

Univerzita Hradec Králové

Filozofická fakulta

Ústav sociální práce

Udržitelnost hranic a otevřenost potřebám klienta v paliativní péči

Bakalářská práce

Autor: Jaroslava Čížková

Studijní program: BSP18P Sociální práce

Studijní obor: B092301P Sociální práce v preventivních službách

Forma studia: kombinovaná

Vedoucí práce: doc. MUDr. Alena Vosečková, Csc.

Hradec Králové 2024

Zadání bakalářské práce

Autor:	Jaroslava Čížková
Studium:	F21BK0096
Studijní program:	B0923P240001 Sociální práce
Studijní obor:	Sociální práce v preventivních službách
Název bakalářské práce:	Udržitelnost hranic a otevřenost potřebám klienta v paliativní péči
Název bakalářské práce AJ:	Sustainability of boundaries and openness to the needs of the client in the paliative care.

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

V bakalářské práci se budu zabývat problematikou udržitelnosti profesionálních hranic, identifikaci a hledáním možností, nástrojů, technik jak toho docílit. Práce s klienty v paliativní péči je hodně náročná a vyžaduje kromě odborných znalostí, zkušeností velkou psychickou odolnost i připravenost, dovedností danou situaci ustát. Bakalářská práce se bude zabývat kdy, kde a v čem můžou najít podporu sociální pracovníci v náročných situacích. Jak nastavit správný vztah mezi klientem a pracovníkem, být empatický, lidský, vstřícný, ale zároveň nepřekročit hranice profesionality. Vysvětlení základních pojmů ohledně dané problematiky. Zvolené metody a techniky: Kvalitativní výzkumná strategie, polostrukturovaný rozhovor

KOPŘIVA, K. Lidský vztah jako součást profese. Praha: Portál, 8. vydání, 2016. ISBN 978-80-262-1147-1
ÚLEHLA, I.: Umění pomáhat: učebnice metod sociální praxe. 1.vyd. Písek: Renaissance, 1996. ISBN 80-85850-69-9.
MAROON, I.: Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0180-9

Zadávací pracoviště: Ústav sociální práce,
Filozofická fakulta

Vedoucí práce: doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.

Oponent: PhDr. Lenka Neubauerová, PhD.

Datum zadání závěrečné práce: 30.4.2023

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně pod vedením vedoucí bakalářské práce doc. MUDr. Aleně Vosečkové, CSc. a uvedla jsem všechny použité zdroje a literaturu.

V Hradci Králové

Jaroslava Čížková

Poděkování

Chtěla bych touto cestou poděkovat vedoucí práce doc. MUDr. Aleně Vosečkové, CSc. za cenné rady, za věnovaný čas, vedení a podporu. Také bych chtěla poděkovat všem, kteří mě během mého studia podporovali.

Anotace

ČÍŽKOVÁ, Jaroslava. *Udržitelnost hranic a otevřenost potřebám klienta v paliativní péči*. Hradec Králové, 2024. Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové. Filozofická fakulta. Vedoucí práce: doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.

Bakalářská práce se zaměřuje na komplexní pohled paliativní péče se všemi jejími aktéry. Jejím hlavním cílem je zjistit, jaké hlavní faktory mají vliv na udržitelnost hranic v paliativní péči. Popisuje vztahy, které mohou vznikat mezi nemocným a pracovníkem, a zabývá se potřebami nemocného, jeho emocemi a zvládnutím tíživé situace vyplývající z jeho onemocnění.

Práce vymezuje předpoklady a dovednosti sociálního pracovníka, které jsou žádoucí pro kvalitu poskytované péče. Dále vysvětluje problematiku hranic, jejich ohraničení, proces nastavování v průběhu života a důležitost hranic v kontextu práce s těžce nemocnými. Poukazuje rovněž na negativní vlivy, jež mohou ohrozit kvalitu péče i pracovníka, jako jsou syndrom vyhoření nebo syndrom pomocníka. V neposlední řadě představuje možnosti podpory, technik a nástrojů, které mohou mít pozitivní vliv na udržení hranic.

Klíčová slova: Paliativní péče, sociální pracovník, hranice

Annotation

ČÍŽKOVÁ, Jaroslava. *Sustainability of boundaries and openness to the needs of the client in the palliative care*. Hradec Králové: Faculty of Arts, University of Hradec Králové, 2024, 78 pp. Bachelor Thesis.

The bachelor thesis focuses on a comprehensive view of palliative care involving all its stakeholders. Its main objective is to identify the key factors influencing the sustainability of boundaries in palliative care. It describes the relationships that may arise between the patient and the caregiver, addressing the patient's needs, emotions, and coping with the challenges arising from their illness.

It delineates the qualifications and skills of a social worker desirable for the quality of care provided. It also explains the issue of boundaries and their delineation, the process of setting them throughout life as well as the importance of boundaries in the context of working with severely ill patients. Furthermore, it points out the negative influences that may jeopardize the quality of care and the caregiver, such as burnout syndrome or helper syndrome. It presents support options, techniques, and tools that can have a positive impact on maintaining boundaries.

Keywords: Palliative care, social worker, boundaries

Obsah	
Seznam použitých zkratk	8
Úvod	9
CÍL PRÁCE A METODIKA ZPRACOVÁNÍ	11
TEORETICKÁ ČÁST	13
1 Problematika paliativní péče	13
1.1 Úvod do paliativní péče.....	13
1.1.1 Vyjasnění termínu „paliativa“	13
1.1.2 Definice, principy a smysl paliativní péče.....	14
1.1.3 Typologie a formy paliativní péče	16
1.1.4 Multidisciplinární paliativní tým.....	17
1.1.5 Sociální pracovník jako součást paliativního týmu.....	18
1.1.6 Předpoklady a dovednosti sociálního pracovníka v PP	19
2 Potřeby klienta v paliativní péči	21
2.1 Kdo je pacient – klient v paliativní péči.....	21
2.1.1 Syndrom ztráty	21
2.1.2 Fáze přijetí nemoci	22
2.1.3 Identifikace potřeb klientů v paliativní péči	24
2.2 Identifikace potřeb pacienta v PP	25
2.2.1 Biologické potřeby.....	26
2.2.2 Psychologické potřeby	26
2.2.3 Sociální potřeby.....	27
2.2.4 Spirituální potřeby.....	28
2.2.5 Vztah mezi potřebami klienta a kvalitou poskytované péče.....	29
3 Problematika hranic	32
3.1 Hranice – vysvětlení pojmu a definice	32
3.1.1 Hranice Já a neJá	32
3.1.2 Vytváření hranic jako proces	33
3.1.3 Konflikty v hranicích	34
3.2 Rizika vyplývající z porušení hranic	35
3.2.1 Syndrom vyhoření – burnout	36
3.2.2 Syndrom pomocníka	38
3.3 Faktory ovlivňující udržení hranic	40
3.3.1 Hranice a víra.....	40
3.3.2 Supervize	41
3.3.3 Duševní hygiena	43

3.3.4	Coping a copingové styly a strategie	45
3.3.5	Zdravý životní styl.....	46
3.3.6	Sociální opora.....	47
4	Shrnutí teoretické části	48
5	EMPIRICKÁ ČÁST	49
5.1	Formulace výzkumných cílů	49
5.1.1	Transformace dílčích cílů do tazatelských otázek	51
5.1.2	Zdůvodnění vybrané výzkumné strategie	52
5.1.3	Etické aspekty výzkumu	53
5.1.4	Rizika výzkumu	53
5.2	Zdůvodnění a charakteristika vybraného vzorku	54
5.2.1	Postup a realizace sběru dat	56
5.2.2	Způsob zpracovávání dat.....	56
6	Interpretace získaných údajů.....	57
6.1	DVC 1 Jak vymezují a chápou pracovníci v paliativní péči svoje osobní hranice.....	57
6.2	DVC2 Udržitelnost profesních hranic v paliativní péči	59
6.3	DVC3 Faktory ovlivňující udržitelnost hranic v paliativní péči	62
6.4	Vyhodnocení dílčích cílů.....	66
6.5	Shrnutí výzkumné části	67
Závěr	69	
Seznam tabulek	70	
Seznam Příloh.....	70	
Seznam použité literatury	71	
Příloha č. 1 Informovaný souhlas	I	
Příloha č. 2: Přepis rozhovorů s In 2 ze dne 23. 1. 2024 Červený Kostelec.....	II	

Seznam použitých zkratk

atd. – a tak dále

ČR – Česká republika

LDN – léčebna dlouhodobě nemocných

např. – například

PP – paliativní péče

SPP – specializovaná paliativní péče

SP – sociální pracovník

WHO – Světová zdravotnická organizace

TO – výzkumná otázka

DC – dílčí cíl

T – tazatel

tj. – to jest

tzv. – takzvaně

Úvod

Umění nastavit správné hranice ve vztahu s klientem pro mě byla a stále je jednou z nejobtížnějších výzev v mém profesním životě. Je i důvodem, proč jsem si vybrala toto téma pro svoji bakalářskou práci. V sociálních službách pracuji přes jedenáct let a psychická zátěž a náročnost této profese poukazují na nutnost a aktuálnost zmiňované problematiky.

Paliativní péče je jednou z nejnáročnějších v rámci sociální práce. Pracovníci jsou často svědky velké bezradnosti a bolesti jak nemocných, tak i jejich rodin.

Člověk není nikdy zranitelnější než v době těžké nevléčitelné nemoci. Bolest, strach, úzkost a deprese jsou nejčastější emoce, které nemocný prožívá. Do tohoto prostředí vstupuje pracovník, jehož cílem je pomoci nemocnému překonat jeho poslední cestu co nejlépe. Zvládnout náročné situace, ustát emoce, být oporou, umět použít ta správná slova; říkat pravdu, ale nebrat naději.

Pracovat s potřebami klienta, získat jeho důvěru, protože ta je základem úspěšnosti celého jeho snažení. Mezi nemocným a pracovníkem vzniká vztah, který musí mít svoji mez, svoje hranice.

Nerespektování vlastních hranic by nejen narušilo důvěru nemocných, ale mělo by také zásadní vliv na kvalitu péče i vztahu s rodinou.

Cílem mé bakalářské práce je zjistit, jaké faktory mají vliv na udržitelnost hranic sociálních pracovníků v paliativní péči. Jak jsou pracovníci v paliativní péči schopni reflektovat svoje vlastní pocity, postoje a přístupy směrem ke klientovi i sami k sobě. Jak vnímají vlastní hranice ve vztazích s klienty. Jak vnímají vlastní pomoc druhým a svoje emoce. Jaké nástroje pomoci a podpory využívají v rámci organizace. Jakou míru pomoci jim poskytuje jejich sociální prostředí a jakou oni sami.

Teoretická část je rozdělena na tři kapitoly, přičemž první část vysvětluje smysl paliativní péče, popisuje její formy, principy, ale i způsob fungování v kontextu paliativního týmu. Druhá část práce identifikuje potřeby klientů i podporu směřovanou k rodinám umírajícího a třetí část se zabývá problematikou hranic, jejich definicí, procesem vytváření a riziky vycházejícími z různých zdrojů. Zabývá se tématy, jako jsou syndrom pomocníka, syndrom vyhoření, ale nabízí také pohled na způsob možné podpory ke zvládnutí náročných situací a udržení správných hranic.

Empirická část je realizována prostřednictvím kvalitativního výzkumu pomocí polostrukturovaných rozhovorů s pracovníky přímo v zařízení s paliativní péčí (hospic).

Cílem je získat hlubší pohled a porozumění, jak pracovníci reflektují a udržují svoje hranice a jaké faktory ovlivňují nastavování hranic a následně umocňují jejich schopnost poskytovat kvalitní péči. Interpretační analýza si klade za cíl odhalit skutečný pohled na zkoumanou problematiku.

Očekávám, že výsledky této práce přinesou užitečné poznatky pro praxi v oblasti paliativní péče v problematice užitečnosti a potřebnosti hranic sociálních pracovníků.

CÍL PRÁCE A METODIKA ZPRACOVÁNÍ

Bakalářská práce na téma „*Udržitelnost hranic a otevřenost potřebám klienta v paliativní péči*“ má za hlavní cíl identifikovat klíčové faktory, které ovlivňují udržitelnost hranic sociálních pracovníků v prostředí paliativní péče.

Tento hlavní cíl je operacionalizován do třech dílčích cílů:

DC1 – Jak sociální pracovníci v paliativní péči vymezují a chápou své osobní hranice

DC2 – Udržitelnost profesních hranic v paliativní péči

DC3 – Faktory ovlivňující udržitelnost hranic v paliativní péči

DC1 se zaměřuje na porozumění vnímání a definování osobních hranic pracovníky v paliativní péči. Toto porozumění je důležité pro identifikaci potenciálních problémů v udržování těchto hranic.

DC2 se soustředí na udržitelnost profesionálních hranic v rámci paliativní péče. Tento cíl se odvíjí od DC1 tím, že staví na pochopení osobních hranic a zkoumá, jak tyto hranice mohou být udržitelné v dlouhodobém horizontu v profesním kontextu.

DC3 se zabývá faktory ovlivňujícími udržitelnost hranic v paliativní péči. Tento cíl je logicky odvozen od DC2, protože staví na pochopení profesionálních hranic a zkoumá faktory, které mohou mít vliv na udržitelnost těchto hranic.

Celkově lze tedy říci, že pochopení osobních hranic (DC1) je základem pro zkoumání udržitelnosti profesionálních hranic (DC2) a identifikaci faktorů, které mohou tuto udržitelnost ovlivnit (DC3). Takto jsou tyto dílčí cíle vzájemně propojeny a vedou k dosažení hlavního cíle práce.

Metodika zpracování práce zahrnuje kvalitativní přístup realizovaný polostrukturovanými rozhovory s pracovníky paliativní péče přímo v hospicovém zařízení.

Rozhovory umožňují důkladněji pochopit postoje, přístupy SP a v kontextu jejich vlastních zkušeností pomohou odhalit realitu, jak to s hranicemi v paliativní péči vypadá. Oslovení pracovníci odpovídají na dotazy týkající se jejich vnímání a vymezení osobních a profesionálních hranic, strategií, které používají pro udržení těchto hranic, a faktorů ovlivňujících jejich schopnost udržení hranic v pracovním prostředí hospice.

Analýza dat z rozhovorů je provedena interpretační analýzou, která umožní identifikovat klíčové téma a vzory v odpovědích pracovníků. Tato analýza nám pomůže vyvodit závěry a doporučení související s udržitelností hranic pracovníků v paliativní péči v rámci hospicového prostředí.

Aplikačním cílem této práce je poskytnout realističtější pohled na danou problematiku, poukázat na nové možnosti a strategie, které budou založené na zjištěných výzkumu o vlivu faktorů na udržitelnost hranic pracovníků v paliativní péči.

Cílem je implementovat tyto strategie do praxe za účelem posílení podpory a ochrany pracovníků v péči o umírající, což by mělo vést ke zlepšení kvalit poskytované péče a snížení rizika vyhoření pracovníků.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Problematika paliativní péče

1.1 Úvod do paliativní péče

V této kapitole bude zaměřena pozornost hlavně na oblast paliativní péče, respektive na její cíle, principy a smysl. Důvodem je komplexní pochopení této problematiky a dalších jevů vznikajících mezi aktéry přímo v procesu péče.

Pracovníci v paliativní péči nahlíží na člověka v poslední etapě jeho životní cesty optikou holistického přístupu. Prostřednictvím komplexní péče umožňují člověku dožít jeho život se zachováním důstojnosti, autonomie a respektu k jeho potřebám a rozhodnutím.

„Po letech strávených u lidí, kteří jsou nazýváni „umírajícími“, ale kteří jsou opravdu „živi“ až do konce, cítím v sobě více života než předtím.“ (Hennezel, 1997, s. 10).

1.1.1 Vyjasnění termínu „paliativa“

Slovo „paliativní“ vycházející z latinského „*pallium*“ má hned několik významů a všechny mají blízko ke slovům plášť, pokrývka nebo krytí (Munzarová, 2005).

V církvi „*pallium*“ znamená pruh vlny, kterou si papež či arcibiskup oblékají na ramena a na krk.

V biologii toto slovo značí kožní vrstvu na povrchu těl měkkýšů, v anatomii je to střecha velkého mozku. V širším smyslu pak význam slova může znamenat něco, co překrývá, chrání.

Velký lékařský slovník popisuje výraz „paliativní“ jako zmírňující obtíže a bolest, ale neléčící vlastní podstatu choroby. „*Palliatus*“ oděný pláštěm, „*pallium*“ plášť.¹

Z uvedeného vyplývá, že význam slova „*pallium*“ nám evokuje jakýsi způsob ochrany; něco, co nás má chránit, přikrýt před nebezpečím, nepřízní, utrpením a bolestí. V tom spočívá celá podstata a smysl paliativní péče.

¹ <https://lekarske.slovníky.cz/pojem/paliativni>

1.1.2 Definice, principy a smysl paliativní péče

Na potřebu změny, a tedy i vznik paliativní péče poukazoval sám pacient, který apeloval na neakceptovatelný přístup ze strany lékařů k jeho potřebám a diagnóze. Na nutnost nebrat nevléčitelně nemocného pacienta jen jako objekt léčby bez emocí, potřeb a pocitů. Potřeba komunikace a lidštějšího přístupu, projevů zájmu právě od autority, jakou je lékař, pro pacienta znamená více než prášek na bolest.

„Lékař může uzdravit někdy, ulevit často, potěšit vždycky,“ řekl před mnoha lety dr. Hutchinson (Matoušek, 2005, s. 198). Smysl a váha těchto slov zůstává aktuální pro každou dobu bez ohledu na vyspělost medicíny, neboť i dnes v mnoha nemocnicích pacienti zůstávají pouhým číslem. Lze konstatovat, že s pacienty by takto nemělo být zacházeno za žádných okolností, a to ani v případě nedostatku personálu. Ze společnosti se vytratila lidskost. Věnujeme svůj čas všude jinde, jen ho nedáme lidem, kteří ho nejvíce potřebují. Pacient se nepochybně bude cítit lépe, projeví-li o něj lékař zájem; ať už se z jeho strany bude jednat o úsměv, slova povzbuzení či projev soucitu s pacientovou bolestí nebo strachem.

„Moderní medicína bývá často odlidštěná a prvním krokem k tomu bývá odstranění všech osobních detailů. Z člověka se stává pacient bez osobnosti“ (Vollandes, 2015, s. 25). Autor jako důvod odosobnění lékaře od pacienta uvádí jeho častou konfrontaci se smrtí a utrpením, a tím získání si určitého emocionálního odstupu. MUDr. Kabelka, lékař se zkušeností v oboru, ve své knize popisuje situace, v nichž se nemocný ztrácí jako člověk v profesní slepotě, nefungujících stereotypech či v nedostatečné vzdělanosti, což vede k nejasným cílům. Komplexní pohled na život člověka v nemoci, pokora a respekt však často chybí (Kabelka, 2018).

Z výše uvedeného lze pozorovat obrovskou potřebu změny přístupu a vnímání pacienta nejen jako nemocného těla, které je potřeba léčit, ale jako skutečně živého člověka, který má právo mít účast na tom, co se s ním děje, má právo o sobě rozhodovat, má právo mít potřeby a přání. Paliativní péče je odpovědí na poptávku jak ze strany pacientů, tak ze strany zdravotníků, kteří se už nechtějí dívat na zavedenou praxi.

Existuje nespočet definic o paliativní péči; je možné je nalézt v různých odborných knihách a publikacích známých autorů. Většina z nich vychází z definic WHO, vlastních nebo zpracovaných ze zkušeností někoho dalšího s touto problematikou.

Světová zdravotnická organizace (WHO) paliativní péči rozumí „*přístup zlepšující kvalitu života pacientů a jejich rodin, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožující nemocí, prostřednictvím předcházení a zmírňování utrpení pomocí včasného zjištění, vyhodnocení a řešení bolesti a dalších fyzických, psychosociálních a duchovních potíží. Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin.*“

Světová organizace konstatuje, že paliativní péče:

- „*podporuje život a považuje umírání za normální proces,*
- *ani neurychluje ani neoddaluje smrt,*
- *poskytuje úlevu od bolesti a jiných svízelných symptomů,*
- *začleňuje do péče o pacienta psychické a duchovní aspekty,*
- *vytváří podpůrný systém, který pomáhá pacientům žít co nejaktivnější život až do smrti*“ (Haškovcová, 2000, s. 35).

Paliativní (tzv. **útěšná**) medicína je ucelený a nadějný systém pomoci jak umírajícímu, tak i jeho rodině (Haškovcová, 2000, s. 34).

Smyslem a cílem paliativní léčby je léčit člověka po stránce tělesné, duševní, sociální i duchovní. Jedná se tedy o *komplexní bio-psycho-sociálně-spirituální přístup* vedený interdisciplinárním týmem, zastoupeným specialisty z řady medicínských oborů, ale také o komplexní péči o pacienta včetně jeho rodiny (Kupka, 2014).

Dle zákona 372/2011 Sb., o zdravotních službách v platném znění, je paliativní péče druh péče, která má za cíl zmírnění bolestí a zkvalitnění života nevléčitelně nemocného.² Paliativní péče je velkým přínosem pro všechny nevléčitelně nemocné nejenom tím, že jim zkvalitňuje jejich život v nemoci, ale také jim ho může prodloužit o pár měsíců.

Dalším faktorem je snížení nákladů na zdravotnickou péči z důvodů kratších hospitalizací, nižší frekvence návštěv pohotovostí a využití rychlé záchranné služby (Marková et al., 2015).

V uvedených definicích můžeme najít společný jmenovatel, jímž je zajištění co nejkomfortnější péče pacientům v posledních úsecích jejich boje s nemocí, nejlépe úplně bez bolesti těla i duše. V minulosti jsme se častokrát mohli potkat s nezájmem

² https://ppropo.mpsv.cz/zakon_372_2011

lékařů o konkrétní potřeby pacienta. Tenhle přístup přináší naději, že člověk ve své nemoci nemusí zažívat jen zoufalství, bolest a strach. Naopak největší pozornost je věnována právě tomu, co si přeje pacient sám.

1.1.3 Typologie a formy paliativní péče

*„Odpovídající péče, léčba i doprovázení by měly být poskytovány v systému vícestupňové péče – **správný pacient, ve správný čas na správném místě**“* (Kabelka, s. 32).

Dle kompetence a odborností pracovníků a potřebnosti typů léčby pacientů dělíme paliativní péči na obecnou a specializovanou.

Obecná paliativní péče je zaměřena na sledování základních symptomů nemoci pacienta. Základem je rozpoznání nemoci, zajištění veškeré dostupné léčby a péče, které pomohou nemocnému i jeho rodině ulevit. Jedná se o praktické lékaře, lékaře specialisty a další zdravotnický personál včetně poskytovatelů sociálních služeb a sociálního poradenství.

Autor rozlišuje obecnou paliativní péči podle úrovně na **akutní** – poskytovanou v nemocnicích, **dlouhodobou** – Domovy pro seniory, LDN, a na **domácí péči** zajišťovanou praktickými lékaři či sociálními službami.

Specializovanou paliativní péči (SPP) zajišťuje tým odborníků, který má pro poskytování paliativní péče potřebné vědomosti a zkušenosti. Tato služba je poskytována v zařízeních, která se na paliativní léčbu zaměřují. *„Služby v těchto zařízeních by měly být dostupné ve všech formách péče a měly by být schopné poskytnout pacientovi podporu, ať je kdekoliv: doma, v nemocnici, v rezidentní péči, v pečovatelském domě, v denním stacionáři, v ambulantní péči nebo na specializovaném oddělení paliativní péče“* (Marková 2010, s. 21).

Paliativní péči může poskytovat:

- zařízení domácí paliativní péče, tj. domácí (případně „mobilní“);
- hospic jako samostatně stojící lůžkové zařízení, které poskytuje specializovanou paliativní péči;
- oddělení paliativní péče v rámci jiných lůžkových zdravotnických zařízení (tj. především v rámci nemocnic a léčeben);

- konziliární tým paliativní péče v rámci zdravotnického zařízení (nemocnice nebo léčebny);
- specializovaná ambulance paliativní péče (ambulantní péče pro pacienty doma či v sociálních zařízeních může být přidružena k lůžkovým hospicům, anebo může být oddělením paliativní péče lůžkových zařízení či součástí domácí paliativní péče);
- denní stacionář paliativní péče (denní hospicový stacionář);
- zvláštní zařízení specializované paliativní péče (např. specializované poradny a tísňové linky, zařízení určená pro určité diagnostické skupiny atd.).

1.1.4 Multidisciplinární paliativní tým

Paliativní péče nestojí na jednotlivci, právě naopak její silná stránka spočívá hlavně v tom, že se při jejím poskytování pracuje v týmu. Tvoří ho řada odborníků z různých oborů, od lékaře až po ošetřovatele. Můžeme konstatovat, že multidisciplinární tým tvoří základní jednotku paliativní péče (Vorlíček et al., 1998).

Úroveň poskytované péče závisí na mnoha faktorech. Jedním z nich je místo, kde je služba poskytována; od toho se také odvíjí zaměřenost, dovednosti a vzdělanost pracovníků v problematice.

Pro výraznou náročnost a zátěž pracovníků v paliativní péči je spolupráce jednotlivých členů týmu více než žádoucí. Vzájemná podpora, respekt, důvěra, správná komunikace, a hlavně společný cíl by měl být samozřejmostí. Každý člen je velmi důležitý, a v týmu má svoje místo.

Zde je potřeba zmínit, že i sám pacient je členem týmu, a jeho přání se musí respektovat. On má mít rozhodující slovo, protože jenom tak lze zachovat jeho důstojnost.

Pracovat v týmu znamená, že nikdo „v tom“ nesmí zůstat sám; ani pacient, ani pracovník, ale ani rodina umírajícího (Marková, 2010, s. 35).

Složení paliativního týmu:

- lékař (různé specializace);
- zdravotní personál;
- sociální pracovník;
- pečovatelská služba, osobní asistence, odlehčovací služby;

- psycholog, psychiatr, fyzioterapeut, ergoterapeut;
- nutriční poradce;
- duchovní nebo pastorační pracovník;
- rodina, přátelé, dobrovolníci.

Tady je nutné podotknout, že složení týmu, míra pomoci a podpory závisí na místě poskytování paliativní péče. V domácím prostředí, jenž je pro pacienta nejvíce přirozené a přijatelné, je primárním pečujícím jeho rodina.

Podmínkou pro péči doma jsou tři kompetence rodiny – CHTÍT, UMĚT a MOCT. Jen **chtít** nestačí, pokud rodina nedokáže **umět** pečovat, anebo z různých důvodů ani **nemůže**. Pak přichází na řadu jiná forma péče, která dokáže naplnit potřeby klienta (Haškovcová, 2000, s. 53).

1.1.5 Sociální pracovník jako součást paliativního týmu

„Komplexnost péče v medicíně dnes vyžaduje propojenou spolupráci odborného týmu, do něhož patří i sociální pracovník“ (Vorlíček, 1998, s. 20).

Sociální pracovník hraje v paliativním týmu klíčovou a nezastupitelnou roli. Jeho přítomnost a aktivní účast přináší mnoho pacientům, jejich rodinám i celému týmu poskytovatelů PP. Úkolem sociálního pracovníka je zaměřit se zvláště na sociální a emocionální aspekty péče s cílem zlepšit celkovou kvalitu života a poskytnout podporu v náročném období konce života. O zvýšení efektivity zdravotnické péče zapojením SP do týmu píše i MUDr. Kabelka.

SP označuje jako advokáta, mediátora, facilitátora, komunikátora, či psychosociálního poradce jak pro pacienta, tak i pro celou rodinu (Kabelka, 2000, s. 26).

Práce SP v PP je určitě nenahraditelná, což je zřejmé z kompetencí, které ho předurčují pro plnění určitých úkolů:

- identifikovat potřeby pacienta ve všech možných dimenzích;
- posoudit situaci pacienta i rodiny a nabídnout adekvátní pomoc;
- mít v potaz veškeré náboženské a etnické rozdíly pacienta, které významně působí na emoční stav pacienta;

- muset umět předvídat emoční stav a zranitelnost všech zúčastněných a pomoci jim zvládnout nastalou situaci;
- radit, asistovat, organizovat, doporučit, vyřizovat potřebnou dokumentaci a sociální dávky;
- nakonec být blízko pozůstalým a nabídnout jim potřebnou péči (Matoušek, 2005, s. 206).

Vedle výčtu všech úkolů musí být sociální pracovník plnohodnotným členem týmu, který se aktivně zúčastňuje všech porad týmu a rodiny, podílí se na tvoření plánů a cílů péče a má přehled o možnostech dostupných sociálních služeb.

1.1.6 Předpoklady a dovednosti sociálního pracovníka v PP

Sociální pracovník je profesionál v oblasti sociální práce, který má za úkol poskytovat podporu a pomoc lidem v obtížných životních situacích. Tato profese je založena na hodnotách lidské důstojnosti, sociální spravedlnosti a respektu k různorodosti (Matoušek et al., 2008).

Práce sociálního pracovníka v paliativní péči vyžaduje určité specifické dovednosti, vzdělání a osobnostní předpoklady. Kupka označuje za první předpoklad **duševní zdraví a zralou osobnost**. Za klíčové lze považovat postoj sociálního pracovníka ke smrti a umírání a umění na toto téma komunikovat. Neméně důležitá je schopnost **doprovázení** po celou dobu nemoci až do konce.

„Skutečně doprovázet znamená jít kus cesty společně“ (Svatošová, 1995, s. 11). Jinými slovy, doprovázet znamená být nablízku od začátku až do konce, umět se nastavit na klienta, porozumět jeho potřebám, vnímat jeho pocity. Naslouchat mu a věnovat mu čas. Komunikovat s ním i přesto, že už není schopný odpovědět. Neverbální komunikací takový člověk řekne často více než mluvenou řečí.

„Doprovázet znamená pomoci druhému žít v období umírání“ (Matoušek, 2005, s. 196). Předpokladem ke zvládnutí této dovednosti je schopnost **být empatický**, umět se vcítit do role nemocného. Dalším důležitým předpokladem je **silná komunikační dovednost**.

Častokrát se stává, že pracovníci mají strach s nemocnými mluvit o jejich skutečném stavu, o jejich nemoci či blízké smrti. Matoušek i Svatošová považují za důležité říkat pravdu, ale způsobem, který je lidský a zároveň pravdivý.

Největší chybou, které se pracovníci dopouští, je „milosrdná lež“, protože falešná naděje člověku ublíží víc než pravda. „*Sdělit pravdu a nevzít naději je umění*“ (Matoušek, 2005, s. 203). „**Přiměřeně**“ informovat nemocného o zdravotním stavu je v České republice povinností každého lékaře (Haškovcová, 2000, s. 46).

Je pochopitelné, že pro pracovníky, kteří vstupují do vztahu s klientem, není vždy jednoduché najít ta správná slova. V běžné praxi je nutné umět být v tomto ohledu profesionálem a důležité odpovědi nechat kompetentnější osobě, jakou je lékař.

Etické chování vycházející z etického kodexu SP a dodržování všech jeho zásad by mělo být samozřejmostí. „Respekt k individualitám, zachování důstojnosti a autonomie, úcta, spravedlnost jsou hodnoty, kterými primárně disponuje SP“.³ Orientace v problematice PP, jejích principech a standardech kvality je pro práci v PP nutností.

³ <https://profesni-svaz-socialnich-pracovniku.apsscr.cz/ckfinder/userfiles/files/Etick%C3%BD%20kodex.pdf>

2 Potřeby klienta v paliativní péči

První kapitola pojednává o teoretické základně paliativní péče v kontextu jejích definic, cílů, smyslů a forem. Druhá kapitola je zaměřena přímo na klienta v PP, na identifikaci jeho potřeb a kvalitu života v konfrontaci s postojem, přístupy pracovníků a kvalitou poskytované péče SP.

2.1 Kdo je pacient – klient v paliativní péči

V první řadě se jedná o člověka prožívajícího jedno z nejtěžších období svého života, kterým je nepochybně uvědomění si své vlastní smrtelnosti jako neodvratitelného faktu. Vyrovnávání se s realitou v podobě nevléčitelné nemoci, podpořené sdělením o ukončení léčby z důvodů vyčerpání všech možností, je pro pacienta velmi bolestné. Obavy, bolest a strach z toho, co ho čeká, může u klienta vyvolávat stavy těžké deprese a úzkosti. „*V případě mladších pacientů umocňuje strach ze smrti pocit dosavadního nenaplnění života, život jim připadá marný*“ (Paulík, 2022, s. 92).

Kolikrát i my sami známe ten pocit, když se něco vážného stane v našem životě a nás napadne, co všechno jsme chtěli nebo měli udělat. Stačí obyčejná nemoc nebo úraz, co nás vyřadí z běžného života, a býváme ztraceni. Najednou nevíme, jak dál, a začínáme přehodnocovat svoje možnosti, postoje a životní priority. To máme pořád šanci, že se k původnímu způsobu života vrátíme. Pro pacienta v paliativní péči je to konečná, už nic nestihnou, aspoň nic velkého. Je potřeba si tohle uvědomit, když máte před sebou člověka s touto prognózou.

2.1.1 Syndrom ztráty

Jedinec se těžko vyrovnává se ztrátou něčeho, co pro něj mělo určitou hodnotu. Nevléčitelně nemocnému člověku se děje to, že postupně ztrácí všechno. Taková situace vyžaduje obrovskou míru odolnosti a adaptability jak pro nemocného jedince, tak pro všechny zúčastněné.

Nemocný člověk si musí zvykat na nové situace, přizpůsobovat se řadě nových okolností, ale i učit se novým dovednostem. Ztrácí moc nad svým životem, schopnost si vydělat, finančně se zabezpečit nebo pokračovat ve svém zaměstnání. Ztrácí možnost být nezávislý, dělat věci, které měl rád, být s lidmi, které měl rád atd. Vorlíček tento fenomén pojmenovává, jako „*syndrom ztráty*“.

Jeho nová role v rodině, změna vzhledu, respektive atraktivity, s čímž se pojí i ztráta identity muže nebo ženy, ztráta soukromí, změna životního stylu – to jsou další ztráty, které lze připsat nemoci.

Všechny uvedené symptomy mají za následek silné negativní emoce jako jsou strach, úzkost a deprese. Je proto důležité, aby pracovníci dokázali reflektovat tyto pocity a nabídli potřebnou podporu.

Dr. Elisabeth Kübler-Rossová na základě svých mnohaletých, bohatých zkušeností v této problematice popisuje pět fází, jakými těžce nemocný pacient prochází.

2.1.2 Fáze přijetí nemoci

- **Popření a izolace** – jedná se o fázi jakéhosi nepřiznání, popření skutečnosti. V této fázi má člověk tendenci se chovat, jako by se ho daná skutečnost netýkala. Funguje dál a snaží se přesvědčit sám sebe, že se nic neděje.
- **Zlost nebo agrese** – projevuje se vztekem a obviňováním. Otázky typu „právě já“ a „kdo za to může“ jsou obvyklým projevem této fáze.
- **Smlouvání**, hledání zázračného léku, vymyšlení různých teorií, které by mohly danou situaci změnit či zachránit.
- **Deprese** – v této fázi dochází k vystřízlivění a pochopení reality toho, co bude následovat. Je to období smutku a velké emocionální zátěže.
- **Smíření a rezignace**, pochopení, přijetí, souhlas – takhle by se dala popsat poslední fáze. Není to rezignace, je to přijetí určitého postoje a určitého způsobu chování (Kübler-Rossová, 1997).

Autorku cituje mnoho dalších autorů, mnozí z nich doplňují nebo výstižněji pojmenovávají jednotlivé fáze. Například Říčan (2004) mluví o šoku, Krivohlavý (2002) zase o výkřiku a přidává intruzi, co jsou nutkavé, opakované vzpomínky na kritickou událost, které nelze zastavit.

Haškovcová uvádí, že jednotlivá období mohou být doprovázena pocitem naděje, že vše může být jinak a stav se může zlepšit.

Individualita a jedinečnost člověka poukazuje na to, že délka, intenzita a prožívání jednotlivých fází budou rozdílné. Může záviset na věku, osobnosti, intelektu, ale i na vzdělání nemocného.

To samé platí o tom, v jakém pořadí za sebou budou jednotlivé fáze nastupovat nebo se prolínat. Faktem zůstává, že zmiňované reakce s jednotlivcem prožívá i jeho okolí, rodina, přátelé, a někdy je nutností přizvat odborníka.

Období prožívání je hodně emočně, psychicky i fyzicky náročné pro všechny zúčastněné. Proto je nutná pomoc zvenčí. V mnoha případech je více zasažena rodina a blízcí nežli samotný pacient.

Východiskem je nastavit určité hranice, nepřeceňovat vlastní síly a také pozvat někoho k doprovázení (Svatošová, 1995).

Zatímco Kübler-Rossová popisuje vývoj prožívání, vyrovnávání se s náročnou situací, Vorlíček uvádí faktory, které by mohly mít vliv na adaptaci nemocného, a dělí je do čtyř skupin:

- **situační** – věk, pohlaví, existence manželství, socioekonomický status, zaměstnání, náboženství;
- **behaviorální** – schopnost se úspěšně adaptovat, to znamená zachovat klid a vnitřní rovnováhu, zvládnout danou situaci co nejlépe s využitím veškerých možností a zdrojů; neadaptivní chování se naopak projevuje odmítáním a popíráním skutečnosti, nespoluprací při léčbě, reakce na nemoc v takovém případě působí více bolesti a utrpení než nemoc samotná;
- **psychické** – zde hodnotí sílu ega jako efektivní nástroj k rychlejší adaptaci na nemoc;
- **sociální** – sociální podpora, rodina, přátelé a pacientova sociální síť jsou důležitými faktory, které nemocného chrání před pocitem samoty a izolace (Vorlíček et al., 1998).

Stejně jako u vyrovnávání se s nemocí či psychickou odolností se budou lišit i potřeby jednotlivých pacientů. Další podkapitola je zaměřena na jejich identifikaci, popis a nutnost uspokojení.

2.1.3 Identifikace potřeb klientů v paliativní péči

Co se rozumí pod pojmem „potřeba“? S tímto pojmem se lze setkat v psychologii v souvislosti s motivací, postoji a hodnotami. Potřeba je zdrojem vnitřní motivace, impulzem, který vede k uspokojení či splnění určitého cíle (Vagnerová, 2005).

Cílem pacienta a pracovníka v PP je zajistit co největší konformitu poskytované péče, která se promítne do kvality života nemocného.

„Základním mottem paliativní péče je kvalita života“ (Marková, 2010, s. 38).

Kvalita života je pojem, který nelze jednoduše definovat pro jeho široký záběr. Týká se celého člověka, jeho pohledů na smysl a cíl života, na jeho bytí, odkud a kam směřuje. Individualita priorit, hodnot a potřeb ukazuje, že každý člověk vidí kvalitu a prožívání života v něčem jiném. V PP se kvalitou života myslí hlavně uspokojování potřeb klienta v nemoci a stanovení cílů, jak toho dosáhnout.

Předpokladem pro jejich naplnění a uspokojení je jejich identifikace. K jejich identifikaci je nutná intenzivní spolupráce založená na důvěrném vztahu mezi pacientem a pracovníkem. Jen v důvěrné spolupráci dokážeme zjistit, co nemocnému schází a jak se cítí.

Principy PP korelují s potřebami nemocného a zahrnují tyto základní cíle:

- *„symptomatickou léčbu,*
- *zmírňující péči,*
- *efektivní terapii somatické a psychické bolesti,*
- *emotivní podporu,*
- *spirituální pomoc,*
- *sociální zázemí,*
- *aktivní nebo aktivizační program pro umírající,*
- *doprovodnou odbornou pomoc rodině umírajícího“ (Haškovcová, 2000, s. 38).*

Potřebami člověka se v různých dimenzích zabývala řada psychologů, psychoanalytiků a jejich následovníků jako Freud, Adler, Rogers, Frankl, Fromm nebo Maslow (Wagnerová, 2005).

Americký psycholog Maslow sestavil pyramidu potřeb uspořádanou dle naléhavosti potřeb člověka. Popisuje v ní vztahy a nutnost návazností jednotlivých potřeb, kde by absencí jedné z nich nemohla být uspokojena ta další. To znamená, že

neuspokojením základních biologických potřeb, které jsou základem lidské existence, by člověk nemohl komfortně prožívat ty další, jako je potřeba bezpečí, potřeba někam patřit, potřeba úcty a respektu, krásy seberealizace a transcendence – spirituality a duchovních potřeb (Říčan, 2010, s. 111).

V PP mají potřeby pacienta určitý vývoj závislý na postupující nemoci a zhoršujícím se zdravotním stavu. V některých dimenzích se potřeby redukuje a mění. Co bylo důležité na začátku, u konce už ztrácí smysl.

„Prioritou je zachovat konformitu života a minimalizovat pocity označované jako špatné“ (Vorlíček, 1998, s. 366).

Co zůstává a je důležité zachovat, je právo pacientů (bez ohledu na formu poskytované péče) na poskytnutí těchto potřeb, povýšených na mravní normu. Jedna z takových právních norem je americká **Charta umírajících**, která *„povídá o právu na naději, vyjádření emoci a svých pocitů, právo rozhodovat o své léčbě a péči, právo nezemřít opuštěn, právo nemít bolest, právo nebýt klamán, právo na důstojnost, právo na pomoc rodiny, uchování své individuality a identity, laskavé zacházení a důstojnost“* (Haškovcová, 2000, s. 37).

„Nemoc a smrt vždy byly a budou integrální součástí lidské zkušenosti. Způsob, jakým se snažíme identifikovat a odpovídat na jedinečné potřeby každého umírajícího a na postupně ztráty nemocného a jeho blízkých, je citlivým indexem zralosti společnosti“ (Munzarová, 2005, s. 61).

2.2 Identifikace potřeb pacienta v PP

V PP u různých autorů bývají potřeby nemocného rozlišovány ve čtyřech základních dimenzích, a to na:

- biologické potřeby,
- psychologické potřeby,
- sociální potřeby,
- spirituální – duchovní potřeby.

2.2.1 Biologické potřeby

Biologické potřeby zahrnují základní aspekty, jako jsou kontrola bolesti, symptomatická léčba, péče o hygienu a nutriční podpora. Kontrola bolesti je jedním z klíčových prvků, protože bolest je často spojena s pokročilými nemocemi a může výrazně ovlivnit kvalitu života pacienta.

Bolest může být důležitá, protože nás upozorňuje na nějaký problém v našem těle, ale také krutá, neboť bývá zdrojem psychické paralýzy, vyvolává strach, vztek, zlost a nepohodlí. „*Bolest můžeme tlumit, ale paradoxně tlumení bolesti může zabít*“ (Kolář, 2021, s. 110). Pravdou zůstává fakt, že díky tlumení bolesti pacient může prožít svoje poslední dny kvalitněji a v duševní pohodě. Kromě toho je důležité zajistit adekvátní léčbu ostatních symptomů, jako jsou dehydratace, únava, nevolnost nebo deprese.

Zajištění hygieny je dalším důležitým aspektem biologických potřeb. Udržování hygieny pomáhá prevenci infekcí a komplikací, což je zvláště důležité u dlouhodobě ležících pacientů. Nutriční podpora hraje rovněž klíčovou roli při zachování dostatečného příjmu živin a energie, což může pozitivně ovlivnit stav pacienta a jeho celkovou pohodu.

Zajištění těchto biologických potřeb přispívá k celkovému komfortu a pohodě pacienta v jeho posledním životním období. Jejich správná péče má také vliv na to, jak pacient vnímá kvalitu svého života a jak dobře zvládá svou nemoc. Z tohoto důvodu je důležité biologickým potřebám věnovat zvláštní pozornost a zajistit, aby byly v rámci paliativní péče adekvátně splněny.

2.2.2 Psychologické potřeby

Sem patří všechny potřeby nezávislé na tělesné schránce člověka. Každé gesto, slovo, dotyk nebo postoj vyjadřuje respekt a úctu, zachování důstojnosti k nemocnému (Svatošová, 1995).

Můžu mluvit, aniž bych komunikoval, komunikuji, aniž bych mluvil. Pocit bezpečí, důvěry, psychická pohoda, blízkost toho druhého, empatie, vstřícná a otevřená komunikace, to vše do jisté míry pomáhá nemocnému zvládat jeho stav.

V důsledku své nemoci se pacienti často potýkají s řadou emocí, jako jsou strach, úzkost, smutek nebo osamělost, a představami o blížící se smrti. Poskytování emocionální podpory a porozumění ze strany SP a blízkých osob je klíčové pro zvládnání těchto emocionálních obtíží a udržení duševní pohody (Svatošová, 1995).

Důležitá je především možnost vyjádřit a sdílet své pocity. Je potřeba poskytnout pacientům prostor a příležitosti k tomu, aby mohli svobodně vyjádřit své myšlenky, pocity a obavy, neboť to přispívá k jejich duševnímu zdraví. Otevřená komunikace a empatické naslouchání jsou pro pacienta v paliativní péči zásadní. Sociální pracovník je profesionál, který musí mít dané dovednosti, aby pro klienta dokázal být kvalitním doprovázejícím.

2.2.3 Sociální potřeby

Člověk se nerodí sám a neměl by sám ani umřít. Nemocný člověk nesmí zůstat izolovaný od svých nejbližších, ideálně ani od svého přirozeného prostředí. Kromě toho s sebou nemoc přináší starost nemocného o své blízké, tedy o to, co bude dál. Je dobré, když jsou veškeré ekonomické a sociální otázky vyřešené. Mezi ně se řadí všechny závazky, které nemocný má, včetně závěti. V tomto směru vyvíjí značnou snahu zařízení poskytující paliativní péči, aby tuto možnost pacienti měli.

Jedním z hlavních prvků tzv. dobrého odcházení – dobré smrti je fakt, že pacient odchází smířený, bez závazku a v kruhu svých blízkých.

2.2.4 Spirituální potřeby

Spirituální potřeby klienta jsou často opomíjeny nejen ve většině zdravotnických zařízení, ale často i v domácí péči jak zdravotní, tak sociální službou. Ovšem pokud jde o zajištění komplexní péče nemocného, je nutné brát v potaz i jeho duchovní potřeby.

„Spirituální potřeby pacienta nejsou totéž, co potřeby psychologické, s nimiž bývají obvykle zaměňovány. Jde o hlubší a osobnější angažovanost ve sdílení se s pacientem na té nejhlubší úrovni“ (Svatošová, 1998, s. 28). Duchovní rozměr zahrnuje hledání smyslu, hodnot a poslání, což může být pro pacienty, kteří čelí vážným onemocněním a blížícímu se konci života, velmi významné. Tady je potřeba si uvědomit, že duchovní potřeby nejsou doménou jen věřících pacientů, týkají se všech, kteří hledají smysl utrpení, hledají odpovědi na svoji životní situaci, ale i odpuštění a smíření. Víra v Boha pro věřícího znamená sílu, naději, povzbuzení, ale i odevzdanost do vůle Boží.

Haškovcová (2000) ve své knize uvádí teoložku Dorothy Solleovou, která poukazuje na podobu modlitby *„jako hlubokého dialogického vyjádření bolesti člověka a o Bohu, který je bez modlitby němý“* (s. 135). Píše o využití potenciálu, jakým je **víra**, protože věřit znamená říct životu „ano“ v jeho konečnosti, omezenosti i bolavosti (Haškovcová, 2000).

Duchovní potřeby lze vnímat různými způsoby, které mohou mít společného jmenovatele, a tím je potřeba milovat a být milován. Svatošová uvádí tuto potřebu lásky jako univerzální duchovní potřebu. Odkazuje na *První list Korintským*, definici lásky, aktuální pro všechny věřící i nevěřící. *„Protože víra, naděje a láska jsou v životě člověka důležité, obohacující a dávají mu jiný rozměr.“* (Svatošová, 2012, s. 41).

Součástí paliativního týmu bývá i kněz nebo nemocniční kaplan. Je důležité nepodceňovat duchovní potřeby pacientů, často na nich totiž stojí dobré umírání – člověk z tohoto světa odchází v klidu a pokoji.

2.2.5 Vztah mezi potřebami klienta a kvalitou poskytované péče

Poskytování kvalitní péče vyžaduje efektivní spolupráci mezi nemocným a pracovníkem, která má vést k dosažení určitých výsledků a naplnění stanovených cílů. Klíčovým prvkem k této spolupráci je získání si pacientovy důvěry vytvořením **lidského vztahu**. Jak uvádí Kopřiva ve své knize s příznačným názvem *Lidský vztah jako součást profese*, „klient potřebuje důvěřovat, cítit se bezpečný a přijímaný. Bez toho vztahového rámce se práce pomáhajícího stává jen výkonem svěřených pravomocí“ (Kopřiva, 2016, s. 15).

Lidský vztah je založen na respektu a důvěře jak ze strany nemocného, tak ze strany pracovníka. Podmínkou lidského vztahu je lidský přístup. Kopřiva v té samé knize rozlišuje několik možných přístupů sociálních pracovníků:

- **angažovaný pracovník** klienty vnímá jako své přátele, jedná s nimi empaticky a s respektem, pomáhat jim je pro něj prioritou;
- **neangažovaný pracovník** vnímá svoji práci pouze jako výkon určité pravomoci bez osobního zájmu, jeho vztah ke klientovi je neutrální nebo ještě horší než neutrální (Kopřiva, 2016, s. 16).

Matoušek doplňuje typologii SP dle Banksové o další přístupy:

- **radikální pracovník** – jeho práce vychází spíše ze zájmu o změnu zákonů sociální politiky, které považuje za nespravedlivé, nežli o zájem jednotlivého klienta;
- **byrokratický pracovník** – úředník držící se všech zásad a předpisů, ale také přísný normalizátor;
- **profesionální pracovník** – ideál mezi všemi uvedenými typy, profesionál v oboru, který preferuje individuální přístup ke klientovi a vnímá ho jako aktivního spolupracovníka (Matoušek, 2008, s. 46).

Dalším faktorem, jenž hraje důležitou roli v přístupu pracovníků, je osobnost. „Osobnost pomáhajícího je jedním z důležitých nástrojů,“ které sociální pracovník používá a které mají významný vliv na kvalitu jeho práce (Geringová, 2011, s. 21). „Osobnost lze definovat jako relativně stabilní systém, komplex vzájemně propojených somatických a psychických funkcí, který determinuje prožívání a uvažování a chování jedince, z toho vyplývající jeho vztah k prostředí“ (Wagnerová, 2005, s. 215).

Každý jedinec je vlastníkem směsi určitých vlastností, schopností a projevů, které ho prezentují ve společnosti, ale také odlišují od ostatních. Schmidbauer (2000) ve své knize *Psychická úskalí pomáhajících profesí* potvrzuje tezi o osobnosti coby základního nástroje pomáhání a doplňuje ji o další klíčový prvek, **motiv pomáhajícího**.

Hawkins a Shohet (2004) považují za zásadní věc uvědomění si motivů vedoucích k práci v pomáhající profesi, v nichž se pak zrcadlí **kvalita pomáhání a vztahu s klientem** (s. 23).

V kontextu paliativní péče je nutno podotknout, že přístup a osobnost pracovníka je pro kvalitu poskytované péče zásadní. Vzhledem k citlivosti a zranitelnosti nemocného je potřeba pracovník, který bude chápající, empatický, laskavý, schopný určité dávky altruismu. Haškovcová (2000) uvádí, že pro kvalitní výkon zmiňované profese je velká dávka altruismu více než žádoucí (s. 152).

Dalším důležitým aspektem spolupráce a kvalitního vztahu je **pochopení vnitřního světa** toho druhého. Každý člověk je jedinečnou neopakovatelnou bytostí, která prožívá svět okolo jinak než ti druzí. „*Chápání, vnímání a rozumění okolnímu světu je značně ovlivněno naší individuální životní historií, i historií naší rodiny a rodu*“ (Geringová, 2011, s. 38).

Pokud chceme nějakému jedinci porozumět, musíme se na svět podívat jeho optikou. Abychom to dokázali, musíme druhému naslouchat, nechat si převyprávět jeho příběh, vnímat, co nám říká, a snažit se pochopit, jak myslí to, co říká. V PP lze vidět rozdíly v prožívání u jednotlivých pacientů. Sociální pracovník musí umět porozumět jejich strachu, smutku, depresi i bolesti.

Kopřiva (2016) ve své knize píše o tom, jak je důležité brát v úvahu vnitřní svět toho druhého, neboť bez něj druhému nemůžeme porozumět, a tedy ani mu adekvátně pomoci. „*Zajímáme-li se o vnitřní svět druhého, mnohé konfliktní situace mezi pomáhajícím a jeho protějškem se přirozeně přemění v situace spolupráce*“ (Kopřiva, 2016, s. 38). Práci s příběhem nemocného, jeho zkušenostmi, zážitky i vzpomínkami můžeme brát jako cestu k lepší vzájemné spolupráci, pochopení, a tím i k uspokojování klientových potřeb.

V neposledně řadě je důležité být nejen odborníkem, ale i člověkem, „*umět odhadnout, jak se k nemocnému přiblížit, a jak si zachovat odstup, být trpělivý, vytrvalý*“

a věrný. Při doprovázení umírajících neskryvat nejistotu a bolest, být autentický“
(Matoušek, 2005, s. 205).

3 Problematika hranic

Problematika udržitelnosti, správného nastavení hranic pracovníků pro zajištění kvalitní péče a zachování jejich duševního zdraví a pohody je v kontextu paliativní péče klíčová. Celá tato kapitola je věnována vyjasněním a představením této problematiky. Kromě vymezení základních pojmů se zabývá různými jevy a faktory vznikajícími v této oblasti a mezi SP a klientem v paliativní péči.

3.1 Hranice – vysvětlení pojmu a definice

Problematika hranic osobních nebo profesních je samo o sobě dost náročné téma, protože zde se člověk setkává nejen sám se sebou, a také ve vztahu s někým dalším. V konfrontaci se svým vlastním „já“ a identifikací svých potřeb, cílů a schopností musí jedinec zaujmout určitý postoj, vymezit způsob chování a přístupů nejen k sobě, ale i k okolí.

Co vlastně „hranice“ znamenají a co si pod tímto pojmem představit? Nejjednodušším způsobem vysvětlení je přirovnání k fyzickým hranicím, které lze snadno identifikovat. Nikomu nečiní problém určit například hranice pozemku, majetku, kraje nebo států, neboť takové hranice jasně vymezené, viditelně označené a jakékoliv jejich porušení nese určitá rizika. Stejně jako u fyzických hranic je i u osobních a duchovních hranic zapotřebí, aby měly své ohraničení.

3.1.1 Hranice Já a neJá

Fyzicky lze hranice **Já** určit ve vztahu k nahému tělu člověka. „*Já jsem mé nahé tělo, jak je vidím, hmatám, vnímám...*“ (Říčan, 2010, s. 183).

Klíčovým aspektem osobních hranic je jejich poznání a pochopení u samotného člověka. Jsou o tom, jak je on sám vnímá a vymezuje. Jedná se o způsob jeho projevu, prožívání, reakce na vysílání zvenčí i zevnitř. Kromě toho osobní hranice ukazují prostor jeho působnosti, odpovědnosti za to, co vlastní. Je možné je vnímat jako závazek nebo povinnost.

„*Moje hranice mě musí definovat. Určuje, co jsem já, a co nejsem. Hranice ukazuje, kde končím já, a kde začíná někdo jiný, což ve mně upevňuje pocit vlastnictví*“ (Cloud & Townsend, 2018, s. 30).

Důležité je si uvědomit, do jaké míry nás tyto hranice definují a jakou nad nimi máme kontrolu. Určování hranic Já a neJá souvisí s jejich překročením a identifikací s druhým člověkem.

(Kopřiva, 2016) přirovnává osobní hranice k rozdělení pravomocí mezi státy. Znamená, to, že vše, co se stane na území určitého státu, podléhá jeho zákonům. Dále vysvětluje, že v rámci určité pomoci je možná spolupráce, ale jen do té míry, kterou daná krajina stanoví. Totéž platí i o člověku. „*Kdyby bral člověk životní zájmy všech ostatních lidí stejně vážně, jako své osobní životní zájmy, pak by nepřežil*“ (Kopřiva, 2016, s. 74). Z uvedeného lze vyčíst, že moje hranice začínají a končí tam, kde chci já. Já jsem správce, já určuji, kdo může vejít a kdo nikoliv, kdo smí k hranice a kdo až do domu.

3.1.2 Vytváření hranic jako proces

Schopnost mít hranice a umění je udržovat není něco, co by člověku bylo dáno, nebo k čemu dospěje každý jedinec. Hranice nejsou nijak geneticky podmíněny, „*s vědomím „já“ se člověk nerodí*“ (Kopřiva, 2016, s. 75), je to dlouhodobý proces, kterému se učíme již od malého dítěte. Jak uvádí Cloud a Townsend (2018), „*tvorba hranic je neustálý proces, ale jeho nejkritičtější etapy probíhají ve velice raném věku člověka, kdy se utváří jeho charakter*“ (s. 58). Říčan (2010) ve své knize *Psychologie osobnosti* uvádí celou řadu faktorů, které získáváme a které nás ovlivňují od narození až po smrt.

Co se týče hranic, Cloud a Townsend (2018) vymezují v životě člověka několik etap, kde je možné pozorovat vytváření identity samých sebe, našeho prostoru i směřování k dalším lidem. Stejně jako Kopřiva (2016) poukazuje na důležitost **vztahu** jako základu lidské existence a potřebu někam patřit, být milovaný a cítit se bezpečně.

Základem pro schopnost správného nastavení hranic mají být získané prožitky z naplněného vztahu, vytvořeného pouta mezi rodiči a dítětem. Za klíčové považují autoři období od narození dítěte po dobu tří let jeho věku. Toto období se rozděluje na

několik fází, a to: **vytvoření pouta, oddělení a individualizace, klubání a zkoušení** (Cloud & Townsend, 2018).

Každá z fází je něčím specifická. Lze v ní pozorovat vymezování, poznávání sebe sama a zaujetí určitého postoje ve vztahu k rodičům a blízkým na základě jejich vedení. Spadá sem první „ne, nechci, nelíbí se mi to“ ze strany dítěte, ale také první „ne“ ze strany rodičů. Dítě se musí cítit bezpečně a milované, aby dokázalo přijmout a pochopit, že „ne“ do vztahu patří a nijak ho neohrozí. Respektovat hranice druhých lidí, „*naučit schopnosti „Ne“ nejen vysílat, ale také přijímat*“ (Cloud & Townsend, 2018, s. 67).

Rodiče musí svému dítěti správně vymezit hranice a dítě musí pochopit, že pokud je překročí, je to sice špatně, ale pořád zůstává jejich milovaným dítětem. Neméně významným je období dospívání a dospělosti, kde se zásadně mění způsob našeho života. Škola, opuštění rodičů, sexualita, život v partnerství, to jsou nové role, ve kterých se každý jedinec musí učit říkat „ano“ i „ne“.

3.1.3 Konflikty v hranicích

Konflikty v hranicích úzce souvisí s osobností člověka, jeho povahovými rysy, charakterem a klíčovým je i již zmiňované období dítěte v raném věku.

Častokrát se dostaneme do situace, v níž naše reakce neodpovídá tomu, co chceme udělat, co chceme říct, jak chceme reagovat. Někde uvnitř to víme, dokonce si to i v mysli říkáme, ale slyšíme se říkat pravý opak. Kolikrát se ptáme sami sebe, proč tomu tak je. Závidíme našim přátelům a kolegům, jak se k věci umí postavit. Doslova bojujeme sami se sebou, máme problém stanovit si hranici. Uvedené konflikty mají původ někde v naší rané minulosti, nicméně my si to nemusíme uvědomovat ani pamatovat.

Příčin těchto konfliktů může být nespočet, od těch nejobyčejnějších, jako je nedůslednost ve výchově, až po situace v rodinách, kde dochází k patologickým jevům jako násilí, závislost či zneužívání.

Dítě, kterému bude odepírána pozornost a láska rodičů, protože zlobí, přizpůsobí veškeré své chování tak, aby se taková situace neopakovala. „*Děti, jejichž rodiče se stáhnou, když si začnou vytyčovat hranice ... rozvíjí jen milující a citlivé části své osobnosti*“ (Cloud & Townsend, 2018, s. 69). Vzorec, který si dítě odnese do dospělosti, bude ve znamení ústupu hranic – když řeknu „ne“ zůstanu sám, nikdo mě nebude

milovat. Ovšem ani přílišná shovívavost a benevolence nevede ke správnému pochopení hranic. Přináší do našeho života a vztahu chaos. Život bez hranic nás zničí.

Opačným příkladem je **nepropustná zed'**; ta vypovídá o strachu z ublížení nebo zranění, kterého se nám dostalo. Prožitá trauma z dětství má veliký vliv na utváření vztahu i nastavování hranic v dospělosti. Jak je vidět, uvědomování a nastavování si vlastních hranic ve vztazích není jednoduchou záležitostí. Na jedné straně je naše minulost, na straně druhé jsme my se svými zkušenostmi. Kopřiva (2016) v souvislosti s hranicemi vymezuje pojem **splývání**, což je jev, v němž pracovník přebírá starosti klienta na sebe. Pomáhání spočívá v potřebě pracovníka být potřebován.

3.2 Rizika vyplývající z porušení hranic

Pracovník v paliativní péči je pomáhající profesionál, který denně čelí obrovské fyzické, psychické a emocionální zátěži. Proto je role hranic v oblasti paliativní péče zásadní. Neschopnost umět je udržet nese určitá rizika, která mohou výrazně ovlivnit kvalitu pracovníkovy práce, vztahy v týmu, ale i vztah s nemocným a jeho rodinou.

Důvodů může být hned několik. Některé z nich jsou v této práci už uvedeny v jiném kontextu, ale je důležité je zde znovu zmínit. Vliv osobnosti jako určitého modelu předpokládaného chování s jejími specifickými rysy často poukazuje na to, že určité typy nemají dostatečnou míru schopností a odolností zvládat negativní emoce. V PP je míra zátěže obzvláště vysoká a jejím zdrojem jsou situace, které popisuje více autorů zabývajících se tímto tématem. Tyto situace mohou být shrnuty do několika základních bodů:

- *náročná péče o těžko nemocné,*
- *řešení zátěžových situací s nemocným a jeho rodinou,*
- *doprovázení umírajících,*
- *vztahy mezi zaměstnanci,*
- *fyzická a psychická zátěž,*
- *nízká míra podpory ze strany zaměstnavatele.*

Stres

Zdrojem zátěže je nepochybně stres. Paulík (2022) spojuje stres k situaci, která je vnímaná jako „riziková, obtížná, ohrožující výrazně rovnováhu organismu a vyvolává v něm závažné změny“ (Paulík, 2022:65).

Křivohlavý (2001) vychází z Hookova zákona elasticity používaného v mechanice při popisu vlivu tlaku na určitý předmět. Dalo by se tedy říct, že zákon vyjadřuje vztah stresu k zátěži a převedením na člověka můžeme hovořit o stresu všude tam, „*kde se dostává do zátěžové situace určitého tlaku ze všech stran, a je doprovázený biochemickými, fyziologickým, kognitivními a behaviorálními změnami*“ (Křivohlavý, 2001, s. 169). Jinými slovy, nároky kladené na člověka přesahují jeho možnosti a schopnosti je zvládnout.

Joyce Meyer (2012) stejně jako Křivohlavý (2001) vychází z původní definice stresu, kde tlak dlouhodobě působící nadměrnou zátěží zničí zatěžovaný předmět. To samé se stane s člověkem, pokud včas něco nezmění (Meyer, 2012, s. 173).

„*Dlouhodobý stres ovlivňuje naši rozhodovací schopnost a to tak, že ji snižuje*“ (Kolář, 2021, s. 23).

Následkem stresu mohou být negativní emoce, jako smutek, deprese, úzkost, strach, ale i poruchy spánku a s nimi spojená únava či burnout. V horších případech mohou být příčinou i nemoci jako je posttraumatická stresová porucha, která v určitých případech může souviset se vznikem Alzheimerovy nemoci.

Autoři dále rozvádí další možnosti dělení stresu dle vlivu na organismus člověka, jeho dobu trvání a intenzitu.

3.2.1 Syndrom vyhoření – burnout

V souvislosti s dlouhodobou zátěží můžeme mluvit o vyčerpání, v případě pomáhajících profesí pak o syndromu vyhoření tzv. burnout.

Této problematice se věnuje mnoho autorů a existuje nespočet studií a definic. Kdysi byl tento jev přisuzován jenom pracovníkům pomáhajícím v první linii, pozdější studie prokázaly, že prvky vyhoření je možné zaznamenat ve všech oblastech pomáhajících profesí (Maroon in Freudenbereger, 2012).

Na základě zpracovaných studií různých expertů se výše uvedený autor ve své knize podrobně věnoval právě tématu Syndromu vyhoření. Hledal společné prvky definic, které pak shrnul do jednotlivých složek:

- **pocity** – negativní emoce a vztahy;
- **ohnisko** – příčiny některých emocí, pocházející přímo od pracovníků (vnitřní ohnisko), nebo zvenčí, mimo vlastní osobu, třeba z pracovního prostředí;

- *čas – určitý vývoj emocí, změna postoje pracovníku k práci* (Maroon, 2012, s. 25).

Syndrom vyhoření tedy lze chápat jako koktejl určitých typických negativních znaků, které se u pracovníka projevují a vedou ke změně jeho chování v pracovním procesu (Matoušek, 2008).

Křivohlavý (1998) popisuje širokou škálu příčin a projevů, které se mohou objevit na straně pracovníka, klienta nebo organizace.

V PP se pracovník denně setkává s pacienty, s nimiž řeší obzvláště obtížné, emočně náročné situace. Pokud on sám není dostatečně připravený, emocionálně zralý nebo z nějakého důvodu zvolená profese nenaplnuje jeho očekávání či potřeby, může u něj dojít k vyhoření. Problém může nastat v nefunkčních mezilidských vztazích na pracovišti, tj. špatné vztahy mezi kolegy, nedostatečná pomoc a podpora, chybějící sdílení. Na straně instituce pak hlavními důvody, které vedou k vyhoření, mohou být přetěžování personálu z důvodů jeho nedostatku, chybějící motivace nebo pozitivní hodnocení, přehnané požadavky na práci, nesmyslná pravidla, neefektivní nebo nesrozumitelná komunikace a další (Křivohlavý, 1998).

Znaky syndromu vyhoření – vyčerpání, odcizení, izolace, prázdnota, cynismus, netrpělivost, vznětlivost, nedůvěra, paranoia, ztráta cílevědomosti, psychosomatické jevy a jejich psychické a fyzické projevy, deprese (Freudenberger in Maroon, 2012).

Projevy syndromu vyhoření

Úplně nejběžnějšími projevy syndromu vyhoření jsou ztráta angažovanosti, nezájem nebo jen zběžný zájem pracovníka o potřeby klienta a bagatelizace jeho problému, vyhýbání se kontaktu s klientem, změna priorit v práci, omezování komunikace, častá pracovní neschopnost a konflikty na straně klientů i kolegů (Matoušek 2008).

Projevů však může být daleko více, záleží na individualitě pracovníka. Nicméně lze podotknout, že vyhoření se vždy nemusí týkat nadměrné zátěže a přepracovanosti. Příčinou může být i neschopnost nebo nemožnost prosadit určitou změnu, nečinnost, ale i nuda.

Kabelka (2006) uvádí, že vyhoření v paliativní péči má za následek špatné nastavení hranic, neschopnost, sebereflexe, ale také neschopnost říct si o podporu týmu. Paliativní péče je týmovou prací a péče o tým znamená:

- *mít jasné cíle a vize a najít společnou cestu v komunikaci, aby jim všichni porozuměli;*
- *reflektovat zpětnou vazbu spolupracovníků, umět si o ni říct;*
- *najít způsob, jak ventilovat emoce spojené z vlastní paliativní péčí o nemocné;*
- *umět ventilovat provozní emoce a problémy;*
- *být otevřený, upřímný.*

Předpokladem funkčnosti týmu je nutná precizní spolupráce všech členů týmu, připravenost, znalost a respekt své role v týmu, ale také role všech kolegů. Zvládnutí emocí je úkolem celého týmu, podpora je jeho povinnost. Veškeré problémy a chyby je nutné řešit a vyřešit ke spokojenosti všech členů (Kabelka, 2006).

Prevence syndromu vyhoření

Předcházet syndromu vyhoření lze dodržováním určitých zásad. Matoušek uvádí, že je nutné být na svoji profesi důkladně připraven, konkrétně znát svoji roli v práci, mít náležité dovednosti a předpoklady pro zvolenou profesi, vhodné pracovní podmínky, možnost supervize, možnost změny pracovní pozice a v neposlední řadě jasné vymezení povinností vyplývajících z práce.

Kopřiva (2016) uvádí několik důležitých oblastí, které v prevenci hrají hlavní roli:

- ***životní styl*** – pohyb, výživa, spánek;
- ***mezilidské vztahy*** – problémy ve vztazích, můžou za hodně problémů, způsobují je hlavně špatně nastavené hranice;
- ***přijetí sebe samého*** – člověk, který žije a pracuje ve věčném konfliktu sám se sebou samým, nemá se rád nebo na sebe klade vysoké nároky, není nikdy spokojený (Kopřiva, 2016, s. 100).

3.2.2 Syndrom pomocníka

Pro práci v PP je nutné mít jisté osobnostní předpoklady a dovednosti, což ale není jediná podmínka určující úspěšnost a zvládnutí profese. Dalším důležitým

předpokladem nejen pro paliativní péči je **motiv** pomáhajícího. „*Motiv je faktor, který aktivizuje lidské chování, a směřuje ho k uspokojení určité potřeby. Motivy lze interpretovat osobní příčiny určitého chování*“ (Wagnerová, 2005, s. 168). V souvislosti se syndromem pomocníka může být důvodem pomoci uspokojení určité vlastní potřeby. V pomáhajících profesích může jít o moc nad klientem, pocit uznání či důležitosti. Obětování se pro klienta může vypadat jako žádoucí jev, který však může skrývat zcela jiné pracovníkovy motivy.

Není vždy jednoduché jasně poznat, zda je motiv pro zvolenou profesi ten správný. Hawkins a Shohet (2004) vyzývají k nutnosti zamýšlet se nad motivem svého pomáhání. Oba autoři se odvolávají na Guggenbühl-Graiga (1971), který tvrdí, že „*nikdo nemůže jednat výhradně z čistých motivů*“ (s. 8). Autor poukazuje na skutečnost, že jednou z možností, proč člověk pomáhá, je naplňování vlastních potřeb, hojení si vlastních ran.

Průkopníkem této studie je Wolfgang Schmidbauer, který ve svém díle *Syndrom pomocníka* (2000) dopodrobna rozebírá úskalí tohoto problému a je přesvědčen, že „*syndrom pomáhajících je spojením charakteristických osobnostních rysů, jež dělají ze sociální pomoci na účet osobního vývoje strnulou životní formu*“ (Schmidbauer, 2000, s. 21). Schmidbauer rozlišuje pět složek syndromu, přičemž každá z nich má specifický projev vlastností, které se odráží v chování pracovníka:

- *odmítnuté dítě* – naznačuje potřebu pozornosti a lásky odmítnutého dítěte, jde o zranění z dětství ve své rodině;
- *identifikace s NadJá* – nepřestávající touha po dokonalosti, která pracovníka ochuzuje o pocit z dobré vykonané práce; „*Být pod vlivem ideálů Nadja znamená vystupovat v roli „super pomáhajícího“ za nenapadnutelnou fasádou s kontrolovaným chovaným orientovaným na výkon*“ (Geringová, 2011, s. 98).;
- *narcistická nenasytlost* – forma perfekcionalismu smíchaná s fanatismem v uspokojování svých potřeb prostřednictvím chvály o vlastní dokonalosti;
- *uhýbání před vzájemností* – neschopnost vytvoření vztahů;
- *nepřímá agrese* – forma kontrolované agrese, pracovník svoji agresi projeví později jiným způsobem, nikdy ne konfrontací v reálném vztahu (Schmidbauer, 2008, s. 31).

Syndrom pomocníka se může projevovat jakousi formou altruismu, kdy pracovník upřednostňuje klientovo blaho, potřeby a spokojenost před svými vlastními za cenu uznání, vytvoření závislosti klienta na jeho osobě. Jeho práce je zdánlivě o výkonu a perfektně provedené práci, ale „*ve skutečnosti jde o formu obrany před vlastní slabostí.*“ (Geringová, 2011, s. 93).

3.3 Faktory ovlivňující udržení hranic

S udržitelností hranic úzce souvisí psychická a fyzická pohoda pomáhajícího. Poslední podkapitola se zaměřuje na ukazatele, které mohou pracovníkům pomoci zaujmout takové postoje, v nichž si dokážou zachovat svoji duševní rovnováhu, a tak i zvládat zátěž spojenou s touto prací.

Základem pro práci v pomáhajících profesích je schopnost umění o sebe pečovat. Jen vyrovnaný, duševně zralý pracovník může klientovi poskytnout kvalitní péči. Zvláště to platí pro pracovníky v PP, kde péče o sebe sama by měla být kompetencí každého pracovníka. Jak již bylo uvedeno v předcházejících kapitolách, rizika vycházející z opomíjené péče o svou vlastní osobu mají své následky.

3.3.1 Hranice a víra

Víra v životě člověka hraje významnou roli. Pro každého jedince může být zdrojem, nástrojem pomoci, oporou či duševní silou. Pro věřícího člověka je nadějí, že vše dokáže, zvládne. Věřící pomahači často neznají svoje hranice a může se zdát, že je ani nepotřebují. Láska k bližnímu je pro ně často jediný a ten největší závazek. Zde však může vzniknout problém. Věřící člověk si myslí, že něco musí, protože se to od něj očekává. Pak ale může docházet ke vnitřním konfliktům, které sám v sobě člověk má. Cloud a Townsend (2018) ve své knize popisují několik mýtů o hranicích a mimo jiné pojednávají právě o tom, jak věřící mylně chápou svoje hranice a jaké očekávání od věřících mají ti, u nichž v životě nemá víra místo.

- *Když stanovím hranice, jednám sobecky, někteří toho zneužívají.*
- *Hranice jsou znamením neposlušnosti.*
- *Když stanovím hranice, zraním druhé.*
- *Hranice působí pocit viny* (Cloud & Townsend, 2018, s. 95-111).

Vztah mezi hranicemi a vírou je velmi individuální a závisí na konkrétním prožívání člověka. Každý člověk je zodpovědný za svůj život, svoje pocity, chování, i za to, co mu patří. Hranice jedince nezavazují, naopak mu dávají svobodu. Mocht říct „ne“ na něco, s čím nesouhlasí. Právo říct „ne“, když nemůže nebo je unavený. Každý člověk by se o sebe měl starat a chránit si své zdraví, a tedy i zdraví jiných. Zdravý vztah je vždy o respektu a svobodě a chce-li člověk čerpat z víry, musí umět udržet si zdravé hranice.

3.3.2 Supervize

Mezi další faktory, které mohou podpořit SP v jeho náročné práci, patří dobrá supervize. Je víceméně záležitostí organizace ji svým zaměstnancům dle potřeby zprostředkovat.

Hawkins a Shohet in Hess popisují supervizi jako „čistou mezilidskou interakci, které obecným cílem je, aby se jedna osoba, supervizor, potkával s druhou osobou, supervidovaným, ve snaze zlepšit schopnost účinně pomáhat lidem“ (Hawkins et al., 2004, s. 59).

Dle Maroona (2012) je supervize systematickým, plánovaným a kontrolovaným procesem za účelem efektivnějšího plnění své práce v instituci.

Supervizi lze vnímat jako nástroj pomoci v pomáhajících profesích, který v osobě supervizora provede pracovníky přes úskalí všech možných problémů vycházejících z jejich práce. Předmětem k řešení mohou být konkrétní situace, které zažívají při vlastní péči, nebo problémy týkající se vztahu s klienty nebo kolegy, pracovní zátěže, špatné komunikace s vedením atd.

Funkce supervize

- *vzdělávací,*
- *podpůrná,*
- *řídící.*

V poradenských službách se lze setkat s pojmy jako restorativní a normativní. Cíle supervize jsou určovány dle její funkce. Podpůrná má za cíl řešit problémy a situace, které pracovníci mají se svými klienty, mezi sebou nebo sami se sebou,

zatímco vzdělávací je povede k nácviu a rozvoji určitých dovedností vedoucích k zajištění kvalitnější péče.

Supervize mohou být rovněž dlouhodobé nebo krátkodobé a podle počtu účastníků se rozlišuje supervize *individuální, skupinová a týmová*.

Individuální – odehrává se mezi jedním pracovníkem a supervizorem. Může mít podobu plánovaných schůzek na předem domluvená témata a jejím cílem je podpořit profesionální fungování pracovníka.

Skupinová – týká se více pracovníků do počtu 8 až 10 lidí. Supervize probíhá formou diskuse na témata, která jsou pro pracovníky v daném momentě aktuální.

Týmová – zastoupené jsou všechny pozice pracovního kolektivu. Tato supervize má svoje zásady a podmínky, bez nichž by nemohla probíhat. **Otevřenost, akceptace, bezpečný prostor a důvěra** by měly být samozřejmostí.

Dalším důležitým aspektem je poskytnutí vhodného zázemí organizace pro takovou supervizi. Každý účastník supervize má právo říci svůj názor, a úkolem supervizora je zajistit, aby každý ze členů měl možnost se vyjádřit.

Další formy supervize jsou *intervize, autovize a Balintovské skupiny*.

Intervize – jde o formu supervize bez supervizora. Podstatou je sdílení, rozhovor dvou spolupracovníků v kontextu určení jisté kompetence pro práci, činnost.

Autovize – jde o sebereflexi pracovníka, který sám v sobě hledá odpovědi na proběhlou situaci. Následně reflektuje svoje pocity, a to co bylo řečeno, co viděl, co cítil.

Balintovské skupiny – jde o práci ve skupině 6 až 12 osob. Cílem je vybrat téma, na němž se shodnou všichni účastníci sezení. Celý program je rozdělen do pěti fází:

- **Expozice případu** – vysvětlení případu, který se má řešit;
- **Otázky** – účastníci se doptávají na další okolností, které by jim mohli pomoci k objasnění případu;
- **Fantazie** – představy účastníků, pocity, které v nich daná postava z příběhu vyvolává;
- **Praktické náměty k řešení** – návrhy k řešení od členu skupiny;
- **Vyjádření protagonisty** – předkladatel se vyjadřuje ke všem připomínkám a hodnotí je (Matoušek, 2008).

3.3.3 Duševní hygiena

Jedním z hlavních faktorů zvládnání zátěže je duševní hygiena. Zahrnuje soubor strategií a návyků, které podporují psychické zdraví a pohodu jednotlivce. Je to preventivní přístup zaměřený na udržení duševního zdraví, rovnováhy a prevenci duševních obtíží (Míček, 1984).

V rámci duševní hygieny je nutné dodržovat zásady, které mohou napomoci organismu lépe zvládat psychickou zátěž a chránit ho tak před nemocí.

Zásady duševního zdraví

- *adaptace, odolnost;*
- *sebepoznání, sebevýchova;*
- *zrání osobnosti;*
- *duševní klid – odpočinek;*
- *sociální interakce;*
- *zdravý životní styl;*
- *úprava životního a pracovního prostředí (Křivohlavý, 2001).*

Z uvedeného lze vyčíst, že dané zásady zahrnují psychickou i fyzickou oblast člověka.

Adaptace, odolnost

„Jednou ze základních podmínek vývoje člověka i jeho přežití je účinná adaptace na neustále se měnící podmínky působící v interakci lidského jedince s prostředím“ (Paulík, 2017 s. 11).

V běžném životě člověk čelí různým překážkám, problémům a výzvám, na něž jistým způsobem reaguje. Od narození až po dospělost jsme nuceni se adaptovat na nové prostředí – doma, v práci, ve společnosti. Každá z těchto situací je něčím specifická a s sebou může nést jistá rizika. Adaptace je schopnost přizpůsobit se daným podmínkám a změnám a vyrovnat se s nimi. V souvislosti s adaptací jsou také spojovány další výrazy jako integrace, socializace, adjustace, asimilace, aklimatizace.

„Odolnost představuje kvalitu jeho adaptační schopnosti, která umožňuje adekvátně zvládat dynamické podmínky, v nichž žije, a vyrovnávat se v interakci s nimi, aniž by bylo narušeno fungování osobnosti“ (Paulík, 2017, s. 147).

Autor rozlišuje odolnost fyzickou a psychickou. Fyzickou odolností lze chápat funkčnost a strukturu lidského těla, která se projevuje tělesnou zdatností, zdravotním stavem a jistými vytrénovanými dovednostmi. Psychická odolnost se týká kvality lidské psychiky a projevuje se schopností odolávat tlakům zátěže, rychlou regenerací systému, akceptací pozitivních i negativních prožitků, aktivizací zdrojů atd. Je důležité zdůraznit, že odolnost je nezbytným předpokladem pracovníků v PP.

Pojmy, které s odolností souvisí, jsou optimismus, pozitivní myšlení, psychická stabilita, sebedůvěra, smysl pro humor, spiritualita, styl a typ chování.

Sebepoznání a sebevýchova

Poznávat sám sebe znamená určitý druh pozorování vlastních reakcí na podněty zevní i zevnitř, schopnost vcítit se do svých pocitů. Umění rozpoznat, v čem se jednotlivec cítí komfortně, kde už nemůže, kde už to nezvládne. Sebepoznání je druh sebereflexe vlastních pocitů, chování a projevů sebe samého vysílaných směrem dovnitř i ven. V aplikaci na PP je tato schopnost nepostradatelná při práci s klientem a práci v týmu. Přeceněním vlastních sil, vysokým sebevědomím nebo naopak podceňováním svých schopností může jedinec nadělat hodně škody sobě i okolí.

Křivohlavý in Míček uvádí metody sebepoznání:

- *registrace vlastního jednání – poznávání toho, co děláme;*
- *pravidelná sebereflexe – úvahy o vlivech působících na to, co děláme;*
- *písemné zachycení sebereflexe;*
- *vedení deníku – zaznamenání problému, vyhodnocení;*
- *introspekce – sebepoznávání právě v probíhající chvíli;*
- *sebezpozorování zaměřené na citové projevy;*
- *pozorování vlastního uvažování – myšlenkové pochody;*
- *sebezpozorování prostřednictvím postřehů, úsudků (Křivohlavý, 2001, s. 146).*

U Paulíka je v souvislosti s časem sebepoznání rozlišeno na:

- ***aktuální krátkodobé perspektivě*** – v přítomném okamžiku „tady a teď“;
- ***dlouhodobé perspektivě*** – identifikace charakteristických vlastností a jejich příčiny.

Duševní klid a odpočinek

Umět odpočívat – na první pohled by se mohlo zdát, že se jedná o nejpřirozenější činnost člověka, ale opak je pravdou. Pro mnoho lidí pravidelný odpočinek není samozřejmostí a jeho nedostatek často vede k prohlubování únavy a vyčerpání.

Spánek patří k nejméně efektivnímu pasivnímu typu odpočinku. Je důležité na to dbát, protože nedostatkem spánku a pravidelného odpočinku tělo ztrácí schopnost odolávat stresu a zátěži. Vyčerpanost organismu přináší hodně nežádoucích jevů, a s tím i řadu nemocí (Paulík, 2017).

3.3.4 Coping a copingové styly a strategie

Copingem se označuje jako vědomý a aktivní způsob zvládnání stresu. Je důležité si uvědomit, že coping není totéž, co adaptace. Coping se uplatňuje v případech, kdy je zátěž vzhledem k odolnosti nezvladatelná. Představuje tedy nástroj, který má pomoci nadlimitní zátěži zvládnout.

Paulík in Lazarus uvádí dva základní typy copingu:

Coping zaměřený na problém – uzpůsobit, změnit prostředí a chování tak, aby se dal problém zvládnout.

Coping zaměřený na emoce – dostat emoce pod kontrolu; nastupuje až poté, co je coping zaměřený na problém nedostačující.

V copingových strategiích jde v podstatě o techniku či taktiku, jak docílit toho, aby se i velká zátěž dala zvládnout. Toho lze docílit sebereflexí svého chování, reakcí, pocitů. Když jedinec ví, jak na určité podněty reaguje, vymyslí taktiku, jak reagovat jinak. Aplikuje přitom jisté ověřené vzorce a modely chování. Dalo by se říci, že se jedná o určitý trénink, nácvik postupů, způsobů chování, odpovědí, které mu pomohou zvládnout to, co jindy nedokáže.

V aplikaci na PP je takových situací nespočet. Kupříkladu odpovědi na otázky ohledně času smrti, sdělování diagnózy nebo řešení strachu a depresí nemocných.

Zvládnání negativních emocí

Negativní emoce jsou emoce, které na člověka mají neblahý vliv a narušují jeho psychickou rovnováhu. Jsou následkem stresu, přepracovanosti, zátěže a mohou souviset s neuspokojením některé z jeho potřeb. Aby je jedinec zvládnul, musí je umět předvídat, poznat a nějak na ně reagovat.

Paulík () uvádí techniky, které by nám mohly pomoci:

- *tichá samomluva s instrukcí* – jde o nacvičenou formuli, která situaci pomáhá zlehčit (např. „to mě nemůže rozhodit, zvládnul jsem i horší věci“);
- *odvedení pozornosti od rozčilujících jevů* – najít jiný cíl pozornosti, změnit prostředí nebo činnosti;
- *programové soustředění*.

Důležitou zásadou, všem známou, ale ne vždy zvládnutelnou, je nedělat důležité rozhodnutí ve stavu rozčilení.

3.3.5 Zdravý životní styl

V první řadě je potřeba vysvětlit, co je zdraví. Teorií a definic o tom, co je zdraví, existuje spousta a pro každého jednotlivce pojem zdraví může znamenat něco jiného. Křivohlavý (2001) spolu s dalšími autory uvádí více teorií se zaměřením na různé oblasti člověka. Jeho vlastní teorie je, že „*zdraví je celkový (fyzický, psychický, duchovní, sociální) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobného snažení druhých lidí*“ (Křivohlavý, 2001, s. 40).

Kvalita života je spokojenost člověka nad schopností plnit si své životné cíle. Zdravý životní styl se odvíjí od všeho, co člověku pomáhá si zdraví udržet. Být zdravý znamená nebýt nemocný. Nebýt nemocný znamená dávat tělu a duši to, co potřebuje. Zdravý životní styl je spojený se zdravou výživou – dodržováním životosprávy, správnými stravovacími návyky apod. Neodmyslitelnou částí v rámci zdraví je rovněž pohyb. Tělesná aktivita patří k základním atributům existence člověka. Její důležitost spočívá v tom, že přispívá ke zlepšení tělesné kondice, dobré náladě a duševní pohodě, kvalitnějšímu spánku a slouží jako prevence různých nemocí.

3.3.6 Sociální opora

„Sociální opora je jedním z přirozených aspektů každodenního života. Její podpora se může měnit podle situací, do kterých se člověk během života dostává“.

G. Bruhn a B. U. Philips

Sociální oporou rozumíme pomoc, jaké se člověku dostane od jiných lidí. O sociální opoře hovoříme tam, kde jde o pomocný a podpůrný vztah lidí, kteří jsou člověku nejbližší (Křivohlavý 2001).

První institucí, která v životě člověka hraje velkou roli, je jeho rodina a jeho místo v ní. Zázemí rodiny, pokud je pevné, plné porozumění a lásky, má velký vliv na odolnost vůči zátěži a stresu. Funkční rodina je základním kamenem pro zvládání zátěže a stresových situací.

Další důležitou roli hrají přátelé, partnerské vztahy a pracovní vztahy. Uvedené techniky, nástroje, postupy, zásady jsou možnostmi, doporučeními, které pracovník může využít nejen k tomu, aby byl schopen zajišťovat kvalitnější péči, ale také k tomu, aby sám mohl lépe žít, cítil se dobře, měl kontrolu nad svými emocemi, soudy, životem a v neposlední řadě také k tomu, aby dokázal držet svoje hranice a neohrožoval sebe ani své okolí.

4 Shrnutí teoretické části

Teoretická část bakalářské práce se zaměřuje na tři hlavní oblasti: paliativní péči, identifikaci potřeb klientů a problematiku hranic v kontextu paliativní péče.

Paliativní péče je představena jako komplexní obor sociální práce, jehož hlavním cílem je zajištění kvalitní péče a podpory pro pacienty v pokročilém stádiu nemoci. Tato péče není zaměřena pouze na léčbu samotného onemocnění, ale také na zlepšení kvality života pacienta a jeho rodiny. Sociální pracovníci hrají klíčovou roli v paliativním týmu, poskytují emocionální podporu, pomáhají s vyřizováním praktických záležitostí a koordinují různé formy pomoci.

Druhá kapitola teoretické části se zaměřuje na potřeby v paliativní péči. V rámci této péče je důležité rozpoznat a identifikovat potřeby klientů, které mohou být biologické, psychologické, sociální nebo duchovní. Kvalitní péče by měla být individualizovaná, s respektem potřeb každého jednotlivého pacienta a jeho rodiny.

Problematika hranic je dalším důležitým tématem v kontextu paliativní péče. Hranice jsou pro zachování profesionality a efektivity práce nezbytné, ale mohou být vystaveny různým tlakům a konfliktům. Porušení hranic může mít negativní dopady jak na kvalitu poskytované péče, tak i na blaho pracovníka. Rozpoznání a vhodné nastavení hranic je proto pro úspěšnou práci sociálních pracovníků v paliativní péči klíčové. V této části jsou diskutovány faktory ovlivňující udržení hranic, včetně osobních, organizačních a sociálních faktorů, a jsou představeny různé strategie a techniky, které mohou pracovníkům v této náročné oblasti práce pomoci.

5 EMPIRICKÁ ČÁST

Zatímco teoretická část seznamuje s problematikou paliativní péče, s jejími hlavními aktéry a možnými riziky vycházejícími z náročnosti a velké psychické zátěže pracovníků a s tématem udržitelnosti hranic jejich důležitostí pro správné fungování a zajištění kvalitní paliativní péče, empirická část bakalářské práce je zaměřena na metodologii prováděného výzkumného šetření a je rozdělena na tři části.

První část se zabývá formulací hlavního výzkumného cíle a transformací dílčích cílů. Tématem druhé části jsou charakteristika a zdůvodnění zvoleného vzorku, představení a odůvodnění zvolené metody sběru dat, popis postupu při sběru dat, včetně možných rizik ze strany respondentů i výzkumníka. Poslední část se věnuje analýze, interpretaci a následnému vyhodnocení sesbíraných dat.

5.1 Formulace výzkumných cílů

Hlavním cílem bakalářské práce je zjistit, jaké faktory ovlivňují schopnost pracovníků v paliativní péči udržet si hranice. Pro dosažení tohoto výzkumného cíle jsou stanoveny tři dílčí cíle, které jsou formulovány tak, aby se docílilo co nejlepších výsledků šetření. Hlubší uvedení do problematiky hranic a pochopení smyslu celého výzkumného šetření je důležité k tomu, aby respondenti porozuměli, o co v daném šetření jde. Proto byla zvolena i jistá strategie kladení otázek, která povede k dosažení tohoto cíle.

Hlavní výzkumný cíl

Zjistit základní faktory, které mají vliv na udržitelnost hranic v paliativní péči.

DC1: Jak vymezují a chápou pracovníci v PP svoje osobní hranice

Důvodem zvoleného dílčího cíle bylo uvědomění si vlastních osobních hranic respondentů a zamyšlením se nad schopností je identifikovat.

Kladené otázky mají odhalit a navést respondenta, aby se dokázal zamyslet, jaké místo v jeho životě mají hranice a jak moc nebo nikoliv jsou důležité.

DC2: Udržitelnost profesionálních hranic pracovníků v PP

Zatímco první dílčí cíl má za úkol zjistit u respondentů, jak vnímají svoje osobní hranice, druhý dílčí cíl zjišťuje udržitelnost hranic profesionála v paliativní péči.

DC3: Základní faktory ovlivňující udržitelnost hranic v PP

Udržitelnost hranic respondentů v PP je podmíněna více faktory, a proto je poslední dílčí cíl zaměřen na zjištění a identifikaci těchto faktorů.

5.1.1 Transformace dílčích cílů do tazatelských otázek

Tabulka č. 1: Transformační tabulka

Hlavní výzkumný cíl	Dílčí cíle	Tazatelské otázky
Zjistit základní faktory, které mají vliv na udržitelnost hranic SP v PP	DC1: Jak chápou a vymezují osobní hranice SP	1. Jak byste definovala svoje „osobní hranice“? 2. Jaký význam mají pro Váš život osobní hranice? 3. Co nejvíce ovlivňuje / ovlivnilo nastavení Vašich osobních hranic? 4. V jakých situacích vidíte největší riziko překročení hranic? 5. Jak byste popsala Vaše hranice z pohledu jejich propustnosti?
	DC2: Udržitelnost profesních hranic v paliativní péči	1. Popište, jak vnímáte nastavení a důležitost svých hranic v rámci své profese? 2. Jakým způsobem reflektujete svoje hranice k potřebám klientů? 3. V kterých situacích nejčastěji máte problém s udržení hranic? 4. Jakou roli hraje při nastavování hranic paliativní tým? 5. Jaký vliv na Vaše hranice mají emoce a nadměrná psychická zátěž? 6. Má nastavení Vašich hranic vliv na kvalitu péče?
	DC3: Faktory ovlivňující udržitelnost hranic v PP	1. Popište, jakou podporu v rámci udržitelnosti hranic zajišťuje organizace? 2. Jaké faktory reflektujete ze strany sociálního prostředí?

		<p>3. Jakým způsobem posilujete svoje hranice vy sama?</p> <p>4. Jaký vliv na hranice má Váš životní styl?</p> <p>5. Má víra – spiritualita vliv na udržitelnost Vašich hranic?</p> <p>6. Jaký vliv na udržitelnost hranic mají profesní zkušenosti, vzdělání a orientace v problematice PP?</p>
--	--	--

5.1.2 Zdůvodnění vybrané výzkumné strategie

Vybrat vhodnou strategii pro výzkum je klíčové pro zajištění sběru relevantních dat.

„Sila kvalitativních dat spočívá v tom, že jsou přirozeně uspořádané a popisují každodenní život“ (Hendl, 2005, s. 161). Je důležité zvážit jejich volbu, aby se co nejlépe dosáhlo vytyčeného cíle. Zvolená strategie se odvíjí od zkoumaného vzorku a účelu zkoumání.

Pro svoji bakalářskou práci jsem zvolila kvalitativní výzkum. Vzhledem k tématu a účelu zkoumání nejvíce odpovídá cíli, kterého chci dosáhnout. Kvalitativním výzkumem je možné docílit komplexnějšího pohledu na zkoumanou problematiku, protože je flexibilnější a pružnější – díky tomu je po dobu průběhu zkoumání možné získat větší obsah dat. Jeho výhodou je rovněž možnost zamýšlet se nad věcí hlouběji, a tak lépe pochopit pocity, emoce a motivy informantů (Hendl, 2005, s. 143).

Jako techniku kvalitativního výzkumu jsem zvolila polostrukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami. Dle Miovského (2006) polostrukturovaný rozhovor patří k nejrozšířenějším technikám v kvalitativním výzkumu, poukazuje na důležitost výběru prostředí, roli tazatele pro zajištění autenticity a kvality dat (s. 160).

Hendl (2005) uvádí *„že vedení kvalitativního rozhovoru je uměním i vědou zároveň. Vyžaduje dovednost, citlivost, koncentraci, interpersonální porozumění a disciplínu“* (s. 166).

Nezbytnou součástí výzkumu je důkladná příprava schématu a okruhu otázek, které je třeba projít, čímž se zajistí, že budou zodpovězené všechny otázky potřebné pro zajištění výzkumu.

Výběr této techniky mi umožňuje dostat se blíže k informantům, dává mi možnost doptávat se jich a vysvětlovat otázky, kterým informant nerozumí.

Důležitou roli během rozhovorů hraje i neverbální komunikace, neboť tvář v tvář je možné často odhalit jevy, které jindy odhalit nelze.

5.1.3 Etické aspekty výzkumu

Respekt etických norem je neodmyslitelnou součástí realizace výzkumu a zachování práv a důstojnost všech zúčastněných je při jeho uskutečňování zásadní. Jedná se o právo na bezpečné prostředí, anonymitu, právo odmítnout odpovídat na otázky, které jsou nepříjemné. Základním etickým principem je respekt vůči všem zúčastněným.

Mezi základní faktory patří dobrovolnost, nikdo nesmí být k výzkumu nucen. Nezbytný je rovněž informovaný souhlas, seznámení s účelem zkoumání a použitím získaných dat. Informant má právo vědět, jak se budou data uchovávat a může rozhodnout o jejich dalším užití.

Tazatel musí vést rozhovor citlivě, empaticky a vlídně. Na rozhovor by měl být připravený, měl by rozpoznat, kdy je nutné rozhovor ukončit.

5.1.4 Rizika výzkumu

Kvalitativní výzkum má svoje výhody, ale i rizika. Zvláště v prostředí, kde můžeme očekávat velkou emocionální zátěž. Rizika lze vnímat, jak na straně informanta, tak na straně výzkumníka.

Co se týče pravdivostí informací, informanti mohou z různých důvodů skrývat nebo zamlčovat informace, buď kvůli nedostatku důvěry k výzkumníkovi, kvůli obavám z následků sdělení určitých informací nebo z jiných osobních důvodů. To může vést k neúplným datům nebo zkresleným interpretacím.

Milovský považuje, za hodně důležitý aspekt, získání důvěry a respektu informantů k výzkumníkovi, přičemž zdůrazňuje, že nejde jen o motivaci k výzkumu, ale hlavně

poskytnutí přesných informací. (Milovský, 2006) Disman (2002) varuje před riziky a zkreslení údajů z osobního důvodu, zachování tváře. To znamená ukázat se v lepším světle, a odpovídat dle očekávání výzkumníka. Zmiňuje vliv prostředí, kde je výzkum prováděn a doporučuje volit prostředí, které bude neutrální pro obě strany.

Na straně výzkumníka to mohou být jisté předsudky nebo postoje, které ho mohou odklonit od správného pochopení problému. Je důležité, aby výzkumníci byli schopni uvědomit si své vlastní pocity a aktivně pracovali na jejich identifikaci a minimalizaci jejich vlivu na výzkumný proces. Úspěchem pro dobrý výzkum a co nejpřesnější data je minimalizace rizik, jak ze strany informantů, tak ze strany výzkumníka.

5.2 Zdůvodnění a charakteristika vybraného vzorku

Pro svoje výzkumné šetření jsem si vybrala Hospic Anežky České v Červeném Kostelci. Výběr tohoto jmenovaného zařízení má hned několik důvodů. Před několika lety jsem měla příležitost tento hospic navštívit a již tehdy mě paliativní péče hluboce oslovila. Tato zkušenost mě ovlivnila natolik, že jsem se rozhodla zaměřit svou bakalářskou práci právě na toto téma.

Zařízení spadá pod neziskovou organizaci Charita ČR, ve které už 11 let pracuji, a naše práce spočívá na stejných principech; dělat výzkum u vzdálených kolegů se mi tak jevila jako vhodná volba. Kromě toho část teorie v mé BP se opírá o literaturu paní doktorky Svatošové, zakladatelky hospicového hnutí, která stála u zrodu Hospice Anežky České.

Hospic Anežky České byl úplně prvním charitním, sociálně-zdravotnickým modelovým zařízením v ČR. Byl založen 1. 12. 1994, zprovozněn 1. 1. 1996 a jeho zřizovatelem a zakladatelem je Biskupství Královéhradecké.⁴

Hospic Anežky České se zaměřuje na specializovanou paliativní léčbu pacientů v terminálním stádiu nemoci. Jedná se především o onkologické pacienty, kterým byla ukončena kauzální léčba. Veškerá péče není poskytována jen samotnému pacientovi a zajištění všech jeho potřeb, ale i jeho rodině a dalším blízkým osobám, a to během celé léčby.

Součástí je i pomoc pro rodinu v případě smrti pacienta tzv. péče o pozůstalé, která spočívá v možnosti rozhovorů se zkušenými pracovníky, korespondenci nebo

⁴ <https://www.hospic.cz/historie.html>

pravidelných setkáních pozůstalých. Hospic nabízí možnost ubytování a nepřetržitých návštěv rodiny a přátel.

Kromě doktorů je personál tvořen zdravotnickým a pečovatelským týmem, sociálními pracovníky, psychoterapeuty, duchovními a dobrovolníky. Vedle pobytového zařízení je součástí i mobilní hospic, jenž pacientům umožňuje dožít svůj život ve svém přirozeném prostředí za podpory rodiny a paliativního týmu.

Mnou vybraný výzkumný vzorek je tvořen 6 informanty. Všichni informanti jsou ženy ve věku od 34 do 63 let. Z toho čtyři z nich jsou sociální pracovníce (In1,2,3,4), jedna je zdravotní sestra (In5) a jedna ošetřovatelka (In6).

Původně měli být ve výzkumu zahrnutí jen sociální pracovníci, ale z toho důvodu, že zařízení tolika SP nedisponuje, jsem se uchýlila k rozhodnutí do výzkumu zařadit i další pracovníky, kteří jsou součástí paliativního týmu, a to zdravotní sestru a ošetřovatelku.

Tuhle skutečnost nakonec vnímám jako velkou výhodu, jelikož mi umožnila podívat se na problematiku hranic daleko komplexněji. Zdravotnický a ošetřovatelský personál jsou pacientovi blíže, frekvence péče i čas strávený s klientem je o něco delší. Vztahy mezi klientem a zmiňovaným personálem mohou být intenzivnější, a proto i jejich vnímání hranic může mít jinou podobu.

Tabulka č. 2: Popis informantů

Označení informanta	Věk, pozice	Odpracované roky v zařízení
Informant č. 1	63 – sociální pracovníce	15 let
Informant č. 2	60 – sociální pracovníce	6 let
Informant č. 3	38 – sociální pracovníce	8 let
Informant č. 4	34 – sociální pracovníce	6 let
Informant č. 5	53 – zdravotní sestra	3 roky
Informant č. 6	38 – ošetřovatelka	8 let

5.2.1 Postup a realizace sběru dat

Prvotní fází bylo oslovení odpovědní sociální pracovnice hospice formou telefonického hovoru s žádostí o možnost provést výzkumné šetření v jejich zařízení. Případná rezervace a termíny už byly řešeny operativně přes e-mail. Prostřednictvím e-mailové korespondence byla pracovnice seznámena s tématem BP a cílem celé práce. Sociální pracovnice byla prostředníkem mezi mnou a dalším personálem. Každý z informantů měl možnost předem seznámit se s otázkami, které budou během rozhovoru pokládány.

Teoretická příprava obsahovala tvorbu okruhu otázek na základě zvolených dílčích cílů a veškeré rozhovory následně probíhaly ve zmiňovaném zařízení. Před samotnou realizací rozhovorů jsem měla možnost exkurze celého zařízení i s výkladem. Neformální seznámení a uvolnění atmosféry prostřednictvím této exkurze jsem vnímala velmi pozitivně.

Realizace probíhala individuálně v kancelářích jednotlivých sociálních pracovníků, v případě dalšího personálu pak v místnosti určené pro odpočinek se zajištěním potřebného soukromí. Každý z informantů byl seznámený s průběhem rozhovorů, se všemi právy vyplývajícími ze zachování anonymity, bezpečného prostředí, s právem neodpovídat, ukončit rozhovor i s uchováváním sesbíraných dat. Každý informant, který s rozhovorem souhlasil, podepsal informovaný souhlas, jehož vzor je uveden v příloze BP.

5.2.2 Způsob zpracování dat

Rozhovory byly se souhlasem informantů nahrávány na diktafon s tím, že po přepisu rozhovorů budou zvukové záznamy vymazány. Přepsané rozhovory byly analyzovány a zpracovány dle obsahu a odpovědí informantů, interpretace a vyhodnocení získaných dat bylo provedeno analýzou odpovědí na základě shody nebo odlišnosti tak, aby byla zodpovězena hlavní výzkumná otázka.

6 Interpretace získaných údajů

Tato část práce je zaměřena na interpretaci získaných dat, tedy na výklad zjištěných informací následně zpracovaných dle dílčích cílů. Každý dílčí cíl se skládá z určitého okruhu otázek, na které informanti odpovídali. Odpovědi informantů byly zpracovány podle obsahu shody či odlišnosti. Některé odpovědi si byly hodně podobné, v jiných případech byly pro autentičtější pohled použity přímé citace informantů.

6.1 DVC 1 Jak vymezují a chápou pracovníci v paliativní péči svoje osobní hranice

Tento dílčí cíl má za úkol zjistit, jak pracovníci v paliativní péči chápou a definují své osobní hranice. Tato analýza má ukázat, jakým způsobem osobní hranice formují jejich profesní hranice, jaký mají vliv na jejich osobní i profesní život, a tedy i na kvalitu práce v paliativní péči.

Jak byste definovala svoje „osobní hranice“?

Informanti chápou důležitost osobních hranic, ale měli potíže s popsáním nějaké osobnější charakteristiky vlastního vnímání hranic. Až doplňující otázky je nasměrovaly k hlubšímu zamyšlení se.

In3 chápe hranice jako zdravé nastavení pro fungování bez komplikací, ale spíše o nich nepřemýšlí, má to dané automaticky.

In5 popisuje osobní hranice jako „*svůj osobní prostor, kde můžu jenom já, kde se můžu svobodně rozhodovat, kde je mně dobře*“.

In1,2,4,6, reflektují svoje osobní hranice v kontextu jejich významu a důležitostí, na přesnou definici reagují spíše vyhýbavě.

Jaký význam mají pro Váš život osobní hranice?

Význam osobních hranic většina informantů vnímá jako ochranný mechanismus, který teoreticky skvěle ovládají, ale v praxi je to často jinak. Někteří z informantů poukazují na individualitu situací, kde je nutné hranice posunout – jde však o vědomé porušení.

In1 říká: „*pro někoho hranice porušíte, někdo Vám za to nestojí.*“

Pro **In4** jsou hranice velmi citlivé téma. Ví, že jsou, musí být, a rozumí jejich důležitosti, ale nedokáže je udržet – správně nastavit. „*Říkat, „ne“ prostě neumím, i když chci, a vím, že bych měla. Jsem pak zklamaná a frustrovaná.*“

Co nejvíce ovlivnilo nastavení Vašich osobních hranic?

U každého z informantů to bylo něco jiného:

In2 uvádí, že nastavení hranic vychází z jejího vnitřního přesvědčení jako věřícího člověka. Vzor měla ve svých rodičích, ve výchově, ale nezapomíná ani na sebe. Její dlouholeté zkušenosti ji naučili, jak důležité je milovat i sám sebe, a v tomto směru umět reflektovat svoje pocity.

Inf4 má malé děti a až jejich narozením pochopila, že všechno má svoji mez. Zatím to praktikuje jen ve výchově dětí, jinde moc úspěšná není.

In5 naučily držet hranice vztahy, „*až v partnerství pochopíte, že udržet rovnováhu, stabilitu je otázkou hranic a práce s nimi.*“

In1 nastavuje svoje hranice intuitivně, ví, kdy a jak se musí chovat, během jejího života se na hranice důraz nekladl a nemluvalo se o nich. Každý věděl, kde je jeho místo a co je jeho povinnost.

Z uvedeného vyplývá, že za nastavením hranic mohou být různé důvody. U starších ročníků se hranice moc neřešily, osobní zkušenosti byly normou, která určovala, co jsem schopný akceptovat, a co už ne.

Rizika překročení osobních hranic

Odpovědi na tuto otázku měly odhalit, v čem informanti vnímají největší riziko porušení hranic a v jakých situacích nejčastěji dochází k překročení hranic.

In3 žádné riziko neuvádí, má nastavené hranice tak, že se nikdy nijak necítí ohrožená.

In4 spojuje největší riziko v kontextu své profese.

Inf1 vidí riziko v závazku, který je spojován s jejím přesvědčením – vírou, očekáváním druhých lidí, že musí být vždy nápomocná.

Inf2,5,6 vidí největší riziko překročování hranic u svých blízkých, u lidí, na kterých jim záleží.

Shrnutí DC1

Tento cíl měl za úkol zjistit, jak informanti definují svoje hranice, jaký mají význam, jaké rizika reflektují a co ovlivňuje jejich nastavování. Informanti vnímají osobní hranice jako obranný systém ve vztahu k sobě i ve vztahu k druhým. Rizika uvádí v kontextu své práce, víry nebo blízkých lidí. Výchova, rodiče, partnerské vztahy či děti jsou aspekty, které mají největší vliv na proces nastavování hranic.

6.2 DVC2 Udržitelnost profesních hranic v paliativní péči

Tenhle dílčí cíl nás posouvá dál ke klíčovému aspektu celé práce, a to k profesním hranicím. Pracovník v paliativní péči se denně potýká s velkou emocionální zátěží a stresovými situacemi, které vyplývají z péče o klienty a jejich rodiny.

Na otázku „**Jak vnímáte důležitost svých hranic v rámci profese?**“ odpověděli informanti takto:

In1 popisuje profesní hranice jako hodně tenký led. „*Potkávám se tady s lidmi, kteří jsou na odchodu. Cítím jejich bezmoc, strach, úzkost. Chci jim dát to nejlepší ze sebe, dělám to ráda, chci to takhle dělat. Důležité pro mě je, že mě to nesmí ohrozit.*“

In2 v profesních hranicích má jasno, v těch osobních je to těžší. Intuice i tady má svoje místo, ví jak na to. Bojí se vyhoření a má strach, že nebude dost empatická, když poruší určitou mez.

In3 ví, jak moc jsou důležité, nebojí se žádného rizika, práce v hospici ji nijak neohrožuje, nezatěžuje.

In4 moc dobře ví, že je pořád porušuje, držet si hranice jí moc nejde, ale moc by chtěla na tom zapracovat. Nemá problém dělat něco navíc, vzhledem k tomu, že všichni pacienti jsou na tom hůř než ona.

In5 (zdravotní sestra) – hranice jsou pro její práci klíčové. Práci od osobního života odděluje a hodně dbá na to, aby ji nijak neovlivňovala. Zavřením dveří to končí. Nebylo to mu vždy tak, byly situace daleko předtím, kdy to musela vychodit. „*Byly to nachozené kilometry, abych to strávila. Pak jsem to pochopila, že tudy cesta nevede a musím s tím něco udělat.*“

In6 (ošetřovatelka) chápe jejich důležitost, ale člověk před ní je důležitější. Často vidí to, co ostatní ne. Vnímá vztah s pacientem jako intenzivnější než u ostatního personálu. Více než v péči vidí potřebu hranic pochopení, že vždy to končí odchodem – a s tím je nutné se umět vyrovnat.

Druhá tázací otázka „**Jakým způsobem reflektujete svoje hranice k potřebám klientů?**“ je zaměřená na potřeby klientů.

Všichni informanti se shodli na tom, že vzhledem k tomu, že jsou hospic, potřeby klienta, a to všechny, jsou pro ně prioritou. Některé specifické odpovědi informantů jsou zde ocitovány.

In2 sdílí své pocity ohledně potřeb klientů. „*V této poslední etapě života naši pacienti často myslí na smrt a na to, co má být po ní. Duchovno, víra, potřeba o tom mluvit, připravit se na poslední cestu je pro mě to pravé, co jim můžu nabídnout. Nikdo z nás se nebrání nabídnout tuhle útěchu, každý, jak umí. Já jsem vděčná Bohu, že ho můžu zprostředkovat těm, kteří to chtějí a potřebují.*“

In3 uvádí: „*Věnuji více času pacientům, kde to zvládám, kde to nedávám, pošlu někoho jiného.*“ Tvrdí, že ne všichni pacienti jsou vděční a hodní. Existují tzv. vysávací a někdo na ně má, někdo ne.

In4 „*Z důvodu toho, že jsme hospic, snažím se ze všech sil, svých možností potřeby a přání našich klientů naplňovat. Pokud to není v mé moci, navrhnou alternativu. Pokud to pacient nechce akceptovat, a jeho přání není v souladu s pravidly v hospici, musí jít tam, kde mu jeho přání jsou schopni splnit. Naštěstí takové situace se u nás nestávají.*“

In5 uvádí, že je pro ni největším úspěchem zbavit klienta bolestí, vše dělat tak, aby ho to bolelo co nejméně. Ale nemá problém s ničím. Stejně jako utišit bolest těla zvládne třeba rozhovor, který pohladí duši.

TO3: Ve kterých situacích máte největší problém s udržením hranic?

„*Být tady profíkem je žádoucí, ale hodně těžký*“ říká **Inf5**, která za nejhorší situaci vnímá odchod, který se nepovede; je dlouhý, bolestivý, nic nezabírá. Pak jsou to stavy pacientů, kteří jsou hospitalizováni na poslední chvíli v hodně špatném stavu.

In1,2 a 4 považují za nejtěžší situaci nečekané úmrtí a práci s pozůstalými. Bývá to většinou hodně emočně náročné.

In6 je často v úzkých, když musí odpovídat na otázky o smrti. Je jí líto, že nemůže dát naději, že se uzdraví.

Podpora paliativního týmu je další výzkumnou otázkou.

In4: „*Být jeho součástí je základním kamenem pro nastavování hranic. Je to pro mě zrcadlo, jak to má vypadat. Neříkám, že můj obraz je dobrý, ale je to záchranná vesta, padák. Učíme se jeden od druhého, sdílíme, pomáháme si.*“

In5 (zdravotní setra) vnímá roli PT **jako klíčovou**, týmová spolupráce, velká podpora, skvělý kolektiv.

I v odpovědích dalších informantů hraje paliativní tým zásadní roli, být jeho součástí pro ně znamená hodně. Všichni dotazovaní se shodli, že paliativní tým funguje skvěle.

In6 to rozvedla ještě více a vyzdvihla kolektiv jako celek za vstřícný, přátelský, bez známek povyšování. Cítí velkou podporu, když něco nedopadne.

In1 pracuje i pro mobilní hospic, kde vnímá podporu ještě intenzivněji. Prostředí klienta i jeho rodina, příběh rodiny, role pacienta v rodině, to vše na sociálního pracovníka dost doléhá. Je to náročnější proto, že tam vstupuje do prostoru, kde je v jistý okamžik sama.

TO6: Jaký vliv na Vaše hranice mají emoce a nadměrná psychická zátěž?

In3 uvádí, že v této profesi jsou emoce na místě a bez nich tato práce ani nejde dělat. Emoce, pokud je jich přes přiliš, jdou ruku v ruce s nadměrnou zátěží. Tady je to o hranicích nejvíce – důležité je nedovolit emocím, aby Vás převálcovaly, ale chybět nesmí.

„Neznám nikoho, koho by se umírání emočně nedotklo, je potřeba v tom hledat hlubší smysl. Připravit se na to nedá. Někdy jsou to emoce krásné, když se něco povede, jindy je to hodně těžký.“

In4 poukazuje na to, že s hranicemi to moc neumí a co se týče emocí, nikdy neví, jak to zvládne. Důležité jsou pro ni pozitivní emoce a dobře odvedená práce, která ji nabíjí.

In5: „*Emoce jsou důležité v naší profesi, horší je, když se Vás některé situace dotýkají až moc.*“

Poslední otázkou DC2 je **vliv hranic na kvalitu péče**.

V této otázce byly všichni informanti zajedno. Jejich odpovědi byly jednoznačné a v tomto směru pacient nikdy nepozná, že je něco v nepořádku.

In1 o hranicích a kvalitě péči říká: *„Pokud si uvědomuji, že vše, co dělám a způsob jakým to dělám, neohrožuje můj vnitřní stav a pohodu, tak kvalita mé práce není také nijak ohrožená.“*

In2 vnímá svoji práci i jako poslání a doufá, že jakékoliv nastavení hranic nijak neovlivňuje kvalitu její práce.

Shrnutí DC2

Druhý dílčí cíl byl zaměřen na důležitost profesních hranic, roli PT, emoce, potřeby klientů, psychickou zátěž i možná rizika porušení hranic. Pro informanty je naplnění potřeb klientů prioritou. Emoce a psychickou zátěž vnímají jako nezbytnou součást jejich profese, PT zaštiťuje potřebnou podporu a funguje efektivně. Kvalita péče není nijak ohrožená a samotní informanti více méně udržují své profesní hranice v dostatečné míře, aby se necítili ohrožení.

6.3 DVC3 Faktory ovlivňující udržitelnost hranic v paliativní péči

Tento dílčí cíl je zaměřen na možné faktory, které mají vliv na udržitelnost hranic. Kromě účasti podpory ze strany organizace se může jednat o podporu ze sociálního prostředí, jako je rodina a přátelé informanta, ale i širší prostředí. Nezanedbatelným faktorem je přístup k sobě samému, vzdělávání, orientaci v problematice nebo víře.

TO1: Jakou podporu v rámci udržitelnosti hranic zajišťuje organizace?

Např. Supervize a jiné

Informanti hodnotí podporu organizace vysoce. Vztahy na pracovišti jsou pro ně prioritou a organizace zajišťuje, aby tomu tak bylo pořád. Supervize negují, nevyužívají je, není to pro ně bezpečné prostředí.

In3 uvádí: *„Máme to tady úplně skvělý od vedení až po uklízečku. Předávání služeb, porady pravidelně, komunikace mezi kolegy.“*

In5 o supervizi: *„Pro nás je efektivní okamžitá pomoc a tu máme v rámci týmu velikou a dostačující.“*

In4: „Supervize pro mě není bezpečný prostor, kde bych chtěla mluvit o svých pocitech nebo problémech. Vnímám to jako narušení našeho soukromí tady.“

In6 také uvádí, že nejvíce podpory se jí dostane ze strany kolegů. Také mají k dispozici psychoterapeuta. „Vypovídat se je nejvíc, a to tady funguje.“

TO2: Jakou podporu reflektujete ze sociálního prostředí?

Informanti se shodli v tom, že zatímco rodina a přátelé respektují jejich práci a obdivují je za to, největší podporu mají v práci a v týmu. Některým z informantů vadí, že v jejich hospici už bylo a učilo se tolik lidí, a i přesto veřejnost k hospici přistupuje odtažitě.

In1: „Moje rodina respektuje volbu mé profese, ale to je vše. Vědí, proč to dělám, jen se s mým nadšením neztotožňují. Smrt a umírání je děsivé, takže doma se nevypovídám, ani si neulevím.“

In3 uvádí podporu z řad přátel, kteří dělají stejnou práci jako ona a rozumí jí. „Je velká úleva, když někdo zvenčí prožívá to, co vy.“

In4 vnímá v rodině velkou podporu, ale musí doma o tématu mluvit, a kvůli tomu, že má malé děti, je pro ni důležité, aby rozuměly, o čem její práce je. „Moje rodina je součástí hospice, vnímají moji práci a vysvětlují jim, co dělám.“ Od přátel má respekt, jsou rádi, že někdo tu práci může dělat.

In5: „Nevím, nic mě nenapadá. Já žiju sama a tak nějak si vystačím. Veškeré vztahy, které mám, patří k mé profesi.“

Třetí výzkumná otázka se zabývá posilováním hranic, respektive tím, **jak samotní pracovníci posilují svoje hranice.**

Rozmanitost odpovědí byla očekávaná, individualita člověka poukazuje i na individuální potřeby. Každý nachází podporu v něčem jiném, proto k této otázce bude více citací informantů; díky tomu bude zajištěn autentičtější pohled na problematiku.

In1 nachází potěšení v práci, konkrétně v práci na zahradě. Péče o kytky, keře a pěstování zeleniny či bylinek je nejlepší lék. Dále uvádí procházky lesem, pobyt v přírodě.

In2: „Nemám to spojené úplně s hranicemi, spíš se snažím být v pohodě a dělat věci, které mám ráda, a zajistí mi pohodu. Velmi účinná je pro mě meditace, ticho,

přemýšlení. Minimálně jednou v roce se účastním duchovních cvičení. Účast na mši svatě nebo různých modlitebních setkáních typu adorace.“

In3: *„Miluji pobyt v přírodě, hory. Snažím se žít zdravě. Jsem vegetarián, takže i jídlo vnímám jako jistý druh podpory pro moje tělo. Zdravé tělo, zdravá mysl.“*

In4: *„Momentálně mimo práci jsou moji jedinou náplní děti. Manžel má práci mimo domov, děti jsou ještě dost malé, takže nezbyvá čas na další aktivity. Všechny aktivity jsou propojené s rodinou a je to pro mě také zdroj energie.“*

In5 uvádí jako hlavní zdroj energie a pohody sport. Běhání, kolo a vyplnění volného času způsobem, který ji zajistí duševní pohodu. *„Vážím si života a volných chvil.“*

In6: *„Mám dostatek prostoru pro realizaci vlastních aktivit. Miluji pobyt v přírodě, sport, ale i kulturu – třeba dobrý koncert nebo divadlo, čas strávený s přáteli. Miluji festáky – je to prostor, kde se dá fakt dost dobře vyčistit hlava.“*

TO4: Jaký vliv na hranice má Váš životní styl?

Někteří informanti pokládali tuhle otázku za totožnou s posilováním hranic. Životní styl chápou jako součást svého přístupu k životu. S tím mají spojený dostatek odpočinku, spánku, čas na zábavu, ale i jídlo, tradici, náboženství. Určitou roli připisují schopnosti vnímat sám sebe, vnímat potřeby svého těla.

In1 vše řekla při posilování hranic a nic dalšího ji k životnímu stylu nenapadá.

In5 považuje za životní styl vše, co přispívá k našemu zdraví. *„Umět reagovat na signály, které mně vysílá moje tělo, a včas na ně reagovat.“*

In6 vnímá zdravý životní styl v osobním nastavení a schopnosti reagovat na jevy zvenku adekvátně. Snaží se být pozitivní a vyhýbá se stresu. Za každou nemocí vidí dlouhodobý, nezvládnutý stres. *„Řeším jen to, co řešit jde, nestresuji se pro věci, které nemůžu změnit.“*

TO5: Jaký vliv na Vaše hranice má víra, spiritualita?

K otázce víry se všichni informanti vyjadřovali s respektem. Víru pokládají za velmi důležitou pro práci se svými klienty. Bavit se o víře, Bohu a posmrtném životě pro ně není problém. Ve svém osobním životě víra v Boha nebo v „něco“ má svoje místo.

In1: „*Já nejsem věřící, ale ani nevěřící. Tady musíte věřit v dobro, v lásku. Když doprovázíte lidi, cítíte spoustu věcí – tajemno, pokoru odevzdanost. Nevím, co je na druhé straně, ale mám před tím velký respekt.*“

In2: „*Víra v Boha je mým největším zdrojem, proto nikdy nevyhořím. Vím proč, a to mně dává smysl i pro moji práci. Když se tak nad vším zamyslím, tak v tomto směru bych vůbec hranice nemusela potřebovat. Jde o to, jak moc hluboko dokážete věci prožívat a jak moc velký význam pro Vás mají.*“

In4: „*Spirituální potřeby má každý z nás, kdo říká, že ne, tak lže. Vyhledáváme tyto potřeby.*“

In5 je sice nepraktikující věřící, ale věří v dobro lidí a v sebe.

TO6: Jaký vliv na udržitelnost hranic mají profesní zkušenosti, vzdělání a orientace v problematice PP?

In2 považuje zkušenosti za důležité. „*Každá nová zkušenost vás něco naučí a někam posune.*“ Co se týče vzdělávání, říká: „*Čím více víme, tím jsem si jistější v našich postupech. Umíme pružněji reagovat na potřeby našich klientů.*“

In3 Vzdělávání je v hospici podporované vedením. Zkušenosti v oboru uvádí jako podstatné. Čím déle pracuje v hospici, tím více jí ta práce dává smysl.

In4 považuje zkušenosti za dost důležité, umí lépe pracovat s emocemi i komunikovat s lidmi. Odcházení a umírání je u každého jiné a obzvlášť to platí pro pozůstalé. Pro ně je to vždy poprvé a na to se nedá připravit. „*Orientace v problematice je nutná pro kvalitní práci a vedení podporuje vzdělávání.*“

In5: „*Další vzdělávání je důležité jak pro sestry, tak pro pacienta. Přístup k pacientům, ale i způsob podpory; přístupy jdou s dobou a mění se. Je nutné to všechno umět. Být připravená zasáhnout vždy, když je to potřeba, ale hlavně rozeznat problém včas je o zkušenostech i vědomostech.*“

In6 sdělovala, že když přišla pracovat do hospice, připadala si jak Alenka v říši divů. Měla ze všeho strach, nebyla si v ničem jistá. Dnes už nemá s ničím problém a cítí se tady jako ryba ve vodě. Proto může pacientům věnovat větší pozornost.

Shrnutí DC3

Třetím dílčím cílem bylo zjistit, jakým způsobem informanti posilují svoje hranice a kde nacházejí podporu. Jaké možnosti podpory reflektují ze strany organizace, sociálního prostředí a jaké z vlastních zdrojů. Co se týče organizace, uvádí největší podporu v PT a kolektivu napříč hospicem, ze sociálního prostředí je to pak rodina a přátelé. Vlastními zdroji je výčet všech možných kulturních, sportovních volnočasových aktivit, ale také dostatek odpočinku, dobrý spánek, meditace, mše svatá a modlitba. Z uvedeného vyplývá, že informanti mají dostatek zdrojů k posilování hranic, a tím i k zajištění jejich udržitelnosti v rámci profese.

6.4 Vyhodnocení dílčích cílů

Další část výzkumu se zabývá vyhodnocením dílčích cílů. Každý z dílčích cílů tvořil okruh přibližně šesti otázek odpovídajícím obsahu dílčího cíle. Dotazovaní měli odpovídat na pokládané otázky, v případě jejich nepochopení nebo neúplnosti odpovědi byly použity doplňující otázky. Informanti odpověděli na všechny otázky; nebyla evidována žádná odmítavá odpověď na kladenou otázku.

DC 1 Zjistit, jak pracovníci v paliativní péči vymezují a chápou svoje osobní hranice

Tento dílčí cíl byl pro informanty trochu náročnější kvůli citlivosti jeho zaměření. Informantům dělalo problém svoje osobní hranice konkrétně vymezit. Sice věděli, co osobní hranice jsou, ale neuměli je správně popsat. Dalo by se říct, že je vymezují automaticky, bez jakéhosi uvědomění, že je mají. Odpovědi proto měly obecnější charakter. Lepší pochopení hranic otevřely až další otázky ohledně jejich významu, rizik a propustnosti.

Většina z dotazovaných chápe důležitost a potřebnost hranice mít. Rozmanitost odpovědí ukazuje individualitu člověka a momentální životní situaci. Velkou roli zde hrají vztahy v rodině, prostředí a věk respondentů.

DVC2 Udržitelnost profesních hranic v paliativní péči

Druhý dílčí cíl měl konkrétnější podobu a posunul informanty z osobních hranic k hranicím profesionálů v paliativní péči.

Z odpovědí informantů lze jasně prokázat, že zvolená profese je víc než práce. Klienti, jejich potřeby, přání a také kvalita péče je pro ně prioritou. Informanti dokážou reflektovat svoje pocity a emoce a umí s nimi v rámci týmu/kolektivu pracovat. Samozřejmě existují nečekané situace, na které se nelze připravit, a proto jsou zde na místě pružně nastavené hranice. Jedna z dotazovaných je profesí zdravotní sestra; ta vyzdvihuje důležitost hranic, a fakt, že zkušenosti ji naučili potřebě hranice mít a držet.

I v případě druhého dílčího cíle v otázce profesionálních hranic je zapotřebí přihlídnout k tomu, že to, co je někde samozřejmostí, jinde může být problémem. Potřeba naslouchat sobě i druhým je umění, kterému se všichni učí prostřednictvím spolupráce, předáváním zkušeností a vzájemnou oporou.

DVC3 Faktory ovlivňující udržitelnost hranic v paliativní péči

Třetí dílčí cíl odhaluje faktory, které by mohly mít vliv na nastavení hranic. Odpovědi respondentů byly značně odlišné, a to z důvodu rozdílných životních preferencí, způsobu života, životního stylu a další. Na otázku o způsobu posilování hranic měl každý respondent jinou odpověď, jednoznačná shoda se však ukázala v odpovědi na otázku týkající se podpory ze strany vedení zařízení a kolektivu. Tu všichni dotazovaní vnímají hodně pozitivně a na vysoké úrovni.

Zatímco někdo relaxuje v přírodě, na horách, jiný odpočívá při četbě knihy nebo návštěvou divadla. Všechny možné druhy sportů, kulturní vyžití, výlety s rodinou, ale i pasivní odpočinek jsou dalšími možnostmi, které pomáhají respondentům od stresu a udržují je v duševní pohodě, a tedy i ve schopnosti udržení si zdravých hranic. Podstatná je v udržitelnosti hranic i víra a spiritualita. Jedna z respondentek dokonce vnímá víru v Boha jako hlavní zdroj své duševní pohody a energie.

6.5 Shrnutí výzkumné části

Ve výzkumné části práce jsem se zaměřila na analýzu osobních hranic, profesionálních hranic a faktorů ovlivňujících nastavení těchto hranic u pracovníků v paliativní péči. Informanti byli dotazováni, jak chápou a vnímají své hranice ve vztahu v práci s klienty, kolegy a samy k sobě. Zjištěno bylo, že někteří informanti nemají konkrétní představu o tom, co hranice přesně zahrnují, avšak chápou jejich význam a důležitost. Hranice jsou reflektovány spíše ve vztahu k druhým osobám a jsou vnímány jako ochranný mechanismus.

V profesionálních hranicích hraje klíčovou roli péče o klienta, jeho potřeby avšak je důležité, aby se v konfrontaci s potřebami klientů a svými, necítili ohroženi. Zároveň je výhodou pro udržení hranic skvělý tým a kolektivní podpora, kterou poskytuje pracovní prostředí. V tomto směru informanti uvádí absolutně shodně, že podpora týmu a kolegů je skvělá.

Dalšími faktory, které pomáhají udržet hranice pracovníků, je externí podpora a různé způsoby podpory zvenčí, jako jsou všechny možné volnočasové aktivity, duševní hygiena, schopnost sebereflexe, sociální opora a další strategie zvládání náročných situací. Práce s umírajícími, jejich doprovázení až do konce vyžaduje velkou odolnost ze strany SP. Proto je důležité tuto odolnost podporovat, poukazovat na důležitost vhodného nastavení hranic a jejich udržitelnost a napříč celou organizací dělat osvětu o potřebnosti zabývat se touto problematikou.

Závěr

Otázka hranic, a to jak osobních, tak profesních, zastává klíčovou roli v pomáhajících profesích, obzvláště tam, kde emoční a psychická zátěž přesahuje rámec lidských možností. Pracovníci v paliativní péči se každodenně potýkají s intenzivními emocemi jako je beznaděj, bolest a úzkost, které péče o umírající pacienty a jejich rodiny přináší. Jejich schopnost nastavit si a udržet vhodné hranice je proto zásadní pro zachování jejich vlastního duševního zdraví a kvality poskytované péče.

Celá teoretická část byla navržena tak, aby poskytla hlubší porozumění paliativní péče a její propojení s hranicemi. V práci jsou analyzovány důležité aspekty a faktory, které mohou ovlivňovat poskytování péče v tomto specifickém kontextu.

Výsledky výzkumu ukazují, že sociální pracovníci v paliativní péči vnímají vlastní hranice jako důležité pro svoji duševní pohodu, pro udržení odolnosti, při emoční zátěži, při napjatých situacích, které právě v doprovázení umírajících bývají časté. Avšak mnozí se potýkají s obtížemi s jejich udržením, často kvůli prioritě, kterou kladou na potřeby pacientů.

Je proto nezbytné, aby organizace poskytovaly pracovníkům v paliativní péči podporu a nástroje potřebné k udržení jejich hranic a duševní pohody. To může zahrnovat lepší systémy jako např. supervize, nabídku psychologické podpory a odborného poradenství, v neposlední řadě také poskytnutí prostředí, které respektuje práva a potřeby pracovníků.

Tato bakalářská práce nabízí ucelený pohled na význam hranic v kontextu paliativní péče a zdůrazňuje důležitost profesionálního a osobního rozvoje pracovníků v této oblasti. Její výsledky mohou sloužit jako základ pro další diskuzi a zkoumání v oblasti péče o pacienty v koncové fázi života.

V závěru lze tedy konstatovat, že správné nastavení hranic a poskytnutí podpory pracovníkům v paliativní péči může nejenom zkvalitnit vztahy mezi pracovníkem a klientem, pochopit a umět reflektovat svoje vlastní pocity, ale také může být přínosem pro nové postoje a přístupy a zajištění kvalitnější péče.

Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Transformační tabulka

Tabulka č. 2: Popis informantů

Seznam Příloh

Příloha č. 1 : Informovaný souhlas

Příloha č. 2: Přepis rozhovorů

Seznam použité literatury

- CLOUD, H. TOWNSEND, J. 2018. *Hranice*. 4 vyd. Praha: Návrat domů.
- DISMAN, M. 2002. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha Karolinum
- GERINGOVÁ, J. 2011 *Pomáhající profese*. 1 vyd. Praha: Triton.
- HÁŠKOVCOVÁ, H. 2000 *Thanalogie, Nauka o umírání a smrti*. 1 vyd. Praha: Galén
- HAWKINS, P., SHOHET, R. 2004 *Supervize v pomáhajících profesích*. 1 vyd. Praha: Portál
- HENDL, J. 2005. *Kvalitativní výzkum*. 1 vyd. Praha: Portál
- HENZEZEL, de M. 1997. *Smrt zblízka*. 1 vyd. Praha: ETC Publishing
- KABELKA, L. 2018. *Geriatrická paliativní péče a komunikace o nemoci. 2 přepracované a doplněné vydání*. Praha: Mladá fronta
- KOLÁŘ, P. 2021. *Posilování stresem - cesta k odolnosti*. 1 vyd. Praha: Euromedia Group, a.s.
- KOPŘIVA, K. 2016. *Lidský vztah jako součást profese*. 8 vyd. Praha: Portál
- KŘIVOHLAVÝ, J. 1998. *Jak neztratit nadšení*. 1 vyd. Praha: Grada
- KŘIVOHLAVÝ, J. 2001 *Psychologie zdraví*. 1 vyd. Praha: Portál
- KÜBLER-ROSS, Elisabeth. 1992 *Hovory s umírajícími*. Nové Město nad Metují: Signum unitatis
- KUPKA, M. 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. 1 vyd. Praha: Grada Publishing, a. s
- MAROON, I. 2012. *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků*. 1 vyd. Praha: Portál
- MARKOVÁ, M. 2010. *Sestra a pacient v Paliativní péči*. 1 vyd. Praha: Grada Publishing, a. s
- MATOUŠEK, O. 2008. *Metody a řízení sociální práce*. 2 vyd. Praha: Portál
- MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. 2005. *Sociální práce v praxi*. 1 vyd. Praha: Portál
- MEYER, J. 2012. *Ako zvládat svoje emócie*. Bratislava: 35 publikacia. Slovo života international
- MIOVSKÝ, M. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1 vyd. Praha: Grada
- MUNZAROVÁ, M. 2005 *Eutanázie nebo paliativní péče*. 1 vyd. Praha: Grada Publishing. a. s

- PAULIK, K. 2017. *Psychologie lidské osobnosti*. 2 přepracované. vyd. Praha: Grada
- ŘÍČAN, P. 2010 *Psychologie osobnosti – Obor v pohybu*. 6 vyd. Praha: Grada
- SCHMIDBAUER, W. 2008. *Syndrom pomocníka*. Praha: 1 vyd. Portál
- SCHMIDBAUER, W. 2000. *Psychická úskalí pomáhajících profesí*. 1 vyd. Praha: Portál
- SVATOŠOVÁ, M. 2018. *Neboj se vrátit domů*. Praha: Kalich
- SVATOŠOVÁ, M. 1995. *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Ecce Homo
- SVATOŠOVÁ, M. 1998. *Hospic slovem a obrazem*. 1 vyd. Praha: Ecce Homo
- SVATOŠOVÁ, M. 2012. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných*. 1 vyd. Praha: Grada Publishing, a. s
- VORLIČEK, J., ADAM, Z. et al. 1998 *Paliativní medicína*. 1 vyd. Praha: Grada Publishing
- VOLANDES, E. A. 2015. *Umění rozhovoru o konci života*. Praha: Cesta domů
- WAGNEROVÁ, M. 2005. *Základy psychologie*. Praha: Karolinum

Internetové zdroje

- HRDÁ, K., TOLLAROVÁ, B. et al. Průvodce poskytováním paliativní péče
- HOSPIC ANEŽKY ČESKÉ, dostupné online <https://www.hospic.cz/historie.html>
- ETICKÝ KODEX SP, dostupné <https://profesni-svaz-socialnich-pracovniku.apsscr.cz/ckfinder/userfiles/files/Etick%C3%BD%20kodex.pdf>
- <https://lekarske.slovníky.cz/pojem/paliativni>

Zákony

- Zákon 372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování
- dostupné https://ppropo.mpsv.cz/zakon_372_2011

Příloha č. 1 Informovaný souhlas

Informovaný souhlas s poskytnutím rozhovoru

Svým podpisem vyjadřuji souhlas s poskytnutím rozhovoru pro účely získání potřebných informací k bakalářské práci zaměřené na téma „*Udržitelnost hranic a otevřenost potřebám pracovníku v paliativní péči*“

Byla jsem seznámen/a o průběhu rozhovoru i s právem odmítnutí odpovědi na jakoukoliv otázku.

Souhlasím s nahráváním následujícího rozhovoru a jeho následným zpracováním.

Zvukový záznam rozhovoru nebude poskytnut třetím stranám a po přepsání bude vymazán. Byl/a jsem obeznámen/a s tím, jak bude s rozhovory nakládáno a jakým způsobem bude zajištěna anonymita i po skončení rozhovorů, která znemožní identifikaci mé osoby.

Nikde nebude uvedeno mé jméno či jiné osobní údaje, díky kterým bych mohl/a být identifikován/a.

V Červeném Kostelci dne:

Podpis:

Příloha č. 2: Přepis rozhovorů s (In 2) ze dne 23. 1. 2024

Červený Kostelec

Dobrý den,

jmenuji se Jaroslava Čížková a jsem studentkou UHK FF ÚSP. Důvodem našeho rozhovoru je téma mé bakalářské práce na téma „*Udržitelnost hranic a otevřenost potřebám klienta v paliativní péči*“. Pro realizaci výzkumu jsem se rozhodla oslovit Vás hospic, co mi bylo vyhověno a za co Vám moc děkuji.

S Vaším souhlasem bude rozhovor nahráván a po zpracování dat vymazán. Při podpisu souhlasu jste vyjádřila přání, aby údaje, které by vedly k Vaši identifikaci, byly upravené.

In: Dobrý den, děkuji za respekt a ochranu mého soukromí.

T: Já děkuji, že do toho jdete se mnou.

T. Dílčí cíl 1 se bude zabývat Vašimi osobními hranicemi, jejich významu pro Váš osobní život, jak je chápete, reflektujete vy sama.

TO1 Jak byste definovala své osobní hranice?

In2: S tím trochu bojuji, tak nemám úplnou potřebu je mít zvláště striktně nastavené, Jsem věřící a některé věci vychází z mého přesvědčení o tom, jak by se lidi k sobě měli chovat. Já se snažím ke všemu přistupovat tak, jak bych chtěla, aby se přistupovalo ke mně.

T: Umíte je nějak blíže popsat? Jak by měly vypadat? Co by měly představovat?

In2: Úplně to neumím, nějaký můj prostor, kde nechci, aby někdo vstupoval, nějaká zóna, moje soukromí?

TO2 Jaký význam mají pro Vás Vaše osobní hranice?

In2: Význam asi v tom, že kromě lásky k bližnímu je důležité milovat i sám sebe a v tomto směru umět reflektovat své pocity. Co chci, co už ne.

TO3 Co nejvíce ovlivnilo nastavení Vašich hranic?

In2: Mým velkým vzorem byli mi rodiče, výchova samozřejmě, a to, jak oni uměli žít ve vztahu k sobě i druhým. Takže nejvíce rodiče a pak i další lidé, kteří se v mém životě vyskytovali.

TO4 V jakých situacích vidíte největší riziko překročení hranic.

In2: Nevím, nebo spíš mám obavy, že v určitých situacích se nezachovám, jak by se ode mě očekávalo. S vírou jsou spojené jisté závazky a lidé občas na to hřeší, že se snaží využívat ty druhé. Pro mě je důležité asi to, proč to udělám, ten motiv, kterým se umím omluvit.

T: Napadne Vás nějaká konkrétní situace?

In2: Když je něčeho moc a já i tak jdu dál, nic konkrétního tak narychlo neumím sdělit.

VO5 Jak byste popsala hranice z pohledu jejich propustnosti?

In2: Asi nijak, mám je pořád ve stejné rovině – ani hodně, ani málo, spíš hodně. (smích)

T: DC 2 nás zavede dál, k problematice a bude se týkat profesních hranic.

TO1 Jak vnímáte důležitost svých hranic v rámci své profese?

In2: V profesních hranicích vím, že pokud to přepálím moc, bude to problém. Na druhé straně jsou to výčitky, že jsem třeba mohla udělat něco jinak, pomoci více. Bojím se, že nebudu dost empatická, když budu chtít držet hranice.

TO2 Jakým způsobem reflektujete svoje hranice k potřebám klientů?

In2: V této poslední etapě života naši pacienti často myslí na smrt a na to, co má být po ní. Duchovno, víra, potřeba o tom mluvit, připravit se na poslední cestu je pro mě to pravé, co jim můžu nabídnout. Nikdo z nás se nebrání nabídnout tuhle útěchu, každý, jak umí. Já jsem vděčná Bohu, že ho můžu zprostředkovat těm, kteří to chtějí a potřebují.

TO3 V kterých situacích máte největší problém s udržením hranic?

In2: I když vím a věřím, že smrtí to nekončí, ale naopak právě začíná, vždy se mě dotkne náhlá, nečekaná smrt. Tady nikdy nevíte kdy, ale někdy třeba máte pocit, že jste něco nestihla říct, udělat. Nebyl čas a už je pryč. Pak je to v práci s pozůstalými, pro ně je to vždy poprvé, ale v podstatě pro nás také. Na to se nikdy nepřipravíte. Ve chvíli, když

cítíte bolest rodiny, je to asi nejtěžší, a pak když je to mladý člověk. Tady je to ojedinělý případ, málo lidí u nás umírá v mladém věku.

TO4 Jakou roli hraje při nastavování hranic paliativní tým?

In2: Být jeho součástí je pro mě čest, respekt ze strany týmu, že některé věci vnímám jinak. Pravdou je, že u nás víra a spiritualita má svoje místo, takže to není handicap. U nás v týmu se hodně doplňujeme, každý z nás je na něco lepší, což je super. Hodně sdílíme, umíme se podržet.

TO5 Jaký vliv na Vaše hranice mají emoce a nadměrná psychická zátěž?

In2: Jako zátěž asi ne, moji práci vnímám jako poslání. Je náročná na emoce, to bezpochyby, mám ji ráda, dělám ji ráda, spokojenost, zpětná vazba od našich klientů mně říká, že to zato stojí.

TO5 Má nastavení Vašich hranic na kvalitu Vaší péče?

In2: Určitě ne, jak už jsem říkala v předchozí otázce, je to poslání, musíte vědět proč.

T: A jsme skoro u konce, poslední dílčí cíl bude zaměřený na faktory, podporu, co vy sama nebo okolí, prostředí organizace může udělat pro lepší nastavení hranic.

DC3

TO1 Jakou podporu v rámci udržitelnosti hranic zajišťuje organizace? Např. supervize

In2: Míváme supervize, hodně ojedinělé, není to ta správná cesta. Co je, tak je týmovost, skvělý kolektiv, pochopení. Máme tady psychoterapeuta, ale i duchovního. (smích) Někdy potřebujete pomoc hned, takže moct se vypovídat je zásadní.

TO2 Jakou podporu reflektujete ze sociálního prostředí?

In2: Komunita, společenství, rodina lidí v mém životě, to, že jsou.

TO3 Jakým způsobem posilujete hranice vy sama?

Nemám to spojené úplně s hranicemi, spíš se snažím být v pohodě a dělat věci, které mám ráda a zajistí mi pohodu. Velmi účinná je pro mě meditace, ticho, přemýšlení. Minimálně jednou v roce se účastním duchovních cvičení. Účast na mši svaté nebo různých modlitebných setkáních typu adorace.

TO 4 Jaký vliv na Vaše hranice má víra?

In2: Víra v Boha je mým největším zdrojem, proto nikdy nevyhořím. Vím proč, a to mně dává smysl i pro moji práci. Když se tak nad vším zamyslím, tak v tomto směru bych vůbec hranice nemusela potřebovat. Jde o to, jak moc hluboko dokážete věci prožívat a jak moc velký význam pro Vás mají.

TO 5 Jaký vliv na Vaše hranice mají zkušenosti a orientace v PP?

In2: Zkušeností, praxe v oboru, vzdělání i vzdělávání je hodně důležité. Každá nová zkušenost vás něco naučí a někam posune. Čím více víme, tím jsem si jistější v našich postupech. Umíme pružněji reagovat na potřeby našich klientů.

T: To byla poslední otázka a já Vám moc děkuji za Váš čas, Vaše odpovědi. Úplně rozumím Vašemu nastavení a mám ho skoro stejné.

In2: Není zač, ráda jsem pomohla a kdybyste cokoliv potřebovala, klidně se ozvěte.

T: Ještě jednou děkuji a přeji hezký den.

In2: Vám také a přeji hodně štěstí s bakalářkou i u státnic.

T: Děkuji.