

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra psychologie

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Subjektivní vnímání funkčních prvků paliativního týmu jeho pracovníky
Subjective Perception of Functional Elements of the Palliative Care Team
by Its Workers

Bc. et Bc. Rebeka Vondráčková

Vedoucí práce: PhDr. Hana Valentová Ph.D.

Studijní program: Psychologie

Studijní obor: Psychologie

2024

Odevzdáním této diplomové práce na téma Subjektivní vnímání funkčních prvků paliativního týmu jeho pracovníky potvrzují, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzují, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 11.7.2024

Poděkování

Tímto děkuji vedoucí mé diplomové práce PhDr. Haně Valentové, PhD. za odborné vedení, cenné podněty a připomínky, které mi při tvorbě diplomové práce poskytla a především za její trpělivost k mému způsobu spolupráce. Dále bych ráda poděkovala všem zdravotnickým pracovníkům, kteří byli ochotni se se mnou aktivně zúčastnit v rozhovorech a umožnili mi tak získat potřebná data k práci.

ABSTRAKT

Diplomová práce se zabývá subjektivním vnímáním funkčních prvků paliativního týmu jeho pracovníky.

Teoretická část této diplomové práce poskytuje komplexní přehled o paliativní péči. První kapitola se zaměřuje na definici paliativní péče, její principy a historický vývoj. Druhá kapitola se věnuje paliativní péči v České republice, popisuje její dostupnost, legislativní rámec a charakteristiku pacientů. Zahrnuje různé úrovně a formy péče, od domácí hospicové péče po specializované jednotky v nemocnicích. Třetí kapitola se zabývá konziliárními týmy paliativní péče, jejich složením a rolí jednotlivých členů. Závěr teoretické části se věnuje náročnosti práce v paliativní péči, riziku syndromu vyhoření a strategiím prevence. Tato část poskytuje základní orientaci v problematice paliativní péče a nastiňuje klíčové otázky a výzvy v této oblasti.

Praktická část je zaměřena na identifikaci a analýzu funkčních prvků paliativního týmu. Hlavním cílem bylo zjistit, jak tyto prvky přispívají k efektivnímu fungování týmu a jak ovlivňují kvalitu poskytované péče. Tyto prvky byly zkoumány z pohledu jejich vlivu na pacienty, týmy i jednotlivé pracovníky. Výzkum byl proveden kvalitativní metodou zahrnující rozhovory s pracovníky paliativního týmu. Analýza dat odhalila klíčové prvky, jako je autonomie pacienta, dostatek času pro pacienty, práce s intenzivními emocemi, plánování umírání, týmová spolupráce a jiné.

KLÍČOVÁ SLOVA

paliativní péče, paliativní funkční prvky, týmová práce, autonomie pacienta, paliativní tým

ABSTRACT

The diploma thesis deals with the subjective perception of the functional elements of the palliative care team by its workers.

The theoretical part provides a comprehensive overview of palliative care. It includes the definition, principles, and historical development of palliative care. It also examines palliative care in the Czech Republic, detailing its availability, legislative framework, and patient characteristics. Various levels and forms of care are covered, from home hospice care to specialized units in hospitals. The composition and roles of palliative care consultation teams are analyzed. The conclusion addresses the challenges of working in palliative care, the risk of burnout, and prevention strategies, offering a basic orientation in palliative care and outlining key questions and challenges.

The practical part focuses on identifying and analyzing the functional elements of the palliative care team. The main aim was to determine how these elements contribute to the team's effective functioning and affect the quality of care provided. These elements were examined in terms of their impact on patients, teams, and individual workers. The research was conducted using qualitative methods, including interviews with palliative care team members. The data analysis revealed key elements such as patient autonomy, sufficient time for patients, dealing with intense emotions, end-of-life planning, and team collaboration, among others.

KEYWORDS

palliative care, palliative functional elements, teamwork, patient autonomy, palliative team

Obsah

Úvod	7
1 Teoretická část	8
1.1 Úvod do paliativní péče	9
1.1.1 Definice	9
1.1.2 Principy	10
1.1.3 Stručná historie	12
1.2 Paliativní péče v České republice	14
1.2.1 Dostupnost	14
1.2.2 Paliativní pacient	16
1.2.3 Úrovně	18
1.2.4 Formy	20
1.3 Konziliární tým paliativní péče	24
1.3.1 Složení týmu	26
1.4 Povaha práce paliativní medicíny	32
1.4.1 Výzkum v zahraničí	33
1.4.2 Výzkum v České republice	34
2 Praktická část	39
2.1 Výzkumné cíle	39
2.2 Metodologie výzkumu	40
2.2.1 Typ výzkumu	40
2.2.2 Metoda sběru dat	40
2.2.3 Zkoumaný soubor	40
2.2.4 Průběh sběru dat	42
2.2.5 Metoda zpracování a analýzy dat	43

2.3	Analýza dat	44
2.3.1	Pacient jako kompas	46
2.3.2	Na hranici života.....	50
2.3.3	Profesní povinnosti	54
2.3.4	Druhé manželství	58
2.3.5	Motivace	61
2.3.6	Výbava.....	66
2.4	Shrnutí analýzy	77
2.5	Diskuse	79
	Závěr	87
	Seznam použitých informačních zdrojů	88

Úvod

Smrt člověka je nevyhnutelnou součástí lidské existence, která se prolíná s filozofickými, náboženskými a etickými otázkami. Postoj ke smrti se měnil v průběhu historie a odráží vývoj společnosti. Kisvetrová a Kutnohorská (2010) popisují, jak se péče o umírajícího přesunula z rodinného kruhu do institucionalizované péče, což vedlo k určitému odcizení smrti od běžného života. Dnešní moderní společnost často smrt vnímá jako něco, co by mělo být „ukryto“ a co děsí. Tento postoj je iluzorní, protože smrt, ačkoliv skryta, zůstává nevyhnutelnou realitou (Šiklová, 2013).

Paliativní péče se zaměřuje na zmírnění utrpení nevléčitelně nemocných a na zachování co nejvyšší kvality jejich života. Důraz je kladen na fyzickou, psychickou, sociální a spirituální podporu (Konopáčová, 2017). V posledních letech se stává stále důležitější součástí zdravotnického systému. Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) potřebuje celosvětově paliativní péči přibližně 40 milionů lidí a tato potřeba stále narůstá (Vitillo & Puchalski, 2014). Tento trend je patrný i v České republice, kde se počet multioborových paliativních týmů v nemocnicích zvýšil z 18 v roce 2018 na 40 v roce 2020 (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2022).

Zkoumání subjektivního vnímání funkčních prvků paliativního týmu jeho pracovníky je klíčové z několika důvodů. Zaprvé, paliativní péče se neustále vyvíjí a je nezbytné neustále zlepšovat její kvalitu a dostupnost, aby mohla reagovat na potřeby stárnoucí populace a rostoucí počet pacientů s nevléčitelnými nemocemi. Zároveň porozumění motivaci a pracovním metodám členů paliativního týmu může přispět ke zlepšení pracovních podmínek, snížení fluktuace zaměstnanců a prevenci syndromu vyhoření. Studium subjektivních zkušeností a vnímání členů týmu může přinést nové poznatky a inspiraci pro budoucí generace zdravotnických pracovníků, kteří se rozhodnou věnovat paliativní péči. V neposlední řadě, zkoumání těchto aspektů přispívá k širší diskuzi o významu paliativní péče ve zdravotnickém systému. Přináší nový úhel pohledu na péči o pacienty v terminálním stadiu nemoci a zdůrazňuje význam multidisciplinární spolupráce v této oblasti.

1 Teoretická část

Teoretická část diplomové práce se věnuje paliativní péči, což je multidisciplinární oblast medicíny, jejímž hlavním cílem je zlepšení kvality života pacientům, kteří čelí život ohrožujícím onemocněním, a jejich rodinám, Úvodní kapitoly poskytují komplexní pohled na základní definice, vysvětlují historický vývoj a zásadní principy paliativní péče. Důraz je kladen na humanitární aspekty a etiku, které jsou zásadní pro pochopení a praktické aplikace této péče ve zdravotním systému.

Práce dále zkoumá strukturu paliativní péče v České republice včetně legislativního rámce, který ovlivňuje dostupnost a implementaci paliativních služeb. Popisuje různé formy a úrovně péče, od základní podpory poskytované v domácím prostředí až po specializované paliativní jednotky v nemocnicích. Podrobně je rozebírána role a struktura paliativních týmů, které jsou složeny z různých zdravotnických profesionálů včetně lékařů, sester, sociálních pracovníků a psychologů. Tito odborníci společně pracují na poskytování komplexní péče, která reaguje na fyzické, emocionální a sociální potřeby pacientů.

Zvláštní pozornost je věnována výzvám spojeným s poskytováním adekvátní péče v terminálních fázích života. Součástí této diskuse jsou i výzkumy týkající se vyhoření zdravotnického personálu. Zatímco některé studie ukazují na vysokou míru vyhoření v důsledku emoční zátěže, kterou práce v paliativní péči s sebou nese, jiné studie předkládají odlišné náhledy a zdůrazňují strategie pro zvládání stresu a podporu zdravotníků.

Tato teoretická část tedy nejen poskytuje základní orientaci v problematice, ale také nastiňuje klíčové otázky a výzvy, které formují paliativní péči jako nezbytnou součást současného zdravotnictví.

1.1 Úvod do paliativní péče

Tato kapitola se zaměřuje na klíčové aspekty paliativní péče. Zahrnuje její definici, která ukazuje na její hluboké humanitární kořeny a multidisciplinární povahu. Dále se zaměřuje na stručnou historii paliativní péče, která ukazuje, jak se tento obor stal nezbytnou součástí současného zdravotnictví. Tato kapitola položí pevné základy pro další prozkoumání principů a praktik paliativní péče, jež jsou zásadní pro poskytování péče pacientům v pokročilých fázích onemocnění a jejich blízkým.

1.1.1 Definice

Pojem paliativní péče vychází z latinského slova „pallium“, což v latině znamená „plášť“ nebo „rouška“. Odkazuje tak na základní princip paliativní péče: poskytnout úlevu a ochranu těm, kdo čelí nevléčitelné nemoci, a to „přikrývkou“ útěchy a podpory (Bužgová & Sikorová, 2019). V anglickém jazyce je původní význam sousloví „to palliate“ schovat, uzavřít nebo převléknout - odkazuje tak na mírnění něčeho bez řešení základního problému. Tato etymologie se přenáší do moderního použití slova, přestože se dnes častěji používá ve spojení s mírněním nemocí nebo jejich symptomů, a to bez dosažení úplného vyléčení. Moderní definice rozšiřuje tento koncept obecněji na úlevu od fyzického nebo emocionálního utrpení, ať už dočasnou nebo povrchní (Oxford English Dictionary, n.d.).

V diskusích jak mezi veřejností, tak mezi odborníky, se objevuje nejednotnost v terminologii paliativní péče, což poukazuje na nutnost vytvoření společného jazyka pro lepší pochopení a komunikaci v této oblasti. Evropská asociace pro paliativní péči (EAPC) provedla průzkum, který prostřednictvím diskurzivní analýzy definic paliativní péče odhalil významné překryvy mezi pojmy jako jsou „end-of-life care“ (péče na konci života), „hospice“ (hospic), „hospice care“ (hospicová péče), „thanatology“ (thanatologie), „supportive care“ (podpůrná péče), „continuous care“ (kontinuální péče), a „comfort care“ (péče zaměřená na komfort).

Na základě tohoto zjištění EAPC předkládá návrh společné terminologie pro evropské země a regiony a formuluje normy, které by měly sloužit jako cíle kvality s aspirací k dosažení vysoké úrovně péče. Paliativní péči EAPC definuje jako aktivní a celostní péči o pacienty, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Klíčové je řešení bolesti, dalších symptomů nemoci a sociálních, psychologických či duchovních problémů. U paliativní péče

je potřeba využívání multidisciplinárního přístupu a zahrnuje péči o pacienta, jeho rodinu a komunitu. Paliativní péče považuje umírání za přirozenou součást života a neusiluje o zrychlení ani odklad smrti. Jejím cílem je zajistit nejlepší možnou kvalitu života až do samotného konce (Radbruch & Payne, 2009).

V kontextu paliativní péče představuje definice Světové zdravotnické organizace (WHO) základní kámen, od kterého se odvíjí současný diskurs a praxe v této oblasti. Nabízí komplexní pohled na přístup, který klade důraz nejen na léčbu fyzických příznaků, ale i na podporu psychosociálních a duchovních potřeb pacientů a jejich rodin.

„Přístup, který usiluje o zlepšení kvality života pacientů a rodin, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožujícím onemocněním, a to prostřednictvím prevence a zmírňování utrpení, včasným rozpoznáním a náležitým zhodnocení a léčbou bolesti a dalších problémů fyzických, psychosociálních i duchovních.“ (WHO, 2002, volně přeloženo)

V České republice je paliativní péče vymezena zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování v paragrafu 5 a poskytuje základní, avšak podstatnou definici paliativní péče. Tato definice jasně vyzdvihuje závazek paliativní péče vůči pacientům, ale již neuvádí rozšíření péče i na rodinu a blízké okolí. Definuje jí jako *„druh zdravotní péče, jejímž účelem je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevyléčitelnou nemocí“* (Zákon č. 372/2011 Sb., § 5).

1.1.2 Principy

Dokument „Metodika implementace paliativní péče v lůžkovém zdravotnickém zařízení“ (Česká společnost paliativní medicíny, 2019) shrnuje klíčové principy paliativní péče, poskytující základní porozumění pro péči o pacienty a jejich rodiny ve zdravotnických zařízeních:

- **Respektuje individualitu závěrečné fáze života** každého člověka, zahrnující fyzické, psychické, sociální, duchovní a kulturní dimenze.
- **Vytváří léčebný plán na míru**, vycházející z jedinečných potřeb a preferencí pacientů a jejich blízkých, s ohledem na jejich hodnoty a cíle.

- **Spočívá na multioborové spolupráci**, integruje různé aspekty péče, zahrnuje spolupráci lékařů, ošetřovatelů, psychologů, sociálních pracovníků, duchovních a případně i dalších odborníků.
- **Probíhá současně s léčbou zaměřenou na nemoc** a její komplikace, pokračuje i po ukončení aktivní léčby v terminální fázi nemoci.
- **Poskytuje podporu rodinným příslušníkům pacientů** v období závažného onemocnění a ve fázi smutku po ztrátě.

Paliativní péče se stává nezbytnou součástí systému zdravotní a sociální péče a musí splňovat vysoké standardy kvality, bezpečnosti a efektivity, jaké se očekávají od všech zdravotních a sociálních služeb. Tato péče by měla být poskytována „lege artis“, tedy v souladu s nejlepšími odbornými postupy, zajišťující, že léčba je prováděna bezpečně a účinně. Principy paliativní péče zdůrazňují význam komunikace, individualizovaného přístupu a respektování hodnot a preferencí pacienta při sestavování léčebného plánu, což odráží zásady personalizované medicíny (Česká společnost paliativní medicíny, 2019). V kontrastu s tímto přístupem, v některých medicínských specializacích, označovaných jako „vítězné obory“, se setkáváme s pojmem „dystanázie“ nebo „zadržaná smrt“, jak popisují Vorlíček et al. (2004). Tento koncept, který je v rozporu s principy paliativní medicíny, pochází z představy, že smrt je selháním a vede ke snahám lékařů neúměrně prodloužit život pacientů, kteří se nacházejí v nepříznivém zdravotním stavu.

Dále je důležité zmínit, že ačkoliv paliativní péče klade důraz na komplexní přístup a respektuje principy „lege artis“, existují chybné interpretace, které ji nesprávně pojmají jako pouhou nekurativní léčbu s akceptací nevyhnutelného konce. Tento omyl podněcuje pasivitu a terapeutický nihilismus, což může vést k opomíjení potřebné péče. Také bývá mylně stavěna eutanazie proti paliativní péči. Zatímco paliativní péče se snaží kvalitativně zlepšit zbývající život pacienta bez záměru urychlit nebo oddálit smrt, eutanazie představuje aktivní ukončení života na žádost pacienta, což je eticky a principiálně odlišný postup (Sláma & Kabelka, 2022).

Etické principy

Sláma et al. (2022) zdůrazňuje, že lékařské povolání by mělo zahrnovat nejen nejnovější poznatky a dovednosti, ale také lidskost a schopnost etického rozhodování. Základní etické

principy, které jsou aplikovány v paliativní péči, se shodují s těmi, které se vztahují na ostatní medicínské disciplíny:

- **Autonomie** – spočívá v přesvědčení, že jednotlivci jsou odpovědní za svá zdravotní rozhodnutí, při kterých by měli být plně srozuměni se všemi informacemi. Respekt k jejich přáním je zásadní, i kdyby mohla mít za následek úmrtí během pokročilé fáze nemoci.
- **Informovanost pacienta** – představuje základ pro informované rozhodování, kde pacient má právo být úplně seznámen se svým zdravotním stavem, ale má také možnost odmítnout tyto informace. Je na pacientovi, aby určil, kdo bude o jeho stavu informován.
- **Beneficence** – zavazuje lékaře k tomu, aby vždy jednal ve prospěch pacienta. Pojem dobra je individuální a liší se u každého člověka, podobně jako je to s pojmy kvality života a důstojnosti. To, co je prospěšné pro pacienta, nemusí nutně odpovídat pohledu zdravotníka, a proto je nezbytné hledat společné porozumění prostřednictvím otevřeného dialogu. Klíčem k úspěchu je upřímná a empatická komunikace.
- **Nonmaleficence** – vede lékaře, aby neškodil pacientovi a chránil ho před škodou, včetně potenciálních vedlejších účinků léčby. Je důležité se vyhnout jakékoliv škodě a chránit pacienta před vším, co by mu mohlo uškodit.
- **Spravedlnost** – znamená rovnováhu mezi individuálními potřebami a tím, co společnost dokáže poskytnout, což ovlivňuje dostupnost paliativní péče v různých regionech a kvalitu této péče.

1.1.3 Stručná historie

V roce 1967 byl ve městě Sydenham v Anglii otevřen první hospic nové éry, který poskytl vzor pro rozvoj hospicové péče na celosvětové úrovni. Zakladatelkou St. Christopher's Hospice byla Cecily Saundersová, která působila jako zdravotní sestra a sociální pracovnice. Toto zařízení přistupovalo k péči o umírající s důrazem na jejich fyzické i psychické potřeby a poprvé zapojilo do péče multidisciplinární tým odborníků. Počátky tohoto hospice jsou často označovány za zrod moderního hnutí zaměřeného na hospicovou péči (Svatošová, 2011). Další hospice ve světě obvykle vznikají z iniciativ malých skupin a

postupně získávají podporu jak od odborníků, tak od široké veřejnosti. S časem se rozvoj hospicové péče rozšířil i mimo tradiční hospicová zařízení (Sláma & Vafková, 2020). V roce 1975 Balfour Mount zavedl termín „paliativní péče“, když hledal vhodné pojmenování pro svou novou lůžkovou jednotku v Montrealu. Termín „hospic“ byl v Kanadě používán v jiném kontextu, což vedlo Mounta k vytvoření nového označení „paliativní péče“, aby lépe vystihoval specifický charakter a cíl této péče. (Radbruch & Payne, 2009).

Vývoj paliativní medicíny v České republice získal na dynamice teprve po pádu komunismu v roce 1989. Mnozí ze zdravotnických pracovníků měli příležitost získat cenné zkušenosti a znalosti během stáží v zahraničí. Tyto impulsy vedly v devadesátých letech k založení řady hospicových zařízení, která jsou většinou provozována občanskými sdruženími nebo katolickou Charitou jako neveřejná zdravotnická zařízení. Průkopníkem mezi nimi byl Hospic Anežky České, otevřený v Červeném Kostelci v roce 1995. První paliativní oddělení začalo fungovat v roce 1992 v Nemocnici v Babicích nad Svitavou. Později bylo transformováno na Lůžkové oddělení následné péče (LDN). Od roku 2001 funguje ve Fakultní nemocnici Brno specializovaná ambulance paliativní medicíny, která se zaměřuje na zvyšování standardů péče pro pacienty s pokročilými stavy onemocnění prostřednictvím ambulantních a konziliárních vyšetření. Dále vznikly mobilní hospice, které se specializují na poskytování hospicové péče v domácím prostředí (Adam, Vorlíček & Pospíšilová, 2004).

Česká republika bohužel zaostává ve vývoji paliativní péče i za některými ekonomicky méně vyspělými evropskými zeměmi, přestože paliativní péče je jedním z nejdynamičtější se rozvíjejících oborů medicíny s důležitostí podtrženou v několika klíčových dokumentech, včetně doporučení Rady Evropy z roku 2003 a rezoluce WHO z roku 2014. Tyto dokumenty zdůrazňují zásadní přínos paliativní péče pro pacienty s nevléčitelnou nemocí a jejich rodiny, ukazují na zlepšení kvality života, kontrolu symptomů, ekonomickou úspornost pro zdravotní systémy a u některých skupin pacientů i prodloužení života (Sláma et al., 2016).

1.2 Paliativní péče v České republice

Kapitola o paliativní péči v České republice popisuje dostupnost a organizaci této péče, charakteristiky paliativních pacientů a různé úrovně a formy paliativní péče. Dále uvádí, jak se péče vyvíjela díky státní a evropské podpoře a jak jsou služby strukturovány, aby vyhověly potřebám pacientů v různých stádiích onemocnění. Celkově poskytuje základní přehled o tom, jak je paliativní péče integrována do českého zdravotnického systému.

1.2.1 Dostupnost

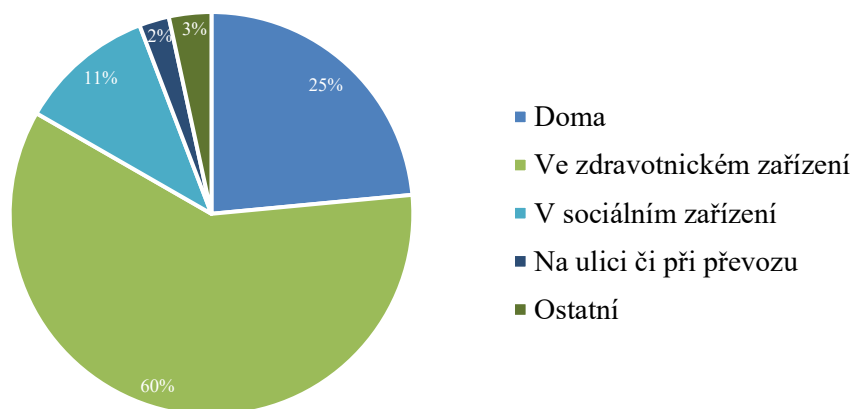
V České republice je paliativní péče nezbytnou součástí podpory pacientů s vážnými, život omezujícími onemocněními. Situační analýza pro Českou společnost paliativní medicíny z roku 2016 uvádí, že více než 70 000 pacientů ročně by potřebovalo paliativní péči (Sláma et al., 2016). Český statistický úřad navíc hlásí, že počet úmrtí se v roce 2022 vyšplhal až na 120 000 a dá se předpokládat, že toto číslo bude s postupným stárnutím populace dále narůstat (Český statistický úřad, 2024). V tuto chvíli nejsou k dispozici aktuálnější statistiky pro Českou republiku, Evropská asociace pro paliativní péči poskytuje novější údaje alespoň na evropské úrovni. Podle odhadů z roku 2022 zemřelo v Evropě přibližně 4 428 663 lidí, kteří by měli prospěch z přístupu k paliativní péči. Toto číslo odpovídá zhruba 65 % evropské populace, která v současné době nemá dostupné služby paliativní péče (European Association for Palliative Care, n.d.). Aktuální evropské statistiky jasně ukazují na nutnost rozšíření dostupnosti a kvality paliativní péče napříč kontinentem. Je důležité poznamenat, že vývoj paliativní péče se mezi jednotlivými evropskými zeměmi liší a to jak ve vztahu k přístupu, tak i k míře poskytování této péče. To naznačuje, že výzvy v oblasti paliativní péče jsou jak globální, tak i lokální povahy.

V období 2017 až 2021 došlo díky prostředkům z Evropské unie a státního rozpočtu k výraznému zlepšení dostupnosti a kvality paliativní péče v ČR, zahrnující domácí péči, péči v nemocnicích i hospicích (Nejvyšší kontrolní úřad, 2023). Došlo i k výraznému nárůstu počtu paliativních týmů. V roce 2020 deklarovalo existenci paliativního týmu 40 nemocnic, což představuje téměř dvojnásobek oproti 18 týmům v roce 2018. Tento rozvoj nejen zlepšil péči o těžce nemocné, ale také ukázal významný pozitivní dopad na kvalitu života pacientů a podporu ze strany zdravotnického personálu (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2022).

Mezi lety 2019 a 2022 probíhal projekt ministerstva zdravotnictví „Podpora paliativní péče – zvýšení dostupnosti zdravotních služeb v oblasti paliativní péče v nemocnicích akutní a následné péče“. Výsledky projektu ukázaly, že konziliární týmy paliativní péče mají významný pozitivní vliv na kvalitu života pacientů a jejich rodin. Byly shromážděny důležité údaje, které posloužily jako základ pro další rozvoj paliativní péče v nemocnicích a vytvoření „Metodiky implementace programu paliativní péče v lůžkovém zdravotnickém zařízení“. Zvýšila se také informovanost a vzdělávání zdravotnického personálu v oblasti paliativní péče, což výrazně přispělo k lepší péči o pacienty v terminálních stádiích onemocnění. Projekt také podpořil spolupráci mezi různými zdravotními zařízeními a odbornými společnostmi, což přispělo k větší koordinaci při poskytování paliativní péče (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2022).

Další zlepšování paliativní péče v nemocnicích je klíčové, jelikož více než 60 % lidí svůj život končí právě v těchto zařízeních (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2020).

