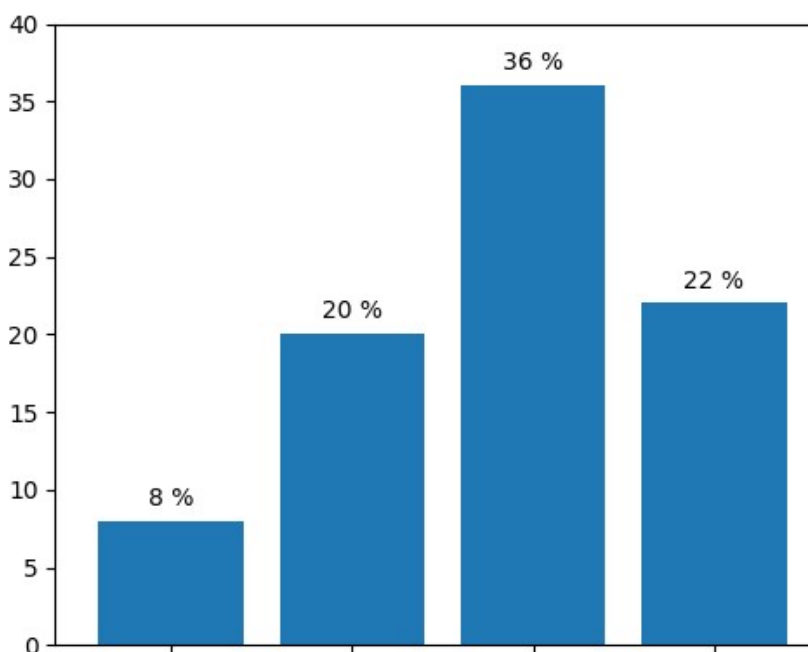
Péče o umírající pacienty mě emocionálně vyčerpává.



Graf 11 Emoční zátěž

Graf 11 ukazuje, že nejvyšší počet respondentů 38 (38 %) zvolilo u otázky ohledně emocionální náročnosti péče o umírající pacienty neutrální postoj. Druhou nejvíce zastoupenou skupinou byla odpověď „spíše nesouhlasím“, kterou zvolilo 24 respondentů (24 %). Další odpověď „spíše souhlasím“ označilo 18 (18 %) respondentů. Odpověď „zcela souhlasím“ uvedlo 13 respondentů (13 %). Poslední odpověď „zcela nesouhlasím“ byla označena 7 respondenty (7 %).

Cítím se během nebo po službě psychicky přetížená/ý.

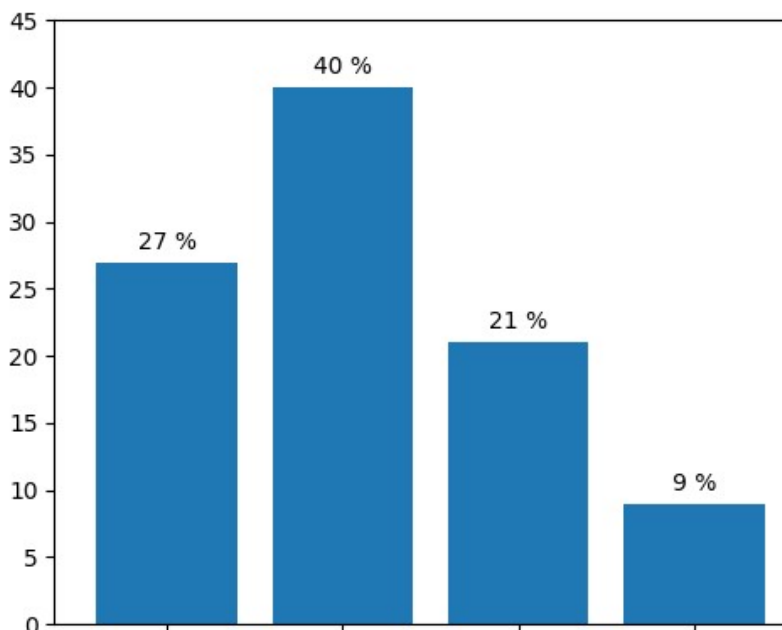


Graf 12 Psychické přetížení

Graf 12 znázorňuje, že největší část respondentů, konkrétně 36 (36 %), zvolila u otázky zaměřené na pocit psychického přetížení během nebo po službě neutrální odpověď. Druhou nejpočetnější skupinu tvořili respondenti, kteří uvedli „spíše souhlasím“, a to v počtu 22 (22 %).

Možnost „spíše nesouhlasím“ označilo 20 respondentů (20 %). Odpověď „zcela souhlasím“ zvolilo 14 (14 %) dotázaných. Nejmenší zastoupení měla varianta „zcela nesouhlasím“, kterou uvedlo 8 respondentů (8 %).

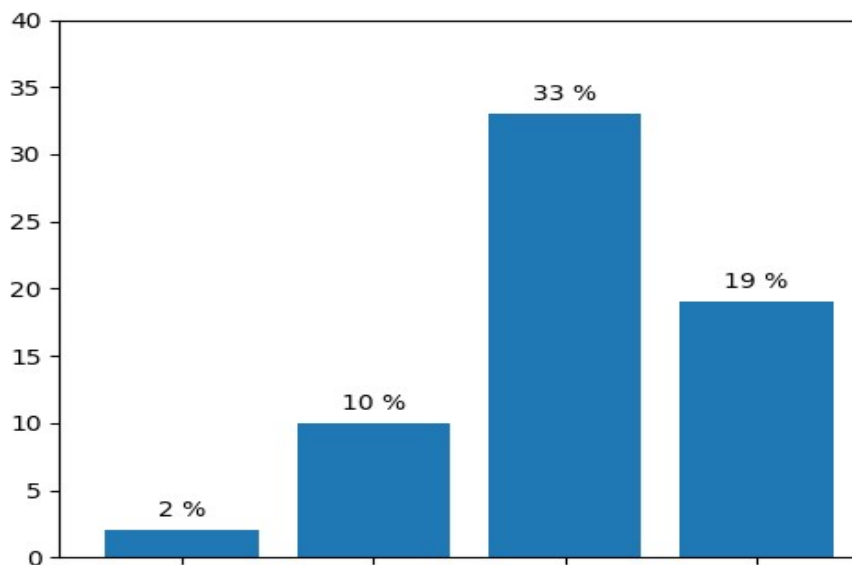
Mám pocit, že smrt pacientů negativně ovlivňuje mé duševní zdraví.



Graf 13 Duševní zdraví

Graf 13 znázorňuje, že největší podíl respondentů, konkrétně 40 (40 %), uvedl u otázky týkající se vlivu úmrtí pacientů na jejich duševní zdraví odpověď „spíše nesouhlasím“. Druhou nejčastější volbou byla možnost „zcela nesouhlasím“, kterou zvolilo 27 respondentů (27 %). Neutrální postoj zaujalo 21 (21 %) dotázaných. Menší část respondentů se přiklonila k odpovědi „spíše souhlasím“, a to v počtu 9 (9 %). Nejnižší zastoupení měla odpověď „zcela souhlasím“, kterou označili 3 respondenti (3 %).

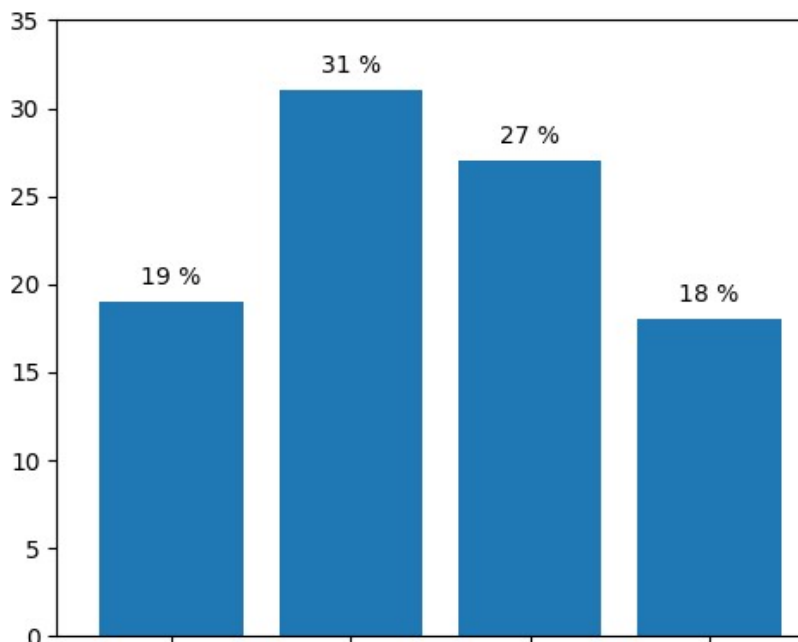
Komunikace s rodinou pacienta je pro mě emocionálně náročná.



Graf 14 Komunikace s rodinou

Graf 14 poukazuje na to, že nejvíce respondentů, konkrétně 36 (36 %), zvolilo u otázky zaměřené na emocionální náročnost komunikace s rodinou pacienta odpověď „zcela souhlasím“. Druhou nejpočetnější skupinu představovali respondenti s neutrálním postojem, a to v počtu 33 (33 %). Následovala možnost „spíše souhlasím“, kterou označilo 19 respondentů (19 %). Menší zastoupení měla odpověď „spíše nesouhlasím“ s 10 respondenty (10 %). Nejméně respondentů, konkrétně 2 (2 %), uvedlo možnost „zcela nesouhlasím“.

V péči o umírající zažívám pocity bezmoci.

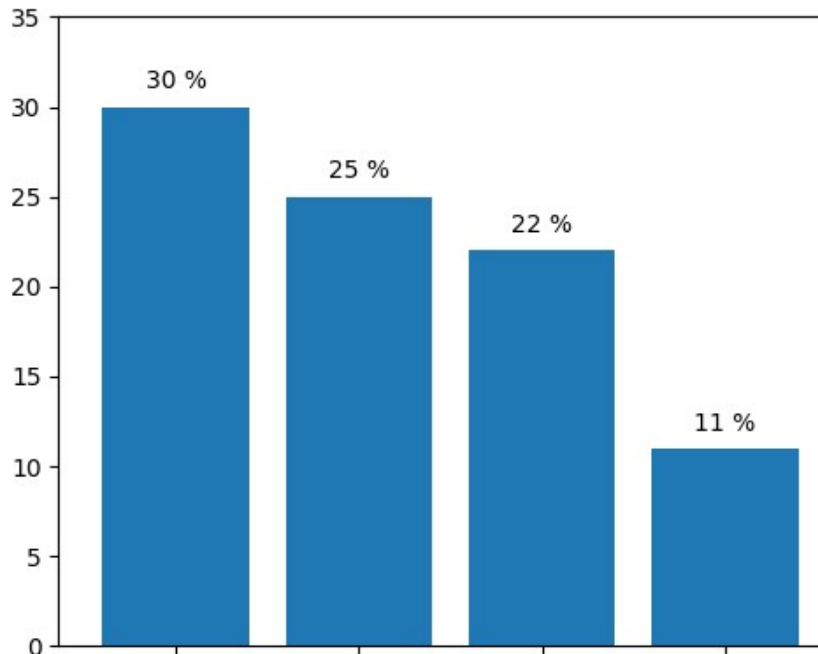


Graf 15 Pocity bezmoci

Graf 15 zachycuje, že největší skupina respondentů, konkrétně 31 (31 %), se u otázky týkající se prožívání pocitů bezmoci při péči o umírající přiklonila k odpovědi „spíše nesouhlasím“. Druhou nejčastější volbou byla varianta „neutrální“, kterou uvedlo 27 respondentů (27 %). Možnost

„zcela nesouhlasím“ zvolilo 19 (19 %) dotázaných. Naopak odpověď „spíše souhlasím“ označilo 18 respondentů (18 %). Nejmenší podíl tvořila varianta „zcela souhlasím“, kterou uvedlo 5 respondentů (5 %).

Mívám po práci problémy s usínáním nebo spánkem, kvůli psychickému zatížení.

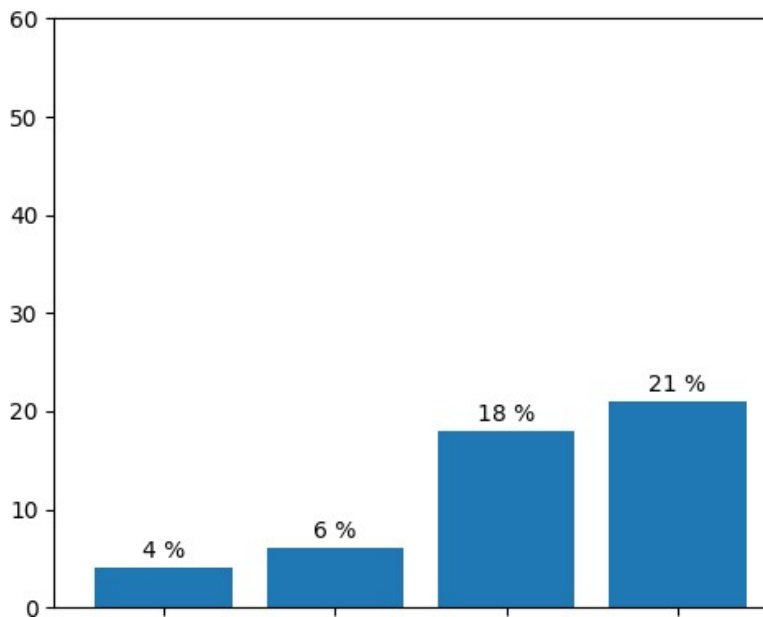


Graf 16 Problémy s usínáním

Graf 16 ilustruje, že největší část respondentů, konkrétně 30 (30 %), uvedla u otázky zaměřené na potíže se spánkem v důsledku psychické zátěže odpověď „zcela nesouhlasím“. Druhou nejpočetnější skupinu tvořili dotázaní, kteří zvolili možnost „spíše nesouhlasím“, a to v počtu 25 (25 %). Neutrální stanovisko zaujalo 22 respondentů (22 %). Odpověď „zcela souhlasím“ označilo 12 (12 %) respondentů, zatímco variantu „spíše souhlasím“ uvedlo 11 dotázaných (11 %).

Otázka č. 11: Etický postoj a hodnoty

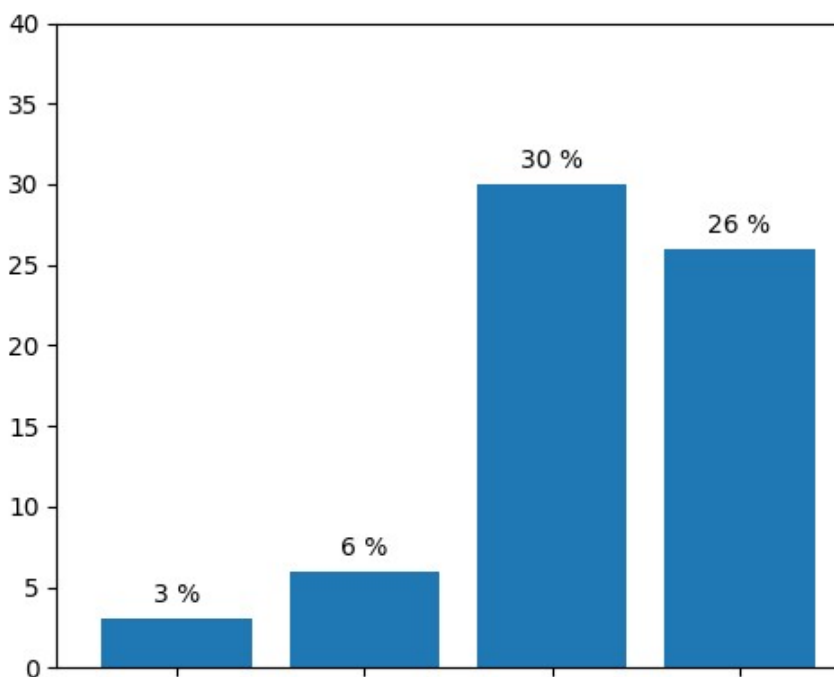
Mám jasno v etických principech při péči o umírající pacienty.



Graf 17 Etické principy

Graf 17 popisuje, že největší část respondentů, konkrétně 51 (51 %), zvolila u otázky zaměřené na jasno v etických principech při péči o umírající pacienty odpověď „zcela souhlasím“. Druhou nejpočetnější skupinu tvořili dotázaní, kteří zvolili možnost „spíše souhlasím“, a to v počtu 21 (21 %). Neutrální stanovisko zaujalo 18 respondentů (18 %). Na opačné straně škály se nachází menšina dotázaných: variantu „spíše nesouhlasím“ uvedlo 6 (6 %) respondentů, zatímco nejméně zastoupenou odpověď „zcela nesouhlasím“ označili pouze 4 dotázaní (4 %).

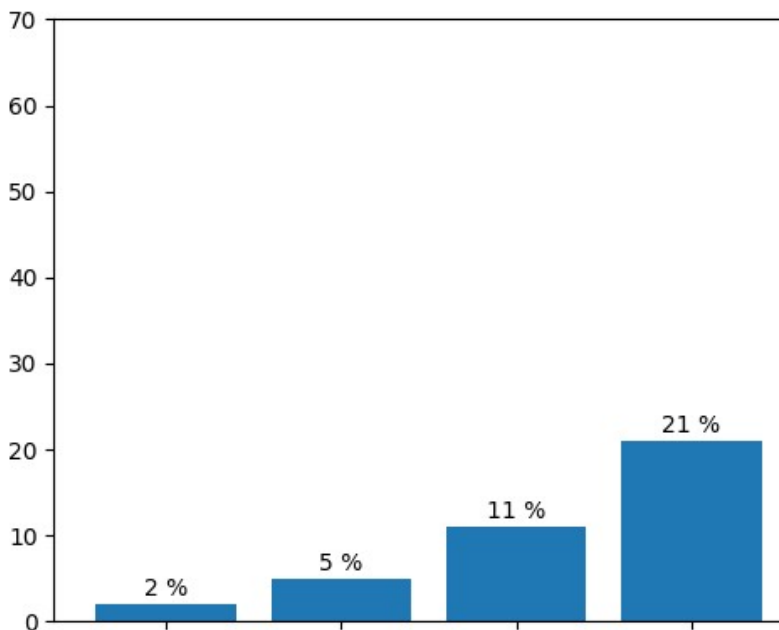
Umím oddělit profesní rozhodování od osobních emocí.



Graf 18 Oddělování profese a emocí

Graf 18 vyobrazuje, že nejpočetnější skupina respondentů, konkrétně 35 (35 %), zvolil u dotazu zjišťujícího schopnost separovat profesní rozhodování od osobních emocí odpověď „zcela souhlasím“. Druhý nejvýraznější segment tvořili dotázaní, kteří se přiklonili k variantě „neutrální“, a to v počtu 30 (30 %). Stanovisko „spíše souhlasím“ zaujalo 26 respondentů (26 %). Odpověď „spíše nesouhlasím“ označilo 6 (6 %) účastníků, zatímco nejmenší zastoupení měla možnost „zcela nesouhlasím“, kterou uvedli pouze 3 dotázaní (3 %).

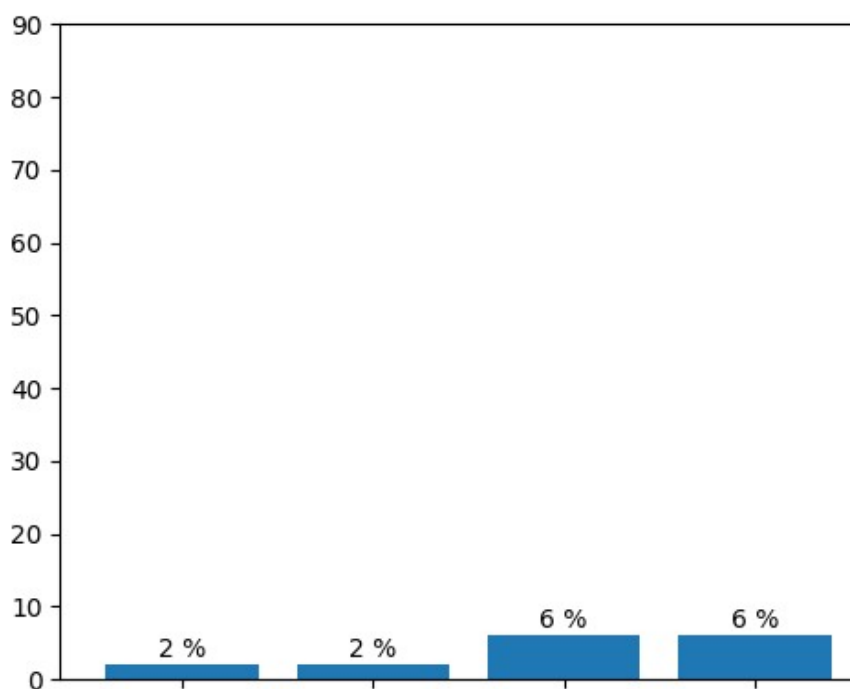
Vždy respektuji autonomii a přání umírajícího pacienta.



Graf 19 Respekt

Graf 19 demonstruje, že dominantní část respondentů, konkrétně 61 (61 %), uvedla u otázky týkající se respektování autonomie a přání umírajícího pacienta odpověď „zcela souhlasím“. Druhou nejvíce zastoupenou kategorií tvořili dotázaní, kteří zvolili možnost „spíše souhlasím“, a to v počtu 21 (21 %). Neutrální postoj zaujalo 11 respondentů (11 %). Odpověď „spíše nesouhlasím“ označilo 5 (5 %) účastníků, zatímco na nejnižší příčce se umístila varianta „zcela nesouhlasím“, kterou uvedli pouze 2 dotázaní (2 %).

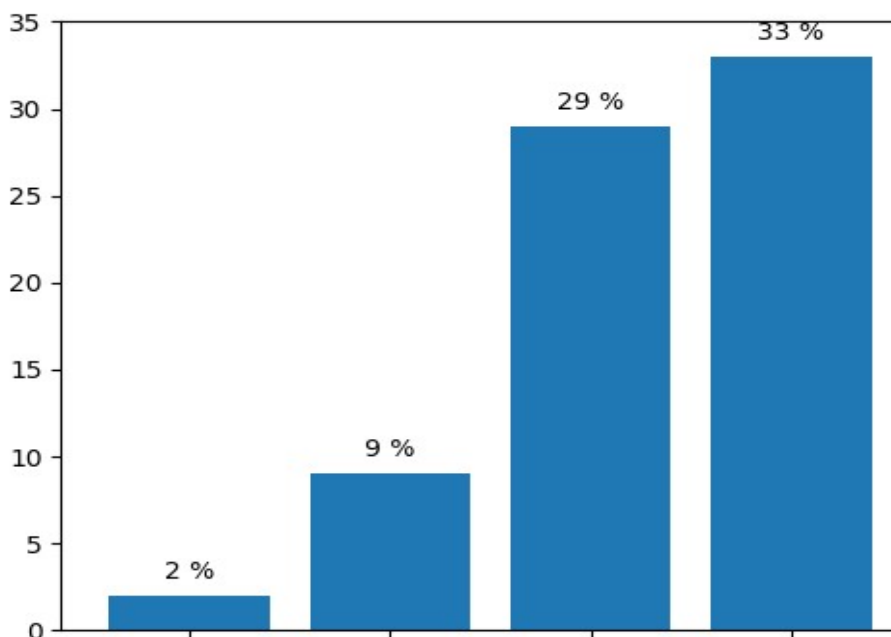
Věřím, že důstojná smrt je stejně důležitá jako kvalitní život.



Graf 20 Kvalita

Graf 20 potvrzuje, že převážná většina respondentů, konkrétně 84 (84 %), uvedla u otázky zaměřené na význam důstojné smrti ve srovnání s kvalitním životem odpověď „zcela souhlasím“. Druhou nejvýraznější skupinu tvořili dotázaní, kteří zvolili možnost „neutrální“, a to v počtu 6 (6 %). Naprosto shodnou četnost, tedy 6 respondentů (6 %), vykazalo také stanovisko „spíše souhlasím“. Na opačném pólu se umístily negativní postoje: variantu „spíše nesouhlasím“ označili 2 (2 %) účastníci, zatímco odpověď „zcela nesouhlasím“ uvedli rovněž pouze 2 dotázaní (2 %).

Cítím se dostatečně připravená/ý eticky reagovat v náročných situacích v paliativní péči.

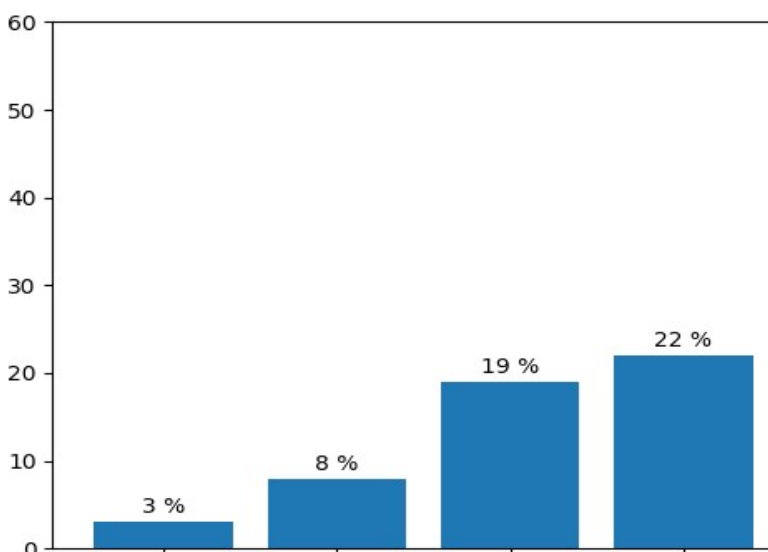


Graf 21 Reakce v náročných situacích

Graf 21 vykazuje, že nejpočetnější segment respondentů, konkrétně 33 (33 %), uvedl u otázky zaměřené na subjektivní pocit připravenosti eticky reagovat v náročných situacích paliativní péče odpověď „spíše souhlasím“. Druhou nejvíce zastoupenou skupinu tvořili dotázaní, kteří zvolili možnost „neutrální“, a to v počtu 29 (29 %). Stanovisko „zcela souhlasím“ zaujalo 27 respondentů (27 %). Podíl 9 (9 %) účastníků označil variantu „spíše nesouhlasím“, zatímco nejméně zastoupenou odpověď „zcela nesouhlasím“ uvedli pouze 2 dotázaní (2 %).

Otázka č. 12: Strategie zvládání stresu (coping)

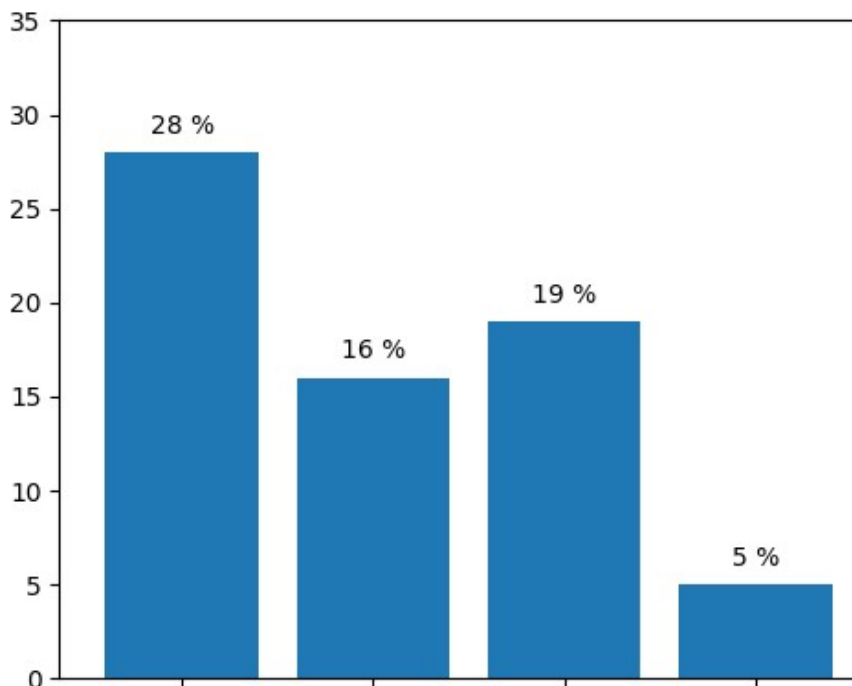
Mluvím o náročných zážitcích z práce kolegy.



Graf 22 Komunikace s kolegy

Graf 22 prezentuje, že nejvýraznější blok respondentů, konkrétně 48 (48 %), uvedl u otázky zaměřené na sdílení náročných pracovních zážitků s kolegy odpověď „zcela souhlasím“. Druhou nejpočetnější skupinu tvořili dotázaní, kteří zvolili možnost „spíše souhlasím“, a to v počtu 22 (22 %). Neutrální stanovisko zaujalo 19 respondentů (19 %). Zastoupení 8 (8 %) účastníků označilo variantu „spíše nesouhlasím“, zatímco nejnižší podíl tvořila odpověď „zcela nesouhlasím“, kterou uvedli pouze 3 dotázaní (3 %).

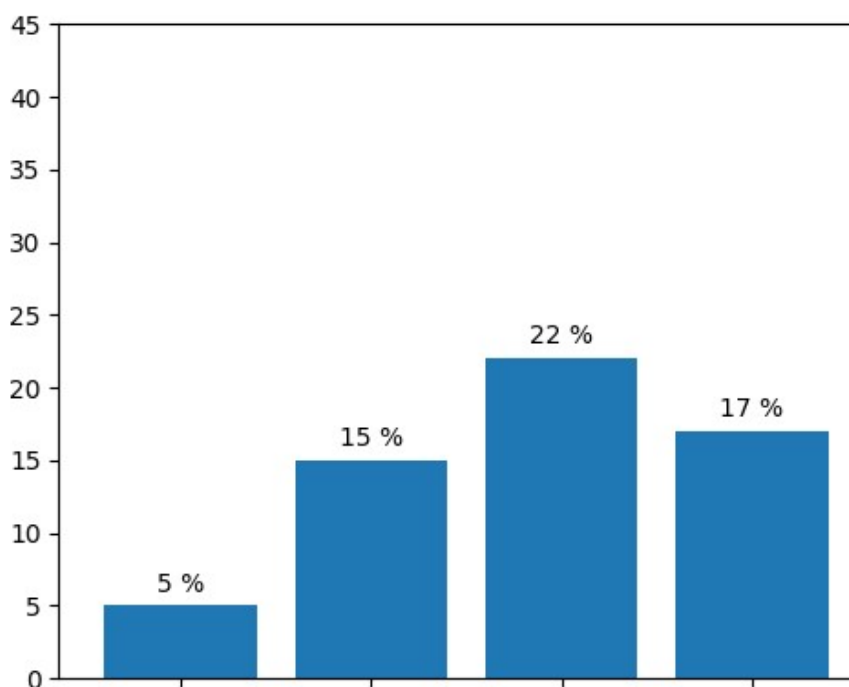
Mám možnost využívat supervizi či psychologickou podporu.



Graf 23 Možnost podpory

Graf 23 dokládá, že nejpočetnější segment respondentů, konkrétně 32 (32 %), uvedl u otázky zaměřené na dostupnost supervize či psychologické podpory odpověď „zcela souhlasím“. Druhou nejvýraznější skupinu však tvořili dotázaní, kteří zvolili přesný opak, tedy možnost „zcela nesouhlasím“, a to v počtu 28 (28 %). Neutrální vyjádření zaujalo 19 respondentů (19 %). V rámci záporného spektra označilo variantu „spíše nesouhlasím“ dalších 16 (16 %) účastníků, zatímco nejmenší zastoupení měla odpověď „spíše souhlasím“, kterou uvedlo pouze 5 dotázaných (5 %).

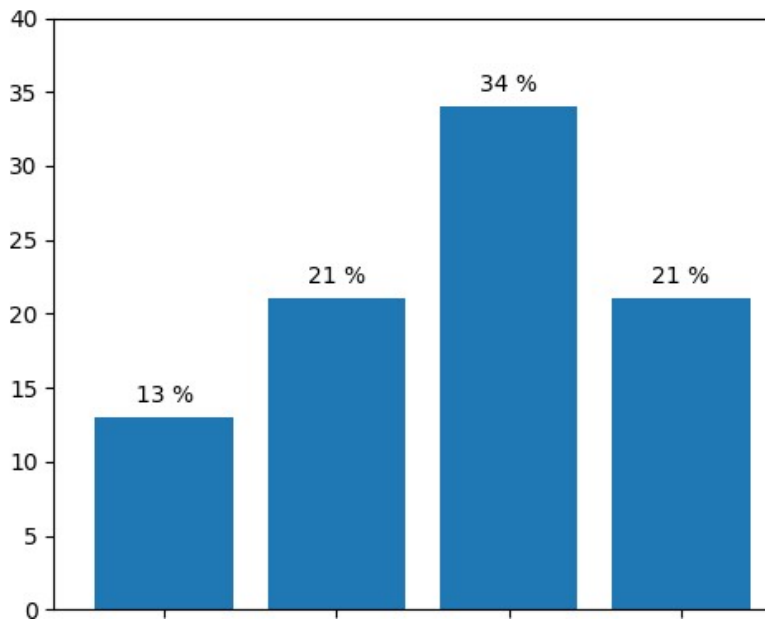
Aktivně se věnuji relaxaci, sportu či jiným způsobům regenerace.



Graf 24 Regenerace

Graf 24 ozřejmuje, že nejpočetnější kategorie respondentů, konkrétně 41 (41 %), uvedla u otázky zaměřené na aktivní věnování se relaxaci, sportu či jiným formám regenerace odpověď „zcela souhlasím“. Druhou nejvýraznější skupinu tvořili dotázaní, kteří zvolili možnost „neutrální“, a to v počtu 22 (22 %). Stanovisko „spíše souhlasím“ zaujalo 17 respondentů (17 %). Na záporném pólu škály se pak nachází 15 (15 %) účastníků, kteří zvolili variantu „spíše nesouhlasím“, zatímco nejnižší odezvu měla odpověď „zcela nesouhlasím“, kterou označilo pouze 5 dotázaných (5 %).

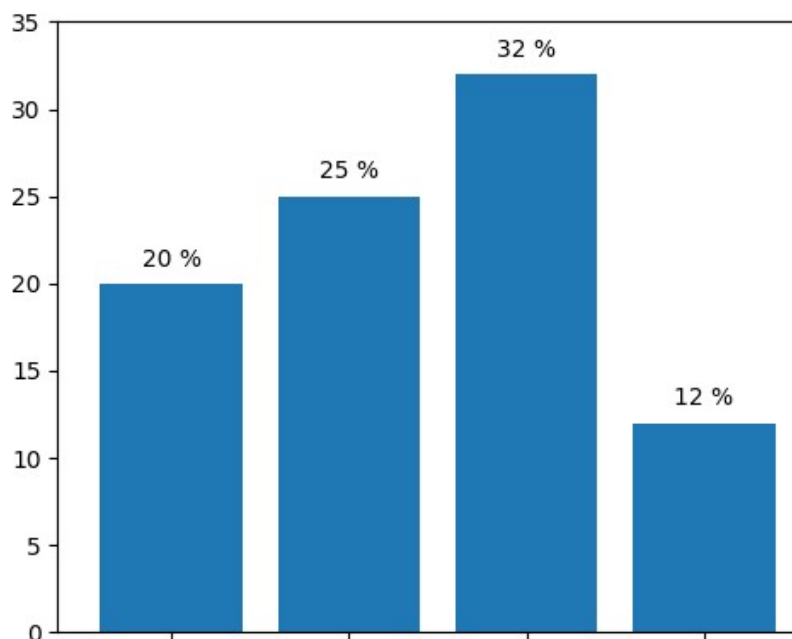
Emoce z práce si často nosím domů.



Graf 25 Emoce

Graf 25 odhaluje, že nejpočetnější soubor respondentů, konkrétně 34 (34 %), uvedl u otázky zaměřené na přenášení emocí z práce do soukromí odpověď „neutrální“. Na druhé příčce se shodným zastoupením, tedy v počtu 21 (21 %), umístili dotázaní, kteří zvolili možnost „spíše nesouhlasím“, i ti, kteří vybrali variantu „spíše souhlasím“. Záporné stanovisko „zcela nesouhlasím“ zaujalo 13 respondentů (13 %). Nejméně početnou skupinu pak tvořila odpověď „zcela souhlasím“, kterou v dotazníku označilo 11 účastníků (11 %).

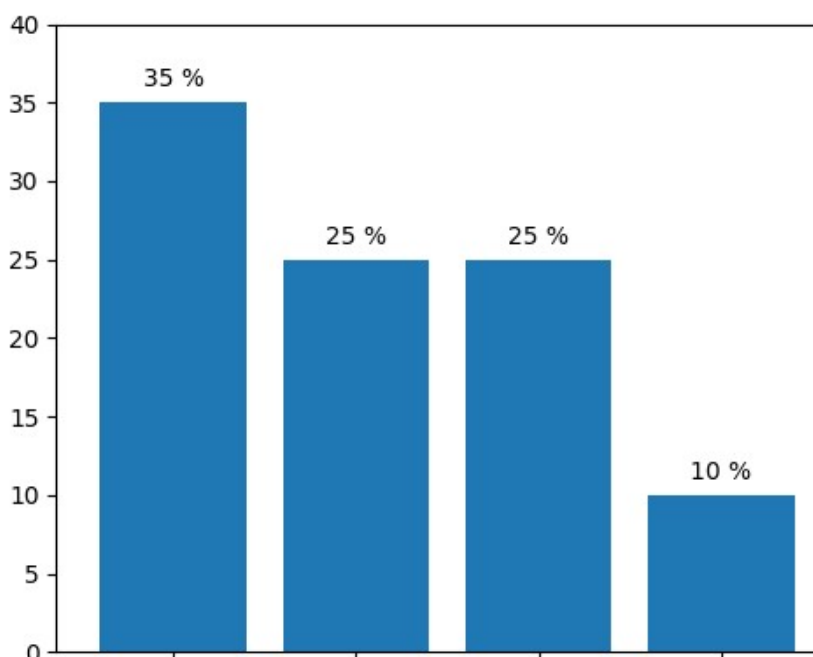
Mám prostor se z práce psychicky zotavit mezi směnami.



Graf 26 Prostor na zotavení

Graf 26 indikuje, že nejpočetnější segment respondentů, konkrétně 32 (32 %), zvolil u otázky zaměřené na dostatek prostoru pro psychické zotavení mezi směnami odpověď „neutrální“. Druhou nejvýraznější skupinu tvořili dotázaní, kteří se přiklonili k možnosti „spíše nesouhlasím“, a to v počtu 25 (25 %). V rámci záporného spektra označilo variantu „zcela nesouhlasím“ dalších 20 respondentů (20 %). Kladné stanovisko „spíše souhlasím“ zaujalo 12 (12 %) účastníků, zatímco nejnižší zastoupení měla varianta „zcela souhlasím“, kterou v dotazníku uvedlo pouze 11 dotázaných (11 %).

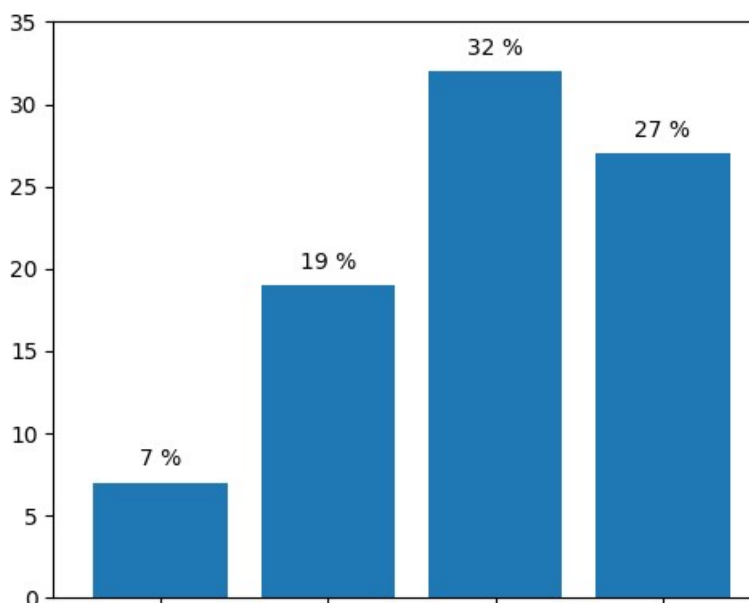
Práce v paliativní péči mě někdy vede k úvahám ke změně profese.



Graf 27 Změna profese

Graf 27 prezentuje, že nejvýraznější blok respondentů, konkrétně 35 (35 %), zvolil u otázky zaměřené na úvahy o změně profese v důsledku práce v paliativní péči odpověď „zcela nesouhlasím“. Druhou nejpočetnější skupinu tvořili dotázaní, kteří se shodně přiklonili k variantám „spíše nesouhlasím“ a „neutrální“, a to v počtu 25 (25 %) pro každou z těchto možností. V rámci kladného spektra označilo stanovisko „spíše souhlasím“ celkem 10 respondentů (10 %). Nejnižší četnost pak vykazala varianta „zcela souhlasím“, kterou v dotazníku uvedlo pouze 5 dotázaných (5 %).

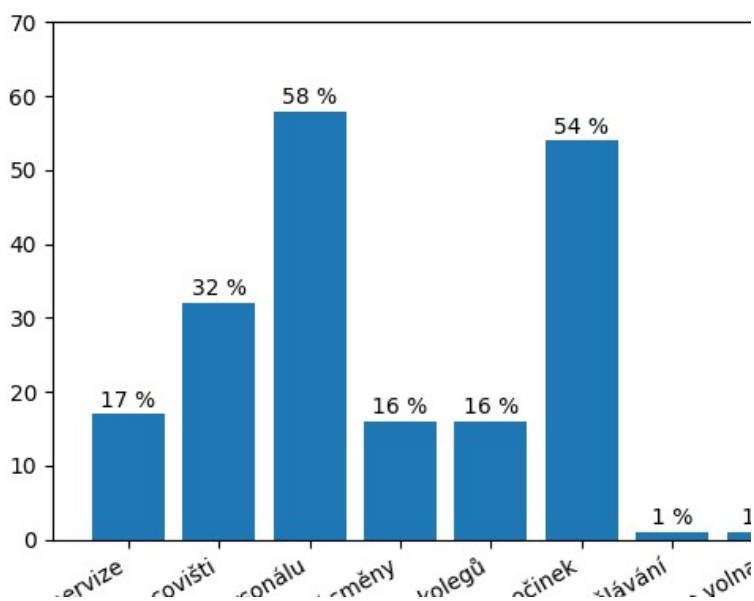
Jsem spokojená/ý s mírou podpory od kolegů a vedení náročných situací.



Graf 28 Podpora kolegů

Graf 28 dokládá, že nejpočetnější skupina respondentů, konkrétně 32 (32 %), zvolil u otázky zaměřené na spokojenost s mírou podpory od kolegů a vedení v náročných situacích odpověď „neutrální“. Druhou nejvíce zastoupenou skupinu tvořili dotázaní, kteří se přiklonili k možnosti „spíše souhlasím“, a to v počtu 27 (27 %). Kladné stanovisko „zcela souhlasím“ zaujalo 15 respondentů (15 %). V rámci negativního vymezení označilo variantu „spíše nesouhlasím“ celkem 19 (19 %) účastníků, zatímco nejmenší podíl tvořila odpověď „zcela nesouhlasím“, kterou v dotazníku uvedlo 7 dotázaných (7 %).

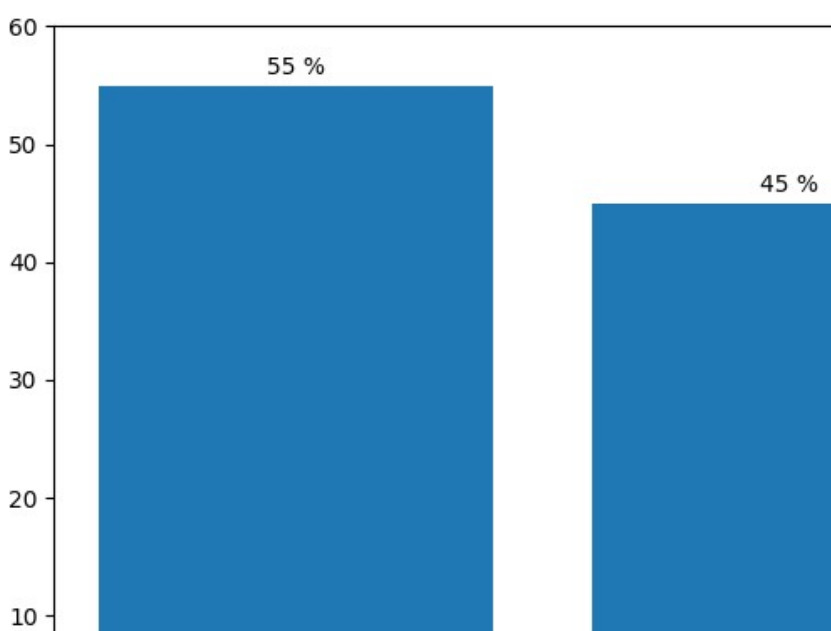
Otázka č. 13: Co byste na svém pracovišti nejvíce ocenil/a jako pomoc při zvládnání stresu?



Graf 29 Podpora při zvládnání stresu

Graf 29 vyobrazuje, že jako nejzásadnější faktor pro zvládnání stresu na pracovišti označilo největší množství respondentů, konkrétně 58 (58 %), potřebu navýšení personálního stavu. Druhým nejčastěji zmiňovaným atributem byl větší prostor pro odpočinek během směny, který zvolilo 54 (54 %) dotázaných. Možnost přítomnosti psychologa přímo na pracovišti by ocenilo 32 (32 %) účastníků. Aspekt pravidelných supervizí vnímá jako klíčový 17 (17 %) respondentů. Shodnou četnost, tedy 16 (16 %) hlasů, získaly varianty kratší směny a emoční podpora ze strany kolegů. Zbývající 1 % odpovědí tvořilo spektrum individuálních podnětů, mezi kterými se objevily požadavky na vyšší finanční ohodnocení, více dovolené či volného času, lekce jógy a intenzivnější vzdělávání v oblasti komunikace.

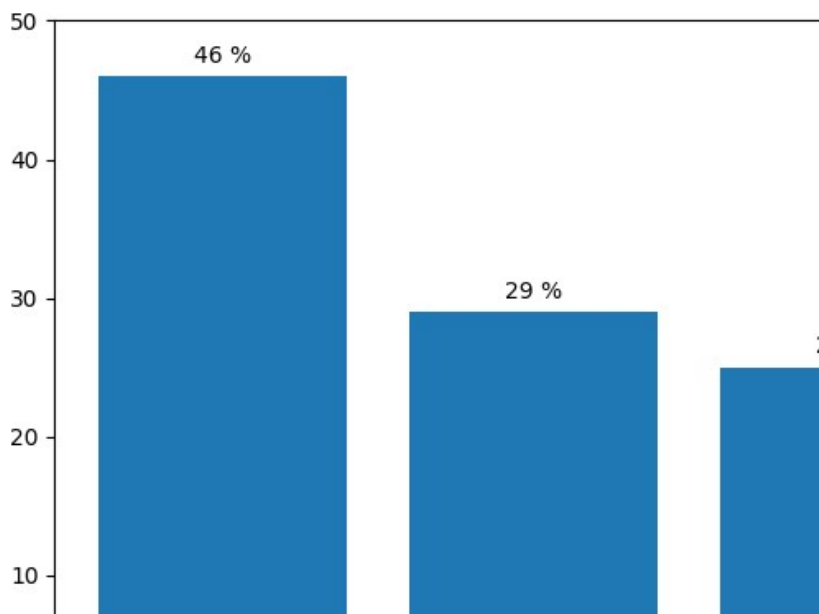
Otázka č. 14: Máte přístup k odborné psychologické podpoře?



Graf 30 Odborná psychologická podpora

Graf 30 ilustruje, že nadpoloviční většina respondentů, konkrétně 55 (55 %), uvedla u otázky zaměřené na dostupnost odborné psychologické podpory kladné vymezení „ano“. Zbývající část souboru, kterou tvoří 45 (45 %) dotázaných, zvolila zápornou odpověď „ne“. Tato skupina tedy v rámci svého působení k odborné pomoci tohoto typu přístup nemá.

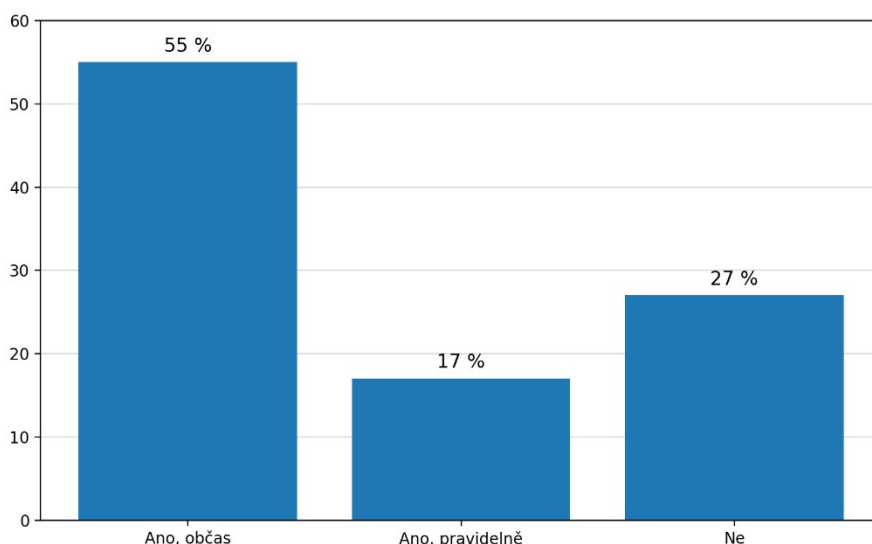
Otázka č. 15: Zažil/a jste někdy v souvislosti s poskytováním paliativní péče příznaky vyhoření? (Emoční vyčerpání, cynismus, snížení výkonnosti)



Graf 31 Příznaky vyhoření

Graf 31 podkrývá, že nejpočetnější segment respondentů, konkrétně 46 (46 %), zvolil u otázky zaměřené na zkušenost s příznaky vyhoření v souvislosti s paliativní péčí kladnou odpověď „ano“. Druhou skupinu tvořili dotázaní, kteří se přiklonili k opačnému pólu a uvedli možnost „ne“, a to v počtu 29 (29 %). Významnou část celého souboru pak tvoří 25 (25 %) účastníků, kteří zvolili vyjádření „nejsem si jistý/á“.

Otázka č. 16: Používáte nějaké konkrétní techniky nebo aktivity ke zvládnání psychické zátěže?

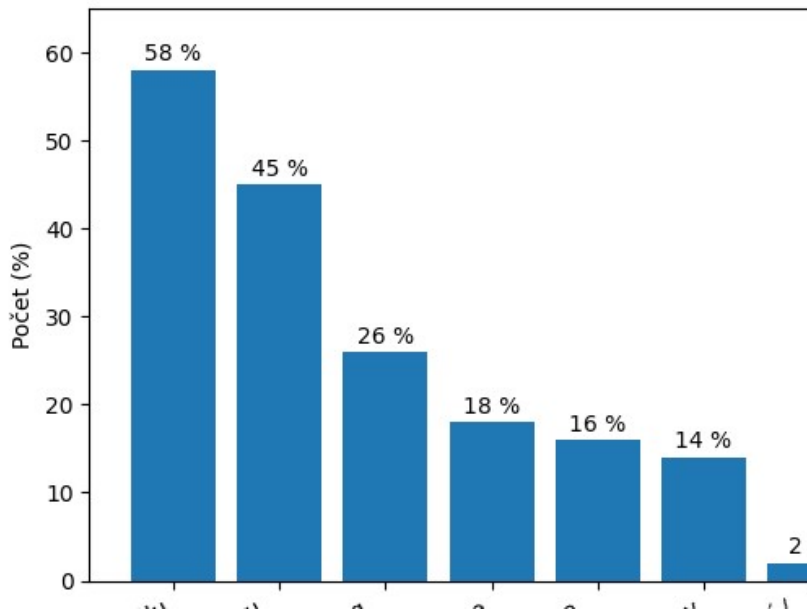


Graf 32 Aktivity

Graf 32 odhaluje, že nejpočetnější skupina respondentů, konkrétně 55 (55 %), zvolila u otázky zaměřené na využívání konkrétních technik ke zvládnání psychické zátěže odpověď „ano, občas“. Druhou nejvýraznější část souboru tvořili dotázaní, kteří se přiklonili k zápornému

vymezení „ne“, a to v počtu 27 (27 %). Pravidelnou aktivitu v rámci prevence stresu pak deklaruje 17 (17 %) účastníků, kteří v dotazníku označili variantu „ano, pravidelně“.

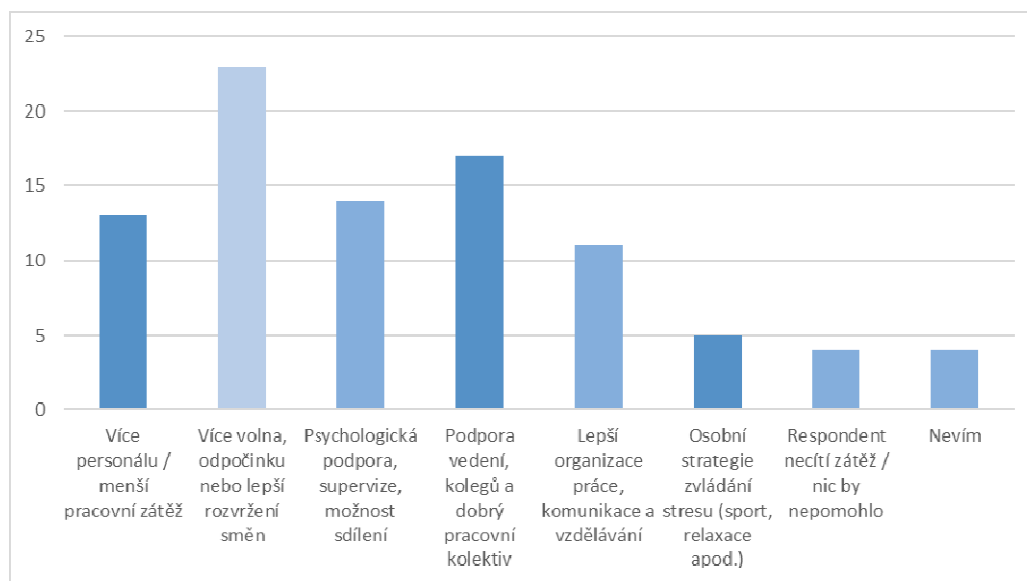
Otázka č. 17: Co je pro Vás osobně v paliativní péči nejnáročnější?



Graf 33 Náročnost

Graf 33 vyobrazuje priority respondentů v oblasti pomoci při zvládnání zátěže, kde jako nejdůležitější faktor označilo 58 (58 %) dotázaných navýšení personálního stavu. Druhým nejčastěji voleným atributem byl větší prostor pro odpočinek během směny, který by ocenilo 45 (45 %) účastníků. Možnost přítomnosti psychologa na pracovišti vnímá jako klíčovou 26 (26 %) respondentů, zatímco pravidelné supervize preferuje 18 (18 %) dotázaných. Podobnou míru rezonance vykazují varianty emoční podpory kolegů (16 %) a kratších směn (14 %). Na okraji zájmu se pak s minimálním zastoupením umístily položky jako finanční ocenění či volno a vzdělávání v komunikačních dovednostech.

Otázka č. 18: Co by Vám pomohlo lépe zvládat psychickou zátěž v práci?



Graf 34 Odolnost psychické zátěže

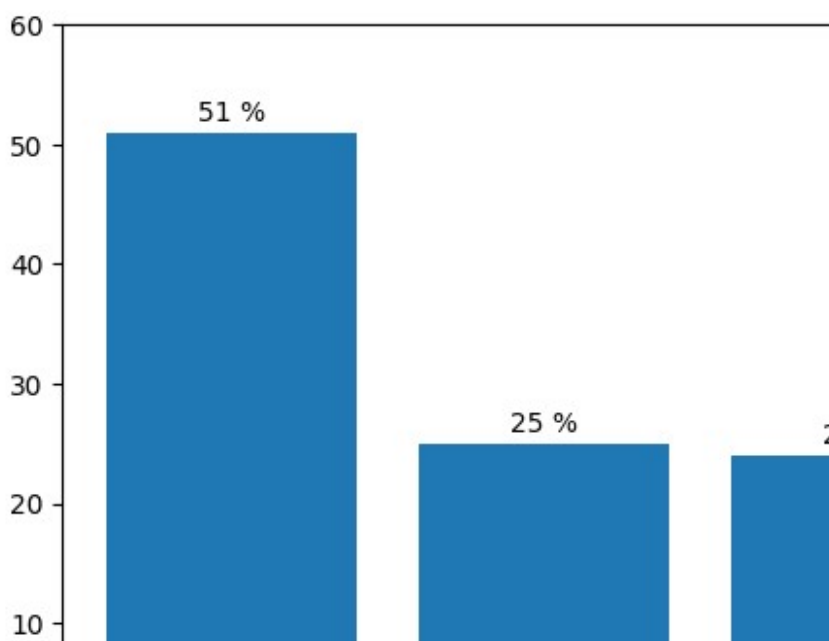
Graf 34 popisuje analýzu volných odpovědí na téma faktorů, které by pomohly lépe zvládat psychickou zátěž, podkryvá několik klíčových oblastí s nejsilnější odezvou. Dominantním aspektem je časová a organizační rovina, kde respondenti nejčastěji zmiňují potřebu delšího odpočinku mezi směnami, více dovolené a prostor pro „vydýchání se“ přímo během výkonu práce. Významný blok odpovědí se týká personálního zajištění, které by umožnilo věnovat umírajícím důstojnější množství času bez neustálého tlaku na výkon. V rámci pracovních podmínek účastníci často volají po aktivní podpoře vedení, lepší týmové soudržnosti a dostupnosti psychologa či supervizora, který by se o jejich stav sám aktivně zajímal. Jako doplňkové faktory se objevují požadavky na finanční benefity, wellness pobyty nebo specifické místo na pracovišti určené ke krátké emoční úlevě.

Otázka č. 19: O jaké další poznatky nebo zkušenosti byste rád/a sdílela v souvislosti s paliativní péčí?

Na otázku týkající se dalších poznatků nebo zkušeností s paliativní péčí odpovědělo nejvíce respondentů tak, že žádné další zkušenosti nebo poznatky nemají. Celkem se takto vyjádřilo přibližně 45 respondentů. Další poměrně častou skupinu tvořily odpovědi zdůrazňující význam a přínos paliativní péče. Respondenti uváděli, že paliativní péče je důležitá, měla by být nastavena včas a pomáhá pacientům i jejich rodinám zvládnout závěr života důstojně a bez bolesti. Někteří respondenti také zdůrazňovali, že umírání je přirozenou součástí života a paliativní péče může přinášet úlevu i pocit smysluplnosti práce. Do této kategorie lze zařadit přibližně 16 odpovědí. Poměrně často respondenti poukazovali také na nedostatečné personální a organizační zajištění paliativní péče. Zmiňovali zejména nedostatek personálu, málo času na pacienty nebo nedostatečný počet paliativních lůžek. Někteří respondenti také uváděli potřebu lepší organizace péče a jednotného přístupu celého zdravotnického týmu. Tato témata se objevila přibližně ve 14 odpovědích. Další skupinu tvořily odpovědi zdůrazňující potřebu lepší komunikace a spolupráce mezi zdravotníky, pacienty a jejich rodinami. Respondenti poukazovali na význam citlivé komunikace, zapojení rodiny do péče

a lepší informovanosti pacientů o prognóze a možnostech léčby. Do této kategorie lze zařadit přibližně 11 odpovědí. Někteří respondenti také poukazovali na potřebu většího vzdělávání a rozvoje paliativní péče. Zmiňovali například potřebu většího množství školení, kurzů nebo širšího povědomí o paliativní péči mezi zdravotníky i veřejností. Tyto odpovědi se objevily přibližně v 9 případech. V menší míře se objevily také odpovědi týkající se etických otázek péče na konci života, například problematiky zbytečného prodlužování utrpení nebo úvah o možnosti eutanazie. Tato témata byla zmíněna přibližně v 5 odpovědích.

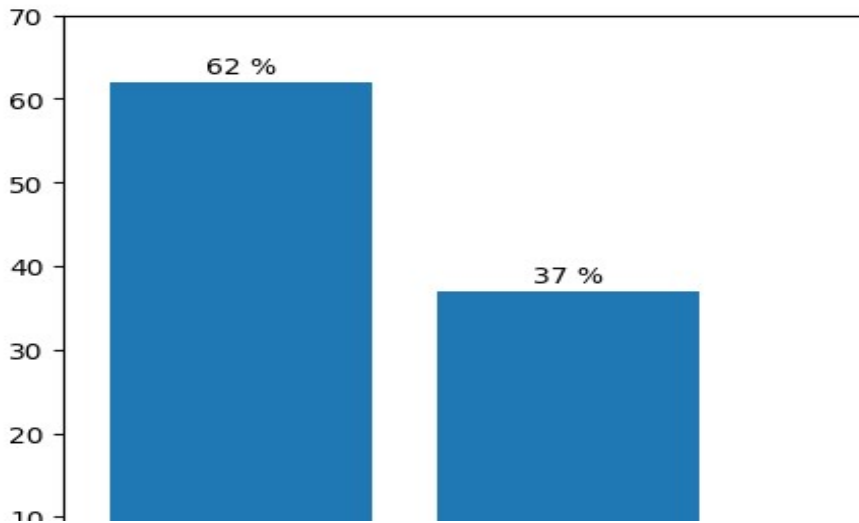
Otázka č. 20: Účastnili jste se někdy školení na téma zvládnání psychické zátěže nebo paliativní péče?



Graf 35 Účast na školení

Graf 35 dokládá, že nejpočetnější segment respondentů, konkrétně 51 (51 %), uvedl u otázky zaměřené na účast na odborném školení o psychické zátěži či paliativní péči kladnou odpověď „ano“. Druhou skupinu tvořili dotázaní, kteří zvolili záporné vymezení „ne“, a to v počtu 25 (25 %). Významnou část celého souboru však tvoří 24 (24 %) účastníků, kteří sice školení dosud neabsolvovali, ale vyjádřili o něj jasný zájem. Toto spektrum odpovědí naznačuje, že ačkoliv je míra proškolení relativně vysoká, téměř čtvrtina personálu pociťuje potřebu dalšího vzdělávání v této náročné oblasti, na což by měla být směřována budoucí odezva ze strany zaměstnavatele.

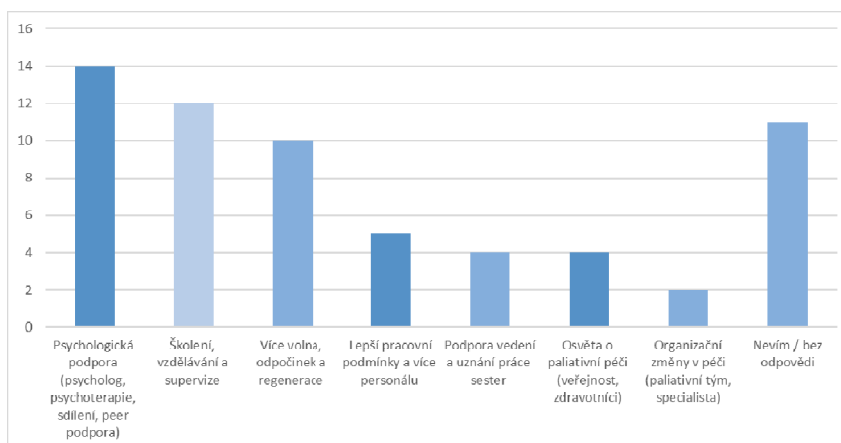
Otázka č. 21: Měla by být podle Vás podpora duševního zdraví všeobecných sester v paliativní péči zlepšena?



Graf 36 Podpora duševního zdraví

Graf 36 prezentuje, že naprostá většina respondentů, konkrétně 62 (62 %), se u otázky zaměřené na potřebu zlepšení podpory duševního zdraví sester v paliativní péči přiklonila k jednoznačné odpovědi „ano“. Druhý nejvýraznější segment tvořili dotázaní, kteří zvolili možnost „nevím“, a to v počtu 37 (37 %). Záporné vyjádření „ne“ zaujalo pouze 1 respondenta (1 %). Toto spektrum odpovědí jasně dokládá, že téměř dvě třetiny personálu pociťují potřebu systémových změn a posílení péče o vlastní psychickou pohodu, zatímco zbytek souboru zůstává v tomto ohledu spíše nerozhodný.

Otázka č. 22: Pokud jste v předchozí odpovědi uvedl/a ano napište, jakým způsobem:



Graf 37 Zlepšení paliativní péče

Graf 37 popisuje analýzu konkrétních návrhů na posílení péče o duševní zdraví všeobecných sester odkrývá, že za prioritní aspekt považují respondenti dostupnost odborné psychologické pomoci. Účastníci výzkumu v tomto segmentu nejčastěji vyzdvihují potřebu pravidelných supervizí, peer podpory a přítomnosti psychologa přímo na oddělení, a to formou aktivní nabídky, nikoliv pouze na vyžádání. Další významný blok odpovědí tvoří systémové a pracovní podmínky, kde dotázaní volají po zavedení specifických benefitů, jako je dodatková dovolená, lázeňské pobyty či dřívější odchod do důchodu. V rámci této rezonance se objevují také požadavky na intenzivnější vzdělávání v relaxačních technikách a komunikačních dovednostech, spolu s apelem na vedení, aby vnímalo všeobecné sestry jako bytosti s emocemi, a nikoliv jako stroje na výkon.

3 Diskuze

Hlavním cílem práce bylo zjistit, v čem vidí všeobecné sestry největší zátěž či tlak na psychiku způsobující i stres při provádění paliativní péče. K dosažení tohoto cíle byly stanoveny 3 výzkumné otázky. První výzkumná otázka – Které situace v rámci paliativní péče představují pro všeobecné sestry největší psychickou zátěž? K této výzkumné otázce souvisely otázky č.7–10, 15 a 17.1. Jako další výzkumnou otázkou byla – Jaký je etický postoj všeobecných sester k umírajícím? K této výzkumné otázce byly přiřazeny tyto otázky: 11, 17.3 a 18. Třetí výzkumná otázka byla – Jaké strategie používají všeobecné sestry ke zvládnutí zátěžových situací při poskytování paliativní péče? Do této výzkumné otázky byly zařazeny otázky: 12-14, 16, 17.2 a 18-20.

První výzkumná otázka – Které situace v rámci paliativní péče představují pro všeobecné sestry největší psychickou zátěž? V souvislosti s první výzkumnou otázkou lze za nejdůležitější považovat výsledky otázek zaměřených na subjektivní prožívání psychické náročnosti, emocionální vyčerpání, přetížení během a po službě, vliv úmrtí pacientů na duševní zdraví, pocity bezmoci, problémy se spánkem, a především emoční náročnost komunikace s rodinou pacienta. Z výsledků vyplynulo, že ačkoli část respondentů volila u některých položek neutrální odpovědi, nejvýrazněji se jako psychicky zatěžující ukázala komunikace s rodinou pacienta. U této položky 36 % respondentů zvolilo možnost „zcela souhlasím“ a dalších 19 % „spíše souhlasím“, což znamená, že více než polovina souboru vnímá tuto oblast jako významně emočně náročnou. Tento výsledek je velmi podstatný, protože poukazuje na to, že psychická zátěž v paliativní péči nevychází pouze z kontaktu se smrtí a umíráním samotným, ale výrazně také z mezilidských vztahů, nároků na komunikaci a práce s emocemi rodinných příslušníků. Tento závěr je ve shodě s výsledky bakalářské práce Anny Kotlantové (2025), která zjistila, že nejčastěji uváděným faktorem přispívajícím k psychické zátěži sester v paliativní péči byla právě interakce s rodinou pacienta, a to u 43,1 % odpovědí. Dalšími uváděnými faktory byla dilemata v rozhodování, náročnost směn, konflikty v kolektivu a nedostatek personálu. Autorka v závěru své práce konstatuje, že sestry v paliativní péči čelí vysoké míře psychické zátěže a že komunikační a organizační faktory v ní hrají významnou roli. Podobný závěr přinesla i starší bakalářská práce Lenky Novotné (2010), která se zabývala zátěží všeobecných sester v péči o umírající v nemocničním a hospicovém zařízení. V této práci sestry uváděly, že jim v praxi nejčastěji chybějí informace o tom, jak komunikovat s rodinou umírajícího, v jedné části souboru šlo o 36,84 % odpovědí. Tento výsledek je cenný zejména tím, že ukazuje dlouhodobější přetrvávání problému: komunikace s rodinou není pro sestry náročná jen emočně, ale současně často i z hlediska připravenosti a vzdělání. Také kvalitativní práce Romany Boumové (2021) zaměřená na zkušenosti sester s paliativní péčí v prostředí intenzivní medicíny potvrzuje, že péče o paliativní pacienty je emočně zatěžující. Autorka uvádí, že 45 % respondentů označilo péči o paliativní pacienty za emocionálně náročnou či spíše náročnou, 40 % ji hodnotilo jako průměrně náročnou a pouze 10 % jako nenáročnou nebo spíše nenáročnou. Mezi nejčastěji prožívanými pocity patřily soucit, smutek a beznaděj. Zároveň je zajímavé, že sestry podle této práce své emoce navenek příliš neventilují, ale snaží se s nimi vnitřně vyrovnat. Položky týkající se přímého dopadu smrti pacientů na duševní zdraví a pocitů bezmoci nevycházely tak jednoznačně negativně jako komunikace s rodinou. Podobně ani u pocitů bezmoci nepřevažoval souhlas. To může znamenat, že sestry si v průběhu praxe

vytvářejí určitou profesní adaptaci na samotné umírání a smrt, ale výrazně náročnější pro ně zůstává právě situace, kdy jsou vystaveny emocím rodiny, konfliktním očekáváním nebo obtížným rozhovorům. Tento výklad podporuje i práce Anny Kotlantové (2025), kde se jako klíčový faktor psychické zátěže ukázala opět interakce s rodinou, nikoli například péče o tělo po úmrtí. Významným zjištěním je i to, že 38 % respondentů uvedlo, že nevládají práci v paliativní péči bez psychické újmy, a 46 % respondentů někdy zažilo příznaky vyhoření, dalších 25 % si tím nebylo jistých. To ukazuje, že psychická zátěž není v paliativní péči pouze teoretickým rizikem, ale reálně se promítá do prožívání pracovníků. Podobně Lenka Novotná (2010) ve své práci zjistila, že 40 % respondentů se domnívalo, že na ně působí zátěžové faktory, které by mohly vést ke vzniku syndromu vyhoření, a dalších 34 % si nebylo jistých. Také tato podobnost naznačuje, že riziko vyhoření a dlouhodobého psychického vyčerpání je u pracovníků pečujících o umírající významné. Za důležité je třeba považovat i odpovědi z otevřených otázek. Respondenti jako nejnáročnější situace uváděli zejména komunikaci s rodinou, péči o mladé a dětské pacienty, bezmoc při utrpení nemocného, nedostatek času, nedostatek personálu, umělé prodlužování života nebo situace, kdy pacient připomíná někoho blízkého. Tyto odpovědi dobře doplňují výsledky uzavřených otázek, protože ukazují, že psychická zátěž je mnohovrstevnatá. Nejde jen o samotný kontakt se smrtí, ale také o hodnotové konflikty, časový tlak a nemožnost poskytovat péči v takové kvalitě, jakou by si sestry představovaly. Takový obraz je blízký i závěrům Lucie Havlíčkové (2024), podle níž sestry v hospicové péči popisují náročnost práce nejen ve vztahu k pacientovi, ale také ve vztahu k rodině, limitům péče a riziku přesahu práce do osobního života. Na základě uvedených výsledků lze tedy odpovědět, že za nejvýznamnější psychickou zátěž v paliativní péči sestry nepovažují pouze samotnou smrt pacienta, ale zejména emočně náročnou komunikaci s rodinou, nedostatek času a personálu, organizační tlak, eticky obtížné situace a dlouhodobé psychické vyčerpání, které může vyústit až v příznaky vyhoření. V tomto směru jsou tvoje výsledky v souladu s jinými českými pracemi a potvrzují, že psychická zátěž sester v paliativní péči má výraznou komunikační, vztahovou i systémovou dimenzi.

Druhá výzkumná otázka – Jaký je etický postoj všeobecných sester k umírajícím? Výsledky vlastního výzkumného šetření ukazují, že etický postoj všeobecných sester k umírajícím pacientům je převážně pozitivní a odpovídá základním principům paliativní péče. Respondenti ve vysoké míře deklarovali respekt k autonomii pacienta, důstojnosti umírání a významu kvalitního závěru života. Nejvýraznějším zjištěním bylo, že 84 % respondentů zcela souhlasí s tvrzením, že důstojná smrt je stejně důležitá jako kvalitní život. Tento výsledek poukazuje na silné hodnotové ukotvení respondentů a jejich identifikaci s filozofií paliativní péče, která klade důraz na kvalitu života i v jeho závěrečné fázi. Podobné závěry uvádí i bakalářská práce Markéty Dvořákové (2016), která se zabývá etickými aspekty paliativní péče. Autorka zde zjišťovala mimo jiné, zda jsou sestry obeznámeny s principy paliativní péče a zda je v praxi respektována důstojnost pacienta, jeho potřeby a kontakt s rodinou. Výsledky této práce ukazují, že sestry vnímají etické principy jako zásadní součást své profese a že důstojnost, úleva od bolesti a respekt k pacientovi patří mezi klíčové hodnoty péče. Tento závěr koresponduje s výsledky vlastního šetření, kde většina respondentů deklarovala respekt k autonomii pacienta i význam důstojné smrti. Velmi významným zjištěním vlastního výzkumu je také skutečnost, že 61 % respondentů zcela souhlasí s tvrzením, že vždy respektují autonomii a přání umírajícího pacienta, a dalších 21 % spíše souhlasí. Tento výsledek potvrzuje, že sestry vnímají pacienta jako autonomní bytost a snaží se jeho rozhodnutí respektovat i v terminální fázi života.

V kontextu paliativní péče se jedná o jeden z nejdůležitějších etických principů. Podobný důraz na autonomii a individuální přístup k pacientovi je patrný i v práci Romany Boumové (2021), která zdůrazňuje význam respektování přání pacienta a jeho rodiny v procesu rozhodování. Na druhou stranu však výsledky vlastního výzkumu ukazují, že ačkoli sestry deklarují jasné etické hodnoty, v praktické rovině může docházet k určité nejistotě. U otázky cítím se dostatečně připravená/ý eticky reagovat v náročných situacích, sice převažovaly kladné odpovědi, ale významná část respondentů zvolila neutrální postoj (29 %). Tento výsledek naznačuje, že sestry sice teoreticky rozumí etickým principům, ale v konkrétních situacích mohou pociťovat nejistotu při jejich aplikaci. Tento rozpor mezi teoretickou znalostí a praktickou jistotou potvrzuje i bakalářská práce Anny Kotlantové (2025), která poukazuje na to, že sestry se v praxi setkávají s komplexními etickými situacemi, které vyžadují nejen znalosti, ale i zkušenosti a podporu ze strany týmu. Dalším důležitým zjištěním vlastního výzkumu je schopnost oddělit profesní rozhodování od osobních emocí. Ačkoli část respondentů uvedla, že tuto schopnost má, významný podíl zvolil neutrální odpověď. Tento výsledek lze interpretovat tak, že sestry se snaží zachovat profesionalitu, avšak úplné oddělení emocí není v paliativní péči vždy možné. Práce s umírajícím pacientem je totiž úzce spojena s empatií, soucitem a emocionálním prožíváním. Podobný závěr lze nalézt i v práci Lenky Novotné (2010), která uvádí, že etické jednání sester je ovlivněno nejen odbornými znalostmi, ale i osobní zkušeností, emocemi a individuálním přístupem k pacientovi. Z otevřených odpovědí respondentů vlastního výzkumu dále vyplynulo, že sestry se v praxi setkávají s řadou eticky náročných situací. Mezi nejčastěji zmiňované patřilo zejména zbytečné prodloužení života, nedostatečná spolupráce lékařů, komunikace s rodinou a otázky týkající se eutanazie. Tyto situace představují významné etické dilema, kdy je nutné hledat rovnováhu mezi medicínskými možnostmi, přáním pacienta a kvalitou jeho života. Podobné etické konflikty popisuje i diplomová práce Michaeli Podsedníčkové (2019), která upozorňuje na to, že moderní medicína umožňuje prodloužit život, což však současně přináší otázky týkající se smyslu léčby a kvality života pacienta. Další shodu lze nalézt i v práci Veroniky Kúnové (2025), která zdůrazňuje význam paliativní péče pro zachování kvality života pacientů a jejich psychické pohody, přičemž důstojnost a respekt jsou považovány za základní pilíře péče. Na základě porovnání výsledků lze konstatovat, že etický postoj všeobecných sester k umírajícím pacientům je v českém prostředí dlouhodobě stabilní a vychází z podobných hodnot. Ve všech porovnávaných pracích se opakovaně objevují principy důstojnosti, autonomie, úcty k pacientovi a snahy o zmírnění utrpení. Rozdíly mezi jednotlivými studii se objevují spíše v míře jistoty sester při řešení konkrétních situací a v dostupnosti podpory ze strany zdravotnického systému. Zásadním zjištěním této práce tedy je, že ačkoli mají sestry jasné nastavené etické hodnoty, jejich praktická aplikace může být ovlivněna řadou faktorů, jako je nedostatek času, personální zajištění, komunikace v týmu nebo nedostatečná podpora ze strany vedení. Tyto faktory mohou vést k nejistotě a zvyšovat psychickou zátěž sester. Celkově lze tedy uzavřít, že etický postoj všeobecných sester k umírajícím pacientům je pozitivní a v souladu s principy paliativní péče, avšak jeho realizace v praxi je často ovlivněna konkrétními podmínkami zdravotnického zařízení. Výsledky této práce jsou v souladu s dalšími českými bakalářskými a diplomovými pracemi a potvrzují, že etika tvoří nedílnou součást paliativní péče, která však vyžaduje nejen teoretické znalosti, ale i praktické zkušenosti a systémovou podporu.

Třetí výzkumná otázka – Jaké strategie používají všeobecné sestry ke zvládnutí zátěžových situací při poskytování paliativní péče? Na základě výsledků vlastního výzkumného šetření lze

konstatovat, že všeobecné sestry využívají ke zvládnání psychické zátěže v paliativní péči především neformální copingové strategie, zejména sdílení náročných situací s kolegy, podporu rodiny a vlastní aktivity zaměřené na regeneraci. Z výsledků vyplývá, že nejčastěji využívanou strategií je komunikace s kolegy, kdy 48 % respondentů zcela souhlasí s tvrzením, že o náročných zážitcích hovoří, a dalších 22 % spíše souhlasí. Tento výsledek poukazuje na význam sociální opory v pracovním kolektivu jako klíčového ochranného faktoru proti psychické zátěži. Podobné závěry uvádí i bakalářská práce Romany Boumové (2021), která konstatuje, že sestry nejčastěji zvládají náročné situace prostřednictvím sdílení emocí s kolegy, rodinou a přáteli. Autorka zdůrazňuje, že možnost ventilace emocí a sdílení zkušeností je pro sestry zásadní, jelikož pomáhá snižovat psychické napětí a předcházet dlouhodobému vyčerpání. Tento závěr je plně v souladu s výsledky vlastního šetření, kde se sociální opora ukázala jako nejčastější strategie zvládnání stresu. Dalším významným zjištěním je skutečnost, že velká část respondentů se aktivně věnuje regeneraci, například sportu, relaxaci nebo jiným volnočasovým aktivitám. Tento způsob zvládnání stresu je v odborné literatuře často označován jako adaptivní copingová strategie, která napomáhá obnově psychických sil. Podobný závěr uvádí i práce Lucie Havlíčkové (2024), která popisuje, že mezi nejčastější formy psychohygieny patří právě pohybové aktivity, pobyt v přírodě, koníčky a trávení času s blízkými. Autorka zároveň zdůrazňuje, že tyto aktivity pomáhají sestřím udržet rovnováhu mezi pracovním a osobním životem. Na druhou stranu však výsledky vlastního výzkumu ukazují, že využívání copingových strategií není vždy pravidelné. Pouze 17 % respondentů uvedlo, že techniky zvládnání stresu využívá pravidelně, zatímco většina respondentů je využívá pouze občas nebo vůbec. Tento výsledek může naznačovat, že sestry sice znají určité strategie zvládnání stresu, avšak jejich aplikace v praxi je omezená, pravděpodobně v důsledku časové náročnosti práce, únavy nebo nedostatku podpory ze strany zaměstnavatele. Tento problém potvrzuje i bakalářská práce Anny Kotlantové (2025), která uvádí, že jedním z významných faktorů ovlivňujících zvládnání psychické zátěže je nedostatek času, vysoká pracovní zátěž a nedostatečné personální zajištění. Autorka dále zdůrazňuje, že bez adekvátního pracovního prostředí je využívání copingových strategií značně omezené. Významným zjištěním vlastního výzkumu je také nerovnoměrná dostupnost odborné podpory. U výroku týkajícího se možnosti využívat supervizi či psychologickou pomoc se odpovědi respondentů výrazně lišily, přičemž významná část respondentů uvedla, že tuto možnost nemá. Tento výsledek je dále potvrzen i přímou otázkou na dostupnost psychologické podpory, kde 45 % respondentů uvedlo, že k ní nemá přístup. Podobný závěr uvádí i práce Lenky Novotné (2010), která zdůrazňuje význam supervize jako nástroje pro zvládnání náročných situací a rozvoj komunikačních dovedností. Autorka zároveň upozorňuje, že absence supervize může vést k hromadění stresu a zvýšenému riziku syndromu vyhoření. Tento závěr podporuje i práce Lucie Havlíčkové (2024), která uvádí, že pravidelná supervize a podpora týmu patří mezi nejúčinnější způsoby prevence psychického vyčerpání. Velmi důležitým aspektem copingových strategií je také schopnost oddělit pracovní a osobní život. Výsledky vlastního výzkumu ukazují, že část respondentů si emoce z práce přenáší do soukromí, což může negativně ovlivňovat jejich psychickou pohodu. Tento jev potvrzuje i práce Romany Boumové (2021), která uvádí, že sestry často prožívají emoce spojené s péčí o umírající i mimo pracovní prostředí a že je pro ně obtížné tyto emoce zcela odfiltrovat. Zásadní význam mají také systémové faktory, které ovlivňují možnosti zvládnání psychické zátěže. Respondenti vlastního výzkumu nejčastěji uváděli, že by jim pomohlo navýšení personálního stavu, více času na odpočinek během směny, přítomnost psychologa na

pracovišti a pravidelné supervize. Tyto požadavky ukazují, že zvládání stresu není pouze individuální záležitostí, ale je významně ovlivněno pracovním prostředím. Podobné závěry uvádí i práce Veroniky Kúnové (2025), která zdůrazňuje, že kvalita paliativní péče i psychická pohoda zdravotnického personálu jsou úzce propojeny s organizačními podmínkami pracoviště. Autorka upozorňuje, že bez dostatečného personálního zabezpečení a podpory nelze zajistit kvalitní péči ani ochranu duševního zdraví pracovníků. Za pozitivní lze považovat skutečnost, že většina respondentů neuvažuje o změně profese, což naznačuje, že i přes vysokou psychickou náročnost vnímají svou práci jako smysluplnou. Tento závěr je v souladu s prací Lucie Havlíčkové (2024), která uvádí, že sestry v paliativní péči často nacházejí ve své práci hlubší smysl, což jim pomáhá zvládat náročné situace. Na základě porovnání výsledků lze konstatovat, že všeobecné sestry využívají ke zvládnutí psychické zátěže především sociální oporu a individuální aktivity zaměřené na regeneraci. Současně však existují významné rezervy v oblasti systematické podpory, zejména dostupnosti supervize, psychologické pomoci a organizačních podmínek práce. Celkově lze tedy uzavřít, že copingové strategie sester v paliativní péči jsou kombinací individuálních a sociálních mechanismů, avšak jejich efektivita je výrazně ovlivněna pracovním prostředím. Výsledky této práce jsou v souladu s dalšími českými studiemi a potvrzují, že pro efektivní zvládnutí psychické zátěže je nezbytné nejen individuální úsilí, ale i systémová podpora ze strany zdravotnických zařízení.

4 Návrh řešení a doporučení pro praxi

Na základě teoretických poznatků a výsledků realizovaného výzkumného šetření lze formulovat několik doporučení pro praxi, jejichž cílem je snížení psychické zátěže všeobecných sester při poskytování paliativní péče a zlepšení jejich pracovních podmínek. Z výsledků vyplynulo, že ačkoliv většina respondentů uvádí, že zvládá poskytování paliativní péče bez výrazné psychické újmy, významná část sester se potýká s psychickou zátěží, emočním vyčerpáním a v některých případech i s příznaky syndromu vyhoření. Mezi nejvýznamnější stresory byla zařazena zejména komunikace s rodinou umírajících pacientů, nedostatek personálu, omezený čas na pacienty a nedostatečný prostor pro odpočinek a regeneraci.

Vzhledem k tomu, že nedostatek personálu byl označen jako jeden z hlavních zdrojů stresu, je nezbytné zaměřit se na posílení personálního zajištění zdravotnických pracovišť. Adekvátní počet pracovníků umožní sestřám věnovat pacientům dostatek času, snížit pracovní přetížení a přispět ke snížení rizika psychického vyčerpání. S tím úzce souvisí také potřeba zajistit dostatečný prostor pro odpočinek během pracovní doby i mezi jednotlivými směnami. Vhodným opatřením může být například zavedení pravidelných přestávek nebo vytvoření klidových zón na pracovišti, které by umožnily krátkodobou regeneraci během náročných směn.

Další důležitou oblastí je zajištění dostupnosti psychologické podpory a supervize. Výzkum ukázal, že část respondentů nemá přístup k odborné pomoci, přestože o ni projevuje zájem. Zavedení pravidelných supervizních setkání a možnost konzultace s psychologem by mohly významně přispět ke snížení psychické zátěže a prevenci syndromu vyhoření. Zároveň je vhodné podporovat otevřenou komunikaci v pracovním týmu a vytvářet bezpečné prostředí pro sdílení náročných zkušeností. Pozitivním zjištěním je, že sestry často sdílejí své pocity s kolegy, což je možné dále rozvíjet prostřednictvím pravidelných týmových setkání.

Neméně důležitou roli hraje také vzdělávání v oblasti paliativní péče a zvládání stresu. Ačkoliv část respondentů již absolvovala odborná školení, významná skupina o ně projevila zájem. Doporučuje se proto zajistit pravidelná školení zaměřená na komunikaci s pacientem a jeho rodinou, zvládání stresových situací, psychohygienu a etické aspekty paliativní péče. Zvyšování odborných kompetencí může vést ke snížení nejistoty a tím i k nižší psychické zátěži.

Výsledky dále poukázaly na skutečnost, že většina sester využívá strategie zvládání stresu spíše nepravidelně. Z tohoto důvodu je vhodné podporovat systematickou péči o duševní zdraví, například prostřednictvím workshopů zaměřených na psychohygienu, relaxačních technik nebo podpory pohybových aktivit. Důležitým aspektem je rovněž zlepšení organizačních a pracovních podmínek, zejména v oblasti plánování směn, snížení pracovního tempa a posílení podpory ze strany vedení. Nezbytné je také adekvátní ocenění náročnosti práce všeobecných sester, a to nejen formou finančního ohodnocení, ale i prostřednictvím nefinančních benefitů. Vzhledem k tomu, že významná část respondentů uvedla zkušenost s příznaky syndromu vyhoření, je nutné věnovat zvýšenou pozornost jeho prevenci. Ta by měla zahrnovat pravidelné sledování psychické zátěže zaměstnanců, včasnou identifikaci rizikových jedinců a nabídku vhodných intervenčních programů. Implementace uvedených opatření může přispět nejen ke zlepšení psychického zdraví všeobecných sester, ale také ke zkvalitnění poskytované paliativní péči.

Závěr

Bakalářská práce se zabývala problematikou psychické zátěže všeobecných sester při poskytování paliativní péče. Hlavním cílem bylo zjistit, v čem vidí všeobecné sestry největší zátěž či tlak na psychiku, způsobující i stres při poskytování paliativní péče. Na základě teoretických poznatků a výsledků vlastního výzkumného šetření lze konstatovat, že psychická zátěž je nedílnou součástí práce sester v paliativní péči a je ovlivněna řadou faktorů. Z výsledků výzkumu vyplynulo, že mezi nejvýznamnější zdroje psychické zátěže patří zejména komunikace s rodinou umírajících pacientů, nedostatek personálu, vysoké pracovní tempo a omezený čas na pacienty. Tyto faktory významně ovlivňují nejen psychický stav sester, ale mohou mít dopad i na kvalitu poskytované péče. Přestože část respondentů uvádí, že zvládá tuto náročnou oblast bez výrazné psychické újmy, u významné skupiny se objevují projevy stresu, emočního vyčerpání a v některých případech i příznaky syndromu vyhoření. V oblasti etických postojů bylo zjištěno, že všeobecné sestry přistupují k umírajícím pacientům profesionálně, s respektem k jejich důstojnosti a individuálním potřebám. Tento přístup odpovídá principům paliativní péče a potvrzuje vysokou úroveň etického uvědomění sester. Současně však praxe přináší situace, které mohou být eticky i emocionálně náročné a vyžadují dostatečnou podporu ze strany týmu i vedení.

Výsledky dále ukázaly, že sestry nejčastěji využívají jako strategii zvládnání zátěže sdílení svých zkušeností s kolegy. Naopak systematická péče o duševní zdraví, jako je využívání odborné psychologické podpory nebo pravidelné techniky psychohygieny, je zastoupena méně často. Tento fakt poukazuje na potřebu větší podpory v oblasti prevence psychické zátěže a syndromu vyhoření. Na základě získaných poznatků byla formulována doporučení pro praxi, která zahrnují zejména posílení personálního zajištění, zajištění dostatečného prostoru pro odpočinek, zavedení pravidelných supervizí, podporu týmové spolupráce a zajištění dalšího vzdělávání v oblasti paliativní péče a zvládnání stresu. Důležitá je rovněž podpora psychohygieny a zlepšení pracovních podmínek ze strany zaměstnavatele.

Lze tedy shrnout, že psychická zátěž všeobecných sester v paliativní péči je komplexním problémem, který vyžaduje systematické řešení jak na individuální, tak na organizační úrovni. Zajištění vhodných podmínek a podpory pro zdravotnický personál je klíčové nejen pro jejich vlastní psychické zdraví, ale i pro zachování kvality a lidskosti poskytované péče.

Seznam použité literatury

- BOUMOVÁ, Romana, 2021. *Zkušenosti sester s paliativní péčí v prostředí intenzivní medicíny* [online]. Praha. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, 3. lékařská fakulta. [cit. 2026-04-18]. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/151197/130323508.pdf>
- BUŽGOVÁ, Radka, 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5402-4.
- ČERNÁ PAŘÍZKOVÁ, Renata, 2019. Etika a paliativní péče v intenzivní péči v roce 2019. *Anesteziologie a intenzivní medicína* [online]. roč. 30, č. 6, s. 281-287 [cit. 2026-01-12]. ISSN 1214-2158. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/anesteziologie-intenzivni-medicina/2019-6-10/etika-a-paliativni-pece-v-intenzivni-peci-v-roce-2019-121726>
- DVOŘÁKOVÁ, Markéta, 2016. *Etické aspekty paliativní péče* [online]. Jihlava. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava. [cit. 2026-03-20]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/p3wp3y/>
- GENC, Fatma a Sevda UZUN, 2026. Syndrom vyhoření a kvalita péče: zkušenosti a výzvy sester v paliativní péči. *Journal of Palliative Care* [online]. [cit. 2026-04-01]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/10519815251405818>
- GÓMEZ-URQUIZA, Jose L., et al., 2020. Syndrom vyhoření u sester v paliativní péči, prevalence a rizikové faktory: Systematický přehled s metaanalýzou. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. roč. 17, č. 20, s. 7672 [cit. 2026-03-15]. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/ijerph17207672>
- HAVLÍČKOVÁ, Lucie, 2024. *Hospicová paliativní péče z pohledu sestry* [online]. Hradec Králové. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, Lékařská fakulta v Hradci Králové. [cit. 2026-04-18]. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/191735/130384361.pdf>
- HUSSAIN, Feryad A., 2021. Psychologické výzvy pro sestry pracující v paliativní péči a doporučení pro sebeběči. *British Journal of Nursing* [online]. roč. 30, č. 8, s. 484-489 [cit. 2026-04-20]. Dostupné z: <https://doi.org/10.12968/bjon.2021.30.8.484>
- KABAT-ZINN, Jon, 2016. *Život samá pohroma: jak čelit stresu, nemoci a bolesti pomocí moudrosti těla a mysli*. Přeložil Jan ČERNÝ. Praha: Melvil. ISBN 978-80-7555-002-6.
- KABELKA, Ladislav, 2020. *Nemocné rozhovory: komunikace a narativní terapie s nevléčitelně nemocnými pacienty a jejich blízkými*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-1688-1.
- KALVACH, Zdeněk, 2019. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. 2., upravené a doplněné vydání. Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-88126-54-6.

- KOTLANTOVÁ, Anna, 2025. *Psychická zátěž sester v paliativní péči* [online]. Pardubice. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. [cit. 2026-01-20]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/3ep8lq/>
- KŘÍŽOVÁ, Pavla, 2018. *Psychická zátěž personálu při poskytování paliativní péče* [online]. Brno. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. [cit. 2026-03-13]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/u38mom/>
- KÚNOVÁ, Veronika, 2025. *Problematika paliativní péče* [online]. Praha. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. [cit. 2026-04-05]. Dostupné z: <https://is.vszdrav.cz/th/w9xkr/>
- KUPKA, Martin, 2024. *Smrt a umírání v celostní perspektivě: psychologické, sociální a spirituální aspekty*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-3947-7.
- NOVOTNÁ, Lenka, 2010. *Zátěž zdravotních sester v péči o umírající v nemocničním a hospicovém zařízení* [online]. Zlín. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. [cit. 2026-04-05]. Dostupné z: https://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/11564/novotn%c3%a1_2010_bp.pdf
- PODSEDNÍČKOVÁ, Michaela, 2019. *Paliativní péče a sestra* [online]. Olomouc. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd. [cit. 2026-04-05]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/886730/>
- RADBRUCH, Lukas, et al., 2020. Redefining Palliative Care—A New Consensus-Based Definition. *Journal of Pain and Symptom Management* [online]. roč. 60, č. 4, s. 754-764 [cit. 2026-04-02]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027>
- RIZO-BAEZA, Mercedes, et al., 2017. Burnout Syndrome in nurses working in palliative care units: An analysis of associated factors. *Journal of Nursing Management* [online]. roč. 26, č. 1, s. 19-25 [cit. 2026-02-21]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28695723/>
- SLÁMA, Ondřej a Tereza VAFKOVÁ, 2020. *Paliativní medicína: vymezení konceptů a pojmů* [online]. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. [cit. 2026-03-20]. Dostupné z: https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps19/paliativni_pece/web/pages/01_03_historie.html
- SLÁMA, Ondřej, Martina ŠPINKOVÁ a Ladislav KABELKA, 2013. *Standardy paliativní péče 2013* [online]. Praha: ČSPM ČLS JEP. [cit. 2026-03-15]. Dostupné z: https://www.centrum-pahop.cz/wp-content/uploads/2016/05/spp_2013_def.pdf
- TAN, Laurence, Lim SIAO EE a Toh HUI JIN, 2024. Kvalitativní studie o syndromu vyhoření a jeho zvládání u paliativních sester. *International Journal of Palliative Nursing* [online]. roč. 30, č. 12, s. 654–662 [cit. 2026-04-02]. Dostupné z: <https://doi.org/10.12968/ijpn.2024.30.12.654>
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020. *Palliative care* [online]. Geneva: WHO. [cit. 2026-04-15]. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

Přílohy

Příloha A Dotazník

Vážená kolegyně, vážený kolego,

jmenuji se Magdalena Plachá a jsem studentkou Vysoké školy polytechnické Jihlava, oboru Všeobecné ošetřovatelství. Ráda bych vás tímto poprosila o vyplnění online dotazníku, který slouží ke zpracování praktické části mé bakalářské práce na téma „Psychická zátěž všeobecných sester při poskytování paliativní péče“. Jeho vyplnění Vám zabere cca 15 minut.

Dotazník je anonymní a jeho výsledky budou použity pouze pro účely zpracování bakalářské práce. Otázky mají jednu nebo více správných odpovědí, pokud není uvedeno jinak. Na otázky prosím odpovídejte pravdivě podle svých zkušeností a vědomostí. Předem Vám děkuji za ochotu a čas.

Magdalena Plachá

1. Jaké je Vaše pohlaví?

- Žena
- Muž
- Nechci uvádět

2. Uved'te prosím Vaši věkovou kategorii:

- 20-30 let
- 31-40 let
- 41-50 let
- 51 let a více

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- Středoškolské vzdělání s maturitní zkouškou
- Vyšší odborné vzdělání (DiS.)
- Vysokoškolské vzdělání (Bc.)
- Vysokoškolské vzdělání (Mgr.)
- Vysokoškolské vzdělání (terciální)

4. Uved'te délku Vaší praxe:

- Do 1 roku, včetně
- 1-5 let
- 6-10 let
- 11-20 let
- 20 let a více

5. Uved'te oddělení, na kterém pracujete:

- Akutní lůžková péče
- Lůžková péče
- Hospicová péče
- LDN
- Domácí péče
- Jiné:

6. Na jaké pozici pracujete?

- Všeobecná sestra
- Sestra se specializací
- Zdravotnický záchranář

7. Máte zkušenost s poskytováním paliativní péče?

- Ano
- Ne

8. Jak často se setkáváte s pacienty v terminálním stádiu?

- Denně
- Několikrát týdně
- Několikrát měsíčně
- Zřídka / výjimečně

9. Domníváte se, že zvládáte práci v paliativní péči bez psychické újmy?

- Ano
- Ne

Hodnocení na škále 1–5

(1 = zcela nesouhlasím, 5 = zcela souhlasím)

10. Vnímání psychické zátěže

Tvrzení	1	2	3	4	5
Paliativní péče je pro mě psychicky náročná.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Péče o umírající pacienty mě emocionálně vyčerpává.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cítím se během nebo po službě psychicky přetížená/ý.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mám pocit, že smrt pacientů negativně ovlivňuje mé duševní zdraví.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Komunikace s rodinou pacienta je pro mě emocionálně náročná.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
V péči o umírající zažívám pocity bezmoci.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mívám po práci problémy s usínáním nebo spánkem kvůli psychickému zatížení.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. Etický postoj a hodnoty

Tvrzení	1	2	3	4	5
Mám jasno v etických principech při péči o umírající pacienty.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Umím oddělit profesní rozhodování od osobních emocí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vždy respektuji autonomii a přání umírajícího pacienta.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Věřím, že důstojná smrt je stejně důležitá jako kvalitní život.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cítím se dostatečně připravená/ý eticky reagovat v náročných situacích v paliativní péči.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. Strategie zvládání stresu (coping)

Tvrzení	1	2	3	4	5
Mluvím o náročných zážitcích z práce s kolegy.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mám možnost využívat supervizi či psychologickou podporu.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aktivně se věnuji relaxaci, sportu či jiným způsobům regenerace.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Emoce z práce si často nosím domů.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mám prostor se z práce psychicky zotavit mezi směnami.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Práce v paliativní péči mě někdy vede k úvahám o změně profese.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jsem spokojená/ý s mírou podpory od kolegů a vedení v náročných situacích.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. Co byste na svém pracovišti nejvíce ocenila jako pomoc při zvládnání stresu?

- Supervize
- Psycholog na pracovišti
- Více personálu
- Kratší směny
- Emoční podpora kolegů
- Více prostoru na odpočinek během směny
- Jiné: _____

14. Máte přístup k odborné psychologické podpoře?

- Ano
- Ne

15. Zažil/a jste někdy v souvislosti s poskytováním paliativní péče příznaky vyhoření? (emoční vyčerpání, cynismus, snížení výkonnosti)

- Ano
- Ne
- Nejsem si jistá/ý

16. Používáte nějaké konkrétní techniky nebo aktivity ke zvládnání psychické zátěže?

- Ano, pravidelně
- Ano, občas
- Ne

Otevřené otázky (3 otázky)

17. Co je pro Vás osobně v paliativní péči nejnáročnější?

18. Co by Vám pomohlo lépe zvládat psychickou zátěž v práci?

19. Jaké další poznatky nebo zkušenosti byste ráda sdílela v souvislosti s paliativní péčí?

20. Účastnila jste se někdy školení na téma zvládnání psychické zátěže nebo paliativní péče?

- Ano
- Ne
- Ne, ale měla bych zájem

21. Měla by být podle Vás podpora duševního zdraví všeobecných sester v paliativní péči zlepšena?

- Ano
- Ne
- Nevím

22. Pokud jste v předchozí odpovědi uvedl/a ano, napište, jakým způsobem:

-

Příloha B Leták



SVĚTLO MEZI STÍNY

Psychohygiena v paliativní péči

Interaktivní workshop PRO VŠEOBECNÉ SESTRY

Témata: Prevence vyhoření, Emoční zátěž, Hranice v péči



Termín: _____



Čas: _____



Místo: _____



Více informací a přihlášky:

