

Dětská paliativní péče a její dopad na psychiku sester

Nikola Odlerová

Bakalářská práce
2025



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2024/2025

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: Nikola Odlerová
Osobní číslo: H22708
Studijní program: B0913P360015 Všeobecné ošetřovatelství
Forma studia: Kombinovaná
Téma práce: Dětská paliativní péče a její dopad na psychické zdraví sester

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.
Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti dětské paliativní péče a její psychické zátěži u sester.
Příprava metodiky kvalitativního výzkumu.
Formulace kritérií pro výběr participantů.
Realizace kvalitativního výzkumu technikou polostrukturovaného rozhovoru.
Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných informací.
Prezentace výsledků kvalitativního výzkumu, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

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

Seznam doporučené literatury:

BUŽGOVÁ, Radka a SIKOROVÁ, Lucie. *Dětská paliativní péče*. Praha: Grada, 2019. ISBN 978-80-271-0584-7.
KUPKA, Martin. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4650-0.
MILFAIT, René a STEINLAUF, Barbora. *Etika a právo v péči o rodiny po ztrátě dítěte: perinatální ztráta a perinatální paliativní péče*. Praha: Grada, 2024. ISBN 978-80-271-5268-1.
PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské odolnosti*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-247-5646-2.
POPA, Maria Valentina; MÎNDRU, Dana Elena; HIZANU (DUMITRACHE), Mihaela et al. Stress Factors for the Paediatric and Adult Palliative Care Multidisciplinary Team and Workplace Wellbeing Solutions. Online. *Healthcare*. 2024. Vol. 12, no. 9. ISSN 2227-9032. Dostupné z: doi:10.3390/healthcare12090868 [cit. 2024-11-01].

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Andrea Hoffmannová**
Ústav zdravotnických věd

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

L.S.

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan

Mgr. Věra Vránová, Ph.D.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 9. ledna 2025

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně dne

.....
podpis autora

ABSTRAKT

Dětská paliativní péče klade vysoké psychické nároky na sestry, které pečují o nevléčitelně nemocné děti a jejich rodiny. Tato bakalářská práce se zabývá dopady této péče na psychické zdraví sester, rizikovými faktory zátěže a možnostmi prevence. Výzkum byl realizován kvalitativní metodou pomocí polostrukturovaných rozhovorů s pěti sestrami. Výsledky ukazují, že největší zátěž představují opakovaná úmrtí, emočně náročná komunikace a nedostatek systémové podpory. Za klíčové prvky prevence vyhoření byly označeny týmová opora, sdílení, psychohygiena a dostupná supervize.

Klíčová slova: dětská paliativní péče, psychická zátěž, syndrom vyhoření, sestra, podpora

ABSTRACT

Pediatric palliative care places high psychological demands on nurses caring for terminally ill children and their families. This bachelor thesis examines the impact of such care on nurses' mental health, identifies risk factors of psychological burden, and explores prevention strategies. The research was conducted using a qualitative method through semi-structured interviews with five nurses. The findings show that the greatest burdens include repeated child deaths, emotionally challenging communication, and lack of systemic support. Key protective factors identified were team support, peer sharing, self-care practices, and access to supervision.

Keywords: pediatric palliative care, mental health, burn out syndrome, nurse, support

OBSAH

ÚVOD.....	11
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 DĚTSKÁ PALIATIVNÍ PÉČE	13
1.1 KATEGORIZACE DĚTÍ, KTERÉ POTŘEBUJÍ PALIATIVNÍ PÉČI	14
1.2 ETICKÉ ASPEKTY DĚTSKÉ PALIATIVNÍ PÉČE	15
2 DĚTSKÁ PALIATIVNÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE	17
2.1 LEGISLATIVA DĚTSKÉ PALIATIVNÍ PÉČE	18
3 PSYCHICKÁ ZÁTĚŽ V DĚTSKÉ PALIATIVNÍ PÉČI.....	22
3.1 SYNDROM VYHOŘENÍ	23
3.2 PREVENCE A PODPORA	24
II PRAKTICKÁ ČÁST.....	27
4 PRAKTICKÁ ČÁST.....	28
4.1 METODIKA	28
4.2 VÝZKUMNÝ CÍL	28
4.3 TECHNIKA VÝZKUMU	28
4.4 CHARAKTERISTIKA PARTICIPANTŮ	29
4.5 ORGANIZACE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	30
4.6 ZPRACOVÁNÍ A ANALÝZA DAT	31
5 VÝSLEDKY.....	32
5.1 ANALÝZA DAT ROZHovorŮ	32
7. DISKUZE	43
8. DOPORUČENÍ PRO PRAXI	46
ZÁVĚR	48
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	49
SEZNAM TABULEK.....	54

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	55
SEZNAM PŘÍLOH.....	56

ÚVOD

Dětská paliativní péče je relativně novým oborem, kterému je třeba věnovat větší pozornost. Téma dětské smrti a umírání je ve společnosti často tabuizováno, což vede k nedostatku otevřené diskuse i omezené dostupnosti informací o této problematice. Mnoho lidí se této oblasti vyhýbá, protože se jedná o velmi citlivé téma spojené s hlubokým smutkem a emocemi. Tento postoj se odráží i v prostředí zdravotnictví, kde se paliativní péče u dětí stále neřadí mezi dostatečně probádané a rozvíjené oblasti.

Sestry, které se věnují dětské paliativní péči, jsou denně konfrontovány nejen s náročnou odbornou péčí o nevléčitelně nemocné děti, ale především s intenzivními emocemi, prožitky rodin a opakovaným kontaktem se smrtí. Tato realita s sebou nese riziko psychického přetížení, emočního vyčerpání a v dlouhodobém důsledku i syndromu vyhoření. Ačkoli je jejich práce nezastupitelná, často chybí odpovídající systém podpory, který by jim pomáhal tuto náročnou profesní roli zvládat.

Cílem této práce je analyzovat dopady dětské paliativní péče na psychiku sester a přiblížit, jakým způsobem tuto zátěž vnímají a zvládají. Práce se zaměřuje na klíčové faktory psychického zatížení, strategie zvládání stresu a význam týmové podpory i osobního naplnění. Součástí je také reflexe aktuální situace v České republice, která v této oblasti stále nabízí řadu výzev a prostor pro zlepšení. Zmapování této problematiky může přispět nejen k lepším pracovním podmínkám sester, ale i k celkové podpoře dětské paliativní péče a větší společenské diskusi o tomto tématu.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 DĚTSKÁ PALIATIVNÍ PÉČE

Dětská paliativní péče představuje specifickou oblast ve zdravotnictví, která se zaměřuje na zmírnění utrpení a zajištění co nejlepší kvality života u dětí s život limitujícími nebo ohrožujícími onemocněními. Na rozdíl od péče o dospělé, může paliativní péče u dětských pacientů trvat i několik let. Proto se zde klade velký důraz nejen na samotného pacienta, ale také na podporu celé jeho rodiny (Bužgová, Sikorová et al., 2019).

Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) představuje dětská paliativní péče aktivní a komplexní přístup, který se zaměřuje na celkové potřeby dítěte – tedy tělesné, psychické i duchovní. Nedílnou součástí této péče je rovněž cílená podpora celé rodiny. Péče by dle WHO měla být zahájena již v okamžiku stanovení závažné diagnózy a měla by pokračovat bez ohledu na to, zda dítě zároveň podstupuje léčbu zaměřenou na samotné onemocnění. WHO zároveň zdůrazňuje, že zajištění přístupu k paliativní péči pro děti je etickým závazkem každého zdravotnického systému (WHO, 2018).

Z globálního hlediska WHO odhaduje, že ročně potřebuje paliativní péči přibližně 21 milionů dětí, z čehož 8 milionů vyžaduje specializovanou paliativní péči. Tato péče zahrnuje kontrolu bolesti, psychickou podporu, řešení sociálních dopadů onemocnění a další intervence, které přispívají ke zlepšení kvality života (WHO, 2018).

Evropská asociace pro paliativní péči (EAPC) definuje dětskou paliativní péči jako aktivní, celostní přístup, který zohledňuje fyzické, psychické, sociální i spirituální potřeby dítěte, přičemž se přizpůsobuje jeho věku a vývojové úrovni (Bužgová, Sikorová et al., 2019). Klíčová doporučení v této oblasti formulovala také mezinárodní iniciativa International Meeting for Palliative Care in Children (IMPaCCT), která vznikla v roce 2006 jako výsledek spolupráce evropských odborníků. IMPaCCT zdůrazňuje, že dětská paliativní péče by měla být dostupná již od okamžiku stanovení diagnózy život ohrožujícího onemocnění a měla by být poskytována multidisciplinárním týmem. Cílem této péče je nejen zmírnění utrpení dítěte, ale také podpora celé rodiny v průběhu nemoci i po úmrtí dítěte (Craig et al., 2008).

Dle Bužgové a Sikorové (2019) je paliativní péče o děti vnímána jako kontinuální proces, který neklade důraz pouze na závěr života, ale snaží se o co nejkvalitnější prožívání

každodenního života dítěte i jeho blízkých. Do péče se zapojuje široké spektrum odborníků – lékaři, sestry, psychologové, sociální pracovníci a další specialisté.

Dětská paliativní péče reflektuje specifické potřeby nejen nemocného dítěte, ale i jeho rodiny. Etický rámec péče vyzdvihuje důležitost respektu k lidské důstojnosti, otevřené komunikace a rozhodování v souladu s nejlepším zájmem dítěte (Milgait, Steinlauf, 2024).

1.1 Kategorizace dětí, které potřebují paliativní péči

Dle výše uvedených informací dětská paliativní péče představuje komplexní přístup k pacientům, kteří trpí životem ohrožujícími nebo limitujícími nemocemi. Vzhledem k různým typům onemocnění, je nezbytné rozlišovat několik skupin dětských pacientů, kteří vyžadují tuto specifickou péči. Podle definice Royal College of Paediatrics and Child Health (RCPCH) a organizace Association for Children's Palliative Care (ACT), lze děti v paliativní péči rozdělit do čtyř hlavních skupin (Bužgová, Sikorová et al., 2019). V poslední době byla však přidána pátá kategorie, která se zaměřuje na děti s diagnózami neslučitelnými se životem, a to i v prenatálním stádiu. Tímto krokem se významně rozšířil rámec paliativní péče (Milfait, Steinlauf, 2024).

První skupina zahrnuje pacienty, které trpí život ohrožujícím onemocněním, jež může být léčeno kurativními metodami. Zde ale existuje vysoké riziko, že léčba nebude úspěšná. U těchto dětí se paliativní péče poskytuje spolu s kurativními snahami, ale postupně přechází na plně paliativní přístup, pokud se léčba ukáže jako neúčinná (Bužgová, Sikorová et al., 2019; Milfait, Steinlauf, 2024).

Druhou skupinu tvoří děti s progresivními, život ohrožujícími onemocněními, kde je sice možno provádět léčbu, ale předčasná smrt je nevyhnutelná. Tento typ dětí zahrnuje například pacienty s cystickou fibrózou, Duchennovou muskulární dystrofií nebo s jinými genetickými poruchami, které postupně vedou k závažným zdravotním problémům (WHO, 2018).

Třetí skupina se zaměřuje na děti s progresivními nemocemi, které nejsou léčeny kurativně, ale paliativní péče je poskytována s cílem zmírnit symptomy. Příklady zahrnují

neurodegenerativní poruchy, jako je například spinální muskulární atrofie, která postupně oslabuje svaly a zhoršuje schopnost dítěte pohybovat se (Milfait, Steinlauf, 2024).

Čtvrtá skupina zahrnuje děti s těžkým zdravotním postižením, které mají závažné neurologické nebo vývojové poruchy. Tyto děti vyžadují komplexní podpůrnou péči, jako je to u dětí s těžkou epilepsií nebo dětskou mozkovou obrnou (Bužgová, Sikorová et al., 2019; Together for Short Lives, 2018).

Pátou skupinu tvoří děti s diagnózami neslučitelnými se životem, například s vrozenými malformacemi nebo onemocněními, které neumožňují přežití po narození. Tato kategorie zahrnuje také perinatální paliativní péči, která je poskytována již v průběhu těhotenství, kdy jsou rodiče podporováni při rozhodování o péči o novorozence nebo v některých případech o ukončení těhotenství (Milfait, Steinlauf, 2024).

1.2 Etické aspekty dětské paliativní péče

Etika v dětské paliativní péči se zaměřuje na několik klíčových témat, jako je rozhodování ve prospěch dítěte, práva dítěte na přítomnost rodičů, důstojnost a autonomie pacienta. Rozhodování o péči o dítě v terminálním stádiu jeho života je mimořádně citlivé, a proto je kladeno důraz na morální principy, které by měly být zohledněny při rozhodování o léčebných postupech (Bužgová, Sikorová et al., 2019; Together for Short Lives, 2018).

Při rozhodování o nejlepší péči pro dítě je nutné brát v úvahu nejen jeho zdravotní stav, ale i jeho rodinnou situaci. Podle Úmluvy o právech dítěte, přijaté Valným shromážděním OSN v roce 1989, je dítě považováno za samostatnou osobu, která má právo na informované rozhodování v otázkách týkajících se jeho života. I když je dítě v mnoha případech neschopné plně porozumět zdravotním rozhodnutím, je třeba zajistit, pokud je to možné, aby jeho hlas byl vyslyšen (UNICEF, 1989; WHO, 2018).

Pokud jsou v životě dítěte učiněna zásadní rozhodnutí, která ovlivňují jeho život nebo smrt, je důležité respektovat jeho důstojnost a autonomii. V rámci etiky paliativní péče se často uplatňuje princip beneficence, který zajišťuje, že jakékoli rozhodnutí o léčbě je v nejlepším zájmu dítěte a jeho rodiny. Tento princip je též uveden v Úmluvě o právech dítěte (UNICEF, 1989; Bužgová, Sikorová et al., 2019).

Dalším důležitým faktorem etiky dětské paliativní péče je podpora rodičů a rodinných příslušníků, kteří hrají klíčovou roli v rozhodovacích procesech, ať už jde o zajištění fyzické přítomnosti nebo emocionální podpory. Etika v této oblasti zahrnuje i přístup k paliativní péči jako k základnímu právu dítěte, což bylo potvrzeno Úmluvou o právech dítěte (UNICEF, 1989; Popa, 2024).

2 DĚTSKÁ PALIATIVNÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE

Počátky individualizované dětské paliativní péče v České republice se datují do roku 1991, kdy nadační fond Klíček poprvé inicioval poskytování této specifické formy podpory pro rodiny s vážně nemocnými dětmi (Nadace Klíček, 2025). K dalšímu rozvoji došlo v roce 2008, kdy při Klinice dětské onkologie Fakultní nemocnice Brno vznikl mobilní paliativní tým pod vedením MUDr. Petra Lokaje. Tento tým, který fungoval ve spolupráci s nadačním fondem Krtek, se zaměřoval na poskytování domácí paliativní péče onkologicky nemocným dětem. S narůstající potřebou komplexní péče o děti s jinými typy závažných diagnóz došlo v roce 2015 k rozšíření této služby i na pacienty s neonkologickými onemocněními. (Bužgová, Sikorová et al., 2019).

Důležitým mezníkem bylo také zahájení činnosti mobilního hospice Ondrášek v roce 2011. Tento poskytovatel si klade za cíl umožnit dětem prožívat závěrečnou fázi života v domácím prostředí, v kruhu rodiny a v co největším souladu s běžným režimem (Mobilní hospic Ondrášek, 2025). Další významnou organizací je Hospicové občanské sdružení Cesta domů, které od roku 2001 provozuje největší pražský hospic a od roku 2014 se aktivně věnuje také dětské paliativní péči (Cesta domů, 2021).

V roce 2015 vznikla při České společnosti paliativní medicíny Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně (ČLS JEP) - pracovní skupina pro dětskou paliativní péči, vedená MUDr. Mahulenou Mojžíšovou. Jejím hlavním cílem je systematický rozvoj oboru na národní úrovni, podpora osvěty, mezioborové spolupráce a implementace evropských standardů péče. Skupina sdružuje odborníky z různých profesí, kteří se podílejí na zajištění dostupnosti kvalitní péče napříč regiony, včetně její integrace do všech úrovní zdravotního systému (Bužgová, Sikorová et al., 2019).

Zásadní roli také hraje vytvoření koordinovaného systému péče, který propojuje fakultní a regionální nemocnice, praktické pediatry, mobilní a lůžkové hospice i poskytovatele sociálních služeb. Důraz je přitom kladen na poskytování péče v přirozeném prostředí dítěte. Současně je podporováno kontinuální vzdělávání zdravotnických pracovníků v oblasti dětské paliativní péče – jak na úrovni pregraduálního, tak postgraduálního vzdělávání (Weberová, Matějek, Steinlauf et al., 2023).

Velkým milníkem pro dětskou paliativní péči v České republice bylo otevření prvního kamenného hospice pro dětské pacienty v Brně – Domu pro Julii v roce 2024. Toto specializované zařízení nabízí komplexní péči nevyléčitelně nemocným dětem a jejich rodinám a umožňuje jim trávit společný čas v důstojném a podpůrném prostředí, které zohledňuje nejen zdravotní potřeby, ale i psychosociální kontext péče. Hospic je provozován neziskovou organizací a nachází se v areálu Kociánka (Česká televize, 2024).

Téhož roku se v Praze uskutečnil prestižní vzdělávací program Education in Palliative & End-of-Life Care for Pediatrics, pořádaný Nadací rodiny Vlčkových. Akce se zúčastnili nejen odborníci z České republiky, ale též odborníci ze zahraničí, včetně týmů z Ukrajiny a Slovenska. Vysoká účast a pozitivní ohlas tak podtrhují rostoucí zájem o vzdělávání v oblasti dětské paliativní péče a potřebu sdílení mezinárodních zkušeností (Tribune, 2024).

Přestože došlo k výraznému pokroku, oblast dětské paliativní péče v České republice čelí stále mnoha výzvám. Jednou z těch největších je nedostatek dostupných odlehčovacích služeb. Rodiny, které dlouhodobě pečují o těžce nemocné děti se často potýkají s výraznou psychickou, fyzickou i ekonomickou zátěží. Jejich roční náklady na péči mohou dosáhnout až 191 tisíc korun, přičemž jde o výdaje na zdravotní pomůcky, rehabilitace, dopravu, výživu či další nezbytnosti (Majerová, 2024).

Na to reaguje Ministerstvo zdravotnictví České republiky vytvořením tzv. Komplexních center péče o děti. Tato centra by měla kombinovat ambulantní i lůžkovou péči a zároveň poskytovat rodinám možnost odlehčení. Cílem této iniciativy je zlepšit kvalitu života nejen samotných dětí, ale také jejich blízkých, kteří jim zajišťují každodenní péči (Irozhlas, 2023).

2.1 Legislativa dětské paliativní péče

Z právního hlediska je poskytování zdravotní péče nezletilým pacientům upraveno zejména zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve kterém je dětský pacient označen jako nezletilý. Tento zákon stanovuje podmínky, za nichž lze nezletilému poskytovat zdravotní péči – buď s jeho informovaným souhlasem, nebo bez něj, pokud to okolnosti vyžadují. Klíčovou úlohu zde sehrávají zákonní zástupci dítěte, zpravidla rodiče, kteří jsou oprávněni rozhodovat o zdravotní péči dítěte. Konkrétnější úpravu institutu

informovaného souhlasu přináší zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, jenž reflektuje vývoj práv dítěte ve zdravotní péči a zavádí pravidla pro rozhodování podle věku a rozumové vyspělosti.

V České republice však dosud neexistují samostatné legislativní standardy specificky zaměřené na dětskou paliativní péči. Jejich tvorbě by měla předcházet přesná definice této péče v kontextu českého zdravotního systému. Jako nejvhodnější východisko se jeví definice Světové zdravotnické organizace (WHO), která již slouží jako základ v jiných zemích.

V evropském kontextu pak hraje zásadní roli iniciativa International Meeting for Palliative Care in Children (IMPACTT), která v roce 2006 stanovila mezinárodní standardy pro dětskou paliativní péči. Tyto doporučení představují ucelený rámec péče, který může být inspirací i pro český legislativní vývoj (Craig et al., 2008; Bužgová, Sikorová et al., 2019).

Dětská paliativní péče tak v současnosti prochází legislativním vývojem a stále postrádá komplexní právní rámec. Významný posun nastal v roce 2024, kdy Ministerstvo zdravotnictví České republiky zahájilo projekt „Standardizace paliativní péče v České republice“. Tento projekt se zaměřuje na rozvoj dlouhodobé strategie pro paliativní péči do roku 2035, která zahrnuje i implementační plány a doporučené postupy pro identifikaci pacientů s paliativními potřebami v rámci primární péče (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2024).

Z právního hlediska je poskytování zdravotní péče nezletilým pacientům upraveno zejména zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve kterém je dětský pacient označen jako nezletilý. Tento zákon stanovuje podmínky, za nichž lze nezletilému poskytovat zdravotní péči – buď s jeho informovaným souhlasem, nebo bez něj, pokud to okolnosti vyžadují. Klíčovou úlohu zde sehrávají zákonní zástupci dítěte, zpravidla rodiče, kteří jsou oprávněni rozhodovat o zdravotní péči dítěte. Konkrétnější úpravu institutu informovaného souhlasu přináší zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, jenž reflektuje vývoj práv dítěte ve zdravotní péči a zavádí pravidla pro rozhodování podle věku a rozumové vyspělosti.

2.2 Vzdělávání a podpora odborníků v oblasti dětské paliativní péče

Vzdělávání odborníků v oblasti dětské paliativní péče v České republice dosud není systematicky uchopeno a stále vykazuje řadu nedostatků. Zdravotníci, především lékaři, často postrádají dostatečnou odbornou přípravu, což se projevuje zejména při komunikaci s dětmi a jejich rodinami. Jako hlavní příčinou této nejistoty se jeví nedostatečné zastoupení paliativní problematiky ve vzdělávacích programech napříč univerzitami (Poláková, Bakošová, 2022).

Paliativní péče je v pregraduálním vzdělávání vyučována jen na některých lékařských fakultách. Například na Lékařské fakultě Masarykovy univerzity v Brně je paliativní péče vyučována jako povinně volitelný předmět, přičemž od akademického roku 2025/2026 bude zařazena jako povinný předmět (Masarykova univerzita, 2025), na 1. a 2. lékařské fakultě Univerzity Karlovy je vyučován jako volitelný v pozdějších ročnících studia. Na některých fakultách však tato výuka zcela chybí. Postgraduální vzdělávání pediatriů začlenilo problematiku paliativní péče až v roce 2020, a to v rámci povinného kurzu před kmenem, přičemž rozsah této výuky zůstává stále omezený (Poláková, Bakošová 2022).

Odborníci z oblasti pediatrie, praktičtí lékaři pro děti a dorost či neonatologie mohou absolvovat nadstavbovou specializaci v oboru paliativní medicíny. Kurikulum této atestace však nezohledňuje specifika dětských pacientů, což komplikuje přípravu zdravotníků na reálnou praxi (Poláková, Bakošová, 2022).

Ministerstvo zdravotnictví ČR vytvořilo vzdělávací program specializačního vzdělání v oblasti domácí hospicové péče pro všeobecné a dětské sestry. Tento program zahrnuje 480 hodin teoretické a praktické výuky, včetně praxe u poskytovatelů domácí péče pro děti. Absolventky programu získávají specializovanou způsobilost v daném oboru (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2019).

V posledních letech vznikly iniciativy, které přispívají ke zlepšení vzdělávání zdravotníků. Díky grantům Nadace rodiny Vlčkových je podporováno zařazení dětské paliativní péče do výuky na vysokých i vyšších odborných školách. Cílem je, aby studenti získali nejen odborné znalosti, ale také dovednosti potřebné pro komunikaci o citlivých

tématech. Finanční prostředky lze využít na úpravu kurikula, vzdělávání akademických pracovníků i podporu týmové spolupráce (Nadace rodiny Vlčkových, 2024).

Dále existuje řada vzdělávacích aktivit a kurzů. Organizace Cesta domů nabízí například seminář „Specifika ošetrovatelství v dětské paliativní péči,” Institut Pallium ve spolupráci se Sekcí dětské paliativní péče ČLS JEP pořádá kurzy akreditované Českou asociací sester, např. „Úvod do dětské paliativní péče,” který má mezinárodní akreditaci od International Children’s Palliative Care Network ICPCN (Poláková, Bakošová, 2022).

Další kurzy organizují hospice jako Mobilní hospic Ondrášek nebo samotná organizace Cesta domů (Cesta domů, 2025).

Významným kurzem v oblasti komunikace je ESPERO, realizovaný pod záštitou ČLS JEP a České onkologické společnosti. Je určen lékařům, pediatrům i sestrám a zaměřuje se na efektivní komunikaci s rodinami vážně nemocných dětí (Centrum paliativní péče, 2024).

Mezi nejdůležitější mezinárodní vzdělávací programy patří kurz End-of-Life Nursing Education Consortium (ELNEC), který je akreditován a využíván ve více než 80 zemích světa. Tento intenzivní kurz pro sestry je zaměřen na práci s umírajícími pacienty a pracuje s modelovými situacemi a kazuistikami (Centrum paliativní péče, 2024).

Přestože oblast vzdělávání v dětské paliativní péči čelí stále mnoha výzvám, díky těmto iniciativám dochází k pozitivnímu posunu. Pro budoucí rozvoj je klíčové systematicky začlenit paliativní péči do pregraduálního i postgraduálního vzdělávání všech zdravotnických profesí a vytvořit stabilní zázemí pro praktickou i teoretickou přípravu odborníků.

3 PSYCHICKÁ ZÁTĚŽ V DĚTSKÉ PALIATIVNÍ PÉČI

Dětská paliativní péče představuje jednu z emocionálně nejnáročnějších oblastí zdravotní péče. Jejím cílem je nejen zmírnění fyzického utrpení nevyléčitelně nemocného dítěte, ale také podpora jeho rodiny během celého procesu nemoci až po úmrtí. Sestry zde hrají klíčovou roli, neboť poskytují nepřetržitou péči, často ve velmi intenzivním emočním prostředí. Podle Kupky (2014) zahrnuje profesní zátěž v paliativní péči jak fyzické, tak výrazné emocionální nároky, které mohou negativně ovlivnit dlouhodobou pracovní pohodu a psychické zdraví personálu.

Práce sestry v této oblasti je spojena s každodenním setkáváním se smrtí, ztrátou a zármutkem. Tyto faktory často vedou ke kumulaci stresu a k psychickému přetížení.

Jak upozorňuje Popa et al. (2024), zdravotníci si emocionální zážitky z práce často přenášejí do osobního života, což zvyšuje riziko dlouhodobého psychického vyčerpání. Velkou výzvu představuje rovněž nutnost poskytovat nejen odbornou zdravotnickou péči, ale současně být oporou rodinám dětí, které se nacházejí ve fázi smíření s neodvratnou ztrátou. Jak uvádějí Amery et al. (2023), poskytování paliativní péče u nevyléčitelně nemocných dětí často znamená rozhodování o postupech, které nejsou kurativní, ale pouze symptomatické, což může být pro sestry emocionálně velmi vyčerpávající.

Sesterská profese zde vyžaduje nejen vysokou míru odbornosti, ale i značnou emocionální odolnost. Chvílová Weberová (2023) upozorňuje na to, že opakovaný kontakt s trpícími rodiči vytváří silný emoční tlak, který může vést k pocitům bezmoci, frustrace či smutku. Sestry často stojí v napětí mezi snahou zachovat si profesionální odstup a potřebou soucitu a lidskosti.

Dlouhodobé vystavení těmto podmínkám může vést k tzv. syndromu vyhoření (burnout syndrome), který se vyznačuje emocionálním vyčerpáním, depersonalizací a sníženou výkonností (Maslach et al., 2001). Pokud není psychická zátěž adekvátně zvládána, může to vést až k ukončení práce v oboru.

3.1 Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření (burn-out syndrom) představuje závažný problém, který se dotýká mnoha profesí v pomáhajících oborech, zejména těch, kde pracovníci čelí trvalému psychickému a emocionálnímu tlaku. V dětské paliativní péči je toto riziko zvláště vysoké, neboť sestry zde opakovaně zažívají situace spojené s těžkou nemocí, smrtí dítěte a truchlením rodiny. Dlouhodobé vystavení takto intenzivní zátěži bez dostatečné podpory a prostoru pro regeneraci může vést k vyčerpání a vzniku syndromu vyhoření (Páll, Gorove & Baji, 2021).

Kupka (2014) definuje syndrom vyhoření jako reakci na chronickou pracovní zátěž, kdy dochází k vyčerpání fyzických, emocionálních i duševních sil. Jedinec ztrácí motivaci, víru ve smysl své práce a často se dostává do stavu psychické i tělesné prázdnoty. Nejčastěji se syndrom vyhoření objevuje u lidí, kteří svou profesi vykonávají s vysokým nasazením, empatií a osobní odpovědností – což plně odpovídá pracovnímu profilu sester v paliativní péči.

Typické projevy vyhoření zasahují tři základní roviny: psychickou, fyzickou a sociální. V psychické rovině převládá emoční vyčerpání, apatie, podrážděnost, cynismus, pokles sebedůvěry či ztráta smyslu práce. Ve fyzické rovině se objevují bolesti hlavy, poruchy spánku, napětí, únava a další psychosomatické příznaky. Sociální rovina pak zahrnuje uzavírání se, ztrátu kontaktu s kolegy a pacienty, pokles empatie a narušení mezilidských vztahů (Kupka, 2014).

Chvílová Weberová (2023) poukazuje na to, že vyhoření ve zdravotnictví není jen osobní selhání jednotlivce, ale důsledek nepoměru mezi očekáváním a realitou, kombinovaný s nedostatečnou podporou a vysokými nároky prostředí. V dětské paliativní péči se tento tlak projevuje mimořádně silně: sestry se musí vyrovnávat nejen s odbornými výzvami, ale i s intenzivním smutkem, bezmocí a častými ztrátami. Jejich práce vyžaduje stálou emoční dostupnost, přestože nemají vždy prostor své emoce zpracovat.

V zahraničních výzkumech se často hovoří o tzv. únavě ze soucitu (*compassion fatigue*), která se rozvíjí jako specifická forma psychického vyčerpání. Podle Taylor

a Aldridge (2017) jde o stav, kdy zdravotník ztrácí schopnost emočně reagovat na utrpení pacientů, často v důsledku opakovaného vystavení silně stresujícím situacím. Tento fenomén je v pediatrické paliativní péči obzvlášť častý, protože zdravotníci zde dlouhodobě navazují hluboký vztah nejen k pacientovi, ale i k jeho rodině. Akard, Hendricks-Ferguson a Gilmer (2018) dodávají, že právě emoční zapojení je důležité pro kvalitu péče, ale zároveň představuje jednu z hlavních příčin vyčerpání.

Výzkum Páll, Gorove a Baji (2021) poukazuje na to, že sestry pracující v dětské paliativní péči často pocítují frustraci z neefektivních systémových podmínek, nedostatku supervize a nízké míry uznání. V důsledku toho se snižuje jejich pracovní výkon, roste riziko chyb a snižuje se spokojenost s profesní rolí.

Závažnost syndromu vyhoření spočívá v tom, že dlouhodobě neřešené symptomy mohou vést ke kolapsu psychického zdraví, ukončení výkonu profese a narušení kvality péče. Proto je včasné rozpoznání varovných signálů a systémová podpora klíčová pro ochranu duševního zdraví pracovníků v dětské paliativní péči.

3.2 Prevence a podpora

Vzhledem k vysokému riziku vzniku syndromu vyhoření v dětské paliativní péči je nezbytné zaměřit se na účinné strategie prevence a podpory psychického zdraví sester. Tyto strategie lze rozdělit na individuální a organizační, přičemž jejich propojení představuje nejefektivnější přístup k ochraně před dlouhodobým vyčerpáním.

Z individuální perspektivy hraje zásadní roli psychická odolnost (resilience), kterou Paulík (2017) popisuje jako schopnost adaptovat se na zátěžové situace, vyrovnat se s náročnými podmínkami a uchovat si vnitřní rovnováhu. Mezi ochranné faktory, které odolnost podporují, patří pozitivní sebeobraz, vnitřní locus kontroly – tedy přesvědčení, že jedinec má kontrolu nad svým životem a že výsledky jeho jednání závisí především na jeho vlastním úsilí a rozhodnutích, nikoli na náhodě nebo vnějších okolnostech – dále pak seberegulace emocí a vnímání smysluplnosti práce. Tyto vnitřní zdroje napomáhají sestrám překonávat dlouhodobou zátěž bez negativních dopadů na duševní zdraví.

Dalším důležitým prvkem je využívání copingových strategií, které Paulík (2017) rozděluje na strategie zaměřené na problém (např. hledání řešení), na zvládání emocí (např. uvolnění napětí) a vyhýbavé strategie (např. popření nebo stažení se). Khatatbeh et al. (2022) ve své scoping review uvádějí, že sestry s rozvinutějšími copingovými mechanismy čelí pracovním stresorům s menším rizikem rozvoje vyhoření. Efektivní strategie zahrnují vědomou práci s emocemi, psychohygienu, relaxační techniky, věnování se koníčkům a péči o duševní rovnováhu mimo pracovní prostředí.

Významným faktorem prevence je rovněž sociální opora. Podle Paulíka (2017) patří mezi základní ochranné faktory možnost sdílení emocí s ostatními a vnímání podpory ze strany okolí. To potvrzuje i studie publikovaná v časopise *Journal of Clinical Nursing*, která zjistila, že sestry s vyšší mírou podpory ze strany kolegů a blízkých osob vykazují nižší psychické zatížení a lépe zvládají práci v prostředí konfrontovaném se smrtí dítěte (Popa et al., 2024).

Kromě osobních strategií je nezbytné zohlednit i organizační aspekty. Páll, Gorove a Baji (2021) poukazují na skutečnost, že nedostatek systematické podpory, omezené vzdělávací možnosti a chybějící prostor pro reflexi přispívají k psychickému vyčerpání sester. Tuto skutečnost potvrzuje i studie Popa et al. (2024), která analyzovala stresové faktory v dětské a dospělé paliativní péči. Výsledky ukázaly, že dlouhodobé působení nadměrné zátěže bez přítomnosti opory ze strany vedení a kolektivu vede k vyšší pravděpodobnosti vyhoření a odchodu z oboru.

Efektivní prevence proto vyžaduje propojení osobní zodpovědnosti sester s dostupnou podporou na úrovni týmu a instituce. Vytváření prostoru pro sdílení, péče o duševní hygienu, kvalitní mezilidské vztahy a posilování odolnosti nejsou doplňkovými prvky, ale nezbytnou součástí udržitelného fungování v paliativní péči.

Jedním z nejúčinnějších nástrojů prevence vyhoření a podpory psychické stability je supervize, která sestrám umožňuje reflektovat svou práci, zpracovávat emočně náročné situace a nacházet oporu v kolegiálním prostředí. Jak uvádí Chvílová Weberová (2023), právě možnost pravidelně sdílet emoce v bezpečném rámci supervizního vedení má zásadní význam při práci s umírajícími dětmi a jejich rodinami. Supervize může probíhat individuálně či skupinově a slouží nejen k ventilaci zátěže, ale i ke zvyšování profesní

identity a kompetencí. Sandhu a Sy (2024) upozorňují, že sestry v dětské paliativní péči často postrádají strukturovaný přístup k supervizi, přestože ji považují za klíčový nástroj emoční rovnováhy a profesní podpory. Výsledky jejich kvalitativního výzkumu ukazují, že účast na supervizi snižuje míru stresu, posiluje týmovou soudržnost a pomáhá sestrám zpracovávat bolestné zkušenosti spojené se smrtí dítěte.

Důležitost přístupu ke kvalitní podpoře vnímají i Jang, Min a Kim (2022), kteří identifikují klíčové bariéry a usnadňující faktory dostupnosti podpůrných služeb. Patří mezi ně nedostatek času, nízká dostupnost odborné podpory, ale také osobní nejistota a strach ze zpochybnění profesionality. Naopak facilitátory jsou dobře nastavené vztahy v týmu, otevřená komunikace a organizační kultura, která bere v úvahu psychickou zátěž sester. Dopad supervize na profesní identitu a duševní rovnováhu potvrzuje také Keane et al. (2010), jejichž přehled kvalitativních studií ukazuje, že supervize funguje nejen jako způsob ventilace stresu, ale také jako prostor pro odborný růst, zvyšování sebereflexe a obnovení profesního smyslu.

Nezbytnou roli sehrává také týmová podpora. Paulík (2017) řadí sociální oporu mezi hlavní protektivní faktory proti stresu a vyhoření. Podle Popa et al. (2024) organizace, které aktivně budují kolegiální vztahy a podporují sdílení v týmu, dosahují nižšího výskytu psychické zátěže u sester. Sandhu a Sy (2024) navíc zdůrazňují, že pravidelný týmový debriefing a otevřené zpracování úmrtí dítěte má nejen terapeutický efekt, ale zároveň zvyšuje kvalitu péče o další pacienty.

Zavádění podpůrných mechanismů by mělo být nedílnou součástí kultury organizace. Klíčovým prvkem je dostupnost odborné supervize, otevřená komunikace v týmu a podpora mezilidských vztahů, které umožňují sestrám zvládat náročné emoční situace bez dlouhodobých dopadů na jejich duševní zdraví. Důraz na psychickou pohodu a profesní podporu není pouze nástrojem proti vyčerpání, ale stává se nutnou podmínkou pro udržitelnou, kvalitní a soucitnou péči o děti v terminálním stavu i jejich rodiny.

II PRAKTICKÁ ČÁST

4 PRAKTICKÁ ČÁST

4.1 Metodika

Praktická část bakalářské práce se zaměřuje na zkoumání psychické zátěže, se kterou se setkávají sestry v oblasti dětské paliativní péče. Cílem je porozumět tomu, jak tento specifický typ péče ovlivňuje jejich psychickou pohodu, jaké výzvy při své práci zažívají a jakými způsoby se s těmito náročnými situacemi vyrovnávají. Pozornost je rovněž věnována podpůrným mechanismům, jako jsou supervize, týmová spolupráce a osobní strategie zvládání zátěže.

4.2 Výzkumný cíl

Hlavním cílem praktické části je zjistit, jaký dopad má poskytování dětské paliativní péče na psychiku sester. Výzkum se dále zaměřuje na to, jaké výzvy sestry zažívají a jaké strategie využívají k zvládání zátěže. Dílčí cíle praktické části jsou následující:

1. Zjistit pracovní zkušenosti sester v oblasti dětské paliativní péče.
2. Zmapovat vnímání psychické a emocionální zátěže u sester.
3. Identifikovat strategie, které sestry využívají ke zvládání stresu.
4. Zjistit, jak sestry předcházejí syndromu vyhoření.
5. Prozkoumat roli supervize v souvislosti s psychickou zátěží sester.
6. Popsat dopad práce v dětské paliativní péči na osobní život.
7. Zjistit, jaké mají sestry možnosti systémové podpory a jak ji vnímají.

4.3 Technika výzkumu

V této bakalářské práci byla zvolena kvalitativní výzkumná strategie, konkrétně technika polostrukturovaného rozhovoru. Tento typ rozhovoru je založen na předem připravené struktuře otázek, zároveň však ponechává prostor pro individuální reakce a rozvinutí témat, která se během rozhovoru spontánně objeví. Výzkumník tak může upravovat pořadí otázek, přidávat doplňující podněty a reagovat na konkrétní odpovědi participantů (Hendl, 2023).

Polostrukturovaný rozhovor je vhodnou technikou především tehdy, je-li cílem výzkumu porozumění individuálním zkušenostem, významům a emocím, které účastníci výzkumu přisuzují zkoumanému jevu (Strauss a Corbinová, 1999). Tato metoda poskytuje možnost nahlédnout do vnitřního prožívání participantů v kontextu psychicky náročné péče o děti v terminálním stádiu života.

Rozhovory byly vedeny individuálně a v důvěrném prostředí, což podpořilo otevřenost participantek a vedlo ke sběru bohatých a autentických dat. Otázky se tematicky vztahovaly k hlavním oblastem výzkumu, jako jsou profesní zkušenosti, psychická zátěž, zvládání stresu, role supervize či dopad práce na osobní život.

4.4 Charakteristika participantů

Výzkumu se zúčastnily čtyři sestry se specializací dětská sestra ve věkovém rozmezí od 26 do 55 let. Každá z nich disponuje rozdílnou délkou klinické praxe a individuální zkušeností s poskytováním paliativní péče dětským pacientům. Dvě participantky aktuálně pracují na dětské jednotce intenzivní péče, zbývající dvě působí na dětském lůžkovém oddělení. Všechny čtyři se dětské paliativní péči věnují dlouhodobě a aktivně, a to i mimo rámec svého pracovního zařazení – například prostřednictvím odborného vzdělávání, spolupráce s mobilními týmy či osvětové činnosti.

Participantky byly oslovovány cíleně, s ohledem na jejich zkušenosti a ochotu sdílet své profesní i osobní prožitky. Byly předem seznámeny s účelem výzkumu, formou sběru dat a způsobem jejich zpracování. Všechny vyjádřily souhlas s účastí i s nahráváním rozhovorů na mobilní zařízení. Jejich anonymita byla po celou dobu výzkumu plně respektována a každé z nich bylo přiděleno fiktivní jméno (viz tabulka 1).

Tabulka 1: Charakteristika participantek výzkumu

Jméno (fiktivní)	Věk	Pracovní pozice	Délka praxe jako dětská sestra	Zkušenost s dětskou paliativní péčí	Pracoviště
Kristýna	26	Dětská sestra	několik let	přes rok	dětská JIP
Šárka	40	Dětská sestra	několik let	více let, včetně JIP	dětská JIP
Renata	45	Dětská sestra	cca 30 let	cca 4 roky, domácí hospic, kurz	lůžkové oddělení + terénní péče
Eva	55	Dětská sestra	desítky let	od r. 2022, kurz, terénní zkušenost	lůžkové oddělení + spolupráce s mobilními týmy

4.5 Organizace výzkumného šetření

Výzkumné šetření probíhalo v období od února do dubna 2025 a bylo realizováno formou polostrukturovaných rozhovorů. Cílem bylo získat hlubší porozumění tomu, jak sestry vnímají psychickou zátěž spojenou s dětskou paliativní péčí a jakými způsoby ji zvládají. Rozhovory byly vedeny individuálně v předem dohodnutých termínech, které se přizpůsobily časovým možnostem participantek.

Sestry byly ke spolupráci přizvány na základě osobních kontaktů a odborného doporučení. Předem byly ústně seznámeny s účelem výzkumu i průběhem rozhovoru a podepsaly informovaný souhlas. Všechny participantky dobrovolně souhlasily s účastí a s pořízením zvukového záznamu rozhovoru na mobilní zařízení.

Během rozhovorů bylo respektováno jejich právo odmítnout odpovědět na jakoukoli otázku, kterou by vnímaly jako citlivou nebo osobně nepříjemnou. Rozhovory byly vedeny v klidné a důvěrné atmosféře, která umožnila otevřené sdílení zkušeností a postojů.

Každý rozhovor trval přibližně 30 až 45 minut a byl následně přepsán do textové podoby pro potřeby analýzy. Otázky byly rozděleny do šesti tematických celků, které navazovaly na hlavní výzkumný cíl. V případě potřeby byly pokládány doplňující otázky, aby bylo možné lépe zachytit individuální zkušenosti participantek.

4.6 Zpracování a analýza dat

Po uskutečnění rozhovorů, které byly **nahrány na mobilní telefon**, byla všechna získaná data doslovně přepsána do textové podoby. Přepisy sloužily jako podklad pro následnou tematickou analýzu, která umožňuje identifikovat opakující se vzorce a významová témata ve výpovědích participantek. Tento přístup je zvláště vhodný při zkoumání osobních zkušeností a postojů účastníků výzkumu (Hendl, 2023).

Analýza probíhala ve více fázích. Nejprve bylo nezbytné důkladné seznámení se s texty jednotlivých rozhovorů. Následovalo **otevřené kódování**, během něhož byly významové jednotky označeny a přiřazeny k určitému tématu. Tyto kódy byly dále tříděny do kategorií, které odrážely klíčové oblasti prožívání a zkušeností participantek. Postup odpovídal principům otevřeného kódování podle Strausse a Corbinové (1999), které umožňují vytvářet kategorie přímo na základě obsahu dat, a nikoliv na základě předem definovaných schémat.

5 VÝSLEDKY

Tato kapitola prezentuje výsledky získané na základě rozhovorů s participantkami. Výpovědi byly analyzovány pomocí otevřeného a axiálního kódování a jsou uspořádány podle výzkumných otázek a tematických okruhů.

5.1 Analýza dat rozhovorů

Výsledky praktické části práce jsou zpracovány na základě výpovědí čtyř dětských sester. Analýza probíhala metodou otevřeného a axiálního kódování. Data byla získána pomocí polostrukturovaných rozhovorů a interpretována tematickou analýzou. Významové jednotky byly utvořeny (viz tabulka 2).

Tabulka 2: Přehled kategorií a odpovídajících kódů z otevřeného kódování

Kategorie	Kódy
Psychická zátěž	zlomení, bolest rodiny, přenášení domů, úmrtí, slzy
Zvládání stresu	odreagování, podpora, pláč, rovnováha, potlačení emocí
Supervize a podpora	chybějící supervize, potřeba podpory, sdílení, zpětná vazba, rozhovory
Vliv na osobní život	přenášení emocí, změna pohledu, hranice, citlivost, odstup
Smysluplnost práce	pomoc, naplnění, přítomnost, důstojný závěr, doprovázení
Komunikace s rodinou	těžké rozhovory, sdělení diagnózy, citlivost, opora, reakce rodičů

Výsledky jsou v následujících částech prezentovány tak, aby byla zachována přehlednost a logická struktura. Na základě rozhovorů byla vymezena kategorie **Psychická zátěž**, která se objevovala napříč výpověďmi všech participantek (viz tabulka 3). Tato zátěž nevychází pouze z množství vykonané práce, ale především z dlouhodobého emočního tlaku, který vyvolávají situace související se smrtí dítěte, komunikací s jeho rodinou a neustálým střídáním naděje s nevyhnutelnou ztrátou. Psychická zátěž zasahuje sestry nejen během výkonu jejich profese, ale často přetrvává i v jejich osobním životě. Její projevy jsou individuální, ale často zahrnují emoční vyčerpání, slzy, pocit vnitřního zlomení nebo neschopnost se od práce psychicky oprostit.

Tabulka 3: Psychická zátěž

Kategorie	Kódy
Psychická zátěž	zlomení, bolest rodiny, přenášení domů, úmrtí, slzy

Psychická zátěž

Kategorie zahrnuje pět významných kódů: zlomení, bolest rodiny, přenášení domů, úmrtí a slzy.

Zlomení vyjadřuje hluboký pocit bezmoci a vyčerpání, který sestry zažívají, když si uvědomují, že jejich péče již nemůže změnit průběh onemocnění. Tento stav není vždy otevřeně verbalizován, ale je patrný z neverbální komunikace, tónu hlasu a pauz mezi slovy. Kristýna poznamenala: „*Jsou chvíle, kdy jen stojíte a víte, že i když uděláte všechno správně, nemůžete tomu dítěti pomoci. A to vás prostě rozloží.*“ Renata doplnila: „*Není to o jedné události, ale o tom, že se to ve vás vrství. A pak stačí drobnost – a jste na dně.*“ Tato svědectví odhalují dlouhodobou kumulaci psychického napětí, které může vést až k pocitu osobní zlomenosti.

Bolest rodiny se ve výpovědích objevuje velmi často. Mnohé sestry připouštějí, že sledovat utrpení rodičů je mnohdy náročnější než samotný odchod dítěte. Šárka odpověděla: „*Myslím, že nejhorší je, když se díváš na to, jak se trápí rodiče. To mě zasahuje*

víc než samotná smrt dítěte.“ Podobně hovořila i Kristýna, která se svěřila: *„Když matka obejmě dítě naposledy... a vy u toho stojíte... máte co dělat, abyste vůbec zůstala stát.“*

Obě výpovědi jasně ukazují, jak hluboce dokáže utrpení rodiny zasáhnout i samotné sestry. Některé z nich dále zdůrazňovaly, že v takových chvílích se necítí jen jako profesionálky, ale především jako lidé, kteří se snaží zvládnout vlastní dojetí, aby mohli být oporou těm, kdo právě ztrácejí nejbližšího.

Přenášení domů představuje situaci, kdy psychická zátěž přetrvává i po skončení pracovní směny a zasahuje do osobního života. Kristýna otevřeně přiznala: *„Neumím to vždycky oddělit. Beru si to domů, pořád na to myslím.“* Podobně se vyjádřila i Eva, která dodala: *„Některé případy si prostě člověk odnáší s sebou, víte? A když si s těmi dětmi vytvoříte nějaký kladný vztah, tak to nejde jen tak vymazat z hlavy.“* Tyto výpovědi ukazují, jak silně může profesní realita ovlivnit vnitřní svět sester a přenášet se do jejich každodenního soukromí. Renata zmínila, že po náročném dnu má problém usnout: *„Ležím v posteli a hlavou mi to pořád běží. Nejde to vypnout.“* Participantky zároveň zdůrazňovaly, že tyto momenty nelze plně pochopit, pokud je člověk sám nezažije.

Úmrtí je součástí každodenní reality dětské paliativní péče. Šárka klidně, ale znatelně unaveně pronesla: *„Jak máš tři úmrtí v týdnu, tak už tě nic nebaví.“* Její výraz byl bez emocí, ale z řeči těla bylo patrné, že smutek přetrvává i po skončení pracovní doby. Renata sdílela: *„Člověk se brání, aby se nesblížil, ale stejně se to stane. Pak jedno ráno přijdete do práce – a dítě už tam není. A vy víte, že to s vámi zůstane.“* Výpovědi ukazují, jak silně může být sestra citově napojená na dítě, o které pečovala, a jak velký dopad má jeho smrt na její psychiku.

Slzy jsou přirozeným vyústěním dlouhodobé zátěže a projevem emoční vyčerpanosti. Kristýna poznamenala: *„Já se snažím být silná, ale někdy se prostě rozbrečím.“* Podobnou zkušenost popsala i Eva, která vzpomínala: *„Stalo se mi to naposledy, když jsem měla pacienta, se kterým jsem byla víc dní po sobě... Ten kluk byl zlatý, a když jsem přišla do práce a slyšela, že už není, tak mi prostě vyhrkly slzy.“* Šárka připojila: *„Nejvíce mě to dojíhá, když vidím, že se dítě bojí, nebo když se usmívá na rodiče i přes bolest. V tu chvíli mě to prostě vezme.“* Tyto výpovědi ukazují, že slzy nejsou pro sestry projevem slabosti,

ale ventilací, která jim pomáhá zvládat dlouhodobé napětí. Přinášejí lidskost do péče, která se pohybuje na hranici fyzického i psychického vypětí.

Tabulka 4: Zvládání stresu

Kategorie	Kódy
Zvládání stresu	odreagování, podpora, pláč, rovnováha, potlačení emocí

Zvládání stresu je oblast, která se napříč výpověďmi všech participantek ukazuje jako zásadní pro dlouhodobou udržitelnost práce v dětské paliativní péči (viz tabulka 4). V rámci této kategorie byly identifikovány kódy: **odreagování, podpora, pláč, rovnováha a potlačení emocí**, které odrážejí rozmanité strategie, jimiž se sestry snaží čelit emoční zátěži spojené s touto specifickou péčí.

Odreagování představuje činnosti, které sestrám pomáhají uvolnit se po psychicky náročné směně a vytvořit si prostor pro vlastní regeneraci. Kristýna sdílela svou rutinu, která jí pomáhá zklidnit mysl: „*Já si to prostě potřebuji doma odžít. Sednu si, pustím si film, něco obyčejného, abych na to nemyslela. Ale přiznávám, někdy to úplně nejde.*“ Podobně i Eva vnímá důležitost osobního prostoru: „*Mně pomáhá být chvíli sama. Potřebuju se z toho vypsat, třeba do deníku, nebo si jít zaběhat. Jinak to ve mně zůstává.*“ Renata pak přinesla jiný, tichý způsob, jak se s emoční zátěží vyrovnat: „*Když mě něco opravdu zasáhne, jdu do lesa. Chodím, dýchám, mlčím. Je to pro mě jediný způsob, jak to v sobě nezamknout.*“

Podpora je klíčovým prvkem, který sestrám umožňuje sdílet náročné emoce a každodenní zážitky spojené s péčí o umírající děti. Šárka popsala, jak významnou roli hraje neformální sdílení mezi kolegyněmi: „*My si o tom pak povídáme. V sesterně nebo po směně. Někdy jen tak, někdy si pobřečíme. Pomáhá to. Vědomí, že v tom nejsem sama.*“ Na týmovou soudržnost navázala také Renata: „*Naštěstí máme tým, kde se nikdo nebojí říct, že je to moc. Když někdo potřebuje pauzu nebo si jen vydechnout, tak ho podpoříme.*“ Kristýna doplnila,

že důležitá není vždy rada nebo řešení, ale samotná možnost být vyslechnuta: „*I když to nejsou žádné velké rady, stačí, že si můžeme říct: ‚Bylo to těžké.‘*“

A to někdy stačí.“

Pláč je vnímán jako přirozený ventil emocí, který sestry nepovažují za známku slabosti, ale spíše za nezbytný mechanismus pro uvolnění napětí. Eva s nadhledem poznamenala: „*Někdy si řekneme nějakou kravinu, víme, že to není úplně citlivý, ale pomáhá to. Jinak bys brečela celý den.*“ Stejnou obtíž reflektovala i Šárka: „*Pláč je pro mě normální. Když to držím moc dlouho v sobě, tak je to horší.*“ Kristýna poté přiblížila jeden z momentů, kdy už nebylo možné emoce potlačit: „*Po některých případech jsem prostě šla na záchod a tam si poplakala. Nešlo to jinak. A pak se vrátíte, usmějete se a jedete dál.*“ Tyto výpovědi ukazují, že pláč není slabost, ale forma duševní hygieny, která sestrám umožňuje zpracovat silné zážitky a pokračovat ve své náročné profesi.

Rovnováha mezi pracovním a osobním životem je pro sestry zásadní, i když ji ne vždy snadno udržují. Kristýna k tomu uvedla: „*Naučila jsem se říkat, že už nechci mluvit o práci doma. Ne vždy to vyjde, ale snažím se. Jinak bych v tom byla pořád.*“

Podobně se vyjádřila i Šárka: „*Mám doma svoji zahrádku, to je pro mě terapie. Rýpu se v hlíně, vypnu hlavu, zapomenu na všechno.*“ Na hledání vlastních způsobů, jak se vyrovnat se zátěží, navázala Renata: „*Doma si píšu deník. Ne každý den, ale když cítím, že se to ve mně hromadí. Pomáhá mi to zpomalit.*“

Potlačení emocí se objevuje především v situacích, kdy si sestry nemohou dovolit projevit své emoce naplno. Renata přiznala: „*Doted' to zvládám... myslím. Ale vím, že bych měla chodit na psychologii nebo supervizi. Jen na to není čas.*“ Kristýna v této souvislosti poznamenala: „*Bylo by fajn, kdyby někdo přišel a řekl – teď máte prostor na vydechnutí, na zpětnou vazbu, na podporu. Ale my pořád jedeme.*“ Eva pak poukázala na vnitřní disciplínu, kterou si musela vytvořit: „*Někdy si to prostě musím zakázat. Řeknu si: teď nebreč, teď to drž. A pak večer třeba ano, ale v práci ne.*“

Tabulka 5: Supervize a podpora

Kategorie	Kódy
Supervize a podpora	Chybějící supervize, potřeba podpory, sdílení, zpětná vazba, rozhovory

Supervize a podpora jsou jedním z důležitých aspektů zvládání psychické zátěže v dětské paliativní péči je dostupnost supervize a podpůrného zázemí na pracovišti. V rozhovorech se opakovaně objevovala témata týkající se **chybějící supervize**, potřeby podpory, sdílení, zpětné vazby a rozhovorů s kolegyněmi (viz tabulka 5).

Chybějící supervize byla opakovaným tématem napříč výpověďmi. Všechny participantky se shodly na tom, že nemají přístup k pravidelným supervizním setkáním, přestože by jejich přínos velmi uvítaly. Kristýna poznamenala: *„Myslím, že by nám supervize fakt pomohla. Jenže my jsme pořád v jednom kole. Není prostor, není čas.“* Na nedostatek prostoru navázala i Renata: *„Oficiálně ji asi máme, ale kdo tam chodí? Když nestíháme ani pauzu, jak bych šla na supervizi?“* Výpověďmi zazníval také pocit, že se o této formě podpory v jejich prostředí vlastně ani neuvažuje. Eva k tomu podotkla: *„Slyšela jsem, že někde to funguje, ale u nás se o tom moc nemluví. Vlastně vůbec.“*

Potřeba podpory – a to jak psychické, tak systémové – silně rezonovala ve všech výpovědích. Participantky opakovaně poukazovaly na to, že by jim pomohlo vědomí, že nejsou na náročné situace samy. Šárka konstatovala: *„Bylo by skvělé, kdyby se někdo přišel zeptat, jak se máme. Jestli něco nepotřebujeme. Ale bohužel... musíme si vystačit samy.“* Kristýna pak dodala: *„Kdyby existoval někdo, kdo se o tohle stará – o nás, ne o papíry – tak by ta práce byla hned snesitelnější.“*

Sdílení zkušeností s kolegyněmi představuje neformální, ale pro mnohé participantky zásadní způsob, jak se vyrovnat s náročností své práce. Eva popsala: *„Po službě si někdy sedneme a prostě si povíme, co se stalo. Není to žádné školení, ale pomáhá*

to víc než cokoliv jiného.“ Podobně to vnímá i Renata, která uvedla: *„Já to potřebuji dostat ven. Když to zůstane ve mně, tak se to jen hromadí. Holky v práci mě vždycky vyslechnou.“*

Zpětná vazba pak sehrává v jejich každodenní praxi důležitou, přesto často opomíjenou roli. Kristýna přiznala: *„I když to víme, stejně to člověku pomůže, když to slyší.“* Na ni navázala Šárka slovy: *„Když si všimnou, že jsme něco zvládly fakt citlivě a řeknou to nahlas, tak to hřeje. A motivuje.“* Eva pak doplnila: *„Víte, občas stačí jedno uznání. Ne formální pochvala, ale něco obyčejného jako – zvládla jsi to dobře. To nám často chybí.“*

Každodenní rozhovory s kolegyněmi – často spontánní a neformální – jsou považovány za velmi přínosné. Renata se vyjádřila slovy: *„Vždycky pomůže, když tě někdo vyslechne. Neptá se, nesoudí, jen je tam. To stačí.“* Eva k tomu dodala: *„Nejlepší terapie je sesterská pauza s kávou. I když máme jen pět minut, vypovídat se je k nezaplacení.“* Kristýna připustila: *„Po směně si občas sedneme a řekneme si, co nás dostalo nejvíc. Je to spontánní, ale cítím, že mě to vrací zpátky do rovnováhy.“* A Renata uzavřela: *„I kdyby nebyla supervize, tak možnost se vypovídat, to je pro mě základ. A že se vždycky najde někdo, kdo vyslechne, to je štěstí.“*

Tabulka 6: Vliv na osobní život

Kategorie	Kódy
Vliv na osobní život	Přenášení emocí domů, hranice, změna hodnot, vliv na vztahy

Vliv na osobní život

Přestože si sestry navzájem poskytují podporu a sdílení mezi kolegyněmi funguje jako důležitý vyrovnávací mechanismus, dopady jejich profese často přesahují hranice pracovního prostředí. Výpovědi participantek ukazují, že práce v dětské paliativní péči výrazně ovlivňuje i jejich osobní život – formuje hodnoty, vztahy i způsob vnímání světa. V této souvislosti byly z rozhovorů vymezeny kódy přenášení emocí domů, hranice, změna hodnot a vliv na vztahy, které ilustrují, jak hluboce může být tato profese zakořeněna v identitě člověka viz tabulka 6).

Kristýna přiznala: „*Někdy to prostě nejde vypnout. Přijdu domů a pořád mám před očima, co se stalo. Děti, jejich rodiče... to se člověku zaryje pod kůži.*“ Podobný pocit popsala i Šárka: „*Od té doby, co pracuji na tomto oddělení, vnímám svět jinak. Některé věci, co jsem dřív řešila, mi teď přijdou úplně malicherné.*“ Také Renata otevřeně sdílela, že práce ovlivnila i její osobní vztahy: „*Jsem často přecitlivělá, někdy unavená. Ale zároveň jsem díky té práci citlivější k druhým. Víc naslouchám, víc si vážím toho, co mám.*“ Eva pak dodala velmi osobní pohled: „*Když jste u dítěte několik dní, vytvoříte si k němu vztah. A když pak přijdu domů a slyším smích svého syna, okamžitě si vzpomenu na to dítě, co už nežije. Nedá se to oddělit.*“

Hranice mezi profesním a osobním životem se tak často stírají. Renata se svěřila: „*Zkoušela jsem si nastavit pravidlo, že doma se o práci nemluví. Ale nejde to vždycky dodržet. Když máte za sebou těžký den, tak to potřebujete pustit ven.*“ Stejně silný dopad popisovala i Šárka, když sdílela: „*Musela jsem se naučit sama sobě říct – teď ne. Jinak bych v tom byla pořád. Ale člověk se to učí pořád dokola.*“

V některých odpovědích se objevil i silný posun v hodnotách, který sestry považují za přirozený důsledek práce v prostředí, kde je smrt denní realitou. Kristýna poznamenala: „*Některé věci, co mě dřív dokázaly rozhodit, už teď vůbec neřeším. Jsem vděčnější, víc přítomná.*“ Podobně to vnímá i Eva: „*Začala jsem víc přemýšlet o tom, co má v životě skutečně smysl. Nepotřebuji tolik věcí. Potřebuji klid, lidi, co mám ráda, a čas.*“

S tím souvisí i vliv na osobní vztahy. Renata přiznala: „*Manžel mi občas říká, že jsem jakoby dál. Že si v sobě něco držím. Ale není to proto, že bych nechtěla sdílet – jenom se někdy bojím, že by to nepochopil.*“ Šárka k tomu dále uvedla: „*Naučila jsem se víc naslouchat. Jsem citlivější na bolest druhých. Ale někdy mě to zahlcuje, a pak nemám kapacitu doma.*“

Tabulka 7: Smysluplnost práce

Kategorie	Kódy
Smysluplnost práce	Vděčnost, hlubší pohled, vnitřní naplnění, služba druhým

Smysluplnost práce

Navzdory emoční a psychické náročnosti své práce, se sestry shodují na tom, že paliativní péče o děti pro ně představuje hluboký zdroj smyslu a osobního růstu (viz tabulka 7). V jejich výpovědích se často objevoval silný pocit vděčnosti a vnitřního naplnění, které čerpají ze vztahů s dětmi a jejich rodinami, i přes vědomí neodvratného konce.

Eva řekla: *„Je to těžké, ale každý den v této práci mi něco dá. Každé dítě, každá rodina mě někam posune.“* Kristýna k tomu dodala: *„Díky téhle práci si víc vážím všeho, co mám. Zdraví, blízkých, i obyčejných věcí.“* Tento posun vnímání života je často spojován s hlubším pohledem na svět a s přehodnocením priorit.

Renata sdílela: *„Dřív jsem všechno chtěla mít naplánované. Ted' vím, že život je křehký a nejde ho řídit. Ale právě proto je tak vzácný.“* Ve svém vyjádření Šárka popsala vlastní proměnu pohledu na svět: *„Vidím bolest, ale i sílu. Lidé v utrpení ukazují neuvěřitelnou odvahu. A to vás ovlivní více než jakákoliv přednáška.“*

Smysl práce pak často přesahuje běžné vnímání zaměstnání. Kristýna zdůraznila hlubší rozměr své práce: *„Je to služba. Není to jen o injekcích a papírech. Je to o tom být tam – když někdo odchází. A to se nedá ničím nahradit.“* Závěrem Eva vystihla podstatu své motivace: *„Není to snadné, ale když víte, že jste někomu ulehčili, byť jen o trochu, tak to všechno má smysl.“*

Tabulka 8: Komunikace s rodinou

Kategorie	Kódy
Komunikace s rodinou	Citlivost, ticho, blízkost, vyjádření podpory, sdílení bolesti

Komunikace s rodinou

Nemalou součástí práce sester v dětské paliativní péči tvoří **komunikace s rodinami** nevyčísitelně nemocných dětí. Tato interakce je náročná nejen po stránce profesní, ale především lidské a emoční. V rozhovorech se opakovaly výpovědi, které ukazovaly, jak zásadní je umění naslouchat, být přítomen a nabídnout slova i ticho ve správný okamžik. V rámci této kategorie byly identifikovány kódy: **citlivost**, **ticho**, **blízkost**, **vyjádření podpory** a **sdílení bolesti** (viz tabulka 8).

Ve výpovědích participantek bylo patrné, že **citlivost** v komunikaci považují za klíčový nástroj. Renata popsala: „*V takových chvílích musíte volit slova velmi pečlivě. Někdy nevíte, co říct, a to je vlastně v pořádku. Důležité je být vnímavý a neublížit nešikovností.*“ Podobně se vyjádřila i Eva, která uvedla: „*Mluví s nimi opatrně, s respektem. Vím, že každé slovo může zabolet, i když nechcete.*“

Zároveň často zazníval motiv **ticha** jako léčivého prostředku. Kristýna řekla: „*Někdy je lepší nic neříkat. Jen tam být. Chytit za ruku. To vydá za tisíc slov.*“ Šárka přidala: „*Měla jsem maminku, která jen seděla a mlčela. A já s ní. A věděla jsem, že to stačí.*“

Rozhovory ukázaly, že významnou roli v komunikaci s rodinou sehrává i samotná **blízkost** – nejen ve smyslu fyzické přítomnosti, ale především vnitřní otevřenosti a lidského napojení. Eva popsala: „*Snažím se navázat vztah. Neformálně, přirozeně. Aby věděli, že se na mě můžou obrátit kdykoli.*“ Kristýna doplnila: „*I když nejsme rodina, v těch chvílích jsme si strašně blízko. Ty emoce, to sdílení – to člověka spojí.*“

Vyjádření podpory bylo jedním z nejčastěji zmiňovaných aspektů komunikace s rodinami. Podle participantek může mít tato podpora mnoho podob – od konkrétní pomoci až po pouhé tiché porozumění, které však nese hluboký význam. Renata se k tomu vyjádřila slovy: „*Řeknu – zvládneme to spolu. I když vím, že to nezvládneme v tom smyslu, že dítě neumře. Ale zvládneme to projít. A to je velký rozdíl.*“ Podobně se k situaci vyjádřila i Šárka „*Podpora není jen slovo. Je to pohled, gesto, přítomnost. Oni to vycítí.*“

Sdílení bolesti bylo další silnou emocí, která se ve výpovědích objevovala opakovaně. Sestry vnímaly, že bolest nelze zcela odstranit, ale lze ji s rodinou nést – a právě

v tom spočívá jejich role. Eva se svěřila: „*Někdy brečíme společně. Já vím, že bych měla být silná, ale jsem taky člověk. A oni to oceňují.*“ Kristýna shrnula své vnímání následovně: „Ta bolest se rozlije po všech. Nedá se jí vyhnout. Ale když ji nesete spolu, je to snesitelnější.“

7. DISKUZE

Výsledky výzkumu ukazují, že práce sester v prostředí dětské paliativní péče je spojena s výraznou a dlouhodobou psychickou zátěží, která zasahuje nejen profesní, ale také osobní rovinu jejich života. Psychická zátěž se projevuje zejména ve formě emočního vyčerpání, časté konfrontace se smrtí dětí, sdílení bolesti s rodinami a nutnosti zachovat psychickou stabilitu i v extrémně náročných situacích. Jak uvádí Bužgová a Sikorová (2019), smrt dítěte je mimořádně zatěžující i pro zkušený zdravotnický personál a vyžaduje specifické přístupy ke zvládání emocí i podpoře duševního zdraví.

Z výzkumných dat vyplývá, že sestry se s touto zátěží vyrovnávají různými individuálními strategiemi. Jedná se především o vědomou duševní hygienu, aktivní odpočinek, pobyt v přírodě, fyzickou aktivitu nebo snahu o oddělení práce od osobního života. Tyto strategie odpovídají konceptu psychické odolnosti, jak jej popisuje Paulík (2017), který zdůrazňuje důležitost vnitřní rovnováhy, schopnosti zpracovávat negativní emoce a rozpoznání vlastních limitů. V prostředí dětské paliativy je právě tato odolnost klíčová pro zvládnutí dlouhodobé zátěže, zejména v případech, kdy není k dispozici dostatečná podpora ze strany zaměstnavatele nebo odborníků.

Vedle individuálních strategií se jako mimořádně důležitý faktor ukázala týmová soudržnost. Možnost sdílet zkušenosti, prožitky a emoce v neformálním prostředí, jako je například sesterny, byla participantkami vnímána jako zásadní opora. Jak potvrzuje Popa (2024), otevřená komunikace mezi členy zdravotnického týmu zvyšuje psychologickou bezpečnost a snižuje riziko izolace, které může vést k psychickému vyčerpání. Popa et al. (2023) doplňují, že kvalitní mezilidské vztahy na pracovišti jsou jedním z nejvýznamnějších ochranných faktorů proti syndromu vyhoření, obzvláště v paliativní péči, kde je potřeba neustálé emoční angažovanosti.

Závažným zjištěním je také absence systematické supervize na většině pracovišť, kde sestry působí v dětské paliativní péči. Supervize přitom představuje jeden z nejefektivnějších nástrojů prevence psychického přetížení. Vytváří bezpečný prostor pro reflexi náročných situací, ventilaci emocí i upevnění profesní identity.

Podle Chvilové Weberové (2023) umožňuje pravidelné supervizní vedení otevřeně sdílet i ty nejtíživější zkušenosti bez rizika hodnocení či nepochopení. Sandhu a Sy (2024) upozorňují, že přestože sestry vnímají přínos supervize jako zásadní pro zvládání emočně vypjatých situací, v praxi často chybí strukturovaný přístup k jejímu zavedení. Jejich výzkum dokládá, že pravidelná supervize nejen snižuje stres, ale také podporuje týmovou soudržnost a napomáhá zpracování traumatických zážitků spojených s úmrtím dítěte.

Stejně tak Jang, Min a Kim (2022) identifikují překážky v přístupu k supervizi – nedostatek času, nízkou nabídku odborných služeb či obavy ze zpochybnění profesní kompetence. Přesto zdůrazňují, že tam, kde je supervize podporována, dochází ke zvýšení psychické stability personálu a snížení rizika vyhoření. Také Keane et al. (2010) ve své metaanalýze potvrzují, že supervize nepředstavuje pouze prostředek ventilace emocí, ale přispívá k sebereflexi, profesnímu růstu i obnovení smyslu práce. Ukazuje se tedy, že systematické zavedení supervize by mohlo být klíčovým prvkem pro dlouhodobou udržitelnost a kvalitu práce sester v dětské paliativní péči.

Další důležitou oblastí je dopad dětské paliativní péče na osobní život. Výsledky výzkumu ukázaly, že sestry často nejsou schopné zcela „vypnout“ po skončení směny. Emoční náročnost péče, zvláště v případech úmrtí dětí nebo těžkých sdílených momentů s rodinami, proniká do jejich soukromého prostoru, ovlivňuje jejich vnímání života a mění hodnotové žebříčky. Paulík (2017) tento fenomén označuje jako sekundární traumatizaci, tedy stav, kdy zdravotník přebírá utrpení druhého a nedokáže se od něj psychicky odpoutat. V tomto kontextu se ukazuje jako zásadní nutnost nejen pracovat na vlastním zvládání emocí, ale zároveň být včasně podporován okolím.

Navzdory všem těmto náročným aspektům výzkum rovněž potvrdil, že sestry vnímají svou práci jako hluboce smysluplnou. Téma existenciálního naplnění se objevovalo opakovaně – pocit, že svou činností přinášejí podporu v nejtěžších chvílích, že jejich přítomnost má pro umírající dítě a jeho rodinu hodnotu, byl často popisován jako hlavní zdroj vnitřní motivace a odolnosti. Tato vnitřní motivace hraje klíčovou roli při udržení profesní identity i přes emoční náročnost každodenní praxe (Paulík, 2017).

Z hlediska komunikačních dovedností sestry rovněž zdůrazňovaly důležitost empatie, citlivosti a schopnosti vnímat emoce rodiny. V kontextu komunikace v paliativní péči se jako klíčové ukazuje nikoli hledání slov, ale schopnost naslouchání, být přítomný a nabídnout oporu i v tichu – jak potvrzuje Amery et al. (2023), právě schopnost „držet prostor“ pro druhého bez invazivního zasahování je v dětské paliativní péči esenciální dovedností.

Tato práce potvrdila, že sestry působící v dětské paliativní péči čelí specifickým psychickým nárokům, které vyžadují nejen vysokou míru emoční zralosti, ale i adekvátní systémovou podporu. Bez přístupu k supervizi, možnostem sdílení a důsledné psychohygieně se zvyšuje riziko psychického přetížení a syndromu vyhoření. Naopak tam, kde jsou tyto podpůrné mechanismy funkční, mohou sestry v této profesi nacházet hlubší profesní i osobní smysl, který jim umožňuje zvládat každodenní náročné situace a zůstat v oboru dlouhodobě stabilní.

8. DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Na základě výpovědí sester a teoretických poznatků lze formulovat několik konkrétních doporučení, která mohou přispět k efektivnímu zvládání psychické zátěže v dětské paliativní péči:

- **Zavedení pravidelné supervize a odborné podpory**

Vzhledem k absenci systematické podpory na většině pracovišť doporučujeme zavedení pravidelných supervizí, které poskytují prostor pro ventilaci emocí, sebereflexi a prevenci syndromu vyhoření. Doporučuje se rovněž zajistit dostupnost psychologa či krizového intervenčního pracovníka pro individuální konzultace.

- **Podpora týmové soudržnosti a bezpečné atmosféry**

Vytváření otevřeného a respektujícího pracovního prostředí podporuje neformální sdílení mezi kolegyněmi, které sestry označily jako klíčovou formu úlevy. Organizace by měly systematicky podporovat rozvoj týmové spolupráce a psychologické bezpečnosti na pracovišti (např. formou společných setkání nebo případových konferencí).

- **Vzdělávání v oblasti duševní hygieny a zvládání stresu**

Poskytování odborných workshopů či seminářů zaměřených na psychohygienu, zvládání stresu a posilování psychické odolnosti může zdravotním sestrám pomoci lépe porozumět svým emocím a osvojit si nové copingové strategie. Důraz by měl být kladen na praktické využití těchto technik v každodenní práci.

- **Podpora rovnováhy mezi pracovním a osobním životem**

Vedení oddělení by mělo aktivně podporovat nastavení zdravých hranic mezi prací a soukromím (např. respektováním osobního času personálu, možností flexibilního rozvržení směn nebo přidělováním pracovních povinností s ohledem na aktuální psychickou zátěž jednotlivce).

- **Zkvalitnění komunikace s rodinami**

Sestry označily komunikaci s rodinami jako jednu z nejtěžších, ale zároveň nejdůležitějších částí své práce. V této oblasti doporučujeme pravidelné školení zaměřené na rozvoj empatické a stabilní komunikace v krizových situacích, včetně zvládání mlčení, smutku a konečnosti života.

- **Podpora smysluplnosti práce a profesní identity**

Organizace by měly vytvářet prostor pro sdílení pozitivních zkušeností, ocenění práce sester a reflektování hlubšího smyslu jejich činnosti. Práce v dětské paliativní péči přesahuje rámec běžného zaměstnání a uznání této skutečnosti může pozitivně ovlivnit dlouhodobou profesní stabilitu i osobní spokojenost pracovníků.

ZÁVĚR

Dětská paliativní péče představuje specifickou oblast zdravotnické praxe, která vyžaduje nejen vysokou odbornou připravenost, ale i mimořádnou míru psychické odolnosti a emocionální vyspělosti. Tato práce se zaměřila na dopad dětské paliativní péče na psychiku sester, a to jak z hlediska teoretických poznatků, tak na základě výpovědí sester, které se s touto problematikou denně setkávají.

Analýza rozhovorů potvrdila, že sestry v dětské paliativní péči zažívají silnou emoční zátěž, která se často promítá i do jejich osobního života. Přesto však dokážou nacházet různé formy vyrovnání se s náročnými situacemi – ať už jde o individuální copingové strategie, potřebu sdílení s kolegyněmi nebo důraz na zachování rovnováhy mezi profesní a soukromou rovinou života. Významným zjištěním je skutečnost, že systematická odborná podpora, jako je supervize, na řadě pracovišť chybí, přestože ji samotné sestry považují za velmi přínosnou.

Z výzkumu rovněž vyplynulo, že i přes emocionální náročnost sestry vnímají svou práci jako hluboce smysluplnou. Za klíčové označují především možnost být oporou rodinám v nejkřehčích chvílích a vytvářet bezpečný prostor pro sdílení, ticho a doprovázení. Právě tato schopnost – být přítomna i ve chvílích, kdy není možné nabídnout řešení – představuje esenci péče, která přesahuje běžné profesní rámce.

Výsledky této práce mohou posloužit nejen k hlubšímu pochopení vnitřního prožívání sester, ale zároveň být podkladem pro formulaci konkrétních doporučení do praxe. Vytváření podpůrného prostředí, důraz na vzdělávání v oblasti duševní hygieny, zavedení pravidelné supervize i ocenění smyslu práce sester mohou významně přispět ke zvýšení profesní stability a celkové kvality péče poskytované dětem a jejich rodinám.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] AKARD, T. F., Hendrick-Ferguson, V. L. a Gilmer M. J. (2018). Compassion fatigue and pediatric palliative care providers. *Annals of Palliative Medicine*, 7(3), pp.296–301. Dostupné z: <https://apm.amegroups.org/article/view/20026/pdf>
- [2] AMERY, J., STANÍČKOVÁ, Z., HRDLÍČKOVÁ, L. a AMERY, J. (2023). *Opravdu praktický průvodce dětskou paliativní péčí: pro lékaře a zdravotní sestry*. 2. rozšířené vydání. Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-88455-16-5.
- [3] BUŽGOVÁ, R. a SIKOROVÁ, L. (2019). *Dětská paliativní péče*. Sestra. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0584-7.
- [4] CENTRUM PALIATIVNÍ PÉČE. (2024). *ESPERO pro sestry*. [online] Dostupné z: <https://paliativnicentrum.cz/kurzy/espero-plus?>
- [5] CESTA DOMŮ. (2024). *Zdravotní sestry*. [Online]. Dostupné z: <https://www.cestadomu.cz/zdravotni-sestry>.
- [6] CESTA DOMŮ. (2025). *Vzdělávací akce*. [online] Dostupné z: <https://www.cestadomu.cz/vzdelavaci-akce>
- [7] CESTA DOMŮ. (2021). *Cesta domů slaví 20 let, slavte s námi!* [Online]. Dostupné z: https://www.cestadomu.cz/sites/default/files/fd_narozeniny_sbirka.pdf.
- [8] CRAIG, F., Abu-Saad Huijjer, H., Benini F., Kuttner, L., Wood, C., Feraris, PC., Zernikow, B. (2008). *IMPaCCT: Standards pädiatrischer Palliativversorgung in Europa*. Schmerz.Aug;22(4):401-8. German. doi: 10.1007/s00482-008-0690-4. PMID: 18516628.
- [9] ČESKÁ TELEVIZE. (2024). *Události v regionech (Brno) – 19. července 2023*. [online]. Dostupné z: <https://www.ceskatelevize.cz/porady/10122427178-udalosti-v-regionech-brno/324281381990719/cast/1057239/>
- [10] HENDL, J. (2023). *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1968-2.
- [11] CHVÍLOVÁ-WEBEROVÁ, Magdalena; MATĚJEK, Jaromír a STEINLAUF, Barbora. (2023). *Etika v pediatrii a neonatologii*. Praha: Grada Publishing, ISBN 978-80-271-3263-8.

- [12] JANG, S.G., Min, A. a Kim, S. (2022). Experience of pediatric patient death, moral distress, and turnover intention among pediatric nurses at a tertiary hospital in South Korea: A cross-sectional study. *Journal of Palliative Medicine*, **25**(8), pp.1215–1221. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35138941/>
- [13] KEENE, E. A., Huttin, N., Hall, B. a Rushton, C. (2010). *Bereavement debriefing sessions: an intervention to support health care professionals in managing their grief after the death of a patient*. *Pediatric Nursing*, **36**(4), pp.185–189. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20860257/>
- [14] KHATATBEH, H. Al-Dwaikat T, Oláh A., et al. (2021). The relationships between paediatric nurses' social support, job satisfaction and patient adverse events. *Nurs Open*. **8**: 3575–3582. <https://doi.org/10.1002/nop2.907>
- [15] KOLÁŘOVÁ, Z. (2024). Dětská paliativní péče v ČR má nakročeno stát se lídrem nejen v Evropě. *Medical Tribune* [online], roč. 2024, č. 11, s. 1. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/medicina/detska-paliativni-pece-v-cr-ma-nakroceno-stat-se-lidrem-nejen-v-evrope/>.
- [16] KOLÁŘOVÁ, Z. (2024). Nová analýza dat potvrzuje zásadní význam dětské paliativní péče. [Online]. *Medical Tribune* [online], roč. 2024, č. 3, s. 1. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/zdravotnictvi/nova-analyza-dat-potvrzuje-zasadni-vyznam-detske-paliativni-pece/>.
- [17] KUPKA, M. (2014). *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Psyché. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4650-0.
- [18] LAŽOVÁ, H. (2014). *Kde a kdo poskytuje paliativní péči?* [Online]. Šance dětem. Dostupné z: <https://sancedetem.cz/kde-kdo-poskytuje-paliativni-peci>
- [19] MAJEROVÁ, J. (2024). *Dětská paliativní péče v ČR: výzkum odhalil skryté potřeby pomoci rodinám*. [Online]. Brno: Lékařská fakulta Masarykovi univerzity. Dostupné z: <https://www.med.muni.cz/aktuality/detska-paliativni-pece-v-cr-vyzkum-odhalil-skryte-potreby-pomoci-rodinam>
- [20] MASARYKOVA UNIVERZITA. (2025). *Lékařská fakulta Masarykovy univerzity reaguje na rostoucí potřebu paliativní péče, studenti se v nových předmětech naučí doprovázet pacienty v závěru života*. [online] Dostupné z: <https://www.muni.cz/pro-media/tiskove->

[zpravy/lekarska-fakulta-masarykovy-univerzity-reaguje-na-rostouci-potrebu-paliativni-pece-studenti-se-v-novych-predmetech-nauci-doprovazet-pacienty-v-zaveru-zivota](#)

- [21] MASLACH, C., Schaufeli, W. B., a Leiter, M. P. 2021. *Job burnout*. Annual Review of Psychology, 52, 397–422. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/228079161_Job_Burnout
- [22] MĚSTO BRNO. (2023). *Dětský hospic Dům pro Julii je hotov. Od srpna se otevírá prvním klientům a jejich rodinám* [online]. Co se děje v Brně, 14. 6. 2023. Dostupné z: <https://socialnipecerbrno.cz/detsky-hospic-dum-pro-julii-je-hotov-od-srpna-se-otevira-prvnim-klientum-a-jejich-rodinam/>
- [23] MILFAIT, R., a STEINLAUF, B. (2024). *Etika a právo v péči o rodiny po ztrátě dítěte: perinatální ztráta a perinatální paliativní péče*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-5268-1.
- [24] MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. (2024). *Ministerstvo zdravotnictví spolu s Českou společností paliativní medicíny spouští projekt standardizace paliativní péče v ČR, který reaguje na narůstající demografické stárnutí obyvatel*. [online]. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/tiskove-centrum-mz/ministerstvo-zdravotnictvi-spolu-s-ceskou-spolecnosti-paliativni-mediciny-spousti-projekt-standardizace-paliativni-pece-v-cr-ktery-reaguje-na-narustajici-demograficke-starnuti-obyvatel/>
- [25] MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. (2019). *Vzdělávací program specializačního vzdělávání v oboru Domácí péče a hospicová péče – dětská sestra*. [online] Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/wepub/4225/39482/Příloha%20č.%2064%20DS%20-%20Domáci%20péče%20a%20hospicová%20péče.pdf>
- [26] MOBILNÍ HOSPIC ONDRÁŠEK, o. p. s. (2025). *Kdo jsme*. [online]. Dostupné z: <https://www.mhondrasek.cz/kdo-jsme>
- [27] MOBILNÍ HOSPIC ONDRÁŠEK. (2024). *Kdo jsme*. [Online]. Dostupné z: <https://www.mhondrasek.cz/kdo-jsme>
- [28] NADACE RODINY VLČKOVÝCH. (2024). *Díky podpoře Nadace zavádí dětskou paliativní péči do výuky 13 vysokých a vyšších odborných škol*. [online]. Dostupné z: <https://nrp.org/granty-cz/diky-podpore-nadace-zavadi-detskou-paliativni-peci-do-vyuky-13-vysokych-a-vyssich-odbornych-skol/>

- [29] NADAČNÍ FOND KLÍČEK. (2000). *O nás*. [Online]. Dostupné z: http://www.klicek.org/nadace/o_nas.html.
- [30] PÁLL. N., Gorove, E. a Baji, I. (2021). Burnout syndrome in healthcare professionals working with children in palliative care. *Kontakt*, **23**(4), 215–221. Dostupné z: <https://kont.zsf.jcu.cz/pdfs/knt/2021/04/02.pdf>
- [31] PALLIUM. (2020). *Stav dětské paliativní péče v České republice*. [online]. *Pallium*. Dostupné z: https://pallium.cz/wp-content/uploads/2022/12/Stav_DPP_2020_FINAL.pdf
- [32] PAULÍK, K. (2017). *Psychologie lidské odolnosti*. 2., přepracované a doplněné vydání. Psyché. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-247-5646-2.
- [33] POLÁKOVÁ, K. a Bakoševá, P. (2022). *Vzdělávání v dětské paliativní péči*. [online]. Praha: Institut Pallium, z. ú. Dostupné z: https://pallium.cz/wp-content/uploads/2022/09/Vzdelavani-v-DPP_A5_online.pdf
- [34] POPA, M. V., Mîndru, D. E., Hizanu Dumitrache, M., Gurzu, I. L., Anton-Păduraru, D. T., Ştreangă, V., Gurzu, B., Guţu, C., Elkan, E. M. a Duceac, L. D. (2024). *Stress factors for the paediatric and adult palliative care workforce*. *Journal of Clinical Medicine*, **13**(9), Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38727425/>
- [35] SANDHU, P. a Sy, A. (2024). Exploring the need for clinical supervision for paediatric palliative care nurses: A qualitative study. *Journal of Pediatric Nursing*. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392425003562>
- [36] STRAUSS, A. a Corbinová, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu: Postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Boskovice: Albert. ISBN 80-85834-60-X. Přeloženo z: *Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques*.
- [37] TAYLOR, J. a Aldridge, J. (2017). The role of compassion fatigue in pediatric palliative care. *Palliative Care*, **13**, pp. 1-8. Dostupné z: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5732535/pdf/12904_2017_Article_254.pdf
- [38] TOGETHER FOR SHORT LIVES. (2018). *A guide to children's palliative care: Supporting babies, children and young people with life-limiting and life-threatening conditions and their families*. 4th ed. [online]. Bristol: Together for Short Lives. Dostupné z: <https://www.togetherforshortlives.org.uk/resource/a-guide-to-childrens-palliative-care/>
- [39] UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). (1989). *Convention on the Rights of the Child*. [Online]. 1989. Dostupné z: <https://www.unicef.org/media/52626/file>.

- [40] VOKURKOVÁ, I. (2023). Odlehčovací služby pro děti s hendikepem narážejí na problémy [online], *iRozhlas*, 3. 11. 2023. Dostupné z: https://www.irozhlas.cz/zivotni-styl/zdravi/hendikep-postizeni-deti-odlehcovaci-sluzba-ministerstvo-zdravotnictvi_2311031842_gut.
- [41] WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). (2018). *Integrating palliative care and symptom relief into paediatrics: a WHO guide for health care planners, implementers and managers*. Geneva: World Health Organization. Dostupné z: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/274561/9789241514453-eng.pdf>

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Charakteristika participantek výzkumu	30
Tabulka 2: Přehled kategorií a odpovídajících kódů z otevřeného kódování	32
Tabulka 3: Psychická zátěž	33
Tabulka 4: Zvládání stresu	35
Tabulka 5: Supervize a podopora	37
Tabulka 6: Vliv na osobní život	38
Tabulka 7: Smysluplnost práce	39
Tabulka 8: Komunikace s rodinou	40

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ACT	Association for Children with Life-threatening or Terminal Conditions
ČLS JEP	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
EAPC	European Association for Palliative Care
ELNEC	End-of-Life Nursing Education Consortium
Et. Al	a ostatní
ICPCN	International Children's Palliative Care Network
IMPaCCT	International Meeting for Palliative Care in Children
RCPCH	Royal College of Paediatrics and Child Health
WHO	World Health Organization

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Otázky pro rozhovory

PŘÍLOHA P I: NÁZEV PRVNÍ PŘÍLOHY

1. Pracovní zkušenosti a role v dětské paliativní péči

1. Jak dlouho pracujete v oblasti dětské paliativní péče?
2. Jaká je vaše konkrétní role a náplň práce v tomto prostředí?
3. Co vás přivedlo k práci v dětské paliativní péči?
4. Jaké aspekty této práce považujete za nejnáročnější?

2. Psychická zátěž a její projevy

5. Jak na vás působí kontakt s těžce nemocnými a umírajícími dětmi?
6. Vnímáte u sebe dlouhodobé psychické či emocionální dopady této práce?
Jaké?
7. Setkala jste se někdy s pocitem vyhoření nebo extrémního emočního vyčerpání? Jak se to projevovalo?
8. Jaké situace na pracovišti jsou pro vás psychicky nejnáročnější? (např. věk dítěte, kontakt s rodinou, opakovaná úmrtí atd.)

3. Mechanismy zvládání stresu a prevence vyhoření

9. Jakým způsobem se vyrovnáváte s psychickou náročností své práce?
10. Máte na pracovišti k dispozici nějakou podporu (např. psychologickou pomoc, týmové porady)?
11. Jaký význam pro vás má podpora kolegů a vedení v souvislosti s psychickou zátěží?
12. Jak se snažíte předcházet syndromu vyhoření? Pomáhají vám nějaké konkrétní strategie?

4. Supervize v dětské paliativní péči

13. Máte na pracovišti možnost pravidelné supervize? Pokud ano, jak často probíhá?
14. Využíváte supervizi? Pokud ano, jaký pro vás má přínos?

15. Máte pocit, že supervize pomáhá snižovat psychickou zátěž a předcházet vyhoření?
16. Jaké aspekty supervize vnímáte jako nejpřínosnější? (např. emoční podpora, sdílení zkušeností, hledání řešení problémů)
17. Pokud byste měla možnost něco na systému supervize změnit, co by to bylo?
18. Doporučila byste supervizi i těm kolegům, kteří ji zatím nevyužívají? Proč?

5. Vliv na osobní život a vztahy

19. Ovlivňuje vaše práce vaše osobní vztahy nebo způsob, jakým vnímáte život a smrt? Pokud ano, jak?
20. Máte pocit, že jste si díky této práci vytvořila určité hranice mezi osobním a pracovním životem? Jak se vám to daří?
21. Jakým způsobem se snažíte po náročné směně psychicky „odpojit“ od práce?

6. Možnosti zlepšení a podpory sester v paliativní péči

22. Co by podle vás pomohlo ke snížení psychické zátěže sester pracujících v dětské paliativní péči?
23. Existují nějaké změny v organizaci práce nebo přístupu, které by vám tuto práci usnadnily?
24. Máte nějaké doporučení pro sestry, které by chtěly v této oblasti začít pracovat?