Zemřelí podle místa úmrtí 2020

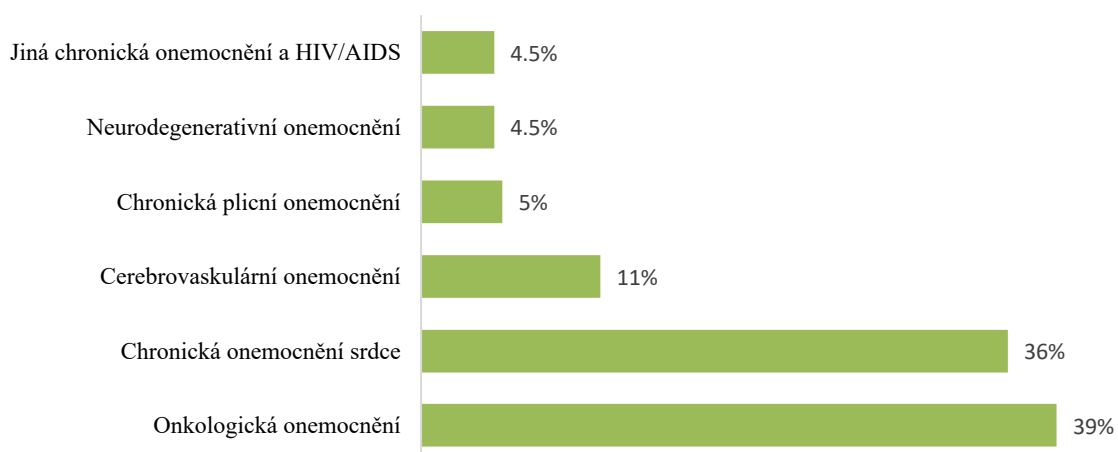


Graf 1: Struktura zemřelých podle místa úmrtí (ÚZIS, 2020)

1.2.2 Paliativní pacient

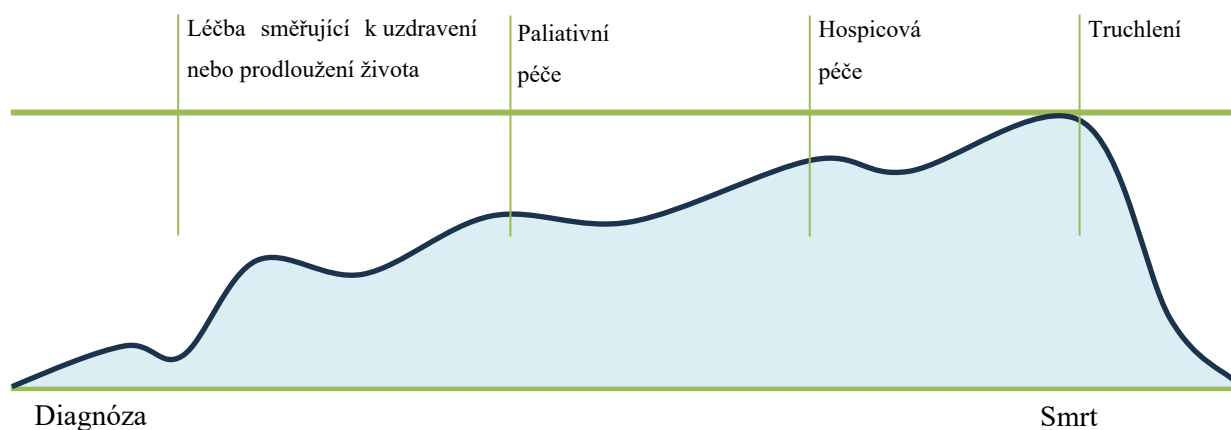
Jak ukázala studie Van Mechelena et al. (2012), definice paliativního pacienta zůstává složitou otázkou, která ovlivňuje jak výzkum, tak i praxi v oblasti paliativní péče. Tato péče se zaměřuje na rozsáhlou skupinu pacientů s různorodými závažnými onemocněními, u nichž existuje předpoklad, že do šesti měsíců může dojít k úmrtí, což zdůrazňuje naléhavou potřebu specializované péče. S narůstajícím věkem se zvyšuje i předpoklad potřeby paliativní péče. (Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2021). Diagnózy, které v pokročilých a terminálních stádiích často vyžadují specializovanou paliativní péči, bývají označovány jako „paliativně relevantní diagnózy“ (Sláma & Vafková, 2020):

- *nádorová onemocnění*
- *neurodegenerativní onemocnění jako jsou roztroušená skleróza, Parkinsonova nemoc, ALS nebo různé typy demencí*
- *konečná stadia chronických orgánových onemocnění: srdečních, plicních, jaterních a ledvinných*
- *AIDS*
- *polymorbidní geriatrictí pacienti*
- *pacienti v perzistujícím vegetativním stavu*
- *některé vrozené pediatrické syndromy a onemocnění*
- *kriticky nemocní pacienti s nevratným multiorgánovým selháním v prostředí intenzivní péče* (Sláma & Vafková, 2020).



Graf 2: Podíl pacientů s potřebou paliativní péče dle typů onemocnění (upraveno dle Sláma, Kabelka, & Loučka, 2016)

Charakteristickým rysem diagnostických skupin relevantních pro paliativní péči je jejich chronický a postupující průběh, kdy v pokročilých fázích onemocnění dochází k často zvyšující se symptomové zátěži a celkovému zhoršení funkčního stavu pacienta. Ve fázi, která předchází konci života (end of life), je možné na základě důkladného zhodnocení situace obvykle identifikovat období posledních měsíců pacientova života. V této době se smrt stává nevyhnutelným důsledkem postupu základního onemocnění. Tento fakt má zásadní dopad na plánování a uspořádání zdravotní péče. Jakmile je možné rozpoznat konečnou fázi života a smrt se jeví jako nevyhnutelné vyústění nevléčitelného stavu, stává se klíčovým proces rozhodování o adekvátnosti a rozsahu léčebných zásahů a péče (Sláma, Krejčí & Ambrožová, 2019).



Obrázek 1: Postupující průběh onemocnění a uspořádání zdravotní péče (upraveno dle Centrum paliativní péče, n.d.)

Pro hlubší pochopení kontextu, v němž pacienti prožívají svou nemoc, je užitečné rozdělit proces umírání do tří fází, které se liší jak délkou trvání, tak charakterem subjektivního prožitku:

Pre finem – začíná diagnostikou závažné nemoci, kdy pacient usiluje o remisi nebo alespoň zmírnění symptomů. V tomto období je často přítomen strach ze smrti, který s postupem času slábne (Wright et al., 2008). Pacienti potřebují emoční podporu a chtějí o své situaci hovořit. Lékař by měl přejít do sociální role a zajistit pacientovi další typy péče (Špatenková, 2014).

In finem – odpovídá terminálnímu stádiu, zahrnující poslední týdny nebo dny života. Zabývá se otázkami jako dříve vyslovené přání, neúčelná léčba nebo rituály spojenými se smrtí. Důležitá je minimalizace diskomfortu a zajištění důstojnosti umírajícího v co možná nejpříjemnějším prostředí (Rainsford, 2018).

Post finem – v této době se psychologická pozornost obrací k emocím, které prožívají pozůstalí. Dle Wordena (2013) je možné, že pocity zármutku se objeví ještě před skolem blízké osoby, k terapeutickému zásahu dochází obvykle až u tzv. protahovaného zármutku.

1.2.3 Úrovně

Kategorizace úrovní paliativní péče je určována dle stupně její komplexity. Jako první až nultou úrovní paliativní péče můžeme chápat obecné aspekty paliativního přístupu, které by měly být standardem pro všechny odborné pracovníky ve zdravotnictví. Gott et al. (2013 in Bužgová & Sikorová, 2019) tento přístup popisují jako přijetí otevřeného postoje k otázkám smrti a procesu umírání mezi zdravotnickým personálem, který se stará o pacienta a jeho blízké, přičemž klade důraz na respektování pacientových představ o jeho vlastní léčbě a péči.

Další dvě úrovně jsou v souladu s mezinárodními doporučeními a rozlišují paliativní péči na obecnou a specializovanou (Sláma et al., 2016). Pod pojmem obecná paliativní péče se rozumí dobrá klinická praxe, která se zaměřuje na zajištění péče pro pacienty ve stádiu pokročilých a nevléčitelných onemocnění. Tato péče je poskytována týmem zdravotnických profesionálů z různých oborů, kteří mají potřebné vzdělání a praktické zkušenosti s paliativní medicínou, i když nejsou výhradně specializovaní na paliativní péči. Hlavním cílem je nejen zmírnění symptomů a aplikace léčebných postupů zaměřených na příčinu onemocnění, ale také poskytování podpory a poradenství, které zahrnuje psychologickou, sociální a duchovní složku péče. Do poskytování obecné paliativní péče jsou také zapojeni pracovníci věnující se nezdravotnickým aspektům péče jako jsou sociální pracovníci nebo dobrovolníci (Bužgová & Sikorová, 2019)

V případech, kdy potřeby pacienta přesahují kapacity obecné paliativní péče vzhledem k jejich závažnosti nebo složitosti, je důležité, aby byl pacientům zajištěn přístup k vyšší úrovni péče, tedy k specializované paliativní péči. Ta představuje cílenou podporu pro pacienty a jejich blízké, provádí jí tým specialistů s odborným vzděláním v paliativní

medicině a dostatečnými zkušenostmi. Tuto péči nabízí zařízení specializující se na paliativní péči. Její široká dostupnost v rámci zdravotního systému je klíčová (Sláma et al., 2016). Patří mezi ně oddělení paliativní péče, mobilní hospice, lůžkové hospice, konziliární týmy paliativní péče, ambulance paliativní péče, denní stacionáře a zvláštní zařízení paliativní péče (Marková, 2010).

Radbruch a Payne (2010) uvádí rozšíření vícestupňového systému o další úroveň – centra excelence. Poskytují specializovanou paliativní péči v mnoha formách jako je péče lůžková, ambulantní, domácí a konzultační, zároveň poskytují i prostředí pro akademický výzkum a edukační činnosti. V České republice je zatím jediné Centrum excelence pro paliativní péči, a to ve Všeobecné fakultní nemocnici, kde funguje i jediná samostatná Klinika paliativní medicíny (Centrum pro rozvoj paliativní medicíny, n.d.).

	Typ paliativní péče			
	Obecná paliativní péče	Specializovaná paliativní péče ve spolupráci s obecnou paliativní péčí		Specializovaná paliativní péče
Akutní péče	Nemocnice	Domácí hospicová péče (vyškolení dobrovolníci poskytující poradenství a podporu, v ČR neexistující služba)	Nemocniční paliativní konziliární týmy	Oddělení paliativní péče
Dlouhodobá péče	LDN, domovy pro seniory		Mobilní specializovaná paliativní péče	Lůžkové hospice
Domácí péče	Praktičtí lékaři, agentury domácí péče			Mobilní specializovaná paliativní péče, stacionáře

Tabulka 1: Stupňovaný systém služeb paliativní péče (Radbruch & Payne, 2009)

1.2.4 Formy

Specializovaná paliativní péče nabízí různorodé formy, aby co nejlépe vyhovovala jedinečným potřebám a situacím terminálně nemocných pacientů. Rozhodnutí o volbě vhodné formy péče závisí na mnoha faktorech, včetně přání samotného pacienta, lékařských doporučení a kapacit pečujících rodinných příslušníků. Zahrnutí pacienta do rozhodovacího procesu a respektování jeho preferencí jsou základními principy paliativní péče, které zajišťují, že péče je co nejvíce přizpůsobena potřebám a přáním pacienta (Sláma & Kabelka, 2022).

Domácí hospic

Studie zaměřené na proces umírání ukazují, že možnost prožít poslední chvíle života v domácím prostředí odpovídá přáním většiny respondentů o co nejlepším a důstojném závěru života (Marková, 2010). Domov představuje prostředí, s nímž jsou lidé dobře obeznámeni, je sdíleno blízkými osobami s hlubokými emocionálními vazbami a intimním soužitím. Zde mají jedinci možnost sami formovat svůj každodenní rytmus a do určité míry se podílet na rozhodování o mnoha aspektech svého života (Sláma & Kabelka, 2022).

Domácí hospicová péče představuje na celém světě nejběžnější formu specializované paliativní péče, při které odborníci navštěvují pacienty přímo v jejich domácím prostředí (Marková, 2010). Zaměřuje se na poskytování péče osobám v posledních dnech či týdnech života, obvykle po ukončení kurativní léčby. Služba je určena především pacientům s komplexními symptomy, pro které by bez adekvátní péče byla nutná hospitalizace (Cesta domů, n.d.). Tým dokáže pružně přizpůsobovat léčbu podle aktuálního stavu pacienta díky multidisciplinárnímu týmu s lékařem-specialistou a zdravotní sestrou, kteří jsou dostupní kdykoliv 24 hodin denně a 7 dní v týdnu. Podle individuálních potřeb může být rovněž poskytnuta podpora psychologa, psychoterapeuta, duchovního a dalších odborníků (Špinková & Mlynáriková, 2023). Zároveň je potřeba, aby se rodina pacienta aktivně podílela na ošetrovatelské péči, včetně asistence u každodenních úkonů, podáváníí léků, pomoci s jídlem a dalších potřebných činností (Marková, 2010). Součástí péče je i podpora rodiny během nemoci a v období smutku po ztrátě blízkého (Sláma & Kabelka, 2022). Čekací doby jsou obvykle krátké, od několika dnů po několik týdnů. Financování zdravotnické složky služby je možné z veřejného zdravotního pojištění v závislosti na

dohodě s pojišťovny, zatímco nezdravotní aspekty péče se financují z různých zdrojů, informace je nutné vyžádat přímo u poskytovatelů (Špinková & Mlynáriková, 2023).

Webová stránka Goodbye.cz (n.d.) nabízí ucelený seznam poskytovatelů mobilní specializované paliativní péče, včetně kontaktů a adres. Aktuálně uvádějí 94 zařízení v České republice, mezi něž patří jak nezávislé mobilní hospice, tak i služby provozované Charitou ČR. Počet uvedených zařízení se může lišit, jelikož stránka upozorňuje na omezené možnosti udržení neustále aktualizované databáze všech subjektů operujících na území ČR. Dle doporučení Evropské asociace pro paliativní péči by měl být ideálně k dispozici jeden tým na každých 100 000 obyvatel (Česká společnost paliativní medicíny, 2018).

Lůžkový hospic

V lůžkovém hospici je k dispozici podobný rozsah odborné péče jako v domácím hospicovém prostředí, avšak péče je poskytována formou stacionární, včetně ubytování. Díky tomu je péče přístupná kdykoliv, bez nutnosti počítat s dojezdovým časem, jak je tomu u domácího hospice (Špinková & Mlynáriková, 2023). Marková (2010) popisuje, že ve srovnání s nemocnicemi a ostatními zdravotnickými zařízeními se hospice primárně zaměřují na péči o umírající, což jim umožňuje plně se věnovat poskytování co nejlepší péče hospitalizovaným pacientům na konci jejich života. Tento přístup zahrnuje zejména výběr personálu s odpovídající motivací a jeho neustálé vzdělávání. Návštěvní režim je flexibilní, umožňující rodinným příslušníkům zůstat s nemocným přes noc, ať už na dodatečném lůžku nebo v pokoji pro hosty. Jedinečností lůžkových hospiců je jejich zaměření na mírnění symptomů spojených s poslední fází života, přičemž klade vysoký důraz na uspokojení psychických a duchovních potřeb pacientů. Pobyt v hospici nemusí nutně končit smrtí pacienta. Přibližně jedna třetina hospitalizovaných se po úpravě léčby, zlepšení svého zdravotního stavu nebo po změně podmínek, vrací zpět do svého domácího prostředí. Obvyklá doba čekání na místo v lůžkovém hospici se pohybuje od několika dní do několika týdnů. Náklady na pobyt jsou hrazeny samotným pacientem, zatímco poskytovaná zdravotní péče je financována z veřejného zdravotního pojištění (Špinková & Mlynáriková, 2023).

Počet lůžkových hospiců zůstává již delší dobu neměnný, konkrétně se jedná o 19 zařízení (Umírání, n.d.).

Ambulance paliativní medicíny

Ambulance pro paliativní péči se může nacházet jak v domácích hospicích, tak fungovat jako samostatná specializovaná jednotka nebo být součástí nemocnice či paliativního týmu (Kolářová, 2020). Ambulance je vedená lékařem specialistou-paliatrem, který vytváří plán péče v souladu s potřebami a přáním pacienta a jeho rodiny, včetně strategie pro řešení možných komplikací jako jsou zvýšené bolesti, dušnosti, náhlé krvácení či nemoc pečovatele (Cesta domů, n.d.). Vedle lékaře zde standardně působí také zdravotní sestra. Běžně dochází k úzké spolupráci s praktickými lékaři, dále s domácími pečovatelskými agenturami a zařízeními specializované paliativní péče (Sláma, 2012). Lékař může upravit léčbu, předepsat léky nebo provést drobné zákroky. Ambulance fungují během ordinačních hodin a někdy poskytují i domácí návštěvy pro hodnocení zdravotního stavu pacienta a plánování další péče. Tyto návštěvy mohou také pomoci řešit citlivá rodinná témata. Tuto službu hradí veřejné zdravotní pojištění, v závislosti na smlouvě mezi poskytovatelem a pojišťovnou (Špinková & Mlynáriková, 2023).

Došlo k výraznému nárůstu počtu ambulancí paliativní medicíny. Zatímco v roce 2016 byly v České republice registrovány pouze tři takové ambulance (Sláma et al., 2016), dnes podle adresáře služeb na webu Umirani.cz (n.d.) nabízejí své služby již v 61 lokalitách.

Oddělení paliativní medicíny

V České republice existuje v současnosti 16 nemocnic s odděleními paliativní péče, které poskytují specializovanou péči pacientům v pokročilém stadiu onemocnění (Goodbye, n.d.). Tato oddělení fungují jako „hospic v nemocnici“ (Špinková & Mlynáriková, 2023) a nabízejí komplexní péči včetně samostatných, speciálně vyhrazených lůžek, známých jako paliativní lůžka nebo „rodinné pokoje“, které zajišťují komfort, soukromí a umožňují stálou přítomnost rodiny. Péče na těchto odděleních, včetně akutní paliativní péče pro pacienty s komplexními potřebami, je hrazena ze zdravotního pojištění, zatímco nadstandardní služby si pacienti hradí sami. Ideálně by před přijetím na specializované paliativní oddělení mělo proběhnout konziliární vyšetření paliativním týmem nebo v ambulanci paliativní medicíny, aby se rozhodlo o nejvhodnějším plánu péče (Sláma, Krejčí & Ambrožová, 2019).

Konziliární tým paliativní péče

V současné době se rozširuje využívání konziliárních týmů pro specializovanou paliativní péči jako jeden z novějších přístupů v lůžkových zařízeních. Díky tomu mohou pacienti zůstat na svém původním oddělení, kde již obdrželi péči, což zajišťuje kontinuitu v léčbě. Týmy se skládají ze zkušených specialistů, kteří se věnují poskytování cílené paliativní péči pacientům s chronickými a nevléčitelnými nemocemi (FN Motol, n.d.). Iniciace práce týmu s pacientem vyžaduje doporučení od ošetřujícího lékaře, zároveň tým poskytuje poradenské služby i ostatním lékařům napříč různými odděleními daného zdravotnického zařízení (Sláma, Krejčí & Ambrožová, 2019).

Následující kapitola bude podrobněji zaměřena na práci paliativního týmu, detailněji se bude věnovat jednotlivým členům týmu, jejich odborným rolím, procesu jejich vzdělávání a dalším aspektům, které přispívají ke kvalitnějšímu poskytování specializované paliativní péče.

1.3 Konziliární tým paliativní péče

Jak již bylo uvedeno v předchozí podkapitole, konziliární týmy paliativní péče (dále jen KTPP) poskytují širokou škálu péče napříč různými odděleními. Působí jako expertní poradenský tým pro kolegy z jiných oddělení a často se zapojují do spolupráce s rodinami pacientů (Centrum paliativní péče, n.d.).

Základem činnosti KTPP jsou konzilia. Požadavek na intervenci KTPP může indikovat ošetřující lékař hospitalizovaného pacienta v souladu s obvyklými postupy daného oddělení a zdravotnického zařízení. K iniciaci konzultace s paliativním týmem může však přispět i další personál, jako jsou zdravotní sestry, psychologové nebo sociální pracovníci. Možnost vyžádat si spolupráci s KTPP může také rovnou pacient nebo jeho blízcí (Sláma, Krejčí & Ambrožová, 2019).

Intervence KTPP jsou založeny na požadavcích a potřebách primárního léčebného týmu i samotného pacienta. Oblasti, kterými KTPP přispívá, uvádí Věstník MZ ČR (2022) takto:

- *zhodnocení a podpora porozumění klinické situaci a očekávání na straně pacienta a jeho blízkých*
- *podpora primárního týmu při komunikaci závažných a emočně náročných témat*
- *komunikace prognostické rozvahy a alternativ vývoje onemocnění a léčebných postupů*
- *zajištění a zohlednění hodnot a preferencí pacienta a jeho blízkých*
- *formulace cíle a plánu péče včetně plánu budoucí péče a případných limitací péče*
- *komplexní zhodnocení a léčba symptomů*
- *hodnocení psychologických a spirituálních potřeb a poskytnutí komplexní podpory*
- *komplexní zhodnocení sociálních potřeb a plán sociální podpory*
- *podpora koordinace a návaznosti péče*
- *podpora zdravotníků primárního ošetřujícího týmu i neformálních pečujících/pacientových blízkých*
- *pomoc při identifikaci a řešení etických dilemat*
- *podpora a péče pro pozůstalé (Věstník MZ ČR, 2022).*

Nové poznatky ukazují, že většina konzilií je vyžádána za účelem plánování péče na konci života. Zjištění naznačují, že i když byly konzultace často zaměřeny na plánování péče na konci života, staly se více krizově orientovanými než preventivními. Smrt často nastala brzy po konzultaci, což ztěžovalo splnění preferencí pacientů ohledně konce života, které se často zaměřovaly na samotný proces umírání. Dále studie ukazuje, že pokud by zdravotníci měli lepší vzdělání v tom, kdy je vhodné zapojit KTHP, mohlo by to vést k podpoření přístupu zaměřeného více na prevenci. Tím by se zlepšilo včasné rozpoznání potřeby konzultace s týmem pro paliativní péči a plánování péče. Hlavní výzvou zůstává včasné rozpoznání potřeb paliativní péče, což vyžaduje lepší definici faktorů, které by naznačovaly potřebu konzultace, a to jak ze strany pacientů, tak zdravotnických pracovníků (van Doorne et al., 2024).

První konzilium obvykle provádí lékař z týmu ještě s jiným členem týmu v závislosti na specifikách klinické situace a problému, který se řeší. Zapojení dalších členů týmu je určeno aktuálními potřebami pacienta a jeho rodiny a konkrétními okolnostmi případu. V rámci interdisciplinární spolupráce je doporučena denní společná diskuse týmu o pacientech pod péčí KTHP a týdenní multidisciplinární konference. Dokončení konzilia zahrnuje příslušnou dokumentaci a zvážení dalších kroků. Je rovněž určeno, jakým způsobem se bude KTHP nadále podílet na péči o pacienta nebo jeho rodinu. V závislosti na povaze problému, který byl předmětem intervence, a možnostech daného pracoviště, se dle Metodiky implementace programu paliativní péče v lůžkovém zdravotnickém zařízení (Sláma, Krejčí & Ambrožová, 2019) nabízí několik možností pokračování péče ze strany KTHP:

- *jednorázová intervence KTHP bez dalšího pokračování; další péči zajišťuje výhradně primární ošetřující tým,*
- *pokračování péče konziliární formou,*
- *doporučení pro předání jinému poskytovateli zdravotní péče nebo do domácího prostředí s doporučením adekvátní odborné péče,*
- *doporučení k předání pacienta na specializované lůžko či oddělení paliativní péče, je-li takové v příslušném zařízení k dispozici (Sláma, Krejčí & Ambrožová, 2019).*

KTHP vyžaduje pro svou práci adekvátní prostorové podmínky. Přímá péče se často odehrává na lůžkových odděleních, včetně patientských pokojů a vyšetřoven. Pro týmové a

komunikační setkání s pacienty a jejich rodinami je nezbytná samostatná místnost (Sláma, Krejčí & Ambrožová, 2019).

Hlavní překážkou pro rozvoj konziliárních týmů paliativní péče v České republice je, že tato služba není v systému veřejného zdravotního pojištění uznávána jako samostatná specifická zdravotní služba. Důsledkem je, že za poskytování paliativní péče nemohou zdravotnická zařízení od pojišťoven získat finanční kompenzaci. Náklady spojené s poskytováním této péče musí být, proto kryty z jiných zdrojů, jako jsou darované prostředky, dotace, granty nebo z běžných provozních rozpočtů nemocnic (Sláma, Krejčí & Ambrožová, 2019).

1.3.1 Složení týmu

Současná legislativa nespécifikuje minimální personální požadavky pro zdravotní službu KTHP. Odborné standardy doporučují, aby v základní sestavě odborníků byl lékař, sestra, sociální pracovník, psycholog nebo jiný zdravotnický pracovník s akreditovaným psychoterapeutickým výcvikem. Obvykle patří mezi další profese administrativní pracovníci, nemocniční kaplani, kliničtí farmaceuti, psychiatři, nutriční terapeuti, logopedi, fyzioterapeuti a další (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2022).

Lékař

Vedoucím paliativního týmu je lékař se specializovanou kvalifikací v oboru paliativní medicíny nebo v oboru paliativní medicíny a léčby bolesti, přičemž rozsah jeho pracovního úvazku odpovídá typu týmu – minimálně 0,5 nebo 0,3. Druhý lékař v týmu musí být se specializovanou způsobilostí v oboru, který je základním oborem pro nastavbový obor paliativní medicína nebo lékař se specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína, s pracovním úvazkem alespoň 0,5 nebo 0,2 v závislosti na typu týmu (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2022). Specializace lékařů spolupracujících v týmu odráží potřeby pacientů v terminálním stadiu, které jsou definovány jejich specifickými diagnózami a souvisejícími komplikacemi. Vzhledem k převaze onkologických diagnóz tvoří často součást konziliárního lékařského týmu onkologové nebo hematologové. U pacientů v pokročilém věku se zdůrazňuje význam zapojení geriatra do týmu paliativní péče, což může poskytnout neocenitelný přínos v přístupu a léčbě specifických potřeb a výzev, kterým čelí tato věková skupina. Pro zajištění celostní péče se tým dále rozšiřuje o internisty,

algeziology, chirurgy, neurology, kardiology, psychiatry a specialisty z jiných oborů, aby se adekvátně reagovalo na všechny potřeby pacienta (Adam, Vorlíček & Pospíšilová, 2004).

Pracovní náplň zahrnuje široký rozsah činností od konzultací zaměřených na léčbu symptomů souvisejících s pokročilými stadii onemocnění, jako jsou bolest, úzkost a neklid, po detailní plánování péče. Toto plánování zahrnuje komplexní komunikaci s pacientem, jeho rodinou a ošetřujícím lékařem, aby byly jasně stanoveny cíle léčby včetně rozhodnutí o nutnosti plánovaných lékařských vyšetření, potřebě chirurgických zákroků, aplikaci různých forem intenzivní terapie a prognóze pacienta. Kromě toho lékař objasňuje omezení v péči, jako je rozhodnutí o neresuscitaci nebo nezařazení pacienta na monitorované lůžko pro intenzivní péči. Součástí tohoto procesu je také možnost vytvoření a dokumentace tzv. „dříve vyslovených přání“ pacienta, které umožňuje pacientům vyjádřit své preference v péči a rozhodnutích o léčbě předem, což je zásadní pro respektování jejich autonomie a hodnot ve velmi citlivé fázi jejich života (FN Motol, n.d.).

Zdravotní sestra

V multidisciplinárním týmu hraje zdravotní sestra zásadní roli, jelikož je nejčastěji v přímém kontaktu s pacientem a stráví s ním nejvíce času. Jejím úkolem je vnímat veškeré potřeby pacienta a pomoci pacientovi porozumět jeho onemocnění. Zjišťuje, které informace a v jakém rozsahu si pacient přeje a potřebuje znát, a zároveň komunikuje s jeho rodinou. Veškeré potřebné informace pak musí předat ostatním členům týmu (FN Motol, n.d.). Sestra spolupracuje také s primárním ošetrovatelským týmem a musí umět propojovat potřeby všech zainteresovaných stran. Od sestry se očekává vysoká úroveň ošetrovatelských dovedností, schopnost adekvátně reagovat na symptomy spojené s terminální fází onemocnění, a také výborné komunikační, organizační a vzdělávací schopnosti (Janáčková & Weiss, 2008).

Zdravotní sestry, podobně jako ostatní členové zdravotnického týmu, jsou povinny se průběžně vzdělávat. Kvalifikace v oblasti všeobecné zdravotní sestry vyžaduje úspěšné dokončení střední školy s maturitní zkouškou a navazujícího ročního studia na vyšší odborné škole, jak stanoví zákon č. 201/2017 Sb. V paliativní péči pracují jak všeobecné zdravotní sestry, tak sestry s různými specializacemi, včetně dětských sester, sester zaměřených na intenzivní péči, interní, chirurgické sestry a další. V současné době specializační studijní

program pro zdravotní sestry v oblasti paliativní péče chybí. Nicméně existuje řada kurzů určených pro zdravotní sestry, které mají zájem specializovat se na paliativní péči, s častým zaměřením na aspekty komunikace. Příkladem jsou programy nabízené Centrem paliativní péče – ELNEC (End Of Life Nursing Education Consortium) nebo ESPERO pro sestry (Centrum paliativní péče, n.d.). Další vzdělávací příležitosti poskytují organizace jako Vigvam, Remedium nebo Cesta domů.^{1 2 3}

Sociálně zdravotní pracovník

Péči o pacienty zahajuje sociální pracovník na doporučení paliativního lékaře, což je zásadní krok k zajištění celostní podpory. Iniciální fáze zahrnuje důkladné posouzení sociálního prostředí, ve kterém pacient žije a identifikaci jeho specifických potřeb, stejně jako potřeb jeho pečovatелů. Na základě shromážděných údajů o sociálním a zdravotním kontextu společně s týmem určí budoucí plán péče, který bude vycházet z pacientových představ a zároveň zohlední dostupné možnosti (FN Motol, n.d.). Sociální poradenství dále usnadňuje přechod na návaznou péči, ať už se jedná o služby poskytované v domácím prostředí, jako je hospicová péče a asistenční služby, tak v institucionalizované formě, včetně hospiců, lůžek pro následnou péči nebo včetně odlehčovacích pobytů. Tato podpora rovněž nabízí orientaci v nabídce sociálních dávek a finanční podpory a pomáhá s plánováním a zajištěním potřebných kompenzačních pomůcek pro pacienty (VFN, n.d.). Kalvach (2010) dále uvádí, že sociální pracovníci hrají klíčovou roli nejen při pomoci s přípravou na smrt, včetně vyřizování závětí a jiných právních formalit nebo organizování rozloučení s blízkými, ale také v poskytování podpory pozůstalým v záležitostech souvisejících s administrativními úkony po úmrtí.

Vedení odborné přípravy sociálně zdravotních pracovníků v České republice je stanoveno zákonem o nelékařských zdravotnických profesích (č. 96/2004 Sb.) a zákonem o sociálních službách (č. 108/2006 Sb.). Tito odborníci mohou získat bakalářské vzdělání v oboru se zaměřením na sociálně zdravotní práci nebo po dokončení studia v oblasti sociální

¹ <https://eshop.poradna-vigvam.cz>

² <https://www.cestadomu.cz/vzdelavaci-akce>

³ <https://www.remEDIUM.cz/vzdelavaci-programy/vzdelavaci-programy.php>

práce mohou doplnit svou kvalifikaci o speciální kurz nabízený Národním centrem nelékařských oborů v Brně (Profesiogramy, 2020).

Vlčková (2019) provedla studii zaměřenou na úlohu sociálního pracovníka v rámci paliativního týmu, přičemž její výsledky naznačují existenci rozsáhlého překrývání funkcí mezi sociálním pracovníkem a psychologem. Studie rozeznává situace, kdy v týmu chybí psycholog, což neumožňuje předání pacienta k další péči, a případy, kdy je sice psycholog součástí týmu, ale není jasné, kdy má být pacient jeho péči svěřen. Toto zjištění podporuje i pozdější mezinárodní výzkum od Bitschnau, Firth a Wasner (2020), podle něhož sociální pracovníci často uvádějí překrývání svých úkolů s úkoly psychologů, v některých případech až v 79 % svých aktivit. Sociální pracovníci dále uvedli, že nejčastěji spolupracují se zdravotními sestrami a s psychology nebo psychoterapeuty v rámci týmu.

Psycholog ve zdravotnictví

Každá zdravotnická profese přistupuje k rodině z jiného úhlu a plní odlišná očekávání. Rodina a pacient tak s psychologem probírají odlišná témata než s lékařem, což při sdílení informací vede k postupnému skládání celkového obrazu situace (Loučka, 2022). Psychologové asistují pacientům a jejich rodinám v artikulaci jejich jedinečných příběhů a v popisu konkrétních situací, ve kterých se v daném okamžiku nacházejí. Tato podpora zahrnuje aktivní naslouchání a spolupráci, která pomáhá pacientům a jejich blízkým objevit a verbalizovat hluboké emoce a myšlenky spojené s jejich zkušenostmi. Jednou z nejběžnějších metod poskytovaných v rámci paliativní péče jsou krizové intervence, které jsou směřovány nejen k pacientům, ale také k jejich rodinám. Tyto intervence představují klíčovou součást podpory v akutních situacích, kdy se pacienti nebo jejich blízcí ocitnou v emocionálně náročných obdobích (VFN, n.d.). Krizové intervence jsou navrženy tak, aby poskytovaly okamžitou pomoc a usměrnění v krizových momentech, což zahrnuje nabízení strategií pro zvládnutí stresu, poskytování emocionální podpory a navigaci v procesu přijímání a adaptace na nově vzniklé situace. Výzkum Leonarda, Horsfalla, Noonana a Rosenberga (2017) se zaměřil na roli psychologa v paliativním týmu a dospěl k zjištění, že klíčovou oblastí jejich zaměření je zpracování truchlení a ztráty. Na rozdíl od jiných medicínských specializací, kde se psychologové obvykle soustředí na diagnostiku, v paliativní péči se tento aspekt neuplatňuje.

Pozici psychologa může vykonávat pouze klinický psycholog nebo psycholog ve zdravotnictví, pokud je zajištěna dostupnost a odborný dohled klinického psychologa (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2022). Po ukončení jednooborového studia psychologie je možné stát se psychologem ve zdravotnictví po absolvování stejnojmenného kurzu. Tento kurz poskytuje potřebné teoretické znalosti a praktické schopnosti, které jsou nezbytné pro získání odborné způsobilosti ve zdravotnickém prostředí. Podmínky a požadavky tohoto vzdělávacího programu jsou stanoveny zákonem č. 201/2017 Sb. o nelékařských povoláních.

V článku Jana Gramma, Manuela Trachsela a Daniela Bertholda z roku 2020 se pojednává o začleňování psychologů a psychotherapeutů do paliativní péče. Integrace psychologů do systému paliativní péče se stále vyvíjí a naznačuje směřování k posílení psychologické složky péče. Zároveň však odhaluje, že stále chybí jednotná metodologie, která by definovala úlohu a postupy psychologů pracujících v paliativní péči.

Rozšířený tým

- Nemocniční kaplan

Pacienti bez ohledu na vyznání nebo bez náboženské příslušnosti, stejně jako jejich rodiny a zdravotnický personál mohou mít přístup k duchovní péči (VFN, n.d.). Tuto péči poskytuje nemocniční kaplan, který své služby přizpůsobuje potřebám a přáním každého jednotlivce. Nemocniční kaplan musí disponovat specifickým vzděláním a získat oficiální pověření od příslušné církevní instituce. Jeho role je srovnatelná s pozicemi sociálních pracovníků a psychologů nabídka služeb je otevřená všem, kteří považují spirituální aspekty života za důležité a projevují zájem o duchovní podporu (Bužgová, 2015).

- Klinický farmaceut

Cílem klinických farmaceutů je přizpůsobit léčbu potřebám každého pacienta, což v kontextu paliativní péče zahrnuje aplikaci specifických farmakologických strategií a odchýlení se od konvenčních metod „vítězné medicíny“. Klíčovým aspektem je hodnocení nutnosti užívání jednotlivých léků a možnost jejich vysazení, což vyžaduje multidisciplinární spolupráci. Přístupy, které nereflktují individuální potřeby pacienta až do posledních okamžiků, jsou považovány za nevhodné. Kliničtí farmaceuti poskytují

důležité poznatky pro správný výběr a aplikaci léčiv, včetně těch, které se běžně používají v paliativní péči, jako jsou opioidy či antipsychotika, s důrazem na pochopení jejich účinků a vzájemných interakcí. V paliativní medicíně se často uchyluje k off-label použití léků, což vyžaduje pečlivou dokumentaci a informovanost pacientů (Gregorová, 2012).

- **Nutriční terapeut**

Nutriční podpora v terminální péči je komplexní a eticky náročná, bez univerzálních pravidel. Rozhodování o nutriční podpoře musí být vždy založeno na individuálních potřebách a přáních pacienta. Cílem nutriční podpory v terminální péči je především zlepšit kvalitu života pacienta, nikoli prodloužit dobu trpění. Kdykoli je to možné, upřednostňujeme přirozenou orální výživu a zajišťujeme, aby pacienti netrpěli žízní. Pro pacienty v závěrečné fázi života již nutriční podpora a infuzní léčba nejsou považovány za účinné (Hrnčiariková, 2007). Zásadním je pak empaticky a adekvátně komunikovat s pacientem a jeho blízkými, se zvláštním důrazem na poskytování informací o možnostech nutriční terapie a hlavně na vysvětlení významu různých výživových postupů (Pochop, 2020).

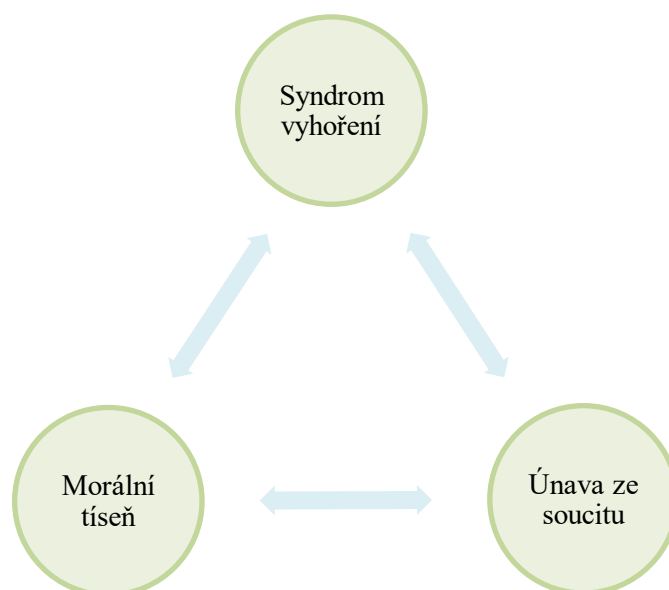
- **Fyzioterapeut**

Fyzioterapie v paliativní péči, je nezbytná pro zvyšování kvality života pacientů s progresivním onemocněním až do posledních okamžiků jejich života. Fyzioterapie v tomto kontextu, jak popisuje Przedborska (2016), může být pojata jako forma „rehabilitace v opačném směru“, kde hlavním cílem je adaptace na postupující fyzické omezení. Podle Chiarelliho (2014) se fyzioterapeuti soustředí na udržení co největší možné nezávislosti pacientů v každodenních aktivitách a snaží se celkově zlepšit jejich životní podmínky. Fyzioterapeuti posuzují především fyzické, ale i psychických potřeby pacientů a tvoří personalizované terapeutické plány. Tyto plány nejenže umožňují pacientům odvádět pozornost od myšlenek na konec života, ale rovněž posilují jejich pocit sociální integrace a podporují zapojení do fyzických aktivit. Pravidelná fyzická aktivita výrazně přispívá k zlepšení mobility a emočního stavu pacientů, což je motivuje k aktivnímu zapojení a zvyšuje jejich životní elán i v pokročilé fázi onemocnění.

1.4 Povaha práce paliativní medicíny

Práce v paliativní medicíně je bezesporu náročná, což potvrzují různé studie, které se zabývají psychickým zatížením zdravotnických pracovníků v tomto oboru. Některé výzkumy poukazují na vysoké riziko vyhoření a stresu, zatímco jiné upozorňují na existenci silných protektivních faktorů, které mohou pracovníkům pomoci udržet si pocit pohody. Tato zdánlivě protichůdná zjištění však ve skutečnosti nabízejí komplexní obraz o tom, co to znamená pracovat v paliativní péči.

Oxford Textbook of Palliative Medicine (2021) uvádí, že v paliativní péči se zdravotní pracovníci mohou setkat nejen s vyhořením, ale bývá k němu přidružena únava ze soucitu a morální tíseň, což jsou syndromy způsobené specifickými stresory v této oblasti. Janáčková (2008) popisuje vyhoření z práce jako důsledek rostoucích nároků, které vedou k emocionálnímu vyčerpání a postupné ztrátě motivace a smyslu v práci. Zátěž spojená s intenzivními emocemi a potřebou empatie u pacientů a jejich rodin může časem vést k únavě ze soucitu. Tento stav je také označován jako „cena za péči“, která vzniká z neustálého úsilí soucítit s lidmi procházejícími krizí (Alkema et al., 2008). Morální tíseň nastává, když má jedinec pevné přesvědčení o eticky správném postupu, ale očekává se od něj jednání v rozporu s tímto přesvědčením. Může se jednat o rozdílné preference pacientů nebo jejich rodin, špatnou komunikaci mezi členy týmu nebo třeba obava z právních důsledků (Weissman, 2009). Jak jsou provázané vztahy mezi těmito třemi syndromy ilustruje obrázek pod textem.



Obrázek 2: Vztah mezi syndromem vyhoření, morální tísní a únavou ze soucitu (přeloženo dle Oxford Textbook of Palliative Medicine, 2021)

1.4.1 Výzkum v zahraničí

Pro lepší pochopení této problematiky byly vybrány dvě studie od Gomeze (2020) a Dijxhoorna (2021), které zajišťují vysokou kvalitu a spolehlivost výsledků. Gomezova studie, publikovaná v roce 2020, provádí systematickou recenzi a metaanalýzu kvantitativních dat. Tato studie poskytuje údaje o prevalenci emočního vyčerpání a nízkého osobního naplnění mezi zdravotnickými pracovníky v paliativní péči a identifikuje hlavní rizikové a ochranné faktory. Přístup této studie umožňuje pevné a přesné měření výskytu vyhoření a identifikaci klíčových faktorů, které k němu přispívají nebo mu předcházejí. Dijxhoornova studie, publikovaná v roce 2021, využívá systematickou literární recenzi podle kritérií PRISMA a zahrnuje širokou škálu studií, které hodnotí jak prevalenci syndromu vyhoření, tak účinnost různých intervencí. Díky svému širokému geografickému záběru z různých oblastí včetně Evropy, Severní Ameriky, Asie i Oceánií poskytuje tato studie informace o různých přístupech k prevenci napříč různými zdravotnickými systémy a kulturami.

- Prevalence syndromu vyhoření

Obě studie se shodují, že syndrom vyhoření je významným problémem mezi zdravotníky v paliativní péči. Dijxhoorn potvrzuje, že míra vyhoření se pohybuje mezi 3 % a 66 % v závislosti na konkrétním pracovním prostředí a roli zdravotníka. Nicméně, mnoho studií naznačuje, že riziko vyhoření v paliativní medicíně může být nižší než v jiných oborech medicíny, což může být způsobeno specifickými podpůrnými mechanismy a zaměřením na týmovou práci a komunikaci.

- Rizikové faktory

Obě studie identifikují podobné rizikové faktory, které přispívají k syndromu vyhoření. Gomez zmiňuje pracovní zatížení, závazek k práci, pracovní prostředí, sladění pracovního a osobního života a vztahy s pacienty a jejich rodinami jako klíčové faktory. Dijxhoorn potvrzuje, že zdravotníci v obecných paliativních prostředích zažívají více symptomů vyhoření než ti ve specializovaných paliativních týmech.

- Protektivní faktory a strategie

Obě studie zdůrazňují význam ochranných faktorů a strategií, které mohou pomoci zdravotníkům předcházet vyhoření. Gomez doporučuje intervence jako mindfulness a podporu od vedení. Dijxhoorn uvádí, že intervence jako meditace, trénink komunikačních dovedností a vzájemná podpora mezi kolegy mají pozitivní vliv na symptomy vyhoření.

1.4.2 Výzkum v České republice

V České republice dosud proběhl jeden větší výzkum, který se věnoval tomuto tématu. Studie Pavelkové a Bužgové (2015) zkoumá syndrom vyhoření mezi zdravotnickými pracovníky v hospicové péči v České republice. Přínosy této studie spočívají v poskytnutí cenných poznatků specifických pro české prostředí, identifikaci hlavních zdrojů stresu a navržení konkrétních strategií pro prevenci vyhoření.

Studie zahrnuje 241 zdravotnických pracovníků z dvaceti hospiců. Výsledky ukazují, že míra vyhoření mezi těmito pracovníky je nízká, vyhoření bylo zjištěno u 5,8 % respondentů. Hlavními zdroji stresu byly administrativní práce, konfrontace s utrpením a časový tlak. Nejčastějšími způsoby zvládání stresu byly podpora rodiny a zájmy/koníčky. Jako nejlepší prevence vyhoření bylo identifikováno setkávání s kolegy mimo pracovní dobu a pochvala od nadřízených.

Limity zahrnují omezený vzorek a průřezovou povahu studie, která neumožňuje sledovat dlouhodobé trendy. K tomu je možné doplnit studii od Vargas (2016), která popisuje profesní trajektorii pracovníků paliativní medicíny a rozděluje ji do 4 fází. Nejdříve je „předpaliativní fáze“, potom úvodní „lůžková fáze“, při které se spokojenost z péče doplňuje o počáteční nadšení a motivaci typickou pro každý nový začátek. Postupem času se tato rovnováha nakloní k negativnějším aspektům, jako jsou problémy na pracovišti a konflikty mezi členy týmu. Kromě toho se ve „fázi frustrace“ objevuje také rostoucí povědomí o silném emocionálním dopadu vztahů s pacienty a rodinami, které se v mnoha případech ukazují jako obtížně zvládnutelné. Nakonec, po různě dlouhé době a po neustálém vystavování bolestivým podnětům si začnou odborníci vyvíjet mechanismy zvládání a zavádějí do praxe strategie péče o sebe, které znovu nakloní rovnováhu směrem k pozitivním aspektům, což jim umožňuje vykonávat svou práci uspokojivým způsobem - „fáze zrání“.

Poznatky ze studie od Vargas (2016) poskytují širší kontext pro pochopení dynamiky profesní dráhy pracovníků v paliativní péči, zatímco studie Pavelkové se zaměřuje na momentální stav vyhoření mezi zdravotníky v hospicové péči. Zmíněná Vargasova teorie tedy ukazuje, že vyhoření může být ovlivněno různými fázemi profesní trajektorie. Tyto fáze zahrnují změny v motivaci, emocionálním dopadu a strategii zvládnání stresu, které mohou mít vliv na výsledky studie od Pavelkové. Pokud se tyto fázové změny vezmou v potaz, mohlo by být získáno hlubší porozumění tomu, jak se syndrom vyhoření vyvíjí a jaké intervence by mohly být účinné v různých fázích kariéry zdravotníků. To by mohlo vést k přesnějším a cílenějším strategiím prevence vyhoření, které by byly přizpůsobeny individuálním potřebám zdravotníků v různých fázích jejich profesní dráhy.

Přestože se studie Pavelkové zaměřuje na hospicovou péči, její zjištění mohou být cenná i pro specializované paliativní týmy, které zatím nebyly systematicky studovány kvůli jejich relativně krátké existenci v ČR. Na druhou stranu zahraniční studie (Ablett, 2007; Koh et al., 2020) potvrzují, že zdravotníci v obecných paliativních prostředích zažívají více symptomů vyhoření než ti ve specializovaných paliativních týmech. To naznačuje, že přenositelnost dat mezi těmito skupinami může být omezená.

V závěrečné sekci jsou pro větší přehled prezentovány vybrané rizikové a protektivní faktory specifické pro paliativní medicínu, které jsou často zkoumány v rámci vědeckých studií:

Rizikové faktory

- Hodnoty – Pracovníci, kteří nesdílejí hodnoty svého pracoviště, mohou cítit menší spokojenost a motivaci (Maslach & Leiter, 2008). Situace, kdy se od nich vyžaduje chování, které je v rozporu s jejich etickými zásadami, může způsobit emocionální stres až vyčerpání. V oblasti paliativní medicíny je toto obzvláště zřetelné, když se pracovníci snaží splnit své vlastní standardy nebo dosáhnout ideálu poskytování „dobré smrti“ (Sundin-Huard a Fahy, 1999).
- Konflikty v týmu – Přísná hierarchie a nedostatečná komunikace zhoršují spolupráci a snižují efektivitu péče. Je důležité budovat týmového ducha a podporovat otevřenou komunikaci, aby se minimalizovaly spory v týmu (Payne, 2001).

- Nedostatek kompetencí – Pracovníci, kteří se cítí nedostatečně připraveni na výzvy paliativní péče, mohou zažívat stres z neschopnosti reagovat na potřeby pacientů. Nedostatek kompetencí v oblasti komunikace a managementu může ztěžovat zvládání složitých situací a mezioborové spolupráce (Bragard et al., 2010).
- Nedostatek personálu – Newton a Waters (2001) uvádí, že nedostatek personálu jsou klíčovými zdroji stresu pro pracovníky v paliativní péči. Péče o umírající pacienty, správa nadměrného množství náročných případů a administrativní povinnosti zvyšují tlak na pracovníky. Tyto podmínky, obzvláště v prostředí s nedostatkem zaměstnanců, mohou vést k profesionálnímu vyčerpání.
- Náročné emoce – Intenzivní zapojení do péče o umírající, vystavuje pracovníky neustálé ztrátě a uvědomění si vlastní smrtelnosti. Toto konfrontování s konečností života a nevyhnutelným procesem umírání přináší hlubokou emocionální zátěž. Zároveň neustálé ukončování intenzivních vztahů s pacienty a jejich rodinami znamená pro pečovatele opakované prožívání smutku a ztráty (Keidel, 2002).
- Osobní faktory – Keidel (2002) uvádí, že zdroje stresu i mimo pracovní prostředí, jako jsou rodinné závazky a finanční tlak, mohou zvyšovat celkovou zátěž pracovníků v paliativní péči.
- Osobnostní faktory – Pracovníci s vysokou mírou závazku k práci a s tendencí k perfekcionismu mohou být náchylnější k profesionálnímu vyčerpání (Anewalt, 2009). Častěji se objevují lidé, kteří mají tendence ke spasitelskému komplexu, kdy v reakci na tragédii terminálních onemocnění upřednostňují „záchranářství“ pacienta místo respektování jeho přání. Projevuje se to jako neodbytné odhodlání k léčbě, i když může být vnímána jako zbytečná (Cherny, 2021).

Protektivní faktory

- Fungující tým – Studie ukazují, že kvalitní multidisciplinární týmová práce, která se vyznačuje sdílenou filozofií péče, vzájemným respektem, důvěrou a podporou mezi členy týmu a dobře vyvinutou komunikační kulturou, může přispět k redukcí rizika vyhoření (Estryn-Behar et al., 2007).
- Kompetence – Kompetence a vnímané sebehodnocení kompetencí pracovníka, souvisí s adekvátností školení. Školení v oblasti paliativní péče, komunikačních

dovedností, práce se stresem a řešení konfliktů snižuje pravděpodobnost vyhoření (Bragard et al., 2010; Shanafelt et al., 2012).

- Spiritualita – Podle řady studií hraje spiritualita spolu s nalezením hlubšího smyslu života významnou roli v prevenci vyhoření. Tyto prvky mohou fungovat jako klíčové složky, které podporují duševní pohodu a odolnost vůči stresu (Holland a Neimeyer, 2005; Harrison a Westwood, 2009). Například výzkum, který se zaměřoval na pečovatele v onkologii, kteří se identifikovali jako nábožensky založení, vykazovali nižší míru vyhoření (Kash et al., 2000).
- Strategie sebepéče – Mnoho studií prokázalo zvýšenou pracovní spokojenost u klinických pracovníků, kteří používají strategie pro péči o sebe (Shanafelt et al., 2012; Balch a Copeland, 2007). Tradiční strategie péče o sebe zdůrazňují hodnotu „dobrých profesionálních hranic“ a „účinných strategií péče o sebe mimo pracoviště.“
- Empatie – V angličtině se přesněji používá výraz „exquisite empathy“. Výzkum zaměřený na terapeuty, kteří pracovali s traumatizovanými klienty, včetně pacientů v paliativní péči, identifikoval řadu ochranných praktik, které zvyšují profesionální spokojenost pečovatelů. Terapeuti, kteří projevovali výjimečnou empatii, definovanou jako „velmi přítomná, citlivě naladěná, dobře ohraničená, upřímná, empatická angažovanost“ měli po sezeních vždy dostatek energie, vyčerpání naopak nepociťovali (Harrison a Westwood, 2009). Tato myšlenka vyvrací běžně rozšířený názor, že empatie vůči umírajícím pacientům musí vést k emocionálnímu vyčerpání (Figley, 2002) a zpochybňuje charakterizaci empatie jako emoční zátěž.
- Odolnost – Charakteristickými rysy odolné osobnosti jsou vědomí závazku, kontroly a schopnosti čelit výzvě. Výzva pak znamená schopnost adaptace na nové změny, které jsou považovány za nezbytnou součást života (Ablett a Jones, 2007). Odolnost je také spojena s „pocitem soudržnosti“, kdy jedinec vnímá svůj život jako srozumitelný, zvládnutelný a smysluplný, což znamená, že je schopen vnímat problémy jako výzvy, nikoli jako překážky (Nygren et al., 2005). Osobní a profesní odolnost tedy předpokládá schopnost dosahovat pozitivních výsledků péče i v těch nejnáročnějších okolnostech. Tyto pozitivní výsledky byly označeny jako „uspokojení ze soucitu“ a „posttraumatický růst“.

- Uspokojení ze soucitu je potěšení plynoucí z práce při pomoci druhým. S ohledem na rizika sekundárního vystavení traumatu identifikoval Stamm (2002) uspokojení ze soucitu jako možný faktor, který vyvažuje rizika únavy ze soucitu a může částečně vysvětlovat odolnost lidského ducha.
- Posttraumatický růst se projevuje pozitivními změnami ve vztazích, sebepojetí a životní filozofii po zkušenosti s traumatem, které zásadně ovlivní individuální světonázor (Tedeschi a Calhoun, 2004). Tento termín popisuje růst pracovníků v paliativní péči a vyplývá z pozorování, jak jiní lidé zvládají trauma. Když pacienti nalézají smysl a klid v kontextu své blížící se smrti, může to vést k pozitivním pocitům, že jejich vlastní život byl obohacen či prohlouben svědectvím posttraumatického růstu pacientů nebo jejich rodin (Harrison a Westwood, 2009).

2 Praktická část

V teoretické části této diplomové práce byla podrobně prozkoumána paliativní péče, s důrazem na multidisciplinární přístup a význam paliativních týmů. Byly zkoumány různé aspekty této péče, včetně definic, principů, historického vývoje, stejně jako struktura a funkce paliativních péče v České republice. Zvláštní pozornost byla věnována struktuře a dynamice paliativních týmů, jejichž složení zahrnuje široké spektrum odborníků, pracujících společně na podpoře pacientů ve finálních fázích jejich onemocnění. Tato teoretická příprava umožnila hlubší porozumění multidisciplinární povaze paliativní péče, která je klíčová pro poskytování podpory pacientům a jejich blízkým. Získané poznatky a nové informace z teoretické části nyní slouží jako pevný základ pro praktickou část práce.

V praktické části se zaměřím na výzkumné šetření prováděné mezi pracovníky jednoho konkrétního paliativního týmu, který v nemocnici působí již více než 8 let. Cílem tohoto výzkumu je nejenom zmapovat jejich fungování a zkušenosti, ale také zjistit, jak se dají aplikovat teoretické poznatky o paliativní péči v praxi. Výzkum je koncipován jako kvalitativní studie, zahrnující data, která byla získána pomocí rozhovorů, které jsem následně zpracovala s pomocí otevřeného kódování. Jednotlivé kroky této práce jsou dále podrobněji popsány.

2.1 Výzkumné cíle

Hlavním záměrem výzkumného šetření bylo získat vhled do specifik práce podpůrného paliativního týmu. Na základě zájmu o zkoumání funkčních prvků v práci paliativního pracovníka byla formulována následující hlavní výzkumná otázka: *Jaké funkční prvky jsou klíčové v práci paliativního pracovníka?*

- *Mohou tyto funkční prvky někdy působit negativně?*
- *Jaké jsou prvky dobré intervence z pohledu paliativního pracovníka?*
- *Jak jsou prvky spolupráce a komunikace mezi členy paliativního týmu?*

2.2 Metodologie výzkumu

2.2.1 Typ výzkumu

V rámci této práce je uplatněn kvalitativní přístup, preferovaný pro jeho schopnost poskytnout hloubkový a komplexní obraz zkoumaných fenoménů. Podle Miovského (2006) kvalitativní přístup v psychologických vědách přináší unikátní perspektivu na jedinečnost, kontextualitu a dynamiku zkoumaného jevu, přičemž klade důraz na reflexivní povahu jakéhokoli psychologického zkoumání. To nám umožňuje podrobněji popsat, analyzovat a interpretovat nekvantifikované či nekvantifikovatelné vlastnosti psychologických fenoménů, jak v naší vnitřní, tak vnější realitě. Metody sběru dat v kvalitativním výzkumu jsou záměrně méně standardizované, umožňující získávání dat prostřednictvím rozhovorů, pozorování, fotografií či videozáznamů. Tyto flexibilní metody umožňují zachytit bohaté a detailní informace o zkoumaném fenoménu.

2.2.2 Metoda sběru dat

S ohledem na specifika tohoto výzkumného tématu, bylo rozhodnuto využít polostrukturované hloubkové interview jako primární metodu sběru dat. Tato metoda byla vybrána za účelem získání hlubokých a bohatých informací o zkoumaném fenoménu. Polostrukturované interview kombinuje flexibilitu s potřebnou strukturovaností, umožňující tak výzkumníkovi ponořit se do podstaty zkoumaného jevu, zatímco zároveň poskytuje rámec pro zodpovězení klíčových výzkumných otázek.

Jak Miovský (2006), tak Gavora (2010) upozorňují na výhody polostrukturovaného interview, které umožňuje překonat některé nedostatky jak nestrukturovaného, tak plně strukturovaného interview. Tato metoda vyžaduje od výzkumníka technickou připravenost a schopnost navigovat rozhovor tak, aby byly pokryty všechny relevantní aspekty tématu. Pelikán (2007) zdůrazňuje význam vytváření atmosféry otevřenosti a důvěry, což je nezbytné pro zajištění validity výpovědí. Při konstrukci otázek je třeba dbát na jejich srozumitelnost, logické uspořádání a vyhýbání se manipulativním či uzavřeným formulacím.

2.2.3 Zkoumaný soubor

Původní plán zahrnoval realizaci stáže u tří paliativních týmů v Praze. Po kontaktování týmů bylo zjištěno, že u dvou z nich představovala čekací doba překážku

(minimálně 1 rok), a proto nebylo možné stáže uskutečnit v plánovaném časovém rámci. Třetí tým na oslovení nereagoval. Ovšem vstřícnost a ochota jednoho z týmů umožnily navázat spolupráci pro účely výzkumu, s níž všichni členové týmu vyjádřili souhlas. Během přípravy výzkumu byly zvažovány potenciální kritéria výběru účastníků, jako jsou délka působení v paliativním týmu a velikost pracovního úvazku. Po dalším zvážení bylo rozhodnuto, že taková kritéria by mohla představovat spíše omezení. Krátká doba působení v paliativním týmu by mohla nabídnout zajímavý vhled na proces adaptace pracovníků a jejich zkušenosti se začleňováním do týmu. Zkrácené úvazky, které nejsou v kontextu paliativní péče neobvyklé, byly považovány za potenciální zdroj informací o důvodech pro jejich volbu a jejich vlivu na pracovní zátěž. Jediným kritériem pro výběr účastníků výzkumu se tak stalo jejich působení v konkrétním paliativním týmu.

Vybraný podpůrný a paliativní tým byl založen v roce 2016 na interní klinice a nabízí specializovanou péči pacientům z různých oddělení nemocnice na základě doporučení ošetřujícího lékaře. Tato péče je dostupná pro pacienty v jakémkoli stadiu pokročilého onemocnění až po terminální fázi života. Lékaři týmu poskytují služby také v ambulanci paliativní medicíny, kde se věnují symptomové léčbě a plánování péče. Aktuálně tým vede jeden hlavní lékař, dále zahrnuje tři lékaře, čtyři zdravotní sestry, jednu sociální pracovníci a tři psychologičky. K týmu dále externě přispívají klinická farmaceutka, nutriční terapeut, etik a zástupkyně pro ošetrovatelskou péči, což zajišťuje multidisciplinární přístup k péči o pacienty.

Všichni pracovníci byli osloveni prostřednictvím e-mailů, jejichž kontakty mi po jejich schválení poskytl jeden ze zdravotnických pracovníků týmu. V první fázi komunikace jsem se nejprve představila a následně jsem definovala účel a cíle mé výzkumné práce. Zároveň jsem respondenty informovala o zásadách zachování anonymity a požádala je o souhlas s účastí ve výzkumu. Přestože původně vyjádřil souhlas celý tým, navázat komunikaci se podařilo jen s některými členy, jak je podrobněji uvedeno v tabulce níže. S ohledem na rozsáhlý rozsah povinností spojených s prací v paliativní medicíně je pochopitelné, že ne všichni měli možnost najít čas na účast ve výzkumu.

Pracovník	Pohlaví	Věk	Profese	Praxe v paliativním týmu	Úvazek v paliativním týmu
Paní Jedna	Žena	49 let	Staniční sestra	8 let	0,7
Paní Dva	Žena	40 let	Zdravotní sestra	2 roky	0,6
Paní Tři	Žena	43 let	Klinická farmaceutka	7 let	0,1; externí
Pan Čtyři	Muž	40 let	Lékař	2 roky	1
Paní Pět	Žena	49 let	Lékařka	7 let	0,4
Paní Šest	Žena	44 let	Klinická psycholožka	1 rok	0,2
Paní Sedm	Žena	33 let	Psycholožka	3 měsíce	0,4
Paní Osm	Žena	45 let	Lékařka	4 roky	0,8
Pan Devět	Muž	30 let	Nutriční terapeut	3 roky	0,1; externí

2.2.4 Průběh sběru dat

Rozhovory probíhaly od prosince 2023 do března 2024. Se třemi z účastníků se setkání uskutečnilo osobně, zatímco ostatních šest rozhovorů proběhlo online. Na počátku každého rozhovoru byl kladen důraz na vytvoření přátelské a bezpečné atmosféry a zároveň zahrnoval představení výzkumného projektu, objasnění cílů práce a informování o přibližné délce rozhovoru. Dále byl vysvětlen postup se zacházením získaných dat, která budou nahrána, převedena do textové podoby, anonymizována a nebudou veřejně celistvě zveřejněny. Všichni z účastníků souhlasili s nahráváním rozhovoru.

Před zahájením prvního rozhovoru byla vytvořena jeho struktura. Úvodní část zahrnovala orientační otázky k pracovní náplni účastníka, délce jeho praxe a povaze paliativní péče. V následující části byli účastníci vyzváni, aby sdíleli silný zážitek ze své praxe, což často vedlo k jejich rozvolnění a otevřenosti. Poslední část rozhovoru navazovala na předchozí témata s možností podrobnějšího dotazování směrem k výzvám v paliativní péči a jejich zvládacím strategiím. V závěrečné části byl každému účastníkovi nabídnut prostor pro jakékoli komentáře týkající se tématu výzkumu.

2.2.5 Metoda zpracování a analýzy dat

Všechny rozhovory byly nejprve zaznamenány jako audio nahrávky, které následně prošly procesem doslovného přepisu do textové formy. Hendl (2016) pojednává o této praxi doslovné transkripce jako o metodě, která si vyžaduje značnou časovou investici pro převod mluveného slova do písemné podoby. Tento postup je však klíčový pro podrobnou analýzu a interpretaci získaných dat.

Předložený výzkum má spíše charakter, což znamená, že metoda analyzování dat byla vybrána tak, aby umožnila porozumět a vysvětlit jevy specifické pro práci v paliativním týmu. Tematická analýza pomáhá získávat bohatá a komplexní data, přičemž se zaměřuje na identifikaci, analýzu a popis témat (Vaismoradi, Turunen, & Bondas, 2013). Tato metoda je oblíbená především díky své flexibilitě (Hendl, 2016). Výzkumník může během analýzy přeměrovat svou pozornost na nově vzniklá témata, průběžně nahlížet do dat a přizpůsobovat zaměření výzkumu na základě nových poznatků (Braun & Clarke, 2006). Cílem této metody není vytvoření teorie, ale spíše představení specifické práce z pohledu respondentů.

Proces tematické analýzy se skládá z několika fází. Nejprve bylo nutné důkladně se seznámit se získanými daty, což zahrnovalo opakované procházení přepsaných textů a případné vkládání poznámek. V další fázi bylo třeba identifikovat jednotlivé informačně nosné části vzhledem k výzkumnému cíli. Na základě porovnávání, přezkoumávání a rozebírání získaných informací byly těmto významovým jednotkám přidělovány tzv. kódy, které umožnily seskupování souvisejících dat. Toto kódování vedlo k vytváření abstraktnějších významových jednotek, známých jako kategorie v zakotvené teorii (Strauss & Corbinová, 1999) a jako témata v tematické analýze (Guest et al., 2011). Témata představují koherentní integraci jednotlivých datových částí, která zachycuje něco důležitého vzhledem k výzkumné otázce a tvoří základ výsledků (Braun & Clarke, 2006). Úkolem bylo identifikovat taková témata, která mají vysokou informační hodnotu, nejsou příliš široká a vzájemně se co nejméně překrývají (Řiháček et al., 2013).

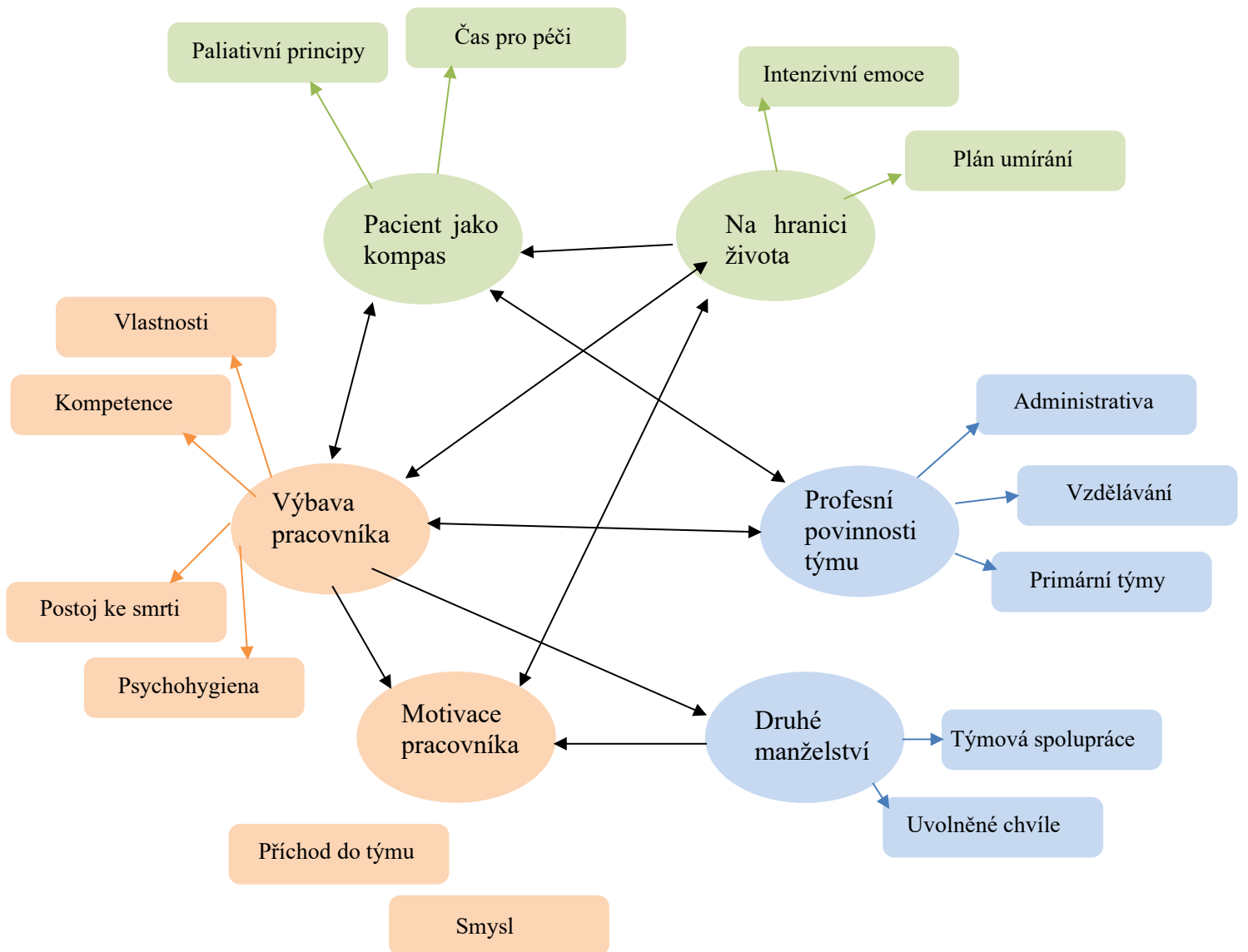
2.3 Analýza dat

Ze získaných dat jsem získala 15 jednotek a ty jsem sdružila do 6 hlavních okruhů. Všechna témata jsou popsána níže, a jsou opřeny o odpovědi jednotlivých účastníků. Pro větší přehlednost uvádím zjištěné jednotky a jejich témata:

- Pacient jako kompas – paliativní principy, čas pro péči
- Na hranici života – intenzivní emoce, plán umírání
- Profesní povinnosti týmu – administrativa, vzdělávání, primární týmy
- Druhé manželství – týmová spolupráce, uvolněné chvíle
- Motivace pracovníka – příchod do týmu, smysl
- Výbava pracovníka – vlastnosti, kompetence, postoj ke smrti, psychohygienu
-

Z 6 hlavních okruhů jsem vyvodila 3 nadstavbové rámce a tedy oblasti, kterých se tyto hlavní okruhy nejvíce týkají. Jde o individuálního pracovníka, pacienta a paliativní tým. Tyto rámce sdružují pod sebou vždy dva hlavní okruhy. Okruhy které se týkají jednotlivých rámců jsou v grafu znázorněny stejnou barvou. Oranžová barva pro rámeček pracovník, zelená pro rámeček pacient a modrá pro rámeček paliativní tým. Jak je vidět z grafu, dále pod každý hlavní okruh patří několik jednotek.

Mezi hlavními okruhy existují vztahy, v grafu je znázorněno jak se okruhy ovlivňují a zda je vztah jednostranný (jednostranná šipka) nebo oboustranný (oboustranná šipka). Můžeme tedy například vidět, že tím, že se pacient nachází „na hranici života“ ovlivňuje celý charakter paliativní péče, což je zde popsáno okruhem „pacient jako kompas“. Oba tyto okruhy se ovlivňují navzájem s okruhem „výbava pracovníka“ neboť charakter paliativní péče má jednak vliv na pracovníka (např. jeho postoj ke smrti nebo potřeba psychohygieny) a druhak pracovník musí mít určité vlastnosti a kompetence (např. schopnost komunikace či empatie), aby mohl paliativní péči dobře vykonávat.



2.3.1 Pacient jako kompas

Toto téma se zaměřuje na klíčové principy paliativní péče, se zvláštním důrazem na autonomii pacienta a čas věnovaný péči. Autonomie pacienta je v paliativní péči zásadní, neboť umožňuje pacientům činit informovaná rozhodnutí o své léčbě a životě v jeho závěrečné fázi. Zdravotníci v tomto oboru kladou velký důraz na respektování přání pacienta a vnímají jej jako komplexní celek, tvořený tělem, myšlenkami, emocemi a vnímáním. Dalším důležitým aspektem je dostatek času, který pracovníci mohou věnovat pacientům. Paliativní péče se odlišuje od ostatních lékařských disciplín svým pomalejším tempem a důrazem na budování důvěry a poskytování psychologické podpory. Díky tomu mohou zdravotníci lépe porozumět potřebám a přáním pacientů, což vede k vyšší kvalitě péče.

- Paliativní principy

Z rozhovorů vyplývá, že autonomie pacienta hraje klíčovou roli v paliativní péči, protože se zde často rozhoduje o velmi osobních a citlivých otázkách souvisejících s konečnou fází života. I když je autonomie důležitá ve všech medicínských disciplínách, v paliativní péči se jí dle výpovědí dotázaných příkládá mimořádná váha, a to v širším rozsahu než v jiných oblastech. Tento názor vyjádřila většina zdravotníků, kteří zdůraznili její zásadní význam pro kvalitu a etiku poskytované péče. To shrnuje Paní Pět v následující větě.

„Tak tady si myslím, že jsme všichni naladěni na to, že se jde podle pacienta a že ten pacient je vlastně partner.“ (Paní Pět)

Paní Dva dodává, že v tomto směru nastala za poslední roky velká změna.

„... chce se mi říct, že ta autonomie toho pacienta myslím si, že to udělalo velký posun za těch deset, patnáct let.“ (Paní Dva)

Dále pracovníci popisují nutnost otevřené komunikace mezi zdravotníky a pacienty, aby pacienti mohli učinit informovaná rozhodnutí. V paliativní péči je to obzvláště důležité, protože rozhodnutí, která pacienti činí, mohou mít přímý vliv na jejich kvalitu života ve zbývajících dnech.

„Protože pokud v paliativě mluvíme o tom, že se snažíme opravdu udržet tu autonomii toho pacienta, a veškerý plán vychází z toho, jak si vlastně přeje s tím, že dostane

veškerý informace pro a proti, co se může stát v celé péči, ale opravdu všechny pro a proti, aby se mohl dobře rozhodnout.“ (Paní Jedna)

Práce orientovaná na pacienta umožňuje rozhodnout se o své léčbě, a to včetně podání tzv. negativního reverzu, tedy odmítnutí další léčby. Tyto případy respondenti popisují jako poměrně časté a zdůrazňují, že autonomie je v těchto situacích klíčovým prvkem, který umožňuje pacientům udržet kontrolu nad svým životem i v jeho závěrečné fázi. V odpovědích se odráží, že to pro zdravotníky může být náročná výzva a musí být připraveni na situace, kdy pacienti nechtějí pokračovat v léčbě. Příkladem může být případ Pana Čtyři.

„... tak jsme s ním sepsali dříve vyslovené přání, respektive reverz vlastně. Ještě si s ním šel promluvit náš primář, s tím, že to prostě kdykoliv to může odvolat. Tak a s tímhle tím jsme se rozešli, že vlastně on už nechtěl dál nějak bojovat, vysadil antibiotika, rozhodl se že už dialýza nebude a dožije.“ (Pan Čtyři)

Z odpovědí pracovníků vychází, že paliativní péče je poskytována jako možnost všem lidem, kteří ji potřebují a to bez ohledu na jejich přesvědčení. To zahrnuje i respektování osobních rozhodnutí o tom, jakým způsobem chtějí prožít své poslední dny nebo jak přistupovat k procesu léčby. Popisují, že v praxi se často setkávají s etickými dilematy, když jsou pacientovy preference v rozporu s medicínsky optimálními postupy.

„Měl jsem třeba pacientku, která byla hrozně ve stresu z toho, jaký množství jídla jí chodí a že jí sestřičky nutí do toho, aby měla sílu. Ale paní na tom byla už tak, že to nemělo úplně smysl. Já jsem jí vysvětlil a nabídl, že jí ten jídelníček upravím tak, aby jí chodilo minimum jídla, co zvládne, na co se bude cítit.“ (Pan Devět)

„...pokud se pacient rozhodne pro alternativní medicínu, tak se snažím mu být nápomocná v jeho cestě, kde vnímám, že spousta kolegů z těch vítězných oborů, může vlastně k tomu pacientovi získat takový špatný postoj.“ (Paní Pět)

Jedna z doktorek (Paní Osm) uvádí velmi zajímavou myšlenku, že přenesením části zodpovědnosti na pacienta se snižuje zátěž, kterou nesou samotní zdravotníci. Profese zdravotníků, zejména lékařů, je totiž spojena s obrovskou odpovědností za životy pacientů. v paliativní medicíně. Z jejího komentáře vyplývá, že díky tomu, že se přihlíží více na

pacientovu autonomii, se odpovědnost pracovníků za jeho život rozkládá více i na něj samotného, což může snížit břímě zdravotníků.

*„Ale mně přijde, že je to o tom, že když my na sebe nakládáme to, že rozhodujeme za ty pacienty a ono to blbě dopadne, tak tam potom jako my nabíráme obrovské břímě. A to, že to blbě dopadne v paliativě prakticky v 100 % blbě, ve smyslu, že ten člověk umře...“
(Paní Osm)*

- Čas pro péči

Z popisu pracovníků se paliativní medicína často jeví jako klidné místo ve srovnání s rychlým tempem ostatních částí zdravotnického systému, kde je čas na pacienta považován za velmi cenný. V této disciplíně není čas strávený s pacientem zasvěcen pouze léčbě v tradičním slova smyslu, ale je stejně tak věnován budování vzájemné důvěry a poskytování psychologické podpory. Možnost věnovat pacientům pozornost a čas vede k hlubšímu porozumění jejich potřebám a přáním, což je zásadně odlišné od běžných krátkých nemocničních kontrol. Ve výsledku, čas strávený s pacientem má přímý vliv na kvalitu vztahu a efektivitu péče. Když pacienti pocítí, že jim je věnována opravdová pozornost, mnohem více se otevřou a to umožňuje vytvořit kvalitní plán péče založený na vzájemné důvěře a spolupráci. Na tom se shoduje většina z dotázaných zdravotnických pracovníků. Příkladem může být komentář Pana Čtyři nebo Pana Devět.

„Tak možná nejvíc téma příběhama těch lidí, protože člověk má trošku víc času se s nima bavit. A nějak je vidět a jako doprovázet v čase.“ (Pan Čtyři)

"... já jsem si tam s nima hodně povídal, protože jako na těch odděleních třeba na to nemají tolik času a kolikrát se dozvíš spoustu věcí, které vůbec třeba doktorům nebo sestřičkám neřekli." (Pan Devět)

Zkušenosti jedné zdravotní sestry a lékařky ukazují na výrazné rozdíly v tempu práce mezi paliativní péčí a ostatními medicínskými obory. Myslím si, že tento kontrast v rychlosti a přístupu k péči, kdy je kladen mimořádný důraz na dostatečný čas a osobní přístup k pacientům, je stěžejní pro pochopení unikátnosti paliativního přístupu. Paní Dva přináší srovnání se svým manželem, ortopedem, s nímž často diskutuje o rozdílech v přístupu jednotlivých oborů.

„...on teda přijde s tím, s tou svou snůškou věcí z práce, že tam musel těch 60 lidí za 5 minut odbavit. A já přijdu s tím druhým pohledem. Dneska jsem byla u dvou pacientů.“ (Paní Dva)

Paní Pět pak reflektuje své zkušenosti v ordinaci praktického lékaře, kde se setkává s desítkami pacientů denně.

„...jinde třeba v rámci toho praktika, tam se řeší, kolik se udělalo pacientů za den, jestli 50, 60.“ (Paní Pět)

Dále rozvíjí své úvahy s obavami o možnou ztrátu příležitosti trávit čas s pacienty. Poznává, že již nyní lze pozorovat rozdíly oproti situaci, která panovala v minulých letech.

„To, co jsme měli komfort v roce 2018, 2019 na pacienta, tak teďka prostě těch pacientů máme víc. Takže spíš, jak najít, když je těch pacientů hodně, aby jsme se nedostali do toho kolečka, který je u praktiků“ (Paní Pět)

Zajímavý pohled přináší klinická psycholožka, která v paliativním týmu netráví tolik času a jejím primárním zaměřením je práce se samotným paliativním týmem. Někdy je ovšem pozvána i k některému z pacientů. Poukazuje na to, že přestože pro ostatní pracovníky je čas strávený s pacientem nadstandardem v rámci běžného chodu nemocnice, v případě srovnání s psychoterapií je to stále malé množství stráveného času s jedním pacientem, a proto pro ní nejsou zde prožívané emoce tak hluboké. Dochází tedy k zajímavému porovnání.

„Ale asi bych řekla, že mě dokážou víc dostat klienti, co mám na individuální psychoterapii, kde se jako fakt dostanete jako hluboko do nějakých hlubokých věcí, což u těch paliativních pacientů tak úplně není. Většinou jsou to střípečky, kdy oni řeknou něco takového hlubokého, co bývá dojemné, ale nepropracováváte s nima ty jejich hlubiny...“ (Paní Šest)

2.3.2 Na hranici života

Toto téma analyzuje dva klíčové aspekty paliativní péče: intenzivní emoce, které jsou nedílnou součástí této péče, a praktický přístup k plánování. Na jedné straně spektra stojí hluboké emocionální zážitky, které zdravotníci sdílejí s pacienty a jejich rodinami, často spojené s vyrovnáváním se se smrtí. Tyto intenzivní emoce, které mohou zahrnovat smutek, frustraci, ale i radost a naplnění, mají významný dopad nejen na pacienty, ale i na samotné pracovníky. Na druhé straně spektra se nachází praktické plánování, které poskytuje strukturu a usnadňuje poskytování péče. Plánování zahrnuje koordinaci péče, hospodaření se zdroji a komunikaci mezi členy paliativního týmu a rodinou pacienta. Tato systematická příprava zajišťuje, že pacienti prožívají své poslední dny co nejpříjemněji a s co největším komfortem, zatímco respektuje jejich přání a potřeby.

- Intenzivní emoce

Během rozhovorů každý z respondentů sdílel alespoň jeden případ nebo zážitek, který na ně měl silný emocionální dopad. Příběhy obvykle popisovaly emoce pacientů, které byly spojeny s různými aspekty vyrovnávání se se smrtí. Pracovníci popisují, jak se tyto emoce pacientů a jejich rodin současně přenáší i na ně samotné a vzniká u nich tak emocionální zátěž. To může prezentovat výpověď Paní Sedm, která byla konfrontována se silnou emocí jedné z dcer pacientky.

„Hrozně se rozplakala, asi nikomu bych prostě nějak nepřála slyšet ten pláč, protože to bylo, to fakt jako se prostě roztrhalo srdce na tisíc kousků.“ (Paní Sedm)

Dle výpovědí, se pracovníci paliativní péče snaží být plně přítomní a poskytovat pacientům maximální možnou péči, což poté může vést k intenzivním emocionálním prožitkům u nich samých. Dvě pracovnice uvádějí, jak v důsledku této hluboké angažovanosti byly emocionálně přemoženy, což jim však umožnilo emocionální zážitky bezprostředně prožívat společně s pacienty.

„To znamená, určitě jsem s tím pacientem brečela. Určitě jsem s jeho manželkou brečela.“ (Paní Jedna)

„Když vás to zahltní tak, že prostě pustíte slzy. To, že člověk uroní v rámci paliativy slzy, to se klidně může. (Paní Pět)

Dvě výpovědi respondentek zachycují téměř mystický zážitek při smrti pacientů. To odráží, jak velký dopad může setkání se smrtí pacientů na pracovníky mít a že smrt může mít různé nečekané a nevysvětlitelné aspekty, které mohou pracovníky emocionálně zasáhnout.

„On mi i řekl, kdy zemře, a on opravdu zemřel v tu dobu, kdy řekl, že zemře.“ (Paní Jedna)

„Já jsem byla teda i při tom úmrtí a při oblečení, takže to pro mě bylo tam takové až mystické, když ona umřela a my jsme ji oblékli, a kocour vyběhl, jako prostě, a umřela vlastně v hodinu, kdy ona tak tvrdila.“ (Paní Pět)

Z rozhovorů vyplývá, že pracovníci jsou často vystavováni negativním emocím, především smutku, ale například i frustraci až vzteku. Na druhou stranu hovoří i o pozitivních emocích, které se často objeví až na úplném konci intervence nebo až po smrti pacienta. Pracovníci tak popisují paradox, kdy ve velké části případů prožívají spíše smutek, ale jak postupně dochází ke smíření, pacientova přání se plní a sám se se smrtí vyrovnává, končí intervence často naplněním nejen pacienta, ale i jejich. To dokazují ve vyprávění například tyto dva z dotázaných.

„A tak ten výsledek byl podle mě pozitivní, i když to v první chvíli nevypadalo.“ (Paní Čtyři)

„A když se s tou ženou potkal, tak jsme byli pochopitelně strašně rádi, že se mohli potkat.“ (Paní Tři)

Dále pracovníci uvádějí, že i když se na první pohled zdá, že jsou v práci obklopeni pouze utrpením a smutkem, ve skutečnosti je síla patientských příběhů, které končí smířením, inspirující a povzbuzující. Popisují, že možnost prožít s pacienty smířlivý konec života mění perspektivu celé jejich práce a může být vyvážením negativních emocí, se kterými si během péče o pacienta setkávají.

„A mně přijde, že kdokoliv se mě vždycky zeptá, jak můžu teda dělat v té paliativě. Je to smutný. Tak já vždycky říkám, ale mně to vůbec nepřijde smutný.“ (Paní Jedna)

„Nebo možná ten smutek je něčím vyvázenej. To je možná spíš přesnější, že to není, že by mi ty lidi byly jedno, ale zároveň je to doprovázený třeba nějakým pokojem, že to třeba

dopadlo dobře, že to vlastně jako proběhlo dobře, že ty lidi třeba odešli nějak smířením,...“
(Pan Čtyři)

„...když mi kolegové říkají nebo kamarádi, jak můžu dělat takhle depresivní práci, tak mě, jestli to něco dělá, tak mi to pomáhá vyjít z té depresivity toho konce.“ (Paní Osm)

- Plán umírání

Předchozí téma se zaměřovalo na prožívání silných emocí, a dalo by se říci, že představuje jeden konec spektra v procesu péče o pacienty s vážnými onemocněními. Na druhý konec tohoto spektra můžeme umístit praktické plánování umírání. Zatímco emoce hrají v paliativní péči klíčovou roli ve vnímání a prožívání procesu umírání, důkladné a systematické plánování poskytuje potřebnou strukturu a pomáhá s efektivitou práce. Výše uvedené pomáhá pacientovi, aby jeho poslední dny byly co možná nejpříjemnější. Tato činnost zahrnuje zejména koordinaci péče, hospodaření se zdroji a komunikaci mezi členy paliativního týmu a rodinou pacienta. Hlavním cílem je vytvoření komplexního plánu péče, který respektuje přání pacienta, zajišťuje jeho komfort a minimalizuje stres pro pacienta a jeho blízké.

K tomu se vyjadřuje i většina respondentů, konkrétně například Pan Čtyři nebo Paní Šest.

„To, že spousta těch symptomů se dá poměrně snadno zvládnout, pokud se na to myslí, tak to jsou takové základní věci, že i ten závěr života se dá strávit nějak hezky a smysluplně.“ (Pan Čtyři)

„Je to taková rychlejší práce. Rychle zaintervenovat, rychle nějak podržet, stabilizovat toho člověka v té situaci a rozloučit se.“ (Paní Šest)

Více se k tématu rozpovídala zdravotní sestra Paní Jedna, která plán umírání, o kterém mnoho lidí neví, porovnává s plánem porodu, se kterým je širší veřejnost více obeznámena. Dalo by se tedy uvažovat, že plán porodu často pomáhá rodičce mít alespoň nějaký pocit kontroly nad procesem, který z velké míry ovlivnit nemůže. Podobným způsobem může fungovat i plán umírání. Jednak si pacienti mohou naplánovat něco, co za ně jiní nenaplánují a za druhé umožňuje pacientům cítit se více ve své situaci orientovaní a v pozici kontroly, což je obzvláště důležité v kontextu umírání, které vytváří mnoho obav.

Když pacienti a jejich rodiny vědí, co mohou očekávat, mohou lépe zvládat situaci a čelit výzvám, které před nimi stojí.

„Můžete ho najít na webu umírání.cz, tam je vlastně tak jako popsanej takový přesný itinerář, co by člověk chtěl. No, takže tam si můžete vyplnit, co byste chtěla za hudbu, jaký pohřební rituál byste chtěla, co byste všechno chtěla. A je tam takový hezký návod na to, abyste věděla, co chtít.“ (Paní Jedna)

Pro některé z pracovníků bylo toto specifikum paliativního přístupu inspirací k zamyšlení nad možným využitím i v osobním životě. Použití paliativního přístupu ve vlastním životě poskytuje pracovníkům paliativní péče důležité dovednosti a perspektivy, které jsou užitečné pro zlepšení komunikace a proaktivního plánování konečné fáze svého života nebo života jejich blízkých.

„Ale je fajn pak vědět, co všechno můžeš pro toho svého blízkého nebo pro sebe udělat v tomhle těžkém období. Díky tomu jsem už třeba přemýšlel nad tím, jak by to bylo třeba u mě nebo u mojí rodiny.“ (Pan Devět)

„...nebo s těmi rodičemi nebo s blízkýma lidmi, se jich zeptat, jak byste si to představovali, když by tě teď odvezli do nemocnice, kdyby se k tomu pak už nemohla vyjádřit, jak bys to vlastně chtěla? Jak byste chtěla ten svůj závěr života? Jak byste chtěla umřít? Kde bys chtěla pohřbít? Co s popelem? Prostě fakt takový praktický věci...“ (Paní Šest)

2.3.3 Profesní povinnosti

Tato kapitola se týká klíčových profesních povinností pracovníků v paliativní péči, konkrétně administrativy, spolupráce s primárními týmy a vzdělávání.

Administrativní úkoly jsou nezbytné, ale často časově náročné, což může zatěžovat pracovníky a ovlivňovat jejich interakci s pacienty a jejich rodinami. Podrobné zapisování administrativních úkolů je důležité pro zajištění jasného přehledu o postupu v léčbě pacienta.

Spolupráce mezi paliativním týmem a primárními týmy je dalším důležitým aspektem. Dobrá komunikace a koordinace jsou nezbytné pro poskytování optimální péče pacientům hospitalizovaným na různých odděleních. Rozdílné přístupy k léčbě mohou vést k nepochopení a komplikacím, a proto je důležité najít společný jazyk.

Vzdělávání je třetím pilířem profesních povinností. Moderní přístupy k vzdělávání, multidisciplinární charakter péče a neustálé rozšiřování znalostí a dovedností jsou klíčové pro kvalitní péči.

- Administrativa

Administrativní úkoly jsou nezbytné, ale často časově náročné a mohou zatěžovat pracovníky a ovlivňovat kvalitu interakce s pacienty a jejich rodinami. Respondenti zdůrazňují důležitost správného zapisování všech úkonů, což jim umožňuje, aby všichni aktéři v péči o pacienta měli jasný přehled o postupu v jeho léčbě.

„A v podstatě já to vždycky říkám že to je tak trošku jako každý pacient potom slohová práce, jak to zapsat, aby každý, kdo dál to bude číst, tak aby to bylo zapsané nějak efektivně aby nemusel číst A4 zápisu a zároveň ten vjem co ten pacient řeší, aby to dalo jako dobrý obraz.“ (Paní Dva)

„Další asi věc, co dělám, což je jako méně podstatný, ale nějak to je součástí, dělám pro tým nějaké administrativní věci, typu účtuji intervence pacientů pro pojišťovnu. Ukázalo se, že máme spoustu dokumentace od lidí, kteří jsou dávno mrtví a my o tom nevíme.“ (Paní Osm)

Paní Jedna a Paní Pět poukazují na to, že administrativa může být časově náročná a někdy naopak může odvádět pozornost od přímé péče o pacienty. Tato zátěž může vést k pocitu frustrace a únavy, zejména pokud pracovníci cítí, že administrativa brání v

poskytování kvalitní péče a zároveň brání odpočinku, kdy například pracovníci kvůli administrativě zůstávají v práci přesčas.

„... strašně těžký odejít domů včas, protože člověk musí mít ty zápisy.“ (Paní Jedna)

„Vyčerpávají mě zápisy, ty mě nebaví. A čas, že si neumím dát limit. Jo, že vlastně mám pocit, že něco musím dodělat a nekoukám na to, do kolika to je, jak to je, a pak přijdu domů pozdě a vlastně pak jsem naštvaná na to, že bych chtěla být vlastně s rodinou, vím, že to je vlastně to nejdůležitější, ale potom vlastně ten čas ...“ (Paní Pět)

- Primární týmy

Paliativní tým funguje konziliárně, je přes den v „terénu“ nemocnice a setkává se s primárními týmy starající se o pacienty, kteří jsou hospitalizováni na různých odděleních nemocnice. K tomu, aby paliativní péče mohla postupovat co nejlépe, je zásadní dobře fungující spolupráce mezi týmem paliativním a týmem primárním, což v rozhovorech jasně zaznělo. Například o tom mluví respondentky Paní Jedna a Paní Tři.

„...snažíme společně s těma primárníma týmama naplánovat, aby to pro toho člověka bylo schůdné, ta jeho situace. Komunikujeme o tom, co se může stát, jaký jsou možnosti péče, jak je můžeme podpořit.“ (Paní Jedna)

„Když je to buď na výzvu týmu, nebo když mám nějakého pacienta, který vlastně nějakým způsobem má pocit, že bych měla třeba mluvit i s tím primárním týmem, nebo potřebujeme si objasnit něco s tím primárním týmem, protože to není úplně jasné, nebo úplně srozumitelné, nebo je ten průběh velmi dynamický, tak ano, tak chodím s tím týmem na konzília na oddělení.“ (Paní Tři)

Jelikož jsou přístupy paliativního týmu poměrně odlišné od ostatních oborů (někdy také nazývaných jako vítězné obory) může často docházet k rozdílným přístupům v léčbě, což může vést ke komplikacím v komunikaci a neporozumění. Jako příklad může posloužit případ Paní Osm, která měla se svou pacientkou ústně domluvené poslední přání – nenechat si amputovat nohu a dožít s ní, i když kratší, život. K podpisu přání mělo dojít následující den. Avšak v momentě kdy lékařka paliativního týmu přišla, měla pacientka již nohu amputovanou, protože chirurgický tým nerespektoval přání klientky a raději upřednostnil „záchranu života a jeho prodloužení“. Tento příklad ilustruje až extrémní neshodu

v komunikaci a nedostatek respektu primárního týmu k přání pacienta. Jiní z respondentů se přidávají k tomu, že domluva s primárními týmy může být náročná a frustrující.

„Určitě proběhnul vztek na kardiology, který si dávali strašně moc na čas s tou deaktivací a my jsme se trochu báli, že to nestihneme ošetřit.“ (Paní Jedna)

„... v té paliativě, je to mnohem víc třeba o tom primárním týmu, o tom, kdo se stará, o toho pacienta, že ty nás nějak rozčilujou nebo dělají něco blbě, nebo vlastně s nimi není nějaká diskuze.“ (Paní Šest)

„Někdy cítím i vztek, ale není to jako vůči třeba pacientovi, ale spíš třeba vůči tomu, jak se zachová ten primární tým.“ (Pan Devět)

- **Vzdělávání**

Paliativní medicína, jako relativně nový medicínský obor, přistupuje ke vzdělávání modernějším způsobem než tradiční medicínské obory. Díky modernímu přístupu je samotný obor paliativní medicíny prezentován odlišně než tradiční medicínské obory a nabízí širokou nabídku seminářů, které uvádějí do paliativní problematiky. Nad tímto aspektem se zamýšlí Pan Čtyři.

„My tady máme v Praze, nebo vlastně v rámci Republiky, tak třeba Paliativní centrum Praha, nebo tu odbornou společnost, obě mají vlastně jako hezky dělaný, jako vizáž webových stránek, různé akce, které oni dělají, webináře a další. A vlastně i to vzdělávání v té paliativě a prezentace na venek je taková jako víc na úrovni. Myslím si, že řada těch velkých oborů, tak to zdaleka nemá takhle jako hezky ošéfovaný...“ (Pan Čtyři)

Z diskusí s respondenty vyplynulo, že kvůli svému „mládí“ se vzdělávání kolem paliativní medicíny stále utváří a zatím nemá stálou podobu. Velká část týmu jsou aktivními účastníky tvorby vzdělávacího systému. Dvě dotazované zdravotní sestry, jeden lékař a jedna lékařka aktivně vyučují studenty na lékařských fakultách a věnují se přednáškové činnosti v Paliativním centru Praha. Vedoucí sestra zároveň pracuje na ukotvení nastavbové specializace Paliativní sestra, kde bude kladen velký důraz na komunikaci a psychologický přesah sesterské práce. Z diskusí vyplynulo, že by například stálo za úvahu, zda by se vzdělávání v paliativě nemohlo více inspirovat vzděláváním v oblasti psychologie, protože

paliativní medicína a psychologie mají zřejmé paralely, například v metodách práce a potřebě se vzdělávat kontinuálně.

Příkladem mezioborové inspirace je názor klinické farmaceutky, která je externistou pro paliativní tým a sama čerpá ze zahraničních studií.

„já jsem si četla i studie z zahraničí, tak tam zahraniční farmaceuti pracují jako v těch hospicích, pracují v těch veřejných lékárnách a spolupracují s hospici, což, třeba u nás zatím nikde takhle pravděpodobně neprobíhá... tak už jsme se s nimi domlouvali, že bychom jim třeba nějaké přednášky připravili, ...“ (Paní Tři)

Mnozí členové týmu považují další vzdělávání za zásadní, a to nejen pro svůj profesní rozvoj, ale také pro pokrok v oboru paliativní medicíny. Bohužel, přestože mají silnou motivaci se dále vzdělávat, čelí v některých případech různým překážkám, které jim v tom brání. Paní Dva zmiňuje problematiku financování.

„...člověk naráží, nechtějí mi zaplatit kurz, mě naštvají z vedení...“ (Paní Dva)

Paní Osm poukazuje na zajímavý paradox: i když se její vedoucí, zkušený paliativní specialista, aktivně věnuje přednáškové činnosti a má hodně znalostí, které by mohl předat svému týmu, nepodařilo se dosud najít společný čas, kdy by mohl tyto informace týmu sdílet.

„Furt prudím, že bychom si měli udělat nějaký vzdělávání uvnitř týmu. Náš šéf různě přednáší, ale my jsme reálně většinu z toho neslyšeli.“ (Paní Osm)

Nutriční terapeut Pan Devět hovoří o překážce, která míří přímo na nedostatečnou nabídku kurzů pro jeho odbornost.

„Třeba ty školení, co oni mají, by byly fajn. Jo, nějaký ty kurzy a tak. Ale to je všechno třeba pro doktory nebo pro zdravotní sestry. A vlastně pro ty nutriční terapeuty tyhle možnosti moc nejsou.“ (Pan Devět)

2.3.4 Druhé manželství

„...náš tým je jako druhé manželství...“ (Paní Dva)

Týmová spolupráce a vzájemná podpora přispívají k efektivitě a kvalitě práce v paliativní péči, což zajišťuje, že pracovníci nejsou v této náročné práci sami. Jakákoliv interakce s pacientem může být obtížná, což činí týmovou spolupráci nezbytnou. Pracovníci nikdy nepracují sami, ale vždy ve dvojicích nebo větších skupinách, což podporuje kolegiálního ducha a vytváří bezpečné pracovní prostředí. Blízkost členů týmu umožňuje rychlou komunikaci a poskytuje prostor pro sdílení a emocionální podporu, což pomáhá zvládat náročné situace a posiluje vzájemné vztahy a důvěru. Multioborovost týmu zvyšuje flexibilitu a adaptabilitu, protože členové se mohou učit zastupovat v různých rolích. Rovnocennost mezi členy týmu a psychologický přístup podporují pocit rovnosti a spolupráce. Nepracovní aktivity a interakce, jako jsou společné kávy nebo obědy, jsou klíčové pro zachování dobrého duševního stavu a soudržnosti týmu. Humor, zejména "paliativní humor", je důležitým mechanismem pro zvládání stresu a udržení lehkosti v práci. Všechna tato a témata se objevila v diskusích s respondenty.

- Týmová spolupráce

Jedním z velmi důležitých aspektů práce v paliativním týmu se ukazuje úzká spolupráce týmu – na tom se shodují všichni z dotázaných. Protože jakákoliv interakce s pacientem může skrývat náročnou intervenci, je víceméně danou věcí, že kdykoliv jdou pracovníci za pacientem, nikdy nechodí v jednom, ale alespoň ve dvou. To napomáhá vytvořit silného kolegiálního a týmového ducha, díky kterému se na práci necítí sami a zároveň se cítí v bezpečném pracovním prostředí.

„A většinou je to tak, nebo prakticky vždy, že nikdo nikoho neřeší sám. Většinou je potřeba, aby tam byly aspoň doktor a sestra, nebo aspoň víc profesí. Bere se to jako výhoda...“ (Pan Čtyři)

„... pomáhá i přístup toho týmu, že ten tým, nějak táhne za jeden provaz a dochází tam k té podpoře.“ (Paní Sedm)

„No tak tam je právě dobrý to, že v té spolupráci s tím paliativním týmem nejsi sama.“ (Pan Devět)

Zároveň tato blízkost umožňuje nejen rychlou komunikaci, ale také poskytuje prostor pro sdílení a emocionální podporu v reálném čase. Respondenti popisují důležitost validace prožitků a emocí, které nejenže pomáhají pracovníkům vypořádat se s náročnými situacemi, ale také posiluje vzájemné vztahy a důvěru mezi členy týmu.

„A vy můžete, i kdyby to měla být jedna věta, ale vy víte, že to můžete říct, že tam máte někoho, kdo vás vyslechne a řekne, ty jsi taková chudinka a ty jsi to tak hezky zvládla.“
(Paní Jedna)

„Ale na druhou stranu v podstatě cokoliv se děje, co nás nějak zasáhne, tak okamžitě nějak diskutujeme. A to je jako nesmírně efektivní. ... A že to je právě super, že nepracujeme každý si na svém písččku, ale v rámci toho týmu...“ (Paní Dva)

Jak uvádí Paní Dva, díky multioborovosti paliativního týmu se jeho členové mají možnost učit zastupovat jeden druhého v různých rolích, což zvyšuje flexibilitu a adaptabilitu týmu. Tato schopnost je zvláště cenná v dynamickém a často nepředvídatelném prostředí paliativní péče, kde mohou být rychle potřeba různé druhy intervencí.

„Myslím si, že to, co je na týmu trošku jako mimořádné je to, že se snažíme vlastně tak trošku zastupovat napříč tím, co děláme.“ (Paní Dva)

Pan Devět vidí přínos v multioborovosti týmu v možnosti konzultace a vzájemného ujištění mezi různými pracovníky, což vede k větší jistotě ve výsledcích péče a posiluje důvěru v rozhodnutí týmu.

„...když to pak třeba probereš s nima, tam je super v tom, že je to multidisciplinární péče, že ty vlastně tohle probereš s doktorama, se sestřičkama i třeba s tou psychologkou a vlastně všichni se třeba shodnete na tom, že je to takhle dobře.“ (Pan Devět)

Někteří respondenti poznamenávají, že ve srovnání s jinými lékařskými obory existuje v paliativní péči neobvyklá rovnocennost mezi členy týmu. Důvodem může být významný důraz na psychologický přístup, který je vyžadován od všech profesí pracujících v týmu. Tento přístup podporuje vzájemné učení a spolupráci, což může přispět k pocitu rovnocennosti. Navíc tím, že týmoví členové tráví spolu hodně času a zároveň je tam aspekt právě zmíněné multioborovosti, při které si předávají vzájemné kompetence, může

napomáhat k rozložení obvyklé hierarchie, která je známá napříč ostatními medicínskými obory.

„A troufnu si říct, že ty kompetence v tomto obecném má každý člen toho týmu v tomhle tom stejné. Samozřejmě jako lékař řeší ty medicínské aspekty.“ (Paní Dva)

„Sestry v paliativě mají hodně možností komunikovat se rodinami s těmi pacienty, vést ty rozhovory, nějak pomáhat, porozumět té situaci. Vlastně sestry v jiných oborech moc o takovou možnost nemají.“ (Pan Čtyři)

K úvaze, že toto týmové nastavení je pro paliativní tým specifické, dopomáhají i tvrzení od dvou doktorek, které popisují své zkušenosti z jiných medicínských oborů.

„Pro mě vlastně ty spolupracovníci v paliativní medicíně, ať už tady v paliativním týmu, kolegové nebo prostě kolegové v lůžkovém hospici, tak jsou strašně cení. Myslím si, že nám to dává sílu to, že jako jsme všichni takhle dohromady. ... V rámci té práce jako praktik je práce hodně osamocená, je na to všechno sám.“ (Paní Pět)

„No, tam na té onkologie to bylo hodně pusté, teda. To bylo jako, hodně špatné. Teďka v tom paliativním týmu to jakoby sdílet můžeme.“ (Paní Osm)

- Uvolněné chvíle

Pracovníci zdůrazňují význam nepracovních aktivit a interakcí v týmu. Tyto momenty sdílení, humoru a vzájemné podpory jsou klíčové pro zachování energie a dobrého duševního stavu týmu.

Humor, který několik z pracovníků přímo nazvalo paliativním humorem, je zmíněn až překvapivě mnohokrát jako důležitý mechanismus pro odlehčení atmosféry a zvládnání emocionálně náročných situací. Někteří zdůrazňují, že černý humor pomáhá nejen udržovat lehkost v týmu, ale také zvládat každodenní stres. Tento typ humoru může být vnímán jako kontroverzní mimo kontext paliativní péče, ale uvnitř týmu posiluje soudržnost a pomáhá pracovníkům zůstat psychicky odolnými.

„Jako furt si chci zachovat nějakou dobrou náladu, tak mi přijde, že ten tým, když je tam jako humor a trochu se to odfatalizuje, tak to funguje celý líp.“ (Paní Pět)

„A pěstujeme takovej paliativní humor, to je za mě jako hodně důležitá disciplína a je nutný říct, že ten humor většinou jako úplně nefunguje za hranicemi paliativního týmu, protože jaksi... je to jako občas trochu děsný, jo.“ (Paní Osm)

Dále pracovníci vyjadřují, že se těší na chvíle strávené s kolegy, jako jsou společné kávy nebo obědy, které jsou pro ně klíčové pro udržení dobrého týmového ducha a vzájemné podpory. Zdá se, že příležitosti pro neformální interakce a sdílení v týmu přináší zaměstnancům nejen úlevu, ale i obnovení energie. Paní Jedna a Paní Šest mluví o důležitosti těchto uvolněných momentů, kde mohou sdílet své zkušenosti a upevnit týmové vazby.

„...těším na své kolegy – na chvílku u kávy, přestože je to chvílka krátká...“ (Paní Jedna)

„Vývařovna je trošku děsná, ale je to dobrý. To jinak nemám. Ale ne, těším se na kolegy.“ (Paní Šest)

Paní Tři a Pan Devět v rozhovoru nehovořili o častém setkávání s týmem jako ostatní z týmu, to se ovšem dá vysvětlit tím, že jsou oba v týmu externě a netráví s paliativním týmem tolik času a více času věnují svému mateřskému pracovišti.

2.3.5 Motivace

Práce v paliativní péči může pro veřejnost znít odstrašujícím způsobem kvůli každodenní konfrontaci se smrtí a utrpením. Respondenti popisují různé cesty, které je přivedly do paliativního týmu, a jejich prvotní motivaci vstoupit do tohoto oboru. Někteří se k práci dostali spíše náhodou kvůli změně pracovních podmínek nebo rozhodnutí nadřízených, zatímco jiní byli cíleně vyhledáni pro svou odbornost. Někteří pracovníci objevili svůj zájem o paliativní péči již v mladém věku, což ukazuje na důležitost osobních hodnot a etického povědomí. Pro mnoho zdravotníků se paliativní péče stala oborem, kde mohou lépe aplikovat své schopnosti a hodnoty, což přináší hlubší lidské pochopení a empatii. Toto téma zkoumá motivace pracovníků vstoupit do paliativní péče, jejich osobní a profesní cesty, a jak tyto zkušenosti přispívají k jejich uspokojení a smysluplnosti v práci.

- Příchod do týmu

Pro širokou veřejnost je představa práce v paliativní péči špatně představitelná, každodenní konfrontace se smrtí a utrpením může znít spíše odstrašujícím způsobem než

něčím, co by mohlo jedince naplňovat. Respondenti v průběhu rozhovorů popisují různorodé cesty, kterými se dostali do paliativního týmu a co bylo prvotní motivací se do tohoto oboru dostat. Příběhy pracovníků ukazují nejen osobní zkušenosti a náhodné životní situace, ale i profesní cesty, které je k paliativě nakonec dostali.

Porovnat zde můžeme motivy tří pracovníků – Paní Jedna, Paní Šest a Pana Devět, kteří byli osloveni do tohoto paliativního týmu se zbytkem šesti pracovníků, kteří tým sami vyhledali a oslovili. Zároveň šest z respondentů v nemocnici pracovalo ještě předtím, než začali spolupracovat s paliativním týmem.

Paní Jedna i Pan Devět již v nemocnici pracovali a oba se dostali k práci určitou **náhodou**. Paní Jedna utrpěla v minulosti vážné zranění a kvůli fyzické zátěži se nemohla vrátit na oddělení Anesteziologicko-resuscitační oddělení, na kterém dříve pracovala. Když byla oslovena, nabídka se jí hodila. Zároveň ale popisuje, že už předtím měla jiné úvahy k péči než její kolegové i když nevěděla, že tento přístup je právě paliativního charakteru.

„Vždycky mě tak napadalo, kde je taková ta hranice mezi tím, co děláme pro toho člověka a kdy už to děláme jenom pro to tělo. Tak mně to pořád napadalo ty otázky, ale nevěděla jsem, že tohle patří do paliativní péče.“ (Paní Jedna)

Za Pana Devět jeho umístění k paliativnímu týmu rozhodla jeho vedoucí, především na základě jeho zkušenosti z onkologického oddělení, kde je paliativních pacientů větší množství. Jeho příklad představuje, kdy profesní dráha může být ovlivněna organizačními rozhodnutími, které odrážejí rozpoznání jeho schopností a zkušeností.

„No a tak si naše vedoucí řekla, že by bylo fajn, kdyby někdo s nima spolupracoval a když tak tu práci rozdělávala mezi ostatní a říkala si, že když já jsem na těch onkologiích, že já bych byl na to asi nejvhodnější, tak jsem se k tomu dostal takhle.“ (Pan Devět)

Paní Šest v tomto případě může trochu vybočovat, protože je klinickou psycholožkou, kterou potřebovali pro garanci neatestovaných psycholožek a zároveň pro podporu celého týmu. Byla tedy vyhledána pro konkrétní roli v týmu, což ukazuje na cílený výběr na základě její odbornosti a potřeb týmu.

„A tak se mi to líbilo a říkala jsem si, že tam půjdu. Zajímalo mě celkem, jak se dělá paliativa v nemocnici.“ (Paní Šest)

Několik ze zdravotnických pracovníků zjistilo svůj zájem o tento obor již v relativně mladém věku. Zdá se, že paliativní péče často rezonuje s osobními hodnotami jedinců ještě předtím, než se plně věnují své profesní dráze. To poukazuje na možný významný přístup k výchově a vzdělávání v oblasti paliativní péče. Motivace k práci v tomto oboru je často spojena s hlubokým osobním a etickým přesvědčením o významu této péče.

„Takže jsem někdy v patnácti teda chodila na brigády do hospice.“ (Paní Dva)

„Psala jsem rigorózní práci a sbírala jsem data na léčebně dlouhodobě nemocných. Takže jsem asi dva roky docházela na léčebnu dlouhodobě nemocných v jiné nemocnici. ... Říkala jsem si, že kdyby taková možnost byla, takže bych se do nějakého takového týmu chtěla zapojit...“ (Paní Tři)

Už v prváku jsme měli součástí výuky návštěvu hospice a mě to tam přišlo hodně zajímavé.“ (Pan Čtyři)

Lékařky vypráví o svém postupném zájmu o obor paliativní medicíny a nabízí zajímavý pohled na to, jak zkušenosti v různých medicínských oborech mohou vést k přechodu do paliativní péče, tedy oboru, který klade důraz na komplexní a citlivý přístup k pacientům. Oba příběhy zdůrazňují, že pro mnohé zdravotníky, kteří začínali v akutní nebo specializované péči, jako je onkologie, se paliativní péče stala oborem, kde mohli lépe aplikovat své schopnosti a hodnoty. Paliativní medicína nabízí prostor pro hlubší lidské pochopení a empatii, což mnohé zdravotníky nejen přitahuje, ale také udržuje v oboru dlouhodobě.

„No a s těma sestřičkama z domácí péče jako praktik jsme dochovali první pacienty. A dávalo mi to smysl.... A pak i když jsem dlouhodobě zaměstnanec zde, tak jsem později dozvěděla, že je tady paliativní tým, tak jsem oslovila primáře a pak jsme se dohodli.“ (Paní Pět)

„Když jsem se poté mateřský vracela do praxe, tak pro mě bylo naprosto neúnosné dělat to zpátky, se vracet k nějakým nepaliativním principům v té onkologii. Takže já jsem tam už moc dlouho nevydržela.“ (Paní Osm)

- Smysl

V rámci různých pomáhajících profesí, kde je kontakt s pacientem intenzivní a často emočně náročný, se jako klíčový ochranný faktor jeví schopnost vidět pozitivní dopady své práce. To může být výzvou zejména v paliativní péči, kde výsledek práce nevede k uzdravení, ale ke zmírnění utrpení a důstojnému konci života. Na první pohled se tedy může zdát, že paliativní péče nedokáže nabídnout "výsledky" ve smyslu tradičního léčebného procesu. Přesto mnozí pracovníci v paliativní péči nacházejí hluboké uspokojení právě v tomto oboru, což se v rozhovorech s respondenty potvrdilo. Navíc, i když všechny intervence nevyhnutelně končí smrtí, samotný proces doprovázení a zlepšování kvality života pacientů může pracovníkům poskytnout smysl a naplňovat je profesionálně.

„mě to hodně, extrémně naplňuje. To fakt jako mě to baví. Mě tenhle ten pocit, že člověk hrozně dobře se saturuje tím, že je tam, kde má být. To je jako nesmírně nabíjející pocit. Který mi dává ty těžkosti dobře překlenout.“ (Paní Dva)

„Mě to přijde jako jedna z nejsmysluplnějších činností, co jsem kdy dělala...“ (Paní Tři)

Pracovníci paliativní péče často popisují, že zdrojem jejich motivace a energie je schopnost poskytovat úlevu a podporu v kritických chvílích. To zahrnuje nejen zmírnění fyzické bolesti, ale také emocionální a spirituální podporu pacientům a jejich rodinám. Pocit, že mohou pacientům pomoci prožívat poslední dny s menším strachem a větší mírou důstojnosti, je pro mnohé pracovníky velmi posilující.

„...většina pacientů vás ráda vidí a vy máte pocit, že můžete relativně bezprostředně pomoci si tou farmakoterapií.“ (Paní Tři)

„Dává mi to smysl. Být těm lidem jako průvodcem, oporou a nějak jim pomoci. Dává mi to smysl spolupracovat s tou rodinou.“ (Paní Pět)

Ono stačí, když prostě toho člověka držím za ruku a vyslechnu si ho, tak mu to mnohdy pomůže třeba víc, než se domluvíme na nějakým jídelníčku. A když jako vidíš, že si jim nějakým způsobem pomohla, tak je to jako hrozně hezký, že mám pocit, že jsem něco udělal, to zní jako klíšé, ale prostě pocit naplnění...“ (Pan Devět)

Důležitým aspektem je také vzájemná podpora a komunita, kterou paliativní týmy často tvoří. Schopnost sdílet své zkušenosti s kolegy, kteří rozumějí jedinečným výzvám tohoto oboru, přispívá k odolnosti a udržení motivace.

Prostě ta multioborová spolupráce, jak s psychologem, jak s lékařem, jak se zdravotním sociálním pracovníkem, tak i mezi těma různýma jednotkama po té nemocnici, tak to je super. (Paní Dva)

„Jednak to, že mi dává smysl ta práce. A jednak prostě i ty kolegové, že si myslím, že máme podobné myšlení, podobné cíle.“ (Paní Pět)

Někteří z respondentů popisovali, jaká má paliativní péče přesah nejen do medicínské praxe, ale také do **osobního rozvoje** v každodenním životě. Nabízí jim tak nejen možnost zlepšovat kvalitu života pacientů v závěrečné fázi, ale také poskytuje hluboké osobní zážitky, které ovlivňují jak jejich profesní, tak osobní život.

Paní Jedna zdůrazňuje, jak paliativní péče rozšířila její schopnost empatie a respektu k individualitě každého člověka. Práce v paliativní péči ji naučila uznávat hodnotu každého jednotlivce, což přesahuje obvyklé medicínské zaměření na léčbu a zdraví.

„A tohle mě naučila paliativa. Opravdu vidět, že každý člověk je osobnost a každý člověk prostě stojí za to. Takže to si myslím, že to mě naučila paliativa. Jako obrovský respekt vlastně k tomu, co ten druhý dělá, ať je to cokoliv. Prostě pokora a respekt.“ (Paní Jedna)

Pan Čtyři popisuje, jak paliativní péče změnila jeho vnímání smrti a umírání – ne jako tabu, ale jako příležitost pro smysluplné a důstojné zakončení života. Přesah paliativní medicíny zde spočívá ve změně paradigmatu od boje proti nemoci k poskytování komfortu a podpory v závěrečných dnech života.

„Takže paliativní medicína jako taková tak mě ukázala a dokázala, že je možný i ten závěr života strávit nějak hezky. Že to má smysl se o tohle snažit.“ (Pan Čtyři)

Paní Osm hovoří o vzájemné výměně mezi zdravotníkem a pacientem, která překračuje tradiční lékařský model. V paliativní péči dochází k hlubokým lidským setkáním, kde pracovníci nejen poskytují péči, ale také se učí a čerpají z osobních zkušeností pacientů.

„...že to není, že já tam jdu něco tomu člověku dát, nebo pro ně něco udělat. A že to je opravdu takové hodně potkávání se v nějakém kontextu. Takže tam je spousta věcí, které my ošetříme. Ale že já si stejně tak беру, jako dávám.“ (Paní Osm)

2.3.6 Výbava

Práce v paliativní péči je náročná nejen z medicínského, ale především z interpersonálního hlediska. Pracovníci se setkávají s pacienty a jejich rodinami v jednom z nejzranitelnějších období jejich života, což vyžaduje specifickou výbavu jak ve smyslu osobních vlastností, tak profesionálních kompetencí. Toto téma se zaměřuje na čtyři klíčové oblasti, které tvoří výbavu pracovníka v paliativní péči. Na vlastnosti, které umožňují pracovníkům poskytovat citlivou péči. Dále se věnuje kompetencím, zejména schopnosti dobře komunikovat a udržovat profesionální hranice, což pomáhá předcházet emočnímu vyčerpání. Další důležitou oblastí je postoj ke smrti. Pravidelná konfrontace se smrtí vyžaduje otevřenost a přijetí vlastní smrtelnosti, což pracovníkům umožňuje lépe podporovat pacienty v jejich posledních dnech. Poslední část se zaměřuje na psychohygienu, tedy na strategie a praktiky, které pracovníkům pomáhají udržet duševní zdraví a odolnost.

- **Vlastnosti**

Práce v paliativní péči vyžaduje, aby pracovníci byli vybaveni určitými vlastnostmi, které umožňují nejen kvalitně poskytovat péči, ale také si udržet vlastní psychickou odolnost. V rozhovorech zazněla široká škála vlastností, mezi nimi se tyto opakovaly nejčastěji: empatie, schopnost naslouchat, pokora, trpělivost, respekt k individualitě každého pacienta a otevřenost.

Empatie je jednou z klíčových vlastností, kterou musí mít každý pracovník v paliativní péči. Tato schopnost vcítění se do situace, pocitů a potřeb pacienta umožňuje zdravotníkům lépe porozumět tomu, co pacienti a jejich rodiny prožívají a přizpůsobit péči tak, aby co nejvíce vyhovovala jejich potřebám a přáním. Empatie však vyžaduje rovnováhu – je důležité, aby pracovníci byli schopni vcítit se do druhých, aniž by se emocionálně ztratili ve svých pocitech. To zahrnuje schopnost zachovat profesionální odstup, který chrání jak psychické zdraví pracovníků, tak integritu péče poskytované pacientům. K tomuto zamyšlení přispívá i komentář od Paní Jedna nebo Paní Sedm.

„...ale přijde mi, že ta empatie je do určitý míry vlastně musí mít svoji hranici, protože ta naše sebezpečie podle toho pak vypadá. A určitě bych empatii nevnímala jako to, že se vcítím se vším všudy do toho druhého člověka.“ (Paní Jedna)

„A objevují se tam lidi zvýšeně empatický, možná se sklonem k obětavosti a tak dále. Respektive, když se tam objeví, tak opravdu mají tendenci se rozdat.“ (Paní Sedm)

Další vlastnost, kterou respondenti zmiňovali často je pokora. V paliativní péči umožňuje pracovníkům respektovat osobní přání a rozhodnutí pacientů, i když se neshodují s jejich profesionálními názory. Tato vlastnost je klíčová pro přijetí nevyhnutelnosti smrti a omezení léčby. Pokora také vyžaduje schopnost být reflexivní, což zahrnuje pravidelné zamyšlení nad vlastní praxí a otevřenost zpětné vazbě.

“...a velká pokora. Protože každý člověk je individuál. Ke každému se musí přistupovat k samostatné a nové jednotce.“ (Paní Jedna)

„A pak myslím určitě pokora. Že člověk jako musí vědět, že toho víc neví, než ví.“ (Paní Dva)

„...že je fajn být nějaký pokornější. A to je dobrá připomínka toho, že taky to není všechno navždy, ...“ (Paní Šest)

Na komentář od paní Šest navazuje další důležitá vlastnost a to otevřenost k umírání a celkově k přijímání druhých osob, což vyžaduje od pracovníků schopnost čelit konečnosti života bez strachu nebo předsudků. To zahrnuje odvahu podívat se na vlastní smrtelnost, což umožňuje pracovníkům poskytovat citlivou péči, reagovat na potřeby a přání pacientů v závěru jejich života a otevřeně a bez zveličování komunikovat o smrti a umírání. Tato odvaha k osobní reflexi a pochopení smrtelnosti je pak důležitá pro vytváření prostředí, kde se pacienti cítí bezpečně a jsou ochotní sdílet své obavy a přání.

„...musí mít nějak přístup vůbec k přemýšlení nebo smrtelnosti. Asi člověk, který se tomu vyhýbá nebo je mu to z duše nepříjemné, tak asi by tam vůbec nemohl nějak fungovat.“ (Paní Šest)

„...odvaha podívat se na vlastní smrtelnost. Protože to si myslím, že je vlastnost, bez který to nejde. Protože v paliativě se tý smrti do tváře koukáte velice často.“ (Paní Sedm)

„...schopnost vidět toho člověka jako přijímajícího, přijímat toho člověka, ať je jaký chce, nebo ať se děje, co se děje.“ (Paní Osm)

„Myslím, že to chce být i trošku odvážný, ...“ (Pan Devět)

- **Kompetence**

Ačkoliv každý člen týmu disponuje specifickými klinickými schopnostmi odpovídajícími jeho odbornému zaměření, tento text se nevěnuje podrobně těmto individuálním klinickým dovednostem. Namísto toho se zaměřuje na univerzální kompetence, které jsou zásadní pro všechny členy paliativního týmu bez ohledu na jejich konkrétní odbornost. Klíčové kompetence, které respondenti mezi sebou zmiňovali nejčastěji, jsou komunikace a udržování hranic.

Všichni pracovníci se intenzivně zapojují do osobních příběhů pacientů, což je klíčové pro poskytování účinné péče. Ale hloubka zapojení může být pro pracovníky psychicky náročná a vyžaduje schopnost udržovat si profesionální hranice. Je tedy zásadní, aby se paliativní pracovníci naučili, kdy a jak se efektivně „odpojit“, aby si zachovali vlastní psychické zdraví. Pan Čtyři a Paní Sedm mluví o důležitosti „psychického odchodu“ z práce po jejím skončení. Pan Čtyři popisuje, jak předání zodpovědnosti dalšímu lékaři při změně směn mu umožňuje mentálně opustit pracoviště. Podobně Paní Sedm zmiňuje, že její práce ji naučila, jak nechat práci v nemocnici a nechat si čistou hlavu pro osobní život.

„když se střídáme ve službě, tak předám tomu doktorovi ty pacienty. A už jsem pryč, vlastně i mentálně, protože už má zodpovědnost někdo jiný.“ (Pan Čtyři)

„Je to fajn to nechat vlastně někde v té nemocnici a jít jako domů potom s čistou hlavou a žít právě. Já si myslím, že to povolání mě hodně naučilo vlastně jako prožívat ty svoje hodnoty.“ (Paní Sedm)

Paní Šest vyjadřuje, že není ochotna pracovat bez náležité kompenzace, což poukazuje na její pevné hranice týkající se ocenění její práce.

„A nevím, asi mám to nějak v hlavě, že pracuji jenom, když jsem za to placena. Zadarmo nepracuju.“ (Paní Šest)

Přestože všichni respondenti potřebu udržování profesních hranic chápou jako důležitou, jejich výpovědi poukazují na častou neschopnost je dodržet. Jedna věc je věnovat se práci pouze v nemocnici a „nenosit si práci domů“, druhá věc je zvládnout „fyzický odchod“ z práce. Skoro by se mohlo zdát, že práce přesčas je jedním ze sjednocujících prvků, který mají společný. Na to poukazují výpovědi Paní Pět a Paní Sedm.

„Myslím si, že i kolegové to mají tak, že tady zůstáváme všichni přesčas.“ (Paní Pět)

„V prvním týmu jsem si nedávala pozor na hranice svojí práce. V týchle práci je těžký si hlídat ty hranice.“ (Paní Sedm)

To může nasvědčovat, že pro některé zdravotníky je obtížné udržet profesní hranice a objevuje se u nich takzvaný spasitelský komplex, což je tendence některých pracovníků v tomto oboru cítit se jako ti, na kterých „všechno stojí“. Může vyplývat z hlubokého osobního závazku pomáhat lidem v koncových fázích jejich života. Ač se jedná o společensky obdivuhodnou a pro daného zdravotníka jistě osobně důležitou vlastnost, může na druhé straně vést k emočnímu vyčerpání. Paní Osm a Pan Devět poukazují, že důležitá je schopnost pracovníků rozpoznat, že se tímto způsobem myšlení mohou dostat do emočně neudržitelné pozice a vysílení a měli by se snažit rozvíjet strategií pro udržení zdravých hranic.

„Že vlastně taky ta výlučnost, nebo ten pocit toho, že to na mě celý stojí, tak to tak nějak se postupně zlepšuje, ale jako, občas mi to furt ujede. Občas mám furt pocit, že když ne já, tak kdo teda.“ (Paní Osm)

„Dřív jsem dělal to, že jsem fakt byl každé den do 6 v práci a telefonoval jsem si s pacientama od 4 do 6, abych s nima řešil věci. Tak to bylo fakt jako vysilující a náročný. Pak jsem si ale stanovil nějaký hranice, že takhle to dělat nebudu. Což mimo jiné jsem se naučil právě tam. Já jsem to neuměl, ale viděl jsem, že se nemusím bát tam říct, že něco nezvládám. Budu toho dělat méně, je to v pořádku.“ (Pan Devět)

Klinická psychologička Paní Šest k tomu dodává, že je to častým tématem a že musí pracovníky často v této oblasti usměrňovat. Je to tedy něco, na čem opravdu pracovníci stále pracují.

„A to já říkám, ale nespasíte celou nemocnice, a už vůbec ne celý svět, vy potřebujete sebe udržovat v takovém stavu, abyste byli schopni pomáhat.“ (Paní Šest)

Nedodržení hranic může mít značné negativní důsledky. Pracovníci si jsou vědomi, že porušení těchto hranic může přímo ovlivnit jejich fyzické zdraví, což jim může znemožnit efektivní vykonávání jejich práce. Kromě toho, pokud nedodržují hranice, může to zasahovat do jejich osobního života a odebírat jim příliš mnoho času, který by jinak mohli věnovat sobě nebo svým blízkým. O tom hovoří Pan Čtyři nebo Paní Pět.

„Ale snažím se aspoň kus toho dne, kdy nedělám nic pracovního, tak si nějak ušetřit. A je to hodně zásadní, vnímám. Protože když to potom nedodržuju, tak to vždy odpadnu, onemocním. Ty fyzické síly nejsou neomezené. A to tělo když vysadí, tak potom ani ta mysl nefunguje. A empatie je v čudu a další věci.“ (Pan Čtyři)

„(Chtěla bych) Mít víc času na doma. Jsme furt u toho času. Být víc u dětí, víc být s nimi.“ (Paní Pět)

Druhou často zmiňovanou a důležitou kompetencí je dobrá komunikace, která je zásadní nejen pro přenos informací, ale také může značně redukovat úzkost a stres pacientů a jejich rodin. Tím se posiluje důvěra a zlepšuje kvalita vztahů mezi pacienty a zdravotníky. Paní Jedna upozorňuje na důležitost schopnosti sester efektivně komunikovat s pacienty a jejich rodinami, zejména v situacích, kdy není lékař přítomen. Toto poukazuje na specifickou roli paliativních sester, které často přebírají zodpovědnost za sdělování klíčových informací a udržování kontinuity v péči.

„Z velké části jsem to komunikovala já jako sestra, že ten lékař tam dával doplňující informace, a to je přesně to specifikum těch paliativních sester, že vlastně by měli umět tyhle věci komunikovat. Protože ne vždycky je ten doktor po ruce...“ (Paní Jedna)

Lékař Pan Čtyři přináší pohled na systematičnost a strukturovanost komunikace jako na základní kámen paliativní péče. Poukazuje na to, že i tak základní dovednost, jako je komunikace, může být systematicky učena a zdokonalována, což je v jiných oborech medicíny často přehlíženo. Jeho zdůraznění potřeby vzdělávání v oblasti sdělování závažných zpráv je klíčové pro zlepšení způsobu, jakým jsou pacienti a rodiny informovány o závažných zdravotních rozhodnutích.

„Konkrétně ten náš paliativní tým, který hodně klade důraz na komunikaci, na to vysvětlování, tak vlastně tenhle rozměr mě znovu ukázal, jak je hodně podceňovaný a málo

ošetřený. Že i komunikace se dá učit, že třeba sdělování závažných zpráv může mít nějaké svoje náležitosti... “ (Pan Čtyři)

Že je komunikace v paliativním přístupu odlišná od běžné medicínské praxe potvrzují i Pan Devět a Paní Dva.

„Takže v tomhle a taky třeba mi pomohly hodně s komunikací s pacientem, že když jsem viděl, jak třeba někteří z paliativního týmu s těmi pacienty v náročných situacích pracují nebo s těmi rodinami, tak jsem si z toho hodně vzal.“ (Pan Devět)

„...extrémně pracuji s tichem. Kdekoliv, tak prostě prostor pro ticho. A člověk si na to potřeboval nějak vlastně přivyknout, tak aby to ticho u toho pacienta, to tíživí, tak aby se člověk necítil špatně...“ (Paní Dva)

- Postoj ke smrti

Pracovníci v paliativní péči se denně setkávají se smrtí, což je nepochybně formující zkušenost pro jejich osobní i profesní život. Z tohoto pravidelného kontaktu s konečností života pramení potřeba otevřenosti vůči smrti, jak naznačuje shoda mezi pracovníky a je popsáno v textu výše. Z výpovědí respondentů vychází, že jsou ve shodě, že smrt je přirozená a nezbytná součást existence.

„No, já vnímám smrt jako součást života.“ (Paní Jedna)

„Je to (smrt) přirozený konec života.“ (Paní Tři)

„Já tu smrtelnost vnímám jako něco, co dává smysl tomu životu. To, že to nějak končí a potom se neví co, to už je potom na fantazii každého.“ (Paní Sedm)

Přijmutí smrti jako přirozené součásti života ovšem neimplikuje automatické smíření se smrtí, což zdůrazňuje Paní Dva. Její slova poukazují na rozšířený omyl, že pracovníci v paliativní péči jsou vždy emocionálně vyrovnaní a smíření se svou smrtelností.

„Myslím si, že je klamný si myslet, že některý člověk, který pracuje v paliativní medicíně, že je srovnaný a smířený se svou vlastní smrtelností. Myslím si, že to tak není.“ (Paní Dva)

Setkání s pacienty, kteří jsou upřímně smířeni se svým životem a jeho koncem, může přinášet pracovníkům perspektivu a alespoň částečně napomáhat se lépe vypořádat s nevyhnutelnou realitou smrti, to popisuje v rozhovoru Paní Osm.

„...v té paliativě potkávám s lidmi, kteří jsou za mě podle mě autenticky a upřímně smířeni s tím, jaký život žili a s tím, že ten život končí. Což je pro mě vlastně trošku jako uklidňující svým způsobem.“ (Paní Osm)

Pravidelná konfrontace se smrtí nutí pracovníky, aby se hlouběji zabývali tímto tématem v různých rovinách a různými způsoby. Paní Šest popisuje, že rozdíl v postoji ke smrti je ovlivněn náboženským vyznáním pracovníka.

„...jsou lidi, kteří jsou věřící a to je pro ně vlastně úplně přirozená věc se s tím potkávat. Ale jsou tam i lidi, kteří věřící nejsou a kteří to prostě berou jako nějakou hodnotu. Že je důležitý, jak umíráme, a tak je to prostě závěrečný moment našeho bytí.“ (Paní Šest)

Přestože byli někteří z respondentů věřící, velké rozdíly v jejich výpovědích znát nebyli. Může to být způsobeno právě charakterem práce, kdy se dá předpokládat, že by zdravotníci nevydrželi v tomto oboru příliš dlouho pracovat, pokud by konfrontaci se smrtí nezvládli. Na druhou stranu Paní Dva popisuje, že pracovníci mohou volit dvě strategie, jak se vyrovnat s tématem smrti: vytěsnění nebo únik nebo naopak tomuto tématu vědomě čelit. Její slova naznačují, že čelit smrti a neustále se s ní potýkat může být vyčerpávající, ale zároveň to může být způsob, jak se s vlastními obavami a strachem vyrovnat. Tato otevřenost a schopnost konfrontace vyžaduje velkou osobní odvahu, ale také může vést k profesnímu růstu.

„...nějakým způsobem se vás dotýká (smrt), nějak vás atakuje, tak jsou možná dvě možnosti. Buď to dát pod koberec, že neexistuje, a nebo naopak se tomu věnovat. Tak možná, že u mě je tohle to právě jako způsob, kde to člověk to téma furt otevírá, což na jednu stranu je super, že otevírá, ale někdy je to docela vyčerpávající, když to máte dnes a denně před očima.“ (Paní Dva)

Práce v paliativní péči je často transformující zkušeností, která ovlivňuje jak profesní, tak osobní životy pracovníků. Pan Devět reflektuje svou profesní evoluci od onkologie, kde pocítoval smrt pacienta jako tragédii, k pochopení, že paliativní péče může

i v posledních chvílích nabídnout cennou podporu. Jeho slova zdůrazňují, že smrt nemusí být pouze konec, ale může být dobře řízeným procesem, kde je hlavní pozornost věnována kvalitě života.

„Předtím, když jsem nastoupil a pracoval jsem, začal jsem dělat na tý onkologii, tak vlastně to, že ten pacient umřel, nebo jako umíral, tak vlastně pro mě to bylo, že to je to nejhorší, co se člověku může stát. ... A teď naopak jako vím, že takovým lidem se dá ještě pomoci a že hlavně tam má smysl nějaká ta péče. Nejenom, že má smysl, ale že je hodně důležitá.“ (Pan Devět)

Z rozhovorů se zdravotníky je patrné, že se v této oblasti odrážejí hodnoty, které se formují v průběhu jejich praxe a dále mohou ovlivnit jejich osobní život, posilující je ve schopnosti čelit vlastním životním výzvám a smrtelnosti. Tímto způsobem se paliativní péče stává nejen prostředkem pro poskytování péče, ale i silným zdrojem osobního a profesního růstu. Jak poukazuje Paní Jedna, pracovníci vidí, že způsob, jakým lidé žijí své životy, se odráží v jejich posledních chvílích. Toto pozorování může posilovat hodnotu autenticity a integrity ve vlastním životě pracovníka.

„No je to prostě nějaké jako vyvrcholení celého toho života. A já to vlastně vidím u těch pacientů, že tak, jak žili, tak umírají.“ (Paní Jedna)

Paní Sedm mluví o bilancování života jako o procesu, který umožňuje jak pacientům, tak i pracovníkům zrekapitulovat, co v životě skutečně má cenu. Tato zkušenost může obohatit pracovníka o hlubší pochopení životních priorit a hodnot, které jsou stěžejní pro osobní růst a rozvoj.

„Není to o tom soustředit se na tu smrt, ale prostě bilancujeme ten život a říkáme si jaký ty hodnoty ten lidský život, život má a pak máme tendenci si toho všimnout i v tom osobním životě.“ (Paní Sedm)

- Psychohygiéna

Pracovníci v tomto oboru se denně setkávají s těžkými životními situacemi, které mohou vést k emočnímu vyčerpání. Proto je psychohygiéna – neboli soubor praktik a strategií pro udržení duševního zdraví a pohody – nezbytnou součástí každého pracovníka v paliativní péči. Aby mohli pracovníci efektivně pomáhat pacientům a zároveň si zachovat

vlastní duševní rovnováhu. Z rozhovorů vyplývá, že pracovníci si toto uvědomují a každý popisuje své strategie. Pro přehlednost jsou rozděleny do několika podskupin a jedná se spíše o prezentaci nejčastěji využívaných činností.

Osobní rituály a fyzické aktivity hrají významnou roli ve zvládnání stresu. Paní Dva například používá koupel jako způsob, jak se zbavit stresu z práce, zatímco Paní Šest se otužuje a Paní Osm ráda plave. Tento typ aktivit pomáhá pracovníkům „odplout“ od stresů spojených s prací a regenerovat se.

„Já miluji vanu, jo? Takže já prostě se vykoupu ve vaně a tím to jako spláchnu. Tak to je takový můj rituál na všechno, že ty těžkosti řeším horkou vodou ve vaně.“ (Paní Dva)

„Ale já se otužuju, mám tady barel a chodím se koupat. Tak to je nějaký můj způsob.“ (Paní Šest)

„No, co mi ještě pomáhá, tak chodím plavat, ...“ (Paní Osm)

Sociální podpora a sdílení pocitů a zkušeností s blízkými osobami hrají klíčovou roli v psychohygieně. Umožňují pracovníkům vyjádřit své pocity, zkušenosti a obavy v bezpečném a podpurném prostředí, což může významně přispět k udržení jejich duševního zdraví a emocionální stability.

„S manželem, on je v těch věcech, jak bych řekla, tak zdravě plechovej. Že si to můžu dovolit, to na něj navolit, protože on to prostě unese. Můžu to s ním doma sdílet a nemám pocit, že ho tím obtěžuju.“ (Paní Dva)

„Mám kancelář s kamarádkou, tak tam to sdílím vždycky. Jako myslím si, že vždycky mám potřebu to nějak sdílet, nějak to reflektovat.“ (Pan Devět)

Citace Paní Osm ukazuje, že sdílení blízkým není vždy automaticky efektivní nebo uspokojivé. Je ale v pořádku, když blízcí nemají adekvátní emoční prostředky nebo zkušenosti pro plné pochopení náročnosti práce, když má pracovník alternativní zdroje podpory.

„...můj manžel nemá to emoční prožívání, který já bych občas potřebovala, čili já mu vlastně trochu nerada o té práci vyprávím, protože to jeho bytí tam v tom se mnou, vlastně tam moc není.“ (Paní Osm)

Naopak někteří si dobíjejí energii prostřednictvím setkání s blízkými, což pomáhá mentálně se odpojit od náročné práce.

„Že těch přátel a známejch mám strašně hodně, ale pak jsou nějací, se kterými se skutečně tak nabiju nebo prostě minimálně mi to mentálně odvede někam jinam.“ (Pan Čtyři)

„Vždycky potřebuju, abychom s manželem byli někdy sami. Tak to myslím, že se nám celkem daří,“ (Paní Šest)

Duchovní praxe a mentální aktivity, jako je modlitba, kterou praktikuje Pan Čtyři, poskytuje další účinný mechanismus pro emocionální vyrovnanost. Tyto praktiky umožňují pracovníkům paliativní péče předat některé z těžkých emocionálních břemen vyšším silám, což může přinést vnitřní klid a posílit schopnost soustředit se na potřeby pacientů.

„A mně jinak hodně pomáhá modlitba. Že ty lidi nějak svěřím Bohu, který se dokáže postarat daleko líp než já..“ (Pan Čtyři)

Paní Šest zdůrazňuje význam použití konkrétních technik pro psychickou úlevu a udržení duševní rovnováhy. Používá techniky jako uzemnění a mindfulness, což jsou metody známé svými pozitivními účinky na snížení stresu a zlepšení emocionálního zdraví.

„...techniky, které mohou pomoci i mě, třeba uzemnění. Mám třeba na mysli opravdu obyčejný techniky jako třeba mindfulness.“ (Paní Šest)

Profesionální podpora pomáhá pracovníkům zvládat emocionální a psychické nároky spojené s jejich náročným povoláním. V týmu jsou skupinové supervize, které vede Paní Šest a zároveň nabízí i individuální schůzky pro pracovníky.

„když mají nějaký přetlak, potřebuji se někde nad něčím rozhodnout a když mají něco co je trápí, tak prostě můžou za mnou přijít.“ (Paní Šest)

Několik z respondentů týmovou supervizi potvrzuje jako velmi důležitou.

„Tak považuju naši týmovou supervizi za jako velmi potřebnou.“ (Paní Jedna)

Obě lékařky dochází na pravidelnou individuální terapii, Paní Pět zdůrazňuje důležitost psychoterapie jako prostředku k zachování emocionální rovnováhy v rámci náročné práce v paliativní péči. Například obava z toho, aby se člověk nestal „úplně nihilistickým“, odrážejí výzvu s nimiž se pracovníci v této oblasti mohou setkávat.

Konfrontace se smrtí a umíráním může vést k otázkám o smyslu života a jeho konečnosti. Paní Osm dochází i na Bálintovské skupiny.

„Já chodím na psychoterapii, ...bojím se jít jenom do paliativy, aby člověk nebyl úplně nihilistický, ...“ (Paní Pět)

„Chodím do individuálů. Chodím na bálinty, na ty chodím fakt hodně.“ (Paní Osm)

Pan Čtyři a Paní Sedm hovořili o potřebě specifitějšího prostoru pro sdílení jejich profese. Je důležité, aby se v jejich rolích necítili izolovaně a aby měli prostředky pro podporu.

„Čerstvě začaly supervize i pro kaplany nemocniční.“ (Pan Čtyři)

„...fakt to nějak profesně můžeme sdílet. Mluvím třeba v o intervizích paliativních psychologů.“ (Paní Sedm)

2.4 Shrnutí analýzy

Tato analýza je založena na podrobných rozhovorech se zdravotníky. Ze získaných dat bylo identifikováno 15 jednotek, které byly sdruženy do šesti hlavních okruhů. Výpovědi respondentů poskytují hluboký vhled do klíčových aspektů paliativní péče a zkoumají funkční prvky z pohledu jejich vlivu na pacienty, paliativní týmy i jednotlivé pracovníky.

- **Pacient jako kompas:** Toto téma se zaměřuje na klíčové principy paliativní péče, se zvláštním důrazem na autonomii pacienta a čas věnovaný péči. Dle odpovědí zdravotníků je autonomie pacienta zásadní, neboť umožňuje činit informovaná rozhodnutí o své léčbě a životě v jeho závěrečné fázi. Z jejich odpovědí se také odráží, že dostatek času věnovaný pacientům umožňuje zdravotníkům lépe porozumět jejich potřebám a přáním.
- **Na hranici života:** Toto téma se věnuje intenzivním emocím a plánování umírání. Z výpovědí zdravotníků vychází, že intenzivní emoce, které jsou součástí jejich práce, mají významný dopad na jejich vlastní životy. I když jsou tyto emoce často smutné, smíření pacientů a naplnění jejich přání pracovníky do určité míry kompenzuje. Praktické plánování poskytuje nejen strukturu a efektivní péči, ale také do určité míry pocit kontroly jak zdravotníkům, tak pacientům. To umožňuje pacientům prožít své poslední dny co nejpříjemněji a s co největším komfortem, zatímco pracovníkům to dává jistotu a jasnost v jejich činnostech
- **Profesní povinnosti:** V odpovědích zdravotníků se často objevují tři hlavní oblasti: administrativa, spolupráce s primárními týmy a vzdělávání. Administrativní úkoly jsou nezbytné, ale dle jejich zkušeností mohou být časově náročné a ovlivňovat kvalitu interakce s pacienty. Spolupráci mezi týmy popisují jako klíčovou pro poskytování optimální péče a moderní přístupy k vzdělávání jako důležitou podporu pro rozvoj odborných znalostí a dovedností.
- **Druhé manželství:** Z rozhovorů vychází, že týmová spolupráce a vzájemná podpora přispívají k efektivitě a kvalitě práce v paliativní péči. Neformální aktivity a humor jsou dle jejich odpovědí klíčové pro zachování dobrého duševního stavu a soudržnosti týmu. Někteří z respondentů zmiňují, že blízkost členů týmu umožňuje rychlou komunikaci a poskytuje prostor pro sdílení a emocionální podporu.

- Motivace pracovníka: Z odpovědí zdravotníků vychází různé motivace k práci v paliativní péči. Někteří zdravotníci se k tomuto oboru dostali náhodou, zatímco jiní cíleně vyhledávali možnost pracovat v paliativní péči. Z jejich odpovědí se odráží, že práce v tomto oboru často rezonuje s jejich osobními hodnotami a etickým povědomím.
- Výbava pracovníka: V odpovědích zdravotníků se často objevují klíčové vlastnosti jako empatie, schopnost naslouchat, pokora a trpělivost. Z jejich odpovědí vyplývá, že empatie je nezbytná pro pochopení potřeb pacientů a jejich rodin, zatímco pokora a trpělivost umožňují respektovat přání pacientů i v obtížných situacích. Mezi důležité kompetence nejvíce zahrnují dobrou komunikaci a udržování profesionálních hranic, což pomáhá předcházet emočnímu vyčerpání. Dle respondentů je schopnost komunikovat a stanovit si hranice klíčová pro udržení duševního zdraví a předcházení vyhoření. V jejich odpovědích se také odráží důležitost psychohygieny, tedy strategií a praktik, které pomáhají udržet duševní zdraví a odolnost. Pravidelná psychohygiena zahrnuje například schopnost mentálně se "odpojit" od práce po jejím skončení, což umožňuje zdravotníkům udržet si rovnováhu mezi pracovním a osobním životem.

2.5 Diskuse

Tento výzkum vychází z rozhovorů zdravotních pracovníků jednoho podpůrného paliativního týmu při nemocnici, který funguje 8 let. Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit, jaké jsou funkční prvky paliativního týmu z pohledu jeho pracovníků. Domnívám se, že na to mohu s pomocí získaných dat odpovědět. Kapitola je současně věnovaná komparaci teoretických východisek s daty vzešlými z realizovaného kvalitativního výzkumu. Ráda bych v diskusi přispěla k vytvoření obrazu práce paliativních pracovníků v paliativních týmech v České republice a specifik, která tato práce obnáší. Pro přehlednost zopakují výzkumné otázky:

- *Jaké funkční prvky jsou klíčové v práci paliativního pracovníka a jaké mají účely?*
 - *Mohou tyto funkční prvky někdy působit negativně?*
 - *Jaké jsou prvky dobré intervence z pohledu paliativního pracovníka?*
 - *Jak jsou prvky spolupráce a komunikace mezi členy paliativního týmu?*
-
- *Jaké funkční prvky jsou klíčové v práci paliativního pracovníka a jaké mají účely?*

Tato otázka se zaměřuje na klíčové funkční prvky práce paliativního pracovníka a jejich účely. Funkční prvky jsou zkoumány z pohledu jejich vlivu na pacienty, paliativní tým i jednotlivé pracovníky. Cílem je porozumět, jak tyto prvky přispívají k poskytování kvalitní paliativní péče a jak podporují všechny zúčastněné strany v náročných situacích.

Paliativní principy: Paliativní péče je definována jako multidisciplinární oblast medicíny zaměřená na zlepšení kvality života pacientů s život ohrožujícími onemocněními a jejich rodin. Klade důraz na humanitární aspekty a etiku, jako jsou autonomie pacienta, informovanost, beneficence, nonmaleficence a spravedlnost (Sláma & Kabelka 2022). Z výpovědí respondentů vyplývá, že autonomie pacienta je klíčovým prvkem paliativní péče, což vede k lepší kvalitě péče a spokojenosti pacientů. Výsledky mohou také naznačovat, že přenesení části zodpovědnosti na pacienta snižuje zátěž zdravotníků, kteří nesou velkou odpovědnost za životy pacientů. Studie publikovaná Fleurenem et al. (2020) potvrzuje, že respektování autonomie pacienta zvyšuje jeho kontrolu nad léčbou a zároveň mohou být díky tomu zdravotníci chráněni před právními spory s rodinami.

Čas pro péči: Druhý funkční prvek, který vychází z rozhovorů je dostatek času pro pacienty, který je zásadní pro budování důvěry a poskytování psychologické podpory. Respondenti si tohoto přístupu cení, protože umožňuje zdravotníkům lépe porozumět potřebám a přáním pacientů, což vede k lepší kvalitě péče. Respondenti také zdůraznili, že dostatek času je klíčový pro zajištění kvalitní péče. Tato zjištění potvrzuje také výzkum publikovaný Stenmanem et al. (2023), který ukazuje, že věnovaný čas umožňuje hlubokou komunikaci a lepší porozumění potřebám pacientů a zlepšuje psychologickou podporu.

Intenzivní emoce: Práce s intenzivními emocemi je dle zdravotníků dalším důležitým funkčním prvkem paliativní péče. Respondenti uvedli, že zdravotníci musí zvládat hluboké emocionální zážitky spojené s pacienty a jejich rodinami. Na druhou stranu hovoří i o pozitivních emocích, které se často objeví až na úplném konci intervence, kdy pacient dochází ke smíření se smrtí. O důležitosti smíření se se smrtí hovoří i známý paliativní psychiatr Breitbart (2008), který vidí přijetí smrti jako jedinečnou příležitost k nalezení vnitřní soudržnosti a smyslu, čímž umožňuje zbytku života být kvalitním a vyrovnaným.

Plán umírání: Respondenti se shodli, že důkladné plánování je nezbytné pro koordinaci péče a je tedy čtvrtým významným funkčním prvkem. Strukturovaný plán umírání poskytuje pracovníkům, ale i pacientům jasné postupy, což jim umožňuje větší pocit kontroly nad tak závažnou situací. Tento přístup odpovídá principům uvedeným v „Metodice implementace paliativní péče v lůžkovém zdravotnickém zařízení“, která zdůrazňují tvorbu léčebného plánu na míru. Takový plán vychází z jedinečných potřeb a preferencí pacientů a jejich blízkých, s ohledem na jejich hodnoty a cíle (Česká společnost paliativní medicíny, 2019).

Týmová spolupráce: Fungování týmu je zásadní pro poskytování kvalitní paliativní péče a může být zde popsáno jako pátý funkční prvek. Podle metodiky České společnosti paliativní medicíny by měl být paliativní tým multioborový a zahrnovat spolupráci lékařů, ošetřovatelů, psychologů, sociálních pracovníků, duchovních a dalších odborníků (Česká společnost paliativní medicíny, 2019). Tento přístup integruje různé aspekty péče a umožňuje komplexní přístup k potřebám pacientů. Respondenti zdůrazňovali, že týmová spolupráce a vzájemná podpora jsou klíčové pro efektivitu a kvalitu práce v paliativní péči. Z rozhovorů vyplývá, že neformální aktivity a humor hrají důležitou roli v udržení dobrého duševního stavu a soudržnosti týmu. Někteří respondenti také zmínili, že blízkost členů týmu

podporuje rychlou komunikaci a poskytuje prostor pro sdílení a emocionální podporu. Důležitým faktorem je také sdílená filozofie péče, vzájemný respekt, důvěra a dobře vyvinutá komunikační kultura, které přispívají k redukci rizika vyhoření. Studie Estryn-Behar et al. (2007) ukazují, že tyto aspekty týmové práce mohou významně přispět k udržení vysoké kvality péče a spokojenosti pracovníků.

Profesní povinnosti: Administrativa, spolupráce s primárními týmy a vzdělávání jsou klíčové oblasti profesních povinností v paliativní péči. Zdravotníci se shodují, že dobře vedená administrativní práce je nezbytná pro jasný přehled o postupu léčby pacienta, který i ostatním odborníkům usnadní práci.

Vlastnosti pracovníka: Práce v paliativní péči vyžaduje od pracovníků nejen odborné znalosti, ale i specifické osobní vlastnosti, které umožňují citlivou a kvalitní péči v nejnáročnějších obdobích života pacientů a jejich rodin. Respondenti se shodli, že klíčové vlastnosti zahrnují empatii, schopnost naslouchat, pokoru, trpělivost, respekt k individualitě každého pacienta a otevřenost. Shodovali se, že empatie je jednou z nejdůležitějších vlastností. Harrison et al. (2009) definoval tzv. výjimečnou empatii, vycházející z výzkumu, který ukázal, že terapeuti měli po sezeních vždy dostatek energie a nepocíťovali vyčerpání. Tato myšlenka vyvrací běžně rozšířený názor, že empatie vůči umírajícím pacientům musí vést k emocionálnímu vyčerpání (Figley, 2002) a zpochybňuje charakterizaci empatie jako vlastnosti způsobující emoční zátěž.

Kompetence pracovníka: Kromě osobních vlastností je nezbytné, aby pracovníci v paliativní péči disponovali specifickými kompetencemi, které jim umožňují zvládat náročné situace a poskytovat kvalitní péči. Respondenti zdůrazňovali zejména důležitost komunikace a udržování profesionálních hranic. Komunikace je zásadní nejen pro přenos informací, ale také pro redukci úzkosti a stresu pacientů a jejich rodin, čímž se posiluje důvěra a zlepšuje kvalita vztahů mezi pacienty a zdravotníky. Udržování profesionálních hranic je dalším klíčovým aspektem, který pracovníkům pomáhá předcházet emočnímu vyčerpání. Respondenti zdůrazňovali, že je důležité naučit se, kdy a jak se „odpojit“ od práce, aby si zachovali vlastní psychické zdraví.

Postoj ke smrti: Dalším funkčním prvkem je postoj pracovníků ke smrti. Respondenti se shodují v tom, že smrt vnímají jako přirozenou součást existence, i když to neznamena, že

jsou s ní vždy smíření. Setkání s pacienty, kteří jsou smíření se svým koncem, poskytuje pracovníkům cennou perspektivu a pomáhá jim lépe se vyrovnat s vlastní smrtelností. Dle výzkumu Albetta et al. (2007) toto vědomí pracovníkům dokonce poskytuje zvýšenou chuť do života. Pravidelná konfrontace se smrtí je nutí toto téma hlouběji zkoumat a může vést k osobnímu a profesnímu růstu. Tento proces ovlivňuje jejich hodnoty a posiluje schopnost čelit životním výzvám.

Psychohygienu: Udržování duševního zdraví pomocí psychohygieny je klíčové pro předcházení vyčerpání a stresu. Respondenti uvedli, že zdravotníci musí používat různé strategie a praktiky k zajištění své psychické pohody. Podle studie Mills, Wanda a Fräsera (2018) zaměřené na sebekpěči mezi zdravotními sestrami a lékaři v paliativní péči potvrzují, že účinné strategie sebekpěče zahrnují různé aktivity mimo pracovní prostředí, jako jsou zdravý životní styl, dostatek spánku, střídavý přístup k alkoholu, pravidelný pohyb, meditace a sociální interakce s rodinou a přáteli. Dalšími účinnými metodami jsou relaxace a aktivity, které pomáhají oddělit pracovní a osobní život.

- *Mohou tyto funkční prvky někdy působit negativně?*

Z rozhovorů byly stanoveny funkční prvky, které jsou obecně vnímány jako pozitivní, avšak mohou mít i své negativní dopady. Z výpovědí pracovníků lze identifikovat čtyři hlavní oblasti, kde se tyto prvky mohou stát problematickými. Tato analýza nám pomáhá lépe pochopit, jak mohou být různé aspekty péče zároveň přínosné i náročné pro zdravotníky v paliativních týmech.

Čas pro péči: Dle respondentů vychází, že pomalé tempo a důraz na budování důvěry v paliativní péči jsou pozitivními aspekty, ale mohou vést k zanedbávání administrativních úkolů. To může vést k práci přesčas a nerovnováze mezi pracovním a osobním životem a následně působit stres a nespokojenost. Výsledky průzkumů (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2022) naznačují, že potřeba paliativní péče je mnohem větší, než kolik pacientů ji v současnosti může využívat. Tento fakt může způsobit zvýšenou zátěž pro zdravotní pracovníky v paliativních týmech, kteří by museli pečovat o větší počet pacientů bez toho, aniž by se jejich řady rozrostli.

Spolupráce s primárními týmy: Na základě odpovědí respondentů vychází, že rozdílné přístupy k léčbě mezi paliativními a primárními týmy mohou vést k nepochopení a komplikacím v komunikaci. Někdy primární týmy nerespektují přání pacientů, což může vést k frustraci a neshodám. Toto nepochopení může vycházet z přístupu „vítězných oborů“, které podle Vorlíčka et al. (2004) mají jinou představu o smrti, vnímají ji jako selhání a vedou k snahám lékařů neúměrně prodloužit život pacientů v nepříznivém zdravotním stavu.

Administrativa: Zdravotníci nejčastěji zmiňují, že administrativní úkoly jsou časově náročné a mohou odvádět pozornost od přímé péče o pacienty. Tato zátěž může vést k frustraci a únavě pracovníků, kteří často zůstávají v práci přesčas, aby zvládli veškerou dokumentaci. Studie od Kamala et al. (2016) potvrzuje, že administrativní zátěž je jedním z hlavních faktorů vedoucích k pracovnímu vyčerpání a snižuje kvalitu péče.

Udržování profesních hranic: V odpovědích zdravotníků se často odráží, že mnozí mají problémy s udržením profesních hranic, což může vést k syndromu vyhoření. Tendence cítit se jako „spasitelé“ a přetěžování se může způsobit emoční a fyzické vyčerpání.

Následující dvě otázky spíše doplňují představu funkčních prvků a mohou tak rozšířit pohled na problematiku paliativní péče. Tyto otázky se zaměřují na konkrétní aspekty péče a spolupráce a jak je vnímají samotní pracovníci v tomto oboru. Na základě jejich výpovědí můžeme lépe pochopit, co tvoří základ kvalitní péče v paliativním prostředí.

- *Jaké jsou prvky dobré intervence z pohledu paliativního pracovníka?*

Dobrá intervence v paliativní péči se vyznačuje hlubokým respektem k autonomii pacienta a jeho přáním. Pracovníci v rozhovorech zdůrazňují, že pacient je považován za partnera v rozhodovacím procesu. Jak uvádí jedna z respondentek: „...jde podle pacienta a ten pacient je vlastně partner.“ Komunikace mezi pacientem a zdravotníky musí být otevřená a poskytovat všechny potřebné informace, aby pacient mohl činit informovaná rozhodnutí. Dalším důležitým aspektem je dostatek času věnovaný pacientům, což umožňuje zdravotníkům lépe porozumět jejich potřebám a přáním: „...já jsem si tam s nima hodně povídal, protože na těch těch odděleních třeba na to nemají tolik času a kolikrát se dozvíš spoustu věcí.“ Díky tomu, že pracovníci berou člověka jako celek a snaží se ho dostatečně dobře poznat, může být plán péče založený opravdu na přání pacientů. Tento holistický

přístup je podpořen názory Mackewn (2004), která popisuje člověka jako složitě propojený celek tvořený tělem, myšlenkami, emocemi a vnímáním. Podle ní není možné člověka rozdělit na jednotlivé části a poté s ním chtít navázat vztah nebo ho pochopit. Z toho důvodu, je velkým přínosem paliativní péče multidisciplinární tým, který umožňuje různým odborníkům spolupracovat na péči o pacienta podle jejich specializace. Vzhledem k tomu, že pacienti jsou často v jedné z nejtěžších životních situací a stojí před koncem svého života, je klíčové, aby se cítili v bezpečí a komfortně. Pro pracovníky paliativního týmu je nejdůležitější, aby závěr života jejich pacientů mohl být naplánován co nejlépe a pacienti odcházeli v co největším smíření. Jak popisuje jedna z respondentek: „...*jak je to doprovázené třeba nějakým pokojem, že to dopadlo dobře, že to vlastně proběhlo dobře, že ti lidé třeba odešli nějak smíření.*“

- *Jaké jsou prvky spolupráce a komunikace mezi členy paliativního týmu?*

Spolupráce a komunikace v paliativním týmu jsou klíčovými prvky pro zajištění kvalitní péče o pacienty. Členové týmu pracují intenzivně a úzce, často ve dvojicích nebo menších skupinách, aby si mohli vzájemně poskytovat podporu a sdílet své zkušenosti. Tento týmový přístup je považován za velkou výhodu: „*Většinou je potřeba, aby tam byly aspoň doktor a sestra nebo aspoň víc profesí. Bere se to jako výhodu.*“ Emocionální podpora mezi členy týmu je zásadní. Pracovníci často sdílejí své prožitky a vzájemně si poskytují oporu. Jak popisuje jedna ze zdravotních sester: „*A vy můžete, i kdyby to měla být jedna věta, ale víte, že tam máte někoho, kdo vás vyslechne a řekne: ty jsi taková chudinka a ty jsi to tak hezky zvládla.*“ Tato vzájemná podpora je klíčová pro udržení psychické pohody a motivace. Multioborovost týmu přispívá k jeho flexibilitě a adaptabilitě, což je nezbytné pro kvalitní péči o pacienty. To můžeme doplnit citací: „*...když to pak třeba probereš s nima, tam je super v tom, že je to multidisciplinární péče, že ty vlastně tohle probereš s doktorama, se sestřičkama i třeba s tou psycholožkou a vlastně všichni se třeba shodnete na tom, že je to takhle dobře.*“ Nicméně, týmová spolupráce není bez výzev. Například, koordinace mezi primárními týmy může být komplikovaná, což ilustruje citace: „*Určitě proběhnul vztek na kardiologu, který si dávali strašně moc na čas s tou deaktivací a my jsme se trochu báli, že to nestihneme ošetřit.*“ Tento výrok ukazuje na napětí, které může vzniknout, když komunikace a spolupráce nejsou ideální, a zdůrazňuje potřebu koordinace mezi různými

odborníky. Dalším problémem, který může ovlivnit členy týmu, je administrativní zátěž. Jedna z lékařek k tomu říká: „*Vyčerpávají mě zápisy, ty mě nebaví. A čas, že si neumím dát limit.*“ Tato citace poukazuje na důležitost organizace času a administrativních povinností, aby pracovníci mohli soustředit svou energii na péči o pacienty.

Limity výzkumu

Studie zahrnuje zdravotnické pracovníky z jednoho konkrétního paliativního týmu. To znamená, že výsledky této studie mohou být specifické pouze pro toto konkrétní pracoviště a nemusejí být snadno přenositelné nebo aplikovatelné na jiné paliativní týmy nebo zdravotnická zařízení v různých geografických oblastech. Omezený vzorek tak snižuje schopnost generalizovat výsledky studie na širší populaci zdravotnických pracovníků v paliativní péči.

Studie má průřezový design, což znamená, že sběr dat proběhl v jednom časovém okamžiku, aniž by sledoval změny v čase. Tento přístup neumožňuje sledovat dlouhodobé trendy nebo dynamiku procesů, jako je vývoj syndromu vyhoření nebo změny v pracovních postupech v průběhu času. Proto výsledky studie poskytují pouze momentální pohled na zkoumané jevy, aniž by ukazovaly, jak se tyto jevy mohou vyvíjet nebo měnit v delším časovém horizontu.

Užití tematické analýzy bohužel přináší řadu omezení. Jak uvádí Machovcová (2010), tato metoda často spoléhá na mechanický přístup, při kterém výzkumník interpretuje získaná data převážně formou popisu, nikoli analytického vhledu. Toto omezení bylo zřejmé zejména ve fázi kódování, kdy se zdálo, že některé oblasti mohou být vzájemně propojené, avšak zvolená metoda tyto souvislosti nedokázala postihnout. Proto byly možné vztahy zmíněny alespoň v textu, kde to bylo možné. Pro přehlednost byla vytvořena tematická mapa, zaznamenávající relace mezi jednotlivými tematickými celky. Ani ta však nezachycuje případné vzorce mezi jednotlivými koncepty. Nabízí se otázka, zda by vztahy mezi jednotlivými celky lépe popsala metoda zakotvené teorie. Abstrahovaná témata jako data deskriptivního charakteru tedy mohou být spíše považována za výchozí bod pro další výzkum.

Jako jeden z omezení této práce je třeba zmínit roli výzkumníka. Jak uvádí Joffem (2011), z podstaty rozhovoru vyplývá, že výzkumník nemůže zůstat neutrálním sběratelem dat, ani kdyby pouze četl připravené otázky nebo mlčel. Výpovědi respondentů nejsou neutrálními popisy jejich vnitřních stavů, ale jsou součástí snahy vést společensky přijatelnou konverzaci. Obsah a forma výpovědí jsou tedy výsledkem interakce mezi dotazovaným a tazatelem. V tomto výzkumu byli respondenti ovlivněni atmosférou rozhovoru, neverbálními signály a doplňujícími otázkami, které byly inspirovány předchozí teoretickou přípravou a osobním zájmem o téma. Proto je nutné uznat, že kvalitativní design nese riziko subjektivního zkreslení.

Závěr

Cílem této diplomové práce bylo zkoumat subjektivní vnímání funkčních prvků paliativního týmu jeho pracovníky. V teoretické části byla poskytnuta komplexní definice paliativní péče, její principy a historický vývoj. Byla popsána struktura a dostupnost paliativní péče v České republice, včetně legislativního rámce a charakteristik pacientů. Dále byla rozebrána role konziliárních týmů paliativní péče, jejich složení a role jednotlivých členů týmu. Závěrečná část teoretické části se zaměřila na náročnost práce v paliativní péči, na její rizika a strategie prevence.

Praktická část se zaměřila na identifikaci a analýzu funkčních prvků paliativního týmu. Hlavním cílem bylo zjistit, jak tyto prvky přispívají ke kvalitnímu fungování týmu a jak ovlivňují kvalitu poskytované péče. Výzkum byl proveden kvalitativní metodou zahrnující rozhovory s pracovníky paliativního týmu. Analýza dat odhalila klíčové prvky, jako je autonomie pacienta, dostatek času pro pacienty, práce s intenzivními emocemi, plánování umírání a týmová spolupráce. Tyto prvky byly zkoumány z pohledu jejich vlivu na pacienty, paliativní týmy i jednotlivé pracovníky.

Práce identifikovala a podrobně popsala funkční prvky paliativního týmu, které jsou klíčové pro fungování a kvalitu péče. Zmapovala konkrétní pracovní metody a postupy, které vedou k optimalizaci týmové spolupráce a zajištění komplexní péče o pacienty a zlepšila pochopení, jak členové týmu přispívají k celkovému fungování.

Budoucí výzkum by se mohl zaměřit na realizaci obdobného výzkumu v jiném paliativním pracovišti, aby bylo možné porovnat výsledky a identifikovat obecné i specifické prvky paliativní péče. Srovnávací studie by mohla přispět k hlubšímu porozumění fungování paliativních týmů v různých prostředích a vytvořit základ pro zakotvenou teorii. Tento přístup by umožnil nejen identifikaci univerzálních principů, ale také zohlednění specifických potřeb a podmínek jednotlivých pracovišť, čímž by se podpořila implementace optimálních postupů v praxi.

Seznam použitých informačních zdrojů

Adam, Z., Vorlíček, J., & Pospíšilová, Y. (Eds.). (2004). *Paliativní medicína* (2., přeprac. a dopl. vyd). Grada.

Ablett, J. R., & Jones, R. S. (2007). Resilience and well-being in palliative care staff: a qualitative study of hospice nurses' experience of work. *Psychooncology*, 16(8), 733–740. <https://doi.org/10.1002/pon.1130>

Alkema, K., Linton, J. M., & Davies, R. (2008). A study of the relationship between self-care, compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout among hospice professionals. *Journal of social work in end-of-life & palliative care*, 4(2), 101–119. <https://doi.org/10.1080/15524250802353934>

Anewalt P. (2009). Fired up or burned out? Understanding the importance of professional boundaries in home healthcare and hospice. *Home healthcare nurse*, 27(10), 590–597. <https://doi.org/10.1097/01.NHH.0000364181.02400.8c>

Asai, M., Morita, T., Akechi, T., Sugawara, Y., Fujimori, M., Akizuki, N., Nakano, T., & Uchitomi, Y. (2007). Burnout and psychiatric morbidity among physicians engaged in end-of-life care for cancer patients: a cross-sectional nationwide survey in Japan. *Psychooncology*, 16(5), 421–428. <https://doi.org/10.1002/pon.1066>

Balch, C. M., & Copeland, E. (2007). Stress and burnout among surgical oncologists: a call for personal wellness and a supportive workplace environment. *Annals of surgical oncology*, 14(11), 3029–3032. <https://doi.org/10.1245/s10434-007-9588-0>

Bitschnau, K. W., Firth, P., & Wasner, M. (2020). Social work in hospice and palliative care in Europe: Findings from an EAPC survey. *Palliative & supportive care*, 18(6), 662–669. <https://doi.org/10.1017/S1478951520000279>

Bragard, I., Etienne, A. M., Merckaert, I., Libert, Y., & Razavi, D. (2010). Efficacy of a communication and stress management training on medical residents' self-efficacy, stress to communicate and burnout: a randomized controlled study. *Journal of health psychology*, 15(7), 1075–1081. <https://doi.org/10.1177/1359105310361992>

Breitbart, W. (Ed.). (2008). *Handbook of psychiatry in palliative medicine*. New York, NY: Oxford University Press.

Bužgová, R., & Sikorová, L. (2019). *Dětská paliativní péče*. Grada.

Bužgová, R. (2015). *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Grada.

Centrum paliativní medicíny. (n.d.). Paliativní péče. Získáno z <https://paliativnicentrum.cz/paliativni-pece>

Centrum paliativní medicíny. (n.d.). Vzdělávání. Získáno z <https://paliativnicentrum.cz/vzdelavani>

Cesta domů. (n.d.). Časté dotazy. Získáno z <https://www.cestadomu.cz/caste-dotazy>

Cesta domů. (n.d.). Ambulance podpůrné a paliativní péče. Získáno z <https://www.cestadomu.cz/ambulance-paliativni-a-podpurne-pece>

Česká společnost paliativní medicíny. (n.d.). O paliativní medicíně. z <https://www.paliace.cz/o-paliativni-medicine/>

Česká společnost paliativní medicíny. (2016). Společná tisková zpráva České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP a Fóra mobilních hospiců. Získáno z <https://1url.cz/Vu89q>

Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP & Fórum mobilních hospiců. (2018). *Standardy mobilní specializované paliativní péče*. Získáno z https://www.cestadomu.cz/sites/default/files/2018_standardy_mobilni_paliativni_pece_a4_final_0.pdf

Český statistický úřad. (2024). Obyvatelstvo České republiky. Získáno z https://www.czso.cz/csu/czso/obypz_cr

Dijxhoorn, A. Q., Brom, L., van der Linden, Y. M., Leget, C., & Raijmakers, N. J. (2021). Prevalence of burnout in healthcare professionals providing palliative care and the effect of interventions to reduce symptoms: A systematic literature review. *Palliative medicine*, 35(1), 6–26. <https://doi.org/10.1177/0269216320956825>

Estryn-Béhar, et al. (2007). The impact of social work environment, teamwork characteristics, burnout, and personal factors upon intent to leave among European nurses. *Medical Care*, 45(10), 939–950. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31806728d8>

Evropská asociace pro paliativní péči. (n.d.). Education & Training in Palliative Care. Získáno z <https://eapcnet.eu/eapc-groups/reference/education-training-in-palliative-care>

Fakultní nemocnice Motol. (n.d.). Tým dospělé podpurné a paliativní péče. Získáno z <https://www.fnmotol.cz/prakticke-informace/paliativni-pece/tym-dospele-podpurne-a-paliativni-pece/>

Figley C. R. (2002). Compassion fatigue: psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of clinical psychology*, 58(11), 1433–1441. <https://doi.org/10.1002/jclp.10090>

Fleuren, N., Depla, M. F. I. A., Janssen, D. J. A., et al. (2020). Underlying goals of advance care planning (ACP): A qualitative analysis of the literature. *BMC Palliative Care*, 19(27). <https://doi.org/10.1186/s12904-020-0535-1>

Gama, G., Barbosa, F., & Vieira, M. (2014). Personal determinants of nurses' burnout in end of life care. *European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society*, 18(5), 527–533. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2014.04.005>

Harrison, R. L., & Westwood, M. J. (2009). Preventing vicarious traumatization of mental health therapists: Identifying protective practices. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 46(2), 203–219. <https://doi.org/10.1037/a0016081>

Hendl, J. (2016). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace* (Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání). Portál.

Holland, J., & Neimeyer, R. (2005). Reducing the risk of burnout in end-of-life care settings: The role of daily spiritual experiences and training. *Palliative & Supportive Care*, 3(3), 173–181. <https://doi.org/10.1017/S1478951505050297>

Hrnčiariková, D., Hrnčiarik, M., Jurašková, B., & Zadák, Z. (2007). Nutriční podpora v terminální péči. *Klinická Farmakologie a Farmacie*, 21(2), 62-66. <https://www.klinickafarmakologie.cz/pdfs/far/2007/02/04.pdf>

- Gavora, P. (2010). *Úvod do pedagogického výzkumu* (2., rozš. české vyd, přeložil Vladimír JŮVA, přeložil Vendula HLAVATÁ). Paido.
- Goodbye.cz. (n.d.). Seznam hospiců ČR. Získáno z <https://goodbye.cz/seznam-hospicu/>
- Gramm, J., Trachsel, M., & Berthold, D. (2022). Psychotherapeutic work in palliative care. *Verhaltenstherapie*, 32(Suppl. 1), 44–53. <https://doi.org/10.1159/000505120>
- Gregorová, J. (2012). Paliativní medicína a klinická farmacie. Získáno z <https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/kongresy/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/paliativni-medicina-a-klinicka-farmacie/>
- Cherny, N., Fallon, M., Kaasa, S., Portenoy, R., & Currow, D. (Eds.). (2021). *Oxford Textbook of Palliative Medicine* (6th ed.). Oxford University Press.
- Chiarelli, P. E., Johnston, C., & Osmotherly, P. G. (2014). Introducing palliative care into entry-level physical therapy education. *Journal of palliative medicine*, 17(2), 152–158. <https://doi.org/10.1089/jpm.2013.0158>
- Janáčková, L. (2008). *Základy zdravotnické psychologie*. Praha: Triton.
- Janáčková, L., & Weiss, P. (2008). *Komunikace ve zdravotnické péči*. Portál.
- Joffe, H. (2011). Thematická analýza. In D. Harper & A. R. Thompson (Eds.), *Kvalitativní výzkumné metody v oblasti duševního zdraví a psychoterapie: Průvodce pro studenty a praktiky*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Kalvach, Z. (2010). *Manuál paliativní péče o umírající pacienty aneb pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. Cesta domů.
- Kamal, A. H., Bull, J. H., Wolf, S. P., Swetz, K. M., Shanafelt, T. D., Ast, K., Kavalieratos, D., Sinclair, C. T., & Abernethy, A. P. (2016). Prevalence and Predictors of Burnout Among Hospice and Palliative Care Clinicians in the U.S. *Journal of Pain and Symptom Management*, 51(4), 690–696. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.10.020>
- Kash, K., Holland, J., Breitbart, W., Berenson, S., Dougherty, J., Ouellette-Kobasa, S., & Lesko, L. (2000). Stress and burnout in oncology. *Oncology (Williston Park, N.Y.)*, 14, 1621–1633.

- Keidel G. C. (2002). Burnout and compassion fatigue among hospice caregivers. *The American journal of hospice & palliative care*, 19(3), 200–205. <https://doi.org/10.1177/104990910201900312>
- Kisvetrová, H., & Kutnohorská, J. (2010). Umírání a smrt v historickém vývoji. *Kontakt*, 12(2), 212-219. <https://doi.org/10.32725/kont.2010.029>
- Kolářová, Z. (2023). Další kroky české paliativní medicíny. Získáno z <https://www.tribune.cz/medicina/dalsi-kroky-ceske-paliativni-mediciny/>
- Konopáčová, A. (2017). Paliativní péče v zařízení následné péče (LDN). *Geriatric a Gerontologie*, 6(2), 83-86.
- Leonard, R., Horsfall, D., Noonan, K., & Rosenberg, J. (2017). Identity and the end of life story: A role for psychologists. *Australian Psychologist*, 52(17), 346–353. <https://doi.org/10.1111/ap.12270>
- Loučka, M. (2022). Dětská paliativní péče. Získáno z <https://nrv.org/detska-paliativni-pece-cz/detska-paliativni-pece-potrebuje-vice-odborniku-rika-psycholog-martin-loucka/>
- Mackewn, J. (2004). *Gestalt psychoterapie: moderní holistický přístup k psychoterapii*. Praha, Česká republika: Portál.
- Machovcová, K. (2010). *Genderová analýza v psychologické praxi* (Nezveřejněná disertační práce). Masarykova univerzita, Brno.
- Marková, M. (2010). *Sestra a pacient v paliativní péči*. Grada Publishing.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2008). Early predictors of job burnout and engagement. *The Journal of applied psychology*, 93(3), 498–512. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.93.3.498>
- Mills, J., Wand, T., & Fraser, J. A. (2018). Exploring the meaning and practice of self-care among palliative care nurses and doctors: A qualitative study. *BMC Palliative Care*, 17(63). <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0318-0>
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Grada.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. (2022). Paliativní péče v nemocnicích má své standardy. Získáno z <https://mzd.gov.cz/tiskove-centrum-mz/paliativni-pece-v-nemocnicich-ma-sve-standardy/>

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. (2022). Pilotní projekt paliativní péče v nemocnicích přinesl základy pro standardizaci a rozvoj paliativní péče v ČR. Získáno z <https://mzd.gov.cz/tiskove-centrum-mz/pilotni-projekt-paliativni-pece-v-nemocnicich-prinesl-zaklady-pro-standardizaci-a-rozvoj-paliativni-pece-v-cr/>

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. (2022). Věstník MZ 4/2022 [PDF dokument]. Získáno z https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/2022/04/Vestnik-MZ_4-2022.pdf

Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky. (2021). Strategický rámec přípravy na stárnutí společnosti 2021-2025 [PDF dokument]. Získáno z https://www.mpsv.cz/documents/20142/372809/Strategicky+ramec+pripavy+na+starnuti+spolecnosti_2021-2025.pdf/ebffaa4-b010-6a72-e3b2-81e0fd5fcbd6

Nejvyšší kontrolní úřad. (2023). Kvalita i dostupnost paliativní péče se zvýšila, ministerstvo zdravotnictví však selhalo při plánování nových hospicových lůžek. Získáno z <https://www.nku.cz/cz/pro-media/tiskove-zpravy/kvalita-i-dostupnost-paliativni-pece-se-zvysila--ministerstvo-zdravotnictvi-vsak-selhalo-pri-planovani-novych-hospicovych-luzek-id13466/>

Newton, J., & Waters, V. (2001). Community palliative care clinical nurse specialists' descriptions of stress in their work. *International journal of palliative nursing*, 7(11), 531–540. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2001.7.11.9293>

Nygren, B., Aléx, L., Jonsén, E., Gustafson, Y., Norberg, A., & Lundman, B. (2005). Resilience, sense of coherence, purpose in life and self-transcendence in relation to perceived physical and mental health among the oldest old. *Aging & mental health*, 9(4), 354–362. <https://doi.org/10.1080/1360500114415>

Oxford University Press. (n.d.). Palliate. In Oxford English Dictionary. Získáno z https://www.oed.com/dictionary/palliate_v?tab=meaning_and_use

Pavelková, H., & Bužgová, R. (2015). Burnout among healthcare workers in hospice care. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 6, 218-223. <https://doi.org/10.15452/CEJNM.2015.06.0006>

Payne, B. K. (2001). Prejudice and perception: The role of automatic and controlled processes in misperceiving a weapon. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81(2), 181–192. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.81.2.181>

Pelikán, J. (2011). *Základy empirického výzkumu pedagogických jevů* (2., nezměn. vyd). Karolinum

Pereira, S. M., Fonseca, A. M., & Carvalho, A. S. (2011). Burnout in palliative care: a systematic review. *Nursing ethics*, 18(3), 317–326. <https://doi.org/10.1177/0969733011398092>

Pochop, L. (2020). Jak přistupovat k nechutenství a výživě u paliativních pacientů. *Onkologie*, 14(Suppl. C), 35-38
Profesiogramy. (2020). Sociální pracovník ve zdravotnictví/zdravotně sociální pracovník. Získáno z <https://socialniprace.cz/profesiogramy/socialni-pracovnik-ve-zdravotnictvi-zdravotne-socialni-pracovnik/>

Przedborska, A., Misztal, M., Wroński, M., Gruziel, D., Świątczak, M., & Ciałkowska-Rysz, A. et al. (2016). The effect of physiotherapy on the condition of cancer patients receiving palliative care. *Medycyna Paliatywna/Palliative Medicine*, 8(2), 68-74.

Puchalski, C. M., Vitillo, R., Hull, S. K., & Reller, N. (2014). Improving the spiritual dimension of whole person care: Reaching national and international consensus. *Journal of Palliative Medicine*, 17(6), 642–656. <https://doi.org/10.1089/jpm.2014.9427>

Radbruch, L., & Payne, S. (2009). White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: Part 1. *European Journal of Palliative Care*, 16(6), 278-289.

Radbruch, L., Payne, S., & kol. (2010). *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě: doporučení Evropské asociace pro paliativní péči*. Praha: Cesta domů.

Rainsford S, Phillips CB, Glasgow NJ, MacLeod RD, Wiles RB. The ‘safe death’: An ethnographic study exploring the perspectives of rural palliative care patients and family caregivers. *Palliative Medicine*. 2018;32(10):1575-1583. doi:10.1177/0269216318800613

Rizo-Baeza, M., Mendiola-Infante, S. V., Sephiri, A., Palazón-Bru, A., Gil-Guillén, V. F., & Cortés-Castell, E. (2018). Burnout syndrome in nurses working in palliative care units: An analysis of associated factors. *Journal of nursing management*, 26(1), 19–25. <https://doi.org/10.1111/jonm.12506>

Shanafelt, T. D., Boone, S., Tan, L., Dyrbye, L. N., Sotile, W., Satele, D., West, C. P., Sloan, J., & Oreskovich, M. R. (2012). Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Archives of internal medicine*, 172(18), 1377–1385. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2012.3199>

Sláma, L., Kabelka, O., & Loučka, M. (2016). Paliativní péče v ČR v roce 2016. Česká společnost paliativní medicíny ČLS J.E.P. *Časopis lékařů českých*. 155, 445–450.

Sláma, O., & Kabelka, L. (2022). *Paliativní medicína pro praxi* (Třetí, přepracované a rozšířené vydání). Galén.

Sláma, O., Krejčí, J., & Ambrožová, J. (2019). *Metodika implementace programu paliativní péče v lůžkovém zdravotnickém zařízení*. Ministerstvo zdravotnictví České republiky.

Sláma, O., & Vafková, T. (2020). *Paliativní péče: Multimediální elektronický výukový materiál*. První vydání. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-9628-8.

Sundin-Huard, D., & Fahy, K. (1999). Moral distress, advocacy and burnout: theorizing the relationships. *International journal of nursing practice*, 5(1), 8–13. <https://doi.org/10.1046/j.1440-172x.1999.00143.x>

Stenman, T., Näppä, U., Rönngren, Y., & Flensner, G. (2023). “Daring to deal with the difficult and unexpected” registered nurses’ confidential conversations with patients with palliative care needs: A qualitative interview study. *BMC Palliative Care*, 22(108). <https://doi.org/10.1186/s12904-023->

Světová zdravotnická organizace. (2002). National Cancer Control Programmes: Policies and Managerial Guidelines.. Získáno z <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42494/9241545577.pdf?sequence=1>

Šiklová, J. (2013). *Vyhoštěná smrt: úvahy o životě a umírání*. Praha: Kalich.

Špinková, M., & Mlynáriková, E. (2023). *Křižovatky: kudy kam v paliativní péči*. Cesta domů.

Švaříček, Roman a Klára Šed'ová. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0644-6.

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01

Umírání.cz. (n.d.). Adresář služeb. Získáno z <https://www.umirani.cz/adresar-sluzeb#7/49.883/15.491>.

Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. (2020). *Demografická statistika: Zemřelí 2020*. Získáno z <https://www.uzis.cz/res/f/008370/demozem2020.pdf>

van Doorne, I., Willems, D. L., Baks, N., de Kuijper, J., Buurman, B. M., & van Rijn, M. (2024). *Current practice of hospital-based palliative care teams: Advance care planning in advanced stages of disease: A retrospective observational study*. PloS one, 19(2), e0288514. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0288514>

Van Mechelen, W., Aertgeerts, B., De Ceulaer, K., Thoonsen, B., Vermandere, M., Warmenhoven, F., Van Rijswijk, E., & De Lepeleire, J. (2013). *Defining the palliative care patient: a systematic review*. Palliative medicine, 27(3), 197–208.

Vissers, K.C.P., van den Brand, M.W.M., Jacobs, J., Groot, M., Veldhoven, C., Verhagen, C., Hasselaar, J., & Engels, Y. (2013). *Palliative Medicine Update: A Multidisciplinary Approach*. Pain Practice, 13, 576-588.

Vlčková, K. (2019). *Role sociálního pracovníka v paliativním týmu v nemocnici* [Bakalářská práce, Univerzita Karlova]. Filozofická fakulta, Katedra sociální práce.

Všeobecná fakultní nemocnice v Praze. (n.d.). Klinika paliativní medicíny. Získáno z <https://www.vfn.cz/pacienti/kliniky-ustavy/klinika-paliativni-mediciny/>

Weingart, S. N., Zhu, J., Chiappetta, L., Stuver, S. O., Schneider, E. C., Epstein, A. M., David-Kasdan, J. A., Annas, C. L., Fowler, F. J., Jr, & Weissman, J. S. (2011). Hospitalized patients' participation and its impact on quality of care and patient safety. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care*, 23(3), 269–277. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzr002>

Worden, J. W. (2013). *Smútkové poradenstvo a smútková terapia: Príručka pre odborníkov z oblasti duševného zdravia*. Trenčín: Vydavateľstvo F.

Wright, A. A., Zhang, B., Ray, A., Mack, J. W., Trice, E., Balboni, T., Mitchell, S. L., Jackson, V. A., Block, S. D., Maciejewski, P. K., & Prigerson, H. G. (2008). Associations between end-of-life discussions, patient mental health, medical care near death, and caregiver bereavement adjustment. *JAMA*, 300(14), 1665–1673. <https://doi.org/10.1001/jama.300.14.1665>

Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče. (2004).

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. (2006).

Zákon č. 201/2017 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních. (2017).

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. (2011). § 5.