

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

ROLE PSYCHLOGA V PALIATIVNÍM TÝMU

THE ROLE OF PSYCHOLOGIST IN PALLIATIVE TEAM



Magisterská diplomová práce

Autor: Ing. Bc. Pavlína Furgal'áková

Vedoucí práce: PhDr. Olga Pechová, Ph.D.

Olomouc

2021

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „Role psychologa v paliativním týmu“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne

Podpis

Poděkování

Velice bych chtěla poděkovat PhDr. Olze Pechové, PhD. za její odborné vedení, náměty, připomínky, její čas, ochotu a vstřícný přístup, který mi věnovala při vedení této práce. Stejně tak bych velmi chtěla poděkovat všem respondentkám a respondentům, kteří věnovali svůj čas našim rozhovorům.

Obsah

Úvod	6
TEORETICKÁ ČÁST	7
1 Paliativní péče.....	7
1.1 Vymezení paliativní péče.....	7
1.2 Novodobá historie paliativní péče.....	8
1.3 Historie paliativní péče	9
1.4 Etické aspekty paliativní péče.....	10
2 Formy poskytování specializované paliativní péče	12
2.1 Oddělení paliativní péče	12
2.2 Konziliární tým paliativní péče.....	12
2.3 Lůžkový hospic.....	13
2.4 Domácí hospic.....	13
2.5 Ambulance paliativní medicíny	14
2.6 Paliativní péče v České republice a její limity	14
2.7 Paliativní péče v mezinárodním kontextu	19
3 Multidisciplinární tým	21
3.1 Lékař v týmu	21
3.2 Zdravotní sestra v týmu.....	22
3.3 Sociální pracovník v týmu	23
3.4 Role rodiny v péči o terminálně nemocného.....	23
3.5 Další členové týmu.....	24
4 Psycholog v paliativním týmu	25
4.1 Vzdělání psychologa.....	25
4.2 Další vzdělání v oblasti paliativní péče.....	26
4.3 Odborné společnosti.....	27
4.4 Psychologické aspekty paliativní péče.....	28
5 Vybrané výzkumy	31
5.1 Vybrané zahraniční výzkumy	31
5.2 Vybrané výzkumy v České republice	33
EMPIRICKÁ ČÁST	36
6 Výzkumný problém, cíle práce, výzkumné otázky.....	36
6.1 Výzkumný problém.....	36
6.2 Cíle výzkumu	36
6.3 Výzkumné otázky	36
7 Metodologie – rámec výzkumu	38

7.1	Design výzkumu	38
7.2	Výzkumný soubor	38
7.3	Metody získání dat	40
7.4	Zpracování a analýza dat	40
7.5	Etické aspekty výzkumu	41
8	Výsledky výzkumu	42
8.1	Témata spojená s pacientem	42
8.2	Témata spojená s rodinou	47
8.3	Témata spojená s týmem	49
8.4	Témata spojená s psychologem	53
8.5	Doplňující téma zachycené analýzou – covid-19	55
8.6	Model role psychologa v paliativním týmu	55
9	Odpovědi na výzkumné otázky	57
10	Diskuse	60
11	Závěr	67
	Souhrn	69
	Seznam použitých zdrojů a literatury	71

Příloha č. 1 Abstrakt magisterské práce v českém a anglickém jazyce

Příloha č. 2 Seznam zkratk

Úvod

Od vzniku prvního lůžkového hospice v České republice uplynulo více než dvacet let. Paliativní péče se v průběhu těchto let dále rozvíjela v oblasti výzkumu i praxe. S paliativním týmem se lze v současnosti v České republice potkat v nemocnicích, kamenných hospicích a domácích hospicích. Nově se rozbíhá projekt zavádění paliativní péče do pobytových zařízení pro seniory. Rozvíjí se také paliativní péče pro dětskou populaci, objevují se témata perinatální ztráty a perinatálních hospiců.

Paliativní péče se rozvíjí také v rámci Evropy a hovoří o ní také stanoviska Světové zdravotnické organizace WHO. Důvodů lze jmenovat více, například sociodemografický vývoj populací, nárůst onkologických onemocnění, ale také efektivnost péče poskytované v závěru života.

Svou magisterskou práci jsem se rozhodla zaměřit na téma zapojení psychologa do multidisciplinárního paliativního týmu. Jako cíl jsem si stanovila zmapovat jeho roli a zapojení do paliativního týmu. Tématu paliativní péče se věnuji dlouhodobě. Svou bakalářskou práci jsem věnovala motivaci zdravotních sester pro práci v domácím hospici. Domácí hospic jsem spoluzaložila a několik let ho vedla, nyní se aktivně podílím na zavádění paliativní péče do domova pro seniory. Jsem přesvědčená o tom, že význam a potřeba rozšíření paliativní péče bude trvale narůstat i v České republice.

V teoretické části magisterské práce využívám některé pasáže ze své bakalářské práce. Jedná se o pasáže, které nevyžadovaly aktualizaci, nebo pasáže, které jsou doplněny o drobné aktualizace. V teoretické části jsou objasněny pojmy paliativní péče a formy jejího poskytování. Dále je představen multidisciplinární tým jako poskytovatel paliativní péče, zvláštní prostor je věnován psychologovi a roli, kterou v paliativním týmu zastává. Teoretickou část uzavírá přehled vybraných výzkumů, které se tématu magisterské práce dotýkají.

Empirická část práce uvádí kvalitativní výzkum zaměřený na činnosti, které psychologové v paliativních týmech vykonávají. Sběr dat proběhl formou polostrukturovaných rozhovorů s psychology a data byla analyzována pomocí metody tematické analýzy. V empirické části jsem také využila krátkou část ze své bakalářské práce, konkrétně charakteristiku kvalitativního výzkumu.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Paliativní péče

1.1 Vymezení paliativní péče

Na úvod této práce je třeba osvětlit, co je to paliativní péče a co je jejím cílem. Paliativní péče, která respektuje umírání jako přirozenou součást lidského života. Paliativní péče je tedy „*aktivní péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stádiu*“ (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2011, 25). Cílem paliativní péče je zajistit pacientovi dobrou kvalitu života, i když se nachází v konečném stádiu života, zejména se jedná o zmírnění bolesti a dalších tělesných a duševních strádání vyplývajících z onemocnění. Paliativní péče stojí na principech respektu k lidské důstojnosti, respektu individuálních potřeb pacienta, respektu k možnosti strávit závěrečnou část života spolu s členy rodiny v prostředí, které splňuje charakteristiku důstojnosti a vlídnosti (Sláma et al., 2011). Důležitým principem paliativní péče je také koncentrace nejen na samotného pacienta, ale také na pečující okolí terminálně nemocného pacienta, tedy zejména na rodinu nebo přátele. Paliativní péče stojí na „*interdisciplinární spolupráci a integruje v sobě lékařské, ošetrovatelské, psychologické, sociální a spirituální aspekty*“ (Vorlíček et al., 2004, 17). O pacienta tedy pečuje lékař (může to být i více lékařů různých specializací), zdravotní sestry, sociální pracovník, podle potřeby také psycholog, psychiatr, duchovní, ale také blízká rodina.

Je důležité zdůraznit výraz aktivní péče. Stojí proti názoru, že je-li někdo nevléčitelně nemocný, nedá se s ním nic dělat, respektive není třeba s ním nic dělat. Paliativní péče se zaměřuje na zlepšení kvality zbývajících života pacienta, i přes nepříznivou prognózu onemocnění, přes vysoký stupeň pokročilosti onemocnění a také bez ohledu na stanovenou diagnózu. Nejčastějšími diagnózami pacientů v terminálním stádiu života jsou nádorová onemocnění, ale také cévní onemocnění mozku, chronická obstrukční onemocnění plic, neurodegenerativní onemocnění nebo AIDS (Vorlíček et al., 2004). Sláma (2018) uvádí, že paliativní péči v závěru života potřebují také pacienti v geriatrické křehkosti, v terminálních stádiích geriatrické deteriorace, pacienti s refrakterními orgánovými selháními v intenzivní péči a v neposlední řadě také dětské pacienti.

Paliativní lékař vždy stanovuje cíl léčby. Dle Slámy (2011) cíl léčby souvisí s fází onemocnění, ve které se pacient nachází. Fáze identifikují lékaři tři: fázi kompenzovaného

onemocnění, fázi nevratně progredujícího onemocnění a fázi terminální. Fázi kompenzovaného onemocnění charakterizuje nejdelší prognóza přežití pacienta, a je stanovena v řádu měsíců i let. V tomto případě je cílem udržet kompenzovaný stav co nejdéle při zachování co nejvyšší funkční zdatnosti a samozřejmě co nejdelší možnost života. Pokud lékař stanovuje prognózu přežití v řádu týdnů a měsíců, jedná se o fázi nevratně progredujícího onemocnění. V tomto případě lékař cílí na udržení co nejvyšší kvality života. Při stanovení prognózy přežití v řádu několika málo týdnů, dnů nebo hodin hovoříme o terminální fázi. Cílem léčby je umožnit pacientovi důstojné umírání. Pacient není intenzivně léčen ani resuscitován, umírání není prodlužováno. Léčba je primárně zaměřena na symptomy této fáze a to snižování bolesti a dušnosti.

Paliativní péči lze dělit na obecnou a specializovanou, dělení souvisí s nabízenými službami směrem k pacientovi.

Obecná paliativní péče je poskytována pacientům s pokročilým onemocněním. Sláma (Sláma et al., 2011, 4) uvádí, že „větší část z celkového objemu paliativní péče poskytnuté v rámci primární péče má charakter obecné paliativní péče“. Obecná paliativní péče se zaměřuje jak na léčbu symptomů onemocnění, ale také na kvalitu života pacienta, tak na podporu psychosociální. Tato péče by měla být součástí klinické praxe praktických lékařů, za případné spolupráce dalších odborných lékařů a doplňující péče agentur domácí ošetrovatelské péče nebo domácí pečovatelské služby. Obecnou paliativní péči by měla běžně poskytovat zdravotnická zařízení.

Specializovaná paliativní péče nastupuje v okamžiku, kdy již vzhledem k obtížím pacienta nestačí obecná paliativní péče. Pacient by měl přecházet z péče obecné do péče specializované plynule. V případě indikace specializované péče nastupuje multidisciplinární tým, který pečuje jak o pacienta, tak o jeho rodinu.

1.2 Novodobá historie paliativní péče

První hospic v novodobé historii, který se stal inspirací pro další hospice po celém světě, byl založen v roce 1967 v anglickém Sydenhamu. St. Christophers Hospice založila zdravotní sestra a sociální pracovnice Cecilly Saundersová. Toto zdravotnické zařízení pečovalo o fyzickou i duševní stránku umírajících a poprvé v historii pečoval o pacienty multidisciplinární tým. Založení tohoto hospice je obvykle považováno za počátek moderního hospicového hnutí (Svatošová, 2011).

Další zemí, kde vzniká hospic, je USA. V roce 1974 byl založen hospic ve městě New Haven ve státě Connecticut (Havlenová, 2012).

Zakládání dalších hospiců nastupuje ruku v ruce se zavedením paliativní medicíny jako samostatného oboru, který dodržuje pět zásad (Vorlíček et al., 2004):

1. Oddělení paliativní medicíny poskytují multidisciplinární péči zahrnující odbornou lékařskou péči.
2. Rozvoj domácí paliativní péče, jejímž základem je multidisciplinární tým zahrnující vyškolené lékaře a zdravotní sestry.
3. Rozvoj paliativních oddělení ve zdravotnických zařízeních, jejichž základem je multidisciplinární tým.
4. Rozvoj konzultačních služeb ve všech zdravotnických zařízeních.
5. Výuka odborného zdravotního personálu (lékařů, zdravotních sester) pro multidisciplinární spolupráci.

Ve Velké Británii a USA se rozvíjela spíše domácí hospicová péče. První oddělení paliativní péče v nemocnici bylo založeno v roce 1975 v kanadském Montrealu (Havlenová, 2012).

1.3 Historie paliativní péče

Vznik prvního kamenného hospice v České republice je spojen se jménem lékařky Marie Svatošové, které se v roce 1996 podařilo v Červeném Kostelci otevřít první český lůžkový hospic. Hospic byl založen podle vzoru anglického st. Christophers hospice v Sydenhamu. Hospic Anežky České v Červeném Kostelci se stal vzorem pro další hospice, které v České republice začaly vznikat. Následovaly hospice v Praze a v Plzni (1998), v Rajhradu u Brna (1999) a v roce 2001 v Litoměřicích (Svatošová, 2011).

Významným milníkem pro poskytování paliativní péče se stalo uznání samostatného atestačního medicínského oboru Paliativní medicína a léčba bolesti v roce 2004. Postgraduální vzdělávání zajišťuje subkatedra paliativní medicíny Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví (Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, nedat.).

Zásadním aktérem a nositelem odbornosti na poli paliativní medicíny je Česká společnost paliativní medicíny (ČSPM) při České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně. ČSPM definuje národní politiku rozvoje paliativní medicíny, vzdělává lékaře a zaměřuje se také na výzkum v oblasti paliativní medicíny. Cíli ČSPM je také šířit

informovanost o tématu mezi laickou veřejností, zlepšovat poskytování paliativní péče a zavádět ji do každodenní praxe (Česká společnost paliativní medicíny, nedat.).

Vznik a rozvoj hospiců vedl k ustanovení zájmových sdružení v této oblasti. Jedním z nich je Asociace poskytovatelů paliativní hospicové péče (APPHP) sdružující poskytovatele lůžkové a mobilní hospicové péče (Asociace poskytovatelů paliativní hospicové péče, nedat.). Druhým je Fórum mobilních hospiců sdružující poskytovatele mobilní specializované paliativní péče, subjekty, které poskytují specializovanou paliativní péči v domácím prostředí pacienta – tedy domácí hospice, agentury domácí péče a další zdravotnická zařízení (Fórum mobilních hospiců, nedat.). Obě zájmová sdružení se zasazují o rozvoj hospicové péče v České republice.

Výzkumem kvality života pacientů v terminální fázi a jejich rodin se zabývá Centrum paliativní péče, výsledky výzkumů prezentuje veřejnosti, připravuje informační kampaně. Centrum také aktivně spolupracuje na zapojení paliativní péče do studijních plánů lékařských oborů (Centrum paliativní péče, nedat.).

Velkou roli při zviditelňování hospicové péče v České republice sehrálo sdružení Cesta domů. Tento pražský mobilní hospic založený v roce 2001 se věnoval a věnuje nejen péči o terminálně nemocné, ale také iniciuje průzkumy veřejného mínění a spolupracuje na mediálních kampaních.

1.4 Etické aspekty paliativní péče

Jak uvádí Sláma (2011) v paliativní péči platí stejné etické principy jako v jiných oblastech medicíny. Základními etickými principy jsou tedy:

1. Autonomie – každý je odpovědný za své zdraví a přání pacienta je respektováno, i když může mít za následek smrt.
2. Informovanost pacienta – pacient má právo na plné informace o svém zdravotním stavu, ale má také právo informace odmítnout.
3. Beneficence – princip prospěšnosti, dobro pacienta nemusí být totožné s představou lékaře.
4. Nonmaleficence – neškodit pacientovi po zdravotní ale i obecné stránce, to znamená včetně sociálního ublížení (například převody majetku v terminální fázi pod nátlakem).
5. Spravedlnost – proporcionalita mezi potřebami pacienta a možnostmi společnosti.

Zdrojem rozporů mezi veřejností je v souvislosti s umíráním eutanazie, tedy záměrné usmrcení člověka na jeho výslovnou a opakovanou žádost další osobou. Vedle eutanazie stojí také asistovaná sebevražda, kdy člověk usmrtí sám sebe za pomoci další osoby. Jak eutanazie, tak asistovaná sebevražda nejsou v České republice legální. Jedinou legální a přípustnou možností v České republice je možnost odstoupení od neúčinné respektive neúčinné léčby. Jedná se o možnost, kdy *„je nenasazení nebo opuštění takových léčebných postupů, které pacientovi nepřinášejí žádný užitek a jsou pro něj zatěžující nejen fyzicky, ale i psychicky“* (Sláma et al., 2011, 321). I v tomto případě dochází ke smrti pacienta, ale přirozeným způsobem, protože respektuje vývoj neléčitelné nemoci. Pacientovi zajišťuje multidisciplinární tým péči, kdy jsou ošetřeny fyzické i psychické symptomy spojené se smrtí. Paliativní péče na rozdíl od eutanazie vede k tomu, aby došlo ke zlepšení kvality života, který umírajícímu zbývá. Paliativní péče smrt neurychluje ani neoddaluje (Sláma et al., 2011).

S umíráním se spojuje také termín dystanázie, zadržaná smrt (Vorlíček et al., 2004). Jedná se opět o proces, který není v souladu s principy paliativní medicíny. Dystanázie souvisí s přístupem, kdy je smrt pokládána za prohru, a proto se zdravotníci snaží zvrátit nepříznivý zdravotní stav pacienta a život nepřiměřeně prodlužují.

2 Formy poskytování specializované paliativní péče

Specializovaná paliativní péči může být terminálně nemocným pacientům zajištěna v několika různých formách. Vždy záleží na individuálních potřebách pacienta, jakou formu zvolí on sám, jakou formu doporučí lékaři nebo co je v možnostech pečující rodiny (Sláma et al., 2011).

2.1 Oddělení paliativní péče

Se specializovanou paliativní péčí se pacienti a jejich rodiny mohou setkat na oddělení paliativní péče, které je součástí lůžkového zdravotnického zařízení. Tato oddělení v České republice postupně vznikají, podle dostupných informací (Cesta domů, nedat.) je jich několik, například Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze nebo Všeobecná fakultní nemocnic v Praze. V rámci projektu Spolu až do konce Nadačního fondu Avast získalo v roce 2018 podporu celkem 8 nemocnic na budování oddělení paliativní péče (Spolu až do konce, 2018).

Tento typ lůžkové péče je určen nevyлéčitelně nemocným pacientům v terminálním stavu a ti zde většinou také umírají. O pacienty se stará multidisciplinární tým, tedy lékař specialista, zdravotní sestry, sociální pracovníci, psycholog, kaplan a další. Může se jednat také o takzvané rodinné pokoje, které se nacházejí na různých lůžkových odděleních a svým vybavením by měly zajišťovat komfort a soukromí pro blízké osoby (Sláma, Krejčí, & Ambrožová, 2019).

2.2 Konziliární tým paliativní péče

Další možností zajištění specializované paliativní péče jsou konziliární týmy paliativní péče (KTPP) v lůžkových zdravotnických zařízeních. V tomto případě pacient zůstává léčen na stejném oddělení. Sláma et al. (2011) uvádí, že tyto konziliární paliativní týmy nejsou zatím v České republice rozšířené.

Specializovaná paliativní péče je poskytována formou konzilia, konzultace, podpůrné intervence pacientům hospitalizovaným na běžném lůžku zařízení akutní a následné péče. Konziliární tým pracuje jako multidisciplinární a skládá se z lékaře paliatra, případně jiného lékaře, zdravotní sestry, sociálního pracovníka, psychologa/psychoterapeuta, kaplana/pastoračního pracovníka. Tým se schází na žádost ošetřujícího lékaře hospitalizovaného pacienta, může to být také na podnět jiného člena z ošetřujícího týmu, například zdravotní sestry nebo psychologa. Konzultace může proběhnout také na žádost

samotného pacienta a jeho blízkých. Ambulantní formou může být péče poskytnuta v případě potřeby také blízkým osobám hospitalizovaného pacienta (Sláma et al., 2019).

2.3 Lůžkový hospic

Poměrně rozšířenou formou poskytování odborné paliativní péče jsou lůžkové hospice. Lůžkový hospic je samostatné zdravotnické lůžkové zařízení, které poskytuje terminálně nemocným pacientům specializovanou paliativní péči. Cílem je poskytnout vše, co hospicová péče nabízí v takovém prostředí, kdy pacient může mít kolem sebe své blízké a je obklopen svými známými věcmi (Svatošová, 2011). Lůžkový hospic je velice otevřený k návštěvám a možnosti ubytovat i člena rodiny. Člen rodiny o pacienta nepečuje, ale pokud chce, může se do péče zapojit. O pacienta se stará multidisciplinární paliativní tým. Lůžkové hospice mají pracovní režim podobně jako je to v nemocnicích, ale tento režim se přizpůsobuje pacientům. Lůžkový hospic respektuje do velké míry, kromě potřeb pacienta, také jeho přání. Pacient nemusí setrávat celý den v posteli, pokud mu to jeho zdravotní stav dovolí, může se pohybovat po hospici a věnovat se zájmovým činnostem. Pobyt pacienta v lůžkovém hospici obvykle trvá nejdéle několik týdnů. Lůžkové hospice často fungují jako respitní péče pro pacienty domácích hospiců.

2.4 Domácí hospic

Formou, která se v současnosti stále rozvíjí, je domácí hospicová péče, někdy označovaná také jako mobilní hospicová péče, respektive mobilní specializovaná paliativní péče (MSPP). Tato forma péče je poskytována pacientům v jejich vlastním sociálním prostředí. Pacientům a jejich rodinám je dostupná 24 hodin denně 7 dnů v týdnu. Do péče jsou zapojeni také členové rodiny, což je současně podmínkou domácí hospicové péče. Jeden člen rodiny (popřípadě i více členů) se zavazuje o pacienta pečovat za podpory hospicového multidisciplinárního týmu. Léčbu indikuje vždy lékař (Sláma et al., 2011), v současnosti s odborností v paliativní medicíně. Frekvence návštěv týmu záleží na potřebách, stavu a přání pacienta. Tým je k dispozici pacientovi a rodině také v okamžiku smrti (*in finem*), ale do rodiny se vrací také po úmrtí, pokud o to rodina má zájem (Svatošová, 2011).

Součástí domácí služeb domácí hospicové péče je zapůjčení zdravotních a kompenzačních pomůcek v opět v závislosti na stavu pacienta. Obvykle se jedná o polohovací lůžko se speciální matrací, v případě dušnosti koncentrátor kyslíku. Dále jsou běžnou výbavou domácích hospiců lineární dávkovače léků a pomůcky k podávání infuzní léčby.

2.5 Ambulance paliativní medicíny

Další a novou organizační formou poskytování paliativní péče se stávají ambulance paliativní medicíny. Jsou dalším kamenem v mozaice, která zvyšuje dostupnost paliativní péče pacientům.

Garantem a vedoucím lékařem ambulance je vždy specialista v oboru paliativní péče, jako další zaměstnanec pracuje v ambulanci vedle lékaře obvykle pouze zdravotní sestra. Ambulance paliativní medicíny poskytuje především ambulantní péči pro pacienty v pokročilých a konečných stádiích nevléčitelných chorob, dále poskytuje konziliární činnost, vyšetřuje a ošetřuje pacienty v pokročilých a konečných stádiích nevléčitelných chorob v domácím prostředí, spolupracuje mj. s poskytovateli MSPP, s praktickými lékaři a s poskytovateli domácí ošetrovatelské péče (Česká společnost paliativní medicíny, 2016).

2.6 Paliativní péče v České republice a její limity

Vznik a rozvoj hospicové péče v České republice je spojen se jménem lékařky MUDr. Marie Svatošové, která iniciovala vznik prvního lůžkového hospice v České republice. Hospic Anežky České v Červeném Kostelci vznikl v roce 1996 a jeho zřizovatelem je Diecézní charita Hradec Králové (Svatošová, 2011). Od té doby se hospicová péče rozvíjí, nicméně stále naráží na nejrůznější limity – dostupnost, finanční zdroje, postoje společnosti k umírání a nedostatečné informace.

Dostupnost paliativní péče

Dostupnost paliativní péče pomalu narůstá, nicméně její zastoupení v rámci České republiky není rovnoměrně rozložené. Informace o poskytovatelích paliativní péče nejsou centralizované. Národní zdravotnický informační portál (NZIP) provozovaný Ústavem zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) poskytuje informace pouze o počtu konziliárních týmů, v případě dalších poskytovatelů paliativní péče odkazuje na webové stránky umirani.cz provozované organizací Cesta domů (Národní zdravotnický informační portál, nedat.).

Nedostatečnou dostupnost a absenci komplexního modelu víceúrovňové paliativní péče v regionech ČR zmiňuje, i přes řadu ukončených projektů financovaných z prostředků státního rozpočtu nebo nadačních fondů, také strategie Zdraví 2030 publikovaná Ministerstvem zdravotnictví České republiky (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2019).

Podle aktuálního adresáře služeb (Cesta domů, nedat.) lze v České republice najít oddělení paliativní péče celkem v 8 lůžkových zařízeních. Organizace Cesta domů provozující webové stránky upozorňuje, že není v jejích silách udržovat aktualizovanou databázi všech subjektů na území ČR. Dle průzkumu realizovaného v projektu MZ ČR (Sláma, 2020) celkem 11 nemocnic deklaruje, že disponuje zvláštními lůžky paliativní péče.

Konziliární týmy v roce 2016 působily pouze 3 (Kabelka, Sláma & Loučka, 2016). Program Spolu až do konce v r. 2016 podpořil vznik a rozvoj dalších 18 týmů (Spolu až do konce, 2016). S konziliárním týmem se lze setkat v 21 nemocnicích, z toho 8 jich působí v Praze (Národní zdravotnický informační portál, nedat.). Podle výsledků průzkumu provedeného v projektu MZ ČR deklaruje 40 nemocnic, že jejich součástí je také paliativní tým (Sláma, 2020).

Situace lůžkových hospiců je již několik let neměnná, služby poskytuje celkem 19 organizací, v každém kraji je alespoň jedna, kromě Vysočiny a Karlovarského kraje (Cesta domů, nedat.).

Poskytovatelů mobilní specializované paliativní péče najdeme na území České republiky 71 (Cesta domů, nedat.), jedná se o samostatné mobilní hospice, hospicovou službu zřizovanou Charitou ČR i agentury domácí péče. Fórum mobilních hospiců (FMH) sdružuje 23 řádných členů a 17 přidružených, 26 členů eviduje Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče (APHPP). Některé organizace jsou členy obou sdružení.

Počet ambulancí paliativní medicíny se razantně zvýšil. V roce 2016 byly v celé České republice pouze 3 (Kabelka, Sláma, & Loučka, 2016). V současnosti lze využít jejich služeb na 31 místech, v každém kraji kromě Pardubického, funguje alespoň jedna ambulance paliativní medicíny (Cesta domů, nedat.). Podle Stanoviska ČSPM ČLS JEP (Česká společnost paliativní medicíny, 2016) k otázce ambulantní a mobilní specializované péče v systému zdravotních služeb v ČR by měla připadat jedna ambulance paliativní medicíny na 100 000 obyvatel. S ohledem na počet obyvatel České republiky (Český statistický úřad, 2020), je třeba více než trojnásobku současného počtu.

Limity paliativní péče

Sláma (2018) uvádí jako jednu z primárních překážek pro rozvoj paliativní péče nízkou prioritou tématu a nízkou ochotou zdravotních pojišťoven nasmlouvat úhradu nových forem péče – ambulance paliativní medicíny a MSPP.

Kabelka et al. (2016) uvádí, že efektivní nastavování péče pro terminálně nemocné pacienty výrazně závisí také na integraci paliativní péče do systému zdravotních a sociálních služeb. Nejedná se pouze o efektivitu ekonomickou, ale také o kvalitu péče a kvalitu života pacientů jejich blízkých. Pro takovou integraci paliativní péče chybí koncepční podpora na úrovni krajů, o kterou by se mohl rozvoj paliativní péče opírat. To znamená podporu poskytovatelů paliativní péče, podporu spolupráce a síťování mezi poskytovateli zdravotních a sociálních služeb, podporu informovanosti odborné i laické veřejnosti, podporu vzdělávání odborníků v oblasti zdravotní a sociální péče, podpora uzavírání smluv se zdravotními pojišťovnami apod. Koncepci rozvoje paliativní péče má schváleno jen několik krajů, jsou to Vysočina, Jihočeský kraj, Olomoucký kraj a od roku 2020 také nově Praha (Česká společnost paliativní medicíny, 2020).

Limitujícím faktorem pro rozvoj paliativní péče je také nedostatečné zastoupení paliativních témat ve specializační přípravě lékařů jiných oborů než samotného oboru paliativní medicína. Pro zdravotní sestry existuje kurz ELNEC a kurz Specifika ošetrovatelství v paliativní péči, který nabízí Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. Vzdělávání v oboru paliativní medicíny probíhá také formou konferencí a seminářů (Kabelka et al., 2016).

Postoj společnosti k umírání a smrti

Postoje společnosti ke smrti a umírání dokládají pravidelně opakované výzkumy agentury STEM/MARK ve spolupráci s organizací Cesta domů. Jednotlivé výzkumy proběhly v letech 2011, 2013 a 2015. Ve výzkumech byli vždy zvláště dotazováni zdravotníci a zvláště laická veřejnost. Z výzkumu z roku 2011 mimo jiné vyplynulo, že pro dvě pětiny respondentů je těžké o smrti a umírání hovořit. Jako nejčastější důvod, proč je smrt tabu, uváděly obě skupiny strach a dlouhodobé opomíjení tématu smrti v rodinách, navíc podle 80 % respondentů z řad zdravotníků je smrt tabu, protože lidé nemají s umíráním blízkých přímou zkušenost. Laická veřejnost vnímala hospic hůře než zdravotnický personál, protože nerozlišovala, co to hospic je, vnímala ho jako léčebnu dlouhodobě nemocných. Obě skupiny dotazovaných měly největší obavy ze ztráty důstojnosti, bolesti a osamělosti (Cesta domů, 2011).

Výzkum z roku 2013 uvádí, že konec života a umírání jsou vnímány jako společensky tabuizovaná témata. Podle jedné čtvrtiny veřejnosti se o nich ve společnosti dostatečně hovoří. Naopak většina populace (74 %) je se domnívala, že tématům není věnován ve

společnosti dostatečný prostor. Zdravotníci měli názor více vyhraněný, až 91 % z nich se domnívalo, že prezentace témat umírání a smrti je nedostatečná.

Co se umírání týče, obě skupiny dotazovaných měly největší obavy ze ztráty důstojnosti, bolesti a osamělosti, stejně tak jako v předchozím výzkumu.

Až 79 % laické veřejnosti netušilo, co si představit pod pojmem paliativní péče. Naopak 99 % zdravotníků vědělo, co paliativní péče obnáší, ale chybí podle nich dostatečná aplikace v praxi (Cesta domů, 2013).

Výzkum z roku 2015 potvrzuje, že témata smrti a umírání jsou ve společnosti stále tabu, většina populace (68 %) se domnívala, že o smrti se nemluví dostatečně. Na straně laické veřejnosti se výzkum zabýval zejména možnostmi dříve vysloveného přání. Co se zdravotníků týče, výzkum ukázal zajímavé údaje, například jen pro polovinu lékařů je péče o umírající důležitou součástí jejich práce (Cesta domů, 2015).

Haškovcová (2000) uvádí důvody, proč společnost dospěla k postojům ke smrti a umírání uvedených ve výzkumech. Na straně zdravotníků je to takzvaná strategie úspěšné medicíny. V souvislosti s poválečným rozvojem a s rozvojem techniky v medicíně znamená smrt prohru v boji o lidský život. „*Ve snaze nedovolit smrti, aby zvítězila, ji však tabuizovala*“ (Haškovcová, 2000, 21). Další důvod tabuizace smrti vidí Haškovcová (2000) v přechodu domácího modelu umírání v minulosti k institucionálnímu modelu umírání. V případě domácího modelu umírání, kdy lidé umírali doma, všichni členové rodiny včetně dětí věděli, jak vypadá umírání a smrt. Institucionální model umírání přesunul člověka do instituce a vyrobil z něho pacienta, o jehož život je potřeba svést boj. Nicméně pokus dát lidskou smrtelnost pouze do rukou lékařů nemá pozitivní výsledky (Gawande, 2016).

Budoucnost a potřeba paliativní péče

Otázkami potřebnosti paliativní péče v nadcházejícím desetiletí se zabývá Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030 (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2019). Dokument zmiňuje dopady stárnutí populace do potřeby kapacit poskytování dlouhodobé a následné péče v obecném smyslu, kdy organizace péče a její financování nejsou připravené absorbovat zvýšení očekávané poptávky po těchto službách. Důvodem je odlišná struktura organizace a financování sociální a zdravotní stránky ze dvou různých resortů MZ ČR a MPSV ČR. To je problémem i v rozvoji paliativní péče.

Dokument deklaruje jako „významný strategický cíl integraci včasné paliativní péče a péče v závěru života“ (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2019, 36) s odkazem na skutečnost, že 78 % všech úmrtí spadá do diagnostických skupin relevantních pro paliativní péči. Strategie zmiňuje, že díky naplnění cíle dojde k dosažení vyšší kvality služeb a k úspoře nákladů. Jako dílčí cíl definuje potřebu programů optimalizace a zvyšování dostupnosti paliativní péče ve formách hospicové péče, MSPP a konziliární paliativní péče.

Co se týče nejbližší budoucnosti paliativní péče – probíhá realizace dvou projektů podporovaných MZ ČR a EU Podpora paliativní péče – zvýšení dostupnosti zdravotních služeb v oblasti paliativní péče v nemocnicích akutní a následné péče a Zvýšení dostupnosti domácí specializované péče (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2018). Nově byl spuštěn projekt nadace Abakus zaměřený na zvýšení dostupnosti paliativní péče v pobytových sociálních službách pro seniory. Cílem projektu je vytvoření podmínek pro poskytování paliativní péče tak, aby vznikla síť domovů, která budou sloužit jako referenční pracoviště schopná předávat know how (Spolu až do konce, 2020).

Odhad potřeby paliativní péče v ČR

Pacienti, kteří potřebují paliativní péči, se nacházejí ve všech oblastech zdravotního a sociálního systému, tedy v domácím prostředí, v péči ambulantních lékařů, v lůžkových zařízeních všech typů (akutní, následné, dlouhodobé péče). Dlouhodobý trend je patrný v nárůstu počtu zemřelých v zařízeních sociálních služeb (Wija, Bareš, & Žofka, 2019). Většina pacientů s diagnostikovaným chronickým onemocněním, kteří v posledním roce života potřebují paliativní péči, je zaregistrovaná v péči praktických lékařů, specializovaných ambulancí nebo se nachází v lůžkové a následné péči (Kabelka et al., 2016).

Kabelka et al. (2016) dále uvádí, že výrazné změny v relativním zastoupení diagnóz spojovaných s paliativní péčí nastupují s rostoucím věkem pacientů. Ve věkové kategorii dětí je to necelých 10 %, zatímco ve věkové kategorii nad 60 let se jedná až o 80 % všech úmrtí. Kabelka také s odvoláním na zahraniční data odhaduje, že obecnou paliativní péči bude potřebovat 60-80 % pacientů, a 20-40 % pacientů bude na základě své diagnózy a potřeb vyžadovat specializovanou paliativní péči.

Situační analýza ČSMP ČLS JEP (Kabelka et al., 2016) shrnuje následující kroky podstatné pro efektivní rozvíjení paliativní péče v České republice:

- pokračování analytické a koncepční práce,
- hodnocení pilotních projektů,
- budování sítě poskytovatelů paliativní péče,
- zpracování metodiky poskytování paliativní péče v zařízeních,
- zařazení paliativní péče do pregraduálního kurikula lékařů a sester,
- rozvíjení specializačního lékařského nástavbového studia,
- rozvíjení specializačního vzdělávání zdravotních sester, sociálních pracovníků, psychologů a pastoračních pracovníků,
- informování a vzdělávání veřejnosti.

Tyto kroky je důležité provádět ve spolupráci odborné společnosti, poskytovatelů paliativní péče, MZ ČR, zdravotních pojišťoven a zákonodárců.

2.7 Paliativní péče v mezinárodním kontextu

Paliativní péče se řadí mezi jedno z mnoha témat Světové zdravotnické organizace (WHO). V roce 2014 vyzvala WHO své členské státy, aby zlepšily přístup k paliativní péči a zařadily ji mezi hlavní složky zdravotnických systémů (World Health Organisation, 2020).

Odborníci pracují s odhadem, že do roku 2040 poroste potřeba paliativní péče mnohem více, než se očekávalo. Důvodem nárůstu potřeby jsou demografické změny, nárůst úmrtí na chronická onemocnění související s věkem, nárůst onemocnění demencemi a rakovinou (Etkind et al., 2017).

Paliativní péči se věnuje několik nadnárodních organizací, například Worldwide Hospice Palliative Care Alliance (WHPCA). Na evropském poli působí od roku 1988 European Association for Palliative Care (EAPC). Tato asociace si klade za cíle mj. zvyšovat povědomí o paliativní péči v Evropě na úrovni politiků a klíčových hráčů, na úrovni výzkumu a hodnocení paliativní péče v oblasti vědecké, klinické a sociální, dále je to podpora výzkumných a vědeckých aktivit, spojování všech, kteří se věnují studiu a praxi, tedy lékařů, sester, sociálních pracovníků, psychologů a dobrovolníků. Asociace se snaží přispět ke sjednocení a spolupráci národních organizací, které se zabývají paliativní péčí. V neposlední řadě se věnují etickým aspektům spojovaných s péčí o terminálně nemocné pacienty (European Association for Palliative Care, nedat.).

Speciálně dětskou paliativní péčí se zabývá International children's palliative care network (ICPCN). Tato organizace se snaží o dosahování co nejlepší kvality života dětí a

mládeže s životem omezujících podmínkách (International children's palliative care network, nedat.).

Tyto mezinárodní organizace se shodují v tom, že hlavními bariérami pro rozvoj a dostupnost paliativní péče jsou národní politiky nepodporující paliativní péči, nedostatečné vzdělávání lékařů, sester, odborníků na duševní zdraví, duchovních a dalších. Současně je to stávající nedostatek odborníků vzdělaných v daných odbornostech. Další bariéry, které organizace zmiňují, jsou bariéry psychologické, sociální, kulturní a finanční. Dokument Global Atlas of Palliative Care doporučuje vedle minimálního standardu potřebného technického vybavení, lékového vybavení, také minimální lidské zdroje, tedy lékaře, zdravotní sestru, sociálního pracovníka, psychiatra, psychologa, fyzioterapeuta, technickou a administrativní podporu (Worldwide Hospice Palliative Care Alliance, 2020).

3 Multidisciplinární tým

Specializovanou paliativní péči zajišťuje vždy multidisciplinární tým, bez ohledu na to, v jakém typu zařízení se pacient nachází, a podílí se na ní vždy lékaři nejrůznějších specializací, zdravotní sestry, sociální pracovníci, psychologové, duchovní, zapojuje se rodina nebo přátelé, často i dobrovolníci. Multidisciplinární tým reaguje na potřeby pacienta v oblasti biologické, psychologické, sociální a spirituální. Kromě zdravotních problémů je pacient a jeho rodina zatížena po stránce psychické, ekonomické a sociální. Multidisciplinární tým pečuje ve všech fázích umírání, tedy ante finem, in finem a také post finem. Zapojení jednotlivých členů týmu má v různých fázích umírání různou intenzitu. Kromě odborné zdatnosti jednotlivých členů, jsou důležité další kompetence a schopnosti – komunikace, empatie – ať se jedná o lékaře, zdravotní sestru nebo sociálního pracovníka (Vorlíček et al., 2004).

Základ multidisciplinárního týmu tvoří lékař a zdravotní sestra, ti mohou zajistit obecnou paliativní péči. Do specializované paliativní péče se vždy zapojují další odborníci, tedy sociální pracovníci, psychologové, kaplani a další (Radbruch & Payne, 2010).

3.1 Lékař v týmu

S lékařem se pacient setkává v souvislosti se symptomy svého konkrétního onemocnění a jeho léčbou v nemocnici nebo specializované ambulanci. Je to obvykle lékař, kdo sděluje pacientovi diagnózu, prognózu vývoje onemocnění a případnou nevléčitelnost onemocnění. Informovanost pacienta je důležitá cesta ke snížení obav ze smrti, kdy vědění nejen napomáhá růstu, ale také vede ke snížení strachu (Maslow, 2014).

Odborné zaměření lékaře, který v týmu spolupracuje, může být různé v závislosti na diagnóze a komplikacích s terminálním stavem souvisí. Vzhledem k tomu, že nejčastější diagnózy terminálních pacientů jsou onkologické, členem lékařského konziliárního týmu bývá onkolog nebo hematolog. Dále s ohledem na věk pacienta to může být také geriatrický lékař. Jedním s častých symptomů terminálního stavu je bolest, součástí týmu se tedy stává algeziolog. Dále to jsou internisté, chirurgové, neurologové, kardiologové, psychiatři a další. (Vorlíček et al., 2004).

V současnosti je možné vzdělání v nástavbové atestaci Paliativní medicína nebo Paliativní medicína a léčba bolesti. Lékaři s touto odborností mohou pracovat buď

v lůžkových zařízeních, v domácích hospicích nebo paliativních ambulancích. Tito lékaři zajišťují odborné zvládnání somatických paliativních problémů.

Role lékaře je podobná v lůžkovém hospici i v domácím hospici. V druhém případě o pacienta pečuje lékař v jeho domácím prostředí. V obou případech lékař přijímá pacienta do péče, kontroluje jeho léčbu, upravuje medikaci, případně stanovuje smrt pacienta. V průběhu celé péče, ať v lůžkovém zařízení nebo domácím hospici, zajišťuje lékař dostupnost odborných konzultací 24 hodin 7 dnů v týdnu, komunikuje s týmem, pacientem i jeho rodinou (Kalvach, 2010).

3.2 Zdravotní sestra v týmu

Role zdravotní sestry v multidisciplinárním týmu je klíčová, sestra je pacientovi nejbližší a tráví s nimi nejvíce času. Sestra musí umět reagovat na všechny potřeby pacienta a zprostředkovat je dalším členům týmu. Na sestru jsou kladeny vysoké nároky po stránce ošetrovatelských kompetencí, kdy musí umět reagovat na symptomy terminálního stavu, ale také po stránce komunikační, organizační a edukační (Janáčková & Weiss, 2008).

V případě, že se jedná o domácí hospicovou péči, sestra spolu s lékařem pacienta do péče přijímá, pacienta pravidelně navštěvuje, může být přítomna i smrti pacienta. V případě domácího hospice rodina zdravotní sestru obvykle k úmrtí pacienta volá. Sestra je tedy přítomna v rodině v té nejtěžší chvíli, je rodině nejbližší. Sestra tedy tráví s pacientem a jeho rodinou nejvíce času z celého multidisciplinárního týmu, je kontaktní osobou zajišťující mnohastrannou komunikaci.

Z hlediska získaného vzdělání v paliativní péči působí všeobecné zdravotní sestry nebo sestry s nejrůznějšími specializacemi, dětské sestry, sestry pro intenzivní péči, sestry interní, chirurgické a další.

Zdravotní sestra, stejně tak jako další členové týmu, se musí povinně vzdělávat. Pro získání vzdělání v oboru všeobecná sestra je třeba vedle absolvování středoškolského oboru s maturitou a jednoho roku na vyšší odborné škole (Zákon č. 201/2017 Sb., 2017). Dále by měly podle doporučení ČSPM ČLK JEP zdravotní sestry, které budou působit v paliativní péči, absolvovat akreditovaný kurz minimálního rozsahu 30 hodin (např. ELNEC - End Of Life Nursing Education Consortium), který je garantovaný Českou asociací sester (Česká společnost paliativní medicíny, 2013).

3.3 Sociální pracovník v týmu

Podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb, vzdělání sociálních pracovníků a jednotlivé sociální služby definuje v České republice zákon č. 108/2006, který prošel několika novelizacemi.

V lůžkovém zařízení řeší sociální pracovník s pacientem především jeho budoucnost, co se s pacientem bude dít po propuštění z nemocnice, kam a na koho se obrátit, jaké má pacient možnosti, co musí zajistit sám pro své další fungování ve společnosti a naopak, co může čekat od společnosti. Může to být právě sociální pracovník lůžkového zařízení, který předává pacientovi kontakt na hospicové zařízení.

Role sociálního pracovníka v hospicovém týmu je nezastupitelná, často je to právě sociální pracovník, který jako první přichází do rodiny terminálně nemocného pacienta provést šetření ještě před propuštěním pacienta z lůžkového zařízení. Sociální pracovník seznamuje rodinu s postupem a podmínkami domácí péče, prověřuje, zda je rodina schopna a ochotna o pacienta v domácím prostředí pečovat. Pokud tomu tak není, řeší sociální pracovník, co je třeba zajistit, aby péče v domácím prostředí možná byla. Činnost sociálního pracovníka neprobíhá jako sociální poradenství pouze ve formě rad a doporučení. Sociální pracovník sám aktivně jedná s institucemi, komunikuje s příbuznými a úřady. Konkrétně se může jednat například o vyřízení příspěvku na péči. Rodina obvykle neví, na co má nárok při péči o člena rodiny, kde ho uplatnit. Sociální pracovník dbá o co nejrychlejší vyřízení příspěvku na péči (Vorlíček et al, 2004).

Role sociálního pomocníka spočívá také při přípravě na smrt při vyřízení závěti a jiných právních úkonů, dokončení některých úkolů nebo rozloučení s určitými lidmi. Po úmrtí poskytuje sociální pracovník poradenskou pomoc pozůstalým s administrativními kroky. Pomáhá také při prožívání procesu truchlení (Kalvach, 2010).

3.4 Role rodiny v péči o terminálně nemocného

Rodina v paliativní péči má dvě role. Je tím, kdo pomáhá o pacienta pečovat, a je také tím, o koho tým pečuje společně s pacientem a následně také po jeho úmrtí. Ze strany paliativního týmu se jedná především o péči psychosociální. Role rodiny při péči o terminálně nemocného pacienta je velice důležitá v případě, že pacient zůstává doma, hlavním pečujícím je rodina podporovaná paliativním týmem mobilního hospice. Členové

rodiny pacienta velmi dobře znají a procházejí s ním veškerou péčí. Rodina může pacienta zastoupit v komunikaci s týmem v momentech, kdy pacient sám už komunikace není schopen. Přítomnost alespoň jednoho člena rodiny u pacienta je podmínkou přijetí do domácí hospicové péče, kdy pacient nesmí zůstat doma v žádném případě sám. Rodina „*je nejen doma s nemocným, ... ale je též rovnocenným členem paliativního týmu zajišťujícím významný podíl péče*“ (Kalvach, 2010, 44). Hospicový tým podporuje rodinu a vytváří jí zázemí tak, aby starost o pacienta zvládla.

3.5 Další členové týmu

Smrt a umírání přináší člověku potřeby spirituální (Kupka, 2014). Člověk sám sobě pokládá otázky po smyslu života, po tom, co je a není v životě podstatné, jak člověk žil, jak se choval k lidem, jaké k nim má vztahy, co je po smrti. Tyto a podobné další otázky mohou znamenat pro člověka utrpení. Na multidisciplinárním týmu opět leží úkol pomoci pacientovi toto utrpení snížit, pomoci mu nalézt odpovědi na podobné otázky. To je v multidisciplinárním týmu úkol pro psychologa, psychoterapeuta nebo duchovního. V případě lůžkových zařízení to mohou být nemocniční kaplani, v případě domácích hospiců kněží různých denominací. V rámci těchto spirituálních potřeb může člověk hledat odpuštění sobě nebo druhým, potřebuje ujistit o smyslu života.

Relativně neočekávaným členem multidisciplinárního týmu je rehabilitační pracovník. Rehabilitaci nemocných je obvykle spojována s pozitivní kurativní péčí. Rehabilitace v paliativní péči se může zaměřovat například na stabilizaci funkčního stavu, na posílení nezávislosti, zvýšení aktivity v denním životě prostřednictvím kompenzačních zdravotních pomůcek (Vorlíček et al., 2004). Rehabilitační péče je spíše obvyklá v lůžkovém hospici.

Plnohodnotnými členy pečujícího týmu se mohou stát dobrovolníci. Mohou navštěvovat pacienty, obstarávat jim nákupy. Mohou pomáhat připravovat benefiční akce nebo setkání pozůstalých (Svatošová, 2011).

4 Psycholog v paliativním týmu

Zapojení psychologa do paliativního týmu není zcela ukotvené, měl by být součástí multidisciplinárního týmu a reagovat na potřeby pacienta v psychologické oblasti. Existují různé modely zapojení psychologa. V některých nemocničních zařízeních komunikuje s pacientem primárně psycholog, v jiných jsou to zdravotní sestry nebo psychosociální pracovník (Sláma et al., 2019).

V lůžkových i domácích hospicích je praxe obdobná. V některých týmech pracuje psycholog, v jiných psychoterapeut. Často je členem týmu ten, kdo je ochoten se zapojit, kdo je dostupný lokálně a má volnou kapacitu.

Návrh pro personální požadavky na složení nemocničního konziliárního týmu paliativní péče zahrnuje buď klinického psychologa v úvazku 0,5, případně psychologa ve zdravotnictví s odborným dohledem, nebo zdravotní sestru s ukončeným psychoterapeutickým výcvikem pro zdravotnictví nebo lékařem psychiatrem (Sláma et al., 2019).

Standardy MSPP uvádí, že v multidisciplinárním týmu poskytujícím specializovanou paliativní péči by měl být pro hodnocení potřeb pacienta zapojen psycholog s atestací v oboru klinická psychologie nebo psycholog ve zdravotnictví s nebo jiný zaměstnanec s psychoterapeutickou kvalifikací. Tentýž dokument v konkrétním standardu týkajícím se řešení psychického stavu pacienta uvádí, že členem týmu „*je psycholog, případně psychoterapeut*“, jehož úkolem je podpora pacienta a jeho blízkých (Česká společnost paliativní medicíny ČSL JEP, 2019, 17).

O formě zapojení psychologa do paliativní péče v pobytových sociálních službách pro seniory uvažuje také Hrdá a Tollarová (2018). Psycholog může být mj. klíčovým pracovníkem, který vede rozhovor o budoucí péči, tedy rozhovor o představách týkajících se závěru života.

4.1 Vzdělání psychologa

V současnosti lze získat magisterský titul v oboru psychologie na Filozofické fakultě Univerzity Karlovy (FF UK), Filozofické fakultě Univerzity Palackého (FF UP), na Filozofické fakultě Masarykovy univerzity (FF MU) a na Fakultě sociálních studií Masarykovy univerzity (FSS MU). Některé z uvedených fakult nabízejí také dvouoborové studium, tedy studium psychologie v kombinaci s dalším oborem. Jednooborovou

psychologii v bakalářském i magisterském stupni lze absolvovat také na Pražské vysoké škole psychosociálních studií (PVŠPS).

Absolvent jednooborového studia psychologie se může dále vzdělávat v akreditovaném kurzu Psycholog ve zdravotnictví, jehož cílem je získání teoretických a praktických dovedností předpokládaných pro odbornou způsobilost pro práci ve zdravotnictví. Toto vzdělání upravuje zákon č. 201/2017 Sb., zákon o nelékařských povoláních (Zákon č. 201/2017 Sb., 2017). Kurz lze absolvovat na PVŠPS, FF UP, FF UK.

Další možností vzdělání je specializační vzdělání v klinické psychologii, absolvent může vykonávat povolání klinického psychologa. Toto specializační vzdělávání je spravováno Institutem postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví (IPVZ) dle zákona 96/2004 Sb. o nelékařských povoláních. Toto specializační vzdělávání trvá 60 měsíců a v jeho průběhu je třeba splnit podmínky definované vzdělávacím programem (Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, nedat.).

Psychoterapeut a jeho vzdělání

Pokládám za důležité zmínit také vzdělání psychoterapeutické, protože odborná literatura uvádí (Sláma et al., 2019), že v paliativním týmu může pracovat také psychoterapeut. V řadě paliativních týmů skutečně pracují psychoterapeuti bez psychologického vzdělání. Psychoterapii může poskytovat absolvent dlouhodobého vzdělávání v psychoterapii, tedy psychoterapeutického výcviku, jehož součástí je teorie, praxe, sebezkušenost a supervize. Podmínkou účasti v psychoterapeutickém výcviku je vysokoškolské vzdělání v jednom z celkem 19 vybraných oborů. Psychoterapii může tedy po absolvování příslušného výcviku poskytovat lékař, psycholog, ale také sociální pracovník, zdravotní sestra, filozof, adiktolog, sociální pracovník, teolog a další (Česká asociace pro psychoterapii, 2014).

4.2 Další vzdělání v oblasti paliativní péče

Další dostupné kurzy, které by rozšiřovaly tematiku paliativní péče nebo umírání se zaměřují zejména na sociální pracovníky, respektive jsou určeny obecně pro pomáhající profese. Vstupní podmínky vyžadují středoškolské vzdělání a obvykle mají akreditaci MPSV ČR. Lze jmenovat například kurz Problematika smrti a provázení (Remedium, nedat.), kurz Děti a ztráta, Spiritualita, Kontakt s truchlením (Vigvam, nedat.), kurz Poradce pro pozůstalé, kde požadavek na vzdělání zní jako doporučení ukončeného úplného

středního vzdělání. (Asociace poradců pro pozůstalé, nedat.). Nabídka těchto kurzů je poměrně široká, nabízí ji řada vzdělávacích agentur.

Vzdělávací kurzy nabízí ČSPM ČLK JEP s primárním zaměřením na lékaře v rámci specializačního vzdělávání. Některé z kurzů jsou doporučeny také pro psychology, například Úvod do dětské paliativní péče (Česká společnost paliativní medicíny, nedat.).

Vzdělávací akce organizuje dlouhodobě také Centrum paliativní péče, opět primárně zaměřené na lékaře a zdravotní sestry. Centrum pořádá pravidelně webináře se širokou škálou aktuálních témat v oblasti paliativní péče (Centrum paliativní péče, nedat.).

4.3 Odborné společnosti

Na poli psychologie a psychoterapie působí v České republice několik profesních organizací. Každá z nich sdružuje odlišnou skupinu členů, každá z nich deklaruje jiné cíle, každá z nich definuje nároky na další vzdělávání, dodržování určitých pravidel. Zdravotní systém umožňuje poskytovat psychoterapii pouze klinickým psychologům a lékařům s atestací v psychiatrii. V praxi mimo zdravotní systém mohou psychoterapii a poradenství nabízet také absolventi psychoterapeutických výcviků bez psychologického vzdělání.

Jednou z nich je Česká psychoterapeutická společnost (ČSP) ČLS JEP sdružující lékaře, psychology a jiné pracovníky ve zdravotnictví a z příbuzných oborů. ČPS deklaruje, že psychoterapii v jasném zákonném rámci lze nalézt pouze u klinického psychologa nebo psychiatra (i lékaře jiné odbornosti), kteří pracují jako poskytovatelé zdravotní péče s registrací u příslušného krajského úřadu. Současně musí být absolventy kurzu v systematické psychoterapii. Tito poskytovatelé zdravotní péče mohou získat smlouvu se zdravotní pojišťovnou a jejich péče je pak hrazená ze zdravotního pojištění. ČSP vede seznam kvalifikovaných psychoterapeutů, kteří nabízejí zdravotní péči ambulantní formou (Česká psychoterapeutická společnost ČLS JEP, 2017).

Další společností je Česká asociace pro psychoterapii, která stanovuje, že psychoterapeutem může být člověk, který je absolventem pregraduálního vysokoškolského studia v 19 vybraných oborech (od adiktologie, přes filozofii, pedagogiku, sociální práci, teologii až po lékařství) a současně absolventem komplexního akreditovaného výcviku. Tato organizace sdružuje seznam certifikovaných psychoterapeutů, kteří se celoživotně vzdělávají, pracují pod supervizí a dodržují etický kodex (Česká asociace pro psychoterapii, 2014).

Klinické psychology sdružuje Asociace klinických psychologů (AKP), která podporuje profesní zájmy klinických psychologů, dětských klinických psychologů a psychologů ve zdravotnictví. AKP spravuje agendu celoživotního vzdělávání klinických psychologů a věnuje se rozvoji oboru klinická psychologie (Asociace klinických psychologů České republiky, nedat.).

Pro absolventy pětiletého studia psychologie je otevřená Českomoravská psychologická společnost, která pořádá odborné akce, vyvíjí činnost v mnoha odborných sekcích (Českomoravská psychologická společnost, nedat.).

4.4 Psychologické aspekty paliativní péče

Diagnóza nevléčitelného onemocnění přináší pro člověka a jeho další život velkou změnu, po stránce fyzické, duševní a duchovní. Nevléčitelné onemocnění staví před člověka řadu úkolů: začít se vyrovnávat se spoustou změn, přizpůsobovat se zcela novým situacím, přestávat být soběstačný a smířovat se závislostí na pomoci druhých, zvykat si na omezení aktivit, na které byl zvyklý. Je to období ztrát, které přináší vlnu emocí od hněvu, přes úzkost, strach, smutek a depresi, často přichází osamělost (Sláma et al., 2011).

Sláma (2011, 309) uvádí, že *„je především třeba, aby si všichni, kdo o umírajícího pečují, byli vědomi, že psychologická a spirituální témata jsou pro umírajícího minimálně stejně důležitá jako otázka tělesných symptomů“*. To také znamená, že řešení reagovat na fyzické obtíže a poté na psychické obtíže, nemusí být správné. Pacient, případně jeho rodina, je spolutvůrcem priorit péče.

Pokud medicína nedokáže člověka uzdravit, je úkolem odborníků pomoci nést utrpení a usnadnit umírání. Mezi ústředními tématy umírajících se objevuje čas, smutek, vina, potlačení sebe samého, strach. V oblasti duševní je tématem útěcha, zprostředkování nových myšlenek a pocitů, doprovázení fázemi umírání, edukace (Angenendt, Schütze-Kreilkamp, & Tschuschke, 2010). Další témata, která se umírajících dotýkají, uvádí Kupka (2014), jsou to bolest a zlost. Nelze předpokládat, že přijetí nemoci do každodenního života pacienta je automatické. Přijetí nemoci je vždy individuální a není samozřejmé (Kabelka, 2018).

Velmi důležité je také pravidelné hodnocení psychického stavu pacienta, zjišťování jeho psychických reakcí a případných psychiatrických jevů (těžké deprese, sebevražedných myšlenek případně sebevražedných pokusů a deliria). Psychický stav a psychické reakce je potřebné sledovat i u rodiny pacienta (stres, obavy z budoucnosti), stejně tak případně

psychiatrické jevy (těžká deprese, suicidální myšlenky a pokusy). Kromě stresu, obav z budoucnosti je také důležité chápání nemoci pacientem, je důležité podporovat strategie, které usnadňují pacientovi vyrovnat se se jeho situací. Mezi tyto strategie může patřit víra, relaxační metody, arteterapie, psychoterapie a další (Skála, Sláma, Vorlíček, & Kabelka, 2011).

Na zapojení a roli psychologa v paliativním týmu lze nahlédnout z mnoha rovin. Jednou rovinou je stádium onemocnění, tedy kdy se psycholog s pacientem setkává. Jestli je to v momentě ukončení kurativní léčby, přechodu do paliativní péče nebo zda se setkávají až v terminálním stádiu. Pacient může mít potřeby v psychické oblasti proměnlivé právě podle stádia onemocnění.

Jinou rovinu přináší věk pacienta, ve kterém přichází do paliativní péče, a symptomy onemocnění. Jiné potřeby bude mít dětský pacient, jiné adolescent, jiné člověk ve středním věku nebo v seniorním věku. Komunikace dítěte je jiná než u dospělého a závisí také na vývojovém stupni a věku. Pro dítě je nejdůležitější činností hra, hra může sloužit k terapii dítěte, dítě umí hrou sdělit své úzkosti obavy. Hra musí být odpovídající věku dítěte. Paliativní péče se týká také dospívajících pacientů, mezi jejich obvyklá témata patří normalita, škola, přijetí a nepřijetí, emoce a jejich ventilace (Amery, 2017). Ať se jedná o děti nebo dospívající, vždy mají potřebu stimulace, potřebu smysluplného světa, jistoty, bezpečí. Pro školáky je tématem také školní docházka (Bužgová & Sikorová, 2019).

Vše, co se děje s pacientem, doléhá na jeho blízké. Blízcí mají své vlastní potřeby, které se mohou výrazně prolínat s potřebami nemocného. Po úmrtí nemocného se z blízkých stávají pozůstalí, nastává období truchlení, období, kdy se také členové rodiny mohou stát klientem psychologa (Špatenková, 2013).

Témata smrti a umírání mohou doléhat také na všechny členy multidisciplinárního týmu. V potaz přichází syndrom vyhoření, možné je riziko abúzu nebo na členy multidisciplinárního týmu mohou dolehnout nevyřešená osobní traumata (Kabelka, 2018). I zde je prostor pro práci a intervenci psychologa.

Velkým tématem překlenujícím všechny aspekty paliativní péče je komunikace. Témata komunikace Kabelka (2018) doporučuje rozlišit na dvě části: komunikaci uvnitř týmu a komunikaci týmu navenek, tedy s nemocným a jeho rodinou. „*Je potřeba mít jako tým jednotný obraz na to, jak nemocný přijímá realitu nemoci*“ (Kabelka, 2018, 285).

Komplexní pohled na psychologické aspekty paliativní péče nabízí EAPC v kontextu definice spirituální péče WHO. Spiritualita je dynamická dimenze lidského života, související mj. s prožíváním, vyjádřením anebo hledáním smyslu, účelu a transcendencí. Spiritualita má více rozměrů a zahrnuje:

- existenční výzvy, tedy otázky identity, smyslu, utrpení, smrti, viny a hanby, smíření a odpuštění, svobody a odpovědnosti, naděje, zoufalství, lásky a radosti,
- hodnotové úvahy a postoje, tedy vztah k sobě samému, k rodině, přátelům, práci, prostředí, kultuře, ad.
- náboženské základy, tedy víru, její praktikování, vztah k Bohu nebo nekonečnu. (European Association for Palliative Care, nedat.).

EAPC ve svém dokumentu uvádí, že multidisciplinární model spirituální péče stojí na obecné odpovědnosti všech členů za spirituální péči o nemocného. Jednotliví členové multidisciplinárního týmu se liší svou odborností a úrovní znalostí v oblasti spirituální péče (Best, Leget, Goodhead & Paal, 2020).

5 Vybrané výzkumy

5.1 Vybrané zahraniční výzkumy

Témata paliativní péče, paliativních týmů a také role psychologa v paliativním týmu se objevují ve výzkumech průřezově po celém světě.

Kvalitativní výzkum zaměřený na komunikaci paliativní péče a paliativního týmu navenek (Reigada, Arantzamendi, & Centeno, 2020) zjišťuje, že týmy komunikují své zaměření prostřednictvím informací o dostupnosti, nastavením vůči nemocnému, ale nepojmenovávají otevřeně účel paliativní péče a její užitečnost pro pacienty a jejich rodiny. Málo otevřená komunikace může být jednou z příčin nedostatku povědomí o paliativní péči.

Ve výzkumu, který se týká práce sociálních pracovníků v paliativní péči (Bitschnau, Firth, & Wasner, 2020), sociální pracovníci uvádí, že v týmu spolupracují se nejčastěji se zdravotními sestrami a psychology nebo psychoterapeuty. Dále sociální pracovníci uvádějí, že se jejich práce překrývá s prací psychologů na denní bázi, dokonce až v 79 % činností.

Hranicí mezi psychologií a spiritualitou v paliativní péči se zabývá Rego a Nunes (2019) a hovoří o tom, že spiritualita je v paliativní péči relevantní a je třeba ji odlišit od náboženství. Psycholog by měl nahlížet na pacienta komplexně, věnovat se psychologickým i spirituálním aspektům spojeným s terminální fází života. V případě náboženských aspektů by měl psycholog zvážit své etické hranice, své kompetence a spolupracovat s duchovním.

Integraci klinických psychologů do paliativních týmů je věnována studie publikovaná v roce 2018 (Ann-Yi, Bruera, Wu, Liu, Agosta, Williams, Balankari & Carmack). Studie zdůrazňuje, že zapojení klinického psychologa by nemělo vést k eliminaci významu psychosociální podpory pacientů ze strany dalších členů týmu, mělo by vést k podpoře komplexní péče o pacienty.

Pozitivní vliv opakované skupinové paliativní psychologické intervence popisuje studie z roku 2018 (Ramos, Hastings, Bosworth & Fulton). U pacientů, kteří absolvovali všechna sezení paliativní psychologické skupinové intervence, došlo ke snížení depresivity, úzkosti a stresu. Symptomy byly hodnoceny formou pretestu a posttestu.

Na nejasnost metodiky v oblasti zapojení klinických psychologů do paliativní péče v Anglii upozorňuje práce z roku 2018. Mimo jiné práce hovoří o možnostech širokého

přínosu klinické psychologie pro paliativní péči a věnuje se také terapeutickým přístupům využívaným v paliativní péči (Russell & Fountain, 2018).

Metaanalýza provedená ze 113 studií publikovaných v rozmezí patnácti let, věnovaná srovnání léčby únavy spojené s rakoviny, srovnávala farmaceutickou, psychologickou léčbu a léčbu formou fyzického cvičení. Výsledky metaanalýzy ukazují na to, že fyzické cvičení a psychologické intervence jsou při léčbě rakoviny účinné, a dosahují lepších výsledků než farmakoterapie (Mustian, Alfano, Heckler, Kleckner, Kleckner, Leach & Miller, 2017).

Rolí psychologa v paliativním týmu se zabýval také výzkum z roku 2017, který dospěl k závěru, že psychologové se zaměřují zejména na truchlení a ztrátu. Výzkum odkrývá další možnou podporu pacientů ze strany psychologů v tématech, ve kterých mají odborné znalosti. Může to být práce s emocemi ale také podpora při zvládnání tlaku ze strany zdravotního personálu. Zmíněna je také nutnost specifického školení psychologů v paliativní péči a jejich další vzdělávání v tomto oboru (Leonard, Horsfall, Noonan & Rosenberg, 2017).

Z tematické analýzy z roku 2016 (Sheng-Yu, Wei-Chun & I-Mei) věnované psychosociální podpoře, kterou poskytují v rámci paliativního týmu lékaři a sestry, vyplynulo, že nejobtížnějším aspektem péče pro lékaře a sestry byly především dlouhodobé problémy v rodinách. Porozumění procesu psychosociální podpory a integrace odborné péče o duševní zdraví všemi členy paliativního týmu může zlepšovat kvalitu psychosociální péče v paliativní péči.

Konkrétními znalostmi a dovednostmi, které musí mít psycholog, aby se mohl efektivně podílet na paliativní péči, se zabývá práce z roku 2014. Jedná se o znalost biologických aspektů nemoci a umírání, dále o znalost psychologických, sociokulturních, duchovních a mezilidských faktorů chronického, pokročilého, život ohrožujícího onemocnění a terminálního stavu, truchlení a komplikovaného truchlení, komunikace a facilitace, hodnocení fyzického a duševního stavu a psychoterapie, hodnocení stavu a podpory rodiny, v neposlední řadě o spolupráci v multidisciplinárním týmu (Kasl-Godley, King & Quill, 2014). Práce uvádí zajímavý fakt, že psychologové se historicky neúčastnili pracovních skupin na poli přípravy metodik a to ani v případě vytváření doporučení, která se týkala psychologických záležitostí paliativní péče.

V kvalitativním výzkumu, který se věnoval vnímání psychologické podpory v hospici ze strany rodičů, zaměstnanců hospice a externích profesionálů, uvádí autoři (Wray, Lindsay, Crozier, Andrews & Leeson, 2013) jako první krok k posílení současné psychologické péče v paliativní péči pochopení různých uživatelských perspektiv a pochopení psychologické podpory.

V roce 2012 vznikla práce (Griffith & Norris) věnovaná rozlišování duchovních, psychologických a psychiatrických problémů v paliativní péči, jejich překryvům a rozdílům. Autoři představili čtyřstupňové hodnocení pro stanovení vhodného oboru, který může pacientovi nejlépe pomoci. Podle autorů je třeba vždy rozlišovat, zda na pacienta doléhá běžný stres, nebo se jedná o stres v důsledku psychiatrického onemocnění. V dalším stupni je třeba posoudit potenciál účinnosti duchovní péče, psychoterapie nebo psychofarmak pro zmírnění utrpení vyvolaného daným stresem. Třetí krok stanovuje pravděpodobnost účinnosti intervence duchovního, psychologa nebo psychiatra. Čtvrtým krokem je posouzení, zda pacient preferuje konzultaci s náboženským zaměřením, tedy duchovního, nebo sekulárním, tedy psychiatra nebo psychologa. Každý ze jmenovaných oborů může pacientovi nabídnout účinnou pomoc při snižování utrpení spojeného s terminálním stavem.

Práce z roku 2008 (Nydegger) nabízí jako jeden z důvodů malého zapojení psychologů do paliativní péče nevědomost toho, co psychologové mohou nabídnout, ať je to nevědomost odborníků, pacientů nebo členů rodiny, kterých se paliativní péče týká. Nydegger očekává, že psychologové budou poskytovat do určité míry stejné služby jako ostatní profesionálové v paliativním týmu, ale mohou přispět něčím navíc, čemu se ostatní nevěnují.

5.2 Vybrané výzkumy v České republice

Také v České republice v oblasti výzkumu lze vysledovat v zájmu o paliativní péči pozitivní trend. Vznikají práce spojené s oblastí sociální práce a také práce v oblasti psychologie. Přestože se některé práce nezabývají primárně psychologem a jeho zapojením do paliativní péče, tématu se dotýkají také. Práce se zaměřují na různé skupiny pacientů v terminálním stádiu, se kterými psychologové pracují, na různá zařízení, ve kterých psychologové s terminálně nemocnými pacienty pracují.

V roce 2020 realizovala kvalitativní výzkum na téma psychoterapie v paliativní péči Pecnová. Autorka se zaměřila na psychoterapeutickou práci s dospělými umírajícími klienty, kterou poskytují psychologové a psychoterapeuti. Pecnová zjistila, že část respondentů

nahlíží na svou práci jako zastupitelnou i jinými členy týmu, bez psychologického nebo psychoterapeutického vzdělání, nicméně jasně vymezují, v čem je jejich práce odlišná. Dle Pecnové respondenti výzkumu pracují s aktuálními a každodenními potřebami umírajících klientů, ale také s náročnými vztahovými a emočními prožitky (Pecnová 2020).

Ve stejném roce vznikla teoretická práce věnovaná roli psychologa v péči o terminálně nemocné pacienty (Černá, 2020). Autorka si klade za cíl zmapovat aktuální situaci v oblasti poskytování psychologické péče a naplňování psychosociálních potřeb v léčebnách pro dlouhodobě nemocné. V empirické části se jedná o návrh výzkumného projektu zmapovat situaci v oblasti psychologické péče a psychosociálních potřeb z pohledu zdravotnického personálu, konkrétně lékařů a zdravotních sester, a terminálně nemocných pacientů.

Specifické skupině terminálně nemocných se věnuje ve své práci Janda (2019). Zaměřuje se také roli psychologa, ale výhradně péči o dětské a dospívající onkologické pacienty. Vybírá témata z dětské psychoonkologie, mj. psychosociální intervence, práci s bolestí. V empirické části se opět jedná o návrh kvalitativního výzkumného projektu, jehož cílem je komparace postojů dvou odlišných participujících skupin – rodičů onkologicky nemocných dětí a psychologů.

V roce 2019 byl realizován kvalitativní výzkum na téma role sociálního pracovníka v nemocničním paliativním týmu (Vlčková, 2019). Ve výzkumu zjišťuje, že dochází k překryvu rolí sociálního pracovníka a psychologa. Rozlišuje také situace, kdy psycholog v týmu chybí a pacienta není komu předat, a situace, kdy je psycholog členem paliativního týmu, ale sociální pracovnice neví, kdy pacienta do péče psychologa předat.

Psychickou zátěží personálu při poskytování paliativní péče se zabývá kvalitativní výzkum z roku 2018 (Křížová). Kvalitativní výzkum mj. uvádí, že důsledkem psychické zátěže a stresu se mnozí členové pečovatelských týmů, kam autorka řadí také psychology, vzdalují vlastním rodinám, objevují se u nich problémy v partnerských vztazích a narušují se přátelské vztahy.

Další kvalitativní výzkum, který vzniknul v roce 2016, si kladl za cíl popsat emocionální, sociální a spirituální potřeby terminálních pacientů v domácích hospicích a jejich rodin, současně stejné potřeby výzkum zjišťoval u zdravotních sester a psychologů. (Čermáková, 2016). Autorka v závěru uvádí, že psychologové podporují pacienty, jejich

rodiny, ale také zdravotní sestry. Dále z rozhovorů se zdravotními sestrami a psychology vyplývá, že i zdravotní sestry poskytují psychologickou péči a podporu pacientům.

Kupec (2016) provedl výzkum, ve kterém mapoval motivy terapeutů, které je přivedly do paliativní péče. Kvalitativní výzkum ukázal, že jsou to především vlastní zkušenost s úmrtím v rodině a nabídka hospice. Autor se také zabýval překážkami, které terapeutům práci ztěžují. Uvádí tři hlavní překážky, kromě finančního ohodnocení je to přístup kolegů a bližšího okolí pacienta.

Výzkum dotýkající se studentů psychologie a tématu smrti (Zadražilová, 2016) vznikl společně s výzkumem smrti a umírání z pohledu studentů medicíny. Práce se mj. zabývala důležitostí uvědomění vlastního postoje budoucích psychologů k smrti a jejich připraveností na setkání se smrtí. Výsledky kvalitativního výzkumu ukázaly, že studenty obou oborů neovlivňuje vnímání smrti svým zaměřením, ale dílčími znalostmi a zkušenostmi, přičemž u studentů psychologie se jednalo pouze o informace, které je zaujaly.

Téma paliativní péče v léčebnách dlouhodobě nemocných otevírá výzkum z pohledu pomáhajících profesí (Išpoldová, 2015). Léčebny dlouhodobě nemocných jsou místem, kde umírá mnoho pacientů a pracovní pozice psychologa obvykle není obsazena. Tuto skutečnost, zjištěnou dotazníkovým šetřením, vnímá ostatní personál léčeben jako chybnou a uvádí, že přítomnost psychologa by jednoznačně zlepšila kvalitu péče a života pacientů.

EMPIRICKÁ ČÁST

6 Výzkumný problém, cíle práce, výzkumné otázky

6.1 Výzkumný problém

Paliativní péče není zcela a rovnoměrně dostupná ve všech formách ve všech regionech České republiky. Postupně proniká do zdravotního a sociálního systému. Pro celkovou dostupnost paliativní péče je důležitá nejen dostupnost forem, důležití jsou také lidé – odborníci, kteří paliativní péči poskytují. Role lékaře, zdravotní sestry při péči o terminálně nemocného pacienta je jasná. Roli sociálního pracovníka upravují standardy kvality sociální péče. V případě specializované paliativní péče se další odborníci zapojují podle potřeby.

Domnívám se, že nejméně propracovaná a prozkoumaná je pozice a zapojení psychologa. Každý tuší, že psycholog má něco společného s psychikou člověka. Na jeho práci v paliativním týmu se lze dívat z více pohledů. Je otázkou, co vlastně psycholog v rámci paliativního týmu dělá, zda je jeho péče žádaná pacienty, zda naplňuje jejich očekávání, zda naplňuje očekávání dalších členů týmu, v jakém okamžiku se do paliativního týmu zapojuje, případně, zda je v rámci paliativního týmu nahraditelný.

6.2 Cíle výzkumu

Cílem výzkumu bylo stanovené zjistit, jaká je role, kterou zaujímají psychologové v paliativních týmech v České republice.

6.3 Výzkumné otázky

Hlavní výzkumná otázka, na kterou tato práce hledá odpověď, zní: Jaká je role psychologa v paliativním týmu?

Hlavní výzkumná otázka byla před započítím výzkumu doplněna o dílčí výzkumné otázky. Tyto otázky byly pokládány všem respondentům a respondentkám:

Jak dlouho pracujete v paliativním týmu?

Kdo je vaším klientem?

Kdo a jak péči psychologa klientům nabízí?

Jaké intervence směrem ke klientům provádíte?

V čem je vaše práce psychologa v paliativním týmu jedinečná?

S kým se ve své práci v paliativním týmu překrýváte?

Jaké cíle si stanovujete ve své práci?

Jaké je další možné zapojení psychologa do paliativním týmu?

7 Metodologie – rámec výzkumu

7.1 Design výzkumu

Pro výzkumnou část své magisterské práce jsem zvolila kvalitativní přístup. Důvodem pro upřednostnění kvalitativního výzkumu před kvantitativním byla možnost získat hlubší informace bez nutnosti předem stanovené volby, která by respondenty omezovala. Kvalitativní přístup by měl přinést více detailnějších informací, které by kvantitativní pojetí výzkumu nezachytilo (Hendl, 2016). Výzkum se v tomto případě zaměřuje na porozumění a orientaci v tématu se snahou pochopit vzájemné souvislosti (Ferjenčík, 2010). Sběr dat proběhl formou polostrukturovaných rozhovorů. Polostrukturovaný rozhovor nabídl všem respondentům stejný rámec, na který mohli reagovat, doplňovat a zpřesňovat podle svých osobních názorů a zkušeností.

Data byla zpracována metodou tematické analýzy, která hledá na základě studia znaků a symbolů významy skryté pod povrchem (Jandourek, 2008). Tematická analýza je více, než shrnutí a klasifikace dat. Výzkumník by se měl pokusit pochopit, co účastníci řekli a proč to řekli (Willig, 2013).

Z počtu realizovaných rozhovorů a výběru respondentů nelze výsledek výzkumu interpretovat tak, že by obdobně odpovídali všichni psychologové v paliativních týmech působících u poskytovatelů paliativní péče v České republice.

7.2 Výzkumný soubor

Na základě dostupných informací lze odhadovat, že v České republice pracuje až 130 paliativních týmů (Cesta domů, nedat., Národní zdravotnický informační portál, nedat.). Ne ve všech paliativních týmech působí psycholog. V některých působí lékař psychiatr, v mnoha paliativních týmech působí psychoterapeuti – absolventi psychoterapeutického výcviku bez vzdělání v oboru psychologie v magisterském stupni. Případně v paliativním týmu působí psycholog, ale na jiné pracovní pozici a s jinou náplní práce.

Výzkumný soubor byl vybrán metodou záměrného (účelového) výběru, který je v kvalitativním výzkumu nejrozšířenější metodou. Respondenti jsou vyhledáváni na základě určitých vlastností nebo stavů (Miovský, 2006). Metoda záměrného výběru přes instituci byla kombinována s metodou sněhové koule, kdy v několika případech oslovení psychologové doporučili dalšího psychologa k oslovení. Jako kritéria pro výběr výzkumného souboru byly zvoleny následující parametry:

- absolvování studia psychologie v magisterském stupni, jednooborovém nebo dvouoborovém,
- aktuální zapojení do paliativního týmu na pozici psycholog,

Výzkumný soubor tvořilo 9 psychologů, kteří v současnosti pracují v paliativním týmu.

Respondenti byli osloveni přímo formou emailu prostřednictvím kontaktních informací dostupných na webových stránkách jednotlivých poskytovatelů paliativní péče. Pokud webové stránky neuváděly přímý kontakt na psychologa, byli osloveni ředitelé nebo sociální pracovníci, primárně ti, na které byl uveden přímý kontakt. V osmi případech, z celkem dvaceti organizací, se až po navázání kontaktu ukázalo, že zařízení nemá v týmu psychologa, ale jiného odborníka, nejčastěji sociálního pracovníka s psychoterapeutickým výcvikem, případně speciálního pedagoga s psychoterapeutickým výcvikem. Tyto případy nebyly do výzkumu zařazeny.

Výběrový soubor tvořilo 7 žen a 2 muži, respondenti působí v sedmi krajích České republiky. Přestože ve výběrovém souboru převažovaly ženy, dále v textu práce bude používáno obecné slovo respondent, respektive psycholog bez přechylování do ženského rodu. Důvodem je znemožnění identifikace jednotlivých respondentů.

Délka praxe v paliativní péči v roli psychologa se u respondentů se pohybovala od 1,5 roku do 15 let, průměrná délka praxe činila 6,9 let. Výše úvazku na se pohybovala od 0,2 do 0,8, průměrná výše aktuálního úvazku respondentů u jednoho zaměstnavatele činí 0,29. Kromě dvou respondentů, kteří pracují v pracovním poměru, všichni zbývající respondenti pracují na dohody konané mimo pracovní poměr.

Celkem čtyři z respondentů pracují v paliativním týmu v mobilním hospici, jeden respondent pracuje v paliativním týmu v lůžkovém zařízení. Jeden respondent působí ve dvou paliativních týmech ve dvou různých mobilních hospicích, jeden respondent působí ve dvou paliativních týmech, jedním je mobilní hospic, druhým je lůžkový hospic. Jeden respondent pracuje v hospicovém zařízení, které zajišťuje lůžkovou i mobilní péči, pracuje tedy s klienty na lůžku a navštěvuje je také v domácím prostředí. Jeden respondent pracuje současně v konziliárním paliativním týmu v lůžkovém zařízení a současně působí v paliativním týmu v mobilním hospici. Skutečnost paralelního působení ve více paliativních týmech byla odhalena až v průběhu rozhovorů, nejednalo se o záměr.

Vedle úvazků v paliativních týmech paralelně pracují respondenti na dalších pracovištích, dva působí jako pedagogové na univerzitách, další pracují jako školní psychologové, jako psychologové v manželské poradně, v jiném zdravotnickém zařízení, případně práci v paliativním týmu kombinují s rodičovskou dovolenou.

7.3 Metody získání dat

Samotný sběr dat probíhal od listopadu 2020 do února 2021. Rozhovory probíhaly vždy formou telefonického rozhovoru nebo rozhovoru prostřednictvím platformy Skype. K rozhovorům tváří v tvář nedošlo, možnost osobních setkání byla omezena situací související s epidemií covid-19 v České republice. Rozhovory trvaly v rozmezí 40 minut až 75 minut, průměrně hovor trval 51 minut, všechny rozhovory byly se souhlasem respondentů a respondentek nahrány a přepsány do písemné podoby. Každý rozhovor tedy probíhal v jiném čase, s jinou osobou a na jiném místě. Respondenti byli v průběhu rozhovorů na svém pracovišti, respektive doma.

7.4 Zpracování a analýza dat

Pořízené nahrávky byly přepsány a přepsané rozhovory byly zpracovány metodou tematické analýzy, která zahrnuje šest základních kroků (Braun & Clarke, 2006).

Tematická analýza umožňuje dva přístupy – deduktivní a induktivní. Deduktivní přístup spočívá ve vytváření kódů a témat na základě předem stanovených kategorií. V rámci induktivního přístupu jsou kódy a témata vytvářeny na základě kódovacího rámce vycházejícího ze samotných dat (Braun & Clarke, 2006). V rámci tematické analýzy je možné oba přístupy kombinovat (Fereday & Muir-Cochrane, 2006). V této práci byl pro zpracování dat použit induktivní přístup.

Braun & Clarke (2006) rozdělují v rámci tematické analýzy práci s daty do šesti kroků, kdy se lze k jednotlivým krokům vracet, aby nebyla vynechána důležitá data.

1. Cílem prvního kroku je seznámení se s daty. K prvnímu seznámení s daty došlo již při přepisu dat z nahrávek. Dále byla data opakovaně pročitána a byly k nim připojovány první poznámky.
2. V druhém kroku byla data kódována pomocí software Atlas.ti. Prostřednictvím otevřeného kódování a kódování in vivo bylo získáno více než 250 prvotních kódů, které zachycovaly opakující se rysy a vzorce.

3. Následné třídění kódů, včetně jejich redukce, vedlo k hledání potencionálních témat.
4. Ve čtvrtém kroku došlo k přezkoumání témat, všechny přiřazené kódy byly revidovány. Některá témata byla sloučena a některé nevhodně zařazené kódy byly přeřazeny k jiným tématům.
5. V pátém navazujícím krokem byla témata definitivně pojmenována a jasně vymezena.
6. Závěrečným krok představuje podání zprávy výsledku analýzy, byl vytvořen model role psychologa v paliativním týmu.

7.5 Etické aspekty výzkumu

Všichni respondenti byli při prvním kontaktu seznámeni s tématem výzkumu a s jeho důvodem. Všichni respondenti byli před samotným rozhovorem informováni o zachování anonymity dat, způsobu nakládání s daty, způsobu zpracování dat a způsobu jejich analýzy. Všichni respondenti i respondentky se zařazením do výzkumu souhlasili. Na začátku samotného rozhovoru byli požádáni o vyjádření souhlasu s nahráváním rozhovoru. Jednotliví respondenti byli pro účely výzkumu označeni pořadovým číslem, podle toho, v jakém pořadí s nimi byl rozhovor veden.

Všechny rozhovory byly velice otevřené a osobní, proto není v příloze uvedena ukázka z žádného z nich. Rozhovory obsahují údaje, podle kterých by bylo možné jednotlivé respondenty a respondentky identifikovat, podle minulých pracovišť, současných pracovišť v rámci paliativní péče a také podle aktuálních paralelních pracovišť mimo paliativní péči.

Z důvodu zachování anonymity dat jsou dále respondenti označeni zkratkou R1, R2, ... R9, bez rozlišení, zda se jedná o respondenta muže nebo respondentku ženu.

Veškeré informace získané z rozhovorů byly použity pro zpracování diplomové práce.

8 Výsledky výzkumu

Následující subkapitoly zahrnují společná témata, která zachycují rozhovory s respondenty. Témata jsou do rozdělená do logických oblastí, zahrnují nejdůležitější součásti práce psychologa, tedy práci s pacientem, práci s rodinou, práci v týmu a práci se sebou samým. Poslední subkapitola zachycuje téma dopadu epidemie covid-19 do práce psychologů.

8.1 Témata spojená s pacientem

Respektování autonomie

Respondenti odhalují jako velmi důležitý aspekt své práce s pacienty a jejich pečujícími osobami respektování jejich autonomie. I když se jedná o pacienty v terminálním stádiu života, který je spojený s řadou omezení a ztrát. R9 uvádí, že vždy pracuje „s velkým respektem k jejich prostoru, je to jejich prostor.“ R7 dodává: „...jeho názor je výsostně významný.“

Respondenti se shodovali v tom, že je důležité dobře vysvětlit, co vše mohou pacientovi nabídnout. Jejich respekt se netýká pouze práce s pacienty, ale také primárního rozhodnutí pacienta, zda péči psychologa přijmout. „Je to vždycky tak, že klienti jsou ti, kdo mají rozhodnout, jestli nás chtějí, potřebují...“ (R4).

Nabídka psychologické péče přímo psychologem

Respondenti v rozhovorech popisují, jak probíhají situace, pokud mohou psychologickou péči nabídnout pacientům nebo rodinám osobně. Jednoznačně se vyjadřují k tomu, jak je důležité nezůstat skrytý v anonymitě za slovem psycholog. Osobní představení se pacientům nebo rodinám je prvním krokem pro úspěšné navázání vztahu. R1 popisuje: „seznámím se, snažím se navázat vztah, vytvořit důvěru, ...“. R7 hovoří o své vlastní zkušenosti, kdy pacient při osobní seznámení „vidí, že jsem v rámci možností normální..., a že je možnost mě odmítnout, pak jsem se snad ani nesetkala s otevřeným odmítnutím.“

Současně mohou při osobním představení vysvětlovat, co mohou pacientům nebo rodinám nabídnout, na čem s nimi mohou pracovat a v čem mohou být užiteční. R9: „Osobní setkání kolikrát odbourá nějaké představy, když vysvětlím, že mi nejde o to, dělat nějakou

složitou diagnostiku, zjišťovat patologii..., ale jde mi o to, hledat způsoby, jak je v téhle fázi života podpořit.“

Osobní kontakt s rodinami je důležitý také pro péči po úmrtí pacienta. R6 popisuje situaci, kdy měla převzít péči o pozůstalé: *„to se úplně nepovedlo, protože v mnoha rodinách jsem byla neznámá osoba.“*

Nabídka psychologické péče jiným členem týmu

Z rozhovorů s respondenty jednoznačně vyplývá, že možnost nabídnout svou péči pacientovi osobně je nesrovnatelná v lůžkovém zařízení a v domácí hospicové péči. Mimo lůžková zařízení není obvyklé, že by se psycholog mohl představit každému pacientovi nebo rodině sám. Pacient a jeho rodina se o možnosti péče psychologa dozvídají vždy při uzavírání smlouvy o péči, při příjmu pacienta do péče paliativního týmu, nabídka zaznívá od lékaře, zdravotní sestry nebo sociálního pracovníka. Ústní informace je obvykle doplněna písemným letákem o poskytované péči, včetně kontaktu na psychologa.

O důležitosti správné nabídky péče hovoří sami respondenti. R1: *„Jsem to vlastně nezkoumal, jakými slovy péči psychologa nabízí, párkrát mě to napadlo, že to může mít značný vliv, jestli mají kolegyně dobrou představu ode mě... ideální nabídkový slova jsem zatím nenašel. Může to být dost důležitý.“* R7 uvádí, že je *„velký rozdíl v tom, jak se ta psychologická péče nabízí. Říct někomu, když ti bude špatně, volej psychologovi, nebo ty jseš na psychologa, tak je docela vysoká pravděpodobnost, že k nikomu takovému nepřijde.“*

Nabídka péče psychologa zaznívá od členů týmu opakovaně, pokud to uznají za vhodné a potřebné. R9: *„Potom ta nabídka opakovaně zaznívá, když tým vnímá, že by to bylo vhodné.“* Nabídka nemusí zaznít opakovaně z důvodu potřeby zapojení psychologa, ale také protože, jak uvádí R6: *„...někdy se ta informace možná ztratí v tom, co musí řešit.“*

Rozhovor s pacientem

Těžištěm práce respondentů je rozhovor s pacientem. Témat, která se v rozhovorech objevují a respondenti na nich spolu s pacienty pracují, je celá řada. Obvykle se jedná o témata, která přenese sám pacient, o kterých chce nebo potřebuje mluvit. R5 popisuje, že se může jednat o nezávazné povídání, ale pacient také může: *„do toho vložit něco víc a chce z toho vyzískat pro sebe něco víc, otevře se, chce řešit nějaká důležitější témata.“*

V rozhovorech se objevují i nevědomé zakázky pacientů, které se objeví až v průběhu samotného rozhovoru. R7 uvádí: „...*když to společně zkoumáme, často to může být užitečné, když se na to podíváme spolu.*“

Respondenti pracují s emocemi, pomáhají pacientům normalizovat silné emoce, ventilovat je, pomáhají jim vytvořit bezpečné prostředí pro otevírání otázek spojených s umíráním a smrtí, provází pacienty ve vztazích, pomáhají je urovnávat, pomáhají otevírat těžké věci, které pacienti potřebují na konci života vyřešit, pracují s lítostí a pocity viny, dodávají jistotu, pracují na zdrojích pacienta, na zvýšení jeho sebeúcty, reflektují jeho prožívání nové a rychle se měnící situace.

Nabídka rozhovoru se zaměřuje také na usnadnění komunikace pacienta s blízkými o tom, co se mu aktuálně děje, jak s nimi o nemoci mluvit, jak prolomit různá tabu. Nebo se také jedná o nabídku zlepšení komunikace se zdravotníky, aby si pacienti dokázali říci o to „*co potřebuju, o pochopení, jak chtějí, aby se s nimi zacházelo*“ (R7).

Cílem rozhovorů může být sdílení prožívání s někým jiným než s rodinou, naslouchání, doprovázení, vyjádření zájmu, ocenění, podněcování naděje, zachování autonomie pacienta, jeho kompetencí, zachování jeho důstojnosti.

Péče psychologa může být pro pacienta také tichou přítomností někoho „*kdo s nimi dokáže být a být zticha, aby nebyli sami a přitom mohli nerušeně v duchu zpracovávat, co potřebují*“ (R5).

Další techniky používané při práci s pacientem

Kromě rozhovoru jako základního nástroje psychologické péče, se všichni respondenti snaží nabídnout a využívat další techniky, které by mohly péči o pacienta obohatit a být pro něj v závislosti na jeho stavu užitečné. Nejčastěji psychologové těží ze svého dalšího dosaženého vzdělání, při práci s klientem pak využívají různé relaxační techniky, autogenní trénink, meditaci, muzikoterapii, hypnoterapii, pracují s imaginacemi a sny.

R8 popisuje: „*Provázím je autogenním tréninkem, ...děláme imaginace, s lidma, kteří už nemluví a jsou neklidní.*“

Dále psychologové využívají ve prospěch pacientů své zájmy, pak mohou klientovi nabídnout canisterapii, případně felinoterapii.

Děti v péči psychologa

Všichni respondenti se v rozhovorech dotkli tématu práce s dětmi. Děti vstupují do paliativní péče jako pacienti, ale také jako součást rodiny, kde někdo umírá. Umírajícím může být jejich rodič, prarodič, sourozenec ale i vzdálenější příbuzný, se kterým dítě udržovalo blízký kontakt.

Zvláštní péče je dětem věnována ve všech paliativních týmech, i když se nejedná o dětský hospic. R2 uváděla: „*Vstupuju vždycky do rodiny aktivně přímo tváří v tvář, když je tam dítě.*“

Práce s dětským klientem má svá specifika, děti mají jiné potřeby v závislosti na věku. Dítě komunikuje volnou hrou, kresbou, kresbou lidské postavy, projekcí začarované rodiny. Dále respondenti využívají při práci s dětmi hru s pískem nebo s jiným materiálem, pracují také s emočními kartami.

V případech, kdy je dětský pacient v těžkém stavu, často psycholog podporuje rodinný systém, především rodiče nebo jiné pečující osoby. Cílem je podpora péče o dítě. R9 uvádí, že častá otázka rodičů zní: „*Děláme to dobře, nemohli bychom udělat ještě něco jinak?*“

Limity při práci s pacientem

Respondenti hovoří také o několika limitech, na které musí během své práce reagovat a vypořádat se s nimi. Zásadním limitem pro všechny pacienty je čas. V paliativní péči nelze spoléhat na domluvení dalšího termínu. Psycholog pracuje s nejistotou, jestli se s pacientem ještě setkají nebo ne. Z tohoto důvodu se snaží každé setkání jasně uzavřít a kladou důraz na to, aby „*nezůstali na půli cesty...*“ (R9). R6 dodává, že „*v hospici je čas tak vyhrocenej, situace jsou velmi proměnlivý a ten čas plyne rychleji, než potřebujeme.*“

I v případě, že se domácí hospic snaží zajistit každému pacientovi a jeho rodině setkání s psychologem, stává se, že se setkání nepodaří. V případě domácích hospiců pacienti zůstávají v péči pouze několik dnů. Respondenti uvádí, že pro jednotlivé hospice pracují v určité dny, a k pacientům se vůbec nedostanou. R6 popisuje: „*Dostávají se do péče na poslední dny, někdo umře druhý, třetí den, je to trápení řady hospiců...*“ R5 doslova uvádí: „*Rodina je v péči pár dní a to se nedaří organizovat.*“

Respondenti podotýkají, že dalším limitujícím faktorem bývá oslabený zdravotní stav pacienta. Může se jednat o demence, oslabení kognice pacienta nebo změnu vědomí. Práce

s těmito oslabeními je velice specifická, náročná, přesto možná a pro pacienty užitečná. R5 popisuje situace, kdy se ukázalo, že „*se dá pracovat i s těmito lidmi psychologicky tak, aby se to téma dalo uzavřít. ... i kognitivní stránka je silně oslabená, symbolická forma je možná.*“

V lůžkovém zdravotnickém zařízení, kdy se pacient nachází na vícelůžkovém pokoji, se limitujícím faktorem stává také přítomnost dalších pacientů na pokoji. R7 popisuje: „*Tak to chce vysokou dávku kreativity, ale připadá mi to jako významný moment, že člověk může prožívat méně dyskomfortu.*“

Další limity zapojení psychologa do týmu

Faktory, které limitují péči o pacienta, neleží samozřejmě pouze na straně pacienta. Vesměs všichni respondenti pracují na malé úvazky i z důvodu finanční stránky věci. To může být jeden z důvodů, proč nejsou dostupní pacientům vždy, když je potřebují. Jeden z respondentů uvádí, že neví, jaká je poptávka psychologů po práci v hospici a domnívá se, že problém spočívá právě ve financování. I další respondenti podotýkají, že „*jde spíš o to, co si může hospic finančně dovolit, než co bylo by potřeba...*“ (R5). R9: „*...když se to schylovalo k nějakému úvazku, nebyl dostatek financí.*“ Další respondent dodává: „*Nemůžou si dovolit psychologa na úvazek, buď na maličký úvazek, nebo vůbec...*“ (R7). R6: „*Kdyby byl ten zdroj peněz na výplatu, že by uplatnění bylo.*“

Zapojení psychologa do týmu také koreluje s velikostí a kapacitou hospicového zařízení. V případech, kdy se jedná o menší domácí hospic s kapacitou péče 5 - 6 pacientů, je samozřejmě prostor pro zapojení psychologa do paliativního týmu menší. Pokud se jedná o lůžkové zařízení s kapacitou pacientů v řádu desítek pacientů, vytížení a využití psychologa je daleko vyšší.

Hledání pravidel pro zapojení psychologa do péče

Pouze jeden z dotazovaných respondentů uvedl, že na jeho pracovišti existuje formalizovaná metodika pro poskytování služby psychologa. R1 k metodice uvádí, že se jedná o základ. K míře zapojení psychologa do paliativního týmu R1 dodává, že „*pořád hledáme a vytváříme.*“ R2 doplňuje, že „*máme standardy péče, na kterých se pracuje, ale týkají se zdravotní péče, témata psychologa jsou okrajový.*“

Další respondenti, na jejichž pracovišti žádná formalizovaná metodika neexistuje, se shodují, že se stále snaží najít cesty, jak „*věci ošetřit...*“ (R3). R3: „*Snažíme se najít hranici,*

způsob, jak si to vymezit...“ R6: „Měli jsme koncept, teď hledáme jiný formát.“ R8: „Zkoušíme, co udělat, jak to funguje.“

Jedním z důvodů, proč je formalizace péče psychologa obtížná, je podle R5 skutečnost, že musí reagovat na okamžité potřeby pacientů a rodin: *„V hospici lze jen výjimečně domlouvat setkání na nějaký čas a ten dodržet, včetně nějaké konkrétní délky návštěvy.“*

Dalším uváděným důvodem, proč je problematické formalizovat pravidla, je skutečnost, že paliativní péče se z hlediska zajištění finančních prostředků skládá ze zdravotní a sociální péče. Jednotlivé hospice pak hledají, jak profinancovat péči psychologa. R2 uvádí: *„Co se týče přesný náplně, je to živý proces a je to teď vlastně období velkých změn skrze pojišťovny, protože se hledají pozice různých profesí v týmu, tak aby to co nejefektivněji a nejlíp fungovalo, jsme pořád v procesu.“*

Odmítání péče psychologa

Zcela nezávisle na kraji a na velikosti města, kde respondenti působí, na zařízení, kde pracují, se objevuje společné téma, kterým je odmítání péče psychologa.

Respondenti se shodují, že psychologové nemají dobrou pověst. Napříč společností panují vžité představy, často generačně podmíněné, kdy péče psychologa znamená, že člověk je blázen. R1: *„...když někomu haraší, tak se pozve psycholog.“* R7: *„...já nejsem na hlavu, nejsem blázen, tak nechci psychologa.“* R8: *„Většinou říkají, že nejsem žádné blázen, já nepotřebuju psychologa.“*

Za odmítáním péče respondenti vidí kromě obav také minulé negativní zkušenosti s psychologickou péčí, buď osobní, nebo zprostředkované z doslechu. Dalším důvodem odmítnutí bývají představy a očekávání, které psycholog neumí naplnit. R6: *„...nebo chtějí psychologa..., že tam vejdu a stane se zázrak, že přijde rychlý řešení.“*

8.2 Témata spojená s rodinou

Péče o rodinu

Druhou dominantní skupinou, se kterou psycholog pracuje, je rodina. Ukazuje se, že rodina je širší pojem, je to celý rodinný systém. Kromě blízkých příbuzných může zahrnovat i vzdálenější příbuzné, kteří mají úzký vztah k pacientovi, a jeho umírání na ně může doléhat více, než na kohokoli jiného. Péči psychologa mohou potřebovat i další blízké osoby mimo

příbuzenské vztahy. R1: „*Rodina je široký pojem, máme jednu kontaktní osobu, hlavní pečující, může tam být víc lidí.*“

S rodinou obvykle pracují psychologové na pocitech viny, že pacient umírá a pečující zůstává, že mu neumí pomoci od utrpení, pomáhají zpracovávat smutek, že pro pacienta už není léčba, pomáhají zpracovat ostych, pracují na zprostředkování komunikace mezi pacientem a rodinou, případně dalším okolím. R1: „*Jindy je to tak, že je tam jeden člověk, který dělá hradbu, i pro nás, abychom se nedostali ani my k nemocnému.*“ Podle R5 potřebuje rodina podpořit v tom, aby se situace nebála: „*Pečující potřebují ujistit, že to, co se děje, se děje tak, jak se má.*“ R8: „*Často řešíme téma smrti, které visí ve vzduchu mezi nima, ale nikdo to nechce říct.*“

V rámci péče o rodinu se psycholog stává mediátorem rodinných sporů a facilitátorem rodinných setkání, kde se setkává zdravotnický tým s pacientem i rodinou.

Z rozhovorů vyplývá, že v domácím hospici může být kladen větší důraz na práci s rodinou. Do domácího hospice se pacient dostává až skutečně několik dní před smrtí, kdy je psychologická práce limitovaná, klientem je pak spíše rodina. R7 uvádí také primární orientaci na rodinu. „*Standardem byla práce s pečujícími, pozůstalými, s tím samotným nemocným bylo prostoru méně.*“

Stejně tak jako u pacienta, také v případě rodiny může péči představovat i samotná přítomnost psychologa. Podobnou zkušenost sdílel R6: „*Zafunguju často jako někdo mimo, kdo tam vejde, tak se tam dostane jiná rovnováha do těch jejich vztahů.*“ Nebo R6 uvádí, že přítomnost psychologa „*se může stát katalyzátorem otevření důležitého rozhovoru.*“

Individuální péče o pozůstalé

Po úmrtí pacienta péče o rodinu pokračuje, rodina se dostává do nové role pozůstalých. Ne všichni pozůstalí péči psychologa potřebují a využívají. Způsob komunikace s pozůstalými a péče o ně se podle odpovědí jednotlivých respondentů odlišují.

V domácím hospici sociální pracovník nebo zdravotní sestra krátce po úmrtí kontaktují pozůstalé pečující buď formou telefonátu, nebo přijedou na pozůstalostní návštěvu, které slouží primárně k uzavření péče o zemřelého, ale také k nabídce podpory pozůstalého.

V zařízení, kde pracuje R1, má každý pozůstalý má nárok na 3 pozůstalostní návštěvy od psychologa. R8 uvádí, že hospic, kde pracuje, má stanovenou hranici 10 setkání, která

mohou pozůstalí vyčerpat. Pokud se jedná o náročnou situaci, komplikované truchlení, psycholog si pozůstalého přebírá do své individuální péče.

Zakázkou pozůstalých bývá nejčastěji truchlení nebo i komplikované truchlení, adaptace na zcela jiný život bez zemřelého. Některé hospice nabízí otevřené poradenství i pro truchlící a pozůstalé, jejichž blízcí nezemřeli v péči hospice.

Setkání pozůstalých

Druhou možností péče o pozůstalé, kterou hospice nabízejí, jsou setkání pro pozůstalé. Frekvence a náplň setkání se hospic od hospice liší. Setkání jsou pořádána jednou za rok, případně dvakrát do roka, ale i častěji.

V některých případech setkání vede psycholog (R2, R4, R7). V dalších případech vstupuje pouze na vyžádání, v případě předem dohodnuté specifické zakázky (R9), jinak setkání vede jiný pracovník hospice, například poradce pro pozůstalé. V některých hospicích se ukázal model setkání pro pozůstalých jako nefunkční (R1, R8).

Jako koncept setkání pro pozůstalých nejlépe funguje otevřená svépomocná skupina, často jsou využívány arteterapeutické techniky nebo prvky ergoterapie. Kromě sdílení vzpomínek bývá častý prvkem normalizace situace pozůstalých R9: „...*co se to se mnou děje jsem já normální, je normální...? Často se obviňují, že s nimi není něco v pořádku. Tohle jsou pocity úplně normální.*“

Pozůstalé děti

Speciální skupinou jsou pozůstalé děti. S těmi respondenti v případě potřeby pracují vždy individuálně. Koncept terapeutické skupiny pro děti zkusili dva respondenti, ani v jednom případě se nepodařilo udržet funkční koncept. Například proto, že se šlo více dětí v různých věkových kategoriích, nebo po takových setkáních nebyla dostatečná poptávka.

8.3 Témata spojená s týmem

Komunikace v týmu

Důležitým aspektem péče o pacienty je vzájemná komunikace v týmu. Zásadním momentem v předávání informací jsou týmové porady. Koncept porad je různý, záleží na velikosti týmu a na kapacitě poskytované péče. Někteří respondenti uvádí, že porada v užším

týmu probíhá každý den, v širším jednou za týden. V mobilním hospici probíhá porada obvykle jednou týdně. R3: „*Nejlepší varianta je účast na týmu, kontakt je docela intenzivní.*“

R4: „*Máme možnost se k jednotlivým případům vyjádřit tak, aby péče o klienty byla co nejvíce efektivní a pro klienty co nejkvalitnější.*“

Dynamika péče o pacienty v terminálním stádiu vyžaduje komunikaci mnohem častější, podle stavu a potřeb pacienta, které ho má tým aktuálně v péči. R5: „*... neustále si referujeme o pacientech, ... dáváme si vědět, ... jsme v neustále v kontaktu, předáváme si informace, ... mluvíme o těch lidech pořád.*“

Metodická podpora týmu při práci s pacientem

Respondenti se shodují, že z jejich přítomnosti v týmu může profitovat pacient i v případě, že se s ním psycholog nepracuje přímo. Jejich zapojení do péče o pacienta probíhá také formou podpory týmu, jak s konkrétními pacienty pracovat, hovořit o pacientech v širším kontextu, zkoušet hledat cesty, jak péči zlepšit. R5: „*Nabízí pochopení pacientova prožívání, pokud je to potřeba v nějakých například i vyhrocených situacích, kdy je pacient agresivní, nechce spolupracovat,*“

Pro dobré fungování metodické podpory je podle respondentů důležité velmi dobře komunikovat a dostatečně vysvětlovat psychologické aspekty péče, vysvětlovat v čem, je pohled psychologa užitečný. A také se samozřejmě snažit nahlédnout na pacienta z perspektivy ostatních členů týmu. R1: „*V tom je to pořád o nějaké práci a vysvětlování toho, co člověk dělá...*“ R2: „*Mezi zdravotní a psychosociální částí týmu, je to o nějaké nesdělitelnosti té náplně specifické práce.*“ R6 například popisuje spolupráci u pacienta se sestrami v týmu: „*... a to jsme si nerozuměly, co která a proč dělá.*“

Individuální podpora týmu

Většina respondentů se shodla, že součástí jejich práce ji také individuální podpora členů týmu. V některých případech je to jasně deklarovaná nabídka a výzva, aby psychologa v týmu využili pro sebe, ať při řešení problémů pracovních, tak osobních. V dalších případech je to nedeklarovaná možnost, které ostatní členové týmu přirozeně podle svých potřeb využívají. Psycholog v takových případech pomáhá například se zpracováním zážitku, pomáhá zpracovat emoce plynoucí z náročné péče o pacienty, pocity viny, pracuje na prevenci syndromu vyhoření, duševní hygieně a sebepěči.

R5 popisuje, že to bývá „*takové impulzivní nebo přirozené, ... na oddělení se děje něco náročného, umírá mladý člověk, umírá matka od dětí, nebo je to náročné zatěžující emočně, tak se mnou mluví, můžou o tom mluvit... Bývá to neformální možnost, můžou ventilovat...*“ R8 doplňuje, že se taková podpora často odehrává v autě, cestou k pacientovi, kdy sestra psychologa osloví a rozhovoří se o svých problémech.

V žádném případě se nejedná o supervize v pravém slova smyslu. Supervize vždy zajišťuje externí pracovník.

Překryvy v péči o pacienta

Všichni respondenti připouští, že v některých oblastech péče o pacienta se překrývají s dalšími členy týmu. R1: „*Psychosociální podporu poskytujeme všichni, každý jiným způsobem.*“

Nejčastěji základní psychosociální podporu poskytuje zdravotní sestra, která je v kontaktu s pacientem a jeho rodinou nejvíce. Respondenti hovoří o tom, že v paliativních týmech pracují zkušené sestry, odborně i osobně zralé, s velkou mírou empatie. Podle R3 je rizikem přetíženost zdravotních sester, jejich vyhoření, protože na sebe berou více úkolů, než je nutné. To se pak může přenést do potřeby individuální práce s psychologem.

Dalším členem týmu, který poskytuje základní psychosociální podporu, jsou sociální pracovníci. Ti pracují především na ošetření sociálních potřeb pacienta, na s tím spojené administrativě. V průběhu jejich rozhovorů také dochází ke sdílení problémů rodiny. R3: „*Dojde k nějakému většímu sdílení a provázení, což se nevyklučuje, počítáme s tím, potom je třeba víc komunikovat, předávat si informace.*“

R5 doplňuje, že „*všichni jsme zastupitelní, pokud máme čas a lidský zájem, který je nejdůležitější.*“ A dodává, že dá také pacientovi napít a „*aby nás tam nebyla spousta, tak ho nemám ho problém otírat nebo ho základně obsloužit.*“

Některé hospice spolupracují také s duchovními nebo pastoračními asistenty. V těchto případech ale respondenti nehovoří o překryvu práce ale o spolupráci a vzájemném doplňování.

Jedinečnost práce psychologa

Psycholog vnáší do péče o pacienta svou odbornost, zaměření na konkrétní priority, přináší do týmu jiný úhel pohledu na péči o pacienta. Čas psychologa je vyhrazený pouze na

psychické aspekty pacientů v terminálním stavu. Psycholog nedělí svou pozornost na více činností jako je to u ostatních členů týmů - zdravotní sestra primárně řeší somatické problémy pacienta, sociální pracovník se primárně věnuje sociálním potřebám pacienta, jejich psychosociální podpora je doplňková k jejich hlavní profesi.

S profesní hranicí pracuje v podobném duchu R8, když uvádí, že je „*katalyzátor pro rodiny*“, kdy si na sebe bere vše, co nejsou ochotní nebo schopní opracovat ostatní. Otevírá témata, která jsou důležitá pro pacienta, ale pro ostatní mohou být těžká. Zdůrazňuje, že například sociální pracovníce potřebuje „*dělat i jiný věci, ona potřebuje s nima mít dobrou vztah, aby na ni nebyl naštvanej nikdo z té rodiny.*“

Psycholog přináší do péče díky své odbornosti nadhled, pohled z jiného úhlu, odstup, psychologické uvažování. R4: „*Psycholog vnáší, co ostatní vidět nemůžou.*“ Podle R5 psycholog pacientovi nabízí „*zpracovat věci ne úplně laickým způsobem, zároveň tam nebyť expert na jeho život.*“ R1 vyjmenovává, že se také jedná o „*odolnost nebo ochotu pracovat s výraznými nebo se silnými emocemi, specifické způsoby komunikace, ...s lidma s kognitivním omezením nebo šířeji psychoterapeutická komunikace.*“ R6 uvádí: „*Mám jinou toleranci k chlácholní. Vnáším to, že se nebojím toho, že bude někdo plakat, nemám snahu, že emoce hned tišit, někdy sestřičky mají tendenci rychle chlácholit. Mám trpělivost k tomu, že věci nehnou rychle, ten proces nějak běží.*“

Dalším prvkem, který psycholog vnáší je diagnostický pohled, i když se nejedná o klinickou psychodiagnostiku. Jedná se o rozpoznání osobnostních dispozic pacienta a doporučení, jak s ním efektivně pracovat, o odhalování vzorců fungování rodiny, které mohou být bariérou v péči o pacienty. R3: „*Dokážu posoudit vliv výbavy pacienta nebo příbuzného v rámci zpracovávání traumat nebo nových životních situací, kdy dokážu navrhnout, jestli je možné s pacientem nebo příbuzným víc pracovat, nebo jestli je potřeba přizpůsobit způsob práce, tak abychom se co nejmíň nějak třeli, v tom smyslu, abychom překonávali překážky co nejlepším způsobem.*“ R7: „*... rozlišení těch zdravých nebo patologických procesů nesouvisejících s tím somatickým nebo neurologickým onemocněním.*“

Psycholog funguje také jako mediátor mezi pacientem a dalšími členy paliativního týmu, nebo rodinou, zprostředkovává komunikaci mezi všemi aktéry paliativní péče. R5: „*Není to jen nemoc, ale také chování personálu v předchozím zdravotnickém zařízení, co je traumatizuje. V těchto případech je péče psychologa nezastupitelná.*“

Práce s dobrovolníky

Do paliativních týmů jsou někdy zapojeni i dobrovolníci. Míra spolupráce s dobrovolníky ze strany psychologů je různá. Někteří respondenti uvedli, že v týmu dobrovolníky mají, ale spolupracují s nimi na kolegiální úrovni, to znamená, že jim neposkytují supervize nebo jakoukoli podporu. V jiných týmech naopak psycholog pracuje s dobrovolníky v roli supervizora nebo mentora.

8.4 Témata spojená s psychologem

Vzdělávání

Všichni respondenti vnímají jako podstatnou součást své profesní dráhy celoživotní vzdělávání. Vzdělávání vnímají jako svou potřebu bez ohledu na dosavadní zkušenosti nebo délku praxe, zmiňují také absenci programů pro psychology a psychoterapeuty pracující s umírajícími.

Někteří respondenti vyjadřovali potřebu vzdělávání v obecné rovině R5: „*Chybí mi nabídka seminářů paliativní psychologické péče.*“

Jiní respondenti mají jasnou představu témat a kurzů, které by chtěli absolvovat od práce s traumatem, přes další koncepty truchlení kromě Kübler-Ross (R4), komplexní krizovou intervenci (R4), rodinné konference, až po psychedeliky asistovanou psychoterapii (R1).

Respondenti vítají také vzdělávání formou praxí, snaží se absolvovat stáže na jiných pracovištích.

Kromě potřeby sebevzdělání respondenti také zmiňovali téma společných aktivit, společného vzdělávání, společné podpory, které jim v současnosti chybí, které jsou obvyklé u lékařů nebo zdravotních sester v paliativní péči. R1: „*Většinou si myslím, že psychologové pracují v hospicích sami, nemají profesní podporu, vzhledem k tomu, že se to neděje, že by se psychologové tak scházeli, tak si myslím, že ostatní skupiny se scházejí, jsou na tom líp vpředu před náma.*“ R8 uvažuje, že by bylo dobré, aby vznikla a fungovala asociace hospicových psychologů, která by zaštiťovala „*intervize, supervize, jen pro hospicový psychology, byly by tam jen lidi se stejnými problémama, jako mám já, to by bylo dobré.*“

Cíle a sebereflexe

Důležitou součástí práce respondentů je reflektování jejich vlastní práce, vnímání naplnění a spokojenosti. Někteří respondenti uvádí, že jejich osobní cíle jsou v souladu s cíli celého paliativního týmu, s filozofií péče o klienta, aby byly ošetřeny základní potřeby pacienta, aby odcházel smířený. V případě domácí hospicové péče, to znamená, aby mohl pacient zůstat do konce života doma. Někteří respondenti si kladou také své individuální cíle. R8: *„Mám svůj jeden vnitřní cíl, nevytvořit tam blbou atmosféru.“* Některé cíle se nemusí týkat pouze pacientů. R2 uvádí, že mezi cíle jejího snažení je, aby *„zdravotní sestry myslely v první řadě na sebe, a když ne v první aspoň ve stejný.“*

Svou práci pokládají respondenti za zcela naplňující. V kontextu setkání s umírajícím člověkem vyjadřují respondenti respekt k zásadnímu momentem lidského života. R5: *„Moje zkušenost je stále dost malá, stále se něčemu učím od kolegů a především od pacientů.“* R1: *„... cítím to, že je to osobní a profesní odměna, ...příležitost být s lidma, který jsou v týhle situaci, ...učit se od nich.“* R7: *„Jsem na začátku cesty, ...udrží mě to v přesvědčení, co já vůbec vím a jak to na světě vlastně je, spíš si nejsem jistá...“*

R3 uvádí svou úvahu o možné budoucí volbě mezi aktuálními zaměstnáními: *„Určitě ta hospicová práce je pro mě natolik zajímavá, že bych šel vyjednávat o vyšším úvazku.“* R7 dodává: *„mě ta práce naprosto naplňuje, uspokojuje, jsem u zásadních životních otázek.“*

Práce s vlastními limity a sebepéče

Z rozhovorů s respondenty vyplývá, že si jasně uvědomují, že nesmí zapomínat sami na sebe, na své osobnostní nastavení, na svou osobní kapacitu, na své osobní hranice, protože práce s terminálně nemocnými pacienty a tematika smrti jsou psychicky velmi náročné a vyčerpávající témata. Opakované ověřování vlastních hranic je pro respondenty důležité, aby si zachovali své duševní a fyzické zdraví. Velmi zatěžující jsou situace, kdy se respondent vyrovnává se smrtí ve svém blízkém okolí, nebo se do péče týmu dostává dítě stejného věku, jako má on sám. R2: *„Nejít do toho za každou cenu, že musím každému pomoci a každého opečovat.“* R9: *„Zrovna poslední měsíc narazila na určité osobní limity, ... vím, že se o sebe potřebuju postarat.“* R7: *„Už od doby studií, druhou nohou se snažím být jinde, z psychohygienických důvodů.“*

Respondenti uvádějí, že při práci s vlastními limity je důležité nezapomínat, zda se nepřenáší pracovní zátěž také na členy vlastní rodiny. R3 se zamýšlí, že by bylo dobré *„do*

péče o zaměstnance zahrnout významným způsobem i péči o ty nejbližší, i děti vnímají naši energii.“ R2: „Znát se, sebezpoznat se, co se se mnou děje, jak moc si tu práci nosím domů nebo nenosím.“

8.5 Doplnující téma zachycené analýzou – covid-19

Společné téma, které se objevilo téměř ve všech rozhovorech, byl dopad epidemie covid-19 do práce paliativních týmů. R6: *„Letos ten rok byl jinej.“* Někteří respondenti uvádí, že se velmi omezily týmové porady. R9: *„Když pomínu covid, v obou hospicích chodím na týmové setkání.“* Případně se porady přesunuly do online prostředí. R2: *„Vyzkoušeli jsme to, naučili jsme se to a můžou se připojit i lidi, kteří na ten tým nemůžou přijet. Svoje benefity to má, pro moji práci je to velmi omezující.“* R5: *„Než udeřilo covidové období, měli jsme 1 x týdně na oddělení tým, ...ted' je to takové živelné, co je potřeba, to se řeší.“*

Práce s pacienty, respektive klienty se částečně přesunula mimo osobní setkání. R4: *„Nabízíme také psychologické služby po telefonu.... Není to optimální, ale funguje to.“* R7: *„Telefonický kontakt, v době covidových opatření, získává to na plnoprávnosti.“*

Do online prostředí se přesunula také setkání pozůstalých. R5: *„Ted' před Vánoci to bylo online setkání pozůstalých.“* V některých případech se tato aktivita zastavila zcela. R5: *„Loni nebylo kvůli covid, jinak jo.“*

Epidemie covid-19 také narušila další běžné plánované aktivity. R6: *„Ten covid to prostě strašně zařáznul, ta poradna běží a nemá tolik klienty.“* Dalším důsledkem je nemožnost realizovat nové plánované aktivity. R6: *„Měli jsme koncept, který se nerozjel kvůli covidu, s těmi pozůstalými.“*

Omezení dopadá také do zapojování dobrovolníků. Podle R9 je podíl dobrovolníků na péči o pacienty minimální, protože *„se snažíme, aby co nejmíň lidí přišlo do kontaktu s pacienty.“*

8.6 Model role psychologa v paliativním týmu

Témata zachycená analýzou znázorňuje model níže. Model zachycuje jednotlivé role, které psycholog v paliativním týmu vykonává. Psycholog v rámci své role pečuje o pacienta, o rodinu a blízké pacienta, pracuje s týmem a v týmu, v neposlední řadě pracuje také sám se sebou. Za péči o pacienta se neskrývá pouze rozhovor, ale řada dalších aspektů, od nabídky

psychologické péče, přes limity péče, až po odmítání psychologické péče. Péče o rodinu zahrnuje péči o další blízké osoby v individuální formě nebo ve formě setkání pozůstalých. Role týmová také zahrnuje více aspektů, zejména způsob komunikace v týmu, podporu týmu při péči o pacienta, individuální podporu týmu, ale také překryv v práci s dalšími členy týmu, respektive nenahraditelnost psychologa v týmu. Důležitou součástí práce psychologa je také sebereflexe, práce s vlastními limity a sebeběče. Aspekty jednotlivých rolí podrobně zachycuje uvedené Schéma 1.

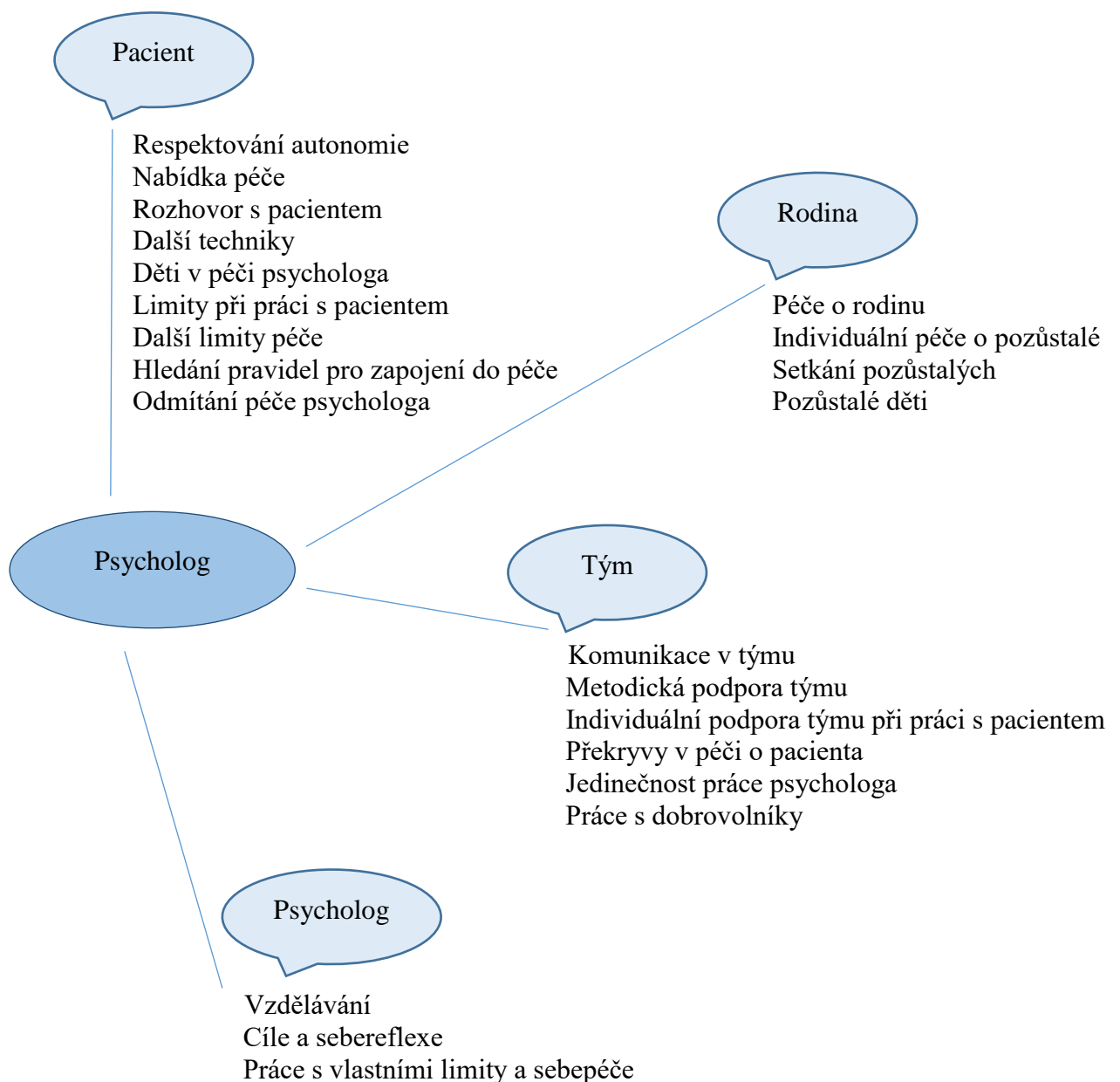


Schéma 1: Model role psychologa v paliativním týmu

9 Odpovědi na výzkumné otázky

Jaká je role psychologa v paliativním týmu?

Z rozhovorů vyplývá, že základní rolí psychologa v paliativním týmu je péče o pacienta, tedy zmírnění jeho psychických obtíží spojených s jeho aktuálním stavem. Psycholog paralelně může pečovat o psychické obtíže rodinných příslušníků nebo blízkých umírajícího pacienta. O rodinu a blízké může pečovat také po úmrtí pacienta, kdy vstupují do role pozůstalých.

Mimo této přímé péče se psycholog zapojuje do práce paliativního týmu formou metodické podpory týmu v péči o pacienty a jejich rodiny.

Psycholog v paliativních týmech vystupuje také v roli pečujícího o další členy týmu, nejčastěji intervenuje při prevenci syndromu vyhoření a pomoci při zvládnání komplikované péče. Tato role může mít formu explicitní i implicitní.

Jak dlouho pracujete v paliativním týmu?

Délka praxe respondentů zahrnutých do výzkumu se pohybovala v poměrně širokém pásmu. Nejkratší délku praxe uvedl respondent R4, konkrétně 1,5 roku, nejdelší praxi uvedl R7, celkem 15 let. Průměrná délka praxe dosahovala 6,9 let. Respondenti s delší praxí nasbírali své zkušenosti ve více paliativních týmech.

Kdo je vaším klientem?

Klientem psychologa v paliativním týmu je především pacient v terminálním stavu. Na druhém místě stojí rodinní příslušníci umírajícího pacienta, pečující osoby, osoby blízké mimo úzkou rodinu, kteří mají k pacientovi blízký vztah. Psycholog v paliativním týmu funguje také jako podpora pro své další kolegy z týmu. V neposlední řadě pracují psychologové zcela vědomě také sami se sebou.

Kdo a jak péči psychologa klientům nabízí?

Nejlepší možností je přímá osobní nabídka od psychologa, kdy může vysvětlit pacientovi a rodině, jak jim může být užitečný, na čem s nimi může pracovat. Přímá osobní nabídka je možná spíše v lůžkovém zařízení než v mobilním hospici.

Častější a typičtější možností v případě mobilních hospiců, jsou situace, kdy péči psychologa nabízí jiný člen paliativního týmu, může se jednat o lékaře, zdravotní sestru nebo

sociálního pracovníka. Nabídka zaznívá obvykle při příjmu pacienta, může zaznívat opakovaně, pokud členové týmu uznají za vhodné a užitečné péči psychologa připomenout a doporučit.

Dalším zdrojem informací o péči psychologa jsou tištěné informace na letáčích nebo v brožurách, které shrnují informace péči paliativního týmu pro pacienty a rodiny. Tyto tištěné informace dostává pacient nebo rodina také při příjmu do péče.

Jaké intervence směrem ke klientům provádíte?

Psycholog pracuje primárně formu rozhovoru, ve kterém pracuje na emocích, na jejich ventilaci, normalizaci, pracuje na zlepšení komunikace, zlepšení vztahů, provádí krizovou intervenci, pomáhá otevírat a řešit těžké otázky spojené se závěrem života, sdílí, podporuje a doprovází.

Psycholog používá další techniky, které jsou pro pacienta v závislosti na jeho stavu užitečné. Jedná se o relaxaci, imaginaci, meditaci, práci se sny, muzikoterapii nebo hypnoterapii.

S kým se ve své práci v paliativním týmu překrýváte?

Všichni respondenti odpověděli, že k překryvu v péči o pacienty dochází, zejména v poskytnutí základní psychosociální podpory. Nejčastěji tuto podporu zajišťují zdravotní sestry, případně sociální pracovníci. Důvodem je častější kontakt s pacienty a jejich rodinami, než má psycholog.

V čem je vaše práce psychologa v paliativním týmu jedinečná?

Psycholog díky své odbornosti přináší zcela jiný úhel pohledu na péči, který umožňuje identifikovat a odstraňovat překážky v péči o pacienta. Psycholog pracuje se silnými emocemi, má nástroje pro navázání kontaktu a komunikaci s pacienty s kognitivním omezením nebo s narušeným vědomím. Psycholog přináší možnost diagnostické rozvahy, která může ulehčit a posunout péči o pacienta. Psycholog také působí jako mediátor mezi pacientem, rodinou a paliativním týmem.

Jedinečnost spočívá také v soustředěném času, který věnuje výhradně pacientovi. Pro psychologa je řešení psychologických aspektů hlavní náplň práce. Psycholog neřeší somatické ani sociální problémy pacienta, jako jeho kolegové z týmu, a k tomu doplňkově pracují na psychosociální podpoře.

Jaké cíle si stanovujete ve své práci?

Cíle psychologů jsou plně v souladu s filozofií paliativní péče, tedy být užiteční pro pacienta a jeho rodinu, přispět k dobrému umírání, reagovat na symptomy spojené s umíráním, konkrétně zmírnit strádání vyplývající z terminálního onemocnění. Vedle těchto obecných cílů si kladou psychologové také osobní cíle, například být podporou pro tým, aby nedocházelo k syndromu vyhoření.

Jaké je další možné zapojení psychologa do paliativním týmu?

Podle respondentů existují dvě možnosti dalšího zapojení psychologa do péče. První možností je kvantitativní hledisko, to znamená, že respondenti vnímají, že by bylo možné psychologa využívat v péči častěji. Pokud například psycholog s malým úvazkem 0,2 pracuje pouze v pondělí, další dny zůstávají péčí psychologa nepokryté. Druhé hledisko je kvalitativní, to znamená, že psychologové vnímají možnost zapojit do své práce další techniky (relaxace apod.) a aktivity (například rodinné konference). Další možností je rozšíření péče o dětské pacienty. Jako důležitou možnost vnímají také zapojení do osvětové činnosti pro veřejnost, například programy pro školy, přednášky apod.

10 Diskuse

Magisterská práce byla zaměřena na roli psychologa v paliativním týmu. Cílem bylo zkoumat, co tuto roli tvoří a naplňuje. Dílčími cíli bylo zjistit, s kým psycholog pracuje, kdo je jeho klientem, jakým způsobem s klienty pracuje, v čem je jeho práce jedinečná, zda se jeho práce překrývá s prací jiných členů paliativního týmu.

Kvalitativní výzkum byl realizován se záměrem hlouběji prozkoumat danou problematiku. Data byla analyzována metodou tematické analýzy. Výzkumu se zúčastnilo celkem devět respondentů, dva muži a sedm žen, se všemi byl veden polostrukturovaný rozhovor. Všichni respondenti reagovali velice ochotně a otevřeně, zodpověděli všechny otázky. Žádný z respondentů z výzkumu nevystoupil.

Výzkum limitovalo několik faktorů. Respondenti byli oslovení formou záměrného výběru, předem stanovaná kritéria pro výběr se podařilo dodržet. Nicméně byly vedeny tři další rozhovory, během kterých se ukázalo, že respondent nemá vzdělání v jednooborové psychologii. Tyto rozhovory byly z analýzy vyřazeny. Limitujícím faktorem může být regionální disproporce, paliativní týmy, ve kterých respondenti pracují, nepokrývají celou Českou republiku.

Dalším limitujícím faktorem je skutečnost, že výzkum probíhal v době, kdy na zdravotnická zařízení dopadala epidemie covid-19 a z tohoto důvodu nebyly osloveny paliativní týmy v nemocnicích. Nemocniční paliativní tým reprezentuje ve výběrovém souboru pouze jeden respondent. Je možné, že další sběr dat a zařazení více zástupců nemocničních paliativních týmu do výzkumného souboru by mohl přinést další informace, další kódy a témata. Není možné konstatovat, že byla saturována data.

Limitujícím faktorem výzkumu je také možné zkreslení analýzy získaných dat prostřednictvím dalších studií, který se zabývají podobnou tematikou. Aby byl tento limitující faktor eliminován, data byla zkoumána opakovaně, proběhlo opakované kódování a opakovaná revize témat. V rámci tematické analýzy byl také využit induktivní přístup, kódy a témata byly vytvářeny na základě kódovacího rámce vycházejícího ze samotných dat. Samotné kódování provedl jen jeden člověk, s jednou odborností, což může být také považováno za limitující faktor. Pokud by získaná data kodovalo více osob s rozdílnými odbornostmi, je možné, že by výsledek analýzy nabídnul více pohledů a témat.

Všichni respondenti jasně vymezili svou aktuální roli v paliativním týmu. Lze říci, že psychologové znají a využívají svoje schopnosti a dovednosti pro zlepšení situace pacienta a podporu jeho rodiny. Jednoznačným apelem je pro všechny respondenty zachování autonomie pacienta. Autonomie pacienta je nepřekročitelná.

Model, který roli psychologa popisuje, není univerzálně platný v celé své šíři. Univerzálně platí ve třech oblastech: v péči o terminálně nemocného pacienta, v podpoře pečující rodiny a v metodické podpoře paliativního týmu v péči o pacienta. V dalších oblastech je role psychologa variabilní, zejména v individuální podpoře týmu, péči o dobrovolníky. Na variabilitu zmíněných dalších oblastí mají vliv individuální rozdíly paliativních týmu, především jejich velikost související s velikostí organizace. Platí nepřímá úměra, čím je větší paliativní tým a jeho kapacita, tím méně se psycholog věnuje individuální péči o kolegy v týmu. Variabilita role také závisí na výši úvazku psychologa v paliativním týmu. Úvazky jsou velmi nízké a každý psycholog a paliativní tým se snaží tento čas využít podle svých potřeb.

Až na jednu výjimku chybí formalizované ukotvení role psychologa v paliativním týmu. Respondenti uvádí, že překážkou formalizace je mimo jiné rychlost a nepředvídatelnost změn stavu pacienta. Domnívám se, že formalizace by přinesla pevnější ukotvení role psychologa do paliativního týmu, napomohla by k objasnění nabídky toho, co psycholog pacientovi, rodině i týmu může přinést, v čem může být užitečný.

O potencionálně nízkém porozumění užitečnosti psychologa v paliativním týmu svědčí skutečnost, že respondenti jsou si vědomi, že pokud vysvětlí svou nabídku péče osobně, odmítnutí péče ze strany pacienta je méně časté, než v případě, že psychologovu péči nabízí někdo další z paliativního týmu. Už první setkání s pacientem, i když se může jednat o krátké představení, vede k navázání vztahu důležitého pro další práci. Současně respondenti uvádí, že na srozumitelné nabídce péče psychologa skutečně velmi záleží. Z rozhovorů vyplynulo, že respondenti si nejsou jistí, jak jejich péči nabízí ostatní členové týmu. Pokud nemohou svou péči nabídnout sami, snaží se vysvětlovat týmu, v čem je jeho užitečnost. Limitujícím faktorem v tomto procesu vysvětlování může být opět nízký úvazek psychologa.

Respondenti hovoří o jisté míře neporozumění roli psychologa také v práci v rámci týmu, zmiňují že, zdravotní a psychosociální složka paliativního týmu hovoří jiným jazykem. Toto neporozumění může vytvářet bariéru ve spolupráci a míře zapojení

psychologa do týmu. Psycholog někdy nerozumí a nepotřebuje rozumět úkonům dalších členů týmu a stejně tak ostatní členové týmu nerozumí a někdy nepotřebují rozumět, co a proč dělá s pacientem psycholog.

Zmiňované neporozumění není chápáno jako výtka pro další členy týmu, protože oni jsou odborníci ve své oblasti. Jedná se spíše podnět pro psychology, aby svůj přínos a užitečnost více zviditelňovali a trpělivě vysvětlovali. V teoretické části práce je uvedena citace shrnující váhu důležitosti psychologických, spirituálních témat a tělesných symptomů u terminálně nemocného pacienta, psychické a fyzické problémy mají minimálně stejnou důležitost. Fyzické symptomy jsou více vidět, pacient umí jistě lépe dát najevo svůj fyzický dyskomfort. Proto fyzické symptomy nebývají v paliativní péči opomenuty a je jim věnována potřebná pozornost. Je otázkou, jestli pacient umí dát najevo svůj psychický dyskomfort, když to možná nedělal nikdy v životě. Přitom práce s psychickým dyskomfortem by mu mohla přinést úlevu a užitek. A je otázkou, jestli v případě výše psychologova úvazku 0,2 nebo 0,3, případně 0,5, pacientův případný psychický dyskomfort někdo rozpozná a řeší. Psycholog může při práci s pacientem a rodinou věnovat soustředěný čas pouze psychickým aspektům péče. Na rozdíl od ostatních členů týmu, tedy zdravotních sester nebo sociálních pracovníků, kteří mají za úkol primárně jiné úkony a psychosociální podpora pacienta a rodiny je pouze doplněním jejich odborné práce.

Objasnění role psychologa v paliativním týmu a jeho formalizace by mohla také zefektivnit práci v případě překryvu v psychosociální podpoře v péči, kterou respondenti zmiňují. Tento přerov v péči respondenti neodsuzují, rozumí mu, protože další členové týmu, tedy zdravotní sestra případně sociální pracovník tráví s pacientem daleko více času než psycholog. Respondenti uvažují v té souvislosti o potřebě kvalitní komunikace v týmu, aby práce byla efektivní a nebyla zbytečná, aby se jeden člen paliativního týmu nesnažil řešit tutéž věc, kterou už řešil před ním někdo jiný. Ohledně překryvu péče respondenti také zmiňují, že jsou schopni poskytnout v naprostém základu také obsluhu fyzických potřeb pacienta a v případě potřeby tuto činnost dělají. V paliativních týmech panuje podle respondentů jasný soulad v tom, že se všichni snaží pracovat ve prospěch pacienta a jeho rodiny, to je nejvyšší cíl.

Výzkumů na stejné téma nebylo v České republice provedeno mnoho. Řada prací má teoretický charakter s návrhem empirického výzkumu. Zahraničních výzkumů spojených s rolí psychologa v paliativním týmu bylo realizováno více.

Potencionálního překryvu si všímá práce Ann-Yi et al. (2018), která upozorňuje, že zapojení psychologa do paliativního týmu by nemělo vést k potlačení poskytování psychosociální podpory ostatními členy týmu. Práce podotýká, že hlavním cílem je podpora péče o pacienta. Překryv práce psychologa a členů týmu, konkrétně sociálních pracovníků, odhaluje také výzkum z roku 2020 (Bitschnau, Firth & Wasner). Tento výzkum ukazuje na vysoký podíl překryvu práce sociálních pracovníků a psychologů. Kvalitativní výzkum zaměřený na roli sociálního pracovníka v paliativním týmu provedla také Vlčková (2019), také její výzkum hovoří o překryvu mezi sociálním pracovníkem a psychologem. Obě výše zmíněné práce hovoří o překrývání práce sociálních pracovníků a psychologů. Respondenti ve výzkumu vedeném v rámci této diplomové práce hovoří především o překryvu se zdravotními sestrami. Sociální pracovníky jmenují až na druhém místě. Nicméně výzkum provedený v roce 2016 Čermákovou, která pracovala s psychologem a zdravotními sestrami, popisuje, že sestry se jednoznačně podílí na psychologické péči o pacienty. Překryvů v rolích členů paliativních týmů je možné najít více, ale pokud se s nimi dobře pracuje, mohou být ku prospěchu péče o pacienta v terminálním stádiu.

S překrýváním práce psychologa v paliativním týmu souvisí také jeho jedinečnost a případná nahraditelnost nebo zastupitelnost. V roce 2020 provedla Pecnová kvalitativní výzkum zaměřený na téma psychoterapie v paliativní péči. Pecnová uvádí, že psychoterapeuti považují zastupitelnost své práce za možnou, nicméně uvádí také, že identifikují prvky jedinečnosti své práce. Obdobným způsobem uvažují také respondenti zapojení do výzkumu v předkládané diplomové práci, i když vymezení výzkumného souboru mělo jiné parametry.

Podobně zaměřený výzkum provedl Kupec v roce 2016. Výzkum byl zacílený na motivaci terapeutů pro práci v paliativním týmu. V tomto případě byl výzkumný soubor vymezen také jiným způsobem. Výzkum mimo jiné identifikoval obdobné bariéry práce terapeutů, tedy finanční ohodnocení, přístup kolegů z paliativního týmu a bariéry, které vytváří okolí pacienta. Respondenti z výzkumu z předkládané diplomové práce také pracují s podobnými bariérami, které se ukazují v mírně jiných souvislostech. Finanční bariéra se projevuje v nízkém úvazku a bariéra na straně blízkého okolí je vnímána ze strany respondentů spíše jako obava o pacienta, se kterou ale pracují.

S ohledem na výše uvedené výzkumy Pecnové a Kupce se domnívám, že i psychoterapeut s nep psychologickým vzděláním určitě být přínosem pro pacienta i jeho rodinu.

Jeho schopnosti, dovednosti a zkušenosti se mohou v mnohém blížit a třeba převyšovat odborníka s psychologickým vzděláním. Nicméně psychologické vzdělání vnáší jinou odbornost, jiný pohled, práci s osobností, práci s pacientem v kognitivním deficitu, nabízí základní diagnostickou rozvahu pacienta, které se mohou v součtu projevit v péči o pacienta jako velmi užitečné a nenahraditelné. Volba poskytovatele paliativní péče, koho přizvat do týmu, jestli psychologa nebo psychoterapeuta, může být kromě finančních podmínek velmi závislá na dostupnosti psychologů v regionu.

Důležitost komunikace a objasňování klientům, co paliativní péče obnáší, vyzdvihují ve svém kvalitativním výzkumu Reigada, Arantzamendi & Centeno (2020). Dochází k závěru, že paliativní týmy hovoří pouze opisným jazykem, což může být jednou z bariér při pochopení toho, co paliativní péče znamená a v čem je užitečná. K obdobnému výsledku, který se týká přímo malého zapojení psychologů do paliativní péče, došel ve svém výzkumu Nydegger (2008). Výsledky výzkumu potvrzují, že důvodem je nevědomost toho, co psychologové mohou nabídnout. Tuto nevědomost zjistil u odborníků, pacientů i rodiny. Obdobný výsledek výzkumu nabídl Wray et al. (2013), který zjistil, že posílení psychologické péče v paliativním týmu přispívá pochopení přínosu psychologické péče dalšími zainteresovanými osobami, tedy pacientem, rodinou a dalšími členy paliativního týmu. Tematická analýza z roku 2016 (Sheng-Yu et al., 2016) také došla k závěru, že porozumění tomu, jak funguje psychosociální podpora a integrace odborné péče o psychickou stránku pacientů, zlepšuje kvalitu péče o pacienty.

Všichni respondenti zapojení do výzkumu akcentují důležitost a potřebu dalšího a kontinuálního vzdělávání v oblasti psychologické paliativní péče. Tento faktor diskutuje výzkum z roku 2017 (Leonard, Horsfall, Noonan & Rosenberg), který hovoří jednak o potřebě specifického školení, ale také shrnuje oblasti, kterým by se toto vzdělání mělo věnovat. Konkrétními znalostmi a dovednostmi psychologa pro efektivní práci v paliativním týmu se zabývá také práce z roku 2014 (Kasl-Godley, King & Quill). Lze konstatovat, že o všech zmíněných znalostech a dovednostech hovoří také respondenti ve svých odpovědích.

Důležitým prvkem pro všechny respondenty je respektování jejich vlastních osobních hranic a dostatečná sebez péče. Respondenti se snaží podporovat a upozorňovat na rizika psychické zátěže také své kolegy v paliativních týmech. Velkou psychickou zátěží u personálu, který poskytuje paliativní péči, a riziko jejich důsledku zaznamenala ve výzkumu

Křížová v roce 2018. O rizicích, která přináší psychická zátěž do osobního života všech členů paliativních týmů, hovoří také respondenti ve výzkumu.

Paliativní péče bude postupně implementována do dalších zařízení zdravotní a sociální péče, ve kterých pobývají lidé s potencionální potřebou paliativní péče, například do domovů pro seniory. Zcela otevřenou oblastí je dětská paliativní péče. S těmito postupnými změnami se může proměňovat také míra zapojení psychologa do paliativního týmu. Jak z důvodů kvality péče o příjemce paliativní péče, tak z důvodů ekonomické efektivity, bude mít smysl dále tuto oblast zkoumat. Nabízí se možnosti kombinace kvalitativního a kvantitativního výzkumu nebo rozšíření výzkumného souboru, ve smyslu zapojení nejen psychologů, ale také zdravotních sester, sociálních pracovníků a lékařů, případně pečujících a samotných pacientů. Zajímavý přínos by mohl mít výzkum využívající fokusních skupin, který by zahrnoval všechny členy paliativního týmu, mohl by přispět k formalizaci metodiky role psychologa do paliativní péče.

Pozitivní stránkou výzkumu byla velká ochota a zájem všech respondentů spolupracovat. Žádný z respondentů rozhovor neodmítl, všichni se snažili najít časový prostor pro rozhovor. Odpovědi všech respondentů byly velmi otevřené, upřímné a osobní.

Jako přínosnou lze hodnotit reflexi respondentů v průběhu rozhovorů, kdy uváděli, že otázky v rozhovoru jsou pro ně zamyšlením a inspirací, co dělají, co by mohli dělat jinak, co mohou navrhnout nového v rámci svých paliativních týmů. Pro některé z respondentů znamenaly rozhovory možnost zastavit se a pojmenovat věci, které jsou pro ně důležité.

Praktický přínos magisterské práce spočívá v nabídce možností, na co je třeba se zaměřit pro efektivnější zapojení psychologa do paliativního týmu, pro posílení jeho role, pro efektivnější spolupráci v rámci týmu a v konečném důsledku přispět k lepší péči o pacienta a jeho rodinu. Psychologové jsou si vědomi svých schopností, odborných znalostí a umí je využívat ve prospěch pacienta a jeho rodiny. V rovině paliativního týmu se ukazuje jako efektivnější osobní oslovení pacienta psychologem než zprostředkované někým dalším. V případě zprostředkované nabídky je důležité, aby i další členové týmu dobře rozuměli tomu, co psycholog dělá, v čem může být užitečný, a aby uměli tuto informaci dobře předat pacientovi a jeho rodině. Psychologové narážejí při své práci v paliativním týmu na několik bariér. V obecné rovině je to stigmatizace oboru ve společnosti, kdy vyhledat psychologickou péči znamená něco negativního. Další bariérou je forma nabídky jejich péče, která může být pro pacienty a rodinu velmi nesrozumitelná. Třetí bariérou jsou finanční

prostředky a možnost financování péče psychologa v paliativním týmu projevující se v nízkém úvazku. Psychologové jsou otevření zapojení se do osvěty své práce, potažmo paliativní péče, ale jsou tak trochu v začarovaném kruhu nízkého úvazku, který prioritně věnují péči o pacienta a jeho rodinu.

11 Závěr

Role psychologa zahrnuje čtyři základní témata. Prvním a nejdůležitějším je péče o terminálně nemocného pacienta. Pod tímto tématem se skrývá respekt k autonomii pacienta, forma nabídky péče psychologa, buď psychologem, nebo dalším členem paliativního týmu. Hlavní součástí role je rozhovor s pacientem, jehož cílem je reagovat na psychické obtíže pacienta a pomoci je řešit. Psycholog kromě rozhovoru používá další techniky, například relaxaci, imaginaci, muzikoterapii a další. Péče o pacienty má své limity, jak na straně pacienta, tak na straně psychologa nebo na straně pracoviště. Role psychologa není až na výjimky nijak formalizovaná a paliativní týmy spíše hledají možnosti, jak nejlépe využít odbornosti psychologa ke zlepšení péče o pacienta. Ne zcela ojedinělé jsou situace, kdy pacient péči psychologa odmítá. Samostatnou kapitolou, velmi důležitou a citlivou jsou děti v paliativní péči, v roli pacientů nebo členů rodiny, respektive pozůstalých.

Druhou podstatnou částí péče psychologa je podpora rodiny umírajícího pacienta, posléze péče o pozůstalé v individuální nebo skupinové formě.

Klíčovým momentem práce psychologa je jeho zapojení do paliativního týmu. Psycholog se zapojuje do paliativního týmu ve dvou subrolích. Psycholog v rámci komunikace s týmem a v rámci týmových porad metodicky podporuje tým v péči o terminálně nemocného pacienta a jeho rodinu. Psycholog také podporuje tým individuálně, obvykle na vyžádání jednotlivce. Tato sekundární nabídka péče o kolegy v paliativním týmu mívá formu deklarovanou nebo implicitní. Psycholog se při práci paliativního týmu často překrývá s dalšími členy týmu, především se zdravotní sestrou nebo sociálním pracovníkem. Nicméně psycholog vnáší do paliativního týmu díky své odbornosti a schopnostem jedinečnost.

Důležitou součástí práce psychologa v paliativním týmu je také nastavení vlastních hranic pro zachování vlastního duševního zdraví, sebeděče jako prevence syndromu vyhoření.

Kromě finančních limitů péče psychologa, které se projevují v nízkých úvazcích, na které psychologové pracují, se objevily další bariéry pro jejich zapojení do paliativních týmů. Psychologové se setkávají s averzí ke svému oboru u pacientů i jejich rodin, dále se setkávají s nepochopením své práce v rámci týmu. Psychologové jsou si těchto bariér

vědomi a snaží se s nimi pracovat. Je důležité vysvětlovat svůj přínos a užitek do péče o pacienty, jak pacientům, tak kolegům v týmu.

Otevřená otázka zůstává v tom, zda každý poskytovatel paliativní péče musí zaměstnat psychologa nebo psychoterapeuta bez psychologického vzdělání. Odpověď musí najít každý poskytovatel sám, podle toho, zda potřebuje naplňovat standardy péče kvůli zdravotním pojišťovnám, zda má dostatek finančních prostředků a jak je volná kapacita psychologů v jejich regionu.

Souhrn

Magisterská diplomová práce se zaměřuje na roli psychologa v paliativním týmu.

Teoretická část magisterské práce je rozdělena do pěti kapitol. První kapitola popisuje a vymezuje paliativní péči. Jednotlivé subkapitoly jsou věnovány novodobé historii paliativní péče ve světě, vývoji paliativní péče v České republice, poslední subkapitola nastiňuje etické aspekty paliativní péče, věnuje se rozlišení eutanazie a dystanazie.

Druhá kapitola hovoří o jednotlivých formách paliativní péče, tedy kde a kým je pacientům v terminálním stavu, respektive jejich blízkým, paliativní péče poskytována. V kapitole je specifikováno, s jakou péčí je možné se setkat v domácím prostředí, s jakou v lůžkovém zdravotnickém zařízení, ať se jedná o nemocnici nebo lůžkový hospic, a s jakou v ambulancích paliativní medicíny. Kapitola zahrnuje také informace o aktuální dostupnosti paliativní péče v jednotlivých formách, o limitech paliativní péče, o jejích perspektivách a potřebnosti. Budoucí perspektivy ilustruje také širší kontext paliativní péče v rámci Evropy a WHO.

Třetí kapitola charakterizuje multidisciplinární tým jako poskytovatele paliativní péče. Jednotlivé subkapitoly popisují jednotlivé členy paliativního týmu a jejich zapojení do paliativního týmu. Konkrétně se jedná o lékaře, zdravotní sestry, sociální pracovníky, pečující rodinu, duchovní a dobrovolníky

Čtvrtá kapitola se podrobněji zabývá psychologem, jeho základním odborným vzděláním a možnostmi dalšího vzdělávání v oblasti paliativní péče. Kapitola se také dotýká ukotvení psychologické a psychoterapeutické péče v České republice. Poslední část kapitoly shrnuje psychologické aspekty paliativní péče, tedy tu část, kterou by měl naplnit psycholog.

Závěrečná kapitola teoretické části představuje přehled vybraných zahraničních a domácích výzkumů, které se zabývají psychologickými aspekty paliativní péče, zapojením psychologa do paliativního týmu. Jejich výsledky hovoří o různých aspektech spojených se zapojením psychologa do paliativního týmu.

Cílem výzkumu bylo nalézt odpověď na otázku, jaká je role psychologa v paliativním týmu. Výběrový soubor se skládal z devíti respondentů, psychologů aktuálně pracujících v paliativním týmu. Data byla získána formou polostrukturovaných rozhovorů a analyzována metodou tematické analýzy. Tematická analýza odhalila řadu témat prolínajících se rolí psychologa v paliativním týmu, na základě analýzy byl sestaven model

této role. Psychologové se v rámci paliativních týmů věnují péči o pacienty, v druhém řádu péči o rodinné příslušníky a blízké pacientů. Jejich rolí je také metodická podpora paliativních týmů při péči o pacienta. V některých paliativních týmech pečuje psycholog také individuálně o další členy týmu, je k dispozici zdravotním sestřám, sociálním pracovníkům nebo dobrovolníkům. V některých týmech tuto péči neposkytuje.

Hlavní přínos magisterské práce spočívá v identifikaci momentů, kdy lze posílit roli psychologa v paliativním týmu a identifikaci způsobů, jak jeho roli posílit. Velkou bariérou je limitované zapojení psychologů do paliativních týmu formou nízkých pracovních úvazků. Čas vymezený nízkým úvazkem věnují psychologové péči o pacienty a jejich rodiny a nemají prostor pro advokacii své práce v rámci týmu, před pacienty, dalšími členy týmu, případně před širší veřejností.

Seznam použitých zdrojů a literatury

- Amery, J. (2017). *Praktický průvodce dětskou paliativní péčí*. Praha: Cesta domů
- Angenendt, G., Schütze-Kreilkamp, U. & Tschuschke, V. (2010). *Psychoonkologie v praxi*. Praha: Portál
- Ann-Yi, S., Bruera, E., Wu, J., Liu, D. D., Agosta, M., Williams, J. L., Balankari, V. R., Carmack, C. L. (2018). Characteristics and Outcomes of Psychology Referrals in Palliative Care Department. *Journal of Pain and Symptom Management*, 56(3). doi: 10.1016/j.jpainsymman.2018.05.022
- Asociace klinických psychologů. (nedat.). *Stanovy*. Získáno 19. ledna 2021 z <https://www.akpcr.cz/home/p%C5%99edpisy/stanovy>
- Asociace poradců pro pozůstalé. (nedat.). *Kurzy*. Získáno 21. ledna 2021 z <http://poradci-pro-pozustale.cz/kurzy/>
- Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče. (2016). *Standardy hospicové paliativní péče*. Získáno 27. prosince 2017 z <http://www.asociacehospicu.cz/standardy-hospicove-paliativni-pece>
- Best, M., Leget, C., Goodhead, A. & Paal, P. (2020). EAPC white paper on multi-disciplinary education for spiritual care in palliative care. *BMC Palliative Care*, 19(9). doi:10.1186/s12904-019-0508-4
- Bitschnau, K. W., Firth, P. & Wasner, M. (2020). Social work in hospice and palliative care in Europe: Findings from an EAPC survey. *Palliative and Supportive Care*, 1–8. doi:10.1017/S1478951520000279
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
- Bužgová, R., Sikorová, L., a kol. (2019). *Dětská paliativní péče*. Praha: Grada
- Centrum paliativní péče. (nedat.). *Úvod*. Získáno 5. ledna 2018 z <https://paliativnicentrum.cz/cs>
- Centrum paliativní péče. (nedat.). *Vzdělávání*. Získáno 21. ledna 2021 z paliativnicentrum.cz/vzdelavani
- Cesta domů. (2011). *Smrt a péče o umírající*. Získáno 11. listopadu 2017 z <http://www.umirani.cz/sites/default/files/custom-files/cesta-domu-zprava-umirani-a-pece-o-nevylecitelne-nemocne-2011.pdf>
- Cesta domů. (2013). *Umírání a péče o nevléčitelně nemocné II*. Získáno 11. listopadu 2017 z <http://www.umirani.cz/sites/default/files/custom-files/cesta-domu-zprava-umirani-a-pece-o-nevylecitelne-nemocne-2013.pdf>
- Cesta domů. (2015). *Dříve vyslovená přání*. Získáno 11. listopadu 2017 z <http://www.umirani.cz/sites/default/files/custom-files/cesta-domu-zprava-umirani-a-pece-o-nevylecitelne-nemocne-2015.pdf>
- Cesta domů. (nedat.). *Adresář služeb*. Získáno 10. ledna 2021 z <http://www.umirani.cz/adresar-sluzeb#8/49.883/15.491>

- Čermáková, B. (2016). *Emocionální, sociální a spirituální potřeby v kontextu domácí hospicové péče*. (Nepublikovaná bakalářská práce). Univerzita Palackého v Olomouci.
- Černá, T. (2020). *Role psychologa v péči o terminálně nemocné pacienty*. (Nepublikovaná bakalářská práce). Univerzita Karlova v Praze
- Česká společnost paliativní medicíny. (2013). *Standardy paliativní péče*. Získáno 27. prosince 2017 z https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/11/standardy-pp_cspm_2013_def.pdf
- Česká společnost paliativní medicíny. (2016). *Společná tisková zpráva České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP a Fóra mobilních hospiců*. Získáno 20. prosince 2017 z https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2017/11/2017_tiskova_zprava.pdf
- Česká společnost paliativní medicíny. (nedat.). *Vize a cíle*. Získáno 27. prosince 2017 z <https://www.paliativnimedicina.cz/cspm/vize-a-cile-2/>
- Česká společnost paliativní medicíny. (nedat.). *Kurzy a konference*. Získáno 10. ledna 2021 z <https://vzdelavani.paliativnimedicina.cz/#kurzy-a-konference>
- Česká asociace pro psychoterapii. (2014). *Základní kvalifikační požadavky pro členství*. Získáno 10. ledna 2021 z <https://czap.cz/o-nas/clenstvi-v-cap/47-o-nas/clenstvi-v-cap/16-radne-clenstvi>
- Česká psychoterapeutická společnost ČLS JEP. (2017). *Informace pro pacienty*. Získáno 20. ledna 2021 z <http://www.psychoterapeuti.cz/spolecnost-cpts/aktuality/25-informace-pro-pacienty-zajemce-o-lecbu-psychologickymi-prostredky-zajemce-o-psychoterapii-2>
- Česká společnost paliativní medicíny. (2019). *Standardy mobilní specializované paliativní péče*. Získáno 10. ledna 2021 z <http://www.paliativnimedicina.cz/category/stanoviska-cspm/>
- Česká společnost paliativní medicíny. (2020). *Záměr rozvoje paliativní péče v Praze 2020-2025*. Získáno 10. ledna 2021 z <https://www.paliativnimedicina.cz/tag/analyza/>
- Českomoravská psychologická společnost. (nedat.). *O nás*. Získáno 21. ledna 2021 z <https://cmpsy.cz/?page=onas>
- Český statistický úřad. (2020). *Statistická ročenka České republiky 2019*. Získáno 20. ledna 2021 z <https://www.czso.cz/csu/czso/statisticka-rocenka-ceske-republiky-2019>
- Etkind, S. N., Bone, A. E., Gomes, B. et al. (2017). How many people will need palliative care in 2040? Past trends, future projections and implications for services. *BMC Med* 15(102). doi:10.1186/s12916-017-0860-2
- European Association for Palliative Care. (nedat.). *Strategic objectives*. Získáno 10. ledna 2021 z <https://www.eapcnet.eu/about-us/what-we-do/>
- European Association for Palliative Care. (nedat.). *What is Spiritual Care*. Získáno 10. ledna 2021 z <https://www.eapcnet.eu/eapc-groups/reference/spiritual-care/> What is Spiritual Care?
- Fereday, J., Muir-Cochrane, E. (2006). Demonstrating Rigor Using Thematic Analysis: A Hybrid Approach of Inductive and Deductive Coding and Theme Development. *International Journal of Qualitative Methods* 5(1). doi:10.1177/160940690600500107

- Ferjenčík, J. 2010. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha: Portál
- Fórum mobilních hospiců. (nedat.). *Co děláme*. Získáno 5. ledna 2018 z <https://www.mobilnihospice.cz/co-delame/>
- Gawande, A. (2016). *Nežijeme věčně*. Praha: Dokořán
- Griffith, J. L. & Norris, L. (2012). Distinguishing spiritual, psychological, and psychiatric issues in palliative care: Their overlap and differences. *Progress in Palliative Care*, 20(2), 79-85, doi: 10.1179/1743291X12Y.0000000007
- Haškovcová, H. (2000). *Thanatologie*. Praha: Galén
- Havlenová, Z. (2012). *Hospicová péče v českých zemích*. (Nepublikovaná diplomová práce). Univerzita Palackého v Olomouci
- Hendl, J. (2016). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál
- Hrdá, K., Tollarová, B. & Lejsal, M. (2018). *Průvodce poskytováním paliativní péče v pobytových sociálních službách pro seniory*. Získáno 11. ledna 2021 z https://www.sue-ryder.cz/www/files/ckfiles/file/PPPP_A4.pdf
- Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví. (nedat.). *Jak získat specializovanou způsobilost*. Získáno 28. prosince 2017 z <https://www.ipvz.cz/lekari-zubni-lekari-farmaceuti/ziskavani-specializace/jak-ziskat-specializovanou-zpusobilost>
- Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví. (nedat.). *Vzdělávací programy*. Získáno 9. ledna 2021 z <https://www.ipvz.cz/o-ipvz/kontakty/pedagogicka-pracoviste/klinicka-psychologie/vzdelavaci-programy>
- International children's palliative care network. (nedat.). *The ICPCN's mission*. Získáno 12. ledna 2021 z <https://www.icpcn.org/>
- Išpoldová, J. (2015). *Paliativní péče v léčebnách dlouhodobě nemocných z pohledu pomáhajících profesí*. (Nepublikovaná bakalářská práce). Univerzita Tomáše Bati Zlín
- Janáčková, L. & Weiss, P. (2008). *Komunikace ve zdravotnické praxi*. Praha: Portál
- Janda, T. (2019). *Role psychologa v péči o dětské a dospívající onkologické pacienty*. (Nepublikovaná bakalářská práce). Univerzita Karlova v Praze
- Jandourek, J. (2008). *Průvodce sociologií*. Praha: Grada
- Kabelka, L. (2018). *Geriatrická paliativní péče a komunikace o nemoci*. Praha: Mladá fronta
- Kabelka, L., Sláma, O. & Loučka, M. (2016). *Paliativní péče v České republice. Situační analýza*. ČSPM ČLS JEP. Získáno 20. ledna 2021 z <https://www.paliativnimedicina.cz/paliativni-pece-v-cr-2016-situacni-analyza/>
- Kalvach, Z. (2010). *Manuál paliativní péče o umírající pacienty*. Praha: Cesta domů
- Kasl-Godley, J. E., King, D. A., Quill, T. E. (2014). Opportunities for Psychologists in Palliative Care. *American Psychologist*, 69(4), 364-376. doi:10.1037/a0036735
- Křížová, P. (2018). *Psychická zátěž personálu při poskytování paliativní péče*. (Nepublikovaná bakalářská práce). Masarykova univerzita Brno

- Kupec, A. (2016). *Motivace terapeuta k práci v paliativní péči*. (Nepublikovaná diplomová práce). Masarykova univerzita Brno
- Kupka, M. (2014). *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada
- Leonard, R., Horsfall, D., Noonan, K., Rosenberg, J. (2017). Identity and the End of Life Story: A Role for Psychologists. *Australian Psychologist*, 52(17), 346–353 doi:10.1111/ap.12270
- Maslow, A. (2014). *O psychologii bytí*. Praha: Portál
- Ministerstvo zdravotnictví České republiky. (2018). *Podpora paliativní péče – Zvýšení dostupnosti domácí specializované paliativní péče*. Získáno 10. ledna 2021 z <https://www.mzcr.cz/informace-o-projektu-podpora-paliativni-pece-zvyseni-dostupnosti-domaci-specializovane-paliativni-pece/>
- Ministerstvo zdravotnictví České republiky. (2019). *Zdraví 2030. Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030*. Získáno 20. ledna 2021 z <https://zdravi2030.mzcr.cz/>
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada
- Mustian, K. M., Alfano, C. M., Heckler, Ch., Kleckner, A. S., Kleckner, I. R., Leach, Ch. ...Miller, S. M. (2017). Comparison of Pharmaceutical, Psychological, and Exercise Treatments for Cancer-Related Fatigue A Meta-analysis *JAMA Oncol.*, 3(7), 961-968. doi:10.1001/jamaoncol.2016.6914
- Nadační fond Abakus. (2020). *Spolu až do konce, Výsledky grantové výzvy 2020*. Získáno 12. ledna 2021 z https://static3.avast.com/20001251/web/o/foundation/Rozvoj-paliativni-pece_vysledky.pdf
- Nadační fond Avast. (2016). *Spolu až do konce, Výsledky programu za rok 2016*. Získáno 12. ledna 2021 z <https://files.avast.com/files/marketing/foundation/v2016/cz/spolu-az-do-konce/2016.pdf>
- Nadační fond Avast. (2018). *Spolu až do konce, Výsledky 5. ročníku programu*. Získáno 12. ledna 2021 z <https://cdn2.hubspot.net/hubfs/486579/foundation-files/Spoludokonce-Vysledky2018%20FIN.pdf>
- Národní zdravotnický informační portál. (nedat.). *Adresář zařízení paliativní medicíny*. Získáno 20. ledna 2021 z <https://www.nzip.cz/clanek/467-adresar-zarizeni-paliativni-mediciny>
- Nydegger, R. (2008) Psychologists and Hospice Where We Are and Where We Can Be. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39(4), 459–463. doi: 10.1037/0735-7028.39.4.459
- Pecnová, I. (2020). *Psychoterapie v paliativní péči*. (Nepublikovaná diplomová práce). Univerzita Karlova v Praze
- Poradna Vigvam. (nedat.). *Kurzy*. Získáno 21. ledna 2021 z <https://poradna-vigvam.cz/kurzy/>
- Radbruch, L., Payne, S. (2010). *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě*. Praha: Cesta domů.

- Ramos, K., Hastings, S. N., Bosworth, H. B., Fulton, J. J. (2018) Life Program: Pilot Testing a Palliative Psychology Group Intervention. *Journal of Palliative Medicine*. doi: 10.1089/jpm.2017.0454
- Rego, F., Nunes, R. (2019) The interface between psychology and spirituality in palliative care, *Journal of Health Psychology*, 24(3), 279-287. doi.10.1177/1359105316664138
- Reigada, C., Arantzamendi, M. & Centeno, C. (2020). Palliative care in its own discourse: a focused ethnography of professional messaging in palliative care. *BMC Palliative Care*. doi:10.1186/s12904-020-00582-5
- Remedium. (nedat.). *Vzdělávací programy*. Získáno 25. ledna 2021 z <https://www.remedium.cz/vzdelavaci-programy/vzdelavaci-programy.php>
- Russel, Ch., Fountain, A. (2018). Role of clinical psychology in UK hospices. *BMJ Supportive & Palliative Care*. doi:10.1136/bmjspcare-2018-001594
- Sheng-Yu, F., I-Mei, L., Jyh-Gang, H., Chih-Jung, Ch. (2016). Psychosocial Care Provided by Physicians and Nurses in Palliative care: A Mixed Methods Study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 53(2), 216-223. doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.08.019
- Skála, B., Sláma, O., Vorlíček, J., & Kabelka, L. (2011). *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci*. Praha: Společnost všeobecného lékařství
- Sláma, O., Kabelka, L., Vorlíček, J. et al. (2011). *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén
- Sláma, O. (2018). *Paliativní péče v ČR. In: 2. regionální konference paliativní péče Brno 2018*. Získáno 15. ledna 2021 z https://paliativnipece.info/wp-content/uploads/2018/10/Paliativn%c3%ad-p%c3%a9%c4%8de-v-%c4%8cR_Brno_10_2018.pdf
- Sláma, O., Krejčí, J. & Ambrožová, J. (2019). *Metodika implementace programu paliativní péče v lůžkovém zdravotnickém zařízení*. Praha. Ministerstvo zdravotnictví České republiky
- Sláma, O. (2020). *Dotazníkový průzkum dostupnosti specializované paliativní péče v nemocnicích akutní a následné péče v ČR*. Získáno 2. února 2021 z <https://www.paliativa.cz/podpora-paliativni-pece-v-nemocnicich/pro-verejnost/paliativni-pece-v-nemocnicich-je-pro-pacienty>
- Svatošová, M. (2011). *Hospice a umění doprovázet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství
- Špatenková, N. (2013). *Poradenství pro pozůstalé*. Praha: Grada
- Vlčková, K. (2019) *Role sociálního pracovníka v paliativním týmu v nemocnici*. (Nepublikovaná bakalářská práce). Univerzita Karlova v Praze
- Vorlíček, J. et al. (2004). *Paliativní medicína*. Praha: Grada
- Wija, P., Bareš, P. & Žofka, J. (2019). *Atlas dlouhodobé péče ČR*. Praha: Institut pro sociální politiku a výzkum
- Willig, C. (2013). *Introducing Qualitative Research in Psychology*. Mc Graw Hill Education, Získáno 20. února 2021 z <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=4&sid=bd437a22-c4fe-4d8e-a7f4->

8516cc21ef8a%40sessionmgr4008&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=591975&db=e000twwebsco

World Health Organization. (2020). *Palliative care*. Získáno 10. ledna 2021 z <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

Worldwide Hospice Palliative Care Alliance. (2020). *Global Atlas of Palliative care*. Získáno 10. ledna 2021 z <http://www.thewhpc.org/resources/category/global-atlas-of-palliative-care-at-the-end-of-life>

Wray, J., Lindsay, B., Crozier, K., Andrews, L., Leeson, J. (2013). Exploring perceptions of psychological services in children's hospice in the United Kingdom. *Palliative and Supportive Care* 11, 373–382. doi:10.1017/S1478951512000284

Zadražilová, N. (2016). *Smrt a umírání z pohledu studentů psychologie a medicíny*. (Nepublikovaná diplomová práce). Masarykova univerzita Brno

Zákon č. 108/2006 Sb., zákon o sociálních službách. (nedat.). Získáno 27. prosince 2017 z <https://www.zakonyprolidi.cz>

Zákon č. 201/2017 Sb., zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče. (2017). Získáno 27. prosince 2017 z <https://www.zakonyprolidi.cz>

Příloha č. 1: Abstrakt magisterské práce v českém a anglickém jazyce

ABSTRAKT MAGISTERSKÉ PRÁCE

Název práce: Role psychologa v paliativním týmu

Autor práce: Ing. Bc. Pavlína Furgaľáková

Vedoucí práce: PhDr. Olga Pechová, Ph.D.

Počet stran a znaků: 76, 135 387

Počet příloh: 2

Počet titulů použité literatury: 92

Abstrakt:

Magisterská práce popisuje roli psychologa v paliativním týmu. Teoretická část zahrnuje popis paliativní péče a formy jejího poskytování. Dále charakterizuje paliativní tým jako nositele paliativní péče s důrazem na psychologa. Ve výzkumu byl zvolen kvalitativní přístup. Výběrový soubor tvořilo devět psychologů zaměstnaných v paliativním týmu a data byla tvořena pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Data byla analyzována metodou tematické analýzy. Výsledek výzkumu ukazuje, že role psychologa v paliativním týmu zahrnuje péči o pacienta, paralelní péči o rodinu, péči o pozůstalé, metodickou podporu týmu při péči o pacienta a individuální podporu jednotlivým členům týmu.

Klíčová slova: paliativní péče, multidisciplinární paliativní tým, psycholog, psychologická péče

ABSTRACT OF THESIS

Title: THE ROLE OF PSYCHOLOGISTS IN PALLIATIVE TEAM

Author: Ing. Bc. Pavlína Furgaláková

Supervisor: PhDr. Olga Pechová, Ph.D.

Number of pages and characters: 76, 135 387

Number of appendices: 2

Number of references: 92

Abstract:

The thesis describes the role of a psychologist in a palliative team. The theoretical part includes a description of palliative care and its forms. It also characterises the palliative team that provides palliative care with an emphasis on the psychologist. A qualitative approach was chosen in the research. The sample consisted of nine psychologists working in a palliative care team and data were generated using semi-structured interviews. The data were analysed by the method of thematic analysis. The results of the research show that the role of the psychologist in the palliative team includes patient care, parallel family care, care for the bereaved, methodical support of the team in patient care and individual support for individual team members.

Key words: palliative care, multidisciplinary palliative team, psychologist, psychological care

Příloha č. 2: Seznam zkratk

AKP Asociace klinických psychologů

APPHP Asociace poskytovatelů paliativní hospicové péče

ČLS JEP Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně

ČSPM Česká společnost paliativní medicíny

EAPC European Association for Palliative Care

FF MU Filozofická fakulta Masarykovy univerzity Brno

FF UK Filozofická fakulta Univerzity Karlovy v Praze

FF UP Filozofická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

FMH Fórum mobilních hospiců

FSS MU Fakulta sociálních studií Masarykovy univerzity Brno

IPVZ Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví

KTPP Konziliární tým paliativní péče

MPSV ČR Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky

MSPP Mobilní specializovaná paliativní péče

MZ ČR Ministerstvo zdravotnictví České republiky

NZIP Národní zdravotnický informační portál

PVŠPS Pražská vysoká škola psychosociálních studií

ÚZIS Ústav zdravotnických informací a statistiky

WHO Světová zdravotnická organizace