

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2024

Anna Thielová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Duševní hygiena nelékařských zdravotnických pracovníků v terénní hospicové
péči

Bakalářská práce

2024

Anna Thielová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2022/2023

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Anna Thielová**
Osobní číslo: **Z21180**
Studijní program: **B0913P360008 Zdravotnické záchranářství**
Téma práce: **Duševní hygiena nelékařských zdravotnických pracovníků v terénní hospicové péči**
Téma práce anglicky: **Mental hygiene of paramedical personnel in mobile hospice care**
Zadávající katedra: **Katedra klinických oborů**

Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanové metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**
Rozsah grafických prací: **dle zadání vedoucího práce**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

- BEDRNOVÁ, E. et al., 2015. *Management osobního rozvoje: duševní hygiena, sebeřízení, efektivní životní styl*. 2., aktual. a dopl. vyd. Praha: Management Press. 424s. ISBN 978-80-7261-381-6.
- HENDL, Jan, 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál. 438s. ISBN 978-80-262-0982-9.
- KALVACH, Zdeněk, 2019. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. Praha: Cesta domů. 152s. ISBN 978-80-88126-54-6.
- MARKOVÁ, Monika, 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Sestra (Grada). Praha: Grada. 128s. ISBN 978-80-247-3171-1.
- RABOCH, J. et al., 2019. *Duševní zdraví a životní styl: psychiatrie životním stylem*. Edice postgraduální medicíny. Praha: Mladá fronta. 296s. ISBN 978-80-204-5501-7.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Petra Šimková**
Katedra klinických oborů

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2022**
Termín odevzdání bakalářské práce: **30. dubna 2024**

L.S.
doc. RNDr. ThLic. Karel Sládek, Ph.D., MBA v.r.
děkan

Mgr. Zuzana Červenková, Ph.D. v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 5. března 2024

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Práci s názvem „*Duševní hygiena nelékařských zdravotnických pracovníků v terénní hospicové péči*“ jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 30.04.2024

Anna Thielová v.r.

PODĚKOVÁNÍ

Chtěla bych velmi poděkovat paní Mgr. Petře Šimkové za ochotu, přístup a cenné rady při vedení mé bakalářské práce. Také bych chtěla moc poděkovat všem zúčastněným respondentkám, které si udělaly ve svém nabitém programu čas a poskytly mi skvělé rozhovory na zpracování. Na závěr musím velmi poděkovat své rodině, bez jejíž podpory bych nebyla schopná bakalářskou práci napsat.

ANOTACE

Tato bakalářská práce pojednává o tématu duševní hygieny nelékařských zdravotnických pracovníků pracujících v agenturách terénní hospicové péče. Teoretická část práce se skládá ze dvou hlavních částí. První z nich se týká oboru duševní hygiena a s ním související problematiky syndromu vyhoření a druhá část se zabývá paliativní a mobilní hospicovou péčí.

Výzkumná část práce je provedena pomocí kvalitativní metody polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovor se snaží zjistit podobu informovanosti nelékařských zdravotnických pracovníků mobilních hospiců o oboru duševní hygiena, jaké konkrétní metody duševní hygieny tyto zdravotníci u sebe praktikují a zda je v agenturách poskytující terénní hospicovou péči řešena otázka duševního zdraví zaměstnanců.

KLÍČOVÁ SLOVA

Nelékařský zdravotnický pracovník, paliativní péče, terénní hospicová péče, Česká Republika, duševní hygiena, syndrom vyhoření

TITLE

Mental hygiene of paramedical personnel in mobile hospice care.

ANNOTATION

This Bachelor's work deals with the topic of mental hygiene of paramedical personnel working in agencies of mobile hospice care. Theoretical part of this work consists of two main parts. The first one deals with the field of mental hygiene and the related issue of the burnout syndrome while the second part discusses palliative care and mobile hospice care

The research part of the thesis is carried out in the form of qualitative method of semi-structured interview. The interview tries to find out about the knowledge of the paramedical personnel about mental hygiene, particular forms of mental hygiene of paramedical personnel working in mobile hospice care and if the agencies providing mobile hospice care somehow take care of mental health of their employees.

KEYWORDS

Paramedical personnel, palliative care, mobile hospice care, Czech Republic, mental hygiene, burnout syndrome

OBSAH

Úvod.....	11
1 Cíle a metody práce	12
Teoretická část	13
2 Duševní hygiena	13
2.1 Duševní zdraví	13
2.1.1 Duševní zdraví v ČR.....	14
2.2 Metody duševní hygieny	15
2.2.1 Životní styl.....	15
2.2.2 Sebepoznání	17
2.2.3 Pozitivní myšlení	18
2.2.4 Mezilidské vztahy	19
2.2.5 Relaxační techniky.....	19
2.2.6 Mindfulness	20
2.3 Syndrom vyhoření.....	21
2.3.1 Stres	21
2.3.2 Rizikové faktory	22
2.3.3 Prevence.....	23
3 Terénní hospicová péče	24
3.1 Paliativní péče	24
3.1.1 Dělení paliativní péče	25
3.2 Mobilní specializovaná paliativní péče v ČR.....	25
3.2.1 Indikace.....	26
3.2.2 Počet poskytovatelů MSPP v ČR.....	26
3.2.3 Multidisciplinární tým	27
Výzkumná část.....	29
4 Metodika výzkumné části	30

5	Interpretace dat	33
6	Diskuze	52
7	Závěr	58
8	Použitá literatura	60
9	Přílohy.....	65

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1 - Kódy patřící do kategorie č.1	33
Obrázek 2 - Kódy patřící do kategorie č.2	36
Obrázek 3 - Kódy patřící do kategorie č.3	39
Obrázek 4 - Kódy patřící do kategorie č.4	42
Obrázek 5 - Kódy patřící do kategorie č.5	45
Obrázek 6 - Kódy patřící do kategorie č.6	49
Tabulka 1 – Seznam zúčastněných respondentů.....	31

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
cca.	cirka
CNS	Centrální nervová soustava
ČLS JEP	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
ČR	Česká republika
DH	Duševní hygiena
FZS	Fakulta zdravotnických studií
GTM	Grounded theory method
MBI	Maslach burnout inventory
mj.	mimo jiné
MSPP	Mobilní specializovaná paliativní péče
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České Republiky
NLZP	Nelékařský zdravotnický pracovník
PPS	Palliative performance score
resp.	respektive
Resp.	Respondent
tj.	tj.
tzv.	takzvaně
UPCE	Univerzita Pardubice

ÚVOD

Duševní zdraví obyvatel České Republiky (ČR) se každým rokem zhoršuje. I přesto jde však stále o téma, které není mezi širokou veřejností a ani mezi samotnými zdravotníky bráno s odpovídající vážností. Což je špatně, protože pokud se o daném problému nebude dostatečně mluvit, lidé, kteří potřebují v tomto ohledu pomoci, se k pomoci nemusí dostat včas. Z tohoto důvodu se bakalářská práce zaměřuje na obor duševní hygieny (DH) představující jednu z významných preventivních metod, která má za cíl dosáhnout a zachovat kvalitní fyzické, a především duševní zdraví (NZIP; MZČR, 2020; Vobořilová, 2015).

Konkrétní prostředí, ve kterém bylo téma DH zkoumáno, představovaly mobilní hospice. Tato zařízení byla zvolena, protože stejně jako zdravotničtí záchranáři, což je obor studovaný výzkumníkem bakalářské práce, poskytují svou péči v terénu, bez bezprostřední podpory ostatního zdravotnického personálu a jsou tak kladeny zvýšené nároky na jejich schopnosti samostatného rozhodování a jednání (Marková, 2010).

Teoretická část bakalářské práce nejdříve vysvětluje, co přesně znamená pojem DH a co konkrétně tento obor zahrnuje. V jednotlivých kapitolách jsou vysvětleny některé z metod DH a DH je posléze dána do souvislosti se syndromem vyhoření představujícím jedno z rizik povolání, jako je například právě nelékařský zdravotnický pracovník (NLZP) v terénní péči, která jsou vykonávána v těsném kontaktu s lidmi. Dále je v této části práce stručně charakterizován pojem paliativní péče a je popsána současná situace v poskytování terénní hospicové péče v ČR.

Praktická část bakalářské práce mapuje, co si NLZP pracující v terénní hospicové péči představují pod oborem DH, jak konkrétně se starají o své duševní zdraví a jestli je jim v této péči poskytována podpora ze strany zaměstnavatele. Zvolenou výzkumnou metodou byl kvalitativní způsob polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovory byly vedeny s celkem šesti respondentkami a na základě jejich výpovědí vzniklo větší množství významových jednotek, které jsou v kapitole interpretace dat sloučeny do kategorií a jednotlivé kategorie následně vysvětleny a navzájem propojeny. Záměrem práce je, nejen studentům zdravotnického záchranářství, zprostředkovat inspiraci a rady od zkušených zdravotníků terénní péče, jak je možné se o své duševní zdraví efektivně starat.

1 CÍLE A METODY PRÁCE

Cíl práce

Cíle teoretické části:

- Stručně charakterizovat obor duševní hygieny se zaměřením na konkrétní metody tohoto druhu hygieny spolu s nastíněním problematiky syndromu vyhoření jako následek nedostatečné DH
- Popsat současnou situaci terénní hospicové péče v ČR

Cíle výzkumné části:

- Hlavní průzkumný cíl – zjistit informovanost o duševní hygieně u nelékařských zdravotnických pracovníků terénní hospicové péče
- Dílčí průzkumný cíl I. – zjistit, jak konkrétně se zdravotní sestry terénní hospicové péče starají o své duševní zdraví
- Dílčí průzkumný cíl II. – zjistit, zda je agenturami poskytující terénní hospicovou péči řešena otázka duševního zdraví vlastních zaměstnanců

Metody k dosažení cíle

Teoretická část práce se skládá ze dvou hlavních částí, jedna z nich je zaměřena na téma duševní hygieny, druhá poté na téma týkající se terénní hospicové péče. Obě části jsou zpracovány metodou literární rešerše.

Výzkumná část je zpracována kvalitativní metodou polostrukturovaného rozhovoru. Při analýze bylo čerpáno z metody zakotvené teorie. Respondenty rozhovoru tvořil nelékařský zdravotnický personál pracující v mobilních hospicích.

TEORETICKÁ ČÁST

2 DUŠEVNÍ HYGIENA

Duševní hygiena, jinak řečeno psychohygiena, či mentální hygiena, má mnoho možností vysvětlení. Dle Bedrnové a kolektivu (2015, s. 18) jde „o obor zabývající se bezprostředně problematikou uchování fyzického a duševního zdraví.“ DH je nástroj, jehož využití může člověku pomoci lépe se vyrovnávat se stresem, díky tomu snadněji dosáhnout duševní rovnováhy a kvalitní duševní zdraví si udržet a dále s ním pracovat. Využití DH je přínosné především v oblasti prevence poruch duševního zdraví, dále je možné ji použít pro zlepšení mezilidských vztahů, pro zkvalitnění pracovního výkonu a v neposlední řadě samozřejmě také ke zvýšení osobní spokojenosti a vyrovnanosti. Zjednodušeně lze DH shrnout v soubor teoretických rad a samotných aktivit mající za cíl naučit jedince zvládat zátěžové situace v běžném životě a tím sloužit za jeden ze způsobů prevence vzniku duševních onemocnění (Hrnčíř, 2016, s. 126; VOZP).

Je ale možné DH chápat i v širší perspektivě, a to jako „interdisciplinární obor, zaměřující se na otázky hledání a nalézání efektivního způsobu života, optimální životní cesty pro každého člověka.“ (Bedrnová a kol., 2015, s. 18) V DH proto nemusí jít pouze o prosté udržení jedince ve fyzické a duševní kondici, ale zároveň je na ni možno nahlížet jako na prostředek napomáhající k seberealizaci, k rozvoji osobnosti zohledňující sociální a přírodní prostředí, ve kterém se daný člověk pohybuje (Vobořilová, 2015, s. 11).

DH je jako samostatný obor relativně mladá, a to i navzdory faktu, že otázky, kterými se zabývá, byly řešeny už od období starověku. DH své odborné vědecké základy čerpá z mnoha různých vědních oborů, přírodovědných i společenských. Vědní disciplína, jejíž vznik a tím i nově objevené poznatky nejvíce přispěly pro rozvoj DH, je psychologie. Toto filozofické odvětví se prvně objevilo na konci 19. století a má ve středu zájmu psychiku nejen nemocného, ale i zcela zdravého člověka. První snahy o osvětu veřejnosti o tématu DH a jejím významu v prevenci duševních poruch a onemocnění, se však objevily až na počátku 20. století (Bedrnová a kol., 2015, s. 20; Vobořilová, 2015, s. 15-16; Tremblay, 2021).

2.1 Duševní zdraví

Podle definic uvedených výše je jedním z hlavních cílů DH dobré duševní zdraví. To je podle Světové zdravotnické organizace (2022) „stav duševní pohody, která člověku umožňuje vyrovnat se se stresem v běžném životě, realizovat se v rámci svého potenciálu, pracovat a učit

se dobře a přispívat svou činností komunitě, do které patří“ (WHO, 2022). Duševní zdraví je jeden z hlavních pilířů v lidském životě, bez kterého nelze být skutečně zcela zdravý. Není to pouhá nepřítomnost nemoci. Lépe řečeno jde o dynamický stav, kdy jedinec prosperuje. Proto i člověk, který nemá aktuálně diagnostikované žádné duševní onemocnění se nemusí zároveň těšit dobrému duševnímu zdraví a naopak (CMHA, 2016).

