

Psychická zátěž a kvalita života z pohledu sester pracujících v domácí péči

Barbora Holá

Bakalářská práce
2023



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2022/2023

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Barbora Holá**
Osobní číslo: **H20534**
Studijní program: **B0913P360015 Všeobecné ošetřovatelství**
Forma studia: **Kombinovaná**
Téma práce: **Psychická zátěž a kvalita života z pohledu sester pracujících v domácí péči**

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti domácí péče, kvality života sester, jejich psychické a fyzické zátěže.

Příprava metodiky kvalitativního výzkumu.

Formulace kritérií pro výběr participantů.

Realizace výzkumu technikou rozhovoru a pozorováním.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných informací.

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

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

Seznam doporučené literatury:

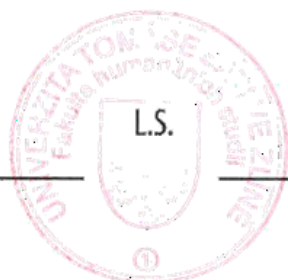
- JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007. 100 s. ISBN 978-80-247-2150-7.
- KUTNOHORSKÁ, J. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2010. 208 s. ISBN 978-80-247-3224-4.
- MASTILIAKOVÁ, D. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2014. 192 s. ISBN 978-80-247-5376-8.
- MÖCKLI, N. et al. Factors associated with homecare coordination and quality of care: a research protocol for a national multi-center cross-sectional study. *BMC Health Services Research* [online]. 2021, vol. 21, no. 1, pp. 1-14. DOI: 10.1186/s12913-021-06294-7
- PLEVOVÁ, I. a kol. *Ošetrovatelství I. 2. přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada, 2018. 288 s. ISBN 978-80-271-0888-6.
- VENGLÁŘOVÁ, M. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada, 2011. 192 s. ISBN 978-80-247-3174-2.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Eva Šalenová**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **4. listopadu 2022**

Termín odevzdání bakalářské práce: **19. května 2023**

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan



PhDr. Pavla Kudlová, PhD.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 12. 5. 2023

¹⁾ zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou psychické zátěže a kvality života všeobecných sester pracujících v domácí péči. Sestry v domácí péči často čelí náročným pracovním podmínkám a situacím, které mohou mít negativní dopad na jejich psychickou pohodu a celkovou kvalitu života. Cílem této bakalářské práce je analyzovat vnímání zátěží, kterým jsou sestry vystaveny.

Klíčová slova: domácí péče, všeobecná sestra, vzdělávání, ošetřovatelství, syndrom vyhoření, stres, zátěž, role

ABSTRACT

This bachelor thesis deals with the issue of psychological burden and quality of life of general nurses working in home care. Home care nurses often face challenging working conditions and situations that can have a negative impact on their psychological well-being and overall quality of life. The aim of this bachelor thesis is to analyse the perception of the burdens that nurses are exposed to.

Keywords: home care, general nurse, education, nursing, burnout syndrome, stress, burden, roles

Mé poděkování patří Mgr. Evě Šalenové za odborné vedení, trpělivost a ochotu, kterou mi v průběhu zpracování bakalářské práce věnovala. Mé poděkování patří také všem participantkám, které se ochotně zapojily do výzkumu.

V neposlední řadě chci poděkovat svému příteli a celé rodině za obrovskou podporu a toleranci v průběhu celého mého studia.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 DOMÁCÍ PÉČE	12
1.1 HISTORIE DOMÁCÍ PÉČE.....	12
1.2 CHARAKTERISTIKA DOMÁCÍ PÉČE	13
1.3 ZÁKLADNÍ FORMY DOMÁCÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE.....	14
1.3.1 Výhody domácí péče.....	15
1.3.2 Cíle domácí péče	15
1.4 DOMÁCÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE	15
1.4.1 Indikace k poskytování domácí péče	16
1.4.2 Zřizovatelé a poskytovatelé domácí péče	17
1.4.3 Financování domácí péče	17
2 POVOLÁNÍ SESTRY	19
2.1 VÝZNAMNÉ OSOBNOSTI OŠETŘOVATELSTVÍ	19
2.1.1 Florence Nightingale	19
2.1.2 PhDr. Alice Garrigue Masaryková.....	20
2.1.3 Jarmila Roušarová.....	20
2.1.4 Doc. PhDr. Marta Staňková, CSc.....	21
2.2 POVOLÁNÍ VŠEOBECNÉ SESTRY	22
2.2.1 Vzdělávání všeobecných sester v České republice od 19. století	22
2.2.2 Odborná způsobilost a vzdělání všeobecné sestry v současnosti.....	23
2.2.3 Kompetence všeobecné sestry.....	24
2.2.4 Náplň práce všeobecných sester.....	25
2.2.5 Role sestry	27
3 KVALITA ŽIVOTA	30
3.1 TEORIE POJMU KVALITA ŽIVOTA.....	30
3.1.1 Faktory ovlivňující kvalitu života	30
3.1.2 Měřicí techniky	31
3.2.1 Fyzická zátěž	31
3.2.2 Psychická zátěž	32
3.3 STRES	32
3.3.1 Stresory	33
3.3.2 Salutory	33
3.3.3 Fyziologická reakce organismu na stres	33
3.3.4 Psychologická reakce na stres	34
3.3.5 Spouštěče stresu	35
3.4 SYNDROM POMOCNÍKA VE ZDRAVOTNICTVÍ	36
3.4.1 Profesionální deformace.....	36
3.5 SYNDROM VYHOŘENÍ	37
3.5.1 Prevence syndromu vyhoření	39

3.5.2	Možnosti léčby	39
II	PRAKTICKÁ ČÁST	41
4	METODIKA	42
4.2	PŘÍPRAVA A PRŮBĚH VÝZKUMU	43
4.3	TECHNIKA VÝZKUMU	44
4.4	ZÁKLADNÍ INFORMACE O PARTICIPANTECH.....	45
4.5	INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT.....	45
5	VÝSLEDKY.....	47
6	DISKUZE	59
	ZÁVĚR	63
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	64
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	68
	SEZNAM TABULEK.....	69
	SEZNAM PŘÍLOH.....	70

ÚVOD

Sama jsem se několik let pohybovala v domácnostech klientů v rámci osobní asistence a mám k této oblasti blízký vztah. Uvědoměním si potenciálu a vzrůstajícího zájmu o toto důležité odvětví zdravotnictví, a také svým zájmem porozumět nárokům a dopadům na sestry v tomto oboru, jsem se rozhodla zvolit do bakalářské práce téma psychické zátěže a vnímání kvality života sester z domácí péče.

Domácí péče představuje důležitý aspekt zdravotnického systému, který umožňuje nemocným zůstat v komfortu a důvěře svého domova, zatímco dostávají potřebnou odbornou zdravotnickou péči. Tato forma péče má dlouhou historii a v průběhu času prošla významným vývojem a změnami. Vzhledem k tomu, je důležité pochopit historické kontexty zdravotnictví, porozumět charakteristice a fungování tohoto oboru. Tyto stěžejní aspekty jsou popisovány na začátku teoretické části.

Domácí zdravotní péče je klíčovým prvkem poskytování dostupné a individualizované péče v rámci komunitního prostředí. Současná společnost očekává, že sestry pracující v domácí péči poskytnou klientům komplexní a kvalitní zdravotní péči. Tento obor jim přináší jedinečné výzvy a požadavky, které mohou mít dopad na jejich fyzické, emocionální a sociální blaho a odrážet se na kvalitě jejich života. Podrobněji se profesi sestry zabývá druhá kapitola.

Poslední teoretická část práce se věnuje již zmíněné kvalitě života. Pracovní nároky spolu s povahou náplně práce u pomáhajících profesí často vedou k vysokému emocionálnímu, fyzickému a mentálnímu vypětí. Zdravotníci se setkávají s lidským utrpením, tragickými osudy a emocionálně náročnými situacemi. Psychická zátěž je synonymem ke slovu stres, který je běžnou součástí našeho života. Pokud jsme ale stresu vystaveni dlouhodobě, jeho dopady mohou být velmi vážné. Péče o klienty v těžkých životních situacích může vzbuzovat silné emoce, soucit i obavy a podepisovat se na kvalitě jejich života.

V teoretické části této bakalářské práce je věnován prostor tématům, které se týkají domácí péče, sesterského povolání a kvality života. Praktická část se věnuje působení zátěže a jejich dopadům na sestry.

Ke zpracování bakalářské práce bylo využito odborných publikací, které se týkají této problematiky a poznatků z praxe.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 DOMÁCÍ PÉČE

Domácí péče lze formulovat mnoha způsoby. Základní a přitom výstižnou definici vydala Světová zdravotnická organizace (1993), která domácí péči popsala jako „*jakoukoliv formu péče poskytovanou lidem v jejich domovech*“.

1.1 Historie domácí péče

V oblasti domácího ošetřování jsou zkušenosti s péčí o své blízké předávány z generace na generaci již od pradávna. Toto dědictví zkušeností ukazuje, jak klíčovou roli v ošetřovatelství hraje. V domácím prostředí se za přítomnosti blízkých zcela přirozeně prožívaly radostné i bolestné situace. V domácnostech se rodilo, léčilo i umíralo. Dříve byla domácí péče jedinou verzí péče o blízké, pracovala ale s nízkou úrovní odborných znalostí, vzhledem k nedostatečným medicínským poznatkům a technologiím.

Ve středověku se v klášterech zaznamenávaly události ze života řeholních komunit a sociálního dění. Počátkem 12. století jsou tak k dispozici první písemné zmínky o poskytování péče napříč řeholními řády. V průběhu dalšího století docházelo k rozvoji ošetřovatelství v domácnostech. Díky řeholním sestram, které zajišťovaly péči pod záštitou místních farářů v domácnostech. Dělo se tak proto, že členky církevních řádů nesměly sloužit ve špitálech. V 15. století navštěvovaly nemocné v Praze Diakonky, které již měly speciální výcvik v oblasti péče o nemocné i o jejich domácnost. Posléze se péče o nemocné institucionalizovala a po několik staletí se tyto činnosti odehrávaly v lazaretech a špitálech (Jarošová, 2007, s. 60).

Dostáváme se do poloviny 19. století kdy se díky rozvoji přírodních věd a vzrůstající vzdělanosti v oblasti medicíny kladl důraz na odbornější přípravu žen v péči o nemocné a raněné. Vzhledem ke špatné ekonomické situaci v obdobích válek se tyto činnosti uskutečňovaly opět převážně v terénu (Staňková, 2003, s. 18). V únoru 2019 jsme si připomněli 100. výročí vzniku Československého červeného kříže, díky kterému vznikaly první náznaky domácí péče v podobě, jako ji známe dnes. Jednalo se o formu spíše sociálního ošetřovatelství a cílovou skupinou byly převážně malé děti, nemocní, staří nebo chudobní lidé (Jarošová, 2007, s. 31-32). Ve dvacátém století docházelo k obrovskému rozvoji ošetřovatelských škol hlavně po druhé světové válce. Vznikaly nové obory a to například odborná výchova sester pro úsek ošetřovatelské a zdravotní služby v rodinách (Staňková, 2003, s. 18). Tyto obory ošetřovatelské a zdravotní péče v rodinách byly pod

záštitou Ústavu národního zdraví a od roku 1952 dále přebíral zodpovědnost za poskytování domácí péče stát, skrze zákon č. 103/1951 Sb. a domácí péče se tak definitivně stala součástí zdravotní péče (Jarošová, 2007, s. 60).

1.2 Charakteristika domácí péče

„Domácí péče se stala symbolem lidské vzájemnosti, profesionality, lásky a pomoci. Domácí péče je i symbolem návratu naší společnosti k tradicím našich předků“.

Blanka Misconiová

Domácí péče (DP) je rychle se rozvíjejícím oborem a je součástí takzvaného komunitního ošetřovatelství, v rámci kterého je poskytována vždy odborná zdravotní péče na základě ordinace lékaře. Pod pojmem komunitní ošetřovatelství si podle Světové zdravotnické organizace (1974) představujeme sociální skupinu se stejnou geografii, hodnotami a zájmy. Její členové se znají a jsou v reciproční interakci. Domácí péče je neustále se vyvíjející obor a je zaměřena na péči o nemocného člověka v jeho sociálním prostředí, na prevenci, zlepšení a podporu zdraví (Rabenseiferová, 2010, str. 37).

Ve 21. století již většina členských zemí Světové zdravotnické organizace poskytuje svým občanům kvalitní odbornou domácí péči. Česká republika má pro domácí péči v rámci zákona č. 372/2011 Sb., zákona o zdravotních službách a podmínkách, vytvořenou Koncepti domácí zdravotní péče (2020). Vychází ze základního cíle Strategického rámce rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030 s názvem: „Zdraví všech skupin obyvatel se zlepšuje“. V koncepci se na domácí péči pohlíží jako na komplexní systém zdravotní péče, který je založen na úzké týmové spolupráci mnoha oborů. Domácí péče zahrnuje obory ošetřovatelské, léčebně rehabilitační, paliativní a ambulantní. (Jarošová, 2007, s. 40- 42). Kladení důrazu na komplexní péči hraje v této oblasti důležitou roli (Mastiliaková, 2014, s. 37).

Práce sestry v DP je velmi náročná vzhledem ke spolupráci rozmanitého multidisciplinárního týmu zahrnující komunikaci sester, lékařů, fyzioterapeutů, ergoterapeutů, psychologů, sociálních pracovníků nebo dobrovolníků zahrnuje i aktivní účast samotného klienta a jeho rodinných příslušníků. Je poskytována u pacientů s akutním i chronickým onemocněním, s tělesným nebo mentálním postižením a u lidí závislých na cizí pomoci. Všechna tato péče se odehrává v přirozeném sociálním prostředí klientů, tedy doma nebo u jejich blízkých (Jarošová, 2007, s. 61- 62).

1.3 Základní formy domácí zdravotní péče

Jarošová (2007, s. 65-67) přehledně rozděluje formy péče do pěti kategorií.

Akutní domácí péče

Je alternativou k hospitalizaci klienta. Jedná se o klienty, kteří nemusí být hospitalizováni, ale jejich stav vyžaduje specializovanou péči. Délka trvání je v řádu dnů až týdnů. Uplatňuje se zejména u klientů v pooperačních stavech a po úrazech. Cílem je navrácení zdraví a soběstačnosti.

Dlouhodobá domácí péče

Zahrnuje komplexní péči u chronicky nemocných klientů ze všech medicínských oborů. Dlouhodobá péče je nejčastější formou péče. Obvyklé trvání této formy péče je v řádu měsíců až několika let.

Preventivní domácí péče

Jedná se o pravidelné měření celkového zdravotního stavu klienta na doporučení lékaře, který rozhodne o frekvenci monitorace. Cílem monitorace je včasný záchyt zhoršeného zdravotního stavu a minimalizovat komplikace u již probíhajícího onemocnění. Lékař je pravidelně informován o stavu klienta i veškerých změnách.

Domácí hospicová péče

Je určena pro klienty ve fázi preterminálního nebo terminálního stadia života. Prognóza přežití u klientů hospicové péče činí půl roku. Nejedná se již o léčbu nemoci, ale zahrnuje léčbu symptomů pro zachování co nejvyšší možné kvality na sklonku života. Domácí hospicová péče pracuje s managementem bolesti, s emocionální podporou rodinných příslušníků, k čemuž je potřeba profesionálního a empatického přístupu. Délka jednotlivých návštěv je individuální dle přání klienta a rodiny.

Domácí péče ad hoc

Týká se sester praktických lékařů k vykonání mimořádné ošetrovatelské návštěvy za účelem provedení jednorázových výkonů, avšak bez zavedení domácí péče. Nejčastějším důvodem ad hoc péče je omezený režim ordinací z různých důvodů. Nejčastěji se jedná o aplikaci injekce nebo odběr biologického materiálu.

1.3.1 Výhody domácí péče

Péče v domácím prostředí poskytuje hlavní výhodu v tom, že klient má potřebnou odbornou péči přímo ve svém přirozeném prostředí. Je kladen důraz na zachování individuality, tím myslíme, že péče je tvořena přesně podle potřeb a přání klienta, tak aby nebyla změněna kvalita života. Vzhledem k tomu, že se sestra vždy věnuje pouze jednomu pacientovi, soustředí svou pozornost plně na jeho konkrétní potřeby. Vytváří se atmosféra větší důvěry a nemocný se cítí uvolněnější. Celkově nám domácí prostředí dodává důležitý pocit bezpečí a jistoty. (Mlýnková, 2011, s. 38- 39). Díky domácí péči se zkracuje doba hospitalizace, urychluje se doba hojení chronických i akutních ran. Je zde výrazná eliminace nozokomiálních nákaz vzniklých v souvislosti s pobytem v nemocnici. Pozitivní dopad je také na psychiku klientů, což způsobuje rychlejší uzdravení. Snižuje se finanční i časová nákladnost péče v souvislosti s dopravou a hospitalizací (Jarošová, 2007, s. 62).

1.3.2 Cíle domácí péče

Hlavním cílem je zabezpečit maximální rozsah, dostupnost, kvalitu a efektivitu ošetrovatelské péče ve vlastním sociálním prostředí klienta. Děje se tak prostřednictvím uspokojování bio-psycho-sociálně-spirituálních potřeb a zajištěným vyhovujícím sociálním prostředím, které vede k rychlejšímu uzdravení i ke zlepšení kvality života (MZČR, Koncepce, 2020, s. 14).

Mezi dílčí cíle řadíme následující. Dodržování léčebného režimu, tím dochází ke snižování nákladů a zkracování doby hospitalizace. Zmírňování utrpení a zajištění důstojného umírání klientů v terminálním stádiu. Snižování negativního vlivu onemocnění na duševní stav pacienta i jeho blízkých. Pasivním přístupem se snaží docílit soběstačnosti pacienta a to její zachování či zvýšení její úrovně. (Jarošová, 2007, s. 62-63)

1.4 Domácí péče v České republice

Zásadní rozvoj v poskytování domácí péče jak ji známe dnes, nastal v devadesátých letech, když středisko České katolické charity zahájilo za dotační podpory Ministerstva zdravotnictví dvouletý experiment a názvem „Domácí ošetrovatelská péče“. Díky tomuto experimentu z roku 1991 započal vznik prvních menších agentur domácí péče po celé ČR. Od roku 1991 je také poskytování domácí péče legislativně ukotveno řadou právních norem a předpisů, ve kterých nalezneme informace pro koho je forma domácí péče určena, kým může být poskytována, za jakých podmínek a v jakém rozsahu. Domácí zdravotní

péče je definována v zákonu o veřejném zdravotním pojištění v platném znění. Kvalifikace a náplň činnosti každého odborného člena týmu i vybavení agentur domácí péče je upraveno platnými právními normami, které přesně definují materiální, věcné a technické vybavení agentur i rozsah odborné způsobilosti poskytovatelů domácí péče (Jarošová, 2007, s. 63- 64). Definice domácí péče dle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění: „Domácí péče je zdravotní péče poskytovaná pacientům na základě doporučení registrujícího praktického lékaře, registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost nebo ošetřujícího lékaře při hospitalizaci nebo na základě doporučení ošetřujícího lékaře, jde-li o paliativní péči u pojištěnce v terminálním stavu, v jejich vlastním sociálním prostředí“ (Zákon č. 48/1997 Sb., v platném znění).

Počet klientů domácí péči činí v posledních letech v průměru 140 000 osob ročně, z toho 61 % tvoří ženy a 39 % muži. V roce 2019 to bylo 143 932, o rok později 145 796 klientů využívajících domácí péče (ÚZIS, ZDRAVOTNICTVÍ ČR: Stručný přehled činnosti..., 2021).

V posledních letech se v České republice rozvíjí také koncept domácí hospicové péče u terminálně nemocných pacientů, který se zaměřuje primárně na léčbu symptomů, psychosociální podporu a péči o rodinné příslušníky a zajištění důstojného zbývajícího času (Plevová, 2018, s. 180).

Domácí zdravotní péče je v naší republice evidována jako odbornost 925 a práci zdravotníka mohou vykonávat pouze všeobecné sestry.

1.4.1 Indikace k poskytování domácí péče

Domácí zdravotní péče je poskytována na základě doporučení lékaře. Nárok na ni má každý pojištěný občan ČR, který je chronicky nemocný, propuštěný z nemocnice a pacient po úrazu. Po zhodnocení celkového zdravotního stavu a sociálního zázemí lékař rozhodne, zda je vhodné zvolit domácí péči. U vybraného pacienta lékař stanoví formu péče a cíle. Spolu s nimi navrhne i adekvátní frekvenci ošetřovatelských návštěv. Úkolem sestry je sestavit ošetřovatelský plán. Sestra a pacient zpracovávají ošetřovatelský plán společně, na základě doporučení lékaře a individuálních potřebách pacienta. Doporučením lékaře jeho práce nekončí. Lékař je v kontaktu s agenturami péče, je průběžně informovaný o zdravotním stavu, průběhu léčby a všech změnách.

V oblasti indikace doporučení v domácí péči došlo na začátku roku 2022 ke změnám. Přesněji vešel 1. 1. 2022 v účinnost zákon č. 371/2021 Sb., kterým se měnilo znění zákona

č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Domácí péči nyní mohou indikovat odborní lékaři (např. ambulantní specialisté) a to i bez předchozí hospitalizace pacienta. Do roku 2022 směli indikovat péči hrazenou z veřejného zdravotního pojištění pouze ošetřující lékaři u hospitalizovaných pacientů nebo registrující praktičtí lékaři. Odborný lékař má kompetenci předepsat DP na 14 dní, u paliativní péče až na 3 měsíce. Posléze si přebírá pacienty praktický lékař a ordinace pro DP má na starosti on (MZČR, Novinky v roce 2022 při poskytování..., 2021).

1.4.2 Zřizovatelé a poskytovatelé domácí péče

Domácí péči můžou vykonávat právnické osoby a fyzické osoby. Těmto osobám náleží zakládat agentury dvojího typu. Prvním typem jsou agentury nestátní a druhým státní. Do nestátních agentur řadíme zejména humanitární a církevní sdružení. Do státních typů agentur patří nemocnice, polikliniky nebo města. K tomu, aby mohla být založena nová agentura domácí péče (ADP), je zapotřebí poslat spádovému krajskému úřadu registraci k nutnému povolení. Zakladatel agentury musí splňovat legislativní nařízení a podmínky. Až po jejich splnění dochází k uzavření smluv s pojišťovny.

1.4.2.1 *Vznik agentur domácí péče*

První agentury vznikaly pod záštitou České katolické charity (dnes Charita Česká republika), Diakonie, Českého červeného kříže nebo při fakultních nemocnicích.

Zásadní nárůst počtu poskytovatelů domácí péče přinesl také zákon č. 160/1992Sb. s účinností od 1. 4. 1992, který umožnil vznik prvních soukromých zdravotnických zařízení. Počátkem 90. let minulého století proběhlo reformování českého zdravotnictví, což mělo značný vliv na rozvoj domácí zdravotní péče u nás. Ministerstvo zdravotnictví roku 1991 uzákonilo podmínky pro poskytování domácí péče a tím se začal rozrůstat počet agentur pečujících o klienty v jejich domácnostech. V roce 1993 vznikla Asociace domácí péče ČR, která se stala koordinátorem segmentu domácí zdravotní péče. Jedná se o nevládní organizaci, která dnes sdružuje více než 50 agentur domácí péče. Tato dobrovolná organizace chrání hlavně zájmy členských agentur a podílí se na přípravě a tvorbě legislativních opatření v oblastech vývoje domácí zdravotní péče.

1.4.3 Financování domácí péče

Financování zdravotní péče je v ČR pomocí veřejného pojištění. To je založeno na principu solidarity a dělení rizika. Má podobu povinného pojištění pro všechny osoby

s trvalým pobytem na území ČR nebo pro osoby, které zde trvalý pobyt nemají, ale jsou zaměstnány u zaměstnavatele se sídlem v ČR.

Všeobecné zdravotní pojištění je ze zákona povinné a skládá se z části hrazené zaměstnavateli, z části hrazené pojištěnci z části hrazené státem.

Mezi agenturami domácí péče a zdravotními pojišťovny jsou uzavřeny vzájemné smlouvy. Zdravotní pojišťovny podle úhradové vyhlášky a dle vyhlášky č. 482/2021 Sb. o Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, hradí vykázanou péči.

Agentury na pojišťovny vykazují kódy ošetrovatelský návštěvy. Jedná se o kódy výkonů a použitých materiálů potřebných k výkonům a týkající se času stráveného u pacienta. Ten je určen dle celkového zdravotního stavu, náročnosti a rozsahu výkonu.

1. dle časové náročnosti:

- *15 minut – typ IV - 00318*
- *30 minut – typ I - 00313*
- *45 minut – typ II - 00315*
- *60 minut – typ III – 00317*

2. výkony prováděné v noci a ve dnech pracovního volna:

- *06135 výkon sestry v době od 22 hod - 6 hod*
- *06137 výkon sestry v den pracovního klidu, či pracovního volna*

3. kódy provedených výkonů:

- *06323 odběr biologického materiálu*
- *06329 lokální ošetření do 10 cm²*

(a další...)

2 POVOLÁNÍ SESTRY

Často se setkáváme s označením, že práce ve zdravotnictví je posláním. Všechny sestry mohou být na svoje povolání právem hrdé, žádné povolání nemá tak hlubokou historii, jako zrovna to sesterské. Od svých počátků prošla sesterská profese dlouhou a nelehkou cestu. Zvolit si správně povolání je jedno z nejdůležitějších rozhodnutí v našem životě. Vybrat si obor, který nás bude provázet celým životem, který nás zároveň bude bavit i naplňovat, to vše v mladém věku, kdy ještě spousta dospívajících nemá zcela vyhraněné názory a představy o své budoucnosti, je zároveň volbou jednou z nejtěžších.

Právě povolání sestry je spojeno s vysokými požadavky na odborné znalosti a výkony. Jedná se o práci s lidmi, kde pečujeme o jejich zdraví a život, a proto ji nemůže vykonávat kdokoliv. K profesi sestry a s tím spojený vliv stresu jsou zapotřebí vhodné osobnostní předpoklady (viz odstavec 2.2.4.2).

2.1 Významné osobnosti ošetrovatelství

2.1.1 Florence Nightingale

Florence Nightingale (12. 05. 1820 - 13. srpna 1910) byla průkopnice a reformátorka v oblasti ošetrovatelství, autorka odborné literatury a bojovnice za práva žen, chudých a nemocných. Narodila se ve Florencii do vlivné aristokratické rodiny. Pomáhat druhým považovala za svou životní cestu a své poslání. Jejím snem bylo stát se ošetrovatelkou, ale její rodiče jí to zakazovali, neboť se tato profese v 19. století pokládala za nevhodnou pro ženu jejího postavení. V roce 1851 přesto absolvovala tříměsíční ošetrovatelský kurz, a o dva roky později už pracovala jako ředitelka Ústavu pro nemocné šlechtičny v Londýně. Florence navštěvovala nemocné v nemocnicích a díky těmto návštěvám si začala všimnout nedostatků tehdejší doby. Pořizovala si podrobné zápisky týkající se nevhodného prostředí, ve kterém se nemocní nachází. Poukazovala na nízkou vzdělanost sester, nedostatečnou hygienu a absenci organizace práce či lidského přístupu k nemocnému. Ze získaných dat začala konat revoluční změny. Zavedla výtah na jídlo, rozvody teplé vody, signalizační zařízení, pavilonový typ nemocnice, kde byli pacienti umístěni podle chorob, věku a pohlaví, dbala na hygienické podmínky, nemocnice musely být čisté a vyvětrané. Podporovala vzdělávání ošetrovatelek a roku 1860 otevřela první necírkevní ošetrovatelskou školu na světě. Svými poznatky, vytrvalostí a empatickou povahou ženy dokázala od roku 1854 snížit úmrtnost vojáků v Krymské válce z 60 procent

na pouhé dvě. Za celý svůj život publikovala obrovské množství knih, zpráv a brožur, kterými ovlivnila zdravotnictví a ošetrovatelství až dodnes (Plevová, 2018, s. 25-29).

2.1.2 PhDr. Alice Garrigue Masaryková

Další významnou ženou byla dcera prvního československého prezidenta Tomáše Garrigue Masaryka a jeho pokrokové manželky Charlotty Garrigue Masarykové. Alice Garrigue Masaryková, slavná feministka, bojující za práva žen, uznávaná učitelka a úspěšná politička a předsedkyně Československého červeného kříže. Alice se narodila 3. května 1879 ve Vídni a zemřela 29. listopadu 1966 v Chicagu). Vystudovala filozofii, sociologii a historii na filozofické fakultě Karlovy Univerzity, kde přešla z lékařské fakulty kvůli zdravotním potížím. Její silná touha pomáhat ostatním spolu s jejím vysokým postavením a angažovaností nakonec způsobila, že celý svůj život zasvětila práci pro druhé v oblasti zdravotnické, charitativní a sociální. Zasloužila se o vznik řady škol, společenství a nemocnic. V roce 1919 byla jmenována na post první předsedkyně Československého červeného kříže (ČSČK), přímým předchůdcem Českého červeného kříže a v této funkci setrvala až do roku 1938 než rezignovala. Jakožto předsedkyně se nestala pouhou reprezentativní osobou, ale aktivně se na rozvoji ČSČK a fungování podílela. Hlavní rozdíl mezi předešlým Rakouským červeným křížem a novým, v čele s Alicí G. Masarykovou, byl ten, že se prosazovala o to, aby činnosti spojené a jeho fungováním nebyly jen v období války, ale hlavně v čase mírovém. Její působení v ČSČK se zasloužilo o zvyšování prestiže profese ošetrovatelek (Plevová, 2018, s. 33).

2.1.3 Jarmila Roušarová

Zdravotní sestra, autorka první české učebnice ošetrovatelství s názvem „Pokyny k ošetrovatelské technice“ z roku 1947, se podobně jako Alice G. Masaryková zasadila o otevření několika ošetrovatelských škol. Narodila se v roce 1900 a dožila se vysokého věku 79 let. Byla aktivní členkou Československého červeného kříže, s pomocí kterého zvyšovala své ošetrovatelské vzdělání i v sociální oblasti. Jarmila Roušarová vytvořila detailní směrnice a popis ošetrovatelských úkonů pro personál v nemocnici na Bulovce, kde pracovala na pozici inventární sestry. Za svůj život se výzkumně zasloužila o budování péče v terénu. Patřila mezi první sestry, které pracovaly s výzkumem.

2.1.4 Doc. PhDr. Marta Staňková, CSc.

Historicky první sestra s dosaženým titulem docentky se narodila v roce 1938. V profesi ošetrovatelství a pedagogiky je doc. PhDr. Marta Staňková, CSc., rozhodně jednou z nejvýznamnějších osobností. Staňková se toužila stát lékařkou a navzdory tomu, že byla velmi zdatnou studentkou, nebylo jí toto studium umožněno kvůli otci vyznávajícímu národní socialismus. Místo toho nastoupila do dělnického podniku jako frézárka v rodných Boskovicích. Později měla ke své vysněné profesi konečně blíže. Staňková se nevzdala a svou usilovnou pílí a odhodláním se i přes tehdejší režim dostala na zdravotnickou školu a posléze dokonce absolvovala jednoletou vyšší školu ošetrovatelskou (Škubová, Charvátová, 2004, s. 10). Úspěšným ukončením osmiměsíčního pedagogického semináře započala její učitelská dráha, která se nakonec stala jejím celoživotním posláním a začala učit na střední zdravotnické škole. (Škubová, Charvátová, 2004, s. 11-12). Začátkem šedesátých let nastoupila na lékařskou fakultu Univerzity Karlovy, kde roku 1964 získala vysokoškolský titul v oboru psychologie - péče o nemocné. A právě na její III. Interní katedře se poprvé v roce 1968 postavila před mediky a sestry, nyní už na pozici vysokoškolské pedagožky (Plevová, 2018, s. 34).

V oboru pedagogiky a ošetrovatelství se zasloužila o spoustu kýžených změn. Je dodnes ceněnou autorkou díky svému specifickému přístupu k práci a vzdělávání. Typickou oblastí, o kterou se prosazovala, je vlídný přístup, reprezentativní vystupování a důvěra mezi pacienty a personálem.

„Před nástupem do služby se podívejte do zrcadla a po službě si položte otázku: Vypadám a chovala jsem se tak, že kdybych byla pacientem, měla bych k této sestře důvěru?“

Marta Staňková

Jako pedagožka a bývalá studentka zdravotnických škol věděla, že při studiu je nedostatek studijních materiálů. Budoucím sestrám v té době nezbývalo nic jiného, než se učit převážně praxí. Docentka Staňková spolupracovala s mnoha odborníky ze zdravotnictví, z politických a vědních okruhů. Za celý svůj život vydala obrovské množství skript a knih, pomohla vypracovat Koncepci ošetrovatelství (1998), byla aktivní členkou České asociace sester. Zemřela v roce 2003, ale dodnes je díky ní ošetrovatelství o značný kus cesty kvalitnější (Plevová, 2018, s. 35).

2.2 Povolání všeobecné sestry

2.2.1 Vzdělávání všeobecných sester v České republice od 19. století

Stoletím emancipace, je jedním ze způsobů, jak můžeme definovat 19. století. S pojmem emancipace souvisí snaha o kvalifikovanost žen, a tím jim umožnit získat placenou práci. Ženy mají intuitivně blízko k pomáhajícím profesím. V 19. byl století vlivem osvícenství vyzdvihován kult zdraví a tyto dvě hlavní sféry zapříčinily propagaci žen do ošetrovatelské profese (Kutnohorská, 2010, s. 68). Systematické vzdělávání započalo vznikem První ošetrovatelské školy (Londýn, 1860), za jejímž vznikem stála Florence Nightingale. Tato škola inspirovala Ženský výrobní spolek spolu se Spolkem českých lékařů a dohromady se jim podařilo v Praze založit První českou ošetrovatelskou školu (1874). Výuka probíhala formou kurzů a teoretických poznatků právě od F. Nightingale. Škola měla trvání pouhých sedm let, poté zanikla. Po tomto období se vzdělávání na území Česka přesunulo do církevní sféry a probíhalo jen pomocí ošetrovatelských kurzů. Až do zřízení Státní dvouleté ošetrovatelské školy, i přes vzrůstající emancipaci, byla míra kvalifikace mizivá a péči o nemocné vykonávaly i ženy bez vzdělání (Kutnohorská, 2010, s. 58-65). V roce 1914 byla založena a o dva roky později otevřena Státní dvouletá ošetrovatelská škola při Všeobecné nemocnici v Praze (Florence, 2014). Podmínky k přijetí však nebyly vůbec jednoduché. Škola na uchazečky kladla vysoké nároky, mezi které patřilo například rakouské občanství, přísné věkové omezení (18- 30 let), předchozí vyšší vzdělání a musely být bezdětné. Zajímavostí byla čtyřměsíční zkušební doba a až po uplynutí této doby byly definitivně přijaty ke studiu. Velkým přínosem pro školu bylo působení ČSČK, který v roce 1920 převzal nad školou ochranu a správu. Jak už bylo výše zmíněno, ČSČK předsedala PhDr. Alice G. Masaryková. Ta se díky svému politickému postavení a touze po zvyšování kvality ošetrovatelství, zasadila o spolupráci s třemi americkými sestrami, které k nám vyslal Americký červený kříž. Tyto sestry zde působily až do roku 1923 a výrazně pozvedly úroveň celé školy. Ta měla vysokou prestiž a absolventkami byly kvalitní diplomované sestry, které byly postupně žádané po celém území republiky v nemocniční i v komunitní péči (Kutnohorská, 2010, s. 67-72).

Ve 30. letech trpělo zdravotnictví akutním nedostatkem zdravotních sester. Na tento stav zareagovalo Ministerstvo sociální a zdravotní správy a vydalo nařízení o zřizování ošetrovatelských škol, které odstartovalo navýšení škol po celé zemi. V této době dochází k dalšímu rozvoji ošetrovatelského školství. V období po 2. světové válce vznikají desítky ošetrovatelských škol (Kafková, 1992, s. 23-26).

K důležitému rozvoji v oblasti vzdělávání sester došlo v České republice v roce 2004 při vstupu do Evropské unie. Poté, co jsme se stali členy EU, se upravil model vzdělávání, tak aby vyhovoval předpisům evropské unie. Téhož roku u nás vstoupil v platnost zákon č.96/2004 Sb., dle kterého se vymezilo kvalifikační vzdělávání, náplň práce a kompetence zdravotníků. Tímto zákonem bylo vymezeno 41 nelékařských zdravotnických povolání a také se stanovila potřebná kvalifikace pro každé z nich. Práci v domácí péči mohou vykonávat pouze všeobecné sestry, které mohou pracovat bez odborného dohledu. Do roku 2004 byly všeobecnými sestrami i absolventi středních zdravotnických škol ukončených maturitní zkouškou. Od školního roku 2004/2005 je obor všeobecná sestra realizován již na vyšších zdravotnických školách, vysokých školách či univerzitách. Povolání všeobecné sestry může vykonávat pouze sestra s odpovídající odbornou způsobilostí.

2.2.2 Odborná způsobilost a vzdělání všeobecné sestry v současnosti

Odborná způsobilost se řídí dle zákona č. 585/2020 Sb., kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání. V tomto zákoně jsou uvedeny podmínky k vykonávání této profese.

§ 5 Odborná způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry

(2) Za výkon povolání všeobecné sestry se považuje poskytování ošetrovatelské péče. Dále se všeobecná sestra ve spolupráci s lékařem nebo zubním lékařem podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, paliativní, neodkladné nebo dispenzární péči.

Odbornou způsobilost můžeme získat různými cestami:

- *minimálně tříletým bakalářským studiem v oboru pro přípravu všeobecných sester*
- *nejméně tříletým studiem na vyšší odborné zdravotnické škole v oboru diplomovaná všeobecná sestra popřípadě v délce minimálně ročního studia, pokud se jedná o praktickou sestru, zdravotnického záchranáře, porodní asistentku nebo dětskou sestru*
- *této způsobilosti dosáhnou rovněž všichni, kteří vystudovali obor všeobecná sestra na střední zdravotnické škole, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004 a studijního oboru zdravotní*

sestra na střední zdravotnické škole, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno do roku 1996/1997

§ 4 Všeobecná sestra

(1) Všeobecná sestra vykonává činnosti podle § 3 odst. 1 (viz kapitola kompetence) a dále bez odborného dohledu a bez indikace, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem nebo zubním lékařem poskytuje, případně zajišťuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu.

2.2.2.1 Regulovaná činnost či povolání

Profese všeobecné sestry patří mezi takzvaná regulovaná povolání (Brůha a Prošková, 2011). Tato regulace zajišťuje ošetrovatelské profesi integritu a pevné postavení. Právními předpisy jsou dány požadavky pro výkon tohoto povolání. Bez splnění těchto náležitostí toto povolání vykonávat osoba nesmí. U regulovaných povolání je jasně zákonem definováno za jakých podmínek probíhá získávání a uznávání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání a k poskytování zdravotní péče. Mezi tyto podmínky patří zejména kvalifikační požadavky, bezúhonnost a zdravotní způsobilost (MŠMT, Co je regulovaná činnost..., 2013-2023).

2.2.3 Kompetence všeobecné sestry

Obecná definice pojmu kompetence je velmi složitá a lze ji popsat různými způsoby. Děje se tak proto, jelikož význam tohoto slova můžeme uchopit různými způsoby. Obecně můžeme říct, že je vyjádřením rozsahu, způsobilosti a povinností. Ukončením různého stupně vzdělání v ošetrovatelství, dosáhneme různé úrovně potřebných odborností obsahující znalosti, dovednosti a postoje. Znalosti tvoří vědomosti. Dovednosti značí obratnost, zručnost a schopnost. Postoje, které získáváme v průběhu celého života, ovlivňují, jakým způsobem se chováme (Mastiliaková, 2014, s. 119).

Kompetence Všeobecné sestry jsou dány vyhláškou č. 158/2022 Sb., kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. V § 3 odst. 1 činnosti zahrnují například: poskytování zdravotní péči v souladu s právními předpisy a standardy, dodržování hygienicko-epidemiologického režimu, zapisování do zdravotnické dokumentace a práci s informačním systémem, sestry se podílí na praktickém vyučování ve studijních středoškolských oborech a vyšší odborných škol.

Bez odborného dohledu a indikace, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem

Kam spadá v rámci domácí péče hlavně hodnocení potřeb a úrovně soběstačnosti, sledování projevů onemocnění, hodnocení rizikových faktorů, monitoring fyziologických funkcí (včetně saturace krve kyslíkem a srdečního rytmu), sledování celkového stavu pacienta, práce s anamnézou, odebírání biologického materiálu, péče o horní cesty dýchací a permanentní tracheostomickou kanylu, péče o chronické rány, stomie, centrální a periferní žilní vstupy, močové katetry (včetně proplachů). Provádět rehabilitační péči, edukaci, poskytovat psychickou podporu u umírajícího i jeho rodině, pečovat o tělo zemřelého, zajistit bezpečnost poskytované ošetrovatelské péče, zajištění věcného a technického vybavení a funkčnosti zdravotnických prostředků, doporučovat kompenzační prostředky.

Pod odborným dohledem všeobecné sestry (dětské sestry, porodní asistentky) se specializovanou způsobilostí, v souladu se stanovenou diagnózou lékařem.**Bez odborného dohledu na základě indikace lékaře**

Zavádí periferní žilní katetry, podává léčivé přípravky, provádí inhalační a kyslíkovou terapii, provádí ošetření akutních a operačních ran, odstraňuje stehy u primárně hojících se ran a drény s výjimkou drénů hrudních a drénů v oblasti hlavy, aplikuje enterální výživu u pacientů všech věkových kategorií, provádí návštěvní službu a poskytuje péči ve vlastním sociálním prostředí pacienta.

Bez odborného dohledu a bez indikace v rozsahu své odborné způsobilosti

Může provádět edukaci o podpoře zdraví a zdravého způsobu života, včetně prevence vzniku, šíření a omezení výskytu onemocnění, připravovat programy ochrany a podpory zdraví a účastnit se v rozsahu své odborné způsobilosti jejich realizace.

2.2.4 Náplň práce všeobecných sester

Poskytování ošetrovatelské péče probíhá na principu ošetrovatelského procesu v souladu s potřebami klienta (Plevová, 2018, s. 73) Konkrétní podobu ošetrovatelské péče ovlivňuje mnoho faktorů. Jedním z nich jsou ošetrovatelské modely, které se zaměřují na čtyři hlavní oblasti. Osobu, zdraví, prostředí a ošetrovatelství (Pavlíková, 2007, s. 21).

Jednotlivé úrovně kompetence sester a různá prostředí v poskytování péče ovlivňují náplň sesterské práce. Náplní práce sestry je provádění přímé a nepřímé ošetrovatelské péče.

K přímé péči patří výkony, které sestra provádí v přímém kontaktu s pacientem (face to face). Mezi přímé výkony patří fyzikální vyšetření a hodnocení pacienta, podávání léků, aplikace injekcí, monitorace fyziologických funkcí. Veškeré druhy převazů, zavádění katétrů, péče o kanyly, sondy i stomie. Podporuje klienta v soběstačnosti, napomáhá pacientovi a jeho rodině osvojit si chování podporující zdraví. Do nepřímé péče řadíme aktivity vedoucí ke zlepšení, organizaci i koordinaci péče. Těmi mohou být porady v týmu, konzultace s ostatními odborníky, vedení dokumentace. (Jarošová, 2007, s. 68-69).

Úlohou sestry není jen provádět odborné úkony, ale v rámci komplexní péče analyzovat celkovou situaci klienta týkající se ekonomické situace, míry spolupráce a zodpovědnosti, způsobu komunikace, významných změn v jeho okolí, které mohou mít vliv na psychickou i fyzickou stránku pacienta (Plevová, 2018, s. 70).

Zdravotní pomůcky má sestra u sebe. Jsou zapotřebí průběžně doplňovat a mít vše k dispozici a připraveno. Úkolem sestry je mít sebou vždy všechny potřebné pomůcky, jinak by úkony nemohla vykonat. Do domácností je nejpraktičtější způsobem dojezd služebním osobním vozidlem. Řidičský průkaz skupiny B a aktivní řízení je jedna z podmínek a nutným standardem pro práci v terénu. Sestra je díky tomu flexibilní, je schopna převozu více pomůcek a zvládne péči u požadovaného počtu klientů. Musí být schopna řídit vozidlo i za nepříznivého počasí, v komplikovaném terénu i v hustém provozu. Automobil musí být technicky způsobilý k jízdě, i udržovaný v čistotě. Povinností sestry je dohlížet na celkový stav automobilu.

Provádět práci v terénu znamená být zkušenou sestrou v mnoha oborech. To sebou přináší vysoké nároky na mezioborové znalosti. Zastává funkci sestry chirurgické, interní, kožní, geriatrické, rehabilitační a další. Z toho vyplývá, že musí mít teoretické znalosti i dostatečnou praxi. V akutních situacích se musí rozhodovat samostatně, s rozmyslem a umět nést zodpovědnost za své rozhodnutí. Terénní sestra musí být schopna dobré orientace a efektivně si naplánovat celý průběh služby. Pro některé úkony je nutné zohlednit jejich správné časové zakomponování do služby (krevní odběry, aplikace inzulinu apod.).

2.2.4.1 *Vliv profese na naši osobnost*

Každá profese působí na vývoj naší osobnosti. Pokud nás práce naplňuje, jsme sebevědomější, optimističtější, s tím posléze roste pocit bezpečí. Máme lepší vztahy

v práci i v soukromí, máme potřebu si prohlubovat znalosti a vzdělání v oboru, chceme se zdokonalovat a tím se stáváme ve své profesi zkušenějšími odborníky. Naopak pokud jsme nespokojeni se svým povoláním, práce nás nenaplnuje a neděláme ji rádi, roste nespokojenost po psychické i fyzické stránce, náš výkon má tendenci klesat. (Bouček a kol., 2001, s. 169-170).

2.2.4.2 *Osobnostní předpoklady pro práci sestry*

„Persona est naturae rationalis individua substantia“ (osoba je nedělitelná podstata rozumové přirozenosti).“

Boëthius

První teoretické vymezení osobnosti je připisováno italskému teologovi a filozofovi Boëthiusovi (asi 480- 524/525 n. l.) viz výše. Jednoznačně definovat tento pojem není zcela jednoduché. Všechny formulace však usilují o vyzdvihnutí těch nejpodstatnějších znaků, která jsou užitečná pro jednotlivé teorie a výzkumy osobnosti (Blatný, 2010, s. 21). Od 60. let, vlivem rozvoje ošetrovatelství, dochází k mnoha výzkumným studiím zaměřených mimo jiné na psychologické aspekty v ošetrovatelství. Do této doby se v oblasti vzdělávání kladl důraz převážně na teoretické a praktické dovednosti (Mellanová, 2017, s. 90). Farkašová a kol. (2005, s. 11) definuje sestru jako kvalifikovanou, emocionálně a sociálně zralou a naplňovat profesionální role v péči o druhé. Kromě odborných znalostí a dovedností jsou u sestry důležité charakterové vlastnosti, mravní úroveň, estetická úprava, schopnost jednání s lidmi a další. Sesterská profese má specifické požadavky na charakterové vlastnosti, předpoklady psychické, náročná je z pozice požadovaných vědomostí i schopností, dostatečnou míru sociální zralosti. V této profesi se setkáváme s různými životními příběhy, s nemocí i smrtí. O předpokladech k výkonu sesterské profese a adaptací v praxi se věnuje PhDr. Alena Mellanová, CSc. Ta například poukazuje na obecné společné osobnostní znaky úspěšných sester. Mezi ty patří emoční a sociální stabilita, dobrá organizace a plánování, zdravý vztah k autoritám, zvládání zátěže, schopnost velkého sebeovládání a další. Čím je sestra zkušenější a déle v praxi, tím klesá její potřeba dominance a autonomie (Mellanová, 2017, s. 88-89).

2.2.5 *Role sestry*

Rolí se rozumí předpoklad pro určité chování, související s naším postavením ve společnosti. Jedním ze společných jmenovatelů pracovních rolí je regulovaný přístup

k výkonu profese (Hartl, 2000, s. 512). Role sestry se měnila v průběhu historie ošetrovatelství, protože se v různých obdobích na sesterskou profesi pohlíželo rozdílně. Role profese sestry, aby uspokojila veškeré nároky a potřeby, musí být velmi rozmanitá. Moderní ošetrovatelství je postaveno na holistickém přístupu, orientaci na ošetrovatelský proces, kvalitu, bezpečnost a ošetrovatelskou praxi založenou na důkazech. Ve své profesi zastává sestra celou řadu rolí, které probíhají na kognitivní (vědomostní), afektivní (citové) a behaviorální (dovednostní) úrovni. Tyto role jsou spolu ve vzájemné interakci a navzájem se prolínají (Bártlová, 2007, s. 255).

Plevová (2011, s. 85) rozebrala a popsala **jednotlivé role sestry**:

Role poskytovatelky

Holistickým přístupem zohledňuje zdraví a prostředí v zájmu uspokojování potřeb klienta.

Manažerky

K profesi sestry je zapotřebí schopnost řídit a organizovat ošetrovatelskou péči u pacientů, sestra musí být schopna plánovat práci s dokumentací a vést ošetrovatelský proces. V této oblasti je důležitá míra její autority a zodpovědnosti.

Edukátorky

K roli edukátorky je zapotřebí teoretických znalostí a praktických dovedností, sestra musí mít dobré komunikační schopnosti, empatický přístup a být schopna navázat důvěru s pacientem i jeho blízkými a dosáhnout vzájemné úzké spolupráce.

Obhájkyně

Sestra se stává obhájcem práv pacienta, jeho mluvčím, tlumočnickem a ochráncem. Cílem je zabránit poškození pacienta v důsledku jeho nevědomosti.

Nositelky změn

Ošetrovatelství je rychle se rozvíjejícím oborem a s tím souvisí i nutnost celoživotního kontinuálního vzdělávání se a předávání získaných znalostí dál.

Výzkumnice

Sestra má právo účastnit se výzkumu v ošetrovatelství. Pro tuto roli je důležité dostatečné vzdělání, chuť a potenciál.

Mentorky

Mentorství v sobě ukrývá podporu, odpovědnost a zpětnou vazbu. Mentorem je člověk, který vede, učí, je přítelem a průvodcem, který zastává důležité místo v praxi. Předává pracovní zkušenosti a pomáhá k zapojení studentů do ošetrovatelského procesu na co nejvyšší úrovni.

3 KVALITA ŽIVOTA

3.1 Teorie pojmu kvalita života

Světová zdravotnická organizace definuje kvalitu života následovně: „*Subjektivní vnímání vlastní životní situace ve vztahu ke kultuře, k systému hodnot, životním cílům, očekáváním a běžným zvyklostem*“ (WHOQOL, Measuring Quality of life, 1997).

Sousloví kvalita života je však poměrně široký pojem. Dle Gurkové (2011, s. 21-24) se jedná o pojem těžce definovatelný.

Kvalita života, je obsáhlým tématem, na který nahlížíme z mnoha různých oblastí lidských činností a vědeckých oborů. Ve zdravotnictví se nejčastěji setkáváme s psychologickým náhledem, který pracuje se subjektivitou a individualitou jedince (Mareš, 2008, s. 11).

Pokud chápeme kvalitu života jako mnohorozměrný fenomén, mluvíme o rozměru hmotném, duchovním, společenském a individuálním. V reálném případě může být některý rozměr dominantní, u dalších může dojít k upozadění nebo pokroucení. Při definování kvality života, společně s určováním jejich dílčích indikátorů se jedná o mezioborovou záležitost. Kde při hledání řešení musíme spojit stanoviska z oborů psychologie, filozofie, ekonomie, etiky a dalších odvětví. S kvalitou života je úzce spjatý hodnotový systém, který je součástí podstaty člověka. Žebříček hodnot tvoří vnitřní přesvědčení o míře důležitosti jednotlivých oblastí života (Dvořáčková, 2012, 199-200). Kvalitu života můžeme zkoumat v různě velkých celcích. Pokud provádíme výzkum ve velkých společenských skupinách (například v rámci určitých států), jedná se o makrorovinu. U výzkumu aplikovaného v malých společenských skupinách (například u zaměstnanců určité agentury DZP, mluvíme o mezorovině. Jestliže se zajímáme pouze o výzkum kvality života u jedince, jedná se o osobní rovinu (Slezáčková, 2012 str. 77).

3.1.1 Faktory ovlivňující kvalitu života

Podle světové zdravotní organizace (WHOQOL, User Manual, 2012) rozdělujeme faktory ovlivňující kvalitu života následovně:

- *faktory fyzické*
- *faktory psychologické*
- *faktory sociálních vztahů*
- *faktory životního prostředí (environmentální)*

Dříve toto rozdělení obsahovalo ještě faktory *úrovně nezávislosti a spirituality*. Pro praxi se toto širší rozdělení ukázalo moc obsáhlé, proto došlo k jeho zeštíhlení (Časopis českých lékařů, 2017, str. 89).

Na kvalitu života dále můžeme mít subjektivní i objektivní pohled. Z pohledu objektivního působí na kvalitu života následující faktory - *životní podmínky* (celkový zdravotní stav, sociálně-ekonomické postavení). Pokud pohlédneme na kvalitu života subjektivně, jedná se o tyto faktory - *osobní pohoda a životní spokojenost*.

Jestliže chceme posuzovat úroveň kvality života jednotlivce, je důležité pochopit, jak má nastavený systém hodnot (Pešek a Praško, 2016, s. 25). Při zjišťování úrovně kvality života je nutné pochopit, které faktory jsou odpovědné za dobrý a smysluplný život (Slezáčková, 2012, str. 77-78).

3.1.2 Měřicí techniky

Na pojem kvalita života bylo v průběhu času nahlíženo z různých úhlů pohledu a promítá se napříč různými vědními obory. Podle toho byly voleny nástroje a způsoby, dle kterých se kvalita života vyhodnocuje.

3.2 Zátěžové faktory v domácí péči

U pomáhajících profesí je zátěž stále aktuálnějším tématem, jelikož ovlivňuje kvalitu a bezpečnost ošetrovatelské péče. V domácí péči musí sestra spoléhat převážně sama na sebe, na své znalosti a zkušenosti. Sestra se setkává s klienty různého věku, s různými diagnózami a stádií onemocnění. Klienti, ke kterým sestry dochází, žijí v různých podmínkách a odlišnou mírou zapojení rodiny do péče. Jedná se o klienty různé kultury, víry a přesvědčení. Na tyto různorodé faktory musí být připravena, umět empaticky reagovat a pracovat s nimi. Touto připraveností předchází vzniku zvýšené psychické a fyzické zátěže (Pešek a Praško, 2016, s. 19)

3.2.1 Fyzická zátěž

V dnešní době se zvyšuje procento obézních lidí v populaci. Tím roste i fyzická zátěž sester při manipulaci s klienty. V tomto směru je důležité, aby sestry dobře ovládaly a využívaly znalosti v oblasti správné manipulace s klienty. Správnou technikou předcházely zbytečnému zvyšování fyzické zátěže a nesprávným zacházením dokonce neohrožily zdravotní stav klientů. V domácnostech, na rozdíl od nemocničního prostředí, často chybí dostatek kompenzačních pomůcek. V rámci komplexní péče je u takových

klientů zapotřebí dostatečná edukace klienta, popřípadě rodinných příslušníků, o způsobech zajištění těchto pomůcek. V rámci agentur domácí péče existují možnosti zapůjčení. Jelikož jsou tyto pomůcky často nákladné a nejsou pojišťovny hrazeny v plné výši, mnoho rodin této služby využívá. Fyzickou zátěž lze omezit i vhodnou organizací a plánováním počtu klientů, což negativně ovlivňuje aktuální nedostatek sester (Křivohlavý, 2012, s. 25).

3.2.2 Psychická zátěž

Dalším typem zátěže v ošetrovatelství je zátěž psychická, která se vyskytuje častěji a zanechává hlubší a závažnější následky. Jedná se o proces psychického zpracování a následného vyrovnávání se s událostmi, situacemi nebo podmínkami. Na sestru je kladena vysoká míra odpovědnosti za zdraví a život klientů. Odpovědnost sebou přináší vysoké nároky na udržení pozornosti, paměť, pohotovou reakci a rozhodování se. V domácí péči se sestra stává součástí každodenního života klientů. Je součástí prožívání smutku a těžkých osudů klientů i rodin v souvislosti s nemocí. Svou přítomností sdílí životní příběhy klientů, které se podílejí na její emocionální zátěži, a spolu s jinými zatěžujícími faktory může být příčinou syndrom vyhoření (Venglářová, 2011, s. 51-52).

3.3 Stres

Synonymem psychické zátěže je častěji používaný pojem stres. Za otce moderního výzkumu stresu je považován proslulý kanadský lékař Hans Selye (Venglářová, 2011, s. 47). Stres chápeme jako komplexní proces. Tento proces můžeme popsat jako nespécifickou odpověď organismu na zátěž. Zátěží myslíme nadměrné požadavky (stresory), které působí na všechny oblasti našeho života (Venglářová, 2011, s. 48). Lidské tělo na stres ihned odpovídá chemickými procesy, v jejichž důsledku vznikají toxické látky. Dlouhodobý stres proto působí na organismus škodlivě a zatěžuje ho (Pešek a Praško, 2016, s. 12).

Rozlišujeme dva typy stresu. V prvním případě se jedná o pozitivní psychické nebo fyzické napětí. Nazývá se **eustres**, který zažíváme v souvislosti s úspěchem, radostnými situacemi (svatba) nebo adrenalinovými sporty. Určitá míra stresu je pro člověka důležitá. Přiměřená dávka stresu zvyšuje například koncentraci na práci a povzbuzuje k vyšší výkonnosti. Oproti tomu **distres** je považován za negativní napětí. Na rozdíl od eustresu je tento druh daleko intenzivnější a zatěžující. Na podkladě působení dlouhodobého

negativního napětí může dojít k rozvoji psychosomatických onemocnění (kardiovaskulární, onkologické) a v krajních případech končit až smrtí (Pešek a Praško, 2016, s. 12).

3.3.1 Stresory

Faktory spouštějící stres nazýváme stresory. Mezi nejčastější pracovní stresory řadíme časovou tíseň, mezilidské vztahy, nesprávnou životosprávu v důsledku častého nepravidelného stravování, kladení vysokých požadavků na výkon povolání, komplikované mezilidské vztahy, nepředvídatelné situace, administrativní zátěž, konfrontaci s umíráním a smrtí. V reakci na stresory hrají roli osobnostní rysy sestry, její zralost, předešlé zkušenosti a psychická odolnost (Pešek, Praško, 2016, s. 13- 14). Na každého jedince může působit jako stresor něco jiného. To je ovlivňováno věkem, kulturou, minulými prožitky nebo také výchovou (Venglářová, 2011, s. 51).

3.3.2 Salutory

Protiklad stresoru nazýváme salutor. Jsou to příznivě působící faktory, které u nás vzbuzují pozitivní emoce. Salutory nám dodávají sílu zdolávat překážky, vyvažovat negativní dopad stresových situací na náš organismus a pomáhají k odreagování od negativní situace (Venglářová, 2011, s. 52-53).

3.3.3 Fyziologická reakce organismu na stres

V organismu dochází k hormonálním reakcím na podkladě autonomního nervového systému. Reakce může probíhat na podkladě sympatiku (stimulace) nebo parasympatiku (tlumení). Část autonomního nervového systému, která převažuje, určuje, jestli budeme ve stresu nebo v relaxovaném stavu (Šmarda et al., 2007, str. 372).

V případě aktivace sympatické části se nám rozšíří zorničky, dochází k tachykardii, máme sucho v ústech, zpomaluje se trávicí proces a zároveň se zvyšuje činnost jater kvůli rychlejšímu zpracování cukrů. Dochází k většímu okysličování krve, která se z periferie přesouvá do svalů. Zvyšuje se hladina adrenalinu (epinefrinu) a kortizolu. Oba tyto hormony se podílí na udržení organismu při životě ve stresu. Avšak působí antagonisticky, kdy adrenalin povzbuzuje organismus k podávání extrémních výkonů a kortizol chrání tělo před poškozením jeho účinků, snižuje schopnost logického myšlení a tlumí paměť. Společně se zvyšování těchto dvou hormonů stoupá hladina noradrenalinu (norepinefrinu) a adrenokortikotropního hormonu (ACTH), který ve stresových situacích zvyšuje hladinu kortizolu. Tato fáze je pro tělo velmi vyčerpávající a nákladná z hlediska spotřeby energie,

Tato fáze se nazývá fází poplachovou a je první fází stresové situace, také jinak nazývaná jako fáze krátkodobého stresu. Další etapou je fáze rezistence. V této fázi přebírá funkci parasympatikus a dochází k opačnému účinku oproti sympatiku, který výše zmíněné pochody vrací zpět. Ve třetí fázi, kterou nazýváme regenerační, se během několika dní dostává činnost sympatiku a parasympatiku do rovnováhy (Rothschild, 2015, s. 13- 15).

Orel uvádí, že tyto reakční děje jsou podmíněné evolucí. Naše tělo dříve využilo všechny prostředky k tomu, aby nám tyto fáze stresové reakce pomáhaly přežít v případě ohrožení. Bohužel v dnešní době nedochází k využití plného potenciálu. Dlouhodobý stres definujeme jako nerovnováhu sympatiku a parasympatiku. Délka působení dlouhodobého stresu je několik měsíců až let. Spolu s chronickým stresem a dnešním životním stylem v podobě sedavého zaměstnání, nadměrné konzumace nezdravého jídla a nápojů, užívání návykových látek a nedostatečné pohybové aktivity způsobuje postupné zvyšování hladiny kortizolu. Kortizol v našem těle způsobuje snižování tvorby mužského pohlavního hormonu testosteronu. Všechny tyto procesy ovlivněné chronickým stresem způsobují hyperglykémii, ovlivňují správnou funkci štítné žlázy (Šmarda et al., 2007, str. 371).

3.3.4 Psychologická reakce na stres

Permanentní stres působí na naše tělo i v emocionální rovině. Projevují se v závislosti na osobnosti a individuálních faktorech. Následkem tohoto působení mohou vznikat reakce v podobě úzkosti, vzteku a frustrace, deprese, panických záchvatů či agorafobie. Tyto reakce ovlivňují celkový stav a snižují kvalitu života (Pešek a Praško, 2016, s. 72).

Úzkost

Úzkost je základní primární lidská emoce. Jejím úkolem je nás chránit. Lze ji definovat podvědomým pocitem strachu a nejistoty z potencionální stresové situace. Je nestabilní a může se překlenout do patologické poruchy, kterou nazýváme panické záchvaty (Pešek a Praško, 2016, s. 72).

Frustrace

Frustrace je emocionální stav, který vzniká, když se člověk setká s potřebou nebo situací, které brání dosažení jeho cílů. Může vzniknout, když má člověk silnou touhu něčeho dosáhnout nebo změnit, ale není mu to umožněno. Mohou k tomu přispět různé faktory, jako jsou nedostatečné zdroje, překážky v zaměstnání, neefektivní komunikace nebo

nejasné cíle. Mohou se objevit pocity demotivace, podrážděnosti až zlosti (Venglářová, 2011, s. 49).

Deprese

Deprese nemá zcela jasné příčiny, ale vzniká působením celé řady zátěžových faktů a predispozic. Týkají se biologické, psychologické a sociální oblasti. Biologickými faktory jsou nejčastěji genetické predispozice k depresi, nerovnovážné chemické procesy v organismu (například hormony serotonin, dopamin, noradrenalin). Psychologická oblast zahrnuje traumata z dětství, nízkou sebedůvěru, neschopnost vyřešit stresové situace, přehnaná emocionalita s převahou negativismu. Za sociální faktory považujeme působení stresu v zaměstnání, jeho ztrátu, narušení mezilidských vztahů, finanční problémy (Křivohlavý, 2013, s. 13).

Agorafobie

Agorafobie je typem úzkostné poruchy, která se projevuje intenzivním strachem, úzkostí a panickými atakami v situacích, kdy jsou osoby obklopeny velkým množstvím lidí, v širokých otevřených prostorech nebo se dostanou na místo, odkud je obtížné uprchnout. Tyto místa a situace jsou pro ně obrovskými stresory a snaží se jim co nejvíce vyhýbat, což značně omezuje jejich fungování v běžném životě (Praško a Holubová, 2017, s. 45).

Panika a panické záchvaty

Panika je několik stovek tisíc let starý mechanismus, který nás připravuje na stresovou situaci. Oproti tomu panický záchvat je ignorace varovných signálů těla, dochází k nekontrolovaným záchvatům úzkosti, které nemůžeme ovlivnit. Na rozdíl od fobií, nelze předem učit příchod panického záchvatu. Synonym panického záchvatu je panická ataka, která se projevuje nespavostí, pocitem tíže na hrudi, potížemi s dýcháním. Osoba s panickým záchvatem má pocit, že „se zblázní“. Tyto stavy jsou připodobňovány příznakům infarktu, osoba se bojí smrti (Hosák, Hrdlička a Libiger, 2015, s. 249).

3.3.5 Spouštěče stresu

Vyvolat stres v nás může událost nebo interní prožitek. V této oblasti jsou významnými osobami T. H. Holmes a R. H. Rahe. Tito američtí psychologové se v šedesátých letech zabývali působením vybraných životních situací na stresovou zátěž dospělých osob. Během letitého zkoumání a uskutečněných stovek klinických studií, přidělili vybraným událostem v lidském životě odpovídající počty bodů podle výše závažnosti. Vytvořili jejich

seznam, do kterého patří na prvním místě se 100 body úmrtí partnera a postupně řadí dalších 42 událostí. Čím níže v tabulce se životní situace nachází, tím má přiřazený nižší počet hodnotících bodů a působí na člověka menší měrou stresu. Podle seznamu si jedinec vybere události, s kterými se setkal během posledního roku. Následně se body sečtou. Čím vyšší skóre, tím je pro něj větší riziko působení stresu (Hosák, Hrdlička a Libiger, 2015, s. 555- 557).

U povolání sestry mohou být spouštěcími faktory fyzická zátěž, pohybování se v prostředí onemocnění, potřeba celoživotního vzdělávání, problémové vztahy s pacienty a kolegy, odpovědnost v péči o druhé, časové vytížení, nároky na paměť, vystavování se rizika nákazy- ohrožení vlastního zdraví i rodiny (před nedávnem například pandemie Covidu-19).

3.4 Syndrom pomocníka ve zdravotnictví

Práce v pomáhajících profesích je založena na vztazích. Pro hodnotnou práci je ideální vztah založený na důvěře a empatii. Dalším předpokládaným vztahem sestry ke klientovi, je mít pochopení k jeho problémům a pomáhat je řešit. Musíme se ovšem naučit oddělovat profesní stránku od našeho soukromého života. Pomáhat druhým je pro většinu z nás přirozenou potřebou, která v nás vyvolává vnitřní uspokojení a naplnění. Pokud se ovšem práce stane jediným smyslem našeho života, přestáváme oddělovat pracovní a soukromý život (Schmidbauer, 2008, s. 134-139). Tento nebezpečný syndrom vzniká, když pomáháním druhým kompenzuje své osobními problémy. Jedinec s tímto syndromem má vnitřní nutkání perfektně odvádět pracovní výkony, nedbá na svoje potřeby a pocity, je přesvědčený, že se bez jeho pomoci druhý neobejde, že je nezastupitelný. Chybí mu schopnost stanovit si reálnější cíle, z toho důvodu u něj převládají bezmoc a pocit selhání. Tito lidé jsou často příliš citliví a problémy ostatních si příliš připouštějí k tělu. (Venglářová, 2012, s. 75). Syndrom pomocníka je závažný stav vedoucí až k syndromu vyhoření (Schmidbauer, 2008, s. 17).

3.4.1 Profesionální deformace

Dle studií se jedná o častý nežádoucí jev v pomáhajících profesích. Je spojený se syndromem vyhoření a s nivelizací na zátěž v povolání sestry. Průběh adaptace na povolání je osobitým, ale přirozeným procesem, díky kterému se dokážeme ztotožnit s danou profesionální rolí. (Mellanová, 2017, s. 81-82). Pokud probíhá fyziologicky, požadovaným

výstupem se stávají tři hlavní rolové znaky. Podle Mellanové (2017) zde patří sociocentrismus, univerzalismus a emocionální neutralita.

Sociocentrismus

Vychází z myšlenky preferování potřeb, touhy a zájmů druhých před vlastními, bez výčitek a pocitů nespravedlivosti.

Univerzalismus

Předpokládá vztah sestry k pacientovi bez projevování předsudků. Sestra se chová ke všem stejně, bez odhledu na sympatie a antipatie k nemocnému nebo jeho rodinným příslušníkům.

Emocionální neutralita

Práce ve zdravotnictví je doprovázena spoustou emocí a intenzivních pocitů. Neutralita je vlastnost, při které dokážeme ovládat své emoce na základě logického myšlení a vnitřní kontroly. Pokud se adaptace na zátěž deformuje do rozvoje otupělého až lhostejného chování a postojů zdravotníka k nemocnému, mluvíme o profesionální deformaci. Sestra se k pacientům chová nadřazeně až sobecky, ztrácí zájem o pacientovy potřeby, sama necítí potřebu podílet se na činnosti vedoucí ku prospěchu pacienta (Mellanová, 2017, s. 81-82).

3.5 Syndrom vyhoření

Poprvé popsal tento stav německý psycholog, žijící v Americe, Herbert Freudenberger, tak je dnes tento pojem chápán. Byl workoholikem, velmi zapáleným a nadšeným do své práce. Pracoval do noci, šest dní v týdnu, ale po čase si na sobě začal všimnout celou řadu negativních příznaků. Příznaky ignoroval i přes nevěli rodiny a pokračoval v intenzivním pracovním tempu, až u něj došlo ke kompletnímu vyčerpání. Místo návštěvy u odborníka, se rozhodl svůj stav analyzovat sám. Nahrával sám sebe a následně z nahrávek prováděl rozbor. V roce 1974 vydal závěry svého zkoumání v knize „*Burnout – vysoká cena za úspěch a jak s ním zacházet*“.

Syndrom vyhoření nazýváme psychologický koncept, týkající se pracovní adaptace a psychologie všedního dne. Nemluvíme tedy o psychiatrické diagnóze. Může vést k rozvinutí příznaků, které lze klasifikovat pod jinými psychiatrickými poruchami. Zejména se jedná o depresivní a úzkostné poruchy. K rozvinutí syndromu vyhoření je zapotřebí dlouhodobého působení stresujících podmínek. Jednou z nich je stupňující se

pracovní zátěž, druhou je absence uznání, což je nerovnováha vysokých nároků a následně pocitu nedostatečného ocenění za odvedenou práci. Venglářová (2011) ve své publikaci *Sestry v nouzi* říká: „*Hodnota vykonané práce je prakticky nevyčíslitelná, a možná i proto je nedostatečně oceněná. Pracovní úspěch se zde často měří morálními a duchovními hodnotami*“. Poslední podmínkou je stereotypie vykonané práce spolu s malými pravomocemi ovlivňovat dané události (Pešek, Pražko, 2016, s. 20). Spojení výše zmíněných faktorů spolu s genetickou predispozicí osobnostních vlastností sester se může rozvinout v pocit přepracovanosti, který vede k chaotickému chování. Dochází k podrážděnosti ve vztahu k pacientům i kolegům. Nakonec se projeví důsledky těchto mechanismů v podobě apatie, otupění a vyčerpání. (Stock, 2010 s. 20-22). Rozvíjí se zejména ve zdravotnictví, které patří k jednomu z nejvíce rizikových oborů. Je nejzávažnějším důsledkem působení zátěže (Venglářová, 2011, s. 26).

Nejvíce zatěžující je péče o onkologické pacienty, pacienty s psychiatrickou diagnózou, a nepříznivou prognózou (Venglářová, 2011, s. 27). Na syndromu vyhoření se podílí nedostatek podpory a ocenění, nevyzrálá osobnost, konfliktní kolektiv, nedostatek personálu- přepracování. Rizikové jsou nevyhovující podmínky (staré automobily, nedostatek zdravotnických pomůcek), špatná organizace práce, nadměrné očekávání, vysoké emocionální přetížení, a pokud dojde v zaměstnání ke konfliktu rolí.

Velmi ohroženými jsou sestry bez nastavených osobních hranic, které na sebe kladou přehnané požadavky a výkonost. Čili jedinci se sklonem k perfekcionismu, workoholismu, se syndromem pomocníka. Obecně může říci, že na rozvoj vyhoření má velký vliv míra individuální odolnosti vůči zátěži. (Venglářová, 2011, s. 28).

Nejnámější **dotazník vyhoření dle Maslach** mapuje rozvoj vyhoření na základě tří dimenzí. Mezi ně řadíme *emocionální vyčerpání*, která se projevuje únavou, ztrátou zájmu o všechno, co ho těšilo, pro co měl nadšení a elán. Při emocionálním vyčerpání se vytrácí cílevědomost. Další dimenzi popisuje jako *pokles výkonnosti*. Člověk se cítí demotivovaně, bez energie, klesá kvalita odvedené práce. Třetím ukazatelem je *depersonalizace*- dochází k cynismu, rozvíjející se obrannému mechanismu na základě vztahu k předmětu své práce. Cynické chování se projevuje nedostatečným respektem a úctou, v krajních situacích se může k lidem chovat jako k neživým předmětům (Křivohlavý, 2012, s. 55).

Dle Edelwiche a Brodského probíhá vývoj vyhoření dlouhodobým a pozvolným procesem, ve kterém se plynule prostřídá těchto pět fází:

Ve fázi nadšení je pracovník plný očekávání a ideálů, překypuje elánem. Stanovuje si vysoké cíle. Zaměstnání je pro něj smyslem života, naplňující. V práci tráví většinu svého času. Další je stagnace. Přešlé nadšení postupně opadá. Zjišťuje, že plánované idealizované cíle nelze naplnit. Práce už není středobod jeho života. Po stagnaci nastává období frustrace. Poptávka je po efektivitě a smyslu, ale bez výsledku kvůli překážkám (byrokracie, kolegové). V této fázi se objevují emocionální a tělesné potíže. Pokud frustrace trvá dlouhou dobu, pracovník dojde do stádia apatie. Po počátečním nadšení již bere své zaměstnání pouze jako zdroj obživy, ve své práci zajišťuje jen nezbytné úkony. Jako poslední nastává období komplexního vyčerpání, depersonalizace, chybějícího smyslu života, kterým je samotné vyčerpání (Venglářová, 2011, s. 29-30).

3.5.1 Prevence syndromu vyhoření

Rad a doporučení existuje celá řada. Každá z nich zajišťuje úspěch jen do určité míry. Zásadním a zároveň nejtěžším mechanismem je schopnost analyzovat a najít příčiny. Zjistit, co u nás vyvolává příznaky syndromu vyhoření. Obzvláště významná je pestrost v mimo pracovních aktivitách, pohyb v jiných doménách, než je náplň naší práce. Podílení se na budování a udržování dobrých vztahů s kolegy. Zásadní je také schopnost využívat volný čas a dovolenou k relaxaci a obnově sil. Nedílnou součástí je sociální podpora u rodiny a přátel (Venglářová, 2011, s. 33- 35).

Důležitým faktorem prevence vzniku rozvoje burn-out syndromu je bezpochyby edukace pracovníků ohrožených povolání v této oblasti (Hartl, Hartlová, 2010, s. 575).

3.5.2 Možnosti léčby

V léčbě syndromu vyhoření je zásadní čas. Pokud se problémy nezačnou včas řešit, mohou vzniknout deprese nebo úzkostné stavy, dochází ke ztrátě sebedůvěry. Prvním krokem je připuštění si, svoji situace, že něco není v pořádku. Nejoptimálnější dobou pro vyhledání pomoci druhých se uvádí fáze stagnace. Pro mnoho lidí je toto téma tabuizováno a stává se pro ně velkým problémem se svěřit či požádat o pomoc, s tím souvisí oddalování vyhledání pomoci. Spolu s plíživostí rozvoje syndromu, také zhoršování projevů a celkového stavu (Venglářová, 2011, s. 36- 38).

Pomocnou ruku lze v počátečních fázích hledat v rodině, na pracovišti. Pokud je syndrom v pokročilejším stádiu, či dokonce propuklo definitivní vyhoření je na čase hledat odborníka. Vyhořením se zabývá hlavně psychoterapeut, psycholog či psychiatr. Léčba probíhá různými způsoby na základě změny přístupu ve vnímání práce a sebe sama. Jedná se o léčbu formou farmakologie, psychoterapie a pomocí prvků z psychohygieny. Léčba ovšem není ze dne na den, může trvat až několik let. Proto se klade velký důraz na preventivní opatření a brzké zahájení léčby (Kebza a Šolcová, 2003, s. 19).

Syndrom vyhoření může potkat každého z nás. Je důležité mít o této nemoci povědomí a naučit se předcházet jeho propuknutí, protože pozdější léčba je dlouhodobá a náročná.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODIKA

V obecnějším slova smyslu lze termín „metoda“ aplikovat k označení určitého způsobu dosažení cíle nebo řešení určitého problému. Nedílnou součástí metody je technika výzkumu (Kutnohorská, 2009, str. 19).

Rozlišujeme dvě metody výzkumu. Tou první je kvantitativní, která pracuje se statistickými daty. Oproti tomu druhá, kvalitativní metoda, zkoumá jevy do hloubky a zabývá se slovy a významy. Navzdory tomu, že se na první pohled tyto dvě metody zdají odlišné, obě se navzájem doplňují. Kvalitativní výzkum pomáhá porozumět, odhalovat spojitosti, analyzuje zkoumanou problematiku, vytváří nové hypotézy a teorie, kdy se nepoužívá žádných číselných vyjádření. Zatímco kvantitativní metodou ověřujeme jejich platnost (Olecká, Ivanová, 2010, s. 33).

Vzhledem k tématu jsme zvolily **kvalitativní metodu výzkumu**, která se nám jevila příčinná a nejprínosnější pro náš výzkum. V rámci kvalitativního výzkumu se pracuje s menším počtem respondentů, ale s větším množstvím informací, které potřebujeme zkoumat do hloubky. Badatel pracuje s lidmi, kteří splňují podmínky zkoumaných osob. Podmínky pro tyto osoby jsou předem dané, jsou specifické a musí korespondovat s výzkumem (Hendl, 1997, s. 49). Kvalitativní výzkum se vyznačuje časovou náročností, dobrou schopností analyzovat, reagovat a citlivě přistupovat k tázaným. Naší snahou je interpretace subjektivní perspektivy respondentů na zkoumaný jev, nejčastěji pomocí rozhovoru. Každou informaci, kterou od respondenta získáme, vnímáme jako významnou a potřebnou, zároveň ale musíme umět zhodnotit a vybrat, které informace jsou pro náš výzkum podstatné. (Hendl, 1997, s. 50).

4.1 Cíle výzkumu

4.1.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit subjektivně percipovanou míru zátěže z pohledu sestry pracující v domácí péči. Hlavního cíle chceme dosáhnout prostřednictvím tří dílčích cílů.

4.1.2 Dílčí cíle

1. Zjistit, jak informantky vnímají zátěž ve své profesi.
2. Zjistit, zda se informantky orientují v problematice syndromu vyhoření a zda s ním mají nějakou zkušenost.
3. Zjistit pohled informantek na kvalitu jejich života.

4.2 Příprava a průběh výzkumu

Před započítím samotného výzkumu byly předem kontaktovány participanky, které splňovaly požadovaná kritéria, jednalo se tedy o záměrný výběr. Více je zahrnuto v odstavci 5.4, který popisuje základní informace o participatkách.

Před rozhovorem byly vytvořeny otázky k rozhovorům, které se vztahovaly k vymezeným dílčím cílům. U prvního rozhovoru došlo vzhledem k průběhu ke korigování otázek, pro všechny čtyři participanky však byly stejné otázky. S informantkami jsme se předem dohodly, jaké prostředí při rozhovoru jim vyhovuje. Žádná z nich neměla speciální požadavky k průběhu rozhovoru, zvolila jsem tedy neutrální prostředí, tak aby bylo zajištěno soukromí, příjemná atmosféra a aby se při rozhovoru cítily uvolněně a komfortně.

Pro jednotlivé rozhovory byl vymezen přibližně hodinový časový úsek. Skutečné délky zaznamenávaných rozhovorů jsou uvedeny v tabulce č. 1. Rozhovory začínaly přivítáním a neformální rozpravou k navázání kontaktu. Poté docházelo k volnému přechodu k samotnému rozhovoru, který již byl zaznamenáván prostřednictvím audio záznamu na mobilní telefon. K jednotlivým otázkám měly participanky dostatečný prostor se vyjádřit. V průběhu rozhovoru jsem také vnímala různé reakce na jednotlivé otázky. Například u otázky č. 7, kde měly informantky popsat co si představují pod pojmem stres, jsem pozorovala větší míru přemýšlení, delší časovou náročnost a odpovědi nebyly vždy úplně určité. V návaznosti na tuto otázku byla položena otázka č. 8 „Do jakých stresových situací se v práci dostáváte?“ a po této otázce již došlo k větší otevřenosti a obsáhlosti odpovědí.

Tabulka č. 1 Délky rozhovorů

Participantka	S1	S2	S3	S4
Délka rozhovoru (min)	36	39	32	29

4.3 Technika výzkumu

Rozhodli jsme se v našem výzkumu využít metodu polostrukturovaného rozhovoru, protože nám tato technika umožňuje lépe prozkoumat problematiku a zároveň nám nabízí příležitost vytvořit a rozšířit naše vztahy s participanty. V rámci výzkumu jsme vytvořili otázky, které byly navrženy tak, aby vyhovovaly námi stanoveným cílům. Tyto otázky byly následně rozděleny do následujících tří skupin.

4.3.1 Vnímání zátěže sester v domácí péči

První skupina otázek vznikla z důvodu zjištění, jaké zátěži jsou sestry v domácí péči vystaveny. Otázky 1- 9, se zabývají hlubším porozuměním psychické a fyzické zátěže. Rozhovorové otázky byly vytvořeny tak, aby bylo možné zjistit, jak na sestry působí množství klientů, jakým způsobem je pro ně fyzicky náročná manipulace s klienty a celkovou mírou námahy. Rovněž byly vytvořeny otázky, které se týkají jejich psychiky. Vztahují se k situacím, mezilidským vztahům a k emocionálnímu napětí, které prožívají v důsledku působení stresových situací. Cílem této skupiny otázek je odhalit, jakým činnostem a situacím jsou sestry vystaveny, které na ně působí zátěžově a jak je vnímají.

4.3.2 Orientace a zkušenost v oblasti syndromu vyhoření

Druhá skupina otázek se snaží porozumět pohledu sester na syndrom vyhoření. Byly vytvořeny otázky č. 10 - 12 související s osobní zkušeností s touto problematikou, s povědomím o příznacích, důsledcích a spouštěcích, které vedou ke vzniku syndromu vyhoření. Cílem těchto otázek je porozumět, jaký mají informantky pohled na problematiku syndromu vyhoření a zda s ním mají nějakou zkušenost.

4.3.3 Subjektivní pohled na kvalitu svého života

Poslední skupina otázek se zaměřuje na kvalitu života, jak ji participantky vnímají, které hodnoty jsou v jejich životě nejdůležitější. Otázky č. 13 – 19 se týkají vnímání jejich osobního blaha, volnočasových aktivit, spokojeností se životem a důležitých aspektů, které přispívají k celkovému pocitu štěstí. Cílem těchto otázek je zjistit subjektivní postoje k osobnímu a pracovnímu životu, které mohou ovlivňovat jejich vnímání kvality života.

4.4 Základní informace o participantech

Vzhledem k tématu bakalářské práce bylo hlavním kritériem pro výběr participantů oslovit všeobecné sestry, které pracují v domácí péči. Kontaktováno bylo sedm sester, které splňovaly požadovaná kritéria. Z těchto sedmi oslovených sester souhlasily čtyři s účastí na rozhovoru. Ve všech případech se jednalo o ženy v produktivním věku. Tři z nich mají vysokoškolské vzdělání ukončené bakalářským titulem, jedna participantka má vystudovanou střední zdravotnickou školu s maturitou. S ohledem na věkový rozptyl, je odlišná jejich délka praxe ve zdravotnictví. Každá participantka byla předem seznámena o průběhu výzkumu, jeho anonymitě a možnosti kdykoliv od výzkumu odstoupit. Pro lepší představu uvádíme v následující tabulce č. 2 jejich základní identifikační údaje:

Tabulka č. 2 Identifikační údaje

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE	S1	S2	S3	S4
Jak se jmenujete?	<i>*V rámci zachování anonymity participantek jsou místo jmen označovány jako S1, S2, S3, S4.</i>			
Kolik máte let?	36	58	43	31
Jaký je Váš rodinný stav?	S	V	V	V
Máte děti? Popřípadě kolik?	0	3	1	1
Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?	VŠ	SZŠ	VŠ	VŠ
Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?	13	27	17	6
Jak dlouho pracujete v domácí zdravotní péči (DZP)?	8	16	13	1

4.5 Interpretace získaných dat

Odpovědi na otázky byly z audio nahrávky přepsány do tabulek, tímto bylo docíleno zpřehlednění všech rozhovorových odpovědí. Všechny tabulky byly vytvořeny v programu Microsoft Word. V příloze P II je pro ukázkou uveden originální přepis rozhovoru participantky S2. V tabulkách č. 3 - 21, které jsou prezentovány v kapitole 5, je možno vidět upravené odpovědi jednotlivých participantek. V komentářích pod jednotlivými tabulkami je uvedeno shrnutí a nejzajímavější informace z odpovědí participantek k jednotlivým otázkám. V komentářích jsou zohledněny i osobní postřehy z pozorování, který je součástí kvalitativního výzkumu. Pro zpracování dat byla zvolena metoda

komentování a doplňování, která nám umožňuje pracovat s připojenými komentáři a doplňky, které propojují zjištěná data a přehledněji strukturují celou analýzu.

5 VÝSLEDKY

Tabulka č. 3 Vyvážená práce

Otázka č. 1: Jak vnímáte množství klientů, které za směnu ošetříte?	
S1	<i>„Mám okolo 12 pacientů denně. Myslím, že je to takový průměr. Pokud mám více klientů, už mám problémy, abych to stihla“</i>
S2	<i>„Máme dobrou vedoucí, která nám přizpůsobuje rozpis klientů, tak abychom měly sestavu klientů vyváženou. Za den mám většinou asi 11 lidí. Tento počet je pro mě akorát.“</i>
S3	<i>„Jak kdy. Jestliže mám maximálně 13 klientů, dá se to, pokud více už je to náročné. Pohybujeme se průměrně kolem takových 12 klientů za jednu směnu.“</i>
S4	<i>„Vyhovuje mi, když to není více jak 15 lidí za den. Běžně mám kolem 12-13 pacientů.“</i>

Komentář: Sestry se shodují, že je pro ně důležité mít dostatek času na každého jednotlivého klienta, aby poskytovaná péče byla kvalitní a nebyly ve stresu. Participantka S2 si pochvaluje práci vrchní sestry, která se jí snaží vyjít vstříc a nepřetěžovat ji.

Tabulka č. 4 Mimořádné pracovní přetížení

Otázka č. 2: Nastávají situace, kdy máte z určitého důvodu vyšší počet klientů, než uvádíte v předchozí odpovědi? Pokud ano, jak tato situace ovlivňuje Vaši práci?	
S1	<i>„Stávají se hlavně v období dovolených, nebo když někdo z našeho týmu náhle onemocní.“</i>
S2	<i>„Ano stává se. Pokud mám třeba za týden velké množství pacientů. Na konci týdne už jsem opravdu unavená. Většinou mám resty v zápisech a podobně.“</i>
S3	<i>„Stává se, ale ne často. Samozřejmě jsem pak ve skluzu, je potřebné zajistit to nejdůležitější, čili přímou péči. Je více byrokracie a zároveň méně času na ni.“</i>
S4	<i>„Pokud je to pár dní, například když někdo „vypadne“ je to nepříjemné, ale dá se taková situace přežít, jestli by to mělo trvat déle, je to hodně náročné. Snažíme si pacienty rozumně rozdělit.“</i>

Komentář: Participantky se shodují, že k těmto situacím dochází, ale ne často. Nejčastější odpovědí bylo z důvodů náhlého onemocnění kolegyně. Pokud jsou sestry pracovně přetěžovány, jsou v časovém presu, nestíhají práci na středisku a je vyšší nátlak na jejich paměť a poskytování kvalitní péče.

Tabulka č. 5 Manipulace s klienty

Otázka č. 3: Jak vnímáte fyzickou manipulaci s klienty?	
S1	<i>„Máme pár pacientů, asi jeden, dva za směnu a to se dá zvládnout.“</i>
S2	<i>„Vezmu si kolegyni. Buď zrovna může, nebo si to naplánujeme společně dopředu, ať máme čas obě a vypomůžeme si.“</i>
S3	<i>„Už nejsem nejmladší, po rehabilitacích s klienty je to náročné. Prošla jsem kurzy na manipulaci a polohování. Výhodou je práce v terénu, než na lůžkovém oddělení“.</i>
S4	<i>„Pro mě je náročné to, že jsme kolikrát v terénu odkázány samy na sebe. Někdy si pomáháme s holkama.“</i>

Komentář: Z těchto odpovědí vyplývá, že fyzická manipulace s klienty je vnímána jako součást jejich práce v domácí péči. Některé preferují práci s kolegyní, zatímco jiné ke spolupráci využívají naučených technik a znalostí pro manipulaci s pacienty. Práce v terénu je obecně jako méně fyzicky náročná než na lůžkovém oddělení, ale samostatná práce může představovat v tomto směru výzvy. Každá sestra má svůj vlastní způsob zvládnání této fyzické zátěže a hledá strategii, která odpovídá jejím individuálním schopnostem a potřebám.

Tabulka č. 6 Usnadnění práce s pomůckami

Otázka č. 4: Máte k dispozici pomůcky pro snadnější manipulaci s Vašimi klienty. Pokud ano, jaké využíváte?	
S1	<i>„Pacienti jsou vybavení dobře.“</i>
S2	<i>„Čerpám z toho, co má ten člověk doma. Pokud nějaké chybí, doporučím nebo předám kontakt.“</i>
S3	<i>„Pomůcky mají klienti přímo doma, sebou nevozím žádné.“</i>
S4	<i>„Využívám toho, co má klient doma.“</i>

Komentář: Všechny participantky se shodují na tom, že využívají převážně pomůcky, které mají klienti v domácnosti. Sebou žádné další pomůcky nevozí. S1 uvedla, že klienti jsou po této stránce dobře vybaveni. S2 navíc uvedla, že pokud je nedostatečné množství pomůcek, informuje klienta či jeho rodinu a poskytne kontakt, kde tyto pomůcky seženou.

Tabulka č. 7 Fyzická zátěž

Otázka č. 5: Jak moc je pro Vás práce v domácí péči celkově fyzicky náročná?	
S1	<i>„Náročné je to v zimě a nosit sebou brašnu s pomůckami je náročné.“</i>
S2	<i>„Vzhledem k pracovním zkušenostem není ani extrémně náročná, ani pohodová.“</i>
S3	<i>„Myslím si, že je to průměr. Nejhorší jsou zimy.“</i>
S4	<i>„Je náročná více psychicky. Ze začátku jsem chodila domů unavená.“</i>

Komentář: S1, S3 uvedly, že je pro ně náročné období zimy. S2 i S3 hodnotí jako práci sestry v domácí péči za průměrně fyzicky náročnou. S4 poukazuje spíše na vnímání psychické zátěže a počáteční únavu než se adaptovala na zvýšený pohyb.

Tabulka č. 8 Preferovaný klient

Otázka č. 6: S jakými typy klientů se Vám pracuje nejlépe?	
S1	<i>„Nemám ráda, pokud mi mluví do práce a srovnávají mě s kolegy. Potřebuji mít při úkonech jistotu a přátelskou atmosféru.“</i>
S2	<i>„Důležitá je vzájemná důvěra. U starších klientů s demencí, se zrakovým, sluchovým postižením, v tom případě se dá s rodinou vykomunikovat spoustu potřebných věcí.“</i>
S3	<i>„S klienty s dobrou prognózou a minimem komplikací. Se smyslem pro humor a vzájemnými dobrými vztahy.“</i>
S4	<i>„Pacienti dodržující léčebný režim, příjemní a milí. Negativističtí jsou pro mě výzvou.“</i>

Komentář: Všechny participantky se shodují na tom, že upřednostňují dobré vztahy a vlídnou atmosféru u klientů. Z toho vyplývá, že je pro lepší soustředění a dobře odvedenou práci podstatné příjemné a přátelské pracovní prostředí. Všechny participantky uvedly zajímavé postřehy ohledně pacientů, s kterými se jim pracuje nejlépe. S1 je ráda,

pokud klienti její práci nesrovnávají s jinými sestrami, a tak může pracovat klidněji a bez pochyb. S2 u méně soběstačných klientů uvítá přítomnost dalších osob. S3 uvádí, že se jí pracuje lépe s klienty, u kterých je předpoklad dobré a efektivní léčby. S4 se dobře spolupracuje se zodpovědnými klienty, kteří dbají o své zdraví.

Tabulka č. 9 Představa o stresu

Otázka č. 7: Co pro Vás znamená stres?	
S1	<i>„Pocit sevření na hrudi, nesoustředění, zapomínám.“</i>
S2	<i>„Pokud je stresu moc je to nekomfortní stav mysli i tělesna. V dnešním světě je stres všude.“</i>
S3	<i>„Úzkost, napětí. Svíravý nepříjemný pocit.“</i>
S4	<i>„Pocit úzkosti, strachu a paniky.“</i>

Komentář: Participantky zaujímají negativní postoj k pojmu stres. S1-S3 vnímají dopady stresu po psychické i fyzické stránce. S2 navíc udává, že stres ovlivňuje dnešní uspěchaná doba.

Tabulka č. 10 Stresové situace

Otázka č. 8: Do jakých stresových situací se v práci dostáváte?	
S1	<i>„Řízení, jedu pozdě, nestíhám. Stresuje mě nový klient, související s byrokracií a navázání vztahu, důvěry. Musím se spoléhat sebe sama, abych na nic nezapomněla a nespletla.“</i>
S2	<i>„Řízení a práce v zimním období. Práce s nemocnými lidmi je stresující. Samostatná práce je spojena s ostražitostí a zodpovědností za svou práci.“</i>
S3	<i>„Míra zodpovědnosti, pečlivost, pohotové reakce. Byrokracie, orientace, plánování, organizování. Klimatické podmínky způsobují obavy předem.“</i>
S4	<i>„Pracovní zátěž, málo času, komunikační bariéry, zhoršení zdravotního stavu a úmrtí klientů.“</i>

Komentář: Participantky S1, S2 a S3 považují ve své práci za stresové řídit automobil, a s tím vznikající časovou tíseň a hlavně řízení automobilu v zimních obdobích. Jediná S4

zmiňuje zhoršení stavu a smrt klientů jako součást zátěže v zaměstnání. Ostatní považují za stresovou práci s lidmi. S1 poukazuje na práci s novými klienty, S2 považuje za náročné pracovat s lidmi v různých fázích onemocnění. S1, S2 i S3 upozorňují na zodpovědnost při samostatné práci. Pro S1 a S3 je také zatěžující byrokracie.

Tabulka č. 11 Mimořádně stresující situace

Otázka č. 9: Dokážete popsat, které situace jsou nejvíce stresující?	
S1	<i>„Každodenní řízení, neočekávané vážné situace, smrt klient, konflikty a negativismus, vysoká míra soustředění.“</i>
S2	<i>„Práce s lidmi, oddělit profesní a osobní život, ovládat sebe sama, neustálá koncentrace, odpovědnost a vztahy s okolím.“</i>
S3	<i>„Oddělit osobní a profesní život, nepříznivé prognózy mladých klientů. Tyto situace mě vždy velmi hluboce zasáhnou.“</i>
S4	<i>„Zhoršení zdravotního stavu, bezmoc v péči o umírající. Nároky na paměť a nečekané události. Neefektivní komunikace. Samozřejmě klienti umírají, to je vždy velká zátěž, hlavně pokud k nim chodím ráda, máme k sobě určitým způsobem blízko.“</i>

Komentář: S1 a S4 zmiňují, že jsou pro ně velmi stresujícími situace nečekané a mimořádné. Tyto situace zahrnují například náhlé zhoršení zdravotního stavu klientů. Za nejhorší stres považují smrt klienta všechny participantky. Také je pro ně stresové čelit osudům druhých. Nutnost kontinuálního soustředění za zdroj stresu považují S1 a S2.

Tabulka č. 12 Zkušenost se syndromem vyhoření

Otázka č. 10: Setkala jste se už někdy u sebe nebo v okolí se syndromem vyhoření?	
S1	<i>„Se syndromem vyhoření jsem se nesečkala, ani u sebe, ani u druhých.“</i>
S2	<i>„Prošla jsem školeními, kde jsem získala spoustu informací. Na sobě pociťuji krátkodobé působení stresu a vyčerpání související s množstvím práce, se vztahy a komunikací s okolím. V okolí nikdo netrpěl syndromem vyhoření.“</i>
S3	<i>„Před pár lety jsem prožívala těžké chvíle a vyčerpání. V období pandemie bylo zatěžující pro všechny zdravotníky. Zním v okolí vyhořelé sestry, které změnily obor z důvodu pandemie a nátlaku na ně.“</i>
S4	<i>„Se syndromem vyhoření jsem se nesečkala, vím, že je to dlouhodobá záležitost a musí to být otrěsný stav. V okolí také nemám nikoho, kdo by si tím prošel, za to unavených, vyčerpaných znám hodně.“</i>

Komentář: Participantka S1 zmiňuje, že se dostala do stavu vysokého pracovního vyčerpání a dokonce zvažovala odchod ze zaměstnání. Tuto situaci ovšem nepopisuje jako syndrom vyhoření spíše jako souhrn nešťastných událostí v jeden okamžik. Nebylo potřeba ani vyhledat odbornou pomoc, situace se uklidnila sama. Také sestry S2, S3 a S4 popisují hluboké osobní zkušenosti, které prodělaly v minulosti a působily na obě velmi zátěžově. S2 poukazuje na souvislosti syndromu vyhoření a vztahů na pracovišti a komunikací mezi klienty a zdravotníky. Participantka S3 se ve svém okolí setkala s kolegy, u nichž propukl syndrom vyhoření v návaznosti na tříletou pandemii Covidu-19.

Tabulka č. 13 Pomoc odborníka

Otázka č. 11: Kdy si myslíte, že je na čase vyhledat odbornou pomoc?	
S1	<i>„Těžká otázka, pokud nemůžeme psychicky ani tělesně fungovat. Důležitá je podpora rodiny.“</i>
S2	<i>„Vyhledat odbornou pomoc kdykoliv se necítíme v pořádku po tělesné i duševní stránce. Jedná se o tabuizované téma, lidi se stydí a bojí vyhledat odborníka. Naštěstí se tabu zmírňuje.“</i>
S3	<i>„Při působení dlouhodobého stresu s dopadem na tělo a soukromý život. Snažit se co nejdříve situaci vyřešit.“</i>
S4	<i>„Pokud už si nedokážeme poradit sami. Všechno na nás padá, jsme unavení, vystresovaní, nebaví nás chodit do práce. Nebát se vyhledat odborníka.“</i>

Komentář: Participantky S1, S4 si myslí, že je potřeba vyhledat odbornou pomoc pokud jsme vyčerpaní po fyzické i psychické stránce. S2 a S3 jsou toho názoru, že odborníka bychom měli vyhledat co nejdříve. S2 a S4 mluví o tabuizovaném tématu, kdy zastávají názor, že návštěva odborníka z psychických příčin není něco, za co bychom se měli stydět.

Tabulka č. 14 Faktory vzniku syndromu vyhoření

Otázka č. 12: Co si myslíte, že má největší vliv na vznik syndromu vyhoření?	
S1	<i>„Citlivější lidé, kteří si moc připouštějí stres, přepracovanost, do toho nízký plat, konflikty, jedno s druhým.“</i>
S2	<i>„Dlouhodobý stres v práci, ať už se jedná o kolektiv, vedení, špatné pracovní podmínky, práce s lidmi, stereotypní práce, špatné platové ohodnocení, vysoká pracovní vytíženost.“</i>
S3	<i>„Dlouhodobý stres, zvyšování nároků ze strany zaměstnavatele, bossing, kolegové, malý plat, nedobré vztahy celkově.“</i>
S4	<i>„Přepracovanost, nedobré vztahy, dlouhodobé stresové situace, technický vývoj, vysoké požadavky na vědomosti, práce s lidmi, nedostatek relaxace a zájmů.“</i>

Komentář: Všechny participantky si myslí, že za vznikem syndromu vyhoření stojí souhra více vlivů. Nejčastěji zmíněné byly vysoké nároky na výkon a vědomosti, špatné vztahy s druhými, pomáhající profese a nízké platové ohodnocení. K tomu S1 přidává hypersenzitivní povahu. S2 stereotypní práci spolu se špatnými pracovními podmínkami. S3 Poukazuje na šikanu na pracovišti a S4 na rychlý rozvoj v oblasti technologie.

Tabulka č. 15 Pohled na kvalitu života

Otázka č. 13: Co si představujete pod pojmem kvalita života?	
S1	<i>„Fyzická i psychická celková pohoda a spokojenost. Dostupná zdravotní péče, možnost se vzdělávat, dostupné bydlení, práci, užívat si života.“</i>
S2	<i>„Zdraví, štěstí a spokojenost v životě. Nic nám nic nechybí. Prostředí kde žijeme, jestli je dostatečný trh práce, dostatek potravin.“</i>
S3	<i>„Ze své praxe vnímám kvalitu života jako kvalitní způsob žití, kdy nezáleží na délce života, ale na jeho kvalitě. Nejlepší možný způsob bytí.“</i>
S4	<i>„Vnitřní pohoda, nebýt omezení v tom co chceme nebo musíme dělat, možnost se svobodně rozhodovat, dělat co nás baví.“</i>

Komentář: Pod pojmem kvalita života si participantky představují celkovou spokojenost ve svém životě. Zajímavé je pojetí participantky S3. Ta uvádí, že není důležitá délka života, ale jeho kvalita.

Tabulka č. 16 Životní priority

Otázka č. 14: Co je pro Vás v životě nejdůležitější?	
S1	<i>„Zdraví, rodina a přátelé, finanční zajištění.“</i>
S2	<i>„Zdraví máme jen jedno a rodina.“</i>
S3	<i>„Jednoznačně zdraví je na prvním místě.“</i>
S4	<i>„Zdraví moje a rodiny. Finanční zabezpečení, mít kde bydlet, mít práci, která mě baví.“</i>

Komentář: U této otázky se participantky jednoznačně shodly, že je pro všechny nejdůležitější zdraví. Dále se vyskytovaly odpovědi jako kvalitní vztahy s blízkými, finanční jistota a dostatek materiálního zabezpečení. Z toho vyplývá, že mají silné povědomí o důležitosti fyzického i psychického zdraví a o významu vztahů s rodinou a blízkými. Zároveň berou v potaz i finanční aspekt, který je pro ně zásadní pro spokojený život.

Tabulka č. 17 Vliv povolání v životě

Otázka č. 15: Jakým způsobem ovlivňuje práce ve zdravotnictví Váš osobní život?	
S1	<i>„Někdy mám pocit, že se na mě všichni známi obracejí se svými zdravotními problémy. Jsem ráda, že mohu pomoci, ale nechci si tahat práci domů.“</i>
S2	<i>„V tom pozitivním slova smyslu, jsou to zkušenosti a vědomosti. Vidím spoustu smutných příběhů a uvědomuji si křehkost života. Nezatěžuju se zbytečnými starostmi, vrací mě to nohama na zem. Z toho negativního hlediska- souvisí s tím právě ten náhled do mnohdy stinné stránky života, co vše se může přihodit.“</i>
S3	<i>„I když sem tam na mě dolehne ze všeho splín, vážím si zdraví, své rodiny. Mám radost z maličkostí. Za ty léta mám pevnější nervy, jen tak mě nic nerozhodí. Vidím kladnější než záporné stránky.“</i>
S4	<i>„Jsou chvíle, kdy jsem po celém týdnu unavená, myslím i doma na spoustu věcí z práce. Své povolání mám ale ráda, naplňuje mě, i když to není vždy snadné pracovat jako zdravotník, to dobré vyvažuje to špatné.“</i>

Komentář: Z těchto odpovědí vyplývá, že práce ve zdravotnictví má rozmanitý vliv na osobní život sester. Některé se cítí přetíženy a potřebují oddělit práci od soukromého života, zatímco jiné vnímají výhody, jako jsou zkušenosti a povědomí o křehkosti života.

Tabulka č. 18 Pracovní spokojenost

Otázka č. 16: Jak jste spokojena ve svém zaměstnání, děláte ráda svoji práci?	
S1	<i>„Celkově mi práce vyhovuje. Vztah s dlouhodobými uživateli je trochu jiný než v nemocnici vím, jak s nimi co nejlépe komunikovat, řešit situace a přistupovat k nim. Zním dobře jejich zdravotní stav i povahu. Lépe se mi tak s nimi pracuje.“</i>
S2	<i>„Práci dělám už dlouho a baví mě na ní rozmanitost. Pokud bychom měli špatný kolektiv a vedení, potom bych přemýšlela o změně, ale držela bych se směrem terénní péče. Dost se zajímám o hospicovou péči.“</i>
S3	<i>„Máme dobrý kolektiv, navzájem si pomáháme. Někdy jsou náročné ty přesuny mezi klienty, ale neměnila bych. Práce je rozmanitá, obnáší i hodně práce s byrokracií, komunikací s lékaři a rodinou, určitě se nenudíme. Celkově chodím do práce ráda.“</i>
S4	<i>„Baví mě pestrost. Každý den je jiný. Jiný je i vztah s pacienty. Většinou se známe, co se týče dlouhodobých návštěv. Víím, co mě čeká.“</i>

Komentář: Z těchto odpovědí lze vyvodit, že sestry mají většinou pozitivní postoj ke své práci. Oceňují různorodost úkolů, setkávání se s různými lidmi a vytváření vztahů s klienty. Zejména u dlouhodobých klientů předem ví, co mohou očekávat a mohou se připravit. Spokojenost s kolektivem a možností vzájemné pomoci vnímají jako důležitou složku, aby byly spokojené nebo dokonce neuvažovaly o odchodu ze zaměstnání.

Tabulka č. 19 Relaxační techniky

Otázka č. 17: Jak se dokážete mimo práci "vypnout"? (rodina, koníčky, relaxace)	
S1	<i>„S přítelem rádi cestujeme, trávíme čas s kamarády nebo jen tak odpočíváme a sledujeme na Netflixu kriminálky. V létě jezdíme k moři, pokud nám to vyjde.“</i>
S2	<i>„Dříve jsme hodně cestovali, poznávali Česko i zahraničí. Dnes volné dny trávím nejčastěji s rodinou, starám se o dům, zahrádku. Mým největším štěstím a relaxací jsou momentálně moji vnoučci.“</i>
S3	<i>„Jak kdy, většinou uklízím, když mám náladu a je teplo jezdíme na kole. Ráda si přečtu dobrou knížku, zajdu s manželem na dobrou večeři.“</i>
S4	<i>„Trávím volný čas se čtyřletou dcerou a manželem.“ Pokud máme hlídání, rádi s manželem zkusíme novou kuchyni, teď jsme si oblíbili řeckou a nepálskou. Celkově si užíváme jeden druhého.“</i>

Komentář: Participantky ve svém volnu dbají na odpočinek a relaxaci. Dokáží si od práce oddychnout u svých oblíbených filmů či dobrého jídla.

Tabulka č. 20 Hranice soukromého a pracovního života

Otázka č. 18: Jak se stavíte k situaci, kdyby Vás klient nebo jeho rodina kontaktovali ve Vašem pracovním volnu?	
S1	<i>„Někteří pacienti mi volají kdykoliv. Spíše to vadí mému okolí, když jsme na výletě a někdo mi začne volat.“</i>
S2	<i>„Klienti jsou poučeni, že pokud se to netýká závažné, neodkladné situace zdravotního stavu, vyřešíme vše druhý den, popřípadě po víkendu.“</i>
S3	<i>„Někdy se stane, že se přihodí nenadálá situace, tak se vyřeší. Příjemné to není, pokud jsem někde s manželem nebo v obchodě, ale sami volají spíše vrchní sestře.“</i>
S4	<i>„Občas se stane, že mi někdo zavolá nebo napíše SMS i když mám volno, ale to jsou opravdu výjimky. Snažím se vždy slušně naznačit, že nejsem v práci a pokud to není nic akutního, počká to.“</i>

Komentář: Z odpovědí vyplývá, že S2, S3 i S4 jsou poměrně jasně nastaveny pomyslné mantinely komunikace s klienty v pracovním volnu. Participantka č. 1 se svěřila, že někdy klientům nedokáže říct ne. Má obavy, že by mohla vzbudit negativní vztahy s klienty.

Tabulka č. 21 Spokojenost v životě

Otázka č. 19: Jak byste ohodnotila celkovou spokojenost se svým životem na škále od jedné (nejhorší) po deset (nejlepší)?	
S1	„7.“
S2	„8.“
S3	„8.“
S4	„5.“

Komentář: Participantky S2 a S3 překvapivě uvedly, že vnímají kvalitu svého života velmi nadprůměrně. S1 byla hned v závěsu, kdy pocítuje vysokou spokojenost se svým životem. Participantka S4 vnímá svůj život průměrně kvalitně.

Kvalita života může být chápána jako klíčový prvek pro šťastný a naplněný život. Zahrnuje mnoho aspektů, z oblasti zdraví, vztahů a přítomného smyslu a radosti ze života. Kvalitní život znamená být schopen se těšit z malých radostí, nalézat harmonii mezi prací a odpočinkem a cítit se naplněný vnitřním klidem.

6 DISKUZE

V praktické části bakalářské práce probíhalo výzkumné šetření, jehož hlavním cílem bylo zjistit subjektivně percipovanou míru zátěže z pohledu sester pracujících v domácí péči. Pomocí předem připravených polostrukturovaných rozhovorů se zjišťovaly odpovědi na otázky, které se vztahovaly k celkem třem dílčím cílům. Obsahem dílčích cílů bylo vnímání pracovní zátěže participantek, zjistit jak se orientují v problematice syndromu vyhoření a jaký mají pohled na kvalitu života. Dle předem stanovených kritérií byly do výzkumu vybrány celkem čtyři participantky, se kterými byl dle etických zásad proveden rozhovor.

Prvním dílčím cílem bylo zjistit, jak informantky vnímají zátěž ve své profesi.

K prvnímu dílčímu cíli se vztahují otázky č. 1 - 9. Všechny participantky se nezávisle na sobě shodují, že pokud jsou vystaveny vysokému pracovnímu zatížení, pociťují nedostatek času. Vlivem toho mají problémy s administrativou, zatěžují mysl a jsou ve stresu, aby zachovaly kvalitní péči u klientů. Z odpovědí participantek vyplývá, že fyzická manipulace s klienty je vnímána jako součást jejich práce v domácí péči. Dvě participantky hodnotí práci sestry v domácí péči za průměrně fyzicky náročnou z důvodu toho, že fyzická zátěž u nich není tak častá. Dvě participantky zvládají manipulaci s náročnými klienty samy. Jedna participantka upřednostňuje spolupráce s kolegy. A jedna participantka čerpá převážně ze správné techniky manipulace s klienty. Všechny participantky se shodují na tom, že využívají pomůcky k manipulaci s klienty. Jedná se o pomůcky, které mají klienti u sebe doma. Dále se participantky shodují na vyšší zátěži způsobenou vnějšími, zejména teplotními vlivy. Dvě participantky upřednostňují přátelskou atmosféru a jistotu, zatímco další dvě vzájemné vztahy a důvěru s klienty. Tato variabilita ve výběru preferovaných typů klientů je důležitá pro zvládnutí psychické zátěže participantek, které pracují v domácích podmínkách. Z odpovědí u otázky, kde měly popsat stres je patrné, že pro všechny participantky je psychická zátěž spojena s nepříjemnými pocity na hrudi a úzkostí. Stres má tedy negativní vliv na jejich psychický a fyzický stav. Za nejvíce stresující faktor považují úmrtí klientů všechny participantky. Dvě participantky popisují za náročné umět se vypořádat s osudy druhých, je zde vidět určité citové ovlivnění blízkými vztahy s klienty. Další častou psychickou zátěží, která je spojena s terénní prací, uvádějí tři participantky a tou je řízení automobilu.

Z výše uvedených informací vyplývá, s jakými zátěžovými faktory se participantky ve své profesi setkávají. Jakým způsobem zátěž vnímají a jak na ně působí. První dílčí cíl byl splněn.

Druhým dílčím cílem bylo zjistit, zda se informantky orientují v problematice syndromu vyhoření a zda s ním mají nějakou zkušenost.

K druhému dílčímu cíli se vztahují otázky č. 10 - 12. Dvě participantky nezaznamenaly žádné případy syndromu vyhoření u sebe ani v okolí. Jedna participantka na sobě pozorovala spíše stres než úplné vyhoření a nezná v okolí nikoho, kdy by se setkal se syndromem vyhoření. Jedna participantka si prošla těžkým obdobím, kdy byla velmi vyčerpaná. Ve svém okolí se setkala se syndromem vyhoření u kolegyně při pandemii COVID-19. Dvě participantky se v odpovědích shodují, že je potřebné vyhledat odbornou pomoc, pokud jsme vyčerpaní po fyzické i psychické stránce. Dvě participantky jsou toho názoru, že odborníka bychom měli vyhledat co nejdříve. Dvě participantky se shodují na tabuizovaném tématu, kdy zastávají názor, že návštěva odborníka z psychických příčin není něco, za co bychom se měli stydět. Všechny participantky si myslí, že za vznikem syndromu vyhoření stojí souhra více vlivů. Nejčastěji zmíněné byly vysoké nároky na výkon a vědomosti, špatné vztahy s druhými, pomáhající profese a nízké platové ohodnocení. K tomu jedna participantka přidává hypersenzitivní povahu a další participantka zmiňuje stereotypní práci spolu se špatnými pracovními podmínkami. Jedna participantka poukazuje na šikanu na pracovišti a další participantka na rychlý rozvoj v oblasti technologie.

Z výše uvedených informací je patrné, že se participantky orientují v problematice syndromu vyhoření, žádná nedisponuje osobní zkušeností. Druhý dílčí cíl byl splněn.

Třetím dílčím cílem bylo zjistit pohled sester na kvalitu jejich života.

K třetímu dílčímu cíli se vztahují otázky číslo 13 - 19. Tyto otázky byly zaměřeny na různé aspekty života sester, včetně pracovního prostředí, osobního života, rovnováhy mezi prací a soukromým životem a pocitu spokojenosti se svým životem.

Pod pojmem kvalita života si participantky představují stav, ve kterém jsou celkově spokojeny se svým životem. Participantky se jednoznačně shodly, že je pro všechny nejdůležitější zdraví. Podle odpovědí participantek má práce ve zdravotnictví rozmanitý vliv na jejich osobní život. Participantky zaujímaly většinou pozitivní postoj k práci, ocenily rozmanitost úkolů, setkávání se s různými lidmi a vytváření vztahů s klienty.

Spokojenost s kolektivem a možností vzájemné pomoci byly také důležitými faktory, které patří k jejich spokojenosti v zaměstnání. V rámci volného času dbají na odpočinek a relaxaci. Některé z nich poskytují určité mantinely v komunikaci s klienty během volna. Zajímavým zjištěním bylo, že některé participantky vnímají kvalitu svého života nadprůměrně. Nicméně, z odpovědí vyplývá, že i participantka, která vnímá svůj život méně kvalitně než ostatní, pociťuje celkovou spokojenost se svým životem.

Z výše uvedených informací bylo zjištěno, jak participantky vnímají kvalitu života, co je pro ně v životě největší prioritou a jak vnímají spokojenost se svým životem. Třetí dílčí cíl byl splněn.

Splněním těchto tří dílčích cílů vplynuly potřebné informace, které byly nezbytné pro konečné vyhodnocení hlavního cíle.

Hlavním cílem práce bylo zjistit subjektivně percipovanou míru zátěže z pohledu sester pracujících v domácí péči. Z výzkumu vplynuly potřebné informace týkající se vnímané míry zátěže a hlavní cíl byl tímto splněn. Participantky se shodly na tom, že daleko více vnímají psychickou zátěž než fyzickou. Dále uvedly, že stres se projevuje na jejich tělesném i duševním zdraví ve formě úzkosti, napětí a potíží se soustředěním. Sestry patří k pomáhající profesi, se kterou souvisí častý výskyt zátěže. Z informací vyplývá, že se snaží oddělit pracovní a osobní život, dbají na odpočinek a relaxaci, což přispívá k jejich celkové spokojenosti s kvalitou života i přes náročnost jejich povolání.

Doporučení pro praxi

Subjektivní pohled participantek je individuální zkušeností, která je ovlivněna mnoha faktory, včetně jejich osobních vlastností, pracovního prostředí a podmínek. Participantky v této bakalářské práci představují limitovanou skupinu všeobecných sester pracujících v domácí péči a jejich subjektivní pohled nelze generalizovat na všechny sestry, které v domácí péči pracují.

Nicméně v praktické části bylo zjištěno několik oblastí, které ovlivňují psychickou zátěž participantek. Jednou z nich byla situace, kdy klienti kontaktují participantky v jejich osobním volnu. „Už jsem zažila pár takových klientů. Ale byli poučeni, že pokud se to netýká závažné, neodkladné situace zdravotního stavu, vyřešíme vše druhý den, popřípadě po víkendu.“ Tímto způsobem sestra ukazuje, že je možné nastavit hranice a oddělit svůj pracovní život od soukromého života a tím zmírnit nepříjemné situace, které jsou zatěžující.

Obecné doporučení dále mohou zahrnovat celkovou péči o naše duševní zdraví, vyhrazení času pro sebe, odpočívání, využívat při manipulaci s klientem kompenzační pomůcky a celkově se fyzicky zbytečně nepřetěžovat. Při potížích se nebát kontaktovat odborníka, svěřit se s problémy i blízkým.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zabývala subjektivním vnímáním psychické zátěže a kvality života sester pracujících v domácí péči. Téma této práce bylo vybráno z osobního zájmu a motivace autorky, která má k tomuto tématu blízký vztah a zároveň vlastní zkušenosti jako pečovatelka v domácí péči. Právě tato zkušenost přinesla povědomí o tom, jak náročný, ale zároveň zajímavý je tento obor. Práce vznikala za pomoci sdílených zkušeností všeobecných sester, které disponují rozmanitou praxí v oblasti domácí péče.

Teoretická část práce se zaměřuje na klíčová témata spojená s domácí péčí, povoláním sestry a kvality života. První část se zabývá domácí péčí, která zahrnuje historický kontext jejího vývoje, koncepci, výhody a významu této formy péče. Dále se práce věnuje vývoji ošetrovatelství a současnému stavu, hlubšímu pohledu do rolí sester a náplni jejich práce. Poslední kapitola je věnována kvalitě života s důrazem na zátěžové faktory ve zdravotnictví, stres a syndrom vyhoření.

Praktická část byla vypracována za pomoci polostrukturovaného rozhovoru. Na otázky odpovídaly čtyři všeobecné sestry domácí péče. V průběhu rozhovorů bylo zajištěno soukromí, aby se cítily uvolněně a komfortně.

Participantky uvedly, že se v domácí péči setkávají s výzvami a zátěží, které mohou mít negativní vliv na jejich psychické blaho. Za nejčastější příčinu stresu označily emocionálním vyčerpání, vysokou míru odpovědnosti či narušení rovnováhy mezi pracovním a osobním životem. Nicméně je důležité zdůraznit, že sestry se vyrovnávají s výzvami a zátěží s výraznou profesionalitou a odhodláním poskytovat kvalitní péči svým klientům. Z výzkumu vyplynulo, že participantky jsou motivované a angažované ve své práci. Dokáží nalézt zdroje resilience a adaptovat se na náročné situace. V závěru lze říci, že problematika psychické zátěže sester pracujících v domácí péči je komplexní a vyžaduje i komplexní přístup.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BÁRTLOVÁ S. Profese sestry, profesionalita a elitářství v ošetrovatelské činnosti z hlediska sociologie. *Kontakt*. 2007;9(2):254-259. doi: 10.32725/kont.2007.039.
- BLATNÝ, M. 2010. *Psychologie osobnosti: hlavní témata, současné přístupy*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3434-7.
- BOUČEK, J. a kol., 2001. *Obecná psychiatrie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-0240-8.
- BRŮHA, D. a E. PROŠKOVÁ, 2011. *Zdravotnická povolání*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika. ISBN 978-80-7357-661-5.
- DVOŘÁČKOVÁ, D., 2012. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4138-3.
- FARKAŠOVÁ, D., 2005. *Ošetrovatelstvo teória*. Martin: Osveta. ISBN 80-806-3182-4.
- GURKOVÁ, E., 2011. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3625-9.
- HARTL, P. a H. HARTLOVÁ, 2000. *Psychologický slovník*. Praha: Portál. ISBN 80-717-8303-X.
- HARTL, P. a H. HARTLOVÁ, 2010. *Velký psychologický slovník*. Ilustroval Karel NEPRAŠ. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-686-5.
- HENDL, J., 1997. *Úvod do kvalitativního výzkumu*. Praha: Karolinum. ISBN 80-718-4549-3.
- HOSÁK, L., M. HRDLIČKA, J. LIBIGER, 2015. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-802-4629-988.
- JAROŠOVÁ, D., 2007. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2150-7.
- KAFKOVÁ, V., 1992. *Z historie ošetrovatelství*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. ISBN 80-701-3123-3.
- KEBZA, V. a I. ŠOLCOVÁ, 2003. *Syndrom vyhoření: (informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu)*. 2., rozš. a dopl. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav. ISBN 80-707-1231-7.

- KŘIVOHLAVÝ, J. 2012, *Hořet, ale nevyhořet*. 2. přeprac. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. ISBN 978-80-7195-573-3.
- KŘIVOHLAVÝ, J., 2013. *Jak zvládat depresi*. 3., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Grada. Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-4774-3.
- KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2713-4.
- KUTNOHORSKÁ, J., 2010. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3224-4.
- MAREŠ, J., 2006. *Kvalita života u dětí a dospívajících*. Brno: MSD. ISBN 80-866-3365-9.
- MASTILIAKOVÁ, D., 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5376-8.
- MELLANOVÁ, A., 2017. *Psychosociální problematika v ošetrovatelské profesi* [online]. Praha: Grada Publishing [cit. 2023-04-04]. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5589-2.
- MLÝNKOVÁ, J., 2011. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3872-7.
- OLECKÁ, I. a K. IVANOVÁ, 2010. *Metodologie vědecko-výzkumné činnosti*. Olomouc: Moravská vysoká škola Olomouc. ISBN 978-80-87240-33-5.
- PAVLÍKOVÁ, S., 2007. *Modely ošetrovatelství v kocke*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-1918-4.
- PEŠEK, R, J. PRAŠKO, 2016. *Syndrom vyhoření: jak se prací a pomáháním druhým nezničit: pohledem kognitivně behaviorální terapie*. V Praze: Pasparta. ISBN 978-80-88163-00-8.
- PLEVOVÁ, I. a R. BUŽGOVÁ, 2011. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3557-3.
- PLEVOVÁ, I., 2018. *Ošetrovatelství I*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0888-6.
- PRAŠKO, J., M. HOLUBOVÁ, 2017. *Sociální fobie a její léčba*. Praha: Grada Publishing. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4758-411.
- RABENSEIFEROVÁ, Z. 2010. *Práce sestry v agenturách domácí péče*. SESTRA. 15721, 13. leden 2010, 1/2010, str. 37

ROTHSCHILD, B., 2015. *Tělo nezapomíná: psychofyziologie a léčba traumatu*. Praha: Maitrea. ISBN 978-80-7500-122-1.

SCHMIDBAUER, W., 2008. *Syndrom pomocníka: [podněty pro duševní hygienu v pomáhajících profesích]*. Praha: Portál. Spektrum (Portál). ISBN 978-80-7367-369-7.

SLEZÁČKOVÁ, A., 2012. *Průvodce pozitivní psychologií*. Praha: Grada. ISBN 978-8-247-8017-7.

STAŇKOVÁ, M. *Z historie charitativní a řádové ošetrovatelské péče*. Sestra. 2003, roč. 13, no. 2, s. 18, ISSN 1210-0404.

STOCK, Ch., 2010. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada. Poradce pro praxi. ISBN 978-80-247-3553-5.

ŠKUBOVÁ, J. a H. CHVÁTALOVÁ, 2004. *Sestra: o životní cestě ženy, která dala svému povolání nový smysl*. V Brně: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-701-3407-0.

ŠMARDA, J. a kol., 2007. *Biologie pro psychology a pedagogy*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-343-7.

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

Internetové zdroje:

Co je regulovaná činnost či povolání?, © 2013 – 2023. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy [online]. [cit. 2023-04-04]. Dostupné z: <https://www.msmt.cz/mezinarodni-vztahy/co-je-regulovana-cinnost-ci-povolani>

Časopis lékařů českých [online], 2017. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, 156(2) [cit. 2023-04-10]. ISSN 1805-4420. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2017-2/download?hl=cs>

Florence: *odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky* [online], © 2020. Care Comm [cit. 2023-04-04]. ISSN 2570-4915. Dostupné z: <https://www.florence.cz/odborne-clanky/florence-plus/historie-oseetrovatelskych-skol/>

Koncepce 2020. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [online]. [cit. 2023-04-04].

Dostupné z:

https://www.mzcr.cz/wpcontent/uploads/2020/10/Koncepce_DP_po_II_VPR_final.pdf

Novinky v roce 2022 při poskytování zdravotní péče ve vlastním sociálním prostředí, © 2023. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [online]. Praha [cit. 2023-04-06].

Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/novinky-v-roce-2022-pri-poskytovani-zdravotni-pecce-ve-vlastnim-socialnim-prostredi/>

WHOQOL Measuring Quality of life: PROGRAMME ON MENTAL HEALTH [online],

1997. In: WHO [cit. 2023-05-04]. Dostupné z:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63482/WHO_MSA_MNH_PSF_97.4.pdf?sequence=1&isAllowed=y

WHOQOL User Manual: PROGRAMME ON MENTAL HEALTH [online], 2012. In: .

WHO [cit. 2023-05-04]. Dostupné z:

<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/110129/retrieve>

Zákon č. 48/1997 Sb. Zákon o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, Parlamentu České republiky (Zákon o veřejném zdravotním pojištění). In: *Zákony pro lidi* [online]. AION CS, s.r.o. 2010-2023 [cit. 2023-04-19]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1997-48>

ZDRAVOTNICTVÍ ČR: Stručný přehled činnosti oboru domácí zdravotní péče za období 2007–2020, © 2023. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky [online].

Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky [cit. 2023-04-02].

Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008403/nzis-rep-2021-k31-a089-domaci-zdravotni-pecce-2020.pdf>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ACTH	Adrenokortikotropní hormon
ADP	Agentura domácí péče
ČSČK	Československý červený kříž
ČR	Česká republika
DP	Domácí péče
DZP	Domácí zdravotní péče
EU	Evropská unie
MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
S1	Participantka 1 (sestra 1)
S2	Participantka 2 (sestra 2)
S3	Participantka 3 (sestra 3)
S4	Participantka 4 (sestra 4)
SZŠ	Střední zdravotnická škola
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
VŠ	Vysoká škola
WHOQOL	WHO Quality of Life (WHO Kvalita života)

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 Délky rozhovorů	44
Tabulka č. 2 Identifikační údaje	45
Tabulka č. 3 Vyvážená práce	47
Tabulka č. 4 Mimořádné pracovní přetížení	47
Tabulka č. 5 Manipulace s klienty	48
Tabulka č. 6 Usnadnění práce s pomůckami	48
Tabulka č. 7 Fyzická zátěž.....	49
Tabulka č. 8 Preferovaný klient.....	49
Tabulka č. 9 Představa o stresu.....	50
Tabulka č. 10 Stresové situace.....	50
Tabulka č. 11 Mimořádně stresující situace	51
Tabulka č. 12 Zkušenost se syndromem vyhoření.....	52
Tabulka č. 13 Pomoc odborníka	53
Tabulka č. 14 Faktory vzniku syndromu vyhoření	53
Tabulka č. 15 Pohled na kvalitu života.....	54
Tabulka č. 16 Životní priority.....	54
Tabulka č. 17 Vliv povolání v životě.....	55
Tabulka č. 18 Pracovní spokojenost	56
Tabulka č. 19 Relaxační techniky	57
Tabulka č. 20 Hranice soukromého a pracovního života.....	57
Tabulka č. 21 Spokojenost v životě	58

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Seznam rozhovorových otázek	71
Příloha P II: Originální přepis rozhovoru participantky S2	72

PŘÍLOHA P I: SEZNAM ROZHOVOROVÝCH OTÁZEK

1. Jak vnímáte množství klientů, které za směnu ošetříte?
2. Nastávají situace, kdy máte z určitého důvodu vyšší počet klientů, než uvádíte v předchozí odpovědi? Pokud ano, jak tato situace ovlivňuje Vaši práci?
3. Jak vnímáte fyzickou manipulaci s klienty?
4. Máte k dispozici pomůcky pro snadnější manipulaci s Vašimi klienty. Pokud ano, jaké využíváte?
5. Jak moc je pro Vás práce v domácí péči celkově fyzicky náročná?
6. S jakými typy klientů se Vám pracuje nejlépe?
7. Co pro Vás znamená stres?
8. Do jakých stresových situací se v práci dostáváte?
9. Dokážete popsat, které situace jsou nejvíce stresující?
10. Setkala jste se už někdy u sebe nebo v okolí se syndromem vyhoření?
11. Kdy si myslíte, že je na čase vyhledat odbornou pomoc?
12. Co si myslíte, že má největší vliv na vznik syndromu vyhoření?
13. Co si představujete pod pojmem kvalita života?
14. Co je pro Vás v životě nejdůležitější?
15. Jakým způsobem ovlivňuje práce ve zdravotnictví Váš osobní život?
16. Jak jste spokojena ve svém zaměstnání, děláte ráda svoji práci?
17. Jak se dokážete mimo práci "vypnout"? (rodina, koníčky, relaxace)
18. Jak se stavíte k situaci, kdyby Vás klient nebo jeho rodina kontaktovali ve Vašem pracovním volnu?
19. Jak byste ohodnotila celkovou spokojenost se svým životem na škále od jedné (nejhorší) po deset (nejlepší)?

PŘÍLOHA P II: ORIGINÁLNÍ PŘEPIS ROZHOVORU
PARTICIPANTKY S2

Otázka č. 1: Jak vnímáte množství klientů, které za směnu ošetříte?	
S2	<i>„Máme dobrou vedoucí, která nám přizpůsobuje rozpis klientů, tak abychom měly sestavu klientů vyváženou. Za den mám většinou asi 11 lidí. Tento počet je pro mě akorát.“</i>
Otázka č. 2: Nastávají situace, kdy máte z určitého důvodu vyšší počet klientů, než uvádíte v předchozí odpovědi? Pokud ano, jak tato situace ovlivňuje Vaši práci?	
S2	<i>„Ano stává se. Pokud mám třeba za týden velké množství pacientů. Na konci týdne už jsem opravdu unavená. Většinou mám resty v zápisech a podobně.“</i>
Otázka č. 3: Jak vnímáte fyzickou manipulaci s klienty?	
S2	<i>„Když vím, že je to opravdu těžký pacient, co se manipulace týče. Vezmu si kolegyni. Bud' zrovna může, nebo si to naplánujeme společně dopředu, ať máme čas obě a vypomůžeme si. Jednou já ji, podruhé ona mě. Máme dobrý kolektiv.“</i>
Otázka č. 4: Máte k dispozici pomůcky pro snadnější manipulaci s Vašimi klienty. Pokud ano, jaké využíváte?	
S2	<i>„Spíše čerpám z toho co má ten člověk doma. Pokud vidím, že by se nějaké hodily pořídit, doporučím nebo předám kontakt.“</i>
Otázka č. 5: Jak moc je pro Vás práce v domácí péči celkově fyzicky náročná?	
S2	<i>„Já už pracuju jako sestra skoro 30 roků. Pracovala jsem v ambulanci, na oddělení a tady v domácí péči je to tak něco mezi. Ani extrémně náročné, ale také ani úplná pohoda.“</i>

Otázka č. 6: S jakými typy klientů se Vám pracuje nejlépe?	
S2	<i>„Nejdůležitější jsou pro mě vzájemné vztahy s klienty. Pokud si rozumíme a je mezi námi důvěra. U starších klientů jsem ráda za přítomnost někoho blízkého, pokud je tato možnost. U starších klientů s demencí, se zrakovým, sluchovým postižením a podobně, v tom případě se dá s rodinou vykomunikovat spousta potřebných věcí.“</i>
Otázka č. 7: Co pro Vás znamená stres?	
S2	<i>„Stres, pokud není častý, se dá přežít. Už se mi párkrát stalo, že na můj vkus ho bylo hodně a v tom případě už se jedná o velice nekomfortní stav myslí i tělesna. V dnešním urychleném světě je bohužel stres všude.“</i>
Otázka č. 8: Do jakých stresových situací se v práci dostáváte?	
S2	<i>„Dnes a denně na cestách. To je kolikrát velký adrenalinový zážitek, o který ale nestojím. Ještě horší bývá zima a sníh. Celkově v zimě je u nás práce náročnější než v jiných obdobích. Přejít z tepla do zimy, brodíme se ve sněhu. Neustálé vysvlékání a oblékání na konci zimy nikoho nebaví. Zabírá to všechno hodně cenného času. Už jenom práce s lidmi je podle mě vždy stresující ve všech oborech. Tím více pokud ve zdravotnictví pracujeme s lidmi v různých fázích nemoci. Tím, že pracujeme samostatně, je důležité velké ostražitosti a zodpovědnosti za svou práci.“</i>
Otázka č. 9: Dokážete popsat, které situace jsou nejvíce stresující?	
S2	<i>„Práce s lidmi, být neustále nad věcí, nepřipouštět si bolestné osudy druhých k tělu, ovládat sebe sama. Občas je to vážně těžké. Být vystavena kontinuální koncentraci, dokázat převzít odpovědnost za svou odvedenou práci. Umět vycházet s kolegy ale i jinými lidmi na pracovišti, ovládat komunikaci.“</i>

Otázka č. 10: Setkala jste se už někdy u sebe nebo v okolí se syndromem vyhoření?	
S2	<i>„Byla jsem na školeních, kde jsem se o vyhoření dozvěděla spoustu informací. Na sobě jsem vždycky pociťovala, jak to říct, spíše asi stres, ale většinou souvisel s množstvím práce nebo nějakými špatnými vztahy v práci. Pamatuju si jednoho pana doktora, když měl službu, jeho přítomnost byla velmi stresující pro nás pro všechny. Naštěstí je to už dávná minulost. Stává se, že ne vždy je lehká také komunikace s klienty, většinou se jedná o nárazové, chvilkové stresy, vyčerpání. Nejsem si vědoma, jestli přímo někdo v okolí vyhořel, asi bych si pamatovala, kdyby ano.“</i>
Otázka č. 11: Kdy si myslíte, že je na čase vyhledat odbornou pomoc?	
S2	<i>„Jsem takového názoru, že se má vyhledat odborná pomoc, kdykoliv, kdy člověk cítí, že něco není v pořádku. I Když mě bolí břicho, noha, záda jdu k lékaři. Nejhorší je, že pokud nás něco bolí takzvaně na duši, odborníka se stydíme vyhledat, za mě je to ještě i v dnešní době stále tabuizované téma, lidi se stydí, bojí. Ale je pravda, že pomaličku se dostává psychologická terapie mezi lidi více, není to jako před x lety něco ostudného.“</i>
Otázka č. 12: Co si myslíte, že má největší vliv na vznik syndromu vyhoření?	
S2	<i>„S největší pravděpodobností dlouhodobý stres v práci, ať už se jedná o kolektiv, vedení, špatné pracovní podmínky, celkově práce s lidmi, stereotypní práce, špatné platové ohodnocení, vysoká pracovní vyčerpání.“</i>
Otázka č. 13: Co si představujete pod pojmem kvalita života?	
S2	<i>„Jestli jsme v životě zdraví a šťastní, spokojení, zda nám nic nechybí. Prostředí kde žijeme, jestli je dostatečný trh práce, dostatek potravin.“</i>
Otázka č. 14: Co je pro Vás v životě nejdůležitější?	
S2	<i>„Zdraví máme jen jedno a rodina.“</i>

Otázka č. 15: Jakým způsobem ovlivňuje práce ve zdravotnictví Váš osobní život?	
S2	<i>„Určitě ano, myslím, že každého jeho práce ovlivňuje. V tom pozitivním slova smyslu, jsou to zkušenosti a vědomosti. Vidím spoustu smutných příběhů, pak si uvědomuji jak je život křehký, nezatěžuju se zbytečnými starostmi, vrací mě to nohama na zem. Z toho negativního hlediska- souvisí s tím právě ten náhled do mnohdy stinné stránky života, co vše se může přihodit.“</i>
Otázka č. 16: Jak jste spokojena ve svém zaměstnání, děláte ráda svoji práci?	
S2	<i>„Pohybuji se v domácí péči už mnoho let, a pokud by mě nebavila, nedělala bych ji. Jsem venku na vzduchu, setkávám se s různými lidmi, zdravotními úkony. Pokud by byla práce jednotvárná, nevydržela bych v ní. Líbí se mi, kde pracuji, samozřejmě, že někdy se mi do práce nechce, tak jako každému. Ale to je snad normální. Pokud bychom měli špatný kolektiv a vedení, potom bych přemýšlela o změně, ale držela bych se směrem terénní péče. Dost se zajímám o hospicovou péči.“</i>
Otázka č. 17: Jak se dokážete mimo práci "vypnout"? (rodina, koníčky, relaxace)	
S2	<i>„Dříve jsme hodně cestovali, poznávali Česko i zahraničí. Dnes volné dny trávím nejčastěji s rodinou, starám se o dům, zahrádku. Mým největším štěstím a relaxací jsou momentálně moji vnoučci.“</i>
Otázka č. 18: Jak se stavíte k situaci, kdyby Vás klient nebo jeho rodina kontaktovali ve Vašem pracovním volnu?	
S2	<i>„Už jsem zažila pár takových klientů. Ale byli poučeni, že pokud se to netýká závažné, neodkladné situace zdravotního stavu, vyřešíme vše druhý den, popřípadě po víkendu.“</i>

Otázka č. 19: Jak byste ohodnotila celkovou spokojenost se svým životem na škále od jedné (nejhorší) po deset (nejlepší)?

S2

„8.“