

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Zdravotně sociální péče

COPINGOVÉ STRATEGIE MULTIDISCIPLINÁRNÍHO
TÝMU V HOSPICOVÉ PÉČI

Bakalářská práce

Autor práce: Kateřina Podhorská

Vedoucí práce: PhDr. Vlasta Řezníková, Ph.D.

Jihlava 2025

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Tolstého 16, 586 01 Jihlava

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce: **Kateřina Podhorská**

Studijní program: Zdravotně sociální péče

Garant studijního programu: Mgr. Jana Gabrielová, PhD.

Název práce: **Copingové strategie multidisciplinárního týmu v hospicové péči**

Vedoucí práce: PhDr. Vlasta Řezníková, Ph.D.

Cíl práce: Cílem bakalářské práce je zjistit, jaké copingové strategie uplatňují členové multidisciplinárního týmu v hospicové péči.

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá strategiemi zvládání zátěžových situací u multidisciplinárního týmu v hospicové péči. Cílem práce bylo identifikovat stresové a konfliktní situace členů hospicových týmů a analyzovat faktory ovlivňující jejich volbu copingových strategií. Výzkum byl realizován kvalitativní metodou prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů s pěti respondenty zastupujícími různé role v multidisciplinárním týmu hospicové péče. Výsledky odhalily čtyři hlavní kategorie stresorů: pracovní stresory spojené s péčí o pacienty, komunikační stresory, týmové konflikty a organizační stresory. Mezi klíčové faktory ovlivňující volbu copingových strategií patří délka praxe, kvalita mezilidských vztahů, osobnostní charakteristiky, organizační podmínky a dostupnost mimopracovních zdrojů regenerace. Na základě zjištění jsou formulována praktická doporučení včetně vytvoření systému psychologické podpory, implementace vzdělávacího programu zaměřeného na komunikaci a zlepšení předávání informací v týmu.

Klíčová slova

Copingové strategie; hospicová péče; komunikace; multidisciplinární tým; stres; supervize; zvládání zátěže.

Abstract

The bachelor's thesis deals with strategies for coping with stressful situations in a multidisciplinary team in hospice care. The aim of the work was to identify stress and conflict situations of hospice team members and to analyze the factors influencing their choice of coping strategies. The research was conducted using a qualitative method through semi-structured interviews with five respondents representing various roles in a multidisciplinary hospice care team. The results revealed four main categories of stressors: work stressors associated with patient care, communication stressors, team conflicts and organizational stressors. Key factors influencing the choice of coping strategies include length of practice, quality of interpersonal relationships, personality characteristics, organizational conditions and availability of extra-work sources of regeneration. Based on the findings, practical recommendations are formulated, including the creation of a psychological support system, the implementation of an educational program focused on communication and improving the transfer of information within the team.

Keywords

Coping strategies; hospice care; communication; multidisciplinary team; stress; supervision; coping with stress.

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje **AZ**, zejména § 60 (školní dílo).

Podle § 47b zákona o vysokých školách souhlasím se zveřejněním své práce podle Směrnice pro vedení, vypracování a zveřejňování závěrečných prací na VŠPJ, a to bez ohledu na výsledek obhajoby.

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mě požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 22. dubna 2025

.....

Podpis studentky

Poděkování

Tímto chci poděkovat vedoucí práce PhDr. Vlastě Řezníkové, Ph.D. za konzultace a vedení při psaní této práce na téma Copingové strategie multidisciplinárního týmu v hospicové péči.

Obsah

Seznam zkratk	7
Úvod	8
1 Copingové strategie	10
1.1 Definice copingových strategií	10
1.2 Příčiny využívání copingových strategií.....	11
1.3 Typy copingových strategií.....	13
2 Multidisciplinární tým v hospicové péči	14
2.1 Definice hospicové péče	14
2.2 Typy hospicové péče	15
2.3 Složení a role multidisciplinárního týmu v hospicové péči	16
2.4 Aplikace copingových strategií na situace v hospicové péči.....	17
3 Metodika a cíle výzkumu	20
3.1 Výzkumné otázky	20
3.2 Kvalitativní výzkum.....	20
3.3 Průběh výzkumu.....	21
3.4 Účastníci výzkumu.....	21
4 Analýza a interpretace získaných dat	22
4.1 Stresové a konfliktní situace	22
4.2 Faktory ovlivňující volbu copingových strategií	27
4.3 Vyhodnocení výsledků výzkumu	34
5 Diskuze	38
Závěr	40
Seznam použitých zdrojů	44
Přílohy	48
<i>Příloha A: Souhlas s nahráváním rozhovoru a se zpracováním osobních údajů</i>	48
<i>Příloha B: Otázky pro rozhovory</i>	49

Seznam zkratek

ADHD – Attention Deficit Hyperactivity Disorder (porucha pozornosti s hyperaktivitou)

APHPP – Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče

ISBAR – rozšířená verze formátu SBAR (pravděpodobně s přidanou Identifikací)

SBAR – strukturovaný formát předávání informací (Situation, Background, Assessment, Recommendation – Situace, Pozadí, Posouzení, Doporučení)

WHO – World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

Úvod

Hospicová péče představuje v současném zdravotnictví nezastupitelný přístup poskytující komplexní podporu pacientům v terminálním stadiu onemocnění a jejich rodinám. V kontextu stárnoucí populace a narůstajícího výskytu chronických a nevyléčitelných onemocnění nabývá tato specifická forma zdravotní a sociální péče na stále větším významu. Multiprofesní týmy pracující v hospicovém prostředí čelí každodenně mimořádným výzvám, které vyžadují nejen odbornou připravenost, ale také značnou psychickou odolnost. Práce s umírajícími pacienty, komunikace s rodinami procházejícími těžkým obdobím a konfrontace s existenciálními otázkami života a smrti vytváří jedinečně náročné pracovní prostředí.

Efektivní fungování multidisciplinárního týmu je klíčovým předpokladem pro poskytování kvalitní paliativní péče. Členové těchto týmů – lékaři, zdravotní sestry, sociální pracovníci, psychologové, duchovní a další odborníci – musí úzce spolupracovat a vzájemně se doplňovat, aby dokázali reagovat na potřeby pacientů a jejich blízkých. Tato spolupráce však přináší i specifické stresory a potenciální zdroje konfliktů, které mohou významně ovlivnit jak pracovní výkon, tak psychické zdraví profesionálů. Porozumění strategiím zvládání stresu a mechanismům řešení konfliktních situací v hospicových týmech je proto zásadní nejen pro udržení kvality poskytované péče, ale i pro prevenci syndromu vyhoření a soucitné únavy u pracovníků. Vytváření podpůrných systémů a rozvoj efektivních copingových strategií představuje v současnosti jednu z prioritních oblastí rozvoje hospicové péče.

Cílem této bakalářské práce je identifikovat stresové a konfliktní situace, s nimiž se potýkají členové multidisciplinárního týmu v hospicové péči, a analyzovat faktory, které ovlivňují jejich volbu strategií zvládání těchto situací. Práce je založena na kvalitativním výzkumném šetření, v jehož rámci bylo realizováno pět hloubkových rozhovorů s členy multidisciplinárního týmu pracujícími v hospicové péči. Respondenti zastupují různé profesní role, což umožňuje zachytit různorodost perspektiv a zkušeností. Pro analýzu získaných dat byl zvolen přístup otevřeného kódování, který umožnil identifikovat klíčové kategorie stresorů a copingových strategií.

Teoretická část práce poskytuje ucelený pohled na problematiku hospicové péče a práce multidisciplinárního týmu v tomto specifickém kontextu. Úvodní kapitola vymezuje základní pojmy paliativní a hospicové péče, popisuje historický vývoj hospicového hnutí a současnou situaci v České republice. Následuje kapitola věnovaná multidisciplinárnímu týmu, jeho složení, fungování a specifickým výzvám týmové spolupráce v prostředí paliativní péče. Třetí kapitola se zaměřuje na problematiku stresu a jeho dopadů v pomáhajících profesích, včetně syndromu vyhoření a soucitné únavy, které představují významná rizika právě pro pracovníky v hospicové péči. Závěrečná kapitola teoretické části se věnuje copingovým strategiím, jejich typologii a specifickým mechanismům zvládání stresu v kontextu práce s umírajícími.

Praktická část práce začíná detailním popisem metodologie výzkumného šetření, včetně formulace výzkumných otázek, charakteristiky výzkumného souboru a popisu procesu sběru a analýzy dat. Stěžejní částí je prezentace výsledků výzkumu strukturovaná podle dvou hlavních výzkumných otázek – první mapuje stresové a konfliktní situace vyskytující se v multidisciplinárním týmu hospicové péče a druhá analyzuje faktory ovlivňující volbu copingových strategií. Na analýzu výsledků navazuje diskuze, která konfrontuje zjištění s poznatky dostupnými v odborné literatuře a zasazuje je do širšího kontextu současné praxe

hospicové péče. Závěrečná kapitola předkládá konkrétní návrhy a doporučení pro praxi, které mohou přispět k efektivnějšímu zvládnutí stresu a konfliktů v multidisciplinárních týmech poskytujících hospicovou péči.

1 Copingové strategie

Tato kapitola se zaměřuje na podrobné vymezení copingových strategií, které jsou různými metodami a technikami využívanými jedinci k účinnému zvládnání stresových situací a životních výzev. Nejprve je podrobně vysvětleno, co pojem „coping“ znamená a jaký má význam v procesu lidské adaptace na stresové faktory. Následně jsou analyzovány faktory, které ovlivňují volbu konkrétních copingových strategií, včetně osobnostních rysů jednotlivce a vnějších environmentálních podmínek. Dále je představena detailní typologie copingových strategií, která je klasifikována podle různých kritérií, jako je zaměření na problém či emoce, efektivita jednotlivých strategií a další relevantní aspekty.

1.1 Definice copingových strategií

Rozmanité metody a techniky, které jednotlivci využívají k efektivnímu zvládnání stresových situací, obtíží či výzev, jež se mohou v jejich životě objevit, jsou označovány jako copingové strategie. Tyto strategie nejsou jen pasivními pokusy o potlačení negativních emocí nebo únikem před stresory, ale zahrnují také aktivní snahy přizpůsobit se náročným podmínkám a najít konstruktivní způsoby, jak se s nimi vyrovnat. Jak uvádí Dundelová (2012), adaptace a coping se vyskytují v kontextu lidské aktivity při zvládnání zátěže, přičemž coping se specificky vztahuje na situace, kdy je zátěž nadlimitní vzhledem k osobní odolnosti jedince.

Podle Glanze a jeho kolegů je coping definován jako snaha řídit, tolerovat nebo minimalizovat vnitřní a vnější požadavky kladené na člověka, které jsou nadměrné a mohou vést ke stresu (Glanz et al 2015). Tento proces je dynamický, vyžaduje vědomou snahu a není automatickou reakcí, což zdůrazňuje jeho komplexnost a individuální povahu. Copingové strategie mohou být rozděleny na několik kategorií, mezi které patří například strategie zaměřené na problém, zaměřené na emoce, adaptivní či maladaptivní přístupy (Kožínová, 2022).

Strategie zaměřené na problém se soustředí na aktivní řešení situace, která způsobuje stres. Patří sem například plánování, hledání informací, organizace práce nebo přímé řešení konfliktů. Členové týmu v hospici mohou tuto strategii využívat k efektivní koordinaci péče, řešení logistických problémů či zajištění potřebných zdrojů pro pacienty (Kožínová, 2022).

Strategie zaměřené na emoce se zaměřují na regulaci a zvládnání emocionálních reakcí spojených se stresem. Patří sem například hledání sociální podpory, vyjádření emocí, relaxační techniky či pozitivní přesměrování myšlenek. V hospici mohou členové týmu tyto strategie používat k zvládnání vlastních emocionálních reakcí na péči o pacienty, stejně jako k podpoře pacientů a jejich rodin v jejich emočním prožívání (Kožínová, 2022).

Adaptivní copingové strategie jsou ty, které přispívají k efektivnímu zvládnání stresu a podporují dlouhodobou pohodu. Mezi ně patří například hledání sociální podpory, pozitivní přehodnocení situace, plánování nebo aktivní řešení problémů. V multidisciplinárním týmu hospiců adaptivní strategie umožňují profesionálům udržet vysokou kvalitu péče a osobní pohodu, což je klíčové pro dlouhodobé fungování týmu (Kožínová, 2022).

Maladaptivní copingové strategie jsou strategie, které mohou dočasně zmírnit stres, ale v dlouhodobém horizontu vedou k negativním důsledkům. Patří sem například vyhýbání se problémům, popírání situace, nadměrné užívání alkoholu či jiných návykových látek, nebo agresivní chování. V hospici je důležité tyto strategie identifikovat, aby bylo možné poskytnout potřebnou podporu členům týmu a zabránit vyhoření či dalším negativním dopadům na jejich pracovní i osobní život (Kožinová, 2022).

Aktivní copingové strategie zahrnují přímé řešení problémů nebo snahu ovlivnit negativní emoce spojené se stresem. Patří sem například plánování, vyhledávání sociální podpory, akceptace situace či pozitivní přehodnocení stresových faktorů. Naopak vyhýbavé strategie se projevují pokusy ignorovat problém, odkládat jeho řešení nebo se fyzicky či emocionálně izolovat, což může vést k zhoršení psychického stavu a zvýšení stresu (Freire et al., 2018).

Nešpor (2019) dále rozlišuje coping jako úsilí o kontrolu, zmírnění nebo adaptaci na stresové situace prostřednictvím různých technik, jako je relaxace, meditace či fyzická aktivita. Dalším významným aspektem copingových strategií je jejich individualita – každý jedinec může preferovat jiné metody na základě svých osobních zkušeností, charakteristik či aktuální životní situace. Například osoby s ADHD mohou mít tendenci k sebeobviňování, což může prohlubovat jejich depresivní stavy (Overbey et al., 2011 in Vozková).

Kliment (2014) zdůrazňuje, že copingové strategie jsou ovlivněny subjektivním hodnocením stresové situace a vlastních možností jejího zvládnutí. Tento subjektivní aspekt znamená, že různí jedinci mohou vnímat stejné situace odlišně a volit proto různé strategie jejich řešení. Coping není statický proces; jedinec může v různých situacích aplikovat různé strategie, které odpovídají aktuálním potřebám a kontextu.

Efektivní copingové strategie mohou přispět k lepšímu zvládnutí stresu a zlepšení psychického zdraví. Ribeiro (2018 in Vozková) například zdůrazňuje důležitost rozvoje copingových strategií u vysokoškolských studentů, kteří často čelí specifickým stresorům spojeným se studiem a životními nároky. Naučení se vhodným copingovým strategiím může snížit tendenci k maladaptivnímu chování, jako je zneužívání alkoholu nebo sociální izolace, a podpořit tak celkovou psychosociální adaptaci (Hunt a Eisenberg, 2010 in Vozková).

1.2 Příčiny využívání copingových strategií

Copingové strategie jsou klíčovým mechanismem, který lidé využívají ke zvládnutí stresu a různých nároků života. Tyto strategie se objevují jako odpověď na různé stresory, které mohou být fyzické, emocionální či sociální povahy. Fyzické stresory mohou zahrnovat dlouhé pracovní hodiny, fyzicky náročné úkoly a nedostatek odpočinku, kterým může být tým hospice vystaven při poskytování péče pacientům. Emocionální stresory zahrnují vystavení se utrpení a smrti, což může vést k emocionálnímu vyčerpání, depresi nebo syndromu vyhoření. Sociální stresory mohou být způsobeny nedostatečnou podporou od kolegů či nadřízených, konflikty v pracovním prostředí či nedostatečnou komunikací mezi členy tým. Stresory představují nadměrné požadavky kladené na organismus, které mohou překročit jeho adaptační schopnosti.

V takových situacích se jedinec obrací na copingové strategie, aby snížil negativní dopady stresu a udržel si psychickou rovnováhu (Dundelová, 2012).

Jedním z hlavních důvodů, proč lidé využívají copingové strategie, je potřeba adaptace na překonání překážek, které staví různé životní události a podmínky. Kebza (2007) zdůrazňuje, že stres je výsledkem interakce mezi specifickými silami působícími na člověka a organismem samotným. Když jedinec čelí stresorům, které jsou buď extrémně silné nebo dlouhodobé, vyžaduje to aktivní hledání způsobů, jak tyto situace zvládnout. Copingové strategie tak slouží jako nástroje pro snížení vnímané zátěže a prevenci negativních dopadů na zdraví.

Dalším významným faktorem je subjektivní hodnocení stresorů jednotlivcem. Carnegie (2023) upozorňuje, že to, zda určitá událost vyvolá stres, závisí na tom, jak ji daná osoba interpretuje a hodnotí. Tento kognitivní proces hodnocení významu události pro osobnost je klíčový pro rozhodnutí, jakou strategii copingového chování použít. Pokud jedinec událost vnímá jako ohrožující a nedostatečně zvládnutelnou, je pravděpodobnější, že se uchýlí k aktivním copingovým strategiím, jako je hledání sociální podpory nebo problémové řešení.

Stresové situace mohou být rozmanité, od každodenních frustrací až po závažné životní události, jako je ztráta zaměstnání či vážná nemoc. Kliment (2014) identifikoval různé životní změny, které mohou vyvolat stres, a tím i potřebu využití copingových strategií. Jejich výzkum naznačuje, že kumulativní efekt stresorů může překročit schopnost organismu adaptovat se, což vede k intenzivnějšímu využívání copingových mechanismů. Tento kumulativní účinek podporuje myšlenku, že coping není pouze reakce na jednotlivé události, ale také na celkovou zátěž, kterou jedinec zažívá.

Osobnostní vlastnosti hrají také významnou roli v tom, jaké copingové strategie jedinec preferuje. Carnegie (2015) rozlišuje mezi subjektivními a objektivními faktory ovlivňujícími vznik stresu. Subjektivní faktory zahrnují osobnostní rysy, které mohou určovat, zda jedinec bude inklinovat k aktivnímu či pasivnímu copingovému chování. Například osoby s vyšší mírou sebedůvěry a optimistickým pohledem na život mají tendenci využívat efektivnější copingové strategie, jako je pozitivní přeformulování situace nebo hledání sociální podpory.

Kromě individuálních charakteristik hrají roli také vnější faktory, jako jsou sociální a environmentální podmínky. Paulík (2017) identifikuje vztahové, pracovní, životní styl a zdravotní faktory jako hlavní příčiny psychického stresu. V závislosti na konkrétním kontextu mohou tyto faktory vyvolat různé typy copingových strategií. Například pracovní stres může vést k využívání strategií zaměřených na problémové řešení nebo hledání rovnováhy mezi pracovním a osobním životem, zatímco stres spojený s vztahy může vyvolat potřebu komunikace a hledání emocionální podpory.

Dalším aspektem, který ovlivňuje využívání copingových strategií, je kulturní prostředí jedince. Nešpor (2014) zdůrazňuje, že denní mrzutosti a posily jsou významně ovlivňovány kulturními faktory, které formují způsob, jakým jedinci vnímají a reagují na stresory. Kulturní normy a hodnoty mohou určovat, které copingové strategie jsou považovány za přijatelné a efektivní, což ovlivňuje, jak jedinec v praxi tyto strategie využívá.

1.3 Typy copingových strategií

Iversen et al. (2009) navrhli základní dělení copingových strategií na dvě hlavní kategorie: strategie zaměřené na problém a strategie zaměřené na emoce. Strategie zaměřené na problém se soustředí na aktivní řešení stresující situace, což zahrnuje identifikaci problému, tvorbu plánu a jeho realizaci s cílem změnit stresor nebo jeho dopady. Tyto strategie zahrnují například sběr informací, hledání praktických řešení či vyjednávání o změně podmínek. Podobně Dundelová (2012) rozlišuje orientaci na problém, která zahrnuje aktivní snahu o změnu stresoru prostřednictvím plánování a realizace konkrétních kroků.

Naopak strategie zaměřené na emoce se orientují na regulaci vlastních emocionálních reakcí na stres. Cílem těchto strategií je snížit negativní emoční stavy, jako je úzkost, strach či hněv, a vytvořit emocionální rovnováhu. Jedinci mohou využívat různé techniky, jako je meditace, hledání sociální podpory nebo změna perspektivy na danou situaci (Iversen et al., 2009; Dundelová, 2012). Frydenbergerová (Pálíšek, 2007) tuto kategorii rozšiřuje na produktivní coping, který zahrnuje strategie přinášející dlouhodobé řešení stresových situací, a neproduktivní coping, zahrnující mechanismy vedoucí k dočasnému snížení stresu, ale dlouhodobě neúčinné či škodlivé.

Dalším přístupem je interakční přístup, který zdůrazňuje rovnováhu mezi osobnostními charakteristikami jedince a konkrétními situacemi, v nichž se coping uplatňuje (Blatný, Kohoutek a Janušová, 2008). Tento přístup, označovaný také jako osobnostně-dispoziční, propojuje individuální rysy s vnějšími faktory prostředí a ukazuje, že efektivní zvládání stresu je výsledkem souhry osobnostních predispozic a specifických požadavků situace.

Adaptivní a maladaptivní copingové strategie představují další rozdělení, kde adaptivní strategie jsou považovány za zdravé a účinné způsoby zvládání stresu, jako je hledání podpory, relaxace či fyzická aktivita, zatímco maladaptivní strategie jsou charakterizovány neúčinností a mohou vést ke zvýšení stresu či dalším negativním důsledkům, například izolace či sebepoškozování (Bratská, 2001; Frydenbergerová, Pálíšek, 2007).

Genderové rozdíly také ovlivňují výběr copingových strategií. Ženy častěji využívají strategie zaměřené na emoce, jako je hledání sociální podpory a regulace vlastních pocitů, zatímco muži více preferují strategie zaměřené na problém, jako je aktivní řešení situace. Tyto rozdíly mohou být ovlivněny kulturními a sociálními normami, které formují odlišné způsoby zvládání stresu mezi pohlavími (Kliment, 2014).

2 Multidisciplinární tým v hospicové péči

Kapitola poskytuje přehled hospicové péče, začínající její definicí a historickým vývojem. Dále se zaměřuje na různé typy poskytování této péče, včetně lůžkových zařízení, domácí péče, stacionářů a mobilních služeb, a popisuje jejich specifika a přínosy. Následně je detailně rozebrána struktura multidisciplinárního týmu, který zajišťuje komplexní a kvalitní péči o pacienty a jejich rodiny prostřednictvím spolupráce odborníků z různých oblastí. V závěrečné části kapitoly jsou prezentovány copingové strategie využívané v kontextu hospicové péče, které podporují pracovníky při zvládnání emocionální a psychické zátěže spojené s péčí o umírající osoby.

2.1 Definice hospicové péče

Hospicová péče představuje specializovaný přístup k péči o jedince v posledních fázích života, který klade důraz na celistvost lidské bytosti a snaží se naplnit její fyzické, emocionální, sociální i duchovní potřeby. Jak uvádí Radbruch et al. (2010), cílem této péče je poskytovat úlevu od bolesti, zajišťovat důstojnost a klidný přechod k smrti jak samotnému pacientovi, tak jeho blízkým. Tato péče může být poskytována doma, v rámci denní péče v hospicích či v lůžkových zdravotnických zařízeních, přičemž zaměstnanci a dobrovolníci pracují v rámci multidisciplinárního týmu, který se zaměřuje na individuální potřeby a přání pacienta.

Myšlenka hospicové péče je hluboce zakořeněna v úctě k jedinečné a neopakovatelné lidské bytosti. Svatošová (2008) a Haškovcová (2007) zdůrazňují, že hospicová péče slibuje, že umírající osoba nebude trpět nesnesitelnou bolestí, bude respektována její lidská důstojnost a nebude osamocena v posledních chvílích života. Tento přístup se zaměřuje na kvalitu života spíše než na jeho prodloužení, což je v souladu s filozofií, kterou hospicová péče zastává.

Historický vývoj hospicové péče začíná již ve středověku, kdy fungovaly jako domovy odpočinku pro poutníky a cestovatele do Palestiny. Tyto domovy poskytovaly krátkodobý odpočinek a možnost znovu získat síly. Význam hospice, jak je znám dnes, se začal formovat až v 18. století díky iniciativě Mary Aikdenheadové, která založila nemocnici určenou specificky pro umírající pacienty. Rozvoj moderní hospicové péče však přišel až v druhé polovině 20. století, přičemž klíčovou osobností tohoto období je angličanka Cicely Saundersová. Saundersová, přesvědčena o potřebě speciální péče pro umírající, založila v roce 1967 St. Christopher's hospice v Anglii, které se stalo základem pro další rozvoj hospicového hnutí (Haškovcová, 2007).

V České republice se hospicové hnutí začalo rozvíjet až v roce 1993, kdy Marie Svatošová založila občanské sdružení Ecce homo, jež prosazovalo práva klientů a rozvoj domácí hospicové péče. První český hospic byl otevřen v Červeném Kostelci v prosinci 1995 a od té doby se počet hospiců a poskytovatelů domácí péče postupně zvyšoval. Dnes v České republice funguje 17 lůžkových hospiců a 20 poskytovatelů domácí hospicové péče, které poskytují nejen přímou péči pacientům, ale i podporu jejich rodinám prostřednictvím poradenských služeb a edukačních aktivit (Haškovcová, 2007).

Definice hospicové péče se v různých zemích liší, zejména co se týče vztahu mezi hospicovou a paliativní péčí. V některých zemích jsou tyto dvě formy péče oddělené, v jiných se prolínají. Například v Německu jsou paliativní péče často poskytovány jako samostatná oddělení v nemocnicích, zatímco hospice fungují jako nezávislá lůžková zdravotnická zařízení, která se zaměřují na pacienty v konečných fázích života, kde již není možné léčebné zásahy vedoucí k vyléčení (Kisvetrová, 2018).

Hospicová péče je také definována Světovou zdravotnickou organizací (WHO) jako integrovaná forma zdravotní, sociální a psychologické péče poskytovaná pacientům, u nichž je prognóza života kratší než šest měsíců. Tato definice zdůrazňuje, že v rámci hospicové péče se poskytuje především paliativní péče, která má za cíl zmírnit utrpení a zlepšit kvalitu života pacientů a jejich rodin. Ministerstvo zdravotnictví České republiky doplňuje tuto definici o aspekt multidisciplinární péče, která zahrnuje lékařské, ošetrovateľské a rehabilitační aktivity zaměřené na minimalizaci bolesti a symptomů u pacientů, kteří již nejsou léčeni s nadějí na uzdravení (Čok, 2024).

Elizabeth Kübler-Rossová přináší do definice hospicové péče osobní a humanistický pohled, kdy zdůrazňuje důstojné umírání a podporu nejen pacienta, ale i jeho rodiny. Její definice poukazuje na význam domácího prostředí a individuální péče, která umožňuje pacientovi psychologickou a emocionální stabilitu v posledních dnech života (Osobniasistence.cz, 2022).

Bernie S. Siegel dále rozšiřuje definici hospicové péče o aspekt využití posledních dnů života k plnému prožití a naplnění života, což zahrnuje i schopnost čelit smrtelné nemoci s odvahou a nalezení motivace a nového směru ve víře a osobním růstu (Osobniasistence.cz, 2022).

2.2 Typy hospicové péče

Hospicová péče se vyznačuje různorodostí forem, které jsou přizpůsobeny individuálním potřebám pacientů a jejich rodin. Mezi hlavní typy hospicové péče patří lůžková hospicová zařízení, domácí péče, stacionáře a mobilní hospicová služba. Každá z těchto forem nabízí specifický způsob podpory, zaměřený na kvalitu života v terminálním stádiu nemoci (Svatošová, 2008; Haškovcová, 2007).

Lůžkový hospic představuje klíčovou formu péče, kde pacienti pobývají v jednolůžkových pokojích, které jim poskytují veškerý komfort a soukromí potřebné k důstojnému ukončení života. V tomto prostředí je pacientům zajištěna komplexní zdravotní péče, zaměřená na paliativní přístup, a to prostřednictvím multidisciplinárního týmu odborníků. Rodiny mají neomezený přístup k pacientům, což umožňuje časté návštěvy a podporuje emocionální vazby (Svatošová, 2008).

Domácí hospicová péče umožňuje pacientům zůstat ve svém známém prostředí, což může významně přispět k jejich pohodlí a snížení stresu spojeného s nemocničním prostředím. Tato forma péče vyžaduje silnou podporu rodiny a adekvátní zázemí ze strany zdravotnického personálu, který poskytuje pravidelné návštěvy a odbornou pomoc. Domácí hospicová péče je

ideální pro ty, kteří preferují být obklopeni rodinou, avšak může být náročná na rodinné zdroje a emocionální odolnost (Svatošová, 2008).

Stacionární hospicová péče představuje kombinaci lůžkového a domácího modelu. Pacienti navštěvují stacionář během dne, kde jim je poskytována odborná péče, a večer se vrací domů. Tato forma péče je vhodná pro ty, kteří potřebují intenzivnější podporu během dne, ale zároveň si přejí trávit noc ve svém vlastním prostředí. Stacionární péče může sloužit jako odlehčení pro rodinné pečovatele a zároveň zajišťuje kontinuální léčebné a podpůrné služby (Haškovcová, 2007).

Mobilní hospicová služba je flexibilní forma péče, která se zaměřuje na poskytování podpory pacientům přímo v jejich domovech nebo v jiných preferovaných prostředích. Tento typ péče zahrnuje pravidelné návštěvy zdravotnického personálu, který poskytuje lékařskou, ošetrovatelskou a psychologickou podporu. Mobilní hospicová péče je navržena tak, aby umožnila pacientům zachovat si co největší míru nezávislosti a autonomie, zatímco jejich rodiny získávají potřebnou podporu a úlevu (Marková, 2021).

Kromě těchto základních forem existují i specializované typy hospicové péče zaměřené na specifické skupiny pacientů. Dětský hospic se věnuje péči o děti v terminálním stádiu nemoci, které vyžaduje citlivý přístup a zvláštní etické úvahy. Perinatální hospicová péče poskytuje podporu rodinám, jejichž děti se narodily mrtvé nebo zemřely krátce po porodu. Tyto specializované formy péče zdůrazňují potřebu individuálního přístupu a komplexní podpory nejen pacienta, ale i jeho blízkých (Jelínková, 2020).

Hospicová péče je dále rozšířena o věkové a kulturní varianty, které reflektují rozdílné potřeby a tradice pacientů v různých regionech. V České republice existuje řada organizací a zařízení poskytujících široké spektrum hospicových služeb, což umožňuje přizpůsobit péči konkrétním potřebám jednotlivých pacientů a jejich rodin. Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče (APHPP) hraje klíčovou roli v zajišťování kvality a standardizace služeb napříč různými regiony (Marková, 2021).

2.3 Složení a role multidisciplinárního týmu v hospicové péči

Hospicová péče je charakterizována komplexním přístupem k pacientovi, který vyžaduje spolupráci odborníků z různých oblastí. Multidisciplinární tým je nezbytným prvkem, který zajišťuje, že všechny aspekty péče – biologické, psychologické, sociální a spirituální – jsou adekvátně pokryté. Tento tým zahrnuje nejen zdravotnické profesionály, ale také další specializované pracovníky, kteří společně pracují na zlepšení kvality života pacientů a jejich rodin (Sláma et al., 2011).

Lékaři v týmu hrají klíčovou roli poskytováním paliativní léčby, která zahrnuje management bolesti, dušnosti a dalších symptomů spojených s pokročilými nemocemi. Jejich úkolem je zaměřit se na zlepšení kvality života pacientů spíše než na prodlužování života za cenu zvýšení utrpení (Haškovcová, 2007). K tomu přispívají zdravotní sestry a ošetrovatelé, kteří vykonávají

přímou péči a denně spolupracují s pacienty, zaznamenávají jejich potřeby a plánují individuální péči (Svatošová, 2008).

Psychologové a sociální pracovníci dodávají do týmu důležité prvky zaměřené na emocionální a sociální podporu pacientů a jejich rodin. Psychologové se zaměřují na duševní zdraví a pomáhají pacientům vyrovnat se s emocemi spojenými s umíráním, zatímco sociální pracovníci koordinují sociální služby a poskytují poradenství v oblasti sociálně právních otázek (Sláma et al., 2011). Duchovní pracovníci, včetně kněží a pastoračních asistentů, poskytují spirituální podporu, která je pro mnohé pacienty klíčová v době smíření se smrtí (Svatošová, 2008).

Ergoterapeuti a fyzioterapeuti přispívají k udržení co nejvyšší úrovně funkčnosti a kvality života pacientů prostřednictvím různých terapeutických aktivit a cvičení. Nutriční specialisté se starají o vhodnou výživu pacientů, což je nezbytné pro zmírnění symptomů a podporu celkového zdravotního stavu. Administrativní pracovníci zajišťují hladký chod hospicového zařízení, koordinují různé aktivity týmu a spravují dokumentaci (Marková, 2010).

Zdravotně sociální pracovník, jako součást multidisciplinárního týmu, hraje klíčovou roli v koordinaci sociálních služeb a zajištění komplexní podpory pacientů a jejich rodin. Jeho schopnost propojit různé aspekty péče a poskytovat poradenské služby přispívá k celkové efektivitě týmu a spokojenosti pacientů. Tento přístup je nezbytný pro úspěšné zvládání náročných situací, které jsou součástí hospicové péče (Štědrá, 2013).

Dobrovolníci hrají v hospicové péči nezastupitelnou roli. Přinášejí do týmu lidský rozměr, poskytují společnost, naslouchají pacientům a jejich rodinám a často pomáhají při jednotlivých aktivitách, které zpřijemňují poslední chvíle života. Jejich přítomnost je často zdrojem útěchy a podpory, což přispívá k celkovému pocitu bezpečí a pohodlí pacientů (Svatošová, 2018).

Efektivní spolupráce v rámci multidisciplinárního týmu je základem kvalitní hospicové péče. Pravidelné týmové porady umožňují sdílení informací, koordinaci péče a řešení případných problémů. Tento model spolupráce zajišťuje, že všechny potřeby pacientů jsou systematicky zohledněny a že péče je konzistentní a vysoce kvalitní (Baldwin a Woodhouse, 2011).

Klíčovým faktorem úspěšného fungování multidisciplinárního týmu je neustálé vzdělávání a profesní rozvoj jeho členů. Interprofesní vzdělávání podporuje vzájemné porozumění mezi různými profesemi, čímž se posiluje týmová spolupráce a zvyšuje se efektivita péče. Neustálé školení a aktualizace znalostí jsou nezbytné pro udržení vysoké úrovně odbornosti a schopnosti reagovat na nové výzvy v oblasti paliativní péče (Baldwin a Woodhouse, 2011).

2.4 Aplikace copingových strategií na situace v hospicové péči

V kontextu hospicové péče, která je charakterizována vysokou mírou emocionální a psychické zátěže, je aplikace copingových strategií klíčová pro udržení duševní rovnováhy zdravotních sester a dalších pracovníků. Copingové strategie, definované jako jedinečné a subjektivní reakce jednotlivců na stresové situace, umožňují efektivní zvládání náročných situací spojených s péčí

o umírající pacienty. V rámci hospicové péče se tyto strategie mohou rozdělit do několika kategorií, mezi které patří strategie zaměřené na problém, zaměřené na emoce a hledání sociální podpory (Folkman a Moskowitz, 2004).

Strategie zaměřené na problém se soustředí na praktické řešení konkrétních problémů, které mohou být ve zdravotnickém prostředí neustále přítomné. Například plánování řešení problémů, aktivní zvládání a využívání vzdělávacích příležitostí mohou pomoci sestrám efektivně reagovat na různé situace a stresory, jako je nedostatek personálu nebo složité mezilidské konflikty (Santos et al., 2016). Tyto strategie zahrnují definování problému, generování alternativních řešení a přijímání kroků ke změně situace, která je ovlivnitelná. Například zapojení se do týmových setkání a průběžného vzdělávání umožňuje zdravotním sestrám adaptovat se na měnící se podmínky a zlepšovat kvalitu poskytované péče (Santos et al., 2016).

Na druhou stranu, strategie zaměřené na emoce se soustředí na snižování emočního utrpení a regulaci negativních pocitů, které mohou vznikat v důsledku péče o umírající pacienty. Tyto strategie zahrnují distancování, meditaci, ventilaci emocí a hledání smyslu v krizových situacích (Martínéz-Zaragoza et al., 2020). Výzkumy ukazují, že většina všeobecných sester v paliativní péči preferuje emocionálně zaměřené strategie, jako je hledání podpory u kolegů, využívání humoru nebo zapojení se do duchovních aktivit, které jim pomáhají zvládat stres spojený s péčí o pacienta a jeho rodinu (Betke et al., 2021). Tyto strategie jsou často doprovázeny meditací, cvičením či jinými rušivými aktivitami, které umožňují sestrám uvolnit napětí a obnovit duševní energii potřebnou pro další práci (Santos et al., 2016).

Neméně důležitou roli hraje hledání sociální podpory, které představuje další klíčovou kategorii copingových strategií. Sociální podpora od kolegů, supervizorů nebo rodiny může výrazně zmírnit pracovní stres a zlepšit celkovou odolnost zdravotních sester (Martínéz-Zaragoza et al., 2020). Intervence, jako jsou týmová setkání, klinický dohled nebo psychoedukace zaměřená na péči o sebe, přispívají k vytvoření podpůrného prostředí, které pomáhá sestrám efektivněji zvládat náročné situace. Důležitým aspektem je také možnost využití poradenských služeb a terapeutických programů, které poskytují bezpečný prostor pro sdílení zkušeností a emocí, což dále podporuje psychickou pohodu pracovníků (Ma et al., 2021).

Kromě těchto kategorií copingových strategií, jsou důležité i individuální faktory, které ovlivňují výběr a efektivitu těchto strategií. Sebeúčinnost, tedy vnímaná schopnost sestry zvládat úkoly spojené s paliativní péčí, má přímý vliv na to, jak se budou vyrovnávat se stresem a jaké strategie budou preferovat. Sestry s vysokou sebeúčinností vykazují nižší úroveň úzkosti a vyšší schopnost efektivně se vypořádat s významnými stresory (Barnett et al., 2021).

Dále, faktory jako religiozita a spiritualita, pozitivní přístup k životu, sebereflexe a péče o sebe samotné, všechny přispívají k lepší schopnosti sester zvládat stresové situace v hospicové péči (Diehl et al., 2021). Například zapojení do náboženských aktivit nebo hledání smyslu ve své práci mohou poskytnout sestrám potřebnou emotivní podporu a posílit jejich odolnost vůči stresu (Santos et al., 2016). Aktivní zapojení do sportovních a rekreačních aktivit, koníčků či jiných volnočasových činností rovněž představuje efektivní způsob, jak udržet psychickou rovnováhu a zamezit vyhoření (Diehl et al., 2021).

Z konečného hlediska, schopnost flexibilně přizpůsobovat copingové strategie situaci je zásadní pro efektivní zvládání stresu v hospicové péči. Sestry, které jsou schopné přizpůsobit své strategie aktuálním potřebám a měnícím se podmínkám, lépe zvládají stresové situace a udržují si vysokou úroveň profesionálního výkon. Tato flexibilita, spojená s vysokou sebeúčinností a silnou sítí sociální podpory, vytváří robustní rámec pro efektivní zvládání náročných situací v oblasti paliativní péče (Lam a McBride-Chang, 2007).

3 Metodika a cíle výzkumu

Výzkum byl realizován kvalitativní metodou pro hlubší porozumění zkoumané problematiky v rámci specifického pracovního prostředí hospicové péče. Na základě zvolené problematiky byl stanoven hlavní cíl výzkumu, který byl dále rozdělen na dva dílčí výzkumné cíle odpovídající formulovaným výzkumným otázkám. Tyto cíle směřují k získání komplexního porozumění strategiím zvládání zátěžových situací u členů multidisciplinárního týmu v hospicové péči.

3.1 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka č. 1: Jaké stresové a konfliktní situace se vyskytují u členů multidisciplinárního týmu v hospicové péči?

Výzkumná otázka č. 2: Jaké faktory ovlivňují volbu copingových strategií u členů multidisciplinárního týmu v hospicové péči?

3.2 Kvalitativní výzkum

S ohledem na stanovené cíle a charakter zkoumané problematiky byla pro výzkumné šetření zvolena kvalitativní metodika. Kvalitativní přístup umožňuje hlubší porozumění zkoumaným jevům v jejich přirozeném prostředí a zachycení subjektivních zkušeností a prožitků respondentů (Hendl, 2023). Jako hlavní výzkumná metoda byl použit polostrukturovaný rozhovor, který představuje optimální nástroj pro získání podrobných informací o stresových situacích a způsobech jejich zvládání v kontextu hospicové péče.

Polostrukturovaný rozhovor patří mezi nejrozšířenější a nejefektivnější metody kvalitativního výzkumu. Tato metoda umožňuje výzkumníkovi držet se předem připravené struktury rozhovoru, ale zároveň poskytuje prostor pro doplňující otázky a individuální reakce na výpovědi respondentů (Hendl, 2023). Rozhovor byl strukturován do dvou tematických okruhů odpovídajících výzkumným otázkám, přičemž pro každý okruh byl vytvořen soubor konkrétních otázek. Pro první výzkumnou otázku bylo formulováno 6 specifických otázek zaměřených na identifikaci stresových a konfliktních situací, pro druhou výzkumnou otázku bylo vytvořeno 10 specifických otázek zkoumajících faktory ovlivňující volbu copingových strategií (Příloha B).

Mezi hlavní výhody polostrukturovaného rozhovoru patří možnost získání hlubokých a detailních informací o zkoumaném jevu, flexibility při formulaci otázek, schopnost reagovat na odpovědi respondenta, možnost objasnění nepochopených otázek a vytvoření důvěrného prostředí pro sdílení citlivých informací. Metoda rozhovoru umožňuje výzkumníkovi sledovat nejen verbální odpovědi, ale i neverbální projevy respondentů, které mohou poskytnout další cenné informace (Hendl, 2023).

K nevýhodám této metody patří časová náročnost jak samotné realizace rozhovorů, tak především následné transkripce a analýzy dat. Dále je třeba zmínit riziko subjektivity při interpretaci dat, možnost zkreslení odpovědí vlivem výzkumníka (tzv. interviewer bias) a omezenou možnost generalizace výsledků vzhledem k malému výzkumnému vzorku (Hendl, 2023).

3.3 Průběh výzkumu

Výzkumné šetření probíhalo v několika na sebe navazujících fázích. Nejprve byla provedena přípravná fáze, která zahrnovala formulaci výzkumných cílů a otázek, tvorbu struktury rozhovoru a kritérií pro výběr respondentů. Následně byli osloveni potenciální respondenti z řad pracovníků hospicové péče, kteří byli seznámeni s účelem výzkumu a etickými principy, zejména s informovaným souhlasem, dobrovolností účasti a zachováním anonymity.

Před samotnou realizací výzkumu byl proveden pilotní rozhovor za účelem ověření srozumitelnosti a relevance připravených otázek. Na základě této pilotáže byly některé otázky upraveny či doplněny pro lepší pochopení ze strany respondentů.

Samotný sběr dat probíhal formou individuálních rozhovorů s respondenty v prostředí, které si sami zvolili pro zajištění maximálního komfortu a otevřenosti. Každý rozhovor trval přibližně 45-60 minut a se souhlasem respondenta byl zaznamenán na diktafon pro potřeby následné analýzy. Během rozhovoru byly kladeny připravené otázky podle vytvořené struktury, přičemž pořadí otázek bylo přizpůsobeno průběhu rozhovoru. Důraz byl kladen na vytvoření důvěrné atmosféry, která by umožnila respondentům otevřeně hovořit o svých zkušenostech a prožitcích.

Po ukončení všech rozhovorů následovala fáze zpracování dat, která zahrnovala doslovnou transkripci audionahrávek. Pro analýzu získaných dat byla použita metoda otevřeného kódování, která umožnila identifikovat klíčové koncepty, kategorie a vztahy mezi nimi. Proces analýzy zahrnoval opakované čtení přepisů rozhovorů, označování významových jednotek, jejich kategorizaci a hledání vztahů mezi kategoriemi. Na základě této analýzy byly identifikovány hlavní témata a vzorce ve výpovědích respondentů, které posloužily jako základ pro interpretaci výsledků a formulaci závěrů výzkumu.

3.4 Účastníci výzkumu

Účastníci výzkumu byli vybráni pomocí záměrného (účelového) výběru, přičemž hlavním kritériem pro zařazení do výzkumu byla příslušnost k multidisciplinárnímu týmu hospicové péče. Vzorek zahrnoval celkem 5 respondentů reprezentujících různé profesní role v rámci multidisciplinárního týmu, což umožnilo získat komplexní pohled na zkoumanou problematiku z různých profesních perspektiv. Respondenty výzkumu zahrnovaly pouze ženy. Věkové rozpětí respondentů se pohybovalo od 26 do 59 let s průměrným věkem 39,8 let. Z hlediska délky praxe v oboru měli respondenti zkušenosti v rozmezí od 3 do 21 let, s průměrnou délkou praxe 11,2 let. Délka pracovního poměru u současného zaměstnavatele se pohybovala od 2 do 7 let.

Respondenti ve výzkumu zastupovali všechny klíčové role v rámci multidisciplinárního týmu hospicové péče, což umožnilo získat ucelený obraz o zkoumané problematice. Různorodost vzorku z hlediska věku, délky praxe a profesního zaměření přispěla k získání bohatých a rozmanitých dat reflektujících různé aspekty práce v hospicovém prostředí a rozličné přístupy ke zvládání stresových a konfliktních situací.

4 Analýza a interpretace získaných dat

4.1 Stresové a konfliktní situace

Otázka 1: Jaké situace považujete ve své práci za konfliktní nebo stresující?

Respondent R1 identifikuje jako primární zdroj stresu pohotovostní telefonáty od rodin v krizi, které vyžadují okamžitou intervenci: *"Tak rozhodně stresující situace považuju to, když mi zazvoní pohotovostní telefon a na druhé straně mi volá rodina, která má krizi, že se ohledně klienta něco děje a já musím mít hned okamžitou odpověď."* Dalším významným stresorem je pro ni rozdílnost názorů v týmu ohledně léčebného postupu nebo přístupu k rodině v náročných situacích, zejména při umírání klienta. Specificky zmiňuje problematickou komunikaci s rodinou, která není připravená na odchod blízkého člověka.

Respondent R2 považuje za stresující především interpersonální napětí mezi kolegyněmi v ošetrovatelském týmu. Vyjadřuje to slovy: *"Mě stresuje, když mají kolegyně, mezi sebou holky, sestřičky, když mají mezi sebou napětí a když se tam jako něco nepovede a někdy má tendenci, jako ta jedna, vypíchnout to, že jako já jsem tam předtím byla a bylo to všechno dobré."* Jako další závažný stresor identifikuje náročné úmrtí, zvláště když se jedná o mladší pacienty nebo případy, kdy figurují děti. V takových situacích klade důraz na nutnost multidisciplinárního přístupu včetně dlouhodobé psychologické intervence.

Respondent R3 vnímá jako stresující časté změny v rozpisu služeb způsobené úmrtími klientů: *"Stresující je asi to, když se nám hodně často v týdnu i několikrát mění rozpis služeb, protože nám klienti hodně umírají."* Druhým významným stresorem je přítomnost u úmrtí klienta. Respondent popisuje konkrétní zkušenost s úmrtím klienta během své služby, která měla silný emocionální dopad: *"No a to jsem celý odpoledne brečela, protože jsem za tím klientem jezdila asi tři měsíce."* Jako obzvláště náročný moment zmiňuje nutnost sdělit zprávu o úmrtí manželce zesnulého.

Respondent R4 uvádí, že počáteční období v hospicové péči bylo stresující, přestože měl/a předchozí zkušenosti s prací s lidmi. Aktuálně vnímá spíše obavy než konflikty, především v kontextu komunikace s rodinnými příslušníky klientů: *"Takže spíš oni si řeší takový ty problémový situace, že se mně chtějí svěřit."* Respondent zdůrazňuje, že díky zkušenostem v oboru dokáže nyní tyto situace dobře zvládat.

Respondent R5, z perspektivy lékaře, identifikuje jako konfliktní situace, kdy nachází pacienty v nevyhovujícím stavu z hlediska poskytované péče: *"Tak pro mě z hlediska lékaře je teda konfliktní, když najdu pacienta ve stavu, který se mi nelíbí. Třeba strana toho, jak je ošetřený, opečovaný, není třeba úplně uklizeno."* Frustrace respondenta pramení především z nedostatečné kvality práce ostatních členů zdravotnického týmu.

Otázka 2: Které konkrétní situace nebo chvíle pociťujete jako nejvíce stresující?

Respondent R1 opětovně zdůrazňuje stres vyvolaný pohotovostními telefonáty vyžadujícími okamžitou reakci. Jako další vysoce stresující situaci identifikuje návštěvy klientů, kteří nejsou informováni o své diagnóze: *"Další asi dost stresová situace pro mě je ve chvíli, kdy přijedu na návštěvu, klasickou, zdravotní a teď zjistím, že klient neví o své diagnóze a rodina mu ji odmítá říct a rodina ví."* Pro respondenta je náročné najít optimální způsob komunikace s rodinou

o právu pacienta na informace o vlastním zdravotním stavu, aby klient mohl uspořádat své záležitosti před koncem života.

Respondent R2 identifikuje jako nejvíce stresující časový tlak a potřebu koordinace péče v dynamicky se měnících podmínkách: *"Je to třeba čas. Jo, když taky týká se to, protože já už nejsem přímo v tom terénu, ale je to jako časový tlak."* Detailně popisuje komplexní situace, kdy musí koordinovat činnost personálu v terénu při vysokém počtu klientů a současně reagovat na nečekané události, jako jsou úmrtí: *"A do toho vím, že máme očekávané, nebo takhle, že během toho dopoledne umřou další dva lidi a jak to prostě zajistit, aby to navazovalo, aby to šlapalo."* Respondent zdůrazňuje, že standardní osmihodinová pracovní doba často nedostačuje pro zvládnutí všech neočekávaných událostí.

Respondent 3 uvádí jako nejstresovější situace smrt klienta za jeho/její přítomnosti a náhlé změny v pracovním harmonogramu. Dále zmiňuje jako stresující pády klientů během služby, kdy je pracovník na místě sám: *"Třeba stresující může být, když nám klient spadne. Za služby, když tam nikdo jiný není."* V takových případech respondent využívá krizových kontaktů na blízké osoby nebo sousedy klienta, kteří mohou poskytnout fyzickou pomoc.

Respondent R4 vyjadřuje, že nejvíce stresující jsou pro ni situace v kancelářském prostředí, kde nepociťuje dostatečnou svobodu: *"Já jsem vždycky ráda, když už jedu sama za sebe, když nemusím jít v kanceláři."* Stres pramení především z interakcí v širším multidisciplinárním týmu hospicové péče, nikoliv jen v rámci odlehčovací služby. Respondent přičítá svůj postoj své introvertní osobnosti: *"Ale je to spíš tím, že já jsem introvert, já jsem intuitivní introvert, a to znamená, že nechci se zapojovat, jaké oni tam mají problémy do těchto situací, ale jako stresuje mě to."*

Respondent R5 uvádí jako nejvíce stresující situace, kdy musí poskytovat kritickou zpětnou vazbu, a komunikaci s rodinami, které mají nerealistická očekávání ohledně stavu pacienta: *"Komunikace s rodinami tam je stresující ve chvíli, kdy rodiny mají neadekvátní očekávání od zdravotního stavu toho blízkého. Takže prostě nejsou smířené."* Respondent popisuje obtížnost práce s příbuznými, kteří vyžadují nereálná řešení, potenciálně zatěžující pacienta: *"Chtějí zázrak, chtějí pomoci svému blízkému. A není to reálné, nemá to význam. A naopak to třeba toho jejich blízkého zatěžuje."* Zvláště náročná je podle respondenta komunikace s hyperprotektivními typy příbuzných.

Otázka 3: Jak poznáte, že je stres v týmu na vzestupu?

Respondent R1 rozpoznává zvýšenou hladinu stresu v týmu především podle charakteristické komunikační dynamiky při diskusích o proběhlých situacích v terénu: *"Je to docela znát, že když přijedeme z terénu a bavíme se o tom, co se stalo, takže třeba jedna s tím nesouhlasí, protože má více zkušeností a udělala by to jinak."* Respondent poukazuje na to, že rozdílné názory a přístupy často vycházejí z odlišných profesních zkušeností jednotlivých členů týmu: *"Ale většinou to vychází z těch jiných zkušeností a i celkově z té praxe v tom zdravotnictví, že každá tu zkušenost máme úplně jinou a každá k tomu maličko jinak přistupujeme."*

Respondent R2 identifikuje stres v týmu na základě blízkých osobních vztahů s kolegyněmi, které umožňují vzájemné "čtení myšlenek". Zdůrazňuje význam ranních rituálů pro detekci stresu: *"Zároveň oni to poznají na mě hned ráno, když přijdeme do práce a vidíme se. Tak máme takový rituál, že fakt jako přijde oběti, přivítání, snídáme společně a už prostě ráno je vidět, kdo je*

ve stresu." Uvádí, že stres se projevuje změnami v náladě a výrazu obličeje, ale také v pracovním výkonu – chybami v dokumentaci nebo opomenutím přípravy materiálů: *"Když ten stres tak jako pak kulminuje, tak je to vidět, odráží se to na práci, že dělají třeba jako chyby v psaných zápisech, nebo že na něco zapomenou, zapomenou na něco nachystat."* Respondent zdůrazňuje, že tyto chyby jsou většinou materiálního charakteru a nemají přímý dopad na kvalitu péče o klienty.

Respondent R3 pozoruje zvýšený stres v týmu především po náročných jednáních vedoucí se zřizovatelem (Charitou), zejména když jsou komunikovány negativní zpětné vazby nebo finanční restrikce. Respondent R4 vnímá stres v týmu intuitivně, jako specifickou "auru" nebo atmosféru v pracovním prostředí: *"To tam je prostě taková ta aura, která tam je, tak to prostě cítím, že tam to je."* Zvýšený stres zaznamenává zejména před kontrolami nebo audity, kdy se v týmu projevuje nejistota ohledně průběhu a výsledku těchto procesů: *"Nejen znejištění jako audit nebo něco takového, ale spíš, že má někdo přijít na nějakou kontrolu, tak to spíš cítím"* Respondent charakterizuje svůj přístup k identifikaci stresu jako primárně pocitový.

Respondent R5 rozpoznává stres v týmu podle dvou distinktivních vzorců chování – buď pozoruje formování malých, šeptajících skupinek, nebo naopak registruje neobvyklé ticho: *"No, vidím skupinky, které se srocují a něco si šuškaří. Anebo je tam naopak atmosféra, mlčení."* Respondent reflektuje svou specifickou pozici v týmové hierarchii jako vedoucí lékařka: *"Já jsem to říkala, že vlastně tím, že jsem tady v roli lékařky, vedoucí lékařky a ještě se tady s kolegyní střídáme, takže jsme tady vždycky jedna, tak prostě jsme součástí týmu, ale jsme tak jako na kraji."* Tato pozice "na kraji kruhu" jí poskytuje určitý odstup pro pozorování týmové dynamiky, přičemž kolegové se na něj/ni obracejí primárně s problémy, které může ze své pozice ovlivnit.

Otázka 4: Co považujete za nejčastější zdroj konfliktů mezi členy multidisciplinárního týmu?

Respondent 1 identifikuje jako primární zdroj konfliktů komunikaci s rodinami pacientů, zejména když různí členové týmu komunikují s rodinou odlišně. Zmiňuje také rozhodnutí o léčebném plánu a klasifikaci pacientů podle kódů jako zdroje napětí: *"Asi nejčastěji je ta komunikace s tou rodinou, že by každá o tom mluvila trošku jinak. Zároveň i možná nastavení té léčby částečně."* R1 konkrétně poukazuje na konflikty týkající se přijetí pacientů pod kód 925 versus kód 926, které představují různé úrovně péče. Kód 926 je určen pro terminální hospicové pacienty s ukončenou léčbou, zatímco kód 925 je pro pacienty, kteří stále podstupují aktivní léčbu jako chemoterapie.

Respondent 2 poukazuje na problémy s předáváním informací jako hlavní zdroj konfliktů: *"Nejčastější zdroj konfliktu. Nejčastější, no asi to bude předávka informací."* Vysvětluje, že když nejsou informace přesně předány mezi členy týmu, může některý pečovatel přijít nepřipraven poskytovat vhodnou péči. R2 poznamenává, že tyto situace jsou vzácné, obvykle se vyskytují, když jsou členové týmu ve stresu nebo řeší osobní problémy.

Respondent 3 identifikuje přísné požadavky vedení, ovšem také poukazuje na spravedlivý přístup. Popisuje nadřízenou jako přísnou, vyžadující dokonalost. Tento styl vedení, který ne vždy je příjemný z hlediska mezilidských vztahů je však dle jejího názoru efektivní pro výkon povolání a dosažení relevantní kvality služeb.

Respondent 4 zpočátku obtížně identifikuje konflikty v rámci svého bezprostředního týmu a místo toho odkazuje na rivalitu mezi zdravotnickými profesionály mimo jejich tým: *"To, co jsem*

třeba zažívala mezi zdravotníky, tak to byla spíš taková rivalita. Já to umím tak, ty to umíš tak." Pozoruje, že tyto konflikty se typicky samy vyřeší, což naznačuje, že nejde o hluboce zakořeněné problémy.

Respondent 5 identifikuje jako běžné zdroje konfliktů rozdílné názory na strategie péče o pacienty a časový management: *"Asi jako nějaký prostě strategii péči o toho konkrétního pacienta nebo časový rozvržení."* Také poukazuje na interní týmovou dynamiku, kdy někteří členové nedokončí své povinnosti, což vyžaduje, aby jiní kompenzovali, nebo případy, kdy jsou někteří příliš proaktivní, což může vytvářet napětí.

Otázka 5: Jakým způsobem obvykle řešíte drobné neshody či nedorozumění v týmu?

Respondent 1 zdůrazňuje přímou komunikaci jako svůj primární přístup k řešení konfliktů: *"Většinou si to vyříkáme a to je asi nejčastější, že si to prostě k tomu vrátíme, vyříkáme si to a komunikujeme to."* Obvykle nevyužívají formální supervizi pro menší spory, preferují, aby zúčastněné strany komunikovaly přímo k vyřešení problémů.

Respondent 2 oceňuje komunikaci tváří v tvář při řešení konfliktů: *"Je to hrozně fajn, že jsme schopný si to vyříkat a hned na místě z očí do očí."* Zdůrazňují důležitost okamžitého řešení problémů, spíše než připuštění, aby se vytvářela zášť, a poznamenávají, že malá velikost jejich týmu tento přístup usnadňuje. Rozlišují mezi "vaskáři" (stálými zaměstnanci) a "dohodáři" (smluvními pracovníky), přičemž poznamenávají, že smluvní pracovníci zřídka vytvářejí konflikty.

Respondent 3 zmiňuje jak formální supervizi, tak neformální setkání k řešení neshod: *"No tak ty neshody nebo teda drobný nedorozumění se většinou řešíme i na... Prvně na nějakých supervizích."* Využívají tyto příležitosti k vyjasnění hranic a očekávání, zdůrazňují hodnotu supervize v týmovém prostředí.

Respondent 4 uvádí, že zřídka zažívá neshody v rámci svého týmu, což přičítá flexibilnímu, vstřícnému přístupu: *"To jsem spíš taky také nezažila v našem týmu, ty drobné neshody. Protože my se snažíme, že vyjdeme a vyjdeme si vstříc."* Zmiňují komunikaci jako teoreticky důležitou, ale naznačují, že jejich tým nepotřebuje aktivně řešit mnoho konfliktů.

Respondent 5 silně zdůrazňuje proaktivní komunikaci: *"My tady prostě klademe velký důraz na komunikaci, takže prostě o tom komunikujeme."* Popisují organizační kulturu, která podporuje okamžité řešení problémů, přičemž poznamenávají, že tento přístup pochází od vedení. Zaměřují se na hledání alternativních řešení, když postupy nefungují: *"Když to, když třeba zjistíme, že je zdrojem právě nějaký postup, který nefunguje, tak to vymyslet jinak, aby prostě v tom bylo všem dobře."*

Otázka 6: Co se děje, pokud vznikne větší konflikt?

Respondent 1 popisuje atmosféru během větších konfliktů: *"No, tak určitě stoupá napětí v tý kanceláři, je to takový víc vybroušený, vyhrocený a mluvíme o tom hodně."* Zdůrazňuje také rozsáhlou diskusi, aby se předešlo minimalizaci problémů. R1 poznamenává, že nezažil konflikty eskalující na úroveň managementu během svého působení v organizaci, protože obvykle řeší problémy v rámci týmu.

Respondent 2 uznává genderový aspekt řešení konfliktů v jejich převážně ženském týmu: *"Co se u nás děje, no tak jelikož jsme baby, ženský, tak jako vyříkáme si to."* Připouštějí, že osobní

záležitosti se někdy mísí s profesními, ačkoli k tomu dochází zřídka. R2 poznamenává, že za téměř čtyři roky byly všechny konflikty nakonec příznivě vyřešeny prostřednictvím diskuse.

Respondent 3 odhaluje strukturální faktory ovlivňující řešení konfliktů – především to, že většina členů týmu pracuje v terénu, zatímco nadřízená zůstává v kanceláři: *"No, ono dělá hodně to, že já v té kanceláři nejsem."* Toto fyzické oddělení často vede k tomu, že konflikty přirozeně vyprchají, jak již bylo uvedeno výše.

Respondent 4 opakuje, že nezažil významné konflikty v rámci svého týmu: *"Já jsem fakt nezažila mezi náma konflikt."* Rozlišuje mezi různými přístupy k práci versus skutečnými konflikty a staví se do pozice pozorovatele spíše než účastníka konfliktů, kterých byli svědky: *"Byla jsem svědkem konfliktu, ale do těch konfliktů jsem nikdy nešla."*

Respondent 5 navazuje na svou odpověď na otázku 5, posiluje komunikaci jako svůj primární přístup k větším konfliktům: *"No to bych řekla, že asi tak jako navazuje na tu pětku."* Zdůrazňuje identifikaci základní příčiny a komunikaci, aby bylo zajištěno, že všichni budou spokojeni s řešením: *"Že prostě opravdu se snažíme jakoby rozklíčovat teda, co se stalo a vykomunikovat to, aby v tom bylo všem dobře."*

4.2 Faktory ovlivňující volbu copingových strategií

Otázka 7: Jak se liší vaše zvládání náročných situací dnes oproti době, kdy jste začínal/a pracovat v hospici?

Respondent 1 reflektuje kontinuitu ve svém přístupu k náročným situacím, avšak s patrným profesním vývojem: „Myslím se, že postupuju pořád stejně. Troufám si říct, že jsem člověk, který si to všechno potřebuje vykomunikovat vzájemně.“ Zmiňuje přitom postupné nabytí větší emoční stability a sebejistoty ve své profesi: „Možná to řeším víc s větším klidem, že už tam není takové to napětí, taková ta panika a zároveň je takový velký stud za to, že jsem něco udělala špatně.“ Tento posun v přístupu demonstruje profesionální zrání, kdy respondent akceptuje možnost chyby jako součást profesního rozvoje: „Že jsem se v té práci naučila, že jsou věci, které jsem neudělala úplně dobře, ale není to špatně. Člověk se z toho poučí.“ Současně zdůrazňuje význam klidného přístupu při práci s pacienty: „Je to důležité při práci s těma lidma, aby oni se z tebe cítili ten klid a ne ten stres.“

Respondent 2 identifikuje výraznou změnu ve svém přístupu od nástupu do hospice v roce 2017: „Určitě po těch letech... šla jsem z akutního lužka. Takže já jsem pracovala na chirurgii.“ Popisuje transformaci od urgentního pracovního tempa ke klientsky orientovanému přístupu: „Ze začátku to bylo hrozně jako stres mít všechno hodně brzy udělaný. Protože furt jsem čekala, co mě přijde dalšího, abych naháněla sem čas.“ S nabytou zkušeností došlo k významné kvalitativní změně: „S odstupem času a zkušenost má, tak si myslím, že dělám všechno s daleko větším klidem. A zároveň i tak, holky, nehoníme ten čas, že si opravdu dáváme prostor na ty klienty.“ Respondent uzavírá svou reflexi zdůrazněním dvou klíčových profesních hodnot: „Respekt ten tam je obrovský. Respekt a pokora.“

Respondent 3 popisuje specifickou oblast profesního přizpůsobení: „Na začátku práce s lidma jsem si moc neuměla představit umývání chlapů. Dělalo mi to jako problém. Celkově jako těch intimních partií dělalo mi to velký problém.“ Tuto počáteční bariéru postupně překonal: „Dlouho jsi musela tak bojovat a pracovat sama se sebou... Než to přerostlo v takovou tu přirozenou věc, kterou prostě děláš normálně.“ Tento vývoj ilustruje proces postupné profesionalizace a desenzitizace vůči aspektům intimní péče: „Potom se to jako samo tak vyšumělo. Přišlo to už v tu normálnost, že už nad tím nepřemýšlím.“ Respondent pracuje v hospici necelé tři roky s celkovou praxí v sociálních službách přibližně tři roky.

Respondent 4 s profesní zkušeností přesahující 15 let v domově seniorů nevnímá zásadní změny ve zvládání náročných situací během necelého roku působení v hospici: „Za mě, jak se to liší, asi tak nějak pořád stejně. Já to nemám nějak vyhraněné, že bych to měla dřív jinak a teď taky jinak.“ Zmiňuje však vývoj v týmových vztazích: „Já po to určitě si myslím, že prostě se bereme líp, než ten začátek.“ Významnější než práce s klienty pro ni byly počáteční logistické výzvy: „Že jsem třeba nevěděla, kam mám jet, nebo tak, že jsem neznala to prostředí, kam jedu.“ Pro respondenta je primární zaměření na potřeby klientů: „Mám jako takovou, abych to bylo všechno v pohodě, abych se zavděčila těm lidem, co oni potřebují.“

Respondent 5 reflektuje zlepšení v oblasti meziosobní komunikace díky lepšímu vzájemnému poznání v týmu: „Určitě, jak se tak jako všichni poznáváme a začínáme vnímat své slabiny nebo naopak věci, ve kterých jsme silní, tak určitě se mi třeba líp říká ta kritika.“ Tento vývoj představuje důležitý aspekt profesionálního fungování týmu: „Je to pro mě jednodušší tím lidem

říct, protože už se známe víc." Respondent působí v domácí hospicové péči od roku 2017 nebo 2018 a v současném hospici od jeho otevření v listopadu.

Otázka 8: Vzpomenete si na situaci, kdy jste musel/a změnit svůj obvyklý způsob řešení problému? Co vás k tomu vedlo?

Respondent 1 si nevybavuje konkrétní situaci vyžadující změnu v jeho způsobu řešení problémů: „*To si asi nevzpomínám.*” Ani po doplňující otázce nedokázal identifikovat relevantní zkušenost: „*Úplně se mi nevybavuje konkrétní situace, tam mě žádná teďko nenapadá.*”

Respondent 2 identifikuje výraznou změnu v přístupu k řešení konfliktních situací související s profesním postupem: „*Vezmu to asi teda možná na řešení těch konfliktních situací. Protože já jsem nikdy nebyla konfliktní typ. Nemám ráda hádky, nemám ráda řešení konfliktů.*” Popisuje transformaci vyvolanou změnou pracovní pozice: „*Změnila mě pozice Vrchní sestry, kdy jsem fakt musela jít do pozice vedoucí.*” Pro zvládnutí této změny vyhledal profesní vzdělávání: „*Absolvovala jsem různé kurzy, abych tohle vůbec mohla dělat.*” Dále reflektuje pokračující profesní vývoj: „*Máme udělané paliativní kurzy. Prošli jsme těma základníma. Takže máme to všechno naučené. A myslím si, že se pořád učíme.*” Zdůrazňuje dynamickou povahu práce, která vyžaduje kontinuální adaptaci: „*Přicházejí nový a nové situace, s kterými se člověk třeba nesetkal. Takže vždycky to musí nějak vyhodnotit podle svého nejlepšího svědomí.*”

Respondent 3 popisuje konkrétní případ, kdy musel modifikovat svůj přístup při péči o náročného klienta: „*Měla jsem s jedním klientem jako problém, protože nevím, asi se mu nebyla příjemná, nebo něco proti němu měl, a vždycky kolegyním... pomáhal při tom přesunu, že je chytl kolem krku, i se jim možná postavil na jednu nohu, protože jednu nohu neměl, a jakože jim to šlo s ním, ale mě prostě nepomohl vůbec.*” Tato situace vedla k fyzickým obtížím: „*A já jsem kvůli tomu měla hrozný problémy se zádoma, protože jsem furt myslela, že ho přesunu.*” Respondent musel přehodnotit svůj přístup kvůli zdravotním důsledkům: „*No ale potom prostě to už nešlo, takže jsem dělala potom, že ho neslyším... ale prostě už jsem ho potom nepřesouvala.*” Tento případ ilustruje strategickou adaptaci přístupu v reakci na nespolupracujícího klienta a nutnost chránit vlastní zdraví.

Respondent 4 nedokázal identifikovat situaci vyžadující změnu obvyklého přístupu k řešení problémů: „*Pro mě problémy, já nerada problémy řeším, takže prostě, co by mě k tomu vedlo, já vám k tomu nedovedu asi tak nic říct.*” Respondent vyjadřuje tendenci přizpůsobovat se potřebám klientů: „*To ne, protože jak to chce rodina, tak já se snažím, aby to tak prostě bylo.*” Jako jediný příklad uvádí vlastní pochybení při manipulaci s klíči: „*A to byla moje hloupost, že jsem zavřela klíče, když jsem odcházela z rodiny, tak jsem klíče, který jsem měla dát do schránky, tak jsem je dala do elektriky, jak tam jsou ty prostě jističe.*” Tato situace však nesouvisí se změnou přístupu k řešení problémů.

Respondent 5 si nedokázal vybavit situaci, kdy by musel modifikovat svůj standardní přístup k řešení problémů: „*To si asi nevzpomenu. Nevzpomenu si.*” Ani po upřesnění dotazu si nevybavil relevantní zkušenost: „*Ne, teď si fakt nevzpomenu.*”

Otázka 9: Jak vám pomáhají nebo překážejí pravidla a postupy vaší organizace při zvládnání náročných situací?

Respondent 1 nevnímá pravidla organizace jako omezující faktor: „*Tak mě tam nepřekáží.*” Zdůrazňuje autonomii při komunikaci s klienty: „*Třeba ten rozhovor s klientem má, nebo tu*

komunikaci si hodně můžu vést po svém." Současně přiznává nedostatečnou znalost formálních postupů pro řešení náročných situací: *„Asi ani si nikde jsou zakotvený, ale já si přesnám, že o nich nevím."* To naznačuje preference intuitivního přístupu založeného na vlastním úsudku: *„Většinou ano,"* odpovídá na otázku, zda situace řeší podle vlastního uvážení.

Respondent 2 identifikuje strukturovaný systém organizačních pravidel: *„Máme určitě, že máme pravidla, musíme se řídit podle, že jo, pokyny a podle... metodický postupy a pokyny, standardy ošetřovatelský."* Současně popisuje praktické limity aplikace těchto postupů v terénu: *„V terénu to jako nikdy nejde, děláme to prostě na učení, tak jak to máme na učení."* Zdůrazňuje nutnost okamžitého řešení situací bez možnosti konzultace pravidel: *„Jsme v terénu a řešíme tu situaci teď hned, takže my prostě musíme to mít v té hlavě... nemůžeme najednou, že jo, v konfliktní situaci, počkejte, tak já se teď podívám... do metodiky."* Respondent reflektuje ambivalentní vztah k pravidlům: *„Někdy nám pravidla, nebo mně osobně někdy pravidla vadí... ale musí... jsme zdravotnická část, musíme se držet pravidla, i když se nám to nelíbí."* Uvádí konkrétní příklad pragmatického přístupu k pravidlům: *„Pravidlo je takový, že nepřijímáme o víkend, ne v pátek odpoledne, ale pravidla jsou toho, aby se porušovaly, takže vždycky se to nějak udělá, aby se ty lidi přijímali."*

Respondent 3 vyjadřuje jednoznačný odstup od formálních pravidel: *„To asi vůbec, protože podle papíru já jako se rozhodně nechovám."* Jeho přístup je založen na intuitivním řešení situací: *„A kdybych řešila nějakou situaci, tak určitě nejdu si přečíst papír. A nebudu se chovat podle papíru, to je jako ne."* Preferuje konzultace s kolegy nad studiem oficiálních postupů: *„Spíš o tom, že si o tom promluvíme s kolegyněma, jak ty by to dělali. Jo, ale ne podle papíru, nikdy."* Tento postoj odráží preferenci praktických, kolaborativních přístupů k řešení problémů nad striktním dodržováním formálních postupů.

Respondent 4 projevuje pozitivní postoj k organizačním pravidlům, což může souviset s jeho aktivní rolí při jejich tvorbě: *„Já to беру tak, že jsem ty pravidla, postupy, všechno jsem vlastně v této vnitřní směrnice jsem ji dělávala."* Pravidla vnímá jako pomocný nástroj poskytující jistotu: *„Takže mě to pomáhá v tom, že když prostě se do toho postupu podívám a je to tak, takže se ujistím, že to je třeba správně."* Oceňuje užitečnost postupů v konkrétních situacích: *„Když bylo nějaký to takový ten pohyb s klientem, že jo, to přemísťování klienta, tak jsem to ráda viděla, jak to je."* Respondent vyjadřuje celkovou spokojenost s nastavenými pravidly: *„Já jsem s tím spokojena. Mně to nevadí, že to je, беру to, že to je nutná věc."* Potvrzuje také logickou koherenci pravidel: *„Tohle je pro mě nelogické, je to napsané dobře? S tím já souhlasím."*

Respondent 5 reflektuje vývojovou fázi organizace a její přístup k pravidlům: *„Já si myslím, že když teda mluvím teď o hospici, tak tím, že jsme prostě mladá organizace, tak my ty postupy nastavujeme a vlastně vnímáme, že když něco nefunguje, tak to změníme."* Oceňuje flexibilitu a adaptabilitu systému pravidel. Na přímou otázku, zda souhlasí s nastavenými postupy, odpovídá: *„Já myslím, že tam s tím není žádný problém,"* což naznačuje spokojenost s aktuálním nastavením organizačních pravidel.

Otázka 10: Když potřebujete podporu, na koho se obrácíte nejčastěji a proč?

Respondent 1 primárně vyhledává podporu u zkušenějších kolegů z multidisciplinárního týmu: *„Nejčastěji se asi obracím na svojí kolegyni. A proč? Protože je zkušenější než já v týhle péči a vím, že o ní tu podporu najdu a že mi dokáže poradit dobře."* Respondent popisuje hierarchický postup při vyhledávání odborné podpory: *„A když se nejsem jistá, tak jdu ještě za jednou"*

kolegyni... Když ani oni neví, tak se obracím na lékaře." Mimo pracovní prostředí nachází emocionální podporu v blízkých vztazích: *„Podporu mimo tým tak mi asi dodává hodně můj partner a moje blízká kamarádka."*

Respondent 2 identifikuje jako hlavní zdroj podpory osobu mimo pracovní prostředí: *„No, je to moje nejlepší kamarádka."* Zdůrazňuje hloubku a kvalitu tohoto vztahu jako klíčové faktory: *„A je to o tom, že ona o mně ví všechno, já o ní vím všechno a vím, že ji můžu všechno říct a že ji můžu důvěřovat a ona důvěřuje mě, no."* Tato odpověď naznačuje význam důvěrného osobního vztahu jako zdroje emocionální podpory mimo profesní kontext.

Respondent 3 vyhledává podporu primárně u kolegů a oceňuje jejich rozmanité profesní zkušenosti: *„Tak na kolegyně. Určitě proto, že kolegyně dělala dřív u osobní asistence, taky u Charity. A myslím si, že tam byla kolem osmi let."* Zdůrazňuje hodnotu sdílení praktických zkušeností: *„Takže taky ví spoustu věcí o lidech, jak se co dělá, jak se přesouvá, manipulaci a tak."* Podobně oceňuje zkušenosti druhé kolegyně: *„A Jana takhle dělala sociální pracovníci několik let v domově pro seniory... A starala se doma o tchýni nebo o maminku, teď nevím."* Reflektuje synergický efekt vzájemné podpory: *„Takže si myslím, že je to fajn se takhle pobavit spolu. A přidá se zase nová zkušenosti a rady."*

Respondent 4 uvádí jako zdroj podpory kolegyně, ačkoli naznačuje spíše pasivní roli při iniciování těchto interakcí: *„Podporu, tak to na kolegynky, že prostě spolupracujeme, takže na ně. Ale já se na ně snad ani neobracím, spíš bych řekla, že se oni obrací na mě."* Popisuje tendenci reagovat na iniciativu druhých spíše než aktivně vyhledávat podporu: *„Večkám, až oni něco vidí, já spíš reaguju na to, co oni vidí, čím oni mě jakoby osloví... Spíš, že oni mě řeknou to, co vidí."* Potvrzuje však, že v případě potřeby by podporu hledala u kolegyň: *„Kdybych já potřebovala podporu... Tak asi u kolegyňek."*

Respondent 5 diferencuje vyhledávání podpory podle povahy řešeného problému: *„Tak asi záleží, jakou situaci řešíme."* Pro problémy související s pacienty preferuje konzultaci s přímými poskytovateli péče: *„Když se ten konflikt týká pacienta, tak to řeším jako s tím ošetřujícím personálem většinou, takže sestřičky sanitářky nebo pečovatelky."* Pro personální záležitosti se obrací na příslušné vedoucí pracovníky: *„Když by se to týkalo jako personálu, tak to zase řeším jako s jejich nadřízenou, takže s naší vrchní sestrou a s paní ředitelkou."* Tento strukturovaný přístup odráží respekt k organizační hierarchii a snahu řešit problémy na odpovídající úrovni.

Otázka 11: Jak vám vyhovuje současné nastavení podpory ve vašem týmu? Co by vám pomohlo ještě více?

Respondent 1 vnímá aktuální podporu v týmu jako přirozenou, ale neformalizovanou: *„Tak ta podpora si myslím, že tam tak nějak vzájemná je mezi náma všema, ale je to taková ta přirozeně lidská podpora."* Identifikuje potřebu strukturovanější formy sdílení: *„Co by mi v tom pomohlo, by bylo asi to mít ty třeba týdenní, ani nechci to nazvat supervizi, ale setkání."* Navrhuje konkrétní formát těchto setkání pro sdílení zkušeností: *„Kdy prostě by si třeba před předáváním pacientů řeklo a tento týden zemřel tenhle dotyčný člověk, tak si říct, kdo tam byl a jak mu třeba přitom bylo."* Zdůrazňuje význam vzájemného učení v týmu: *„A poradit se třeba o tom, jak by tuto situace řešil někdo jiný, protože ji třeba ještě nezažil."* Preferuje zapojení externího facilitátora: *„Určitě někoho zvenčí, který není zainteresovaný do těch vztahů v tom týmu. A aby byl jako nestranná osoba, tak si myslím, že by to bylo příjemné."*

Respondent 2 vyjadřuje spokojenost se současným nastavením podpory: „Myslím si, že vyhovuje. Je to dobrý.“ Zároveň identifikuje časová omezení jako hlavní překážku: „Ale je to málo, protože máme všechny málo času. Ta práce je náročná. Každá máme děti.“ Zmiňuje existující, ale nedostatečně využívané formální podpůrné mechanismy: „A různý team buildingy, na který občas nemáme čas. Máme na ně nárok jednou za rok. Dále, že jo, duchovní obnova každý rok, na kterou má u mě každý zaměstnanec, taky právo a nárok, ale prostě z časových důvodů.“ Reflektuje systémové limity: „I lidí na práci, řekněme, je taky málo. Takže abychom se mohli všechny prostřídat.“

Respondent 3 identifikuje interpersonální konflikty jako hlavní problém současného nastavení podpory, které mohou být zdrojem snižování efektivity práce. „Já nemám proč, takhle nemám potřebu o někom mluvit, když odejde z kanceláře. Naproti tomu vyjadřuje spokojenost s operativní komunikací s kolegy: „Jo, to funguje. Píšeme si, když si nejsme jistí, tak i přes den všechno.“ Poukazuje na nedostatečnou frekvenci supervizí: „Je, no, buď jednou za půl roku, nebo jednou za rok, je to možný. To je málo, tak by to nechtělo být o víc.“

Respondent 4 projevuje adaptivní přístup k existujícímu nastavení podpory: „Já si myslím, že jak to je nastavené, tak to prostě přijímám. Ať jsem byla třeba zvyklá na jiný. Ale prostě to, co tam je, tak nebude hotovo.“ Popisuje pasivní roli při vyhledávání podpory: „Zase čekám na to, kdo si mě osloví, tak jestli nechci mě třeba tohleto řešit nebo tak. Ale zase tomu nechám vám takový nějaký volnej průběh.“ Zmiňuje existenci supervizí a psychologické podpory: „Tohle psychologickou pomoc, to tam taky máme, toho psychologa, ale to určitě nepotřebujeme. A supervize jsou pravidelný.“ Reflektuje omezený dopad supervizí z vlastní zkušenosti: „Co mám já zkušenosti, tak ať se říká, že ta supervize by to mohla vyřešit nebo mi pomoci s lidem, tak už vždycky to je prostě na chvíli. Ale potom to sklouzá zase zpátky, tak jak to prostě je.“ Vyjadřuje však celkovou spokojenost s frekvencí supervizí: „Jednou ročně, nebo dvakrát... Mě to nechybí.“

Respondent 5 hodnotí současné nastavení podpory velmi pozitivně: „Já si myslím, že je to nadstandardní. Je to nadstandardní? Nadlimitní, jo, úplně.“ Potvrzuje kvalitu interpersonálních vztahů: „Ty vztahy jsou dobré? Jo, fakt dobrý. Řekněme, jak tady, tak i na té domácí hospicové péči tam.“ Zmiňuje svou specifickou roli: „Takže já jsem jako většinou lékař na telefonu. Nepřijdu tolik do kontaktu v současné době vlastně s těma sestřičkami.“ Nevyjadřuje potřebu změn v současném nastavení podpory týmu.

Otázka 12: Když se objeví nečekaný problém, podle čeho se rozhodujete, jak ho budete řešit?

Respondent 1 řeší nečekané problémy podle místa jejich výskytu. U klientů nejprve zhodnotí vlastní kompetence a možnosti: „Tak záleží, kde se ten problém vyskytne... když je to u těch našich klientů, tak si řeknu, jak bych to asi mohla vyřešit. Co bych proto mohla ze svých kompetencí udělat.“ Pokud sama nemůže situaci vyřešit, kontaktuje kolegyně nebo lékaře. U organizačních záležitostí upřednostňuje týmové řešení se zapojením stálých pracovníků.

Respondent 2 přistupuje k řešení problémů individuálně v závislosti na konkrétní situaci. Rozlišuje mezi problémy v týmu a problémy v rodinách klientů: „Záleží na situaci toho problému... jestli se to stahuje na mé sestřičky, co se týká kolektivního problému, anebo jestli to je problém rodině.“ Preferuje kolaborativní přístup a společné řešení s kolegyněmi: „Když tam sedí kolegyně a píše zápisy, když není v terénu, tak to zkusíme probrat spolu, dáme hlavy dohromady a snažíme se to vyřešit kolektivně.“

Respondent 3 nepovažuje většinu situací za nečekané, vzhledem k rutinnímu charakteru práce: *"Tak my těch moc nečekaných problémů asi nemáme, protože děláme pořád to samé."* Pokud se přesto objeví něco neočekávaného, konzultuje s kolegyněmi nebo s rodinou klienta. V případě technických problémů (například porucha auta) kontaktuje odpovědnou osobu: *"Tak to voláme technikovi. To je člověk, který se u nás stará o vozopark."*

Respondent 4 vyjadřuje rezignovaný přístup k řešení problémů: *"Já ho neřeším... Já už nerada řeším problémy."* Popisuje se jako introvert, který raději problémy neřeší. V případě nutnosti by se obrátila na přímou nadřízenou: *"nešla bych na vedení, protože vím, že když jsem nastupovala, tak mě říkali hned personální, že jakmile bude nějaký problém a že přijdu a budu to za ní, a paní ředitelka mi to taky říkala."*

Respondent 5 se při řešení nečekaných problémů opírá o minulé zkušenosti: *"No, tak asi záleží na tom, jestli jsem se s tím problémem už jako by setkala a jak jsem ho řešila v minulosti."* Projevuje proaktivní přístup: *"No anebo prostě si vyhrnou rukávy a jdem ho vyřešit, no."* Za klíčový faktor považuje praxi: *"A praxe, praxe asi hodně."*

Otázka 13: Kdo nebo co vám nejvíce pomáhá, když řešíte složitou situaci v práci?

Respondent 1 jednoznačně identifikuje jako hlavní zdroj podpory své kolegyně: *"Tak asi ty moje kolegyně. Furt to jsou ty kolegyně."*

Respondent 2 se při řešení složitých situací spoléhá na svou kamarádku a zástupkyni: *"Je to kamarádka kolegyně Linda, která je zároveň i mojí zástupkyní. Takže s tou řeším hodně."* Zdůrazňuje vzájemnou podporu a dostupnost: *"I když třeba se něco vyvrbí a ona má volno, tak vím, že ji můžu zavolat."* Oceňuje týmový přístup: *"Že jsme v tom moc týmoví, si myslím."*

Respondent 3 také nachází největší oporu u kolegyně: *"Tak to budou asi zase ty kolegyně, protože kdo by mi měl pomoci. Kdybych zavolala kamarádce, tak ta by mi asi moc nepomohla."* Zdůrazňuje význam komunikace: *"A zase co, tak asi nejlepší je zase ta komunikace. Asi to je nejdůležitější, abyste to prostě vyřešili."*

Respondent 4 spoléhá primárně na vlastní úsudek a schopnosti: *"Já se to vždycky prvně všechno rozmyslím sama. Takže já spoléhám tak jako ne, že by byl člověk vše věd, ale na sebe, na svoje schopnosti."* Až v případě nutnosti by vyhledala pomoc: *"Tak kdybych to potřebovala nutně, tak zase kolegynce nebo Eva."*

Respondent 5 vyzdvihuje kvalitu mezilidských vztahů na pracovišti a týmovou spolupráci: *"Tak prostě my tady fakt máme jako nadstandardní vztahy, takže vrchní sestry a paní ředitelka, naše sociální pracovnice, prostě všichni jako dokupy se sejdeme a prostě to vyřešíme."* Shrnuje: *"Takže zase je to o té týmovosti. Jo, určitě, určitě. A komunikaci."*

Otázka 14: Co vám nejvíce pomáhá, když je toho na vás moc v práci celkově?

Respondent 1 v situacích pracovního přetížení praktikuje soustředění na jednu konkrétní činnost: *"Když se potřebuju soustředit na práci, nebo když je toho moc, tak se hodně soustředit na to, co dělám, na tu jednu činnost. Úplně odignorovat tu celou situaci, co se děje v kanceláři."* Jako způsob odreagování preferuje samotu v přírodě: *"Mimo práci, tak asi, že jdu někam ven. Že jdu někam do přírody. Nebo nějaký relax. Prostě v tichu."* Zdůrazňuje potřebu být o samotě: *"Určitě sama, protože ta komunikace s lidmi je hodně vyčerpávající."*

Respondent 2 nachází úlevu ve společných chvílích s kolegyněmi: *"Celkově, pohoda s holkami. Když mě přijedou fakt je toho hodně. A přijedou holky z terénu a sejdeme se, že jsme jako schopní si udělat třeba fakt 20 minut na společný oběd."* Po práci čerpá energii z rodinného života: *"No a pak mě nabijí moje děti. Když přijdu domů a dokážu se úplně od té práce odprostit."* Popisuje náročnost neustálé dostupnosti: *"Jelikož jsem na telefonu 24/7, protože moje číslo je na internetu veřejný."*

Respondent 3 hledá odreagování mimo pracoviště: *"No tak to mi práce určitě nepomáhá. To mi pomáhá právě jít z té práce pryč."* Věnuje se svému koníčku: *"A mám koně, takže většinou jedu za koněm."* V případě přetížení využívá dovolenou nebo krátký odpočinek: *"Takže jsem jela na dva dny na wellness. A bylo to super odreagovat."*

Respondent 4 nachází největší úlevu v návratu domů: *"Doma přijet, přijet domů."* Popisuje pocity z adaptace na novou práci: *"A takže to jsem se cítila hodně, že taková jako vyčerpaná, ale s tím, že jsem se s tím jako sama, musela jsem se probojovat."* Jako hlavní zdroj podpory identifikuje rodinu: *"Takže prostě manžel. Manžel, rodina. Nejvíce pomáhá určitě tak."*

Respondent 5 považuje za užitečné sdílení s kolegy: *"Jít si postěžovat kolegům."* Praktikuje strategii reorganizace pracovních úkolů: *"Tak si to prostě řekneme a nějak se snažíme třeba dočasně tu práci jako... Prostě to vyřeší to akutní, trošku odsunout to, co počká a nějak to jako rozvrstvit v čase."* Mimo práci relaxuje s rodinou a v přírodě: *"Tak určitě jako rodina, syn, příroda, zahrádka."*

Otázka 15: Co děláte jinak při řešení problémů, když jste unavený/á nebo ve stresu?

Respondent 1 se při únavě nebo stresu snaží řešit problémy pouze povrchově a odkládá hlubší řešení: *"Dělám určitě jinak to, že se snažím ten problém vyřešit jen tak jako povrchově uhasit, takzvaně to nejdůležitější. A zkusím ho odsunout na další den, abych si měla čas ho promyslet."* Tuto strategii volí, aby předešla nevhodným reakcím: *"Protože bych mohla být třeba dost nepříjemná, kdybych byla unavená."*

Respondent 2 přiznává tendenci panikařit ve stresových situacích: *"Asi to budu brát na ten stres. Zmatkuju. Dokážu fakt někdy zazmatkovat."* Následně situaci reflektuje a snaží se ji napravit: *"A někdy se mi to rozleží a třeba když to vezmu na rodinu, na pečující, tak třeba pak ještě večer zavolám a proberu to s nima, když už jsem v klidu."*

Respondent 3 řeší problémy v únavě méně naléhavě: *"Tak když jsem unavená, tak si myslím, že ten problém ani tak naléhavě neřeším. Že jsem taková hodně v klidu, protože jsem prostě unavená."* Díky dlouhodobé zkušenosti si udržuje nadhled: *"Jsem tady tak už dost dlouho, tak už taky s hodně věcmi takový stres nemám."* Uvádí příklad kolegyně, která se stresovala i drobnými zpožděními, což ona díky zkušenostem již neprožívá.

Respondent 4 se snaží, aby na ní stres nebyl patrný: *"Já se snažím, aby to nikdo nepoznal, protože ty stresy já se snažím odbourávat sama."* Volí strategii vyčkávání: *"Já to nechávám takzvaně vysumět a neřešit."* Zdůrazňuje svůj pozitivní a duchovní přístup: *"A já vždycky věřím v dobro, takže prostě vždycky... ta dobro a láska, tak tomu vždycky věřím."*

Respondent 5 přiznává větší emotivitu a stručnost v komunikaci: *"No určitě jedním emotivně víc, krátkovět víc. A víc křičím. Někdy je to taky potřeba."*

Otázka 16: Co by vám osobně nejvíce pomohlo, abyste lépe zvládal/a náročné situace v práci?

Respondent 1 by uvítala pravidelná týmová setkání k diskuzi o náročných situacích: *"Asi by mi pomohlo právě mít nějaký ten tým třeba jednou za týden, jednou, kvůli tým za čtrnáct dní, ale pobavit se o těch situacích, ze kterými asi jako nevím rady."* Zmiňuje potřebu supervizí a team buildingů: *"Dál by mi asi taky určitě pomohly pravidelný supervize. Ty si myslím, že jsou dost důležité."* Zdůrazňuje také potřebu psychologické podpory, zejména po náročných zážitcích: *"Abych si mohla s někým z toho v tom týmu jako popovídat. Ale jako ne jako zdravotník, ale jako člověk s člověkem."*

Respondent 2 by potřebovala personální posilu: *"Mít tam kolegyně, zástupky, která by tam byla se mnou. Aby jsme na to byli dvě, protože ty práce je čím dál víc."* Zmiňuje také možnost psychologických intervencí: *"Když by třeba nějaký, nemyslím úplně třeba psychologický sezení s celým tím týmem, i nějaký třeba supervize, nebo nějaký, jak jsme říkali, ty team buildingy."*

Respondentka číslo 3 by ocenila více dovolené: *"No. To by mi pomohlo, abych byla určitě víc odpočata. Takže místo pěti týdnů, bych měla tak deset týdnů."* Zdůrazňuje potřebu lepšího finančního ohodnocení: *"A rozhodně víc peněz."* Upozorňuje na zhoršení finanční situace. Vidí souvislost mezi finanční motivací a zvládáním psychické náročnosti: *"Je to někdy psychicky náročný, a když bych za to měla dobrou motivaci, tak si třeba řeknu, že přežiju to líp než teď."*

Respondent 4 považuje za nejdůležitější faktor praxi a zkušenosti: *"Praxe. To znamená, že čím díl člověk pracuje, tak tím si to prostě víc ověří."* Oceňuje také vzájemné poznání v týmu: *"A potom jsem vždycky ráda za to, že prostě ty lidi kolem, ať to je kdokoliv, takže si sami na sebe zvykneme."* V doplňující části rozhovoru popisuje svou zkušenost s úmrtím klienta, kterou vnímala klidně: *"Klid, pro mě to byl klid. Prostě takový to přirozený, co je."*

Respondent 5 zdůrazňuje význam funkčního týmu a efektivní komunikace: *"Já potřebuji mít jako by kolem sebe dobrý tým, který spolu umí vzájemně komunikovat."* Vyjadřuje potřebu dostatečného odpočinku a zvladatelného množství práce: *"Potřebuji být odpočatá a nemít pocit, že mám ty práce tolik, že ji nedokážu zvládnout."* Na dotaz ohledně supervize či psychologické podpory uvádí: *"To zatím v současné době úplně ne, ty supervize o tom se tady bavíme, že budou, ale zase jako, že jsme prostě takový mladý tým, tak zatím ne."* Zvažuje individuální terapii: *"No a jako napadlo mě, že bych třeba docházela individuálně na nějakou psychoterapii, ale zatím nemám čas."*

4.3 Vyhodnocení výsledků výzkumu

Výzkumná otázka 1: Jaké stresové a konfliktní situace se vyskytují u členů multidisciplinárního týmu v hospicové péči?

Na základě provedených rozhovorů lze identifikovat několik významných kategorií stresových a konfliktních situací, se kterými se členové multidisciplinárního týmu v hospicové péči pravidelně setkávají. Tyto situace lze rozdělit do několika vzájemně propojených oblastí, které společně vytvářejí komplexní obraz pracovní zátěže profesionálů v paliativní péči.

Jednou z primárních kategorií jsou pracovní stresory přímo spojené s péčí o pacienty. Z výpovědí respondentů vyplývá, že pohotovostní telefonáty vyžadující okamžitou reakci představují významný zdroj psychické zátěže. Pracovníci musí být neustále připraveni adekvátně reagovat na akutní krizové situace, což vyžaduje rychlé rozhodování v emocionálně vypjatém kontextu. Výrazným stresorem je také přítomnost u úmrtí klienta, přičemž emocionální náročnost

takových situací se zvyšuje zejména v případech, kdy se jedná o mladší pacienty nebo případy, kde figurují děti. Respondenti rovněž uváděli jako stresující častou potřebu měnit rozpisy služeb v důsledku úmrtí klientů, což narušuje pracovní rutinu a přispívá k pocitu nestability. Dalším rizikovým faktorem jsou situace, kdy dojde k pádu klienta během služby a pracovník je v danou chvíli na místě sám, bez možnosti okamžité fyzické pomoci kolegů.

Komunikační stresory tvoří druhou významnou skupinu. Respondenti popisovali jako mimořádně náročnou komunikaci s rodinami, které nejsou připravené na odchod blízkého člověka nebo mají nerealistická očekávání ohledně možností léčby a průběhu onemocnění. Specifickou komunikační výzvou představují návštěvy u klientů, kteří nejsou informováni o své diagnóze, zatímco rodina tuto informaci zná, ale odmítá ji pacientovi sdělit. Zdravotníci se tak dostávají do eticky komplikované situace mezi respektováním přání rodiny a právem pacienta na informace o vlastním zdravotním stavu. Náročné je také poskytování kritické zpětné vazby kolegům nebo rodinným pečujícím a komunikace s hyperprotektivními příbuznými, kteří mohou svým přístupem paradoxně zvyšovat zátěž pacienta.

Třetí oblast zahrnuje týmové konflikty a interpersonální stresory. Respondenti identifikovali jako zdroj stresu rozdílnost názorů v týmu ohledně léčebného postupu nebo přístupu k rodině v náročných situacích, zejména při umírání klienta. Interpersonální napětí může negativně ovlivňovat pracovní atmosféru. Někteří respondenti také vyjadřovali frustraci z nedostatečné kvality práce ostatních členů zdravotnického týmu, což může vést k narůstajícímu napětí.

Organizační a časové stresory představují čtvrtou identifikovanou kategorii. Respondenti zmiňovali časový tlak a potřebu koordinace péče v dynamicky se měnících podmínkách jako významný stresor. Standardní osmihodinová pracovní doba často nedostačuje pro zvládnutí všech neočekávaných událostí, což vede k přesčasům a riziku vyčerpání. Stres může být umocněn i v období před kontrolami nebo audity, kdy se v týmu projevuje nejistota ohledně průběhu a výsledku těchto procesů.

Z hlediska zdrojů týmových konfliktů respondenti uváděli především různé způsoby komunikace s rodinami pacientů, kdy různí členové týmu mohou komunikovat s rodinou odlišně, což může vést k nedorozuměním. Rozhodnutí o léčebném plánu a klasifikace pacientů podle kódů zdravotního pojištění (zejména rozdíly mezi kódy 925 a 926) může být rovněž zdrojem napětí. Problémy s předáváním informací mezi členy týmu byly označeny jako častý zdroj konfliktů, kdy neúplné nebo nepřesné předání informací může vést k nepřípravenosti pečovatele poskytovat vhodnou péči. Rozdílné názory na strategie péče o pacienty a časový management, včetně situací, kdy někteří členové týmu nedokončí své povinnosti, což vyžaduje kompenzaci ze strany ostatních, byly také identifikovány jako potenciální konfliktní oblasti.

Z výpovědí respondentů je patrné, že většina týmů řeší drobné neshody prostřednictvím přímé komunikace, přičemž důraz je kladen na okamžité řešení problémů, než aby se vytvářela dlouhodobá zášť. Při větších konfliktech se projevuje napětí v pracovním prostředí, které je obvykle řešeno prostřednictvím rozsáhlé diskuse. Někteří respondenti zmínili využití supervize jako nástroje pro řešení neshod, ačkoli její efektivita může být ovlivněna ochotou účastníků otevřeně komunikovat o problémech.

Výzkumná otázka 2: Jaké faktory ovlivňují volbu copingových strategií u členů multidisciplinárního týmu v hospicové péči?

Z analýzy realizovaných rozhovorů vyplývá, že volbu copingových strategií u pracovníků hospicové péče ovlivňuje komplexní soubor vzájemně provázaných faktorů. Jako dominantní se jeví délka praxe a profesní zkušenost, která významně formuje schopnost adaptace na stresové situace. Respondenti s delší praxí popisovali větší emoční stabilitu a klidnější přístup k řešení náročných situací. Tento poznatek koresponduje s tvrzením, že zkušenost vede k rozšíření repertoáru copingových strategií a zvyšuje schopnost jejich efektivního uplatňování v praxi.

Dalším klíčovým faktorem je kvalita mezilidských vztahů na pracovišti a dostupnost sociální opory v rámci týmu. Téměř všichni respondenti zdůrazňovali význam kolegiální podpory při řešení náročných situací. Tato podpora nabývá různých forem - od sdílení praktických zkušeností přes emocionální oporu až po společné řešení problémů. Zvláště významná je role zkušenějších kolegů, kteří představují zdroj znalostí a jistoty v nestandardních situacích. Zajímavé je, že respondenti s delší praxí častěji zmiňovali potřebu systémových a strukturálních změn (např. posílení personálu), zatímco pracovníci s kratší zkušeností více akcentovali emocionální podporu.

Osobnostní charakteristiky představují další významný faktor ovlivňující volbu copingových strategií. Z výpovědí respondentů vyplývá různorodost v základních přístupech k řešení problémů – někteří preferují aktivní konfrontaci a systematické řešení, jiní volí strategie vyhýbání se problémům nebo jejich odložení. Tyto tendence pravděpodobně odrážejí dlouhodobě formované osobnostní rysy, jako je míra extraverze, neuroticismu nebo otevřenosti vůči zkušenosti. Osobnostní predispozice pak interagují s konkrétními požadavky situace a vytvářejí specifické vzorce zvládání stresu, což odpovídá interakčnímu přístupu ke copingu.

Organizační faktory významně formují kontext, v němž dochází k volbě copingových strategií. Z analýzy vyplývá, že nastavení pracovní doby, míra pracovní zátěže, jasnost rolí a odpovědností, dostupnost supervize a psychologické podpory determinují, jaké copingové strategie pracovníci volí. Respondenti, kteří pociťovali nedostatek systémové podpory, častěji využívali individuální strategie zaměřené na emoce. Naopak v prostředí s jasnými pravidly a dostupnou podporou se častěji objevovaly strategie zaměřené na problém.

Charakter pracovních úkolů a typ stresoru představuje další významný faktor. Respondenti rozlišovali mezi různými typy náročných situací (komunikace s rodinou pacienta, péče o umírajícího, fyzická náročnost péče, administrativní zátěž) a pro každou z nich volili odlišné strategie zvládání. Tento diferenciovaný přístup svědčí o schopnosti adaptace na specifické požadavky různých pracovních úkolů a situací.

Míra vzdělání a specifické profesní kompetence ovlivňují jistotu pracovníků při řešení náročných situací. Respondenti s komplexnějším vzděláním v oblasti paliativní péče vyjadřovali větší sebedůvěru při zvládání profesních výzev a častěji používali strategie zaměřené na problém. Naopak pracovníci s pocitem nedostatečné odborné přípravy častěji popisovali nejistotu a tendenci spoléhat se na zkušenější kolegy.

Fyzický a psychický stav pracovníka v daném okamžiku představuje významný situační faktor. Respondenti uváděli, že v situacích únavy nebo stresu mění své obvyklé copingové strategie – například odkládají řešení problémů, jednají emotivněji nebo vyhledávají více sociální podpory.

Tento poznatek zdůrazňuje dynamickou povahu copingových strategií, které se mění v závislosti na aktuálních zdrojích a kapacitách jedince.

Dostupnost mimopracovních zdrojů regenerace představuje další důležitý faktor. Respondenti často zmiňovali význam rodinného zázemí, koníčků a času stráveného v přírodě jako zdrojů psychické odolnosti a energie pro pracovní život. Tyto mimopracovní zdroje zvyšují celkovou psychickou kapacitu pracovníků a ovlivňují jejich schopnost efektivně zvládat pracovní stres.

Významným faktorem ovlivňujícím volbu copingových strategií je také finanční ohodnocení práce. Někteří respondenti explicitně zmiňovali nedostatečné finanční ohodnocení jako faktor snižující motivaci a psychickou odolnost při zvládání náročných situací. Tento aspekt je zajímavý zejména v kontextu hospicové péče, kde je práce emocionálně náročná a adekvátní finanční ohodnocení může být vnímáno jako forma uznání a kompenzace této náročnosti.

Věk a fáze profesního života se ukazují jako další proměnné ovlivňující přístup ke zvládání stresu. Starší pracovníci častěji projevovali větší nadhled a stabilitu při řešení náročných situací, zatímco mladší kolegové popisovali intenzivnější emocionální reakce a větší potřebu podpory. Tento rozdíl může souviset nejen s délkou praxe, ale i s vývojovými úkoly různých životních fází a s postupnou kumulací životních zkušeností.

Na základě analýzy rozhovorů lze identifikovat specifické copingové strategie, které respondenti využívají při zvládání pracovního stresu v hospicové péči. Respondenti vykazovali různorodé copingové strategie od těch zaměřených na řešení problému (vyhledávání podpory u zkušenějších kolegů, reorganizace pracovních úkolů podle priority) po strategie zaměřené na emoce (vyhledávání samoty v přírodě, trávení času s rodinou, věnování se koníčkům). Volba strategií se ukázala jako dynamický proces ovlivněný jak dlouhodobými, tak situačními faktory, který se vyvíjí s rostoucí praxí a zkušenostmi.

5 Diskuze

Náš výzkum odhalil, že pracovníci hospicové péče čelí komplexním stresovým situacím, které lze kategorizovat do čtyř hlavních oblastí: pracovní stresory spojené s přímou péčí o pacienty, komunikační stresory, týmové konflikty a organizační stresory. Volba copingových strategií je ovlivněna řadou faktorů, přičemž jako nejdůležitější se jeví délka praxe, kvalita mezilidských vztahů a dostupnost sociální opory.

Tato zjištění korespondují s výzkumem Melvin (2015), který potvrzuje, že zdravotníci v paliativní péči jsou vystaveni fyzickému, emocionálnímu, spirituálnímu a psychologickému distresu v důsledku prolongovaného kontaktu s pacienty a pečujícími v období závažného onemocnění. Podobně Cross (2019) ve své konceptuální analýze soucitné únavy (compassion fatigue) v paliativní péči identifikovala opakované vystavení utrpení a stresorům jako klíčové antecedenty rozvoje soucitné únavy.

Naše zjištění o týmových konfliktech jsou podobná výsledkům, které prezentuje Slocum-Gori et al. (2011 in Hotchkiss 2018), kteří zjistili, že interpersonální konflikty a komunikační nedostatky patří mezi hlavní faktory přispívající k stresu v hospicových týmech.

V oblasti copingových strategií naše výsledky korespondují se studií Dijxhoorn et al. (2021), která identifikovala vyšší věk a delší praxi v paliativní péči jako protektivní faktory vůči syndromu vyhoření. Autoři uvádějí: "Být starší a mít více zkušeností s poskytováním paliativní péče je spojeno s nižším rizikem (symptomů) vyhoření" (Dijxhoorn et al., 2021, s. e42). Tato studie také zjistila, že zdravotníci uváděli průměrně 3,7 různých copingových aktivit, nejčastěji hovor s kolegy (84%), volnočasové aktivity jako sport či zahradničení (84%), peer coaching (50%) a týmové konzultace (40%), což odpovídá spektru strategií identifikovaných v našem výzkumu.

Význam sociální opory, který zdůrazňovali naši respondenti, potvrzuje i systematická přehledová studie Papwortha et al. (2022), kteří analyzovali 23 studií zaměřených na psychologickou pohodu hospicového personálu. Autoři identifikovali kvalitní pracovní vztahy jako jeden z klíčových faktorů podporujících psychickou pohodu.

Cross (2019) zdůrazňuje význam jasných protokolů a standardů jako prevenci soucitové únavy: "Identifikace únavy ze soucitu pro tuto profesi pomáhá usnadnit rozpoznání symptomů pro skupinu, která se pravidelně setkává s utrpením pacientů" (Cross, 2019, s. 21). To naznačuje potřebu hledat rovnováhu mezi formalizovanými postupy a prostorem pro intuitivní řešení založená na zkušenosti.

Anderson a Bruery (2021) ve své studii upozorňují, že přílišná byrokratizace může být jedním z faktorů přispívajících k pracovnímu stresu v paliativní péči, což koresponduje s našimi zjištěními o organizačních stresorech. Tito autoři také zdůrazňují potřebu vyvážení pracovního a osobního života a pěstování resilience jako klíčových strategií prevence vyhoření, což odpovídá významu mimopracovních zdrojů regenerace, který zdůrazňovali naši respondenti.

Harris a Griffin (2015) poukazují na to, že rozpoznání příznaků soucitné únavy je klíčové pro snížení jejího výskytu, zlepšení péče o pacienty a udržení sester v profesi, která již nyní trpí nedostatkem personálu. Toto zjištění podtrhuje význam našich výsledků pro praxi a potřebu

vytvoření víceúrovňového systému psychologické podpory pro pracovníky multidisciplinárních týmů v hospicové péči.

Závěr

Tématem bakalářské práce byly strategie zvládání multidisciplinárního týmu v hospicové péči. Hlavním cílem práce bylo identifikovat stresové a konfliktní situace, kterým čelí členové multidisciplinárního týmu v hospicové péči, a analyzovat faktory, které ovlivňují jejich volbu copingových strategií při zvládání těchto situací. Pro dosažení stanoveného cíle byla použita kvalitativní výzkumná metoda, konkrétně polostrukturované rozhovory s pěti respondenty reprezentujícími různé role v multidisciplinárním týmu hospicové péče. Výzkumné otázky se zaměřovaly na identifikaci stresových a konfliktních situací a analýzu faktorů ovlivňujících volbu strategií jejich zvládání.

Výzkum ukázal, že pracovníci hospicové péče čelí celé řadě stresových situací, které lze rozdělit do několika kategorií: přímé pracovní stresory (např. nutnost rychlé reakce na pohotovostní telefonáty, časté změny rozpisů služeb v důsledku úmrtí, přítomnost u úmrtí klienta), komunikační obtíže (především náročné rozhovory s rodinami a etická dilemata), konflikty v týmu (rozdílné názory na léčebné postupy, napětí mezi kolegy) a nedostatečné organizační podmínky (časový tlak, nejasné role). Týmové konflikty se většinou řeší přímou komunikací nebo podrobnou diskusí, někdy s využitím supervize závislé na otevřenosti účastníků. Copingové strategie jsou ovlivňovány délkou praxe, mírou týmové a sociální opory, osobnostními charakteristikami a organizačními faktory. Pracovníci volí různé přístupy od praktického řešení problémů (konzultace s kolegy, úprava plánů) až po emoční regulaci (čas na odpočinek, rodina, koníčky). Klíčovou potřebou zůstává vytvoření systému komplexní psychologické podpory reflektující specifika hospicové práce.

Primárním doporučením je zavedení pravidelných týmových setkání specificky zaměřených na sdílení náročných případů a emočně vypjatých situací. Několik respondentů explicitně vyjádřilo potřebu platformy, kde by mohli diskutovat o obtížných případech nikoliv z odborného, ale z lidského hlediska. Tato setkání by měla probíhat ideálně v týdenním nebo dvoutýdenním cyklu a být jasně oddělena od provozních porad. Jejich cílem by nemělo být primárně řešení medicínských postupů, ale poskytnutí bezpečného prostoru pro vyjádření emocí a vzájemnou podporu. Pro maximální efektivitu je doporučeno, aby tato setkání vedl zkušený facilitátor, který dokáže udržet psychologicky bezpečné prostředí a pomáhat členům týmu reflektovat své prožitky.

Druhou úrovní psychologické podpory by měly být pravidelné supervize vedené externím odborníkem. Z výzkumu vyplývá, že současné nastavení supervizí je často nevyhovující – některé týmy reportují příliš nízkou frekvenci (jednou za půl roku nebo dokonce jednou ročně), což je pro prevenci kumulativního stresu nedostatečné. Doporučujeme zavedení supervizí minimálně na měsíční bázi s možností požádat o mimořádnou supervizi po obzvláště náročných případech (např. po úmrtí mladého pacienta nebo po sérii několika úmrtí v krátkém časovém období). Významným faktorem úspěšnosti supervize je volba supervizora, který má zkušenosti s paliativní péčí a rozumí specifickým nárokům tohoto prostředí.

Komplementárním opatřením k formálním podpůrným strukturám by mělo být vytváření prostoru pro neformální interakce v týmu. Respondenti opakovaně zmiňovali hodnotu společných obědů, přestávek a chvil sdílení mimo pracovní kontext. Vedení hospicových zařízení by mělo vědomě podporovat tyto příležitosti ke spontánnímu sdílení vytvářením vhodných

prostor (například příjemné odpočinkové zóny) a času (chráněné pauzy během pracovního dne, které nebudou narušovány provozními požadavky).

Efektivita těchto opatření by měla být pravidelně vyhodnocována, ideálně pomocí standardizovaných nástrojů měřících hladinu stresu, riziko vyhoření a soucitné únavy u pracovníků hospicové péče. Doporučujeme provádět anonymní hodnocení míry psychické zátěže v půlročních intervalech, což umožní včas identifikovat negativní trendy a upravit podpůrné mechanismy.

Výzkum jednoznačně identifikoval komunikaci s rodinami pacientů jako jeden z hlavních zdrojů stresu a potenciálních konfliktů v multidisciplinárním týmu. Zvláště náročné jsou situace, kdy rodina není připravena na blížící se úmrtí blízkého, má nerealistická očekávání od léčby nebo není ochotna sdělit pacientovi pravdu o jeho diagnóze. Tyto situace vyžadují specifické komunikační dovednosti, které není možné získat pouze intuitivně nebo v rámci standardního zdravotnického vzdělání.

Doporučujeme vytvořit a implementovat komplexní vzdělávací program zaměřený na komunikaci v paliativní péči, který by byl povinnou součástí adaptačního procesu každého nového člena týmu a byl by průběžně prohlubován během celé profesní dráhy. Tento program by měl zahrnovat teoretickou přípravu pokrývající psychologické aspekty komunikace s umírajícími a jejich blízkými, etické principy sdělování nepříznivých zpráv a specifika komunikace v kulturně rozmanitém prostředí.

Klíčovou složkou vzdělávacího programu by měl být praktický nácvik náročných konverzací prostřednictvím modelových situací a rolových her. Tyto tréninky by měly simulovat různé komunikačně obtížné scénáře, jako je sdělování nepříznivé prognózy, komunikace s rodinou v popření, řešení konfliktů mezi členy rodiny ohledně léčebného postupu nebo komunikace s hyperprotektivními příbuznými. Důležitou součástí těchto cvičení by měla být práce s konkrétními formulacemi a frázemi, které mohou pracovníci použít, a okamžitá zpětná vazba od zkušených lektorů.

Výzkum identifikoval jako významný zdroj stresu a potenciálních konfliktů také nedostatečné předávání informací mezi členy multidisciplinárního týmu. Tento problém je umocněn dynamickou povahou hospicové péče, kde se stav pacientů může rychle měnit a kde často dochází k neplánovaným změnám v rozpisech služeb. Proto doporučujeme zavedení komplexního systému pro efektivní management informací a koordinaci péče.

Primárním doporučením je implementace strukturovaného formátu předávání informací mezi směny, který zajistí, že všechny důležité informace budou systematicky sdíleny. Tento formát by měl vycházet z osvědčených metodik jako je SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation) nebo ISBAR, které poskytují jasnou strukturu pro předávání klinických informací. Zároveň by měl být doplněn o specifické položky relevantní pro hospicovou péči, jako jsou informace o psychickém stavu pacienta, komunikaci s rodinou, spirituálních potřebách nebo předpokládaném vývoji stavu.

Pro efektivní řešení změn v rozpisech služeb, které respondenti identifikovali jako významný stresor, doporučujeme vytvoření transparentního systému plánování služeb s jasnými pravidly pro neplánované změny. Tento systém by měl zahrnovat flexibilní rezervu v podobě pracovníků, kteří mohou být povoláni v případě zvýšené potřeby, spravedlivou distribuci změn mezi všichni

členy týmu a kompenzační mechanismy (finanční nebo časové) pro pracovníky, kteří přebírají dodatečné služby.

Výzkum ukázal, že délka praxe a úroveň profesních kompetencí jsou významnými faktory ovlivňujícími schopnost zvládat stres v hospicové péči. Zároveň byla identifikována potřeba adekvátního finančního ohodnocení a vyváženosti mezi pracovním a osobním životem. Na základě těchto zjištění doporučujeme komplexní přístup k podpoře profesního rozvoje a vytváření zdravého pracovního prostředí.

Primárním doporučením je zavedení strukturovaného mentorského programu pro nové pracovníky. Každý nový člen týmu by měl být po dobu minimálně šesti měsíců párován se zkušeným kolegou, který by poskytoval nejen odborné vedení, ale také emocionální podporu. Mentoři by měli být pro tuto roli speciálně připraveni a jejich mentorská činnost by měla být uznána jako součást jejich pracovní náplně s adekvátní časovou dotací. Mentorský vztah by měl zahrnovat pravidelná setkání, společné návštěvy u pacientů (s jejich souhlasem) a postupné předávání odpovědnosti.

Pro kontinuální profesní rozvoj doporučujeme vytvoření individualizovaných rozvojových plánů, které by zohledňovaly specifické potřeby a aspirace každého pracovníka. Tyto plány by měly být sestavovány ve spolupráci s přímým nadřízeným a pravidelně aktualizovány. Součástí podpory profesního rozvoje by měl být transparentní systém financování dalšího vzdělávání, včetně účasti na konferencích, kurzech a stážích. Hospicová zařízení by měla aktivně podporovat své pracovníky v získávání specializačního vzdělávání v paliativní péči a vytvářet podmínky pro aplikaci nově nabytých znalostí v praxi.

S ohledem na význam adekvátního finančního ohodnocení, který byl identifikován ve výzkumu, doporučujeme pravidelný přezkum platových podmínek ve srovnání s obdobnými zařízeními a implementaci transparentního systému odměňování, který zohledňuje nejen délku praxe, ale také dosažené vzdělání, specializace a mimořádné pracovní výkony. Součástí tohoto systému by měly být i různé formy nefinančního ocenění, jako je uznání přínosu pracovníků na týmových setkáních, možnost participace na inovativních projektech nebo zvláštní benefity po zvláště náročných obdobích.

Pro podporu rovnováhy mezi pracovním a osobním životem doporučujeme implementaci flexibilních forem práce tam, kde je to možné, a důsledné dodržování pracovní doby. Z výzkumu vyplývá, že pracovníci často řeší pracovní záležitosti i mimo standardní pracovní dobu, což přispívá k jejich vyčerpání. Doporučujeme jasné vymezení očekávání ohledně dostupnosti mimo pracovní dobu a vytvoření systému rotace pohotovostí, který zajistí, že žádný pracovník nebude neúměrně zatížen. Zároveň by měl být kladen důraz na efektivní plánování služeb, které zohlední potřeby pracovníků s rodinnými povinnostmi.

Výzkum také poukázal na význam harmonických mezilidských vztahů v týmu. Proto doporučujeme aktivní práci na budování týmové kultury založené na vzájemném respektu, otevřené komunikaci a uznání přínosu každé profese zastoupené v multidisciplinárním týmu. K tomu může přispět pravidelná zpětná vazba, tréninky týmové spolupráce a jasné mechanismy pro řešení interpersonálních konfliktů.

Provedený výzkum otevírá několik zajímavých směrů pro další zkoumání. Jedním z nich je realizace rozsáhlejšího kvantitativního šetření na větším vzorku respondentů z různých

hospicových zařízení, které by umožnilo generalizaci zjištěných poznatků. Přínosné by bylo také provedení longitudinální studie sledující vývoj copingových strategií u pracovníků v různých fázích profesní dráhy, což by umožnilo lépe pochopit proces adaptace na stresové prostředí hospicové péče. Dalším námětem je komparativní studie porovnávající strategie zvládání stresu v různých typech hospicových zařízení (lůžkový hospic vs. domácí hospicová péče) nebo v různých kulturních kontextech. V neposlední řadě by bylo cenné realizovat výzkum zaměřený na efektivitu různých forem podpory a supervize, který by poskytl empirický základ pro optimalizaci podpůrných systémů v hospicové péči.

Zjištění této práce mohou sloužit jako podklad pro cílené intervence zaměřené na prevenci stresu a vyhoření u pracovníků hospicové péče, což v důsledku může přispět ke zkvalitnění poskytované péče a dlouhodobé udržitelnosti těchto náročných profesí. Podpora psychické pohody pracovníků hospicové péče by měla být vnímána nejen jako prostředek k zajištění kvality péče o pacienty, ale také jako etická povinnost vůči těm, kteří denně poskytují péči a podporu lidem v závěrečné fázi života.

Seznam použitých zdrojů

ANDERSON, Aimee, BRUERA, Eduardo. Staff stress and burnout in palliative care. In: *Textbook of Palliative Medicine and Supportive Care*. CRC Press, 2021. p. 727-734.

BALDWIN, Moyra, WOODHOUSE, Jan. *Key concepts in palliative care. Key concepts series*. London: SAGE. 2011. ISBN 978-1-84860-871-9

BARNETT, Michael D.; REED, Christopher M.; ADAMS, Cassidy M. Death attitudes, palliative care self-efficacy, and attitudes toward care of the dying among hospice nurses. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 2021, 28: 295-300. Online. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10880-020-09714-8>

BETKE, Katarzyna; BASIŃSKA, Małgorzata Anna; ANDRUSZKIEWICZ, Anna. Sense of coherence and strategies for coping with stress among nurses. *BMC nursing*, 2021, 20.1: 107. Online. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12912-021-00631-1>

BRATSKÁ, Mária. *Zisky a straty v záťažových situáciách, alebo, Príprava na život*. Bratislava: Trade Leas, 2001. ISBN 80-7094-292-4.

CARNEGIE, Dale, CARNEGIE, Dorothy (ed.). *Jak se zbavit starostí a začít žít*. Čtvrté vydání. Praha: Beta, 2015. ISBN 978-80-7306-650-5.

CARNEGIE, Dale. *Jak překonat starosti a stres*. Vydání druhé, v tomto provedení první. Praha: Práh, 2023. ISBN 978-80-7252-846-2.

Co je perinatální hospic, © 2020. [online]. Jihočeské dítě v srdci. Dostupné z: <http://ditevsrdci-jc.cz/co-je-per-hospic/>

CROSS, Lisa A. Compassion fatigue in palliative care nursing: A concept analysis. *Journal of Hospice a Palliative Nursing*, 2019, 21.1: 21-28.

ČOK, Milan. 2024. Osobní asistence. Online. Dostupné z: <https://www.osobniasistence.cz/?tema=5aarticle=1>

DIEHL, Elisabeth, et al. Burdens, resources, health and wellbeing of nurses working in general and specialised palliative care in Germany—results of a nationwide cross-sectional survey study. *BMC nursing*, 2021, 20: 1-16. Online. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12912-021-00687-z>

DIJXHOORN, Anne-Floor Q., et al. Healthcare professionals' work-related stress in palliative care: a cross-sectional survey. *Journal of pain and symptom management*, 2021, 62.3: e38-e45.

DOS SANTOS, Naira Agostini Rodrigues, et al. Coping strategies used by oncology palliative care nurses: an integrative review. *Cogitare Enferm [Internet]*, 2016, 21.3: 1-7. Online, dostupné z: https://www.redalyc.org/journal/4836/483653826025/483653826025_2.pdf

DREYFUS, Hubert L., WRATHALL, Mark A. (ed.). *Skillful coping: essays on the phenomenology of everyday perception and action*. New York: Oxford University Press, 2016. ISBN 978-0-19-877729-8.

DUNDELOVÁ, Jana. *Aplikovaná sociální psychologie*. 2., přeprac. vyd. V Brně: Mendelova univerzita, 2012. ISBN 978-80-7375-665-9.

- FOLKMAN, Susan; MOSKOWITZ, Judith Tedlie. Coping: Pitfalls and promise. *Annu. Rev. Psychol.*, 2004, 55.1: 745-774. Online. Dostupné z: <https://www.annualreviews.org/content/journals/10.1146/annurev.psych.55.090902.141456>
- FREIRE, Paulo. *Pedagogy of the oppressed*. 50th anniversary edition. New York: Bloomsbury Academic, an imprint of Bloomsbury Publishing, 2018. ISBN 978-1-5013-1413-1.
- GLANZ, Karen; RIMER, Barbara K.; VISWANATH, Kasisomayajula (ed.). *Health behavior: Theory, research, and practice*. John Wiley a Sons, 2015. Online. Dostupné z: https://books.google.com/books?hl=cs&lr=aid=PhUWCgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR11&dq=Journal+of+Health+and+Social+Behavior&ots=foPdVDeI&sig=MLsfJ_n_ftook5Zbz6RF1re5X00
- Harris C, Griffin MTQ. Nursing on empty: compassion fatigue signs, symptoms, and system interventions. *J Christ Nurs*. 2015;32(2):80-87.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2., přeprac. vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-471-3.
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Páté, přepracované vydání. Praha: Portál, 2023. ISBN 978-80-262-1968-2.
- HOTCHKISS, Jason T. Mindful self-care and secondary traumatic stress mediate a relationship between compassion satisfaction and burnout risk among hospice care professionals. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*®, 2018, 35.8: 1099-1108.
- IVERSEN, Amy; RUSHFORTH, Bruno; FORREST, Kirsty. How to handle stress and look after your mental health. *BMJ*, 2009, 338. Online. Dostupné z: <https://www.bmj.com/content/338/bmj.b1368.full>
- JELÍNKOVÁ, Jarmila. *Jihočeské dítě v srdci* [online]. 2020 [cit, 20.12.2024]. Dostupné z: <https://ditevsrdci.cz/detail/cz/sloucilo-se-s-nami-jihoceske-dite-v-srdci>
- KEBZA, Vladimír. *Jak zvládat stres*. Praha: Státní zdravotní ústav, 2007. Dostupné také z: <http://kramerus.medvik.cz/search/handle/uuid:MED00158720>.
- KISVETROVÁ, Helena. *Péče v závěru života*. Praha: Maxdorf, 2018. ISBN 978-80-7345-496-8.
- KLIMENT, Pavel. *Zvládací (copingové) odpovědi v pomáhajících profesích*. Monografie. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014. ISBN 978-80-244-4206-8.
- KOŽINOVÁ, Dagmar. *Jak zvládnout stres a posílit odolnost*. Grada Publishing as, 2022. Online. Dostupné z: https://books.google.com/books?hl=cs&lr=aid=tyazEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT2&dq=jak+zvl%C3%A1dat+stres&ots=K-aeQxS12E&sig=_Z1twUhyIDf5jIobnTXyIGqWyLM
- LAM, Chun Bun; MCBRIDE-CHANG, Catherine A. Resilience in young adulthood: The moderating influences of gender-related personality traits and coping flexibility. *Sex roles*, 2007, 56: 159-172. Online. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11199-006-9159-z>
- MA, Ruo Han, et al. Paediatric oncology ward nurses' experiences of patients' deaths in China: A qualitative study. *BMC nursing*, 2021, 20: 1-8. Online. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12912-021-00720-1>

MARKOVÁ, Alžběta. *Hospic do kapsy: příručka pro domácí paliativní týmy*. 3. aktualizované vydání. Praha: Cesta domů, 2021. ISBN 978-80-88126-77-5.

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

MARTÍNEZ-ZARAGOZA, Fermín, et al. When and how do hospital nurses cope with daily stressors? A multilevel study. *Plos one*, 2020, 15.11: e0240725. Online. Dostupné z: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0240725>

Melvin CS. Historical review in understanding burnout, professional compassion fatigue, and secondary traumatic stress disorder from a hospice and palliative nursing perspective. *J Hosp Palliat Nurs*. 2015;17(1):66-72.

MILLOVÁ, Katarína; KOHOUTEK, Tomáš a BLATNÝ, Marek. 2008. *Osobnostné aspekty zvládania záťaže*. Dostupné také z: <https://e-psycholog.eu/pdf/milova-etal.pdf>.

NEŠPOR, Karel. *Přirozené způsoby zvládání stresu*. Praha: Raabe, 2019. ISBN 978-80-7496-443-5.

NEŠPOR, Karel. *Sebeovládání: stres, rizikové emoce a bažení lze zvládat!*. PORTÁL sro, 2015. Online. Dostupné z: <https://books.google.com/books?hl=cs&lr=aid=fuVJEAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA16&dq=jak+p%C5%99ekonat+stresa&ots=nRiMMLGqD&sig=V2Bo6H6uTn3PVAgt1JpHkfeXqyQ>

Osobní asistence. *Co je hospicová péče?* Online. Dostupné z: <https://www.osobniasistence.cz/?tema=3&article=1>

PALÍŠEK, Pavel. Stresové situace a jejich zvládání v období adolescence. *Československá psychiatrie*, 11, 3, 148, 2007, 156.

PAPWORTH, Andrew, et al. Psychological well-being of hospice staff: systematic review. *BMJ Supportive a Palliative Care*, 2023, 13.e3: e597-e611.

PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské odolnosti*. 2., přepracované a doplněné vydání. Psyché. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-247-5646-2.

RADBRUCH, Lukas et al. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě doporučení evropské asociace pro paliativní péči*. S. I.: Cesta domů a Česká společnost paliativní medicíny. 2010. ISBN 978-80-904516-1-2.

SELYE, H, and C FORTIER. "Adaptive reaction to stress." *Psychosomatic medicine* vol. 12,3 (1950): 149-57. doi:10.1097/00006842-195005000-00003

SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK. *Paliativní medicína pro praxi*. 2., nezměn. vyd. Praha: Galén, c2011. ISBN 978-80-7262-849-0.

SVATOŠOVÁ, Marie a Aleš PALÁN. *Neboj se vrátit domů*. Praha: Kalich, 2018. Rozhovory (Kalich). ISBN 978-80-7017-249-0.

SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 6., dopl. vyd. V Kostelním Vydří: APHPP, 2008. ISBN 978-80-7195-307-4.

ŠTĚDRÁ, Lucie. *Ošetrovatelství. Texty k sociální práci. Vybrané kapitoly z teorií a metod sociální práce*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2013. ISBN 978-80-7435-306-2.

VOZKOVÁ, Anna. *Copingové strategie*. Poradenské centrum UJEP. Online. Dostupné z: <https://poradenske-centrum.ujep.cz/cs/copingove-strategie/>

Přílohy

Příloha A: Souhlas s nahráváním rozhovoru a se zpracováním osobních údajů

Já, níže podepsaný/á,

uděluji tímto souhlas s nahráváním rozhovoru v rámci výzkumu pro bakalářskou práci na téma „Copingové strategie multidisciplinárního týmu v hospicové péči“.

1. Účel nahrávání a anonymizace

Nahrávka bude použita výhradně k vědeckým a studijním účelům, a to za účelem analýzy a interpretace odpovědí. Veškeré získané informace budou anonymizovány – v žádné části výzkumu nebude uvedeno mé jméno ani jiné identifikovatelné údaje.

2. Zpracování osobních údajů

V souladu s obecným nařízením o ochraně osobních údajů (GDPR) souhlasím se zpracováním svých osobních údajů za účelem realizace tohoto výzkumu. Poskytnuté údaje nebudou sdíleny s třetími stranami a budou uchovávány pouze po dobu nezbytně nutnou k vyhotovení bakalářské práce.

3. Dobrovolnost a možnost odvolání souhlasu

Tento souhlas uděluji dobrovolně. Beru na vědomí, že mám právo jej kdykoliv odvolat, a to bez udání důvodu. V případě odvolání budou veškeré mé údaje a nahrávky neprodleně smazány.

Datum: _____

Místo: _____

Podpis respondenta: _____

Podpis výzkumníka: _____

Příloha B: Otázky pro rozhovory

1. Jaké situace považujete ve své práci za konfliktní nebo stresující?
2. Které konkrétní situace nebo chvíle pociťujete jako nejvíce stresující?
3. Jak poznáte, že je stres v týmu na vzestupu?
4. Co považujete za nejčastější zdroj konfliktů mezi členy multidisciplinárního týmu?
5. Jakým způsobem obvykle řešíte drobné neshody či nedorozumění v týmu?
6. Co se děje, pokud vznikne větší konflikt?
7. Jak se liší vaše zvládání náročných situací dnes oproti době, kdy jste začínal/a pracovat v hospici?
8. Vzpomenete si na situaci, kdy jste musel/a změnit svůj obvyklý způsob řešení problému? Co vás k tomu vedlo?
9. Jak vám pomáhají nebo překáží pravidla a postupy vaší organizace při zvládání náročných situací?
10. Když potřebujete podporu, na koho se obracíte nejčastěji a proč?
11. Jak vám vyhovuje současné nastavení podpory ve vašem týmu? Co by vám pomohlo ještě více?
12. Když se objeví nečekaný problém, podle čeho se rozhodujete, jak ho budete řešit?
13. Kdo nebo co vám nejvíce pomáhá, když řešíte složitou situaci v práci?
14. Co vám v práci nejvíce pomáhá, když je toho na vás moc v práci celkově?
15. Co děláte jinak při řešení problémů, když jste unavený/á nebo ve stresu?
16. Co by vám osobně nejvíce pomohlo, abyste lépe zvládal/a náročné situace v práci?