

**Univerzita Palackého v Olomouci  
Cyrilometodějská teologická fakulta**

**Katedra Křesťanské sociální práce**

*Bakalářská práce*

**2020**

**Stanislava Komoňová**

**Univerzita Palackého v Olomouci  
Cyrilometodějská teologická fakulta**

**Katedra Křesťanské sociální práce**

*Charitativní a sociální práce*

Stanislava Komoňová, DiS.

*Práce multidisciplinárního týmu v hospicovém zařízení*

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.

**2020**

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně a že jsem všechny použité informační zdroje uvedla v seznamu literatury.

V Olomouci dne 28. března 2020

.....

Stanislava Komoňová

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala vedoucí mé práce Mgr. Zlatici Dorkové, Ph.D. za poskytnuté cenné rady, informace a za její trpělivost. Díky patří i mé rodině a přátelům za podporu během mého studia i psaní této práce. V neposlední řadě bych touto cestou poděkovala členům multidisciplinárního týmu hospicového zařízení za jejich upřímné odpovědi a čas, který mi věnovali.

## Obsah

1	Hospic .....	5
1.1	Počátky hospicové péče ve světě .....	5
1.2	Počátky hospicové péče v České republice.....	6
2	Hospicová péče .....	7
2.1	Lůžková hospicová péče .....	7
2.2	Stacionární hospicová péče .....	8
2.3	Domácí hospicová péče.....	9
3	Příklad dobré praxe - Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa .....	11
4	Paliativní péče .....	13
5	Multidisciplinární tým.....	16
5.1	Fungování multidisciplinárního týmu .....	17
5.2	Spolupráce multidisciplinárního týmu .....	18
5.3	Komunikace v multidisciplinárním týmu.....	19
5.4	Přínosy spolupráce v multidisciplinárním týmu.....	20
5.5	Bariéry spolupráce multidisciplinárního týmu .....	20
6	Členové multidisciplinárního týmu v hospici .....	22
6.1	Sociální pracovník.....	22
6.2	Lékař .....	25
6.3	Psycholog.....	26
6.4	Duchovní/pastorační asistent .....	27
6.5	Všeobecná sestra .....	28
6.6	Dobrovolníci .....	29
7	Výzkumná část.....	31
7.1	Cíl výzkumu .....	31
7.2	Výzkumné otázky .....	31
7.3	Výběr a popis výzkumu .....	32
7.4	Výzkumný vzorek.....	33
7.5	Etické otázky výzkumu .....	34

7.6	Sběr dat .....	35
7.7	Analýza dat .....	37
7.8	Výsledky výzkumného šetření .....	38
7.8.1	Vymezení multidisciplinárního týmu.....	38
7.8.2	Komunikace mezi členy multidisciplinárního týmu .....	40
7.8.3	Spolupráce členů multidisciplinárního týmu.....	46
7.8.4	Příinnost práce v multidisciplinárním týmu .....	51
7.8.5	Bariéry spolupráce v multidisciplinárního týmu .....	55
7.8.6	Motivace pro práci v multidisciplinárním týmu hospicového zařízení .....	58
8	Diskuse .....	60
	Závěr .....	64
	Použitá literatura .....	67
	Přílohy.....	73

## Úvod

Úmrtí, stejně jako příchod nového života, je přirozenou součástí lidského života. Zrození nového života je téměř vždy očekáváno s radostí a láskou rodičů, rodiny i přátel. Úmrtí je naopak obvykle provázeno smutkem a bolestí nad ztrátou člena rodiny nebo milované osoby. Na nový život je možné nahlížet jako na odkaz určité budoucnosti či nekonečnosti. Úmrtí lidské bytosti naopak budoucnost uzavírá, představuje konečnost a pohled do minulosti. Zaměstnanci hospicového zařízení si pro výkon jejich profese zvolili doprovázení terminálně nemocných osob v závěrečné fázi jejich života. Díky jejich péči a úsilí mohou přispívat k naplnění posledních přání nemocného a vytvářet důstojnou atmosféru k bezbolestnému odchodu s pocitem smíření a dokončení svého úkolu na tomto světě.

Cílem práce je zmapování práce multidisciplinárního týmu v hospicovém zařízení a současně identifikace silných a slabých stránek spolupráce multidisciplinárního týmu. Výsledky šetření mohou členům multidisciplinárního týmu poskytnout zpětnou vazbu, obraz provázanosti týmové spolupráce a jejich úsilí naplňovat cíle jmenovaného hospicového zařízení.

V úvodních kapitolách je definován význam slova hospic, počátky hospicové péče v České republice i v zahraničí. Pro stručné uvedení do tématu je popsán význam hospicové péče a druhy péče, které tato zařízení poskytují. Podrobně je popsán Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Rajhradě, který je v této práci uveden jako příklad dobré praxe. Následující kapitoly jsou zacíleny na podrobný náhled tématu paliativní péče a jejím základním rysům, které tuto péči definují. Poslední témata jsou určena popisu multidisciplinárního týmu, rizikům i přínosům multidisciplinární spolupráce a jednotlivým členům, kteří jsou nejčastěji zaměstnáváni v těchto týmech s ohledem na poskytování paliativní péče.

Empirická část je věnována výzkumnému šetření a popisu metodologie této práce. V těchto kapitolách je zdůvodněno, jaký byl záměr volby kvalitativní metody výzkumné práce. Dále je upřesněno, podle jakých kritérií byl zvolen výběr komunikačních partnerů a jakým způsobem proběhl sběr dat. Jelikož kvalitativní metoda vedená způsobem polostrukturovaného rozhovoru se může dotýkat citlivých témat, je upřesněno, jakým způsobem byly dodrženy zásady etického výzkumu. Ze získaných

informací jsou předloženy výsledky výzkumného šetření. V závěrečné diskusi jsou uvedeny výsledky v kontextu současné literatury.

## 1 Hospic

Podpora a pomoc potřebným má celospolečensky bohatou historii. V této kapitole je stručně vymezen původ slova hospic a první zmínky o péči hospicového typu ve světě i na území České republiky.

### 1.1 Počátky hospicové péče ve světě

Výraz hospic pochází z latinského slova *hospitium*, znamená *útulek, útočiště*. Již v dobách Římské říše vznikaly tyto útulky a přístřešky při cestách, sloužily pocestným k odpočinku před další cestou, nemocným k uzdravení či možnosti pokojně zemřít, případně možnosti porodit těhotným ženám. (Munzarová, 2005, s. 69)

Tyto útulky ve středověku pojmenované jako domy odpočinku sloužily především poutníkům směřujícím do Palestiny. Poutníci tu na své cestě mohli načerpat sílu před další cestou, byla jim poskytnuta strava, ale i nutné ošetření. (Misconiová, 1998, s. 27)

Hospice v této podobě později přirozeně zanikly. Zařízení, která typově odpovídala původním hospicům, nacházíme až v polovině 18. století v Dublinu a Corku, kde byla otevřena zvláštní nemocnice pro umírající. Hlavní osobností, jež stála za vznikem tohoto zařízení, byla Mary Aikdenheadová. Tato angažovanost však po dlouhou dobu nenalezla dalšího následovatele. Další obdobný počín byl zaznamenán v roce 1905 ve východním Londýně, v institutu nazvaném St. Joseph's Hospice v Hackney, kde příslušnice Charity irských sester začaly poskytovat péči prvním nevléčitelně nemocným. V druhé polovině 20. století současně s rozvojem medicíny dochází k rozsáhlým změnám orientující se na potřeby umírajících. Hlavní představitelkou moderního hospicového hnutí se stala Angličanka Cicely Saundersová, která byla původním povoláním zdravotní sestra a sociální pracovnice a své profesní znalosti si dále rozšířila o lékařské vzdělání. Snažila se při své práci o návrat k humanizaci a solidaritě v oblasti umírání a její hlavní myšlenkou bylo ušetřit umírající utrpení. Pod jménem St. Christopher's Hospic v Londýně a s vedením Dr. Cicely Saundersové byl



v roce 1967 otevřen první moderní hospic. (Haškovcová, 2007, s. 45-49, Svatošová, 2011, s. 123-125)

## **1.2 Počátky hospicové péče v České republice**

Nejvýznamnější osobností hospicového hnutí v České republice byla Marie Svatošová. Její aktivity spojené s péčí o umírající můžeme vysledovat již v obtížném období po revoluci v roce 1989. Stala se iniciátorem poskytování ošetrovatelské péče umírajícím, které zprostředkovávaly tzv. CHOSky neboli střediska Charitní ošetrovatelské služby. (Svatošová 2018, s. 131-132)

V roce 1993 bylo založeno občanské sdružení Ecce homo, které mělo za cíl podporovat domácí péči a hospicového hnutí. Prvním zařízením v České republice, které zahájilo svoji činnost v roce 1996, byl hospic Anežky České v Červeném Kostelci. Svoji činnost provozuje i nadále. Iniciátorem byla rovněž Marie Svatošová. Následně začaly vznikat další lůžkové hospice po celém území České republiky a rozšířily svou činnost i o poskytování paliativní péče v domácím prostředí. (Matoušek a kol., 2013, s. 439)

V kapitole Hospic jsem se věnovala původu slova hospic a pro krátké uvedení do tématu popsala počátky poskytování hospicové péče v České republice i zahraničí. Následující kapitola se soustřeďuje na hospicovou péči a její cíle, na formy hospicové péče, které blíže definují, kde a jakým způsobem je tato péče poskytována.

## 2 Hospicová péče

V kapitole Hospicová péče jsou zachyceny základní principy a myšlenky hospice a hospicové péče, jež je v těchto zařízeních poskytována umírajícím a členům jejich rodiny. Dále jsou popsány jednotlivé formy hospicové péče, jejich shodné znaky, jež nacházíme především ve zdravotnické a ošetrovatelské péči, která zajišťuje úlevu od bolesti, ale i formy psychologické, sociální a spirituální podpory, která garantuje nemocnému důstojné prostředí v závěru jeho života. V kapitole je věnován prostor i odlišnostem poskytované péče, která jsou pro jednotlivá zařízení specifická.

*„Myšlenka hospice vychází z úcty k životu a z úcty k člověku jako jedinečné, neopakovatelné bytosti.“* (Svatošová, 2011, s. 115) Základní myšlenkou a posláním hospice je snaha navrátit smrt do každodenního života a poskytnout umírajícím péči, která garantuje, že umírající nebude trpět nesnesitelnou bolestí, v každé situaci bude respektována jeho lidská důstojnost a v posledních chvílích nebude osamocen. Jde především o to *„naplnit jeho dny životem a nikoliv naplnit jeho život dny“*. (Svatošová, 2011, s. 115 - 120)

Smrt je pro život stejně tak přirozená jako zrození nového života. Hospic se tak především orientuje na kvalitu života umírajícího až do samotného závěru života. Nejde však pouze o pomoc fyzickou, ale snaha pochopit smysl utrpení může být pro umírajícího i členy jeho rodiny největší službou, jež je jim poskytnuta. Tato myšlenka vyžaduje hluboký lidský a současně profesionální přístup. S hospicovou péčí, jež je poskytována nemocnému, je úzce spojena i podpora jednotlivých členů jeho rodiny, kteří hrají nezastupitelnou roli v závěrečné fázi života umírajícího. Hospice poskytují dlouhodobě péči, podporu a poradenství blízkým osobám i po úmrtí člena rodiny. Rozvětvená hospicová péče je podle formy poskytování této péče členěna jako lůžková hospicová péče, stacionární hospicová péče a domácí hospicová péče (Svatošová, 2011, s. 115 - 120)

### 2.1 Lůžková hospicová péče

Hospice jsou označovány jako zařízení zdravotně sociální, současně tak poskytují zdravotnickou péči i sociální pomoc, která je určena především pro umírající a jejich rodiny. Na rozdíl od nemocnic a dalších zdravotnických zařízení pro lůžkový hospic

není cílem léčit a vyléčit nemocného, ale soustředit se na všechny aspekty života vedoucí k závěru, který můžeme označit jako dobré umírání. Základem pro fungování hospice dle jeho stanoveného cíle a poskytování vysoké úrovně péče je zajištění personálu školeného v paliativní medicíně. Lůžkové hospice jsou primárně určeny pro osoby, kterým kurativní způsob léčby již nepřináší žádný prospěch, choroba je ohrožuje na životě, péče o umírajícího vyžaduje paliativní péči, dle vývoje nemoci již není nutné umírajícího hospitalizovat a současně nelze o umírajícího pečovat v domácím prostředí. S umístěním v hospici umírající souhlasí a má o tuto péči zájem. (Marková, 2010, s. 27 – 28)

Nespornou výhodou, kterou lůžkový hospic zajišťuje, je možnost pobytu člena rodiny s umírajícím v zařízení včetně možnosti přenocování, možnost návštěv 24 hodin denně po 365 dní v roce. Od návštěv se neočekává, že budou poskytovat umírajícímu ošetrovatelskou péči, přesto pokud je toto přání vyjádřeno, personál hospice vychází rodině vstříc. Možnost takto pečovat o umírajícího se po úmrtí člena rodina může jevit jako určitá útěcha v tom smyslu, že pečující osoba pro člena rodiny udělala, co bylo v jejich silách, a pomůže tak pečujícímu v době truchlení se smířením s nastalou situací. (Svatošová, 2011, s. 20 – 122)

## **2.2 Stacionární hospicová péče**

Odlišnost mezi lůžkovým a stacionárním hospicem je především v délce pobytu umírajícího v zařízení. Zatímco u lůžkového hospice jde o celodenní pobyt, u stacionárního hospice spočívá péče v denních pobytech umírajícího. Rodina nemocného dopraví do hospice v ranních hodinách a odpoledne, případně večer, se s nemocným vrací zpět domů. Jisté bariéry ve využívání stacionárního hospice můžeme vnímat především v počtu zařízení v naší zemi a současně v omezené dostupnosti dle vzdálenosti od zařízení. Tato skutečnost vede k situaci, že stacionární hospic je využíván především rodinami z přílehlého okolí. V určité fázi onemocnění je využívání stacionární hospicové péče nejvhodnějším řešením. Důvod může být diagnostický, léčebný nebo respitní. Jako diagnostický důvod je zpravidla označována kontrola bolesti, která může být v domácích podmínkách obtížná. Léčebným důvodem může být podávání chemoterapie a nejrůznější paliativní léčby. Během pobytu může však nastat situace, kdy se podaří vyladit zvládnání bolesti za pomoci léků tišících bolest a nemocný

tak může opět pobývat v domácím prostředí celodenně. Respitní důvod cílí především na pečující osoby. Péče o blízkého je vždy velmi obtížná a mnohdy vysilující, ať již se jedná o umírajícího či o pečujícího člena rodiny. Stacionární hospic zajišťuje tolik potřebný odpočinek pečujícím a chrání je tak před vyčerpáním. (Svatošová, 2011, s. 119 – 120)

Rovněž setkávání nemocného s osobami mimo rodinné zázemí může mít dle Hockleho a Mowatta (in Student, 2006, s. 98 – 99) rehabilitační účinek. Především nemocného podporuje v opětovném navazování sociálních kontaktů, vytváření přátelských spojení s obdobně nemocnými, posiluje sebevědomí a podporuje tak vnímání sebe sama jako plnohodnotného člena společnosti. Rovněž vrací umírajícím kontrolu nad jejich životem. Nemocné motivuje k znovuobjevování vlastních schopností a získávání tak času pro plnohodnotné naplnění vlastního života. Nové perspektivy a vnímání vlastní osobnosti v jiném světle dávají i určitou naději do budoucna. Ačkoliv tato naděje nesměřuje k uzdravení v medicínské rovině, mohou však být objeveny další cíle, které reagují na přání umírajícího.

### **2.3 Domácí hospicová péče**

Poskytnutí kvalitní péče v domácím prostředí dle Markové (2010, s. 21) vyžaduje tři podmínky. První podmínkou je rodina, která je schopna se celodenně o nemocného starat. Druhou podmínkou je souhlas nemocného s touto formou péče. Jako třetí podmínku jmenuje nutnost proškoleného týmu pracovníků, kteří budou k dispozici v průběhu poskytování péče.

S postupným vývojem a otevíráním tématu smrti a umírání se stále více setkáváme s názory odborníků i laiků, kteří vnímají umírání v domácím prostředí jako přání většinové společnosti. Může však překvapivě docházet k situacím, kdy si ve svých přáních odporují sami umírající. Stává se, že umírající, i když jejich prvotní přání bylo zůstat se svojí rodinou, později přehodnotí svůj záměr a souhlasí s přesunutím do nějakého zařízení poskytující potřebnou péči. Důvod nacházíme především v obavě, jak budou vnímání svými blízkými v situacích, kdy budou již zcela odkázaní na pomoc další osoby. Myšlenky, že budou dle jejich pohledu na obtíž, jsou pro ně velice bolestné a ztrácí tak vědomí vlastní hodnoty. Je pro ně obtížné akceptovat skutečnost, že v mnoha případech ti, kteří o ně pečují, mohou prožívat pocit uspokojení, pokud je jim

umožněno pečovat o svého blízkého v závěru jeho života. Tato péče však může pečujícím pomoci lépe se smířit se ztrátou svého blízkého. (Šiklová, 2013, s. 70)

Umírat v domácím prostředí a být obklopen milujícími členy rodiny můžeme považovat za určitý znak dobré smrti. Rodina, která se rozhodla tuto péči poskytnout, musí pro nemocného vytvořit vhodné podmínky. „*Nestačí jen chtít, ale i umět a moci.*“ (Haškovcová, 2007, s. 64)

Celodenní péče o nemocného v domácím prostředí je zajišťována týmem odborníků schopných v průběhu celého dne, ale i v nočních hodinách řešit aktuální komplikace, které vyžadují přítomnost osob s odbornou kvalifikací. Nemocným je tak umožněno přání zemřít doma a současně je zachován medicínský a ošetrovatelský standard. Jedná se o úzkou spolupráci specializovaného týmu, jež je tvořen lékaři, všeobecnými sestrami, sociálními pracovníky, psychology, pastoračními pracovníky apod. Aktuální stav je pravidelně konzultován s rodinou umírajícího, což je velice přínosné pro spolupráci obou stran, a především pro umírajícího. Pečující se tak nemusejí potýkat s nejistotou a pochybnostmi ve vlastní schopnosti, které by je mohly v průběhu péče provázet. (Marková, 2015, s. 21-24)

V této kapitole byl věnován prostor definici hospicové péče, jejím základním principům a myšlenkám. Byly rovněž uvedeny formy hospicové péče, se kterými se můžeme setkat. Následující kapitola se zaměřuje na zařízení Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Rajhradě, které je uváděno jako příklad dobré praxe.

### 3 Příklad dobré praxe - Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa

Rajhradský hospic vznikl již více než před dvaceti lety. Iniciátory pro myšlenku zahájení činnosti hospice nacházíme mezi pracovníky České katolické charity. Jejich první aktivitou bylo poskytování péče o nemocné v domácím prostředí. Tuto činnost zahájili krátce po listopadových událostech roku 1989. Následně v roce 1994 byl vytvořen projekt hospice s názvem Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa. Stavba byla slavnostně zahájena 9. října 1995 a celý projekt byl zasvěcen sv. Josefovi. Diecézní charita Brno zahájila přestavbu vojenských prostor na pozemku kláštera sester Těšitelk Božského Srdce Ježíšova v Rajhradě. Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa s padesáti lůžky zahájil provoz 1. dubna 1999 a patří k největším zařízením tohoto typu v České republice.<sup>1</sup>

Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa je nestatním zdravotnickým zařízením, které poskytuje nepřetržitou péči preterminálně či terminálně nemocným osobám, u kterých praktický lékař, případně ošetřující lékař v nemocničním zařízení rozhodl, že již byly vyčerpány všechny možnosti k vyléčení. Doporučí tak nemocnému přejít na paliativní péči v některém ze zařízení hospicového typu.<sup>2</sup>

Posláním DLBsH sv. Josefa je poskytovat nevléčitelně nemocným a lidem trpícím chronickými bolestmi odbornou a zároveň lidskou paliativní péči. Paliativní medicína se zabývá léčbou nevléčitelně nemocných různých diagnóz se snahou o dosažení nejlepší možné kvality jejich života. Usiluje o to být alternativou klasickému nemocničnímu zařízení, ale také se co nejvíce přiblížit domácímu prostředí. Lidský život je zde vnímán jako dar, jehož součástí je však i umírání. Vize hospice je postavena na těchto hodnotách:

- křesťanská láska k bližním,
- chápání člověka jako jedinečné a svobodné bytosti,
- zachování důstojnosti, respektu a úcty k člověku,
- kvalita života člověka.

---

<sup>1</sup>Ořík - Z historie Domu léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Rajhradě.

<sup>2</sup> Rajhrad Charita - Jak-pomáháme-dům-léčby-bolesti-s-hospicem-sv.-Josefa.

Cílem Domu léčby bolesti s hospicem sv. Josefa je zajistit kvalitní a odbornou komplexní léčbu a péči, domácí prostředí a atmosféru klidu a vzájemného porozumění pro umírající i jejich rodiny, kultivovat přístup společnosti k těžce nemocným a umírajícím a v neposlední řadě rozvíjet odbornou úroveň hospicové péče a aplikovat moderní poznatky a postupy.<sup>3</sup>

Po stručném seznámení se vznikem a posláním DLBSH sv. Josefa v Rajhradě je v následující kapitole přistupováno k definici paliativní péče, která je základním kamenem poskytované péče v hospicových zařízeních.

---

<sup>3</sup> Oblastní charita Rajhrad.

## 4 Paliativní péče

V kapitole Paliativní péče je stručně popsán původ výrazu paliativní péče a blíže jsou specifikovány cíle paliativní péče, které se opírají především o zásadu zachování důstojnosti a poskytování vysokého standardu paliativní úlevné péče s ohledem na jedinečnost a přání každého jednotlivce v závěru jeho života. V závěru kapitoly je okrajově představeno, jakým vývojem prochází poskytování paliativní péče ve zdravotnických zařízeních.

Etymologicky se výraz paliativní péče odvozuje od latinského *pallium*, rouška, respektive *palliare*, zahalit ve smyslu zahalení, zakrytí utrpení i zahalení člověka, aby nestrádal. Za rozvinutím paliativní péče stojí zejména tři důvody. Těmito důvody jsou především reakce na opuštěné, bolestivé a jinak nezvládnuté trpící v průběhu umírání. Reakce na technicky odosobněné umírání lidí vytržených z jejich přirozeného prostředí a sociálních vazeb, kde umírají osamoceně v nemocnicích. Rovněž prodlužování utrpení marným zdržováním neodvratné smrti při nízké kvalitě života. A jako třetí důvod je uváděna reakce na eutanazii jako vědomé usmrcení umírajícího člověka na jeho žádost lékařem. Paliativní péče ve svém základu vychází především z úcty k životu a striktně odmítá eutanazii. Smrt a umírání chápe jako přirozenou součást života a jako taková neusiluje o urychlení, oddálení, zkrácení či prodloužení umírání. Zaměřuje se především na kvalitu života z pohledu naplňování biologických, sociálních, psychologických a spirituálních potřeb. Na zmírnění utrpení, vytvoření podmínek pro završení života i pro smíření umírajícího se svým osudem, jeho blízkými a Bohem. (Matoušek a kol., 2013, s. 144 - 145)

Každá bytost prožívá svou konečnou část života individuálně. Paliativní péče respektuje hodnotové priority a přání pacienta a jeho rodiny. Jde o disciplínu multioborovou, která prolíná spoluprací lékařskou, ošetrovatelskou, psychologickou, sociální a spirituální. Svou péči věnuje i příbuzným a přátelům umírajících, a to formou opory a pomoci zvládnout jejich zármutek i po smrti blízkého (Sláma, Špinková, Kabelka, 2013, s. 5).

Kalvach (in Matoušek a kol., 2013, s. 438) paliativní péči popisuje jako ucelenou a kvalifikovanou podporu lidí se závažným, život ohrožujícím, příčinně neléčitelným, život zkracujícím onemocněním. Základem je aktivní, na kvalitu života orientovaná



péče adresovaná nemocným, jež trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém, případně terminálním stádiu.

Paliativní medicína jako součást lékařství je poměrně novým oborem, zároveň však nejstarší formou medicíny, jejímž cílem bylo mírnění lidského utrpení a provázení k dobré smrti. Multidisciplinární forma péče je vyjádřena účastí rodiny, přátel, duchovních a dalších zaměstnanců hospice. (Marková, 2010, s. 13)

Česká společnost paliativní medicíny (dále ČSPM) definuje paliativní péči jako léčbu nevléčitelně nemocných různých diagnóz, snažící se dosáhnout co nejlepší možné kvality jejich života. Důraz klade na respektování individuality lidské osobnosti a její jedinečnosti ve všech čtyřech rozměrech holistického neboli celostního pohledu. Poukazuje na možnost poskytovat tento typ léčby v různých prostředích s ohledem na potřeby nemocného a na jeho celkový stav. Paliativní medicína stále prochází vývojem a ČSPM vymezuje postupy moderní paliativní péče jako péči chránící důstojnost nevléčitelně nemocných, klade důraz na kvalitu života a dokáže úspěšně zvládat bolest a další průvodní jevy závěrečných stádií smrtelných onemocnění. Dále jako péči, jež je založena na interdisciplinární spolupráci a na celostním pohledu na nemocného člověka a zahrnuje tak lékařské, sociální, existenciální a spirituální aspekty. Vychází z individuálních přání a potřeb pacientů, jejich hodnotových priorit a chrání tím právo nemocných na sebeurčení. Tyto moderní postupy rovněž upozorňují na význam rodiny a nejbližších přátel a poskytují tak možnost nevytrhávat nemocné z jejich přirozených sociálních vazeb, ale naopak nabídnout možnost prožít poslední období jejich života ve vlídném prostředí společně s rodinou a blízkými. ČSPM v moderní paliativní péči vychází ze zkušenosti, že existuje zásadní rozdíl mezi špatnou a kvalitní péčí o umírajícího a že umírání nemusí být provázeno strachem, nesnesitelnou bolestí a utrpením. Samozřejmostí je rovněž poskytnutí pomoci a podpory pozůstalým a přátelům umírajících a pomáhá jim tak zvládat zármutek i po úmrtí svých blízkých.<sup>4</sup>

Ačkoliv je paliativní péče běžnou součástí v zařízeních hospicového typu či v domácí hospicové péči, paliativní péče v nemocničních zařízeních prochází v posledních letech výraznými změnami. Blíže se tématu paliativní péče ve zdravotnických zařízeních věnuje Soporská (2019, s. 47-69) ve své diplomové práci. Z výsledků jejího výzkumu zjišťujeme, že zaměstnanci zdravotnických zařízení, zapojených do tohoto výzkumu, se

---

<sup>4</sup> Paliativní medicína – paliativní medicína.

shodují v myšlence přínosu a potřebě poskytování paliativní péče ve zdravotnických zařízeních, jelikož většina nevyлéčitelně nemocných stále umírá v nemocnicích. Jsou si vědomi, že právě paliativní péče je cestou k zlepšení kvality života, smíření se se zdravotním stavem a především zbavení se strachu z bolestivé smrti. Stále se však zaměstnanci setkávají s bariérami, které komplexní paliativní péči znesnadňují. Jako bariéru vnímají nedostatek času, nedostatek personálu a pravidelného vzdělávání personálu. Z výzkumu dále vyplývá, že bez podpory vedení by celá myšlenka poskytování paliativní péče nemohla fungovat. Shodují se v myšlence, že poskytování paliativní péče by mělo být běžnou součástí všech zdravotnických zařízení.

V této kapitole je popsána paliativní úlevná péče s ohledem na cílovou skupinu terminálně nemocných klientů. Následující kapitola je zacílena na fungování multidisciplinárního týmu v kontextu spolupráce, komunikace, přínosu i bariér, se kterými se členové multidisciplinárního týmu mohou při výkonu svého povolání setkat.

## 5 Multidisciplinární tým

Kapitola Multidisciplinární tým je věnována definici tohoto seskupení a jmenování jednotlivých zástupců, se kterými se v tomto týmu můžeme setkat s ohledem na poskytování paliativní péče. Dále pak fungování multidisciplinárního týmu v praxi a definování nejvíce využívaných schémat propojení jednotlivých profesí se společným cílem a základními rysy spolupráce v MDT. Je popsána možnost vhodně vedené a otevřené komunikace, která směřuje k co nejširším a zásadním poznatkům o klientovi, které pomáhají v nastavení individuální péče o klienta. V neposlední řadě je v kapitole informováno o přínosech a bariérách, se kterými se můžeme ve spolupráci multidisciplinárního týmu na pracovišti setkat a které mohou práci v týmu posilovat, či naopak brzdit.

Přijetí faktu, že pacientovo onemocnění je nevy léčitelné a konečné, není v žádném případě důvodem k minimalizaci či omezení léčby. Dle Vorlíčka (2004, s. 27) se však stále setkáváme s myšlenkou že, když u nemocného není naděje na uzdravení, nastává tak čas pro poskytování paliativní léčby a tato léčba je často vnímána jako omezená, zmenšená či zjednodušená dosud poskytovaná léčba. V tomto okamžiku především nastává doba pro vhodné nastavení cílů. Cílem je spíše obrátit pozornost k nemocnému a jeho potřebám. Dle Haškovcové (2007, s. 41) obecně platí, že paliativní péče má být zahájena tehdy, když jsou negativní důsledky léčebného procesu větší než předpokládaný přínos a již nejsou reálné šance na vyléčení nemoci.

Optimální péče vyžaduje spolupráci více pracovníků, jedná se tedy o multidisciplinární přístup. Základní jednotkou pro poskytování paliativní péče je multidisciplinární tým. Tyto týmy zahrnují řadu odborníků různých profesí, kteří se vzájemně setkávají a projednávají jak nejúčinněji individuálně řešit problémy nemocného. Veškerá léčba vyžaduje souhlas pacienta a je tak ve shodě s jeho přáním. (Vorlíček a kol., 2004, s. 27)

V paliativní péči je důraz kladen na multidisciplinární tým, který poskytuje péči umírajícímu a jeho rodině. Kvalitní a koordinovaná paliativní péče je podmíněna spoluprací zmíněného týmu mezi sebou a stejně tak i s rodinou, která je jeho nedílnou

součástí. Důležité jsou také týmové či individuální supervize pro všechny týmové profese.<sup>5</sup>

Multidisciplinární tým poskytuje multidisciplinární přístup nemocnému a rovněž jeho rodině. Je složen z odborníků, kteří jsou vybaveni znalostmi a dovednostmi zasahující do všech oblastí paliativní péče. Mezi členy multidisciplinárního týmu, jež se mohou podílet na poskytování paliativní péče, jsou zařazeny tyto profese: sociální pracovníci, lékaři, všeobecné sestry, rehabilitační sestry, koordinátoři dobrovolných pracovníků, kaplani, odborníci na léčbu ran, ergoterapeuti, nutriční terapeuti, lékárníci, psychologové a rovněž odpovídající počet administrativních pracovníků. (Vodvářková, 2016, s. 37)

Vorlíček (2004, s. 27) jako členy multidisciplinárního týmu uvádí lékaře různých specializací, všeobecné sestry, dietní sestry, sociální pracovníky či zdravotně sociální pracovníky, rehabilitační pracovníky, psychology, psychiatry, duchovní, dobrovolníky, rodinné příslušníky, přátele a další pracovníky dle klienta.

## **5.1 Fungování multidisciplinárního týmu**

Pro úspěšné fungování týmu jsou na vedoucího pracovníka kladeny požadavky, které mají za cíl dosažení vytyčených úkolů. Jde především o stanovení cílů a principů, se kterými budou ostatní členové souhlasit a současně je budou naplňovat (Jankovský, 2015, s. 8)

Tajanovská (2015, s. 31) dodává, že k naplňování cílů musí vedoucí pracovník řešit ještě dílčí úkoly. Jedná se především o motivaci týmu, týmovou spolupráci, budování týmu, komunikaci, společné řešení problémů, osobní a profesní rozvoj jednotlivých členů týmu včetně vedoucího pracovníka.

Jankovský (2015, s. 8-13) dále zmiňuje dva typy schémat pro fungující multidisciplinární tým. Konkrétně v prvním zmiňovaném schématu se jedná o kruhovou podporu, pro kterou je podstatou rovné postavení všech zúčastněných. Další schéma je kruhová podpora, kde je výrazně posílena pozice sociálního pracovníka, který pak zastupuje roli prostředníka mezi klientem a zbytkem multidisciplinárního týmu. V prvním případě kruhové podpory s rovným postavením všech zúčastněných je kladen

---

<sup>5</sup> Umírání - rady a informace - paliativní péče.

důraz na zapojení rodinných příslušníků do multidisciplinárního týmu, kteří se pak stávají jeho důležitými členy. Klient zůstává středobodem celého kruhu, z čehož jasně vyplývá, co je v dané situaci nejdůležitější. Pro všechny členy týmu je samozřejmostí jejich vysoká odbornost dle jejich profesního zaměření a současně postupování dle zásad humanistické psychologie C. R. Rogerse jednoznačně preferující vztah člověka k člověku. V případě druhého schématu kruhové podpory je kladen větší důraz na sociálního pracovníka ve vztahu s klientem. To však neznamená, že by byl nějak nadřazen ostatním členům týmu. Obě schémata vzájemné spolupráce v rámci multidisciplinárního týmu dokládají, že je partnerská spolupráce různých odborníků působících v rámci tzv. pomáhajících profesí nejen možná, ale především velmi prospěšná. Po vyjasnění principů a cílů mohou všichni členové vytvářet ucelenější pohled na jednotlivé problémy.

Z výsledků výzkumu Šamajové (2019, s. 48-49) zjišťujeme, že pro fungující multidisciplinární tým je nutností především ochota ke spolupráci a rovněž schopnost dělat kompromisy, což bylo označováno jako osobnostní předpoklad. Dále pak různorodost profesí, se kterou se pojila myšlenka „nechat členy v týmu dělat svoji práci.“ V neposlední řadě bylo zmiňováno společné poslání, čímž je především komplexní péče o klienta v závěru jeho života.

## **5.2 Spolupráce multidisciplinárního týmu**

Dle Jankovského (2007, s. 105) je pro členy spolupracujícího MDT důležité vzájemně se respektovat. Základem je vhodné zvolení a nastavení základních principů činností, se kterými se členové budou identifikovat, vzájemně respektovat, inspirovat a obohacovat při vytváření komplexního pohledu na individuální potřeby klienta a rovněž při výkonu svých vlastních profesí.

Pokud je pro konkrétní úkol vhodně sestaven tým, lze předpokládat, že vzájemná spolupráce, různé úhly pohledu na danou problematiku a komunikace v týmu povedou k jejímu lepšímu, popřípadě i rychlejšímu dokončení. Na týmovou spolupráci však nelze nahlížet jako na jediný vhodný způsob k vyřešení daného úkolu či problému. Ne vždy je tato metoda vhodná pro zvolenou činnost a ne každý jednotlivec je pro týmovou spolupráci v MDT vhodný. Ke spolupráci patří kompromis, přizpůsobení se a rovněž podpora a pomoc druhým. Můžeme se setkat s velice schopnými osobami, které jsou

více individuálně zaměřené a tento styl práce pro ně není příliš vyhovující, ale samostatná práce je pro ně vhodnější a mohou dosahovat i lepších výsledků než ve spolupráci MDT. (Kolajova, 2006, s. 15-16)

### **5.3 Komunikace v multidisciplinárním týmu**

Základem poskytování kvalifikované péče je především efektivní komunikace. Rysy efektivní komunikace nacházíme v aktivním naslouchání, pozorování, vnímání bytí sebemenších iniciativ, ve schopnosti tyto iniciativy přijmout, v udržení kontaktu, pak i v reakci na vyjádřené emoce a ve správném naladění. Výraznou pomocí pro správně vedenou komunikaci je i znalost klienta, jeho bibliografie a rovněž schopnost vyhnout se škodlivým komunikačním vzorcům, mezi které můžeme zařadit ponižování či infantilizaci. (Matoušek a kol., 2013 s. 399)

Komunikace v týmu může probíhat formálním i neformálním způsobem. Neformální komunikací rozumíme především vzájemnou podporu mezi jednotlivými členy v rámci týmu. Tento typ komunikace je prospěšný mezi členy týmu a pro navození otevřených a přátelských vztahů, které jsou prvotním znakem dobré spolupráce. Optikou formální komunikace dochází k dalšímu členění této komunikace a to na formální komunikaci písemnou a ústní. Formální komunikace písemná se soustřeďuje na zpracování dokumentace klienta, kam jsou zaznamenávány všechny významné informace a události, které jsou pro poskytování kvalitní péče důležité a přínosné včetně informací od rodiny či například dobrovolníků. Formální komunikace ústní je využívána nejčastěji, významným zástupcem této komunikace je například pravidelné a plánované setkávání týmu. Na těchto schůzkách je zpravidla konzultován zdravotní a psychický stav nemocného, pozornost je věnována změnám těchto stavů. Diskuse v týmu pomáhá zajistit ucelenější obraz o stavu nemocného s ohledem na jeho individuální potřeby a následném řešení situace v jeho prospěch. Zástupci multidisciplinárního týmu by měli udržovat komunikaci mezi členy na přátelské úrovni, neboť zásadní informace nemusejí být vždy klientem sděleny například lékaři či sociálnímu pracovníkovi. Takto předávaná a využitá informace potvrzuje, že každý člen má v týmu své nepostradatelné místo. (Marková 2010, s. 36-37)

## 5.4 Přínosy spolupráce v multidisciplinárním týmu

Velmi zjednodušeně by se dalo říci, že se nad jednou konkrétní situací sejde více osob s odlišným profesním zaměřením a skupinově řeší daný problém či situaci. Každý jednotlivec disponuje jinou mírou motivace a různým osobním přístupem, jak na konkrétní situaci nahlížet. Můžeme tak získat mnoho nových podnětů, které pomohou dosáhnout cíle. Tento fakt potvrzuje prosté rčení, že „*víc hlav, víc ví*“. (Holub, 2015, s. 15-16)

S touto myšlenkou se shoduje i Kolajová (2006, s. 16-17), jako pozitivum označuje různorodé zkušenosti, dovednosti, způsob myšlení a optiku, kterou je na situaci nahlíženo. Všechny tyto aspekty se pak kombinují, a tím se nabízí širší spektrum řešení. Kolajová tuto myšlenku dále rozvádí a vyzdvihuje možnost rozvíjení kreativity, netradičních nápadů, které vedou k vyšším výkonům. Kompromisy při řešení problémů pomáhají vyrovnávat stabilitu skupiny a odstraňují vyhraněné názory a postoje, čímž se tým dále stmeluje a může pomoci jednotlivým členům i při osobních krizích. Další pozitiva, která jsou tu zastoupena, vidí v příznivější atmosféře, ve využití schopností a dovedností všech, ve snižování obav z neúspěchu a zodpovědnosti, ve zvyšování sebevědomí, v poskytování určitého uznání a postavení, v podněcování tvořivosti, ve zlepšování komunikace, v budování pevnějších vztahů a někdy i v urychlení cesty ke stanovenému cíli.

Z provedených výzkumů je patrné, že sami členové multidisciplinárních týmů si již nedokážou představit svoji profesi bez kolektivního zapojení. V multidisciplinární spolupráci vidí smysl a současně vnímají i její cíle, které jsou zaměřeny na kvalitu péče a naplňování potřeb klienta. (Němcová 2017, s. 48-68)

## 5.5 Bariéry spolupráce multidisciplinárního týmu

Chod týmové spolupráce může narušit více faktorů. Jako nejvýznamnější je zmíněn lidský faktor a ten je k bližší specifikaci rozdělen na vnitřní a vnější. Pokud těmto faktorům není věnována pozornost, může vést ke snížení činnosti. Jako vnější faktory jsou uváděny velikost týmu, role jednotlivých aktérů a jejich hierarchie i způsoby chování, dovednosti, postoje a osobnost jednotlivců. Může tak dojít k podpoře, ale i ničení týmové soudržnosti. Vnitřní faktory jsou spojovány s vnitřní dynamikou týmu,

komunikací, spoluprací, koordinací jakým způsobem jsou tvořena a akceptována rozhodnutí. Je doporučováno těmto faktorům věnovat dostatek času a pracovat na rozvíjení a posilování činností týmu. (Matoušková, Vrabcová, 2015, s. 25-26)

Kolajová (2006, s. 57-58) označuje některé bariéry, které mohou v týmové spolupráci nahlížet. Konkrétně se jedná o osobní rivalitu a konflikty, jež mohou v týmu nastat, a tím naruší soudržnost celé skupiny. Členové skrývají své pocity, vládnoucí pocit strachu, komunikace je narušena, či dokonce zablokována, a členové si již nechtějí naslouchat. Dále je uváděna nekonstruktivní kritika, stupňující se napětí a sabotování rozhodnutí. Nepřipouštějí se diskuze o úkolech a cílech, nikdo neví, co má dělat.

Roncaglia, Giraldo, (in Němcová 2017, s. 32) se ztotožňují s již jmenovanými bariérami v podobě konfliktů, které vznikají mezi členy týmu nebo týmem a jednotlivcem, jejichž příčinu je možno nahlížet v profesní i osobní odlišnosti či rozdílech ve znalostní úrovni. Další bariéry, které narušují správný chod týmové spolupráce, vidí v již zmiňované nedostatečné komunikaci, nejasné specifikaci cílů, upřednostňování vlastního profesního názoru a profesní disciplíny. Rovněž upozorňuje na problematiku omezených dostupných zdrojů při sestavování týmu, odborníky zaměstnané na zkrácený úvazek a vysokou fluktuaci pracovníků, která vede opět k nedostatečné komunikaci, a nejsou tak předávány klíčové informace. Na pracovišti může docházet k jevům označovaným jako triangulace, spojenectví a koalice. Tento jev je pozorován především mezi odvětvími, ve kterých si jejich zástupci více rozumí, a vznikem aliancí, které jsou v opozici vůči ostatním. Tím se vytváří nepříjemné pracovní prostředí a následně se členové týmu vzájemně odcizují. Příliš velké skupiny dávají prostor k přerozdělování zodpovědnosti, v důsledku čehož někteří členové týmu tuto situaci zneužívají a dostatečně nevyužívají svůj potenciál, což vede ke snížení produktivity skupiny jako celku. V neposlední řadě je zdůrazňována potřeba vhodně nastavené organizace a infrastruktury tak, aby byl zajištěn dostatek údajů o klientovi a přítomnost všech zúčastněných na schůzce. Pokud nejsou tyto podmínky dodrženy a dochází k přesunu schůzek, brzdí se spolupráce celého týmu, což může vést k nedostatečné péči o klienta.

V této kapitole jsou definovány specifika multidisciplinárního týmu včetně znaků, se kterými se jednotliví členové v průběhu spolupráce tohoto seskupení mohou setkat. Následující kapitola navazuje na toto téma a věnuje prostor jednotlivým členům a jejich úloze v týmu s ohledem na poskytování paliativní péče.



## 6 Členové multidisciplinárního týmu v hospici

V předchozích kapitolách bylo popisováno, jaké jsou možnosti nastavení fungující spolupráce jednotlivých zaměstnanců s odlišným profesním zaměřením takovým způsobem, aby jejich spolupráce vedla co nejlépe k dosažení společného cíle. Tato kapitola se zaměřuje na jednotlivé zástupce multioborové skupiny. Nejprve je definována náplň jejich profese v obecném měřítku a později nastíněno propojení jejich konkrétní profese s náplní práce v paliativní hospicové péči. Jsou popsány aspekty jejich konkrétní profesní činnosti, díky kterým působí na nemocného v terminálním stadiu života a snaží se jej tak doprovázet v závěrečné fázi jeho života.

### 6.1 Sociální pracovník

Sociální pracovník díky širokému záběru vzdělání nachází dobré uplatnění v multidisciplinárním týmu s odůvodněním, že sama sociální práce je v podstatě multidisciplinární. (Holub, 2015, s. 17)

Vzdělávání sociálního pracovníka na vyšších odborných a vysokých školách, jež ukládá zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách, je jedním, avšak nikoli jediným, předpokladem pro vykonávání sociální práce. Sociální práce jako vyvíjející se obor na sociálního pracovníka po dokončení studia klade mimo povinnosti pravidelně se vzdělávat ještě další především osobnostní nároky. Jelikož je sociální práce směřována na pomoc jednotlivcům, rodinám či skupinám, jde v zásadě o práci člověka s člověkem. Sociální pracovník tak musí ovládat komunikační techniky, kooperaci či schopnost sebekontroly, aby mohl vést a koordinovat sociální službu a pracovat s lidskými zdroji pro úspěšnou spolupráci v týmu. (Tajanovská, 2015, s. 29-30)

Definovat práci sociálního pracovníka není zcela jednoduché. Náplň jeho práce vymezuje především cílová skupina, se kterou pracuje. Obecně je nahlíženo na sociálního pracovníka jako na zprostředkovatele sociálních služeb, právních úkonů, koordinátora podpory při zajišťování sociální pomoci a dávek a mnoha dalších činností. Sociální pracovník pracující s cílovou skupinou terminálně nemocných sehrává důležitou roli v konečné fázi nemocného. Může se stát klíčovou osobou pro smíření umírajícího s některými lidmi, pro vyslovení slov, která by bez jeho přičinění mohla zůstat nevyslovena a je nápomocen při odstraňování pocitu viny, ať již na straně rodiny

nebo terminálně nemocného. Může usnadnit nemocnému i jeho rodině vyslovit slova jako: “ *Děkuji, odpouštím, odpusť, mám tě rád (a), propouštím tě.* “ (Kalvach in Matoušek a kol., 2013, s. 375)

Úkolem sociálního pracovníka v hospicovém zařízení je podávat informace a zprostředkovávat znalosti o právních a finančních podmínkách a zdrojích podpory, které by vedly ke zmírnění obav a strachu v obtížných situacích. Velmi významná je schopnost práce s lidmi v krizových situacích, snaha pomoci a podpořit zúčastněné v komunikaci, díky které mohou být objeveny zdroje a možnosti rodinných příslušníků. Rozvíjení schopnosti víry ve vlastní schopnosti a vůli jednat jsou neocenitelnou podporou při zvládnání úkolů, které se rodina snaží zvládnout v průběhu doprovázení terminálně nemocného člena rodiny. V závěrečné fázi je na čas věnovaný pozůstalým pohlíženo jako na neodmyslitelnou součást sociální práce v hospici. (Student, Mühlum, Student 2006, s. 108)

Z výzkumného šetření Jírové (2017, s. 39-46) zjišťujeme, že každodenní náplní práce sociálního pracovníka v lůžkovém hospici je zjišťování aktuálního stavu klientů v hospicovém zařízení, porady s MDT, vyřizování žádostí, telefonátů a příspěvků na péči, podávání informací klientům a členům rodiny, koordinace dobrovolníků, vytváření a kontrola individuálních plánů klientů, vedení sociální dokumentace, vedení půjčovny kompenzačních pomůcek, komunikace s úřady a plnění posledních přání terminálně nemocných klientů. Jako nejvýznamnější osobnostní předpoklad a dovednost, kterou sociální pracovníci v lůžkovém hospici využívají, je schopnost vcítit se do pocitů druhých, dále pak otevřenost, pravdivost, citlivost, ochota pomáhat, odolnost vůči stresu, svědomitost, komunikativnost, pochopení, schopnost vyrovnání se s vlastní konečností a umění odpouštět. Dále pak orientace v zákonných opatřeních, především souvisejících s příspěvkem na péči.

Na sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu je dle Čípkové (2015, s. 18) nahlíženo jako na profesionála, který je vzdělaný v oboru sociální práce a současně pracuje v souladu s Etickým kodexem sociálních pracovníků i Etickým kodexem hospicové péče. Chrání práva a zájmy klienta, aktivně spolupracuje s ostatními členy týmu, poskytuje podporu, ale přesto si udržuje hranice mezi sebou a klientem. Sociální pracovník v hospicovém týmu je součástí sociálního systému klienta a svým jednáním jej významně ovlivňuje. Při individuální práci s klientem bere v úvahu prostředí, ve

kterém klient žil, jeho vztahy s rodinou, případně i komunitou. Všechny tyto informace se promítají do prožívání jeho současné situace. Sociální pracovník se tedy zaměřuje na člověka komplexně, v souladu s jeho bytím, navázanými vztahy a prostředím, které jej ovlivňuje, a s ohledem na jeho zdravotní stav. Pocity viny a výčitek, neodpuštění, starost o rodinu, osamění a strach jsou zátěží jak pro klienta, tak i pro jeho okolí. Vyřešení vztahových záležitostí může podstatnou měrou ulevit od fyzických bolestí. Při procesu řešení složitých situací pomáhá zjištění všech osob, kterých se situace dotýká, a tyto osoby, pokud je to v zájmu klienta, do řešení situace zapojit. Svým chováním se sociální pracovník snaží navázat důvěryhodný vztah, který přináší klientovi světlo do života a zmírňuje jeho utrpení. Sociální pracovník zastává více rolí současně, může zastupovat koordinátora a zprostředkovatele pomoci a zároveň je klientovi a jeho rodině průvodcem a oporou.

Přidalová (2010, s. 14) vnímá sociální práci s terminálně nemocnými především jako práci se ztrátami. Ztrát a bolestných informací totiž nemocný člověk a jeho rodina vyslechne od sdělení diagnózy a nepříznivé prognózy spoustu. Člověk již často nemůže vykonávat zaměstnání, které vykonával, a přichází tak o svůj status, kterým byl ve své profesi zaštitěn. Tento stav se promítá do situace celé rodiny a ta následně přichází o svoji životní úroveň. Se změnami, jež ovlivňují vyplnění volného času aktivitami, které byly dříve běžnou součástí jeho života, je obtížné se vyrovnat. Taktéž ztráta přátel a kontaktu s lidmi, které v minulosti potkával, jsou pro nemocného mnohdy zásadní. Přijmout všechny ztráty a smířit se s nastalou situací je velice náročný proces, a právě sociální pracovník může být jedním z lidí, kteří nemocného v tomto období podpoří.

Ztráty nemocného se hluboce dotýkají i ostatních členů rodiny a po úmrtí nemocného by podpora měla pokračovat provázením truchlící rodiny. Čím byl vztah intenzivnější, tím je i reakce na ztrátu silnější a dlouhodobější, členové rodiny jsou vyčerpaní dlouhodobým stresem a péčí o člena rodiny. Podpora truchlících získává podobu péče o nemocného a překrývají se v ní složky psychologické, sociální i spirituální. Pozornost je vhodné věnovat případnému přechodu truchlení do chorobně dlouhé či hluboké deprese. (Matoušek a kol., 2013, s. 375)

## 6.2 Lékař

Pro profesi lékaře v lůžkovém hospici, na oddělení paliativní péče, v týmu mobilní (domácí) péče nebo na ambulanci paliativní medicíny v rámci pracoviště jiného oboru nebo nemocnice musí lékaři získat atestaci v oboru paliativní medicína. Základem je získání teoretických znalostí a praktických dovedností pro komplexní péči o nemocné v pokročilých stádiích život ohrožujících chorob. Lékař se zvláštní odbornou specializací v oboru paliativní medicína je schopen samostatné činnosti v rozsahu dosaženého vzdělání a koordinovat multidisciplinární péči nemocných s nádorovým i nenádorovým onemocněním.<sup>6</sup>

Lékaři všech odborností by měli u pacientů s chronickým a postupujícím onemocněním včas odhalit život ohrožující charakter onemocnění. Pokud je u nemocného předpokládána prognóza kratší než šest měsíců, cíl léčby se významně liší a péče je zaměřena na udržení dobré kvality života. Ošetřující lékař by měl vhodným způsobem informovat o předpokládaném vývoji onemocnění a soustředit se na poskytování péče společně s nemocným. Ošetřující lékař, který pacienta sleduje pro základní onemocnění, je zodpovědný za navržení plánu paliativní péče. Lékař dle potřeby nemocného spolupracuje s dalšími příslušnými lékaři specialisty, navrhuje potřebnou ošetrovatelskou péči a spolupracuje se sociálním pracovníkem, psychologem, duchovním a jinými specialisty. (Standardy paliativní péče 2013)

Konzultace lékaře s nemocným o jeho zdravotním stavu probíhají na pokoji nemocného. Další informace o aktuálním zdravotním stavu předává personál. V případě potřeby je zajištěn další specialista např. stomatolog, neurolog a další. (Kubišová, 2018, s. 36)

*„Lékař v hospici vědomě upouští od všech léčebných zákroků a postupů, které nemohou zlepšit kvalitu života nemocného. A naopak ordinuje všechno to, co kvalitu života zlepšit může. Toto kritérium je v hospici rozhodující.“<sup>7</sup>*

---

<sup>6</sup> Vzdělávání paliativní medicína - atestace z paliativní medicíny.

<sup>7</sup> Hospic kopeček - žádost k přijetí.

### 6.3 Psycholog

Psycholog využívá především prostředky vztahové a komunikační povahy, kterými pomáhá jednotlivci i jeho blízkým k zlepšení kvality života. Práce psychologa se většinou využívá a je nápomocna v situacích, kdy se jednatel cítí vnitřně v nepohodě, na které se podílejí psychosociální aspekty a způsob, jak danou situaci jednatel vnímá, prožívá a jak se s ní vyrovnává. (Vymětal in Baštecká, 2009, s. 306-307)

Skutečnost, že zařízení hospicového typu jsou tu zřízeny pro umírající, neznamená, že nemocní nic nepotřebují. Konečné stádium života je plné specifických emocí, myšlenek, přání a potřeb. Úkolem psychologa je tato přání či potřeby objevovat, dovolit projevit emoce, které se v jednotlivých osobnostech utváří, a současně také pomoci nemocnému vyslovit jeho přání, které se může obávat vyslovit. Nejdůležitější osobou je pacient a psycholog respektuje téma hovoru, se kterým nemocný přichází. Nemocný má právo všechny odmítnout či naopak toužit po lidské blízkosti, má právo vyjádřit své pocity, strach, ale i hněv.<sup>8</sup>

V hospicových zařízeních spočívá náplň práce psychologa převážně v podpůrné a individuální terapii. Mezi témata, která mohou být předmětem zpracování, řadíme nemoc nemocného, otázky smrti a umírání, mezilidské vztahy především tam, kde jsou rodinné vztahy dysfunkční či nedostačující, případně i víry, pokud je zpracování tohoto tématu v zájmu klienta. Důraz je kladen na možnost vyjádřit emoce, formování postojů k zásadním tématům klientova života a provádění nemocného nutnými fázemi smířování se sebou a okolním světem. Psycholog v hospicovém zařízení reaguje především na potřeby klienta, současně však poskytuje podporu a poradenství rodinným příslušníkům terminálně nemocného v průběhu doprovázení a dle potřeby i po úmrtí klienta, formou krizové intervence.<sup>9</sup> Podpora psychologické péče o umírající je potřebná a naléhavá, neboť pomáhá lidem vrátit jejich hodnotu. (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 215)

---

<sup>8</sup> Linkos - pacient a rodina - pomoc v nemoci - psychologická pomoc - psychologická pomoc v hospicích - hospice a psycholog.

<sup>9</sup> Linkos - pacient a rodina - pomoc v nemoci – psychologická – pomoc - mapa psychologické péče - psychologická pomoc v hospicích - Hospic sv. Štěpána v Litoměřicích.

## 6.4 Duchovní/pastorační asistent

Marie Svatošová (2012, s. 86-87) se zabývá myšlenkou, zda současná moderní a vědecká medicína v rámci prevence využívá všechny své možnosti a prostředky ke zkvalitnění života nemocného. Dodává, že případné včasné zaměření se na duchovní potřeby nemocného a ošetření jeho spirituální bolesti v samotném počátku by mohly předcházet později bolesti fyzické. Současně dodává, že samotní zdravotníci nejsou schopni tuto situaci v rámci náplně své práce řešit. Podporu a pomoc při naplňování duchovních potřeb tak zajišťují nemocniční či hospicovní kaplani.

Za založením všech hospiců v České republice stojí církevní organizace jako je Charita, Diakonie atd. nebo občanská sdružení založená křesťany různých církví. Hospicová zařízení však nejsou striktně vedena v církevním řádu a terminálně nemocní jsou do zařízení přijímáni bez ohledu na jejich vyznání a i ošetřující personál může být složen z osob rozmanitého vyznání. Duchovní rozměr poskytované péče je však v každém hospici výrazně zastoupen. V některých hospicích v péči o nemocné vypomáhají i řádové sestry, součástí hospiců bývá modlitebna. Slouží se zde ekumenické bohoslužby nebo se střídají katolické, evangelické či jiné obřady. Nemocní se bohoslužeb mohou, ale nemusí zúčastnit, pastorační péče je nemocným nabídnuta vhodným způsobem, avšak vždy je respektováno jejich přání, pokud se obřadů nechtějí zúčastnit. (Haškovcová, 2007, s. 63)

Slovy hospicového duchovního náplň jeho práce spočívá v péči a rozvoji o duchovní dimenzi klienta a provázení nemocného i jeho rodiny ve spirituální, existenciální, etické a náboženské oblasti jejich životů. V případě zájmu ze strany klienta jej duchovní navštěvuje a nabízí rozhovor a duchovní doprovázení formou empatického naslouchání a vytváření prostoru pro klientův osobní rozvoj. Ve spolupráci s ostatními členy multidisciplinárního týmu klienta citlivě připravuje na blížící se smrt a pomáhá nemocnému i jeho rodině nacházet odpovědi na otázky související se smrtí. Vede rituální úkony, které souvisejí s osobní cestou a duchovním nastavením umírajícího. Jde především o společnou modlitbu, četbu Písma, svaté přijímání, svátost smíření, svátost pomazání nemocných, viatikum a další. Pokud klient či jeho rodina vysloví přání, zůstává u lůžka nemocného ve chvíli jeho smrti nebo brzy poté. A dále podporuje

rodinu i po smrti člena jejich rodiny, rovněž na přání rodiny vypomáhá s přípravou posmrtných rituálů.<sup>10</sup>

## 6.5 Všeobecná sestra

Dle Škrli (in Marková, 2010, s. 53) pacienti do hospice mohou přicházet s předchozí negativní zkušenosti z hospitalizace. Může se u nich rozvíjet pocit určitého podvedení za strany ošetřujícího lékaře a neochoty jej dále léčit. Počátečním úkol zdravotního personálu tedy spočívá v navození uvolněné atmosféry, v opětovném získání důvěry nemocného, posílení jeho sebedůvěry a lidské důstojnosti a dále pak v přenesení rozhodovací pravomoci na samotného pacienta.

Všeobecná sestra v paliativní péči by kromě dosažené kvalifikace měla disponovat praktickými dovednostmi své práce s ohledem na paliativní péči, znalost standardů a samozřejmě jejich dodržování v praxi. Dále pak na základní postupy při léčbě symptomů, především bolesti, umět tyto symptomy sledovat a následně předat informaci celému týmu. Všimnout si případných nežádoucích a vedlejších účinků podávaných léčiv, správně podávat léky označené lékařem v preskripci „*dle potřeby*“. Všeobecná sestra by měla předpokládat další vývoj zdravotního stavu a nemocného i jeho rodinu na tento vývoj připravit. Důraz je kladen především při péči v domácím prostředí. (Marková, 2010. s. 62)

Náplní práce všeobecné sestry je schopnost vnímat individuální potřeby klienta. Schopnost správně detekovat tyto potřeby je podmíněna především dobrou komunikací s pacientem, jeho rodinou a komunikací v týmu. (Marková, 2010, s. 58)

Všeobecná sestra v paliativní péči pracuje nejen s nemocným, ale současně s celou jeho rodinou, musí být schopna citlivě předávat pravdivé informace o průběhu nemoci, o tom, čím si umírající v konkrétním období prochází, porozumět dění v rodině, respektovat jejich vzájemné vztahy, způsob komunikace a hodnoty v rodině. (Marková, 2010, s. 55)

Všeobecná sestra domácího hospice Tabita Jana Řezáčová se často setkává s názorem, že práce, která je v neustálé konfrontaci se smrtí a nejemocionálnějších chvílích rodiny, je pro ostatní nepředstavitelná. Ačkoliv se setkává s emočně vypjatými situacemi, sama

---

<sup>10</sup> Hospic Tachov – služby - služby duchovního.

Řezáčová říká: „*Tahle práce se nebere smrtelně vážně.*“ Funguje odlišně než akutní medicína, kde vyčerpání všech léčebných možností znamená prohru. Pacienti jsou přijímáni s myšlenkou, že se již nedá nic dělat. Jejich úkolem je ulevit mu od bolestí a nevolností, a když nemocný zemře v klidu v kruhu svých nejbližších, pokládají to za úspěch. Vidí vděčnost příbuzných a jsou si vědomi, že jejich práce má smysl.<sup>11</sup>

## 6.6 Dobrovolníci

Dobrovolnictví je popisováno jako altruistická činnost, se kterou se setkáváme v různých oblastech lidské činnosti včetně sociálních služeb. Činnost dobrovolníka je vymezena těmito třemi základními znaky: činnost je nepovinná, je neplacená a primárně je dobrovolnictví vykonáváno ve prospěch druhých. (Frič, Pospíšilová in Matoušek a kol., 2013, s. 328)

Náplní dobrovolníka v hospici mohou být mimo jiné činnosti jako rozhovory s klienty, čtení s klienty, doprovázení tam, kam chtějí jít, zajišťování drobných nákupů, spolupráce na přípravě a pořádání různých společenských akcí, ale mohou i společně pouze mlčet.<sup>12</sup>

Dle Svatošové (2011, s. 124) se dnes již žádný hospic bez dobrovolníků neobejde. Považuje jejich práci za natolik významnou, že právě díky dobrovolnictví se současné hospice podobou přibližují láskyplnému a útulnému domovu. Dobrovolníky vnímá jako plnohodnotné členy týmu právě proto, že svoji práci vykonávají „*jen pro radost*“.

Svou činností je dobrovolnictví významné pro posilování lidských hodnot, jako jsou služba jiným lidem, družnost a zájem o druhé. (Zášková, Mojžíšová, 2011, s. 67) Sami dobrovolníci si přejí, aby v rámci týmové spolupráce zastupovali jasnou roli a rovněž aby nebyli přehlíženi profesionály. Na počátku je tedy důležité vyjasnit si motivaci a cíle dobrovolnictví. Tato část je pro práci dobrovolníka velice důležitá, neboť se v průběhu seznamování s fungováním v týmu mohou objevit situace, díky nimž si případný budoucí dobrovolník uvědomí, že dobrovolnictví není vhodnou aktivitou právě pro něj. Dobrovolníci jsou pro výkon své práce dále vzdělávání, což poskytuje určitou záruku kvalitní péče umírajícím při jejich doprovázení a dodává dobrovolníkům

---

<sup>11</sup> Idnes - zprávy - lidé Česka - sestra v domácím hospici Jana Řezáčová

<sup>12</sup> Ostrava caritas - hospicové služby - dobrovolnické hospicové centrum



sílu a podporu při vyrovnávání se s vlastním strachem. Témata jako umírání, smutek a strach se niterně dotýkají každého člověka, pečujících nevyjímaje. (Student, Mühlum, Student, 2006, s. 73-75)

Z výzkumu Řeháčkové (2019, s. 77) vyplývá, že dobrovolníci začali s prací dobrovolníků s poněkud naivní představou někomu pomoci, touhou přinášet radost a úlevu od bolesti. U většiny tato počáteční představa po létech dobrovolnické služby v mnohém uzrála. Hospic považují za druhou rodinu. Nesnadné situace, jež zažili během jejich činnosti dobrovolníka, je přiměly přemýšlet o životě jinak, neřešit nepodstatné věci a vážit si života se vším, co přináší. Odměnou pro dobrovolníky je popisován úsměv na tváři nemocného, společně strávené chvíle a poděkování od rodiny či personálu. Dobrovolníci vnímají dobrovolnictví jako činnost, která více dává, než bere.

V této kapitole je definována úloha jednotlivých členů multidisciplinárního týmu. S ohledem na studovaný obor je obsáhleji popsána práce sociálního pracovníka. Následující kapitoly jsou zacíleny na výzkumné šetření, jeho průběh a na výsledky tohoto šetření, které jsou ze získaných dat analyzovány.

## **7 Výzkumná část**

V úvodu Výzkumné části je uveden cíl a záměr výzkumu a rovněž jsou představeny výzkumné otázky. V následujících podkapitolách je popsán zvolený výzkumný přístup v teoretické rovině, a následně jak bylo postupováno v tomto výzkumném šetření. Dále je objasněn způsob výběru výzkumného souboru a způsob sběru dat. V dalších podkapitolách je rozveden způsob dodržení etických zásad a následně analýza dat.

### **7.1 Cíl výzkumu**

Ve Výzkumné části se pracuje s tématem multioborové spolupráce v hospicovém zařízení. Zaměstnanci MDT v hospicovém zařízení při výkonu svého povolání vstupují do propojené sítě, která je koordinována tak, aby jednotliví členové směřovali k dosažení společného cíle. V tomto případě jde o poskytnutí komplexní a kvalitní péče osobám v terminálním stádiu onemocnění. Hlavním cílem práce je zmapování práce MDT v hospicovém zařízení a současně objasnění silných a slabých stránek této multioborové spolupráce. Jako dílčí cíle jsou definovány způsoby, jak spolu členové týmu komunikují, jaké přínosy jim spolupráce v týmu přináší a s jakými bariérami se mohou členové týmu setkat.

### **7.2 Výzkumné otázky**

Na základě studia teoretických zdrojů jsem si stanovila tyto výzkumné otázky:

Jak funguje spolupráce MDT v hospicovém zařízení?

Jaké negativní a pozitivní aspekty ovlivňují spolupráci MDT v hospicovém zařízení?

Na základě analýzy výzkumného šetření v prostředí hospicového zařízení jsem stanovila dílčí otázky:

Jak vnímají MDT a multidisciplinární přístup zaměstnanci hospicového zařízení?

Jakou mají zaměstnanci motivaci pro práci v MDT?

Jak probíhá spolupráce v MDT?

Jak probíhá komunikace v MDT?

Jaké bariéry přináší spolupráce v MDT?

Jaké jsou přínosy spolupráce v MDT?

### 7.3 Výběr a popis výzkumu

Kvalitativní výzkum poskytuje otevřenější náhled na určitý jev či děj. Disman (2014, s. 285) jej definuje jako „... *nenumerické šetření a interpretace sociální reality*“. S touto definicí se shoduje i Glaser a Corbinová (1989 in Hendl, 2016, s. 45), kteří kvalitativní výzkum označují jako jakýkoliv výzkum, jehož výsledky nejsou získávány statistickými nebo kvantifikačními metodami.

Nespornou výhodou u kvalitativního výzkumu je skutečnost, že na jevy, jež jsou zkoumány, je pohlíženo v celé jejich šíři. Výzkumník se snaží porozumět danému sociálnímu jevu a všímá si vzájemných souvislostí a návazností. Pro zpracování výzkumu se výzkumník pohybuje v přirozených podmínkách pro daný jev, seznamuje se s novými lidmi, čímž se kontakt stává intenzivnější. Využívá méně standardizované metody, například pozorování, rozhovory, deníky nebo osobní komentáře. Dále dle Hendla (2005, s. 49-55) je práce výzkumníka přirovnávána k práci detektiva. Výzkumník vyhledává jakékoliv informace, které mu pomohou zodpovědět cílové otázky. Tyto informace vybírá na základě svých úvah, provede jejich analýzu a z výsledků dedukuje, zda tato data potřebuje. Analýza dat se tak stává časově velmi náročnou. Mezi výhody kvalitativního výzkumu můžeme zařadit získání podrobného popisu fenoménu a možnosti navrhování nových teorií. Naopak jako nevýhody kvalitativního výzkumu označujeme nemožnost zobecnění výsledků či přenesení výsledků do jiného prostředí a rovněž může dojít k ovlivnění výsledků samotným výzkumníkem.

Výzkumná část této práce je na základě zjištěných teoretických informací zpracovávána pomocí kvalitativního přístupu. Volba kvalitativního výzkumu byla zvolena především pro výhody, které metoda kvalitativního přístupu poskytuje. Konkrétně tato metoda napomáhá hlubšímu náhledu na zpracovávané téma. Práce s menším počtem komunikačních partnerů a současně v přirozeném prostředí komunikačních partnerů poskytuje otevřenější přístup, který napomáhá lepšímu pochopení sledovaného jevu.

Získávání informací o názorech, postojích či zkušenostech jednotlivých členů multidisciplinárního týmu poskytuje ucelenější náhled na výzkumnou otázku. Cílem tohoto výzkumu je zmapování práce multidisciplinárního týmu v hospicovém zařízení. Po zvolení výzkumné metody způsobem kvalitativního výzkumu je v dalších podkapitolách věnován prostor výzkumnému šetření, výběru do vzorku, metodě sběru dat a jejich následné analýze.

#### **7.4 Výzkumný vzorek**

Miovský (2006, s. 127-138) pro výzkumný soubor v kvalitativním přístupu používá souhrnné pojmenování nepravděpodobnostní metoda výběru. Mezi nepravděpodobnostní výběr je dle Miovského zařazen totální výběr, výběr metodou sněhové koule, příležitostný výběr a záměrný (účelový) výběr. Nejpoužívanější metodou je metoda záměrného neboli účelového výběru. Zástupci tohoto výběru jsou vyhledávání dle určitého stavu a specifických vlastností. Na základě těchto specifických charakteristik vybíráme pouze ty jedince, kteří je naplňují.

Obdobným způsobem popisuje postup kvalitativního výzkumu i Disman (2014, s. 302). Výzkumník hledá v datech novou teorii, sběr dat a jejich analýza probíhá současně. Výzkumník zařazuje do výzkumu další jedince tak dlouho, dokud získává nová data a nové vzorce. Vyhledávání dalších jednotlivců ukončuje v bodě dosažení teoretické saturace, kdy již další informace nepřinášejí lepší porozumění.

S ohledem na rozsah zpracovávané bakalářské práce není cílem vytvoření nové teorie, což bylo i důvodem, proč nebyla vyvíjena snaha dosažení výše jmenované saturace. Záměrem bylo získání potřebných dat za pomoci rozhovorů vedených se zaměstnanci multidisciplinárního týmu v hospicovém zařízení. Jelikož tento výzkum byl zaměřen na jedno konkrétní zařízení, bylo nutné pro získání potřebného výzkumného vzorku oslovit zaměstnance tohoto zařízení. Jednalo se tedy o záměrný výběr. Tento výběr je charakteristický tím, že si výzkumník sám vybírá komunikační partnery dle kontextu, dle účelu a na základě určitých kritérií.

Pro výzkumný vzorek jsem si stanovila tato kritéria:

- Rozhovor bude vedený se současnými zaměstnanci hospicového zařízení.

- Rozhovor bude vedený se zaměstnanci zařazenými do multidisciplinárního týmu.
- Jednotliví členové multidisciplinárního týmu budou zvoleni takovým způsobem, aby byla ve výzkumném vzorku konkrétní profese zastoupena alespoň jedním zástupcem.
- Jednotliví členové multidisciplinárního týmu budou s rozhovorem souhlasit.

Byla oslovena vedoucí odlehčovací služby hospicového zařízení. První kontakt proběhl prostřednictvím telefonického rozhovoru, v jehož průběhu byl vyjasněn účel rozhovorů a uvedeno, kterými členy z hlediska profese by měl být zastoupen výzkumný vzorek. Sociální pracovnice souhlasila s možností pořízení rozhovorů a požádala ještě o písemné kontaktování prostřednictvím e-mailu s uvedením podrobností k vedení rozhovorů. Sociální pracovnici byla odeslána žádost s příloženým podkladem pro zpracování bakalářské práce. Sociální pracovnice žádosti vyhověla a nabídla vhodné termíny pro vedení rozhovorů se členy multidisciplinárního týmu.

## **7.5 Etické otázky výzkumu**

Mezi základní otázky etického jednání s komunikačním partnerem v průběhu i po vyhodnocení výzkumu zařazujeme informovaný souhlas s vedením výzkumu, zajištění anonymity komunikačního partnera, možnost svobodného odmítnutí účasti na výzkumu a zajištění emočního bezpečí. (Hendl, 2016, s. 157-158)

Získání informovaného neboli poučeného souhlasu znamená, že osoba, která tento informovaný souhlas poskytuje, se účastní výzkumu a s účastí souhlasí. Dalším bodem při výzkumném šetření je zajištění anonymity komunikačního partnera. Jde o to, aby z výsledků šetření nebylo možné získané informace spojovat s konkrétní osobou. (Hendl, 2005, s. 155-156)

Ve výzkumném šetření byla potřebná data získána z rozhovorů se členy multidisciplinárního týmu hospicového zařízení. Od každého z účastníků byl zajištěn informovaný souhlas. Všichni zúčastnění byli poučeni o průběhu výzkumu a o okolnostech, jež s výzkumným šetřením souvisí. Rovněž byli účastníci seznámeni s možností odmítnout spolupráci na výzkumu či jej v jeho průběhu kdykoliv ukončit. Všichni dotázaní informacím rozuměli a o účasti na výzkumném šetření se rozhodli samostatně bez nátlaku. Dvě všeobecné sestry účast na rozhovoru odmítly

s odůvodněním, že nerady poskytují rozhovory. Jejich rozhodnutí bylo respektováno a tím rovněž doloženo, že byly naplněny podmínky výše jmenovaného osobního odmítnutí.

Při vlastních rozhovorech byly dodržovány doporučené zásady vedení rozhovoru (viz. Kapitola sběr dat). Otázky rozhovoru byly připraveny tak, aby postup šetření postupoval od obecných témat k tématům, která při analýze získaných dat pomohou objasnit cílové otázky, a současně bylo zachováno emoční bezpečí. K pocitu bezpečí určitě přispěla i skutečnost, že rozhovory probíhaly v prostorách hospicového zařízení, jež jsou všem účastníkům šetření dobře známé, jelikož jsou zaměstnanci tohoto zařízení.

V bakalářské práci nebyl záměrně zmíněn konkrétní název zařízení, kde tento výzkum probíhal. Důvodem bylo zachování anonymity tohoto zařízení. Anonymita zaměstnanců byla zajištěna tím, že nejsou uvedena jména a profesní odbornost u konkrétních dat v kapitole Analýza výsledků šetření. Někteří zaměstnanci jsou v zařízení jedinými zástupci této profese a nebylo by tak možné dodržet anonymitu účastníků výzkumu. Nahradila jsem je označením komunikační partner 1,2,3..... pod zkratkou KP1,2,3.

## 7.6 Sběr dat

Mezi nejčastěji používané techniky sběru dat v kvalitativním výzkumu zařazujeme nestandardizovaný rozhovor, analýzu osobních dat a zúčastněné pozorování. Nestandardizovaný rozhovor je definován jako vzájemná interakce mezi výzkumníkem a účastníkem výzkumu. Účastník výzkumu se tak z určitého úhlu pohledu stává spoluautorem výzkumného šetření. (Disman, 2014, s. 308)

Pro získání dat pro tuto práci byl zvolen způsob zpracování výzkumu metodou polostrukturovaného rozhovoru. Miovský (2006, s. 15) definuje polostrukturovaný rozhovor jako rozhovor s pevným rámcem, přesto však dodává, že forma je dostatečně volná a přirozená. Komunikační partner má dostatečný prostor se k tématu volně vyjádřit, výzkumník pouze rozhovor udržuje v určitém rámci tak, aby nedocházelo k přílišnému odchýlení od stanoveného rámce.

Pro úspěšné vedení rozhovoru je vhodné dodržovat specifická pravidla:

- respektovat aktuální nastavení jednotlivce či nechut' sdělovat informace,

- v průběhu rozhovoru naslouchat a bezdůvodně nepřerušovat,
- kontrolovat své neverbální projevy: mimika, postoj těla, dotek,
- při zahájení rozhovoru vhodně pracovat i s neverbálním projevem: podání ruky, úsměv, pokynutí,
- nepoužívat nadbytečně odborné výrazy,
- pokládat otevřené otázky,
- nepokládat sugestivní otázky,
- ocenit spolupráci a otevřenost. (Michalová, Dubravová, 2014, s. 7-9)

Rozhovory byly uskutečněny v průběhu měsíce ledna. Sociální pracovníci bylo nabídnuto několik termínů, vždy několik dnů následujících za sebou. Po telefonickém rozhovoru určeného k stanovení konkrétního dne příjezdu došlo k přesunutí plánovaného příjezdu o jeden den, jelikož by nebylo možné setkat se s psycholožkou hospice. Zmíněná psycholožka je jedinou zástupkyní této profese v hospici. Z tohoto důvodu bylo provedení rozhovoru zásadní.

Před každým rozhovorem bylo stručně popsáno, jakého tématu se rozhovor bude týkat, a byl předložen informovaný souhlas. Rovněž byli komunikační partneři upozorněni, že v případě nezájmu se výzkumného šetření účastnit bude jejich rozhodnutí respektováno. Dvě všeobecné sestry vyjádřily nesouhlas s účastí na výzkumném šetření, jejich rozhodnutí bylo respektováno. Komunikační partneři, kteří s rozhovory souhlasili, byli upozorněni na možnost ukončení rozhovoru dle jejich přání a že na to, že všechny otázky musí být zodpovězeny.

Celkově bylo pro výzkumné šetření získáno devět rozhovorů se členy multidisciplinárního týmu. Konkrétně šlo o dvě sociální pracovnice, pastorační asistentku, psycholožku, lékařku, dvě všeobecné sestry, ošetřovatelku a dobrovolnici. Rozhovory probíhaly v kancelářích, denních místnostech všeobecných sester, denních místnostech ošetřovatelek a v relaxační místnosti, dle možností komunikačních partnerů. Současně se dbalo na to, aby bylo zajištěno soukromí pro vedení rozhovoru. Rozhovory byly nahrávány aplikací mobilního telefonu. S tímto způsobem pořízení nahrávky byli komunikační partneři předem seznámeni prostřednictvím informovaného souhlasu, jež bude součástí přílohy. Po ukončení každého rozhovoru byla oceněna spolupráce a otevřenost při vedení rozhovoru.

## 7.7 Analýza dat

Zvukový záznam výzkumného šetření je pro výzkumníka cennou pomocí, nemusí se spoléhat na psanou podobu poznámek během rozhovoru s komunikačním partnerem. Zvukový záznam rozhovoru eliminuje možnost přehlédnutí důležitých informací na minimální úrovni. Rovněž poskytuje veškeré kvality mluveného slova jako je síla hlasu, délka pomlky či tón hlasového projevu. Další nespornou výhodou, jež zvukový záznam nabízí, je kontrolní funkce, záznam je možno opakovaně přehrávat a ujistit se tak, že výzkumník zaznamenal všechna podstatná data. (Miovský, 2006, s. 198)

Převedení zvukového záznamu do psané podoby nazýváme transkripce. Samotný zvukový záznam je vždy nestranný a vše je autenticky zaznamenáno. Probíhající transkripce je však do jisté míry ovlivněná systematickými a nesystematickými vlivy výzkumníka. Pro minimalizaci těchto vlivů se doporučuje následná kontrola opakovaným poslechem. Určitou výhodou proti ručně prováděné transkripci poskytuje elektronická podoba textových dat. Tento způsob umožňuje výzkumníkovi rychlejší manipulaci, případně použití softwarového programu pro analýzu dat. Vlastní analýze předchází třídění a úprava dat. Redukci prvního řádu můžeme definovat jako převedení doslovné transkripce do plynulejší podoby. Tento způsob již neobsahuje různé pomlky, zvuky a slovní vatu, je plynulejší, přehlednější a srozumitelnější. (Miovský, 2006, s. 2005-210)

Data, se kterými pracujeme, převádíme do úseků, kterým přiřazujeme název a která jsou určena k dalšímu zpracování. Tento proces je označován jako kódování. Kódování není vždy jednoznačné a definitivní a v průběhu analýzy se může měnit. Je vhodné používání barevného značení, což vizuálně usnadňuje orientaci v textu. Analýza výzkumného šetření je ovlivňována samotným výzkumníkem, je variabilní, málo standardizovaná a umožňuje postupy či kombinace těchto postupů. (Miovský, 2006, s. 210-219)

Analýzy rozhovorů byly prováděny ručně, bez použití počítačového softwaru. Postupováno bylo dle teoretických informací, které jsou popsány výše. V doslovném přepisu rozhovorů byly vybrány a barevně odlišeny všechny informace, které byly vyhodnoceny jako významné s ohledem na zpracovávané téma. Významné informace jsou označeny obecnějšími názvy jako kategorie a ty jsou spojeny do témat. Některé kategorie byly obdobné, proto jsou zařazeny pod jedno téma. Takto bylo postupováno



při analýze všech rozhovorů, kterých bylo získáno celkem devět. Pro snadnější třídění dat bylo použito zástupné slovo pro MDT – spolupráce. Tento postup vedl ke snadnějšímu třídění dat a dělení do témat a kategorií. Data byla tříděna do témat dle toho, zda definují spolupráci, přispívají ke spolupráci, popisují konkrétní spolupráci, motivují ke spolupráci a vytváří bariéru ke spolupráci, popisují konkrétní výstup spolupráce. Tento způsob počátečního členění témat byl velkým přínosem. V příloze je přiloženo použité schéma tohoto členění. Zmiňované kategorie a témata byly pro lepší vizuální orientaci vypsány do seznamů a s nimi následně pokračovala analýza dat. Byla porovnána četnost výskytů informací, jejich podrobností a případné vzájemné vztahy.

## **7.8 Výsledky výzkumného šetření**

Podrobným pročitáním výsledků šetření byly získány odpovědi na výzkumné otázky. Rozhovory byly zajištěny metodou polostrukturovaného rozhovoru. Jednotlivé kategorie byly zařazeny do těchto témat:

- Vymezení multidisciplinárního týmu
- Komunikace mezi členy multidisciplinárního týmu
- Spolupráce multidisciplinárního týmu
- Přínos práce v multidisciplinárním týmu
- Bariéry spolupráce v multidisciplinárním týmu
- Motivace pro práci v multidisciplinárním týmu

### **7.8.1 Vymezení multidisciplinárního týmu**

V tomto tématu je věnován prostor popisu MDT z pohledu jednotlivých členů MDT. Témata jsou rozdělena do dvou kategorií:

- Jak jednotliví členové vnímají MDT
- Jak jednotliví členové vnímají multidisciplinární přístup

#### **Jak jednotliví členové vnímají MDT**

Z rozhovorů vyplynulo, že všichni dotázaní vnímají multidisciplinární tým jako určitou skupinu osob odlišných profesních zaměření, která kolektivně spolupracuje na vytyčeném úkolu. Někteří jednotlivci blíže specifikovali, že tento společný úkol je poskytování služeb v zájmu klienta.

*„Vnímám, že tady jsou různé profese, které poskytují služby klientům.“ (KP5)*

*„...takže, je to v podstatě skupina různorodá, která se u klienta snaží dosáhnout co nejlepšího výsledku.“ (KP9)*

*„Multidisciplinární tým je skupina lidí různého zaměření s různými znalostmi. U nás v hospici je to sociální pracovníce, pastorační asistentka, lékař, zdravotní sestry, pečovatelky a ošetřovatelky.“ (KP4)*

*„Multidisciplinární tým je to, že se sejde většina těch lidí, co tady pečují o ty pacienty, takže je to sestra, lékař...“ (KP3)*

*„Tak hlavně není to jednotlivec, na našem oddělení je to tým a jeden bez druhého není nic, to všechno na sebe tak navazuje a je to strašně důležitý...a má to za sebou výsledky.“ (KP2)*

*„Víc oborů vlastně, ...složený z více skupin, může tam být lékař, sestra, nutriční terapeut, psycholog, duchovní, sociální pracovníce.“ (KP7)*

### **Jak jednotliví členové vnímají multidisciplinární přístup**

Z rozhovorů vyplývá, že si jednotliví členové týmu uvědomují nutnost propojení více profesních oborů a nelze z pohledu MDT jakoukoliv profesi vyloučit.

*V podstatě v této oblasti bych nemohla fungovat sama..., ale pokud je ta služba stavěná jako zdravotně sociální v té paliativě, tak ten tým složený převážně ze zdravotníků je nezbytný a jeden bez druhého se nejsme schopni obejít.“ (KP1)*

Další z komunikačních partnerů dodává, že ačkoliv klient potřebuje péči ze všech oblastí paliativní péče, klient je ten, který rozhoduje, co je pro něj nejdůležitější.

*„...musíme se domluvit v zájmu toho klienta...což vychází z potřeb těch pacientů, kteří jsou somaticky nemocní a ten hospic by měl samozřejmě zajišťovat nejen zdravotní péči, ale i péči duchovní, psychologickou a sociální, hlavně podle toho, co ten pacient potřebuje.“ (KP5)*

Komunikační partneři vyjádřili spokojenost, že přístup MDT jim poskytuje možnost se společně podílet na podpoře klienta a svobodně se vyjadřovat k již nastavené péči.

*„...mně to přijde dobrý, protože máme šanci sdělit svůj názor k přístupu k nemocnému...“ (KP8)*

Jeden z komunikačních partnerů popsal multidisciplinární přístup pomocí přirovnání, které naznačuje, že MDT jakožto celek obsahuje mnoho spolupracovníků a každý z těchto spolupracovníků disponuje různými schopnostmi a dovednostmi, ať už se jedná o řídicí, organizační, podpůrné či jiné schopnosti s různou důležitostí ve skupině, přesto bez všech těchto jednotlivců a jejich vzájemné spolupráce by MDT nedokázal nabídnout tak komplexní péči, jaká je MDT v paliativní péči přisuzována.

*„Já vždycky říkám, že MDT je ruka a ne každý může být palec s úchopovými vlastnostmi a schopnostmi, nicméně každý z těch prstů je důležitý a jen tehdy, když spolupracují, se může dosáhnout nejlepších výsledků. Nestačí, když dělá práci každý z těch jednotlivých složek, že v okamžiku, kdy se to nepotkává a nepropojuje, tak se ztrácí to, co je výhodou MDT...“ (KP9)*

Další z komunikačních partnerů rovněž zdůrazňuje důležitost multidisciplinárního přístupu. Tuto myšlenku dále rozvíjí a poukazuje na možnost, že pokud by jednotlivé složky nebyly dostatečně provázány, došlo by v určitém smyslu k degradaci celého hospicového zařízení.

*„... ve zdravotně sociálním zařízení je nutností MDT k dobré práci pro klienty...kdyby tady měla každá ta složka fungovat zvlášť, tak to by vůbec nešlo pracovat...Protože kdyby to nebylo založeno na to MDT, tak jsme taková lepší LDN.“ (KP6)*

### **7.8.2 Komunikace mezi členy multidisciplinárního týmu**

V tomto tématu je popsán způsob předávání informací mezi členy MDT. Témata jsou rozčleněna do tří kategorií:

- Organizovaná setkání
- Písemná komunikace
- Verbální komunikace

#### **Organizovaná setkání**

V hospici se organizují pravidelná setkání všech členů MDT. Setkání se uskutečňuje ráno v osm hodin a účastní se jej obě staniční sestry, vrchní sestra, vrchní lékařka, lékaři, ředitel, obě sociální pracovnice, psychologka, pastorační pracovnice. Předmětem

setkání je zhodnocení obecných a plánovaných situací. Jedná se nové příjmy klientů do zařízení či podání žádosti o umístění klienta do jiného zařízení při stabilizaci zdravotního stavu (blíže je tato situace popsána ve výzkumném tématu Bariéry, kategorie Vnější vlivy) a dále informace o aktuálních situacích, které se odehrály za posledních 24 hodin, konkrétně zhoršení zdravotního stavu či úmrtí klienta.

*„Každý ráno se setkáváme celý ten tým a vlastně se říkají takový ty obecný informace, co bylo nového, příjmy, nějaký významný záležitosti, co se týká zdravotního stavu...“ (KP1)*

Další organizované setkání se koná pravidelně jednou týdně. Zařízení má dvě oddělení, každému oddělení patří jedno podlaží. Každé oddělení má svá setkání, které členové nazývají „tým“ nebo „sedánek.“

*„...takže pravidelně jednou týdně se sejdeme na tom oddělení v tom týmu...“ (KP6)*

*„...Každý týden, říkáme tomu sedánek a je tam od nejnižšího personálu po nejvyšší...“ (KP2)*

Stává se, že z provozních důvodů se toto setkání nemůže uskutečnit, a tak jsou informace předávány v průběhu pracovní doby.

*„Většinou se snažíme, aby ten tým proběhl jednou týdně, ale vždycky se to nedaří, když je třeba hodně příjmů nebo se nakumuluje hodně práce. V tom případě si ty informace předáme v průběhu té služby...“ (KP5)*

Na setkání členů MDT, které se koná jednou týdně, se členové intenzivně věnují každému klientovi zvlášť. Účastníky jsou lékařka, sociální pracovníce pro to konkrétní oddělení, kde se setkání pořádá, pastorační pracovníce, psychologka, všeobecné sestry, pečovatelky a ošetřovatelky. Dobrovolníci se setkání neúčastní. Setkání vede lékařka, která postupně prochází složky s dokumentací všech klientů. Ke každému klientovi se vyjádří, zhodnotí zdravotní stav a jeho případné změny či změny v medikaci a dá prostor ostatním členům, aby mohli přispět svými postřehy a připomínkami, které jsou z jejich pohledu zásadní pro poskytování co nejlepší a komplexní péče terminálně nemocným klientům a rodinným příslušníkům.

*„Pak jednou týdně má každý to oddělení svoje sezení, každý má svoje, kde se zase celý ten tým sejde a znovu se předávají ty informace, spíš ohledně toho zdravotního stavu,*

*ale takovýto setkání se dělají v podstatě pořád, podle potřeby. Takže koncepčně jsou tady denně porady a jednou týdně sezení.“ (KP1)*

*„...setkání toho týmu je intenzivnější, záleží na tom, jací jsou to pacienti, s čím přichází. Lékařka probírá jednoho klienta po druhém a každý z toho týmu má možnost říct, co mu přijde důležité...“ (KP5)*

*„Doktor řekne pacienta, popíše diagnózu, popíše stav, jaká je prognóza, čeho se vyvarovat, co by nás netrklo na první pohled. Třeba že jsou metastázy v páteři, v kostech, takže opatrná manipulace...horší se, lepší se...a já myslím, že je dobrý to slyšet, protože víc hlav víc vymyslí.“ (KP8)*

*„...z pohledu každého pracovníka a snažíme se hledat možnosti, co bysme pro toho člověka mohli udělat, aby ta péče byla lepší...“ (KP5)*

*„...jak přispět, jak je to s rodinami, je to takový brainstorming...“ (KP4)*

*„...vlastně jestli jsou tam nějaké změny, dál co psychologka zachytila, nějaké změny v chování, přání té rodiny, to zase ta sociální, prostě o tom pacientovi abysme věděli ze všech hledisek, ne jen z té zdravotní...“ (KP3)*

*„...je potřeba přemýšlet, co pro toho člověka udělat, a ten sedánek je toho důkazem, že se nad tím ty lidi zamyslí a každé ze svého pohledu pro toho nemocného je schopnej něco udělat...“ (KP8)*

Pouze jeden z komunikačních partnerů vypověděl, že ho tyto organizované skupiny zdržují ve výkonu práce. Jelikož s klienty tráví dostatečné množství času, tak mu skupinové sdílení informací neposkytuje žádný přínos. Dovoluji si poznamenat, že stejný komunikační partner později vypovídá o přínosech pro klienta, které se právě za pomoci spolupráce odlišných profesí podařilo v průběhu poskytované služby vyřešit.

*„...Jako já to nechci znevažovat a chápu, že ty sociální, pastorační nebo psychologka, že tady nejsou každý den, že nepřijdou s těma klientama tolik do styku, ale pro mě osobně je to trošku zdržování. Já tady musím fungovat s paní doktorkou, tak my to víme. Mně to přijde, že my jsme tady ten zprostředkovatel, že my jsme tady ten kanál na posunování informací dál. Je pěkný vědět, že má dvě děti ..., ale mně to v tý práci nepomůže...“ (KP4)*

## **Písemná komunikace**

Poměrně málo komunikačních partnerů zmiňovalo jako informační zdroj písemnou komunikaci. Ti, kteří ji uvedli, zmiňovali dva softwarové programy, Equip a Medicus, které slouží k zaznamenávání informací do dokumentace klienta a k zaznamenání aktuálních informací. Spíše bylo z rozhovorů patrné, že upřednostňují organizovaná setkání a bezprostřední ústní výměnu informací během výkonu práce. Jeden z komunikačních partnerů zodpověděl, že k zápisům není dostatečný časový prostor a současně si není zcela jist, zda jsou jeho záznamy čteny a tím i využívány ve prospěch poskytované péče.

*„...a pak je tady forma zápisu do programu Equip, kde zapisují pečovatelky svoje úkony a já tam zapisuji, když to stíhám, nějaké svoje postřehy k těm klientům, ale nevím, jestli to někdo čte, jestli je to pro někoho přínosný, toho času není moc...“ (KP5)*

*„...a kromě toho tady máme ještě Equip, což je vlastně program, kam se píšou důležité věci, takže všichni s tím počítají, že se ty informace dozvědí ať už z toho programu nebo není problém se doptat...“ (KP6)*

*„Zdravotní program je v Medicusu, my se do něj částečně dostanem, ale nedostanem se úplně do dokumentace...a v té sociální je zase Equip, takže tam se zase plánuje v tom Equipu...“ (KP6)*

Dva komunikační partneři uvedli, že se zařízení snaží hledat stále nové způsoby k vhodnějšímu a přehlednějšímu přenosu informací. Některé se již nepoužívají a jiné jsou stále k dispozici všem členům MDT.

*„Jako byly snahy vést tady sešit, do kterého by každý zapsal něco, co mu přijde důležité u každého klienta...ono to potom vyšumělo, ten sešit mně osobně přišel dobrý...“ (KP5)*

*„...někdy se ty informace úplně nepřenesou, ale zavedli jsme loni, tuším v září, v říjen, takové košilky...když někdo něco zjistí během toho pobytu, tak tam se píšou jaké je jeho přání, jak to má vykomunikované s rodinou...takže tam může nahlédnout, není to nikde zamčené, tak je možné dozvědět se co nejvíc informací, také to vede ještě ke kvalitnější péči...“ (KP9)*

## Verbální komunikace

Z výsledků šetření byly získány informace, které vypovídají o různorodém přenosu informací mezi členy MDT. Každý popisuje průběh komunikace na situacích, se kterými se setkal, a jak tyto situace usnadnily, či naopak znesnadnily navázání komunikace s ostatními členy MDT. Částečně se do způsobu přenosu informací promítá i osobnostní nastavení členů MDT.

*„Já jsem nastavena hledat, jak s těmi lidmi komunikovat, a nestalo by se mi, že bych se setkala s odmítnutím...“ (KP5)*

*„...a kdybychom spolu nekomunikovali, tak by to nefungovalo. V podstatě si tady dělám svoji práci a pak se něco semele a mluvíme spolu pořád, je to o lidech, jaký je den, jací jsou lidi...“ (KP5)*

Jeden z komunikačních partnerů popisuje, že došlo k pozitivním změnám v předávání informací. Posun vidí v opakovaném zdůrazňování významu tohoto přenosu což otevřelo prostor pro navázání hlubší spolupráce. Rovněž zmiňuje, že po úspěšném propojení komunikačního procesu, se členové nebojí vyjádřit svůj názor.

*„Já dobře, já si myslím, že jsme se naučili ji využívat a že se nikdo nebojí říct svůj názor.“ (KP8)*

*„Takže já vnímám, že tu informaci dostanu od těch ostatních a my si to neříkáme jenom tady při těch týmech, ale říkáme si to. Třeba sednem k papírům a holky přijdou a řeknou nám to. Dřív to tak nebylo, někteří členové si jeli podle svého a tím to pro ně končilo. Já su taková vlezlá, tak jsem jim pořád říkala, že pro mě je to důležitý, že já se to nemám jak jinak dozvědět..., ale už si myslím, že to pochopili všichni, že ví, že se na sebe můžem spolehnout...“ (KP8)*

Další ze členů týmu informuje o nedostatku času pro předávání informací. Důvod vidí především v krátkém časovém intervalu, který klienti tráví v zařízení. Proto se snaží veškeré informace předávat a získávat ihned, kdy vyvstane potřeba tuto informaci sdílet. Cílem takto operativně předávaných informací je především zjištění a následné naplnění klientových potřeb.

*„...Spíš mám pocit, že si tady říkáme za pochodu, co je potřeba. Čekat až tady někdo něco napíše, až bude nějaký tým, protože ten člověk do té doby třeba zemře a je potřeba si to říct hned...takže já dávám přednost té osobní komunikaci.“ (KP5)*

Další popisovaná situace se zaměřuje spíše na komunikační šумы, které mohou vznikat několika způsoby. Jedním z důvodů jsou nepřesné či nedostatečné informace spolupracujících v zařízení. Tyto nepřesné informace mají za následek změny atmosféry na pracovišti a je nutné tuto situaci řešit. Další důvod je nedokonalost přenosu informací přímo na pracovišti. Další možností je odlišné profesní zaměření a s ním spojená terminologie, která na sebe může občas narážet. Přestože se s těmito šумы musí dále pracovat, zaměstnanci upřesňují, že to přímý dopad na klienty zařízení.

*„...tím, že tady mám takovou úlohu, tak někdy ty ostatní složky týmu, většinou teda lékařky, můžou vyvolávat pocit, že jsem nezjistila úplně všechno, protože třeba přijde lékařská zpráva z nemocnice a tam jsou uvedeny nějaké informace a se kterými já pracuju jako s faktama, pak se udělá příjem ...a zjistí se, že ty informace byly hodně zkreslený a pak je těžký zpětně vykomunikovat, kdo měl co zjistit, na čí straně je pomyslně ta chyba...takže já mluvím s lékařkou, ta to řekne někomu jinému, a když to slyší čtvrtý člověk, tak ty informace vylezou trochu jinak. Takže někdy ty komunikační šумы vznikají...Mám pocit, že je to způsobeno odlišnou terminologií...myslím, že na klienta to nedopadá..., že si ty komunikační šумы vyřešíme sami mezi sebou.“ (KP1)*

V průběhu výzkumného šetření bylo popsáno i podrobné rozlišení kvality přenosu informací na jednotlivých odděleních. V úryvku záměrně není uvedeno přesné označení oddělení, jelikož je předpokládáno, že pro výzkumnou zprávu tato informace není v ničem přínosná a současně není nutné konkrétní oddělení stigmatizovat. Osoby, které poskytly rozhovor za účelem zpracování výzkumu, a které současně projevíly zájem si práci přečíst, jsou schopny si tuto informaci samy doplnit a případně s ní dále pracovat.

*„Jak na kterém oddělení, ale takové je to všude, v každém zařízení, že se ta oddělení hodně liší. Je tam hodně důležité, aby tam byli styční důstojníci, kteří to budou propojovat, aby každý věděl, komu má co říct...“ (KP9)*

*„...tak konkrétně na oddělení X je ta komunikace opravdu dobrá a předpokládám, že to tak pokračuje i dál. Na oddělení Y nevím, jak je to stoprocentně teď, ale myslím, že se to tam výrazně neposunulo, nemají tam sociální pracovnice na různých ustláno, takže ani ty*



*informace se tam někdy úplně nepřenesou...ale i když to má nějaké mouchy, tak X z 95 procent má kvalitní přenos informací a Y tak ze 75 procent...“ (KP9)*

Někteří klienti jsou méně komunikativní. Stává se, že si vyberou některou osobu z týmu a pouze té jsou ochotni se svěřit. Pro zajištění kvalitní péče je důležité si tyto informace v týmu sdílet.

*„...a někdo je ochotný se otevřít jenom těm dobrovolníkům...ti nejsou součástí týmu, ale já jsem s nimi hodně v kontaktu a psychologka taky...a oni nám předají ty informace...“ (KP6)*

### **7.8.3 Spolupráce multidisciplinárního týmu**

Spolupráce ve větším kolektivu je obvykle náročnější na organizaci, ale především vyžaduje vysoké nároky na komplexní propojení všech složek, které mají společný úkol. Stejně tak i v tomto zařízení se můžeme setkat s aspekty, které podporují spolupráci, a aspekty, které ji narušují. Téma Spolupráce MDT jsem rozčlenila do čtyř kategorií:

- Jak vnímají spolupráci jednotliví členové MDT
- Profesní různorodost
- Prohlubování vztahů
- Jeden cíl

#### **Jak vnímají spolupráci jednotliví členové MDT**

Komunikační partner odpověděl, že každý ze členů MDT vykonává práci dle své profesní odbornosti. Sociální pracovník propojuje všechny tyto přístupy a snaží se klientům poskytnout komplexní péči na základě jejich potřeb a přání.

*„...sociální pracovník má možnost propojovat veškerý poznatky těch oblastí, psycholog si řeší svoji stránku, duchovní svou, zdravotníci poskytnou zdravotní stránku a sociální pracovník je ten, který dává tyhle poznatky do širšího kontextu a ještě z toho vyzobne něco navíc, jako nějakou tu anamnézu člověka...“ (KP1)*

Komunikační partneři vnímají potřebu kvalitně navázané spolupráce. Jsou si vědomi, že vytvoření bezpečného prostředí podněcuje aktivitu celku, jelikož každá informace, se kterou se nebude kolektivně pracovat, může způsobit nenaplnění posledních potřeb umírajícího.

*„...je to vše o té spolupráci a je to vše o tom, jednak nějaké to organizační nastavení, to funguje. A abychom se sešli, abychom se scházeli pravidelně,...aby to někdo svolal a jedna důležitá věc z mého pohledu, aby tam byla taková atmosféra, aby se lidi nebáli sdělit věci, se kterými si nevědí rady, nebo je něco napadlo...protože každý ten postřeh je důležitý a já myslím, že se nám to daří, že tam ta atmosféra je, že se nikdo nebojí říct, co viděl, co slyšel, co vnímá nebo co ho napadlo, že by se dalo dělat.“ (KP6)*

*„...do hospicového zařízení přichází pacient, kterého nemoc dohnala do tohoto stádia, že z nějakého důvodu nemůže být doma nebo mu byla ukončena léčba, takže přichází ze zdravotních důvodů, nicméně ty se dají poměrně dobře zvládat...ty bolesti fyzické jsou často umocněny bolestmi psychickými, ale základ je pečovat o toho člověka jako o celek, pomoci mu, jestli má nějaké duchovní potřeby, nebo by si přál dát do pořádku právní záležitosti, majetkové záležitosti, něco ho trápí, někoho ještě kontaktovat. To všechno bude hrát ještě významnou roli při jeho definitivním odchodu z tohoto světa. Takže ta spolupráce je významná v tom týmu...“ (KP9)*

Během rozhovorů komunikační partneři uváděli konkrétní situace, se kterými se na pracovišti setkali a které určitým způsobem ovlivnily průběh spolupráce a vztahy mezi členy MDT.

*„...a je tady hromada lidí, kteří projevují tu úzkost třeba tím, že zvoní, a když tam přijdeme, tak v podstatě neví, třeba chtějí posunout polštář o pět centimetrů doprava nebo pootočit žaluzie, a v podstatě je to volání o pomoc, nechci tady být sám. Takže paní psycholožka má tu trojnožku, takový bobek, aby byla mobilní, a sedne si tam ...hodně nám to pomáhá...“ (KP8)*

*„...a byli doktoři, kteří to nechtěli slyšet, neptali se, protože oni jsou ti doktoři. Ted' to tady tak nefunguje, musím říct, že paní doktorka naslouchá, to, co řekne i ta poslední pečovatelka, je pro ni berná mince, naslouchá tomu kolektivu...“ (KP8)*

*„...psycholog nám řekne, jak máme postupovat, že na něho musíme jít třeba tímto směrem. Já myslím, že spolupráce je dobrá, kdykoliv můžu jít za kýmkoliv...“ (KP2)*

*„...a myslím, že dokážu dát nějaký impuls psycholožce, že je tady nějaký prožívání výraznější nebo méně zvládnutý. Dávám ty impulzy i těm ostatním, aby věnovali pozornost tomu pacientovi nebo rodině...“ (KP1)*

*„...a co mě překvapilo, že věc, která by je mohla zatížit jako forma spolupráce... jako práce navíc, že třeba až přijde od paní syn, aby mi dali vědět. Tak oni jako jeden organismus si tady to info předají i mezi službama...a zpětně jsem se dozvěděla, že tento způsob spolupráce jim maximálně vyhovuje, že jsou vlastně úkolově zaměřený...takže to oceňuji, že jim nevadí, že mají práci navíc...“ (KP5)*

Jeden z komunikačních partnerů poukázal i na vzájemnou fyzickou pomoc mezi členy MDT. Dále myšlenku rozvádí, ve smyslu využití této komplexní spolupráce mezi členy, která je nutná pro vytvoření dobré atmosféry na pracovišti, a ta pak následně pozitivně působí na poskytování kvalitní paliativní péče.

*„...když tady je někdo a má 150 kilo..., že nejen ty informace, ale i fyzicky si jdeme pomoci, je potřeba, aby si lidi tady šli na ruku, jinak budem z tý práce chodit zmrdovaný fyzicky i psychicky a poznali by to i ti nemocní...“ (KP8)*

Jeden z komunikačních partnerů negativně ohodnotil zaměstnávání některých profesí na částečný úvazek, kdy jejich nepřítomnost nutí zaměstnance reagovat na situace dle svých schopností a dovedností.

*„...my třeba potřebujeme psychologa, dejme tomu teď se něco zvirtlo, a když tady ten psycholog není, stejně to musíme vyřešit sami.“ (KP3)*

### **Profesní různorodost**

Sociální práce využívá holistický náhled na situaci klienta a stejně tak i v paliativní péči je na potřeby klienta nahlíženo z bio-psycho-socio-spirituálního pohledu. Z výsledků šetření bylo zjištěno, že v hospici docházelo ke ztížené spolupráci mezi zdravotní složkou a psycho-socio-spirituální složkou. Dle komunikačních partnerů k těmto situacím docházelo spíše v minulosti a v současné spolupráci vnímají podstatný pozitivní vývoj.

*„...tady ta sociálně-psychologicko-pastorační složka je jiná než ta zdravotní složka, když se sejdou, no to vám řeknou asi všude, no jak to říct, je to výzva.“ (KP4)*

Jeden z komunikačních partnerů uvedl, že na situaci měla podíl i skutečnost, že v zařízení pracovala sociální pracovnice, která disponovala, vysokými profesními a osobnostními schopnostmi a ostatní zaměstnanci očekávali, že stejnými schopnostmi

budou disponovat i nově příchozí zaměstnanci. Situaci se podařilo řešit aktivním přístupem a snahou navázat dobrou spolupráci.

*„...bojovali jsme strašně na začátku,...a navíc tady byl podíl, tady byla sociální pracovnice, jak to říct, to byl anděl. Anděl, co stíhal administrativní práci, být na oddělení, stíhal jezdit do domácího hospice. Ta prostě věděla, co se děje na oddělení, znala pacienty...a když potom odešla, ti zdravotníci si mysleli, že všechno víme, ale my jsme to tak neměli. A stávaly se takové věci, že přestěhovali klienta, a nám to neřekli. nebo že už je tam příjem, a my jsme se museli doptávat, jestli už tam je...myslím, že dneska už je to mnohem lepší, ale člověk si to musel odpracovat, ve smyslu toho být sám aktivní a ukázat, že rád spolupracuje...“ (KP4)*

Jeden z komunikačních partnerů uvádí, že obtížnější spolupráce je v některých případech způsobena nejasným rozdělením kompetencí s ohledem na profesní zaměření.

*„...tady je ten problematickej okamžik, kdy já si myslím, že něco měla vykomunikovat ta lékařka, ale lékařka řekne, ať to vykomunikuju já, ale pak není spokojená ani jedna strana, protože já jsem nezjistila, co potřebovala ona, a zároveň jsem musela mluvit o odborných věcech s někým, s kým nejsem odborně na stejné výši...“ (KP1)*

I když se odlišné profesní zaměření občas promítá do komplexní spolupráce, komunikační partneři tyto situace nevnímají jako bariéru, která by jim bránila v kolektivní práci a v poskytování paliativní péče. Často je zmiňován odlišný přístup ke klientovi v průběhu vzdělávání pro jednotlivá profesní zaměření, což se pak v průběhu poskytování péče může projevit. Zaměstnanci si jsou tohoto jevu vědomi, pokouší se různorodé profese v zařízení více propojovat a současně uvádějí, že bez zastoupení všech oborů by nebylo možné poskytovat komplexní péči o terminálně nemocné klienty.

*„...psycholožka, pastorační asistentka, sociální pracovnice máme pocit, že jsme tak jako více otevření i více spolu komunikujem a ti zdravotníci jsou tak jako v tom systému nemocnice, že prostě jedou, jedou a méně vnímají takové ty duchovní otázky, ale to je jen můj pocit...nemyslím si, že to je nějaký problém, ale spíš si myslím, že ti zdravotníci jsou na sebe víc navázaný...“ (KP1)*

*„...a ti zdravotníci jsou zaměřeni na něco jinýho...ale já se cítím jako plnohodnotný člen týmu, je to tím, že ten kolektiv sester i pečovatelek jsou vstřícní těm mým postřehům*

*k pacientům a mnohdy se na mě i obrací s postřehy nebo se ptají, co si o tom myslím...“ (KP5)*

*„...dřív se stávalo, že na sebe narážely sociální složka a zdravotní složka, ale myslím si, že to nebylo ze zlé vůle, ale v tom, že zdravotníci jsou celou dobu vychováváni v tom, že oni rozhodují, co ten člověk potřebuje, a sociální práce je úplně jiná. Sociální pracovník je celou dobu vychováván v tom, že klient je partner, který si sám určuje, co potřebuje. Ale tady jsou ti zdravotníci šmrchnutí tím sociálním, tady to jinak ani nejde, v tom hospici...“ (KP6)*

*Myslím si, že jsou potřeba úplně všichni a nedá se říct, že je někdo důležitější, prostě je potřeba ta spolupráce se všemi...“ (KP1)*

### **Prohlubování vztahů**

Komunikační partneři si uvědomují význam soudržnosti a spolupráce v kolektivu. Jako vhodnou možnost pro vytváření nových vztahů a prohlubování současných vztahů mezi členy MDT uvádějí plánované kolektivní aktivity, do kterých by se mohli zapojit všichni zaměstnanci hospice.

*„Co se tady hodně opomíjí, ta hygiena nebo ta péče o ten tým, nedovolit, aby se ten tým rozpadnul na byt' fungující, ale samostatné části, protože v okamžiku, kdy se nepotkávají, tak je to vlastně špatně. Ale když je nějaká nepříjemnost, tak se to zvládne...“ (KP9)*

*„...a docela bych uvítala takovou akci, celohospicovou...jedna vánoční besídka za rok to moc nespraví, abychom se jako víc poznali mezi sebou.“ (KP5)*

*„...když jsme byli třeba v Praze na nějaké konferenci, jelo se autobusem a tam se setřely všechny ty rozdíly, takže to znamená platformu, kde se můžou potkat...“ (KP9)*

### **Jeden cíl**

Všechny zúčastněné spojuje jedna myšlenka, a tou je poskytování té nejlepší možné paliativní péče o terminálně nemocné klienty, snaha splnit umírajícímu všechna přání a potřeby, která je podmíněna kvalitní spoluprací všech členů v MDT. Někteří komunikační partneři zmiňovali, že většina zaměstnanců hospice má určité osobnostní nastavení, které předurčuje, že právě kvalitní péče o umírající je jejich cílem.

*„...na toho člověka je potřeba nahlédnout z co nejvíce úhlů, a pak je šance, že se o toho člověka postaráme, jak nejkvalitněji je v našich možnostech.“ (KP9)*

*„...a snažíme se všechny možný církve...byla tady paní a ta byla členkou Hnutí Grálu, tak jsme se ptali, jestli má nějakýho duchovního...a její neteř, že zná pána, který to dokáže zprostředkovat...o to se teda stará pastorační...“ (KP8)*

*„...takže v tom týmu třeba nemůže pomoci sám, ale může v tom týmu na někoho delegovat, když se dozví, že je to pro toho člověka důležité. Tak může ty členy a členky z toho týmu zapojit, a když to funguje, tak je to pro toho klienta bohatší, ta péče je prostě bohatší a kvalitnější.“ (KP9)*

*„Jsou tady kolegové, co si myslí, že by ten tým mohl líp spolupracovat. Mohli bychom být někdy citlivější, všímavější, ale myslím, že děláme, co můžeme.“ (KP5)*

*„...a já si myslím, že tady opravdu MDT funguje, ty hospice dělají lidi, co tam mají to srdce, tak ten základ pro ten tým je dobrý...“ (KP9)*

*„...že klidně pojede ta debata, třeba deset koleček dokola, dokud se nedojde k nějakému závěru, se kterým jsou spokojeni a ze kterého mají všichni dobrý pocit...“ (KP9)*

*„...většina těch lidí, co tady pracují, vědí proč tady pracují a chtějí opravdu tomu člověku, o kterého se starají, pomoci a ten život nějakým způsobem zpříjemnit, jak jen je to v našich silách...“ (KP6)*

#### **7.8.4 Přínos práce v multidisciplinárním týmu**

Ve výsledcích šetření byly odhaleny určité výhody, které práce v MDT poskytuje. Tyto výhody jsou dále rozčleněny do tří kategorií:

- Přínos pro klienty hospice
- Přínos pro členy rodiny
- Přínos pro zaměstnance hospice

##### **Přínos pro klienty**

Jednou z výhod, která byla v průběhu rozhovorů často zmiňována, je kolektivní spolupráce celého týmu. Spolupracující tým si mezi sebou předává informace získané při příjmu klienta do zařízení. Sdílení informací má pozitivní dopad na klienta, který tak

nemusí neustále zodpovídat opakující se administrativní dotazy personálu. Zohledňuje se především zdravotní stav klienta.

*„...nezkoumat znovu a znovu, to toho klienta zatěžuje...“ (KP5)*

*„...je to nemocný člověk, kterému je špatně a kdyby za ním každý chodil a přišlo by tam já nevím kolik lidí a každý zvlášť by se ho ptal na to samé, tak po třetí nebo čtvrté návštěvě by po nás začal něco házet. Prostě toto není možné.“ (KP6)*

*„...nepřístupuje k němu znovu a znovu a netrápí ho těmi otázkami...“ (KP4)*

*„Tím se vlastně velmi ulehčí tomu nemocnému, že mluví jenom s tím jedním člověkem a nemusí to řešit se všema.“ (KP6)*

Další jmenovanou výhodou je počet zaměstnanců a rozmanitost profesí působících v hospici. Každý z klientů přichází s odlišnými potřebami, komunikačními schopnostmi či osobnostním nastavením a díky většímu počtu zaměstnanců, kteří se podílejí na poskytování paliativní péče, má klient možnost sdílet své potřeby, přání a volný čas s člověkem, který je mu nejbližší.

*„... ale když přijdou, je tady nějaká zdravotní sestra, která se na ně usměje, řekne dvě věty a oni se na ni navážou...“ (KP1)*

*„...můžou si vybrat člověka, se kterým to budou řešit...“ (KP1)*

*„...každý z nás je jiný a i ten nemocný může mít k někomu větší, k někomu menší sympatie, k někomu větší, k někomu menší důvěru. Někdo se svěří lékaře, jiný by lékaře neřekl vůbec nic...“ (KP6)*

*„...vidí neustále někoho jiného, ...s tím povykládá o tom, s tím o tom, každému nemusíte být sympatická, když je nás tady tolik, tak je to pro ně plus...“ (KP2)*

Smíření, ať už jde o smíření s nastalou zdravotní situací či smíření rodiny po přerušení rodinných vztahů, hraje velice důležitou roli v životě každého člověka. Během rozhovorů bylo toto téma několikrát zmiňováno. Komunikační partneři odpověděli, že již mnohokrát se mohli podílet prostřednictvím spolupráce MDT na stmelení dlouhodobě rozklížených rodinných vztahů a zajistit tak odchod klienta v atmosféře klidu a smíření.

*„...třeba zkontaktovat děti, které dvacet let neviděl, protože byl rozvedený, a protože to tam bylo nějaké složité...“ (KP6)*

*„...jsme tady v týmu zpracovali spoustu věcí, narušené vztahy v rodině. Vím, že tady sociální pracovnice a psychologka hodněkrát zapracovaly na smíření, že odcházeli takoví smíření s rodinou a se všema...“ (KP3)*

### **Přínos pro členy rodiny**

Jeden z komunikačních partnerů odpověděl, že mnohdy odborná komunikace ze strany lékařů může přinést obtíže v pochopení sdělované informace a může tak narušit stabilitu členů rodiny. Rodinní příslušníci se dostanou do situace, kdy nechápou konkrétní zdravotní stav a jeho vývoj v dalším období. Sociální pracovník zastupuje prostředníka mezi sociální složkou a zdravotnickým personálem a vytvoří si časový prostor pro citlivé vysvětlení situace, ve které se klient nachází.

*„...zdravotníci mají takový svůj specifický jazyk a pro tu rodinu je dobré, když jim to někdo laicky zopakuje. Takže zdravotníci odvádějí obrovský podíl práce, ale na takový to dovysvětlení a napojení do toho lidskýho vztahu, si myslím, ten sociální pracovník je tam na svém místě...“ (KP1)*

Jeden z komunikačních partnerů popsal situaci ztráty otce v rodině se dvěma dětmi. Komunikační partner zdůrazňuje, jak důležité je tyto situace řešit a informovat o nich zbytek týmu, aby si za podpory celého kolektivu mohl klient dokončit všechny úkoly a odejít smířen. Současně upozorňuje na význam určitého uzavření kruhu pro ostatní zúčastněné, v tomto případě především nezletilé děti a pro jejich budoucí psychický vývoj.

*„...krátká diagnóza osm týdnů, dvě holčičky a on je nechtěl celou dobu vidět, respektive nechtěl, aby ony viděly jeho...a já řeknu té psychologce, že ta otázka je otevřená a ona jde a dva dny to s ním probírá, plusy a minusy a dva dny před tím úmrtím přijdou a ještě se vidí. Kdybych si to nechala pro sebe, tak se už nemusejí vidět a měli by z toho trauma na celý život...i když viděly, že teď tam ležel táta s obrovským břichem, bez vlasů a nažloutlý, ale pořád to byl ten jejich táta a ony ho tam poznají, i ty děti, protože ony nemají tu optiku, kterou se díváme my dospělí, takže si dokážou vysvětlit, proč najednou zmizel...“ (KP9)*



Žádný z komunikačních partnerů nezmínil, že poskytovaná hospicová péče je pro členy rodiny přínosem, jelikož nemohou, ať již z jakýchkoliv důvodů, umírajícímu tuto péči zajistit v domácím prostředí. Je možné, že je to především z toho důvodu, že žádný rozhovor nebyl veden s rodinným příslušníkem, který má v zařízení blízkou osobu, a že výzkum byl zaměřen na lůžkový hospic a nikoliv na hospic mobilní, kde by pomoc týmu byla rovněž výrazným přínosem.

### **Přínos pro zaměstnance**

Dle komunikačních partnerů přínosem práce v kolektivu je již zmiňovaná profesní různorodost, přesto mohou vznikat situace, se kterými členové musí dále pracovat. Uvědomují si, že odlišná profesní zaměření jim poskytují možnost diskutovat, radit se a hledat tu nejvhodnější cestu k naplnění potřeb klientů. Dalo by se říci, že jde z určitého úhlu pohledu o rozprostřenou odpovědnost, která pomáhá zaměstnancům se lépe vyrovnávat s obtížemi při výkonu své práce.

*„...právě v té multiprofesní odbornosti, že tady máme tolik odborníků, kterých se dá zeptat téměř na cokoli...v podstatě mi to přináší určitou míru klidu...a svobodu v mé práci, protože vlastně vím, že mám všechny nástroje pod jednou střechou...“ (KP1)*

*„...takže pro ten tým je ta práce obohacující a méně stresující...“ (KP9)*

Další komunikační partneři se vyjádřili obdobným způsobem a dále konkretizovali, že výrazným aspektem práce v týmu je myšlenka, že na práci v hospici nejsou sami. Podpora a pomoc v týmu má pro ně velký význam.

*„Je to takový organismus lidí, co se na sebe musí spoléhat...k vytváření toho kolektivu, který nese každého zvlášť, protože jeden člověk by to nezvládl.“ (KP5)*

*„...asi kolektiv, je tady úžasnej, od lékaře až po ty všechny ostatní holky, myslím, že vás podrží, že na to nikdy nejste sama tady v hospici,“ (KP3)*

*„...že na to člověk není sám, že jsme tady tým, že i mezi sebou si o tom povídáme a člověk to líp snáší, tu práci, že si vypomůžeme, podržíme.“ (KP2)*

*„...a na druhou stranu má tu důvěru, že na to není sám...“ (KP9)*

### 7.8.5 Bariéry spolupráce v multidisciplinárním týmu

Z výsledků šetření bylo analyzováno několik situací, které práci v MDT činí obtížnější.

Tyto aspekty jsou rozčleněny do čtyř kategorií:

- Vnitřní vlivy
- Vnější vlivy
- Personální změny členů MDT
- Personální změny ve vedoucích pozicích

#### Vnitřní vlivy

Jeden komunikační partner označil jako bariéru nadbytečné věnování se administrativě, bariéru vnímá jako vlastní problém. Konkrétně v tomto případě se jedná o osobnostní rys, který si komunikační partner uvědomuje a rád by na něm pracoval, aby jej dále neomezoval při výkonu dalších činností spojených s jeho profesí.

*„Mou vlastní bariérou je organizace práce s tím, že se nebudu těm papírům tolik věnovat, tak dlouho a tak podrobně. V mém případě je to takový perfekcionismus, který mi brání stihnout něco dalšího...“ (KP4)*

#### Vnější vlivy

Jako negativní aspekt komunikační partneři označili, že do zařízení přicházejí klienti velice pozdě a umírají poměrně krátce po převozu do zařízení. MDT tak není schopen zajistit, aby byly zjištěny všechny potřeby, které by mu MDT byl schopen pomoci naplnit. V této fázi se pak vytrácí přínos spolupráce MDT a zaměstnanci tento aspekt vnímají negativně.

*„...během loňského roku se nám zkrátila doba pobytu těch lidí u nás v zařízení, že nám chodili později a v horším stavu. My to vnímáme jako problém pro tu dobrou spolupráci...protože během tak krátké doby nejsme schopni se dopátrat až tak hluboce, co ten člověk všechno potřebuje...“ (KP1)*

*„...že jsou tady někdy moc krátce...“ (KP2)*

Jeden komunikační partner zmínil, že tento negativní aspekt se promítá i do spolupráce s rodinnými příslušníky a negativně tak ovlivňuje celý průběh poskytované služby.

*„...my to vnímáme v podstatě velmi negativně, protože i pro ně je důležitý vidět, že ta situace proběhla v pořádku, že i ta rodina si u nás mohla zvyknout...“ (KP1)*

Komunikační partneři dále doplňují, že jsou do zařízení dopravování klienti již v tak těžkém stavu, že v den příjezdu nebo další den zemřou. V tuto chvíli nedochází jen k nemožnosti zjistit a naplnit potřeby klienta, ale současně je klient převozem uveden do stresového stavu ze změny prostředí, kdy je obklopen neznámými lidmi a následně zahrnut počáteční administrativou. Dochází tak k rozporu se samotnou myšlenkou hospice o dobré smrti v klidném prostředí.

*„...že pacient buď zemře, nebo je v takovém stavu, že se k tomu nemůže vyjádřit...“ (KP5)*

*„Stává se, že ten klient, kterého dovezou, ještě ten den nebo další den zemře, což pak i stanovila lékařka, že ten člověk neměl být schopen převozu...to je špatný pro něj, protože místo aby měl klid těch pár posledních chvil, tak ho tady převáží, a pak je ještě ve stresu...“ (KP1)*

Protikladem předchozích výsledků výzkumu se stává situace, kdy zdravotní pojišťovny vymáhají návrat finančních prostředků, pokud klient v zařízení zůstává déle než tři měsíce. Negativní situace se promítá do kvality života klienta a může se stát, že klient tak ztrácí možnost zemřít, jak by si přál, v důstojném prostředí hospice. Ve složitém zdravotním stavu musí být převážen do jiného zařízení. Negativní dopad vnímají i zaměstnanci zařízení, jelikož nemohou zajistit důstojný odchod klienta. S tímto postupem se neztotožňují.

*„...a pokud je tady člověk a do tří měsíců nezemřel, vy ho musíte převézt. Babičce je 97 let, a protože si dovolila žít, já to teď říkám možná hnusně a chápu, že jsou potřeba nějaká pravidla..., ale je to těžké, že ji musíte přesunout do nějakého jiného zařízení...a když to neuděláme, tak pojišťovna po nás chce, abychom vraceli peníze...loni jsme třeba vraceli za tři lidi...a pak skončí někde na JIP...a už se k nám nevrátí zpátky do hospice, aby mohl zemřít tak, jak si přál.“ (KP6)*

Komunikační partner navazuje na předchozí informaci a doplňuje, že tyto vnější vlivy kolektiv MDT překvapivě posilují, a rovněž doplňuje, že tyto situace je donutily se tímto problémem hlouběji zaobírat a v současné době rozpracovávají možnost zřízení nové služby, která by situaci pomohla řešit.

*„...Ale paradoxně nás to jako tým spojuje, tyto věci z venku...já chápu, že musí být nějaká pravidla, ale když člověk vidí ty konkrétní lidi a snaží se hledat možnosti i pan ředitel, nová lékařka a vrchní, která přijde, už řeší, že by vznikla nějaká sociální lůžka...“ (KP6)*

### **Personální změny členů MDT**

Z rozhovorů vzešla informace, že v poslední době v zařízení dochází ke značné výměně personálního obsazení. Zaměstnanci hodnotí tuto situaci negativně, jelikož ztrácejí dlouhodobé a kvalitní týmové spolupracovníky. Jsou si vědomi obtížnosti obsazení a především navázání dobrá spolupráce.

*„...hodně lidí odešlo a ještě se nepodařilo doplnit kolektiv...“ (KP3)*

*„...hodně lidí se vyměnilo, čili to se jako projeví i ve fungování toho týmu, než si zase zvyknou ti lidi jakým způsobem pracovat...“ (KP6)*

*„...ta vedoucí odešla, ta nová se teď strašně snaží, ale ještě jsme to nedotáhli...“ (KP4)*

Jako jeden z důvodů personálních změn komunikační partneři uvádějí nedostatečné finanční ohodnocení zaměstnanců.

*„...teď tady odešlo hodně lidí z finančních důvodů...“ (KP6)*

*„A je smutný, že ti šikovní lidi, co to dělají s láskou, musí odejít, protože je to neuživí...takže je škoda, že dobří odchází, protože pak trvá dlouho, než se ten tým znova utvoří...“ (KP8)*

### **Personální změny na vedoucích pozicích**

Komunikační partneři vnímají, že časté změny na vedoucích pozicích, které, se v poslední době několikrát vyměnilo, se promítá do komplexní situace a fungování zařízení. Je zřejmé, že navázání kvalitní spolupráce si vyžádá delší časový úsek.

*„Bylo v posledním roce smutné, že nám tady odcházeli lidi, měnilo se vedení, měnila se spousta věcí, vždycky, když se mění vedení, tak některé věci fungují lépe, nebo hůře, spíš hůře, než se zase nastaví nějaký ten systém...“ (KP6)*

*„...já když jsem nastoupila, tak to bylo perfektní...a pak se poměry změnily a všichni se nějak hledali...“ (KP4)*

Opakovaná výměna zaměstnanců narušila vnitřní vztahy a důvěru v personál na vedoucích pozicích.

*„...i komunikace s vedením má velké rezervy. Asi je to tím, že se nám tady vystřídali dvakrát nebo třikrát na těch vedoucích pozicích a nikdo nevěděl, jak to uchopit, každý čeká na toho dalšího, jak ten bude rozhodovat...“ (KP4)*

*„Vedení to ví, vedení to říkáme, kdykoliv se potkáme. Spíš jde o to, že takový ty sliby, že se dá nějak ten termín opakovat. Tady ten pan ředitel do této špatné situace už přišel, takže na něho nemá význam útočit, ale poslední dva až tři ředitele pozpátku nám něco slíbili...pak se to vytratí, jako že nejsou splněny... tak ten kolektiv přestane věřit tomu vedení, a to je i jedna z věcí, proč ti lidi odchází, protože by to měli být lidi, kterým jsme ochotní věřit i přes ty nesnáze s téma penězma...“ (KP8)*

#### **7.8.6 Motivace pro práci v multidisciplinárním týmu**

Během analýzy šetření jsem zaznamenala odpovědi, které objasňovaly, co zaměstnanec motivuje pro práci v MDT hospicového zařízení. Ty jsem pak rozčlenila na dvě kategorie, které jsem pojmenovala Práce pod dobrou vizitkou a Osobní motivace.

##### **Práce pod dobrou vizitkou**

Někteří komunikační partneři vyjádřili myšlenku, že je pro ně velice důležité, jak okolí nahlíží na hospic. Snaží se ukázat, že smrt jako přirozená součást života nemusí vzbuzovat obavy, a současně práce v zařízení, jehož cílovou skupinou jsou terminálně nemocné osoby, má smysluplné poslání, které je v tomto případě zastoupeno doprovodem při důstojném umírání.

*„...(název zařízení) měl vždycky dobré jméno a myslím si, že by ho měl mít pořád, že je to hodně smysluplná věc...“ (KP8)*

*„...hodně lidí řekne, že tady žádné výsledky nejsou, ale jsou. Tady vidíte, jak klidně ti lidi dokážou odejít...“ (KP2)*

*„...pak to působí, že je to barák na smrt, ale ti pracovníci z toho žijou, takže ano, ono se tady umírá, ale má to nějaký proces...“ (KP1)*

*„..., že lidi vnímají, hospic rovná se smrt...chodí sem žákyně z nemocnice a strašně se bojí sem jít, ale potom když vidí, že i ta smrt může být hrozně hezká v uvozovkách, že to*

*není jen takové to zabalení do prostěradla...že je to všechno s úctou, to umytí, oblečení, zapálení svíčky a to všechno kolem...tak to si myslím, že se strašně málo ví ...a minule holky plakaly a říkaly, že si to vůbec nedokázaly představit, že ta smrt může být i hezká...“ (KP3)*

### **Osobní motivace**

Většina dotázaných neměla počáteční motivaci přímo pro práci s osobami v terminálním stádiu života, ale v průběhu výkonu práce v hospici definují motivaci pro setrvání v tomto zařízení. Tato motivace je převážně definována jako smysluplná práce. Komunikační partneři vnímají hodnotu v tom, že se mohou podílet na doprovázení umírajících a že i jejich práce a přístup jsou pro umírajícího přínosem. Tato hodnota se zaměstnancům následně vrací v podobě dobrého pocitu a uspokojení z dobře vykonané práce, což je pro ně doprovázení k takzvané dobré smrti.

*„... končí to tou smutnou událostí, ale já tomu říkám dobrá smrt, a když se vlastně zadarí, i ti pracovníci z toho vidí nějaký bonus, že ta služba má smysl“ (KP1)*

*„...já jsem přesvědčená, že to, jakým způsobem člověk zemře, je úplně zásadní v tom životě, že to, jak zemře, je možná ještě důležitější, než jak se narodí...,že tomu člověku můžu zajistit nějaký pocit důstojnosti před tím, než zemře, mně to přijde jako důležitá hodnota. To je to, co mě motivuje k této práci...dělá to tu práci smysluplnou.“(KP5)*

*„...motivaci pro nástup jsem neměla, ale motivaci pro to, abych zůstala, ano, protože jsem nikdy a nikde necítila takové uspokojení...jako tady, když člověk doprovodí pacienta a jeho rodinu do více méně klidného závěru života.“ (KP9)*

*„...protože tady ta práce mi dává smysl, myslím, že je to potřebné. Nemyslím si, že to dělám tak dobře, jak by se dělat dalo, ale člověk se tady pořád učí...“ (KP6)*

*„...protože odchází smíření a to mi dělá dobře, že jsem mohla pro ně něco udělat...“ (KP7)*

## 8 Diskuse

V této kapitole jsou porovnávány zjištěné výsledky s teoretickými poznatky. Vzhledem k rozsahu práce a omezené velikosti výzkumného vzorku nelze získané výsledky šetření zobecňovat. Přesto se v mnoha oblastech shodují s poznatky uvedenými v teoretické části práce.

V této práci je věnován prostor tématu multioborové spolupráce v hospicovém zařízení. Hlavním cílem práce je zmapování práce MDT v hospicovém zařízení a současně objasnění silných a slabých stránek této multioborové spolupráce. Jako dílčí cíle jsou definovány způsoby, jakými spolu členové týmu komunikují, jaké přínosy jim spolupráce v týmu přináší a s jakými bariérami se mohou členové týmu setkat. Výzkumné šetření poskytuje odpověď na výzkumné otázky, které byly stanoveny takto:

Jak funguje spolupráce MDT v hospicovém zařízení? Jaké negativní a pozitivní aspekty ovlivňují spolupráci MDT v hospicovém zařízení?

Na základě výzkumného šetření zjišťujeme, že všichni účastníci výzkumu jsou si vědomi významu kolektivní práce v paliativní péči. V průběhu doprovázení terminálně nemocného klienta aplikují holistický přístup, který je prostředkem pro naplnění všech potřeb v závěrečné fázi života nemocného. (Marková, 2010, s. 27 – 28)

Všichni dotázaní definují multidisciplinární tým jako skupinu osob odlišných profesních zaměření, kteří kolektivně pracují na totožném cíli, což je poskytnutí co nejkvalitnější péče terminálně nemocnému klientovi. Obdobným způsobem definuje multidisciplinární tým Vorlíček (2004, s. 207)

Dle Kalvacha (in Matoušek a kol. 2013, s. 438) je základním posláním hospiců zlidštění pomoci umírajícím, vnášení lidskosti, podpůrného doprovázení a etických hodnot do péče o umírající při současném důrazu na úlevu od utrpení. Na klienty je nahlíženo komplexním přístupem, který zahrnuje biologický, psychologický, sociální a spirituální přístup. Důraz je kladen na dokončení, urovnání všech záležitostí, zhodnocení života, smíření, komunikaci a duchovní zaopatření umírající osoby v době završení jejího života. Všechny zmíněné aspekty se objevily v analýze výzkumného šetření.

Základem pro poskytování kvalitní paliativní péče je plynulý přenos informací, ať již písemnou formou, ústní formou či skrze organizovaná setkání zaměstnanců. Na základě

provedeného šetření se komunikací mezi členy týmu sdílejí informace, které napomáhají členům multidisciplinárního týmu shodně postupovat při naplňování individuálních potřeb klienta. Organizovaná setkání, na nichž je projednáván každý klient jednotlivě, jsou vedena především v přátelské atmosféře a takovým způsobem, aby žádný ze členů multidisciplinárního týmu neměl obavy vyslovit jakékoliv informace a postřehy, které by mohly vést ke zkvalitnění péče o klienta. Každý z týmu je důležitý, jelikož informace, která zásadním způsobem může ovlivnit klienta v závěrečné fázi života, může být zprostředkována i dobrovolníkem. Všechny tyto informace jsou výsledkem výzkumného šetření a shodují se s teoretickými poznatky popsanými v teoretické části práce (Marková, 2010 S. 36-37)

Pro všechny členy MDT je důležitým bodem spolupráce. Občas dochází k situacím, kdy ve zdravotní a sociálně-psychologicko-spirituální oblasti dochází ke střetům způsobených odlišným profesním zaměřením. Obdobné situace popisuje ve své výzkumné práci Němcová (2017, s. 48-68). Ačkoliv v průběhu spolupráce může docházet ke komunikačním nepřesnostem či určitému nesouladu v rámci spolupráce, všichni členové MDT dokážou nalézt způsoby řešení těchto situací takovým způsobem, aby byla zajištěna především kvalitní péče jednotlivým klientům zařízení. Chápu, že drobné kolizní situace vyvstávají především z odlišnosti profesního zaměření, osobnostního nastavení a rovněž z odlišného způsobu vnímání klienta v průběhu vzdělávání a přípravy pro výkon konkrétního povolání. Členové MDT si tuto situaci uvědomují, avšak uvádějí, že jsou schopni tyto situace vyřešit v rámci týmu, aniž by se tyto aspekty následně negativně projevovaly v kvalitě poskytované péče.

V teoretické části je uveden úryvek z výsledků výzkumu Šamajové (2019, s. 48-49), která uvádí, že členy MDT zahraničního hospice propojovala mimo jiné jedna shodná myšlenka „nechat členy v týmu dělat svoji práci.“ Z výsledků této výzkumné práce dochází k nesouladu s touto myšlenkou. Členové týmu nejmenovaného hospicového zařízení, vnímají spolupráci jako jedinou možnost jak zajistit, aby péče o klienta v terminálním stadiu života naplňovala všechny znaky doprovázení k takzvané dobré smrti. „*Nenechat tým rozpadnou na byt' fungující, ale samostatné části.*“ I přes nesnáze, které se mohou v průběhu propojování a prohlubování spolupráce objevit, je ve výsledcích šetření zřetelná snaha o další zkvalitňování této spolupráce. Tyto výsledky výzkumného šetření korelují s výsledky šetření Němcové (2017, s. 48-68), která ve své práci uvádí, že členové multidisciplinárních týmů si již nedokáží představit svoji profesi



bez kolektivního zapojení. V multidisciplinární spolupráci vidí smysl a současně vnímají i její cíle, které jsou zaměřeny na kvalitu péče a naplňování potřeb klienta.

Významným pozitivním rysem, který vzešel z tohoto výzkumného šetření, je myšlenka „*nejsem na to sám*.“ Jednotliví členové MDT pozitivně vnímají spolupráci, která jim zajišťuje poskytnutí podpory, pomoci a rady v průběhu doprovázení terminálně nemocného. Jednotliví členové vnímají přívětivou atmosféru, která jim nebrání vyslovit jakoukoliv připomínku či oslovit s prosbou o radu jakéhokoliv člena týmu. Lze ji považovat za určitou rozloženou zodpovědnost, která jim umožňuje čerpat podporu od ostatních členů týmu. Tyto pozitivní aspekty spolupráce popisuje Kolajová (2006, s. 16-17). Jedná se o příznivější atmosféru na pracovišti, využití schopností a dovedností všech, snižování obav z neúspěchu a zodpovědnosti, zvyšování sebevědomí, poskytování určitého uznání a postavení či podněcování tvořivosti.

Němcová (2017, s. 48-68) upozorňuje na problematiku omezených dostupných zdrojů při sestavování týmu, odborníků zaměstnaných na zkrácený úvazek a vysokou fluktuaci pracovníků. Jmenované aspekty vyžadují zvýšené nároky při obnovování a propojování týmové spolupráce. Obdobné bariéry týmové spolupráce byly zjištěny ve výzkumném šetření této práce. Výrazné obměny zaměstnanců stávající zaměstnanci vnímají negativně. Jako jednu z příčin fluktuace zaměstnanců popisují složitou finanční situaci. Časté výměny zaměstnanců vnímají jako bariéru ve fungování spolupráce MDT. Tyto změny s sebou nesou zvýšené nároky na současné zaměstnance ve smyslu vyššího úsilí k propojení jednotlivých úseků a vytvoření kvalitní spolupráce nově příchozích členů týmu. Situaci se snaží řešit plánováním registrace nové sociální služby, která by zamezila odlivu finančních prostředků tohoto zařízení při překročení doby pro poskytování odlehčovací služby, a současně by zařízení nebylo nuceno převážet klienty do jiných zařízení. Členové týmu by tak byli nápomocni klientovi zemřít v souladu s jeho přáním a věnovat se individuálním potřebám klienta, které by mu mohly být za přispění MDT naplněny.

Velký vliv pro motivaci k práci v MDT v hospicovém zařízení je naplňování shodného cíle, což vnímají jako důstojné doprovázení klienta v terminálním stádiu života. Tato myšlenka koreluje se samotným posláním hospicové péče dle Svatošové (2011, s. 115 - 120). S tímto cílem se ztotožňují všichni členové MDT. Svou práci vnímají jako

smysluplnou a podílení se na důstojném doprovázení terminálně nemocných k takzvané „dobré smrti“ jim poskytuje dobrý pocit a uspokojení z dobře vykonané práce.

I přes zmíněné obtíže si členové týmu nedokážou představit, že by mohli pracovat bez týmové spolupráce, která jim poskytuje určitou míru klidu, jelikož se mají na koho obrátit s prosbou o radu, pomoc a podporu. Myšlenka, že mohou přispět k naplnění potřeb terminálně nemocným osobám, jim přináší pocit, že mohou přispívat k smysluplnému naplňování hodnot lidského života.

## Závěr

Tato bakalářská práce se snaží nahlédnout na fungování multidisciplinárního týmu v nejmenovaném hospicovém zařízení a současně identifikovat pozitivní i negativní aspekty spolupráce multidisciplinárního týmu. Motivací pro zpracování této práce mi byl můj pobyt v hospicovém zařízení, kde jsem v rámci studia na CARITAS – VOŠs a souběžně na Univerzitě Palackého v Olomouci vykonávala odbornou praxi. Spolupráce MDT a přístup tehdejší sociální pracovnice mne velice inspiroval. Cílem bylo zmapovat práci MDT v hospicovém zařízení, včetně negativních i pozitivních aspektů, a tím více otevřít téma spolupráce MDT, aby se mohla inspirovat i zařízení, která nejsou primárně určená pro terminálně nemocné klienty, a povzbudit především pobytová zařízení různých cílových skupin k poskytování komplexní spolupráce skrze MDT. Jelikož mezi dobou výkonu odborné praxe a zpracováním této bakalářské práce došlo k časové proluce, neuvádím své postřehy a pozorování při výkonu odborné praxe v této práci, protože by se již jednalo o neaktuální informace. Výsledky výzkumného šetření mohou členům multidisciplinárního týmu poskytnout určitou zpětnou vazbu či obraz svého úsilí naplňovat cíle hospicového zařízení.

V teoretické části této práce je věnován prostor tématům úzce spojeným s tématem spolupráce MDT. V úvodních kapitolách je definován význam slova hospic a popsány počátky hospicové péče v České republice i v zahraničí. Pro stručné uvedení do tématu je popsán význam hospicové péče a druhy péče, které tato zařízení poskytují. O terminálně nemocné pacienty můžeme pečovat za pomoci a podpory domácích hospiců či stacionárních hospiců. V případě, že tyto způsoby péče nelze poskytnout, je možnost využívat lůžkových hospicových zařízení. Následující kapitoly jsou věnovány podrobnému náhledu na téma paliativní péče a jejím základním rysům, které tuto péči definují. Poslední témata byla určena popisu multidisciplinárního týmu, rizikům i přínosům multidisciplinární spolupráce a jednotlivým členům, kteří jsou nejčastěji zaměstnáváni v těchto týmech s ohledem na poskytování paliativní péče.

V části, která se věnuje výzkumnému šetření, je popsána metodologie této práce. Pro zpracování výzkumné práce byla zvolena kvalitativní metoda, konkrétně vedení rozhovorů s devíti členy multidisciplinárního týmu hospicového zařízení. Díky této metodě bylo možno podrobně nahlédnout na fungování MDT a způsob spolupráce optikou jednotlivých členů a současně porozumět, jak vnímají tuto spolupráci členové

MDT. Dále je upřesněno, podle jakých kritérií byl zvolen výběr komunikačních partnerů a jakým způsobem proběhl sběr dat. Ze získaných informací jsou předloženy výsledky výzkumného šetření.

Fungování multidisciplinárního týmu je podmíněno a ovlivňováno komplexní spoluprací jednotlivých členů týmu. Zástupci MDT vnímají spolupráci jako jedinou možnost propojení všech profesních zaměření. K spolupráci přispívá plynulý přenos informací. Členové preferují především verbální komunikaci, ať již jde o organizovaná setkání nebo bezprostřední komunikaci. Spolupráce týmu funguje dobře. Jsou zmiňovány aspekty, které sice narušují plynulý chod této spolupráce, ale členové týmu pracují na zlepšení provázanosti, neboť jim kvalitní spolupráce poskytuje přínosy, ze kterých mohou těžit při výkonu svého povolání a především vnímají spolupráci jako prostředek k naplnění poslání hospice, čímž je důstojné doprovázení klientů v terminálním stadiu života k dobré smrti bez bolesti a utrpení. Všechny rušivé aspekty týkající se osobnostního nastavení, profesního zaměření či nedokonalosti přenosu informací jsou členové schopni řešit sami v rámci MDT.

Do spolupráce MDT však zasahují i bariéry, které výrazně ovlivňují týmové propojení. Neuspokojivá finanční situace zařízení a nedostatečné finanční ohodnocení zaměstnanců způsobilo výrazné změny v personálním obsazení zařízení, a to nejen v řadách členů MDT, ale i u osob na vedoucích pozicích. Tyto změny zatěžují současné zaměstnance nutností zaučovat nově příchozí zaměstnance a současně vyvíjet zvýšené úsilí na propojování a udržování procesů kvalitní spolupráce. V současné době jsou projednávány kroky, které by situaci mohly pozitivně ovlivnit. Členové práci v MDT v hospicovém zařízení vnímají jako smysluplnou. Práce s osobami v poslední fázi jejich života a snaha naplnit jejich potřeby je naplňuje uspokojením. Spolupráce v týmu jim poskytuje oporu, radu i pomoc v obtížných situacích, což je utvrzuje v myšlence, že na tuto práci nikdy nebudou sami.

Jako limitující pro tuto výzkumnou práci nacházíme skutečnost, že výzkum se zaměřuje na současnou situaci, která prochází určitým vývojem. Při provedení stejného výzkumu s určitým časovým odstupem bychom mohli analyzovat odlišné výsledky šetření. Ze získaných odpovědí bylo výtěženo maximum, což bylo dosaženo otevřeností a ochotou sdílení svého úhlu pohledu na dané téma za pomoci členů MDT. Velice si vážím možnosti, že díky studiu na Univerzitě Palackého v Olomouci a zpracování bakalářské

práce mi členové multidisciplinárního týmu hospicového zařízení umožnili nahlédnout do svých pocitů a myšlenek.

## Použitá literatura

BAŠTECKÁ, Bohumila. *Psychologická encyklopedie: aplikovaná psychologie*. 1. Vyd. Praha:Portál, 2009. 520 s. ISBN 978-80-7367-470-0

ČÍPKOVÁ, Iveta. 2015 Role sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu domácí hospicové péče. *Sociální práce / Sociálna práca* [online]. 2015, č. 4. [cit. 2020-03-08] Dostupné z:<http://www.socialniprace.cz/index.php?sekce=2&ukol=state&id=>

DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 4., nezměněn. vyd. Praha: Karolinum, 2014. 372 s. ISBN 978-80-246-1966-8.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2., přeprac. vyd. Praha: Galén, ©2007. 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 4. přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. 437 s. ISBN 978-80-262-0982-9.

HOLUB, Martin. *Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2015. Sešit sociální práce. ISBN 978-807421-088-4

JANKOVSKÝ, Jiří. Možnosti a podmínky mezioborové spolupráce v rámci multidisciplinárního týmu. *Sociální práce/Sociálna práca*, Brno: ASVSP, roč. 2007, č. 1/2007

JANKOVSKÝ, Jiří a kol. *Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. Sešit sociální práce. 2015. ISBN 978-807421-088-4.

KOLAJOVÁ, Lenka. *Týmová spolupráce*. Vyd.1. Praha: Grada, 2006. 112s. ISBN 978-80-247-6099-5

KUBISOVÁ, Alena. 2018. *Spolupráce multidisciplinárního týmu v péči o seniory* [online]. Zlín, Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií [cit. 2020-03-08] Dostupné z: <https://theses.cz/id/syjfqe/>

MARKOVÁ, Alžběta. *Hospic do kapsy: příručka pro domácí paliativní týmy*. 2. aktualizované vydání. Praha: Cesta domů, 2015. ISBN 978-80-905809-4-7.

MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Vyd.1. Praha: Grada, 2010. 128 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3171-1.

MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Encyklopedie sociální práce*. Vyd.1. Praha: Portál, 2013. 570 s. ISBN 978-80-262-0366-7.

MATOUŠKOVÁ, Ivana a Vrabcová, Dana. *Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. 2015. Sešit sociální práce. ISBN 978-807421-088-4.

MICHALOVÁ, Zdeňka a DOUBRAVOVÁ, Šárka. *Případová studie - kazuistika jako závěrečná práce*: určeno pro Studium v oblasti pedagogických věd se zaměřením na speciální pedagogiku. Vyd. 1. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2014. 48 s. ISBN 978-80-7494-107-8.

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006. 332 s. Psyché. ISBN 80-247-1362-4.

MISCONIOVÁ, Blanka. *Péče o umírající - hospicová péče*. Praha: Národní centrum domácí péče České republiky, 1998. 96 s. ISBN 80-239-1915-6.

MUNZAROVÁ, Marta. *Eutanazie, nebo paliativní péče?*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2005. 108 s. ISBN 80-247-1025-0.

NĚMCOVÁ, Štěpánka. 2017. *Multidisciplinární přístup při péči o seniory v pobytových zařízeních* [online] Ostrava. Diplomová práce. Ostravská univerzita, [cit. 2020-03-08] Dostupné z: <<https://theses.cz/id/dcpyal/>>.

PŘIDALOVÁ, Marie. Vnímám sociální práci v paliativě především jako práci se ztrátami. *Sociální práce/ sociálna práca*. [online]. 2010, č. 2 [cit. 28-2-2020]. ISSN 1213-6204. Dostupné z: [http://www.socialniproace.cz/soubory/socprac0210komplet\\_web100624191633-140219132801.pdf](http://www.socialniproace.cz/soubory/socprac0210komplet_web100624191633-140219132801.pdf)

ŘEHÁČKOVÁ, Alexandra. 2019. *Dobrovolnictví v životě dobrovolníků v hospicích*. [online]. Olomouc, Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Cyrilometodějská teologická fakulta. [cit. 2020-03-08]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/82t725/>

SLÁMA, O., ŠPINKOVÁ, M. a L. KABELKA. 2013. *Standardy paliativní péče*. Česká společnost paliativní medicíny. České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně. [cit. 10. 1. 2020] Dostupné z: [https://www.paliativnimediceina.cz/wp-content/uploads/2016/11/standardypp\\_cspm\\_2013\\_def.pdf](https://www.paliativnimediceina.cz/wp-content/uploads/2016/11/standardypp_cspm_2013_def.pdf)

SOPORSKÁ, Vladimíra. 2019. *Multidisciplinární paliativní péče ve zdravotnických zařízeních v České republice*. [online] Diplomová práce. Ostravská univerzita. Fakulta sociálních studií. [cit. 10. 1. 2020] Dostupné z: <https://theses.cz/id/6xhpxx>

STUDENT, Johann-Christoph a MÜHLUM, Albert a STUDENT, Ute. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Praha: H&H, 2006. 161s. ISBN 80-7319-059-1

SVATOŠOVÁ, Marie a PALÁN, Aleš. *Neboj se vrátit domů*. Vyd.1. Praha: Kalich, 2018. 270 s. ISBN 978-80-7017-249-0



SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 7., dopl. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011. 149 s. ISBN 978-80-7195-580-1.

SVATOŠOVÁ, Marie. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* 1. Vyd. Grada Publishing, a.s., 2012, 112 s. ISBN 978-80-247-4107-9

ŠAMAJOVÁ, Anna. 2019. *Fungování multidisciplinárního týmu hospice v USA* [online]. Olomouc, Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Cyrilometodějská teologická fakulta. [cit. 2020-03-08]. Dostupné z: <<https://theses.cz/id/so38bp/>>.

ŠIKLOVÁ, Jiřina. *Vyhoštěná smrt*. Vyd.1. Praha: Kalich, 2013. 127 s. ISBN 978-80-7017-197-4.

TAJANOVSKÁ, Andrea a kol. *Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. 2015. Sešit sociální práce. ISBN 978-807421-088-4.

VODVÁRKOVÁ, Nikola. 2016. *Role sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu vybraného dětského hospice*. [online] Diplomová práce. Masarykova univerzita. Fakulta sociálních studií. [cit. 10. 1. 2020] Dostupné z: [https://is.muni.cz/th/mvuzs/Diplomova\\_prace\\_Nikola\\_Vodvarkova\\_12.5.2016.pdf](https://is.muni.cz/th/mvuzs/Diplomova_prace_Nikola_Vodvarkova_12.5.2016.pdf)

VORLÍČEK, Jiří, ed. a kol. *Paliativní medicína*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2004. 537 s. ISBN 80-247-0279-7.

ZÁŠKODNÁ, Helena a MOJŽÍŠOVÁ, Adéla. Psychologické aspekty dobrovolnictví v kontextu sociální práce. *Sociální práce/Sociálna práca*, Brno: ASVSP, 2011, roč. 2011, č. 4, s. 67

## Internetové zdroje

Ořík – Z historie Domu Léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Rajhradě [hlavní webová stránka] Dostupné z: [www.orik.cz/node/1690](http://www.orik.cz/node/1690) [posl. akt. neuvédno] [cit. 10.1.2020]

Rajhrad charita – Jak pomáháme – Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Rajhradě Dostupné z: <https://rajhrad.charita.cz/jak-pomahame/dum-lecby-bolesti-s-hospicem-sv-josefa/> [posl. akt. neuvédno] [cit. 10.1.2020]

Oblastní charita Rajhrad [hlavní webová stránka] Dostupné z: <https://adoc.tips/oblastni-charita-rajhrad.html> [posl. akt. neuvédno] [cit. 10.1.2020]

Paliativní medicína – paliativní medicína [hlavní webová stránka] Dostupné z: <https://www.paliativnimedicina.cz/paliativni-medicina/> [posl. akt. neuvédno] [cit. 18.1.2020]

Umírání – rady a informace – paliativní péče. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/rady-a-informace/paliativni-pece> [posl. akt. neuvédno] [cit. 18.1.2020]

Vzdělávání – paliativní medicína – atestace z paliativní medicíny. Dostupné z: <https://vzdelavani.paliativnimedicina.cz/atestace-z-paliativni-mediciny-2018/> [posl. akt. neuvédno] [cit. 18.1.2020]

Hospic na Svatém Kopečku – dokumenty – žádost o přijetí. Dostupné z: <https://www.hospickopecek.charita.cz/> [posl. akt. neuvédno] [cit. 6.2.2020]

Linkos – pacient a rodina – pomoc v nemocnici – psychologická pomoc – mapa psychoonkologické péče – psychologická péče v hospicích – hospice a psycholog. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/pacient-a-rodina/pomoc-v-nemoci/psychologicka-pomoc/mapa-psychoonkologicke-pece/psychologicka-pece-v-hospicich/hospice-a-psycholog/> [posl. akt. neuvédno] [cit. 9.2.2020]

Linkos – pacient a rodina – pomoc v nemocnici – psychologická pomoc – mapa psychoonkologické péče – psychologická péče v hospicích – Hospic sv. Štěpána v Litoměřicích. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/pacient-a-rodina/pomoc-v-nemoci/psychologicka-pomoc/mapa-psychoonkologicke-pece/psychologicka-pece-v-hospicich/hospic-sv-stepana-v-litomerich/> [posl. akt. neuvédno] [cit. 11.2.2020]

Hospic Tachov – služby – služby duchovního – psychologa. Dostupné z:  
<https://hospictachov.cz/sluzby/sluzby-duchovniho-psychologa/> [posl. akt. neuvedeno]  
[cit. 18.2.2020]

Idnes – zprávy – lidé Česka – lidé Česka sestra v domácím hospici Jana Řezáčová.  
Dostupné z:[https://www.idnes.cz/zpravy/lide-ceska/lide-ceska-sestra-v-domacim-hospicu-jana-rezacova.A170725\\_111540\\_lide-ceska\\_mav](https://www.idnes.cz/zpravy/lide-ceska/lide-ceska-sestra-v-domacim-hospicu-jana-rezacova.A170725_111540_lide-ceska_mav) [posl. akt. neuvedeno] [cit. 18.2.2020]

## **Přílohy**

Příloha č. 1: Informovaný souhlas

Příloha č. 2: Schéma členění témat a kategorií

## Informovaný souhlas

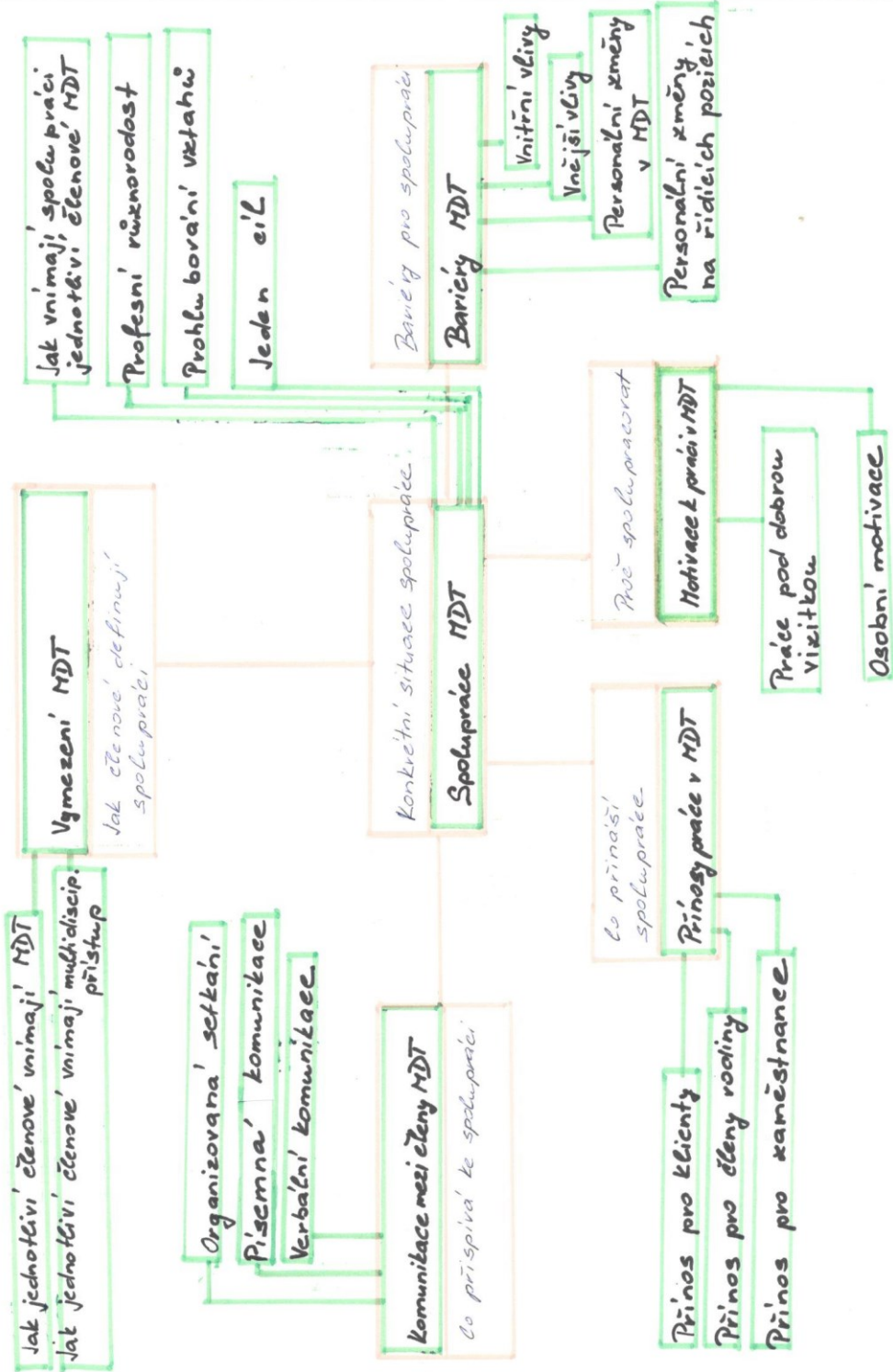
Souhlasím s poskytnutím rozhovoru Stanislavě Komoňové, studentce Cyrilometodějské teologické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci. Rozhovor je určen pro výzkumné šetření bakalářské práce na téma: „Práce multidisciplinárního týmu v hospicovém zařízení.“ Vedoucím práce je Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.

Rozhovor bude zaznamenán na mobilní telefon a následně doslovně přepsán pro další zpracování. Jednotliví komunikační partneři budou uchováni v anonymitě a rovněž data získaná během rozhovoru budou využita pouze pro účely bakalářské práce.

Dne: .....

.....

Podpis komunikačního partnera



Příloha č. 2: Schéma členění témat a kategorií