Faktory, mající vliv na duševní zdraví, jsou různorodé. Mezi ty protektivní patří dobré společenské dovednosti, schopnost pracovat s vlastními emocemi, kvalitní sociální prostředí, ve kterém se člověk pohybuje, práce, co ho naplňuje apod. Naopak mezi negativní faktory lze zařadit nedostatečné emoční dovednosti, užívání návykových látek, nepříznivé ekonomické a environmentální okolnosti. Nicméně pouhá nepřítomnost nebo přítomnost zmíněných faktorů neznamena automatické zhoršení či zlepšení duševního zdraví (WHO, 2022).

2.1.1 Duševní zdraví v ČR

V České republice je téma duševního zdraví, resp. duševních onemocnění jako takových ještě stále velmi stigmatizováno, nejen mezi širokou veřejností, ale i mezi samotnými zdravotníky. Z výzkumu neziskové organizace Nevypusť duši společně s T-mobile v roce 2022 vyšlo najevo, že 17 % z celkového počtu 505 dotazovaných souhlasí s výrokem, že duševně nemocní lidé představují nebezpečí pro své okolí, s tím že dalších 49 % odpovědělo, že možná. To vše i přesto, že k roku 2021 přes 750 tisíc Čechů trpělo na nějaké psychické onemocnění. To je oproti roku 2010, kdy nemocných bylo cca. 615 tisíc, nárůst o více než dvacet procent. Tento celkový počet nemocných ale nemusí být definitivní, protože na základě dat z výše zmíněného výzkumu pouze 6 % lidí potvrdilo, že by se se svými starostmi a problémy svěřilo odborníkovi. Zbytek by své problémy nejdříve řešil buď sám/a, nebo s blízkými, rodinnými příslušníky apod. Mezi nejčastější diagnózy patří poruchy nálad, jako deprese, smíšená úzkostně depresivní porucha, depresivní epizody, dystymie a poruchy přizpůsobení (NZIP; MZČR, 2020; Nevypusť duši, 2022).

Ministerstvo zdravotnictví ČR proto pro zlepšení situace vypracovalo Národní akční plán pro rok 2020 až 2030. Tento plán obsahuje pět hlavních strategických cílů, mezi něž patří zlepšení řízení a poskytování péče v oblasti duševního zdraví, zajištění rovnosti příležitostí na duševní zdraví, ochrana práv osob duševně nemocných a zajištění dostupnosti služeb v oblasti duševního zdraví (MZČR, 2020).

2.2 Metody duševní hygieny

Stejně jako například u dentální hygieny, jedním z hlavních principů DH je snaha o pravidelné praktikování určitých aktivit, které mají za cíl pozitivně ovlivnit duševní pohodu jedince a zároveň zmírnit působení vlivů negativních. Těchto aktivit je velké množství, nicméně nejsou mezi nimi žádné takové, které by mohly být samostatně brány za univerzální prostředek zaručeně vedoucí ke kvalitnímu životu. Každý člověk je neopakovatelná jedinečná osobnost, proto každý z nás bude upřednostňovat a budou u něj fungovat jiné druhy aktivit a DH tak bude vypadat u každého odlišně. Aby si ale člověk mohl racionálně vytvořit svůj vlastní přístup k životu, praktikovat svou vlastní účinnou DH, je nutné, aby se seznámil se všemi zákonitostmi jeho vztahu s vlastním vnitřním i vnějším prostředím (Bedrnová a kol., 2015, s. 12-15; Tremblay, 2021).

2.2.1 Životní styl

Výživa

Mezi základní pravidla zdravé výživy patří pravidelnost příjmu potravy, ideální je rozdělit denní příjem do tří až pěti porcí. Denně by se měla konzumovat zelenina i ovoce v minimální dávce 400 gramů, přičemž zeleniny by mělo být dvakrát více než ovoce a každý den by se také na jídelníčku měly objevit mléčné výrobky. Luštěniny je dobré jíst alespoň jednou za týden a ryby minimálně dvakrát. Důležité je udržet stravu pestrou. Hlavními živinami obsaženými v potravě jsou proteiny, sacharidy a lipidy. Tyto živiny by měly být optimálně v dietě zastoupeny v poměru 15 % bílkovin, méně než 30 % tuků a sacharidy, jako hlavního zdroje energie, kolem 50 %. Svou úlohu v řádné výživě hrají i tzv. mikronutrienty jako jsou minerály a vitamíny (SPV, 2021; Raboch et al., 2019, s. 70-79).

Nekvalitní výživa má významné následky na funkci lidského mozku, a tím i na duševní zdraví celkově. Například pro metabolismus neurotransmiterů, jako serotonin nebo dopamin, je potřeba celá řada enzymů, které mohou plnit svou funkci pouze pokud je jim z potravy dodávána dostatečná dávka minerálů a vitamínů. Samotná střevní mikroflóra je napojena na mozkovou aktivitu pomocí vagového nervu, a skrze něj si tyto dvě jednotky vyměňují informace. Vagový nerv má současně i vliv na regulaci emočního chování v mozku a nejnovější studie proto předpokládají možnou souvislost mezi nízkou rozmanitostí mikroflóry a horším psychickým zdravím. Za nejideálnější dietu je pokládána tzv. mediteránní dieta. Tato dieta se skládá až z poloviny ze zeleniny, dále pak z potravin bohatými na omega 3 mastné kyseliny a bílkoviny, jako jsou ryby, sýry, ořechy apod. (Raboch et al., 2019, s. 70-79; Rucklidge et al., 2021).

Spánek

Potřebné množství spánku je velmi individuální, pro dospělého člověka se pohybuje někde mezi pěti až devíti hodinami. Zda je množství spánku pro daného jedince adekvátní se nehodnotí pouze na základě samotné délky jeho spánku, ale spíše jestli je druhý den schopen běžným způsobem fungovat a necítí se příliš unavený. Člověk je tvor s biorytmem uzpůsobeným aktivitě ve dne a lidský spánkový rytmus tak řídí hormon melatonin, který je vyplavován, pokud se organismus nachází ve tmě. Tím pádem je důležité, aby v místnosti, kde člověk spí, byla opravdu co největší tma, světelný smog spánek kazí, a to především světlo modré (počítače, televize apod.). Ložnice by neměla být příliš vytápěná, optimální teplota je kolem 18 °C. Před spaním není dobré příliš jíst nebo vykonávat náročnou duševní aktivitu. Člověk by měl usilovat o pravidelnost času, kdy se ukládá ke spánku a také kdy vstává, bez ohledu na to, v kolik hodin šel předchozí den spát. Je vhodné si vytvořit nějaký rituál před spaním, jako například teplá sprcha nebo četba. Právě v nedodržování spánkové hygieny, ve změnách v cirkadiánním rytmu nebo v přílišném stresu tkví nejčastější překážky dobrého spánku. Spánek je přitom nutný pro správné fungování kognitivních funkcí v mozku jako je paměť nebo také pro emoční prožívání, neboť právě během spánku dochází k jejich optimalizaci. Nekvalitní a nedostatečný spánek není jen následek psychických onemocnění, ale může být i jednou z jejich příčin (Honzák, 2015, s. 59-69; Suni, Dimitriu, 2023).

Pohybová aktivita

Obecně doporučované množství fyzické aktivity za jeden týden se rovná 150 minutám střední až velmi intenzivní aktivity. Nicméně alespoň minimální pravidelná pohybová aktivita je pro člověka prospěšnější než vůbec žádná. Pozitivní dopad pravidelného pohybu na fyzické i duševní zdraví je nesporný, naopak jeho nedostatek může ovlivnit celkovou mortalitu a zvýšit ji až o 30 %. U lidí, kteří pravidelně cvičí, je možné ve většině případů pozorovat větší duševní pohodu, kvalitnější sebevědomí a lepší náladu. Skrze fyzickou aktivitu je možné zlepšit a tělo naučit, jak zvládat stres. Pohybová aktivita nepředstavuje jenom volnočasové aktivity jako cvičení, ale zahrnuje také veškerý pohyb, který vykonáváme v zaměstnání, při starání se o domácnost a související s dopravou. Není proto nutné vykonávat, například sport, na profesionální úrovni, aby se daná aktivita mohla považovat za účinnou. I obyčejná pravidelná delší chůze je považována za dobrou a prospěšnou formu pohybové aktivity. Při výběru vhodného způsobu pohybu je důležité především, aby jedince daná aktivita, pokud možno co nejvíce bavila a byla pro něj v jeho v běžném životě dostupná (Raboch et al., 2019, s. 83-87; Manhindru et al., 2023).

Time management

Time management je dovednost efektivního hospodaření s časem a tím vedoucí ke zlepšení pracovního výkonu, a hlavně celkové duševní pohody. Obsahuje tři složky. První je strukturování času, což zahrnuje rozplánování si dne na čas strávený spánkem, čas na práci a nezapomenout při tom zároveň ani na důležitost odpočinku a prostoru pro věnování se koníčkům. Při plánování času je v první řadě důležité přiřadit priority daným úkolům a podle nich se při organizaci času řídit. Vhodné je také vytváření si určité rutiny, kdy se budou konkrétní věci vykonávat. Větší úkoly si rozdělit na jednotlivé menší a nejnepříjemnější úkoly udělat co nejdříve. Dalším aspektem time managementu je ochrana vlastního času. To znamená stanovení si takových hranic, kdy člověk vykonává, co je pro něj důležité a nutné, ale zároveň ví, kdy má říct ne, když už je nějaký úkol mimo jeho povinnosti a není pro něj nijak přínosný. Poslední část time managementu zahrnuje schopnost adaptace svého času na změny, jinými slovy flexibilní plánování, které je schopno reagovat na nově vzniklé situace a okolnosti (Aeon et al., 2021; Lochmannová, 2021, s. 38-40).

2.2.2 Sebepoznání

Jedním z rysů lidského myšlení, které může potencionálně představovat nebezpečí pro duševní zdraví je tzv. toulavá mysl, anglicky mind-wandering, stav, kdy člověk je sice bdělý, ale zároveň není v mysli přítomný v aktuálním okamžiku a vědomě neovládá myšlenky honící se mu hlavou. Za den může člověk průměrně strávit až 50 % svého bdělého stavu právě těmito toulavými myšlenkami. S mind-wandering úzce souvisí a částečně se i překrývá pojem ruminace. Člověk tzv. ruminuje, když si pořád dokola v hlavě přehrává negativní myšlenky, většinou směřované na vlastní osobu, které nemají žádné konstruktivní vyústění a jedinec je nedokáže korigovat. Tyto nezvladatelné proudy myšlenek následně člověka vyčerpávají a mohou figurovat jako jedno z rizik vzniku různých druhů psychických onemocnění (Tremblay, 2021; American psychological organization, 2018).

Do DH proto patří i snaha o sebepoznání, o porozumění našich myšlenek a emocí a způsobu jejich prožívání. Jen pokud člověk zná sám sebe, svoje silné a slabé stránky, teprve potom s nimi může začít pracovat. Existuje mnoho možností pomáhajících získat vhled na vlastní nitro. Pravidelné, nejlépe každodenní, bilancování, toho, co člověk zvládl nebo nezvládl udělat, co se mu zrovna povedlo či nepovedlo, co při tom člověk zažíval apod. přispívá ke zlepšení sebeuvědomění, je snadnější si díky tomu poté urovnat vlastní potřeby a motivy a podle toho upravit či zachovat konkrétní vzorce určitého chování. Každý den si vyhradit nějaký čas pouze na sebe, na sebereflexi, kdy si člověk dopřeje prostor nutný pro pojmenování a uvědomování si

vlastních prožitků a emocí. Psaní deníků jakožto možnost verbalizovat a tím zkonkretizovat a utřídit si své myšlenky je další vhodná metoda. V neposlední řadě je také užitečné být vnímavý k chování a postojům druhých vůči vlastní osobě, které o ní může mnoho vypovídat (Lochmannová, 2021, s. 27-28; Vávrová, 2015).

Kvalitní duševní zdraví neznamená se neustále cítit veselý, šťastný a plný energie. To, že se občas jedinec cítí ne úplně v kondici je naprosto přirozené a lidské. Z tohoto důvodu je důležité být schopen se vyznat v tom, co právě člověk cítí a naučit se se svými emocemi pracovat a vhodným způsobem, který respektuje jednak vlastní osobu, tak i okolí, je dávat najevo. Nepotlačovat je v sobě, nedusit, ani je ale naopak nepřehrávat. Emoce musí být adekvátně zpracovány, jinak mohou jedince zcela ovládnout, bez toho, aniž by si toho byl sám vědom. Naučit se pracovat s vlastními emocemi tudíž obnáší nalezení vhodné možnosti, jak ze sebe dané emoce dostat na povrch. Těmito možnostmi může být například rozhovor s přítelem, poslech hudby nebo fyzická aktivita (Boryshenko, 2018, s. 166-172; CMHA, 2016).

2.2.3 Pozitivní myšlení

Jednou z nejdůležitějších podmínek tohoto způsobu myšlení je vybudování zdravého sebevědomí, přijetí sebe samotného se všemi dobrými vlastnostmi i nedostatky. Mít se rád není sobecké, ale naopak naprosto fundamentální pro vlastní duševní pohodu. Člověk může milovat a respektovat ostatní, pouze pokud toho je schopen nejdříve sám u sebe. Každý má svoje slabé stránky, nemá proto smysl se neustále porovnávat s ostatními lidmi a zbytečně se za vlastní nedostatky trestat a být na sebe až příliš tvrdý (CMHA, 2016; Vávrová, 2015).

K pozitivnímu myšlení patří i prevence v podobě praktikování vděčnosti, snaha koukat na věci kolem sebe spíše z pohledu jejich kladů než negativ. Naučit se být vděčný nejen za velké příjemné události, ale i za různé drobnosti nacházející se v každodenním životě. Vděční jedinci dokážou být více přizpůsobivý, flexibilní a celkově vykazují větší tendenci pro lepší duševní pohodu. Jednou z metod pro posílení a pěstování vděčnosti je například psaní deníku vděčnosti. Nejlépe každý den před spaním si zapsat, co bylo daný den hezké a za co je člověk vděčný. Nemusí to být žádné velké věci, stačí jakákoliv maličkost. Podobně funguje i tzv. sklenice vděčnosti, což je metoda, kdy kdykoliv se stane něco hezkého, daná osoba to zapíše na papírek a vhodí do k tomu předem vyhrazené sklenice. Kdykoliv poté nastane náročná situace, člověk se může k takto nashromážděným záznamům vrátit a připomenout si okamžiky, ve kterých mu bylo dobře (Lochmannová, 2021, s. 13-17; Vávrová, 2015).

2.2.4 Mezilidské vztahy

Existují dva typy lidí, extroverti a introverti. Introverti jsou lidé spíše uzavřenější, tišší a trvají více času se otevřít lidem, které neznají. Naopak extroverti nové kontakty navazují snadno a velmi rádi a užívají si být ve středu pozornosti. Ať už má ale člověk kterýkoliv z těchto rysů osobnosti, dobré a kvalitní sociální vztahy potřebuje vždy. Pro zachování duševní pohody jsou sociální dovednosti nepostradatelné. Kvalitní vztah by měl být oboustranný, lidé by v něm měli být schopni být sami sebou, nastavit si vlastní hranice, ale zároveň respektovat odlišnosti toho druhého. Komunikovat nejen o příjemných věcech ale i o problémech, které člověk nesmí v sobě dusit a schovávat (Azri, 2022, s. 119-129).

Jedním z nejvhodnějších způsobů komunikace je tzv. asertivita. Asertivní jedinec si je vědom svých potřeb a emocí a dokáže je, ne však na úkor druhých, poctivě vyjádřit či obhájit. K základním rysům asertivního chování patří schopnost požádat o to, co potřebujeme, umět přijmout i vyjádřit pochvalu a kritiku, zastávat vlastní názor, bez neustálého vysvětlování proč, a především umět říct ne. Mezi hlavní asertivní techniky se řadí tzv. technika poškrábané gramofonové desky, dále pak technika otevřených dveří a přijatelný kompromis (Honzák, 2015, s. 185-189).

2.2.5 Relaxační techniky

Relaxační techniky jsou takové metody DH, jejichž hlavní cíl je zmírnění a zbavení se stresu. Dvěma zástupci těchto technik jsou progresivní svalová relaxace a autogenní trénink. Hlavní myšlenka progresivní svalové relaxace tkví v předpokladu, že když v těle během působení stresu dochází ke svalovému napětí, tak musí zároveň fungovat i mechanismus opačný, a to, že při svalové relaxaci dochází ke zklidnění. Tato technika se praktikuje individuálně i skupinově. Člověk, usazený buďto na židli nebo vleže, během ní postupně zatíná a následně povoluje jednotlivé skupiny svalů a všímá si rozdílu mezi napětím a relaxací. Od svalů v obličeji až po špičky nohou opakovaně, na nejčastěji deset sekund, dochází k natažení svalů a jejich následnému náhlému uvolnění, které by mělo trvat déle než kontrakce, cca. dvacet sekund. Ze začátku by se tato technika měla provádět na klidném místě, teprve poté, co si ji jedinec osvojí, ji lze provádět kdykoliv a kdekoliv, když během dne dojde k napětí (Raboch, 2019, s. 97-98; Hanson et al., 2022, s. 22-23).

Autogenní trénink funguje na podobném principu jako výše zmíněná progresivní svalová relaxace. Je ale složitější na provedení, kompletní osvojení trvá i několik měsíců. Při autogenním tréninku dochází k hluboké relaxaci, která je za pomoci sugesce navozená

představami tíhy a tepla v jednotlivých částech těla. Člověk si před zahájením relaxace zvolí pohodlnou polohu, opět buď vleže nebo v sedě v mírné předklonu s rukami opřenými o stehna. Rušivé vnější vlivy by měli být omezeny na minimum. Nejdříve jenom pár chvil leží, soustředí se na své vlastní tělo a pomalu a klidně dýchá. Poté už jen stačí, aby se pasivně soustředil a plnil poskytované instrukce. Na závěr si pro sebe zopakuje, že je klidný a uvolněný a s těmito slovy se relaxace ukončí (Raboch, 2019, s. 98; Hanson et al., 2022, s. 66-68).

Během akutních stresových situací, kdy stres jedince ohrožuje tady a teď, jsou využitelná také dechová cvičení. Hluboké břišní dýchání, nebo jinak nazývané brániční, ovlivňuje přímo i nepřímo sympatické a parasympatické dráhy těla, protože nervus phrenicus je v úzkém spojení s nervus vagus. Při dechovém cvičení si člověk nejdříve položí jednu ruku na břicho, druhou na hrudník. Důležité je soustředit se pouze na vlastní dech, pomalu se nadechnout nosem, dech na pár vteřin zadržet a posléze volně vydechnout pootevřenými ústy. Tento postup je pro dosažení účinnosti třeba několikrát opakovat. Dechová cvičení se mohou využívat kdykoliv, nicméně je vhodné je pro lepší efekt nejdříve nacvičit někde v klidu v soukromí ještě předtím, než k akutní stresové situaci dojde (Bedrnová et al., 2015, s. 290-291; Bankovská Motlová, 2021).

2.2.6 Mindfulness

Hlavním principem mindfulness, podobně jako u jiných meditačních cvičení, je práce s pozorností. Cílem praktikování této techniky je uvědomování si a prožívání přítomného okamžiku, aniž by ho člověk jakkoliv vnitřně soudil či hodnotil. Člověk prostě pouze je a naplno vnímá své nitro a okolí všemi smysly. To totiž není samo o sobě jednoduché, protože lidský mozek má sklony na aktuálně prožívaný okamžik nahlížet nejen skrze sensorické vjemy získávané prostřednictvím smyslů, ale kombinuje je i s dříve uloženými paměťovými stopami. Kvůli této tendenci proto člověk posléze v podstatě nevnímá objektivní realitu, ale pouze její obraz zkreslený vlastní pamětí (Raboch et al., 2019, s. 254-259; Zhang et al., 2021).

Základní myšlenka mindfulness staví na zjištění, že u lidí dlouhodobě praktikujících meditace došlo k nejen funkčním, ale i morfologickým změnám v CNS. Četnými výzkumy bylo prokázáno, že techniky mindfulness snižují hladiny stresových markerů, jako je hormon kortizol, a zároveň mají vliv na tzv. default mode network, což je neuronová síť v mozku aktivující se v případech, kdy se člověk plně nesoustředí na aktuální okolní dění a jeho pozornost je obrácená směrem do sebe. Dlouhodobé cvičení technikami mindfulness má za následek snížení aktivity této mozkové struktury u člověka v klidu a v návaznosti na to dochází k útlumu

toku neřízených, na vlastní osobu zaměřených myšlenek, emocí a fantazií. To následně může sloužit jako protektivní faktor rozvinutí určitých psychických onemocnění, jako je třeba depresivní porucha, protože právě tyto nemoci jsou spojovány s hyperaktivitou default mode network. Dále je možné u jedinců provádějících mindfulness pozorovat zlepšení prosociálního chování, více otevřené postoje a zároveň snížení předsudků, agrese a hněvu (Raboch et al., 2019, s. 254-259; Zhang et al., 2021; Tremblay, 2021).

Dva nejnámější programy technik mindfulness, nejčastěji představující osmítýdenní kurz s jedním celodenním sezením, jsou mindfulness-based stress reduction a mindfulness-based cognitive training. Je také možné dělit techniky mindfulness na formální, zahrnující pravidelné provádění určitých praktik, jako je meditace, a techniky neformální. Těmito neformálními technikami se myslí jakákoliv aktivita prováděná s všímavou pozorností kdykoliv během běžného každodenního života. Patří mezi ně například všímavé mytí rukou, kdy se během mytí rukou člověk soustředí pouze na tuto jednu konkrétní činnost a při tom si všímá a snaží se v mysli pojmenovat všechny sensorické vjemy na něj působící a všechny pocity, které při nich zažívá (Bankovská Motlová, 2021; Zhang et al., 2021; Hasson, 2015, s. 9-10).

2.3 Syndrom vyhoření

Pojem syndrom vyhoření se poprvé v odborné literatuře objevil v 70. letech minulého století a jeho autorem je Herbert. J. Freudenberger. Znamená „*psychický stav charakterizovaný vyčerpáním a snížením pracovní výkonnosti v důsledku dlouhodobého a intenzivního stresu, a vyskytuje se hlavně u osob, jež pracují s lidmi.*“ (Pešek, Praško, 2016, s. 16) Zahrnuje tři složky mezi které patří vyčerpání, depersonalizace neboli odosobnění vyznačující se zvýšenou mírou cynismu a emočním distancem od práce i ostatních lidí a nízkou sebedůvěrou ve vlastní schopnosti a tím i odváděnou práci. Syndrom se rozvíjí postupně, od fáze počátečního idealistického nadšení, přes fázi stagnace, frustrace až po fázi apatie, která, pokud není vhodně řešena, končí už samotným syndromem vyhoření. Nejedná se o duševní onemocnění v pravém slova smyslu, ale na druhou stranu tento syndrom může vést k rozvinutí deprese, či úzkosti, a to už skutečné choroby opravdu jsou. Maslach Burnout Inventory, zkráceně MBI je skórovací systém, podle které se nejčastěji hodnotí míra syndromu vyhoření (Pešek, Praško, 2016, s. 19; Nevyhasni; Gómez-Urquiza et al., 2020).

2.3.1 Stres

Stres jako takový není automaticky špatný, objektivně jde pouze o stav, kdy je organismus vlivem různých faktorů, jinak řečeno stresorů, vystaven zvýšené zátěži pro jejíž zvládnutí je

nutné vyvinout určité úsilí. Dříve byly hlavními řešeními takovýchto situací buď útok nebo útek. To v dnešní době není vždy úplně možné, ve valné většině případu se totiž jedná o stresory psychologického charakteru. Fyzická reakce organismu na stres je nicméně i v tomto případě vždy aktivována a pokud člověk nenajde adekvátní způsob jejího zvládnutí, může dojít, především při opakovaném výskytu stresových situací, k vyčerpání organismu (Pešek, Praško, 2016, s. 12-13).

Stres se dá dělit na dobrý stres, tzv. eustres, který se pojí převážně s pozitivními emocemi a člověka většinou nabudí k větší výkonnosti a aktivitě. Určitá míra stresu, který má člověk pod kontrolou, je v životě důležitá a prospěšná. Přetrvávající nedostatek stresu může naopak vést k syndromu znužení. Pokud ale je stresu příliš a trvá velmi dlouho, navíc se jedná o špatný stres, tzv. distres, což je takový typ stresu spojovaný převážně s negativními emocemi, které člověka ochromí, může postupně nastat syndrom vyhoření (Pešek, Praško, 2016, s. 12-13).

2.3.2 Rizikové faktory

Ačkoliv se se syndromem vyhoření nejčastěji dávají do souvislosti profese, které jsou vykonávány v úzkém kontaktu s lidmi, syndrom vyhoření se může rozvinout prakticky u kohokoliv. Práce totiž tvoří až 36 % dne dospělého člověka ve věku od 25 až 54 let. Hlavními rizikovými faktory jsou kromě nevyhovujících pracovních podmínek také osobnostní předpoklady, jako je perfekcionismus, nízké sebevědomí či nízká míra sebereflexe, spolu s okolnostmi z mimopracovní sféry zahrnující nevhodný životní styl, nedostatek koníčků a špatné partnerské vztahy. Do rizikových faktorů souvisejících s prací patří vysoké nároky na stále stejně kvalitní výkon a bezmoc ovlivnit okolnosti a prostředí kolem sebe. Je zajímavé zjištění, že navzdory logickému úsudku, že by míra prožívaného stresu měla stoupat s množstvím zodpovědnosti, tomu je ve skutečnosti nejspíše přesně opačně. Tudíž že zaměstnanci s malým množstvím kompetencí prožívají větší stres z důvodu neschopnosti samostatně rozhodovat. Dalšími významnými negativně působícími faktory jsou konflikty a šikana na pracovišti a atypická nebo dlouhá pracovní doba (Pešek, Praško, 2016, s. 18; Raboch et al., 2019, s. 104-109).

Pracovní rizika vzniku syndromu vyhoření u sester pracujících paliativní péči mají svá specifika odvíjející se od charakteru pracovní náplně. Tyto sestry jsou v těsnějším kontaktu nejen s pacientem ale i celou jeho rodinou a pacienti v jejich péči mají terminální prognózy, což znamená, že se se smrtí setkávají velmi často a sdělování špatných zpráv je pro ně mnohem běžnější záležitost než pro sestry pracující na většině jiných odděleních. Na základě výzkumu

zveřejněného v roce 2020 vyšlo najevo, že až u 24-30 % zúčastněných sester paliativní péče se objevuje alespoň jedna ze tří hlavních složek syndromu vyhoření, přičemž nejvíce výrazná je oblast depersonalizace (Gómez-Urquiza et al., 2020).

2.3.3 Prevence

Kromě praktikování vlastní DH a optimalizace pracovních podmínek patří do prevence syndromu vyhoření také klinická supervize. Klinická supervize může mít podobu buď tzv. „mentoringu“, při němž zaměstnanec s delší praxí má na starosti a poskytuje vedení zaměstnanci méně zkušenému, nebo jde o druh podpory zaměstnance, kdy mu tímto způsobem zaměstnavatel poskytuje prostor pro profesní růst, rozšíření znalostí a reflexi vlastní pracovní pozice spojené s posílením autonomie. Za hlavní smysl této podoby supervize je považována její podpůrná funkce, kdy při jejím úspěšném praktikování dochází ke zlepšení spolupráce v týmu a člověk si lépe uvědomuje sám sebe a svůj vztah ke své práci. Dalšími neméně důležitými funkcemi supervize je její vzdělávací složka, protože si při supervizi zaměstnanci navzájem vyměňují zkušenosti a tím získávají nové poznatky, a složka řídicí, díky které může být skrze supervizi zasahováno do kvality poskytované péče. Supervizor je osoba vedoucí supervize a splňující kritéria pro takové vedení. Oficiální nutné podmínky, které musí splnit, zahrnují vysokoškolské vzdělání, požadovanou délku praxe ve zdravotnických profesích a ve vedoucích pozicích a splnění psychoterapeutického výcviku a praxe. Za neoficiální požadavek na výkon povolání supervizora je pak považovaná osobnost supervizora. Takový člověk musí být již dostatečně lidsky vyzrálý, sebeuvědomělý a musí umět naslouchat (Bužgová, Janíková, 2017).

3 TERÉNNÍ HOSPICOVÁ PÉČE

3.1 Paliativní péče

Jedna z definic paliativní péče zní: „*Komplexní, aktivní a na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevyléčitelnou chorobou. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání, zachovat pacientovu důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkým*“ (Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP, Fórum mobilních hospiců, 2018). Z uvedené definice jsou zřejmé základní principy tohoto typu péče. Při jejím poskytování se klade zvýšený důraz na pacienta jako na jedinečnou neopakovatelnou lidskou bytost, která má svá osobní jedinečná přání a potřeby, a i přesto, že se nachází v situaci, kdy chorobu již není možné zcela vyléčit, má stále právo na kvalitní péči ulevující od bolesti. Pacient je považován za nejdůležitějšího partnera při plánování a realizaci péče a je ve velké míře brán zřetel na zachování a ochranu jeho důstojnosti a autonomie. Na smrt není nahlíženo jako na něco abnormálního, ale přistupuje se k ní jako k běžné součásti lidského života. Poskytovatelé péče se soustředí nejen na přání a potřeby pacienta v oblasti tělesné, ale řeší se velmi intenzivně právě i ty z oblasti duševní, sociální a spirituální. Hlavním cílem této péče je především co nejvyšší kvalita života pacienta. Péče není zaměřena pouze na konkrétního samotného pacienta, ale jejím příjemcem je i zbylá pacientova rodina, která je stavem svého nemocného blízkého také velmi zasažena. Péče by měla být interdisciplinární, což znamená že by se na ni měli podílet odborníci z oborů nejen medicínských, ale i psychologických či sociálních (ČSPM ČLS JEP, Fórum mobilních hospiců, 2018; Marková et al., 2023, s. 8-9; Frei, Stiborová, 2018, s. 8-9).

Mezi nejčastější diagnózy, se kterými pacienti nastupují do paliativní péče, patří především různá onkologická onemocnění. V těchto případech je možné poměrně přesně určit prognózu a trajektorii, jakou se bude onemocnění ubírat. Příjemcem paliativní péče však mohou být i pacienti v závěrečných stádiích orgánových selhání, tudíž onemocněních neonkologických. Dalšími diagnózami jsou například syndrom získaného imunodeficitu (AIDS), neurodegenerativní poruchy nebo terminální geriatrická deteriorace. U těchto diagnóz je odhadnutí prognózy poměrně nejisté a péče může být dlouhodobější. Paliativní péče je však prospěšná nejen pro bezprostředně umírající, ale může z ní profitovat každý pacient ohrožený na životě závažným onemocněním, u kterého ale ještě nemusí být zcela vyloučeno zlepšení stavu (Kalvach et al., 2019, s. 14-18; Marková et al., 2023, s. 8-9).

3.1.1 Dělení paliativní péče

Paliativní péči jako takovou je možné dělit na obecnou a specializovanou. Obecnou paliativní péči by měl pacientovi s pokročilým onemocněním umět poskytnout, v rámci své specializace, každý zdravotník ve všech zdravotnických zařízeních. Zahrnuje mj. adekvátní zhodnocení stavu pacienta a poskytnutí odpovídající péče nutné pro, přinejmenším, zachování kvality života pacienta a zmírnění utrpení spojeného se symptomy nemoci. Mezi hlavní poskytovatele obecné paliativní péče patří praktičtí lékaři a agentury domácí péče. Tato péče je zpravidla plně hrazena z veřejného pojištění. Naopak paliativní péče specializovaná již plně hrazena z veřejného pojištění většinou není a je nutná spoluúčast klienta. Tato péče se poskytuje v zařízeních jako ambulance paliativní medicíny, lůžkové nebo domácí hospice či na odděleních paliativní medicíny v rámci větších zdravotnických zařízení. V těchto zařízeních již pracují odborníci speciálně vzdělaní v problematice paliativní medicíny a jsou tudíž schopni poskytnout péči komplexnější a vyhovět složitějším potřebám pacientů (Kisvetrová, 2018, s.14; Marková et al., 2010, s. 20-21; Mlynáriková, Špinková, 2023, s. 27-30).

3.2 Mobilní specializovaná paliativní péče v ČR

Podle odborného článku z roku 2018 umírá až 70 % všech zemřelých v ČR ve zdravotnických zařízeních, a to i navzdory faktu, že téměř 80 % lidí v průzkumech uvádí, že by si přáli zemřít doma. Mobilní specializovaná paliativní péče, zkráceně MSPP, představuje možnost tuto skutečnost změnit, protože jde o péči, která je poskytována multidisciplinárním týmem odborníků ve vlastním sociálním prostředí klienta nepřetržitě dvacet čtyři hodin denně sedm dní v týdnu 365 dní v roce. Pacient je v režimu tzv. „domácí hospitalizace“, což znamená, že pokud se vyskytnou zdravotní komplikace, rodina pacienta místo převozu pacienta na pracoviště akutní zdravotnické péče volá mobilní hospic, který obratem přijede a situaci začne řešit. Díky tomu mohou téměř všichni pacienti skutečně zemřít doma, jak si přejí, zabraňuje se tím zbytečné hospitalizaci na lůžkách akutní péče a zároveň klesají náklady na zdravotní péči v poslední fázi života pacienta. Protože jde o paliativní péči specializovanou, jejím garantem je lékař s odbornou způsobilostí v oboru paliativní medicína (MZČR, 2017; Sláma et al., 2016; Zavadová, 2018).

Financování tohoto druhu paliativní péče je od roku 2018 možné nasmlouvat u zdravotních pojišťoven pod samostatnou odborností 926. Nicméně tento způsob financování není z důvodu multidisciplinární povahy péče dostatečný, proto jsou poskytovatelé MSPP nadále závislí na darech a dotacích. Bližší informace o podmínkách financování MSPP se nacházejí ve věstníku

MZČR z 15.prosince 2017 společně s požadavky na poskytovatele MSPP zahrnující nutné personální zabezpečení pro tento druh péče (MZČR, 2017; Závadová, 2018).

3.2.1 Indikace

Indikací paliativní péče je pacient v terminálním stavu onemocnění, což znamená, že se u něj nepředpokládá dožití delší než šest měsíců. Většinou jde ale pouze o dny či týdny. V této fázi hraje velkou roli ošetřující lékař pacienta, na kterém je správně vyhodnotit situaci a šetrným způsobem si promluvit s pacientem a jeho rodinou o dalším postupu. V této fázi dochází ke změně cíle poskytované péče a do popředí se dostává snaha mírnit symptomy doprovázející život ohrožující onemocnění a zachovat v co největší míře důstojnost a autonomii pacienta. Z těchto důvodů by měl ošetřující lékař navrhnout paliativní péči, kterou buď v její obecné podobě může poskytovat on sám anebo pacienta odkázat na poskytovatele paliativní péče specializované (ČSPM ČLS JEP, Fórum mobilních hospiců, 2018; MZČR, 2017; Závadová, 2018).

Indikovat MSPP poté může lékař se specializací v paliativní medicíně na základě žádosti buď osoby pečující o pacienta anebo rovnou pacienta samého. Než se však dotyčný opravdu dostane do péče mobilního hospice, musí nejdříve proběhnout první návštěva u pacienta doma, kde se znovu a pečlivě zhodnotí indikace k přijetí. Ty v případě MSPP zahrnují stav, kdy si pacient výslovně přeje dožít ve vlastním sociálním prostředí, ale zároveň z důvodů míry závažnosti symptomové zátěže onemocnění, klinické nestability a rychle se měnících nároků na péči není možné řešit zdravotní stav ambulantně a na jeho zvládnutí je nutná nepřetržitá dostupnost zdravotnické specializované péče. To vše se hodnotí pomocí různých škál, mezi než patří například palliative performance score (PPS). Posledním krokem k přijetí pacienta do MSPP je podepsání informovaného souhlasu pacientem a jeho blízkou rodinou (ČSPM ČLS JEP, Fórum mobilních hospiců, 2018; MZČR, 2017; Závadová, 2018).

3.2.2 Počet poskytovatelů MSPP v ČR

Ideálním stavem uváděným Českou společností paliativní medicíny ČLS JEP je jeden tým MSPP schopný pečovat o celkem patnáct klientů na 100 000 obyvatel. V současné době k dubnu roku 2024 se podle oficiálního informačního webu pro nemocné, pečující a pozůstalé *Umírání.cz* v celé ČR nachází celkem 92 domácích (mobilních) hospiců. Dojezdová vzdálenost většiny z nich činí cca. 30 km. Rozmístění poskytovatelů MSPP však není rovnoměrné. Například ve středu hlavního města Prahy se nachází jen jeden, kterým je domácí hospic Cesta domů se sídlem na Praze 4. V celé Praze pak funguje pouze jediný další mobilní hospic, kterým

je mobilní hospic Cesta k domovu na Praze 16, což je však samý okraj města. Naproti tomu v Brně se nachází celkem tři zařízení MSPP a jedno další je hned v těsné blízkosti města. Nejvíce mobilních hospiců sídlí ve Zlínském kraji, celkem 14, naopak nejméně v kraji Karlovarském, Libereckém a hlavním městě Praha, ve kterých MSPP poskytují pouhá dvě zařízení (Umírání.cz; Závadová, 2018).

3.2.3 Multidisciplinární tým

První oficiální návštěvy u klienta MSPP se účastní lékař i sestra a společně se s pacientem a jeho rodinou dohodnou na plánu péče, která jim bude multidisciplinárním týmem mobilního hospice poskytována. Podle nových (a úplně prvních) standardů MSPP z roku 2018 by měl zdravotnický personál před zahájením jakýchkoliv intervencí identifikovat oblasti, které pacient a jeho rodina považují za hlavní determinanty kvality života a mít tyto na zřeteli při následném plánování podoby péče. S pacientem a jeho rodinou lékař a sestra následně nastaví frekvenci návštěv a dohodnou se na opatřeních pro případ výskytu krizových situací. Počet návštěv závisí na zdravotním stavu a potřebách pacienta. Plán péče tak není nikdy definitivní, mění se v čase, aby odrazil nejaktuálnější potřeby a přání pacienta a jeho blízkých (ČSPM ČLS JEP, Fórum mobilních hospiců, 2018).

Základní členy týmu představuje lékař a sestra, kteří musí být nepřetržitě dostupní, aby v případě potřeby mohli okamžitě zakročit, a sociální pracovník. Zároveň do týmu patří psycholog či psychoterapeut a duchovní, dále pak například fyzioterapeut, ergoterapeut nebo nutriční specialista. Jen díky rozmanitosti pečovatelského týmu a vzájemné spolupráci jednotlivých členů týmu je možné dosáhnout požadované komplexnosti péče, která se soustředí nejen na fyziologické potřeby, ale bere ohled i na psychické, sociální a duchovní potřeby pacienta a jeho blízkých. Služby multidisciplinárního týmu kromě zdravotnické péče zahrnují i podporu v emočních, psychosociálních a spirituálních aspektech spojených s umíráním, edukaci laických pečujících v ošetrovatelské péči o nemocného člověka a podporu během truchlení po úmrtí nemocného (ČSPM ČLS JEP, Fórum mobilních hospiců, 2018).

Lékař

Výuky paliativní medicíny na lékařských fakultách v ČR je málo. Podle odborného článku z roku 2016 pouze tři ze všech lékařských univerzit měli ve svých studijních plánech zařazenou paliativní medicínu jako samostatný předmět. Stejná situace je i v postgraduálním vzdělávání lékařů, kdy v pouhých dvou oborech, všeobecné praktické lékařství pro dospělé a onkologie, je v rámci atestační přípravy věnován prostor problematice paliativní medicíny. Specializační

vzdělávání v podobě samostatného nástavbového oboru pro paliativní medicínu existuje teprve od roku 2011, k roku 2016 bylo pouhých 49 lékařů v celé republice s touto způsobilostí (Sláma et al., 2016).

Lékař specialista má oproti lékaři zajišťujícímu pouze obecnou paliativní péči možnost erudovaněji zvládnout paliativní problémy a komplikace, je pro své klienty nepřetržitě ve dne v noci dostupný, zvládne vést dokumentaci paliativní péče a přímo vede svůj tým spolupracovníků (Kalvach, 2019, s. 49-50).

NLZP

Sestra má v multidisciplinárním týmu zcela nezastupitelnou roli. Právě ona jezdí za pacientem nejčastěji a tráví s ním mnoho času. Poskytuje komplexní domácí péči a podporuje rodinu, aby byla schopna se o svého nemocného člena starat. V rámci nutného personálního zabezpečení MSPP podle Věstníku MZ ČR 13/2017 musí jít o všeobecnou sestru způsobilou k výkonu práce bez odborného dohledu. Není nutná specializace v oboru paliativní medicíny jako je tomu v případě lékařů. NLZP se nicméně může v problematice vzdělávat sám prostřednictvím různých specializačních vzdělávacích kurzů a webinářů. V roce 2021 byla 1. lékařskou fakultou Univerzity Karlovy a Všeobecnou fakultní nemocnicí v Praze založena Klinika paliativní medicíny a v témže roce vznikl také nadační fond této kliniky, který má za cíl skrze projekty grantové podpory podpořit rozvoj vzdělávání jak lékařů, tak právě i nelékařských profesí v oboru paliativní medicíny (Adlerová, 2023; Kalvach, 2019, s. 50-51; MZČR, 2017).

VÝZKUMNÁ ČÁST

Následující část bakalářské práce pojednává o provedeném výzkumu na téma duševní hygieny NLZP pracujících v mobilních hospicích v ČR. Obsahuje popis zvolené metodiky, samotnou analýzu získaných výsledků a diskuzi porovnávající data z výzkumu s daty pocházejícími z jiných literárních zdrojů či již dříve provedených výzkumů.

Cíle průzkumné části:

- Hlavní průzkumný cíl – zjistit informovanost o duševní hygieně u nelékařských zdravotnických pracovníků terénní hospicové péče.
- Dílčí průzkumný cíl I. – zjistit, jak konkrétně se zdravotní sestry terénní hospicové péče starají o své duševní zdraví.
- Dílčí průzkumný cíl II. – zjistit, zda je agenturami poskytující terénní hospicovou péči řešena otázka duševního zdraví vlastních zaměstnanců.

Průzkumné otázky:

1. Co si NLZP představují pod oborem duševní hygiena?
2. Mají NZLP pracující v terénní hospicové péči své vlastní metody duševní hygieny?
3. Jak agentury terénní hospicové péče pečují o duševní pohodu vlastních zaměstnanců?

4 METODIKA VÝZKUMNÉ ČÁSTI

Popis výzkumné metody

Jako metoda pro zpracování výzkumné části práce byla vybrána kvalitativní metoda polostrukturovaného rozhovoru. Kvalitativní přístup byl zvolen z důvodu povahy zkoumaného tématu a cíle výzkumu. Při kvalitativním zkoumání se výzkumník nesnaží o pouhou statistiku, ale o hlubší pochopení podstaty jevu. Výsledky výzkumu staví na subjektivních názorech a postojích zainteresovaných osob, kdy respondenti samotní určují ve svých výpovědích, které skutečnosti jsou pro dané téma z jejich pohledu důležité a souvisí s ním. Nejsou při tom nijak uměle ohraničováni schémata předem připravenými výzkumníkem. Tento způsob také umožňuje dosáhnout mnohem detailnějšího popisu dané problematiky (Vévodová et al., 2015, s. 102-103).

Konkrétní kvalitativní metoda, ze které bylo při analýze dat čerpáno, se jmenuje metoda zakotvené teorie, anglicky grounded theory method (zkráceně GTM). Smyslem této metody je formulovat na poznacích získaných výzkumným šetřením založenou teorii, díky které je následně možné zkoumaný jev snáze uchopit a pracovat s ním. Tato metoda analýzy se skládá ze tří hlavních fází, kdy první z nich zahrnuje **otevřené kódování**. Nejdříve výzkumník v textech dat získaných od respondentů definuje **významové jednotky**, což jsou abstraktní pojmy, které označují určité části textu obsahující informace významné pro zkoumanou skutečnost. Tyto pojmy jsou z důvodu následného snadnějšího použití jednoslovné nebo několika málo slovné. Následně jsou vzniklé významové jednotky logicky seskupovány do obecnějších kategorií. Každá kategorie má určité vlastnosti a dimenze. Druhou fází je **axiální kódování**. Během ní se hledají souvislosti mezi jednotlivými kategoriemi a nalezené souvislosti se blíže specifikují. Má také dojít k **teoretické nasycenosti**, což značí stav, kdy se zastavuje proces získávání dalších dat, protože výzkumné šetření už nepřináší žádné nové informace. Poslední fáze se nazývá **selektivní kódování**, při němž se pozornost výzkumníka už odvrací od jednotlivých kategorií a začíná se zaměřovat na kategorizovaná data jako na celek. Hledá mezi nimi ústřední koncept, který v sobě bude zahrnovat všechny ostatní kategorie a bude tak moci sloužit jako základní bod vznikající teorie (Hendl, 2016, s. 251-257; Řiháček et al., 2013, s. 46-52).

Výběr respondentů

Respondenti pro polostrukturovaný rozhovor byli vybíráni na základě tří kritérií. Těmito kritérii byla praxe v terénní hospicové péči dlouhá minimálně jeden rok, dostačující zdravotnické

vzdělání pro výkon zaměstnání NLZP v terénní hospicové péči a ochota se do výzkumu zapojit. Podklady pro výzkumnou část práce začaly být tvořeny v říjnu 2023, byly dokončeny na konci listopadu a se žádostí o poskytnutí povolení k provedení výzkumu byla první zařízení poskytující terénní hospicovou péči oslovena v první půlce prosince 2023. Původní plán počítal s oslovením dvou různých poskytovatelů tohoto typu péče s tím, že v každém z těchto zařízení bude rozhovor proveden se třemi až šesti respondenty. Bohužel se ukázalo, že tento plán není proveditelný z důvodu podstavu zaměstnanců ve většině oslovených zařízeních. Z tohoto důvodu také jeden z prvních dvou oslovených mobilních hospiců zcela odmítl spolupráci, protože se v něm nenašel nikdo, kdo by měl čas se rozhovoru zúčastnit. Byli proto osloveni ještě další tři mobilní hospice. Od dvou z nich přišla odpověď a v každém se našel jeden ochotný respondent.

Dohromady byl výzkumný rozhovor provedený s celkem šesti respondenty. Všechno byly ženy ve věku mezi třiceti až padesáti čtyřmi lety a pocházely z mobilních hospiců nacházejících se ve třech různých krajích, a to v kraji Pardubickém, Královéhradeckém a Středočeském. Po důkladném zvážení nakonec musela být však jedna z respondentek vyřazena kvůli nesplnění kritéria délky praxe v terénní hospicové péči trvající minimálně jeden rok.

Tabulka 1 – Seznam zúčastněných respondentů

	Věk	Délka praxe v terénní hospicové péči	Mobilní hospic
Respondent č.1	54 let	5 let	Pardubický kraj
Respondent č.2	54 let	4 roky	Pardubický kraj
Respondent č.3	50 let	5 let	Pardubický kraj
Respondent č.4	44 let	1 rok	Královéhradecký kraj
Respondent č.5	42 let	3 roky	Středočeský kraj

Sběr dat

Termín a místo pro konání rozhovorů bylo s respondentkami domluvené buď skrze mail nebo telefonicky. Většinou se jednalo o prostory domácího hospice, jen u jediné respondentky byl na její žádost výzkum proveden u ní doma. Před začátkem rozhovoru byly všechny zúčastněné seznámeny s tématem a cíli bakalářské práce a obsahem rozhovoru. Dále jim byl předložen k přečtení a podepsání informovaný souhlas (příloha A). Jeho podepsáním potvrzovaly svůj souhlas se zúčastněním se rozhovoru. Informovaný souhlas obsahoval také závazek autora k zachování respondentů v anonymitě a poskytnutí bezpodmínečné možnosti okamžitého odstoupení od výzkumu, pokud by si to kdykoliv jakákoliv z respondentek rozmyslela.

Rozhovor se skládal ze tří částí (příloha B). Hlavní část týkající se samotného tématu výzkumného šetření obsahovala osm základních otázek. Nakonec se ale ve většině případů počet položených otázek zvýšil, podle toho, jak respondenti odpovídali a co výzkumník považoval za důležité rozvést. Výpovědi respondentů byli nahrávány na diktafon v mobilním telefonu. Zvukový záznam byl zvolen proto, aby se výzkumník mohl plně soustředit na odpovědi respondentů. Rozhovory byly následně doslovně přepsány a nahrávky po skončení výzkumu smazány. Rozhovory trvaly od půl hodiny až po jednu hodinu. Z důvodu zachování anonymity respondentů nejsou přepsané rozhovory součástí práce

Zpracování získaných dat

Přepsané rozhovory byly vytištěny na papír, aby s nimi mohl výzkumník snadněji pracovat. Po tomto kroku následovalo delší období, kdy byly v souladu s první fází GTM v jednotlivých rozhovorech vyhledávány konkrétní významové jednotky a barevnými zvýrazňovači podtrhovány. Všechny objevené významové jednotky byly zároveň zapisovány na samostatný papír, aby si o nich výzkumník udržel přehled a za tímto účelem byla vypracována i myšlenková mapa. Z úplně prvotního kódování textu vzešlo celkem 102 kódů. Tento počet byl postupným hlubším zkoumáním dat snižován až na výsledných 54 významových jednotek. Na závěr první fáze byly kódy seskupeny do šesti obecnějších kategorií. V diskuzi byly posléze provedeny zbylé fáze GTM a výzkumník se snažil o objasnění souvislostí mezi jednotlivými kategoriemi a na základě získaných dat odpovědět na předem položené průzkumné otázky práce.

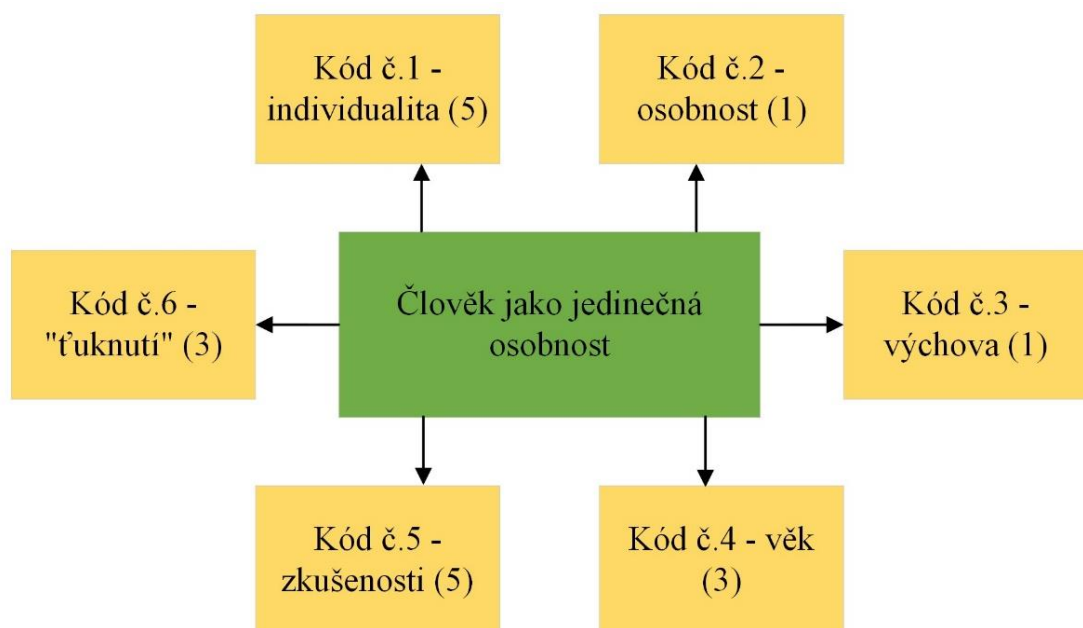
5 INTERPRETACE DAT

V souladu s cíli bakalářské práce vzniklo z dat získaných výzkumnými rozhovory šest kategorií. První čtyři z nich se zabývají hlavním cílem práce, pátá kategorie se týká prvního dílčího cíle a šestá kategorie druhého dílčího cíle. Těchto šest kategorií obsahuje dohromady celkem 54 významových jednotek (kódů). Četnosti jednotlivých kódů jsou uvedené v obrázcích na úvod každé kategorie. Pro lepší dokreslení témat jednotlivých kategorií jsou u každé z nich na závěr uvedeny přímé citace.

Kategorie č.1 – člověk jako jedinečná osobnost

Kategorie č.1 souvisí s hlavním cílem výzkumného šetření, který se zabývá otázkou, jaké povědomí mají NLZP pracující v mobilních hospicích o DH a co podle nich tato péče obnáší. Kategorie byla vytvořena na základě šesti kódů týkajících se prvního významného rysu DH, který zúčastněné respondentky uváděly. Tímto rysem je jedinečnost člověka. Každý kód zahrnuje názory, proč si respondentky toto myslí a co konkrétně z tohoto hlediska podle nich ovlivňuje podobu DH jednotlivce.

Do kategorie č.1 patří následující kódy:



Obrázek 1 - Kódy patřící do kategorie č.1

Všechny zúčastněné se shodly na tom, že DH je velmi **individuální** záležitost. Například respondentka č.2 na dotaz, co by doporučila někomu, kdo by se chtěl aktivně začít starat o svoje duševní zdraví, odpověděla, že je pro ni složité na takovouto otázku odpovědět s tím, že je toho názoru, že pro každého je tento druh péče zcela jedinečný. Všichni si DH přeci představí pod

něčím jiným, dodala respondentka č.1. Tato respondentka také zmiňovala **osobnost** zahrnující jedinečné vlastnosti a postoje specifické pro každého člověka a **výchovu** jako faktory ovlivňující výslednou DH. Dále zdůrazňovala **věk** jako důležitou okolnost mající vliv na podobu DH a podložila toto tvrzení vlastní zkušeností, kdy její osobní DH vypadala zcela odlišně, když jí bylo dvacet a pracovala na chirurgické JIP než nyní v současnosti, kdy pracuje v mobilním hospici. Tehdy měla jiné starosti a zájmy než teď a DH tuto skutečnost reflektovala a měnila se podle toho. Dalším kódem v kategorii č.1 je kód č.5 – **zkušenosti**. Vyskytoval se ve výpovědích u všech respondentek a těmito zkušenostmi byly myšleny jednak ty z pracovní sféry, tak i z osobního života. Zejména respondentka č.3 apelovala na určitou nutnost vnímavosti k životním zkušenostem, protože ji považovala za velmi přínosnou. Díky rozmanitým zkušenostem se DH jedince upravuje a zdokonaluje. Vysvětlovala, že zkušenosti umožňují vyžrávat a posunout se dál, a to nejen zkušenosti pozitivní, ale i ty negativní. Ona i respondentka č.2 si samy prošly syndromem vyhoření, a obě uvedly, že právě tato zkušenost pro ně byla ve finále příležitostí se zastavit a přenastavit si vlastní hodnoty tak, aby jim v jejich osobním i pracovním životě více vyhovovaly.

Existují obecná doporučení DH, jak v rozhovoru vysvětlovala respondentka č.4, zahrnující zdravý životní styl či kvalitní mezilidské vztahy (popsáno také výše v teoretické části práce). Zároveň respondentka č.4 dodala, že DH znamená i individuální metody, specifické pro každého člověka. Proto byl na základě výpovědí respondentek 3. až 5. vytvořen kód „**tuknutí**.“ Jak už bylo zmiňováno, každý je jedinečná individualita. Z tohoto důvodu respondentka č.3 zastávala názor, že člověk může sice číst tisíce různých knih o DH, absolvovat různé kongresy na toto téma apod., ale nakonec si z nich musí sám vzít jen to, co jemu konkrétně vyhovuje. Něco, co funguje u jednoho, nemusí automaticky fungovat u druhého a je proto zbytečné ho nutit do něčeho, co pro něj osobně nemá význam. Například respondentka č.5 uvedla, že pro ni supervize, kterou zbývající respondentky zmiňovali jako pro sebe vhodnou metodu DH, nepředstavuje žádný přínos a že asi prostě není *typ na supervizi*. Respondentky č.3 a č.4 dodaly, že podle nich jde v případě studia DH právě spíše jen o to jakési „**tuknutí**“. Připomenout, že něco jako péče o sebe tady je, že je to důležité a jak tento druh péče o sebe může vypadat.

Resp. 3: „*Musím o sebe pečovat. Jako se meju, tak musím pečovat o tu duši, že jo, nějakým způsobem. Každěj to máme samozřejmě jinak, jo. Jako někdo se meje tekutým mýdlem, druhej se meje tuhým mýdlem, někdo se nemydlí vůbec, tak, každěj o to svoje duševno pečuje jiným způsobem.*“

Resp. 1: „Záleží jakej ten člověk je, že jo. Za A, jaký má vlastnosti, jakej je povahovej, jak jako to má nastavený, jak to má daný, myslím si, že to je i výchovou těch lidí, jo?... takže záleží prostě jakej ten člověk je no, na povaze. Každěj si duševní hygienu představí pod něčím jiným.“

Resp. 4: „Jsou obecný nějaký doporučení, sport prostě, i stravování, i jako takový zdravý jako navazování prostě kamarádských, partnerských vztahu. Takhle to okolí mít prostě zdravý. No a potom jsou individuální asi metody, který si každěj zvolí sám jako.“

Resp. 3: „Protože každěj jsme jinej, můžete číst prostě tisíc různěch příruček, ale musíte si z toho vzít to, co je pro vás.“

Resp. 5: „Spíš jako třeba, kdy čtu o syndromu vyhoření, tak si říkám, aha, tak na tohle si musím dát pozor. Ale jakože kdyby se něco takovýhleto u mě vyskytlo, tak abych věděla, že to je jako první příznak něčeho.“

Resp. 1: „Si myslím, že tohle je jako by za A, že to jde s věkem, tahle duševní hygiena, za druhý záleží, co máte všechno za sebou, jo. Protože určitě jinou duševní hygienu bude mít holka ve dvaceti, než budeme mít my, že jo, samozřejmě.“

Resp. 2: „Když byl člověk mladej, tak měl pocit, že tyhle věci nepotřebuje, jel si tu svoji linii. A pak najednou zjistí, že neumí odpočívat, neumí vypnout, takže to se pak teprve vlastně věkem všechno tohleto učí.“

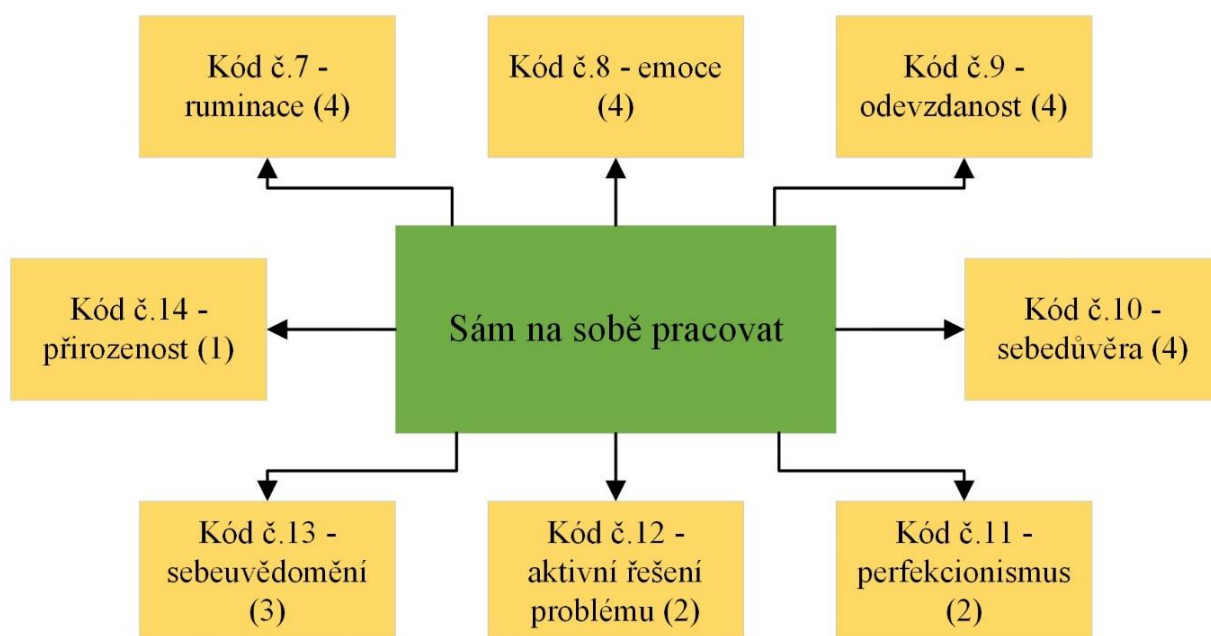
Resp. 3: „Člověk absolvuje takový různý kongresy, a tak se do toho samozřejmě tůká, pečujte o sebe, jak to máte dělat. Ale já si stejně myslím, že každěj to má jinak. Trošičku. A myslím si, že k tomu musíte dozrát, že si musíte těma, tím bahnem jakoby projít, jo... kdybych si tou svojí zkušeností neprošla, tím syndromem vyhoření, tak si myslím, že tady takhle neseďm.“

Resp. 1: „Ale říkám, my už jsme takový starší, takže my už za ten život prošli různějma věcmi, jak v osobním, tak pracovním životě. Takže už, třeba co nás rozhodily věci před dvaceti lety, tak dneska už nás nerozhoděj. Jo, fakt já si myslím, že to jde jako s věkem a ty zkušenosti, celoživotní. Ty vám nikdo nesebere. Z toho budete čerpat celej život.“

Kategorie č.2 – sám na sobě pracovat

Kategorie č.2 souvisí s hlavním cílem výzkumného šetření, který se zabývá otázkou, jaké povědomí mají NLZP pracující v mobilních hospicích o DH a co podle nich tato péče obnáší. Kategorie byla vytvořena na základě osmi kódů týkajících se druhého důležitého rysu DH, který zúčastněné respondentky uváděly. Člověk na sobě musí pracovat, protože duševní pohoda a efektivní DH není něčím, co přijde samo o sobě. Zahrnuté kódy popisují jednotlivé aspekty lidského myšlení, na které by se podle respondentek bylo dobré v tomto ohledu zaměřit.

Do této kategorie patří následující kódy:



Obrázek 2 - Kódy patřící do kategorie č.2

Kód č.7 **ruminace** se objevoval v rozhovorech u respondentek č.1 až č.4, kdy každá z nich zdůrazňovala důležitost naučit se zacházet s vlastními negativními myšlenkami, týkajícími se práce a pacientů. Právě tyto myšlenky jinak naprosto pohltí a vyčerpají, z tohoto důvodu je nezbytné si od nich vytvořit odstup a, slovy respondentky č.2, *nikam si je s sebou netahat*. Respondentka č.2 dále uvedla, že si z náročných a složitých situací v terénu vezme pouze to, co je důležité pro poskytování následné kvalitní péče a zbytek si do sebe prostě vůbec nepustí, protože ví, že by toho bylo jinak brzy příliš moc. Stejně jako s negativními myšlenkami je podle respondentek č.1 až č.4 potřeba zvládat pracovat i s vlastními **emocemi**. Najít adekvátní přístup k prožívaným emocím sice nejspíše nějakou dobu zabere, vysvětlovala respondentka č.1. To nejdůležitější, co respondentky č.1 až č.3 uváděly, však je si uvědomit, že tyto emoce musí ven a není možné je v sobě potichu držet a dusit. V souvislosti s prožívanými emocemi uvedla

respondentka č.4 zajímavý názor, že ji třeba v terénu nevyvádí z míry vyhocené situace, dokonce ani agrese jiných lidí. Zdůvodnila to tím, že je přeci úplně normální být v situacích, ve kterých se pacient i jeho rodina nachází, v různém rozpoložení a že se ona těchto projevů zkrátka vůbec nechytá osobně a respektuje je.

Kód č. 9 - **odevzdanost** zahrnuje ty části výpovědí čtyř respondentek, ve kterých mluvily o určitém smíření se s faktem, že některé věci v práci zkrátka ovlivnit nejdou, a tak to prostě je. Vyrovnat se s touto skutečností jim ale pomáhá **důvěra v sebe** samé. Nejen respondentka č.5 řekla, že právě vědomí, že se snažila udělat pro pacienta to nejlepší, co v dané záležitosti mohla, ji dává sílu v tomto typu práce být. V souvislosti s předchozím kódem respondentky č.3 a č.5 dále vysvětlovaly, že je potřeba si uvědomit, že nemusí být všechno **perfektní** a pokud něco nejde, tak si v hlavě pořád dokola neomílat, že *to je tvoje chyba, můžeš za to ty*. Respondentka č.3 zastávala názor, že by člověk měl slevit z přílišných nároků nejen na ostatní, ale především z těch, co má sám na sebe. A když už se vyskytne nějaký problém, tak tím zásadním je ho **aktivně řešit** obě respondentky dodaly.

Předposledním kódem je kód č.13 – **sebeuvědomění**. Tento kód souvisí jednak s výpověďmi respondentek č.2 a č.5, ve kterých obě zmiňovaly, že je podle jejich mínění důležité, aby člověk pracující v tomto náročném zaměstnání, věděl, proč chce toto zaměstnání vykonávat a co je cílem jeho práce. Dále se kód týká i samotného praktikování DH, kdy podle respondentky č.4 je otázkou vůle a snahy být aktivní, jak moc jsou metody DH účinné. Zároveň ale tato respondentka zmiňuje, že někdy je přeci zcela **přirozené** se cítit smutný či unavený. Není proto třeba se někdy až příliš snažit od sebe tyto prožívané emoce odehnat a místo toho si je dovolit prožít. Jak řekla respondentka č.3, i to samotné *být v pohodě* znamená pro každého něco jiného.

Resp. č.1: „*Nesmíte si to v tý hlavě jako připouštět, musí to jít jedním uchem tam a druhým ven, nemůžete to všechno držet a vstřebávat, protože byste to nedala, to byste se zbláznila z toho.*“

Resp. č.3: „*Nemůžu se prostě vracet k věcem, který jsem udělala. Musím prostě, to už se stalo, jenom spíš se z toho poučit, když je to špatně.*“

Resp. č.4: „*Že když někdo umřel, a na někom nám hodně záleželo... Tak jako mě tečou slzy, já jako pláču... já jsem říkala, že takhle asi lidsky reaguju, že mě to je skutečně líto, nebo na toho dotyčného prostě myslím... Že jako si myslím, že jsou to nějaký takový i reakce, že je to prostě přirozený, že někdy netřeba se na to tak moc jako zaměřovat zase furt...někdy jako můžeme být i smutný nebo jako i unavený.*“

Resp. č.3: „A některý věci prostě holt se nepovedou, no. A s tím, že se něco nepovede, nesmí člověk bejt takovej prostě upnutej perfekcionista, že musí bejt všechno dokonalý. Nemusí...a je to jedno (odmlka). Není to dokonalé. Že člověk musí slevit z těch svých nároků ne na druhý, ale na sebe.“

Resp. č.4: „...normálně se jako pomodlím. Že to jako odevzdávám Pánu Bohu...Že se snažím, všechno, ale všechno není jako v našich silách. A jenom dobře dycky pro toho člověka, pro pacienta. Ty věci se vždycky nějak jako poskládají, tak to mě i jako uklidňuje.“

Resp. č.5: „Já se u těch pacientů prostě chovám tak, jako by to byla moje máma nebo táta, nebo prostě někdo hodně blízkej. A snažím se dělat úplně všechno tak, jako by to prostě byl ten nejbližší, koho znám. A udělat mu prostě to, co si myslím, že je nejlepší. Já nevím, jestli je to vždycky jako úplně správně, protože jo, prostě těch možností je většinou víc...Ale dycky mám pocit, že jsem udělala to nejlepší, jako to mě dává asi i sílu jakoby v tom bejt.“

Resp. č.2: „A hlavně v týhle práci si člověk musí srovnat v hlavě, proč to chce dělat a jestli to zvládne.“

Resp. č.5: „Myslím, že to je jako důležitý pro plnění těch pracovních úkolů celkově. Protože když člověk jako zná, (odmlka) má pocit, že ta práce má smysl, smysl tý práce. Tak jí dělá jako s mnohem větší lehkostí, a i jako zvládne mnohem větší zátěž.“

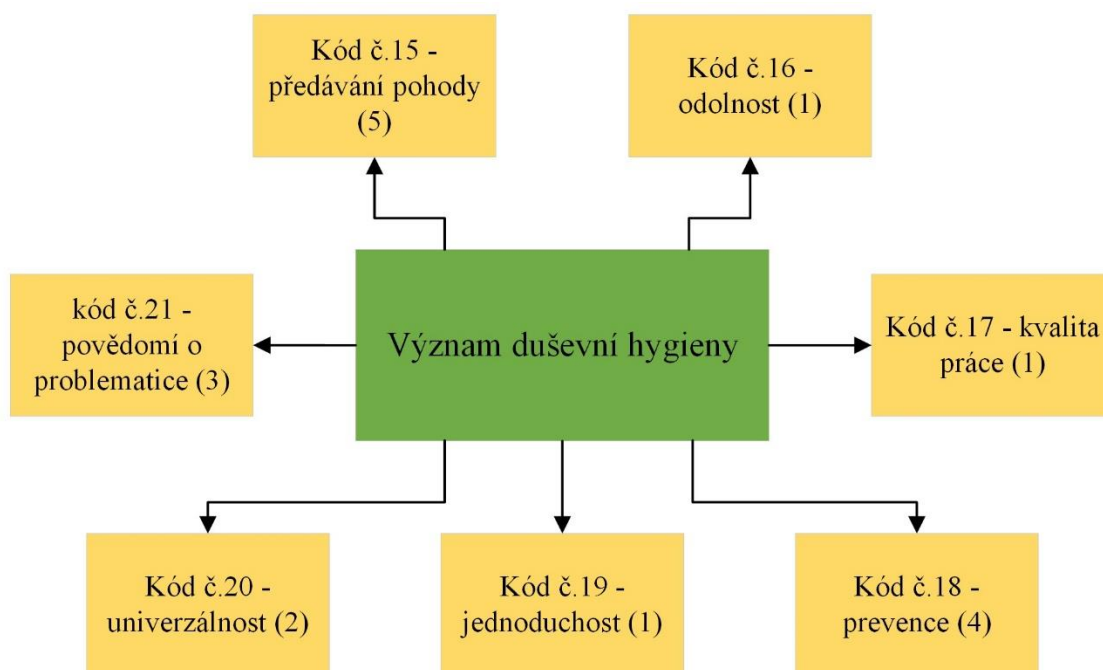
Resp. č.1: „Pak už vám to ne nepříjde, ale jste si jistá v kramflecích a víte, jo, že děláte to tak nejlíp a že prostě, tak to má bejt, jo. Ale říkám tyhle zátěžový, stresový situace, s tím se člověk musí nějak poprat, no. Bud'to to dáte anebo to nedáte.“

Na závěr považuje autor za vhodné dodat, že vše uvedené v této kategorii (ale i ve zbytku práce týkající se DH) platí pouze jako preventivní opatření duševních onemocnění. Pokud však člověk pocítuje příznaky či již má přímo diagnostikované nějaké duševní onemocnění, je nutná odborná pomoc. Samotná DH a tím pádem ani „práce na sobě“ už v tomto případě nestačí. Duševní onemocnění není otázkou vůle (Tremblay et al., 2021).

Kategorie č.3 – význam duševní hygieny

Kategorie č.3 souvisí s hlavním cílem výzkumného šetření, který se zabývá otázkou, jaké povědomí mají NLZP pracující v mobilních hospicích o DH. Kategorie byla vytvořena na základě sedmi kódů, týkajících se názorů respondentek na význam duševní pohody a DH a možný přínos DH pro pracovníky v odvětví terénní hospicové péče.

Do této kategorie patří následující kódy:



Obrázek 3 - Kódy patřící do kategorie č.3

Všechny respondentky se shodly na tom, že **předávání pohody** je velmi důležitá úloha mobilní hospicové sestry. Zároveň však všechny odpověděly kladně i na otázku, že aby sestra mohla klid předávat dál a zvládnout fungovat jako podpora, musí být nejdříve ona sama v dostatečné duševní pohodě. Respondentka č.2 vysvětlovala, že právě ony jsou ty, se kterými se pacienti i jejich rodiny dostávají denně do kontaktu a klienti se jim často otevřou a hovoří s nimi o všem, co je trápí. Proto, kdyby sestra nebyla vnitřně vyrovnaná, a díky tomu **odolná**, bylo by toho najednou příliš moc a přestala by to zvládat. Vnitřní klid má podle respondentky č.1 vliv i na **kvalitu odvedené práce**. Péče o sebe v podobě DH tak podle respondentek slouží jako **prevence**, aby se z toho člověk *nezbláznil*. Respondentky č.2 a č.5 zmiňovaly přímo syndrom vyhoření jako jev, kterému se kvalitní péčí o sebe předchází. Zároveň ale respondentka č.5 uvedla, že je toho názoru, že by se nemělo za DH hledat nějaké příliš složité pojmy a definice. Že péče o sebe může přeci být i něco tak **jednoduchého**, jako například popovídání si s přítelem apod.

Kód č.20 – **univerzálnost** byl vytvořen z rozhovorů s respondentkami č.2 a č.5. a reprezentuje jejich názor, že duševní zdraví a péče o sebe je téma, které se týká každého bez výjimky, protože všichni prožívající různé emoce, které dělají člověka zranitelnějším. S kódem č.20 úzce souvisí i kód následující, kód č.21 – **povědomí o problematice**. Respondentky č.4 a č.5 na spontánní, předem neplánovanou otázku, zda si myslí, jestli je dobře, že se o tématu duševního zdraví a duševní hygieny v nynější době více mluví, odpověděly že ano. Pod tento kód byla přiřazena i část výpovědi respondentky č.2, která vysvětlovala, že všem nově nastupujícím k nim do mobilního hospice zdůrazňují význam péče o vlastní duševní zdraví, neboť považují za důležité, aby toto jejich zaměstnanci věděli. Respondentka č.4 svou odpověď na předem zmíněnou otázku odůvodnila tím, že jí dnešní doba připadá *nemocná*. Nedávná pandemie covidu-19 a s tím související sociální izolace, probíhající války jsou jen nepatrný zlomek z problémů dnešní bouřlivé společnosti, uvedla. Duševní zdraví Čechů je ohrožené (více výše v kapitole „Duševní zdraví v ČR“), jak vysvětlovala respondentka č.5, a odborná pomoc v podobě v podobě psychiatrů a psychologů pro děti a dospělé není vždy dostupná. Z tohoto důvodu si obě respondentky myslely, že je důležité o této problematice mluvit. Jednak podle respondentky č.4, aby člověk nezapomněl na důležitost tohoto druhu péče a tím se předcházelo výraznému zhoršení vlastního duševního zdraví, tak i dle slov respondentky č.5, aby se vědělo, že duševní onemocnění není žádné stigma a člověk se nebál požádat si o pomoc, když ji potřebuje.

Resp. č.1: „...protože když bude sám se sebou nevyrovnaný, tak tu práci nemůže odvést pořádně a ty lidi to z vás cejtěj hlavně, že nejste v pohodě.“

Resp. č.3: „Tam musíte přijít jako fakt ready, když tam ready nepřijdete, tak musíte těm lidem zákonitě prostě ublížit. Protože oni, oni pak přemejšlej i o vás, co se dělo sestřičce a nabalujou se ty jejich problémy, jo. A v podstatě jim to ubližuje. Takže to je důležitý.“

Resp. č.2: „Když nebudu já v pohodě, tak nemůžu tu pohodu přenášet na ty lidi v terénu. A když nebudu v pohodě, tak to neustojím, v tom terénu.“

Resp. č.3: „...A teďka vy máte v hlavě prostě sto padesát věcí jinejch a teďka vás to jako rozhodí jo? Jsou to blbosti, že jo, jako de facto. Ale tam musíte přijít v pohodě a ty blbosti prostě přestat jakoby řešit, jo, a řešit je potom. Ale jako trošku si odfrknout člověk musí nějak. Každý to má jinak, někdo jde štípat dříví, někdo si malinko zanádá, jo.“

Resp. č.4: „No, (cílem DH je) zachování si jako duševního zdraví a schopnost, jako pomáhat i ostatním, no. Ne jenom sama o sebe, ale jako být i pro okolí prostě v kondici, takže.“

Resp. č.5: „*Tak asi je to jako velký téma, já jako neříkám, že se mi to nemůže stát, může se mi to stát, že vyhořím, samozřejmě. Tak jako nejsem z oceli a samozřejmě, že ty emoce tam hrajou velkou roli jako. Prostě jsem v hrozně jako složitých situacích se dostávám furt v těch rodinách a nejsem jako bez emocí, že jo.*“

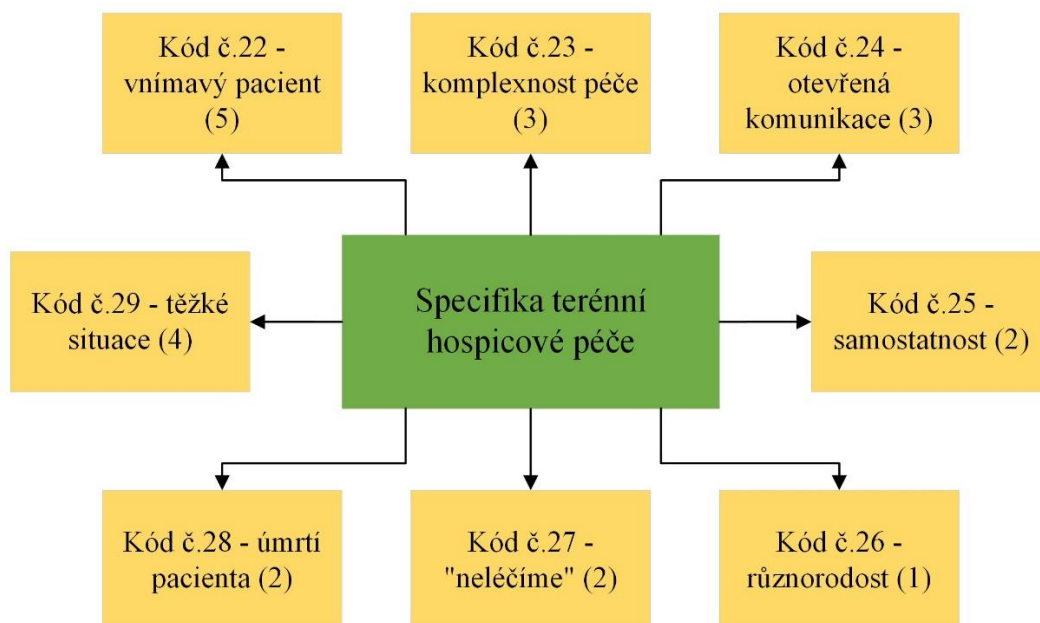
Resp. č.4: „*A fakt myslím i na tu dobu nemocnou po covidu, prostě a vůbec jako v té společnosti prostě bouřlivé posledních let. Tak si myslím, že se to horší třeba ta duševní hygiena. Pomoc není vždycky dostupná, že se jako té nepohody rozšířilo mezi lidma...pokud tomu jako nepředcházíme, nestaráme se o tu duševní pohodu, tak že jsou potom jako úzkosti nějaký, paniky a to, že to je prostě horší, no... Třeba tomu předcházet. A jako starat se o to, že to si myslím, že je důležitý, no.*“

Resp. č.5: „*Tak si myslím, že je jako důležitý o tom mluvit, aby se o tom vědělo, že to jako není nějaký stigma a že prostě když má někdo deprese, tak je má a že to není jako, že si něco vymyslel.*“

Kategorie č.4 – specifika terénní hospicové péče

Kategorie č.4 souvisí s hlavním cílem výzkumného šetření, který se zabývá otázkou, jaké povědomí mají NLZP pracující v mobilních hospicích o DH. Kategorie byla vytvořena na základě osmi kódů, týkajících se specifických rysů terénní hospicové péče, se kterými se respondentky setkávají a na které tím pádem jejich DH reaguje.

Do následující kategorie patří následující kódy:



Obrázek 4 - Kódy patřící do kategorie č.4

Kód č.22 – **vnímavý pacient** je dalším z kódů vyskytující se v rozhovorech u každé respondentky. Všechny vysvětlovaly, že hospicový pacienti i jejich rodiny jsou velmi vnímavý vůči tomu, co se kolem nich děje a v jakém rozpoložení jsou lidé, kteří se kolem nich pohybují. Procházejí náročným a bolavým obdobím a se zdravotními sestrami, které je často navštěvují, jsou v úzkém spojení a společně situaci prožívají. Respondentky č.4 a č.5 uvedly, že tito pacienti cítí, že právě ony jsou ty, které jim mohou nabídnout to, co potřebují. Respondentka č.5 dodala, že kdyby nebyla v klidu a působila nervózně, mohlo by to figurovat jako překážka v efektivním řešení potřeb a problémů pacienta. Mobilní hospicová péče je podle slov respondentek velmi **komplexní**, protože je poskytována nejen konkrétnímu pacientovi, ale i celé jeho rodině a nároky na péči o hospicové pacienty vypadají jinak než na pacienty nehospicové. Více než v jiných oborech, jde nejen o medicínskou stránku péče, ale především o stránku lidskou. Jak uvedla respondentka č.3, niterné otázky nebo problémy konkrétní rodiny se řeší v mnohem větším rozsahu a do větší hloubky. Podle respondentky č.2 si pacienti často musí vyřešit svoje osobní záležitosti, aby mohli v klidu odejít. Význam **otevřené komunikace**

je proto v případě tohoto typu péče zcela zásadní, což bylo několikrát zdůrazňováno respondentkou č.1. Jak uvnitř pečovatelského týmu samotného, tak hlavně se samotným pacientem i jeho rodinou. Plánování podoby péče je něco, na čem se rodina i pacient aktivně podílejí, proto musí být adekvátně informování o stavu situace, vysvětlovala respondentka č.1 a č.5.

Mobilní paliativní péče je specifická prostředím, kde se poskytuje. Je to velmi **samostatná** práce, kdy respondentky č.1 a č.5 uvedly, že v terénu se nacházejí samy a mohou se tak spolehnout pouze na sebe. Pacienti i jejich rodiny jsou **různí**, a tím pádem žádný pracovní den není stejný. Pokud se vyskytne nějaká komplikace, pouze ony ji mohou na místě vyřešit a všechna pozornost je při tom upírána pouze na ně. Zároveň však respondentka č.1 dodala, že některé věci jsou v případě mobilního hospice dané, na rozdíl od služeb poskytující akutní péči v terénu. Pacienti se neresuscitují, medikace pro většinu případů je již předem naordinována lékařem. Smyslem jimi poskytované péče není, jak také zmiňovaly další respondentky, pacienta „**vyléčit**“. Cílem je, aby všichni jejich pacienti mohli **zemřít** v klidu doma mezi svými blízkými, bez zbytečných bolestí.

Protože práce mobilní hospicové sestry je velmi charakteristická a náročná, mobilní hospice se potýkají s nedostatkem personálu, vysvětlovala nejen respondentka č.2. Mezi další **náročné situace**, se kterými se respondentky setkávají při výkonu práce patří špatná komunikace s rodinou, pokud je pacientem někdo jim blízký, či je to někdo velmi mladý. Respondentka č.3 uvedla jako pro sebe zátěžovou situaci příliš mnoho administrativy a respondentka č.5 situace, kdy se pacienti dusí.

Resp. č.1: „*Protože jako je to náročný v tom terénu, jsou to těžké věci, těžký pacienti a fakt na nás naházej všechno... Není to jenom o té nemoci, my vlastně poskytujeme péči celý tý rodině, všem*“

Resp. č.5: „*My jsme pro tu rodinu jako nejdůležitější jakoby psychologové. Protože my s nima prožíváme tu těžkou chvíli, my jsme tam s nima, když oni jsou v tý krizi a my s nima rozebíráme tu situaci.*“

Resp. č.3: „*Tady se bavíme právě o tom konci, takže ty lidi mají, co mám tu zkušenost, tak jsou daleko víc prostě vnímavý, vnímavý ke všemu, co z nás jde. Jaký z nás jdou emoce, tak to silněji vnímaj než lidi, který prostě maj bércovej vřed. Protože tak se zahojí, nezahojí, ale asi. Prostě nebavíme se o konci života, nebavíme se o těch niterných otázkách, o těch problémech tý rodiny zdaleka v takovém rozsahu, minimálně ne jako u těch hospicových pacientů.*“

Resp. č.4: „*Já myslím, že na nás úplně jako visí očima, takže oni z nás jako prostě takový ty energie cítí. V jaké jsem pohodě, co jako můžeme dát, no.*“

Resp. č.1: „*Takže tohle je těžký, no, u těch lidí, je to vyčerpávající, všichni čekají, že se stane nějaký zázrak, což říkáme, že zázraky my neumíme, že to neděláme, že neléčíme. Ale jenom zmírňujem ty příznaky, prostě aby měli svůj komfort, aby si nějak v klidu s tou rodinou prostě dožili.*“

Resp. č.5: „*Tak jako s tím do toho jdu, prostě všichni zemřou, co jsou v naší péči. A i když udělám prostě to nejlepší, tak stejně zemře, ale furt mám jako pocit, udělali jsme to, co on potřeboval...My nechcem ho uzdravit a prostě aby chodil túry dvacet kilometrů. Pro nás je cílem úplně něco jinýho, aby byl jako on v pohodě a aby ta rodina mohla dosáhnout třeba těch cílů, který si stanovila v rámci toho onemocnění, který má...Mým cílem je, aby byl jako v klidu a aby mohl zemřít doma, tak jak si to přeje.*“

Resp. č.1: „*A furt s těma lidma mluvit, musíte mluvit... Maj možnost volby, jsou svéprávný, prostě nikdo za ně jakoby nemůže rozhodnout. My můžeme říct, když půjdete touhle cestou, bude to takhle, když ne, bude to takhle. Máte možnost volby a výběru, je to na vás. Nikoho nepřesvědčujem, nikomu nic nenařizujem, nikomu nic. To je každýho svobodná vůle, jak on se rozhodne. A tak by to mělo i bejt*“

Resp. č.2: „*Takže zas se hledá cesta, aby se usmířili, když už teda jako, a pak teprve ty lidi můžou v klidu odejít, a jako to se nám stává strašně často tyhlety věci. Musej mít vyřešený tyhlety věci, no, špatně se jim odchází pak, zbytečně se tady trápěj.*“

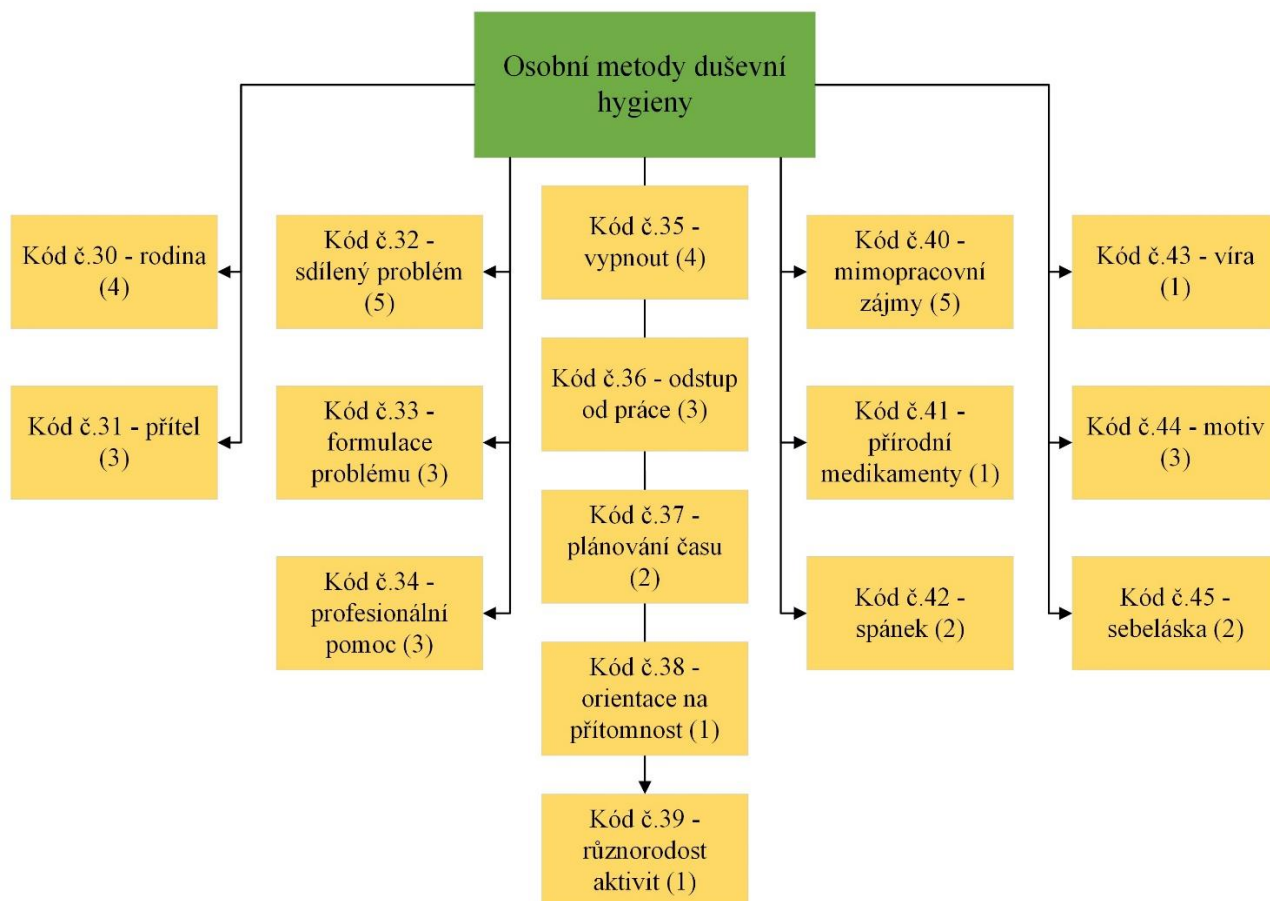
Resp. č.1: „*Ale ono každej den nevíte, jakej bude jo. To nevím ani ted' já. Prostě někde přijedu, něco se schumelí, a vy máte jenom sebe, nikoho jinýho. Jo, takže si musíte umět poradit.*“

Resp. č.5: „*Oni byli úplně zoufalí prostě z toho jednání a chování v nemocnici. Ale úplně. Úplně rozložený. A ty byly tak perplex, že jako my jsme úplně normální a že se s nima jako bavíme a řešíme to co oni potřebujou a nezesměšňujem je a nezlehčujem to, co oni nám říkají a poslouchám je.*“

Kategorie č.5 – osobní metody duševní hygieny

Kategorie č.5 souvisí s prvním dílčím cílem práce, který se zabývá otázkou, jak konkrétně se NLZP pracující v mobilních hospicích starají o své duševní zdraví. Šestnáct zahrnutých kódů představuje jednotlivé metody, které zúčastněné respondentky ve své DH využívají.

Do této kategorie patří následující kódy:



Obrázek 5 - Kódy patřící do kategorie č.5

Jednou z nejčastěji využívaných metod bylo lidské zázemí zahrnující **rodinu** a **přátelé**. Mít tu jistotu někoho, komu se lze svěřit a dá se na něj spolehnout. Až na jednu, všechny respondentky zdůrazňovaly význam této podpory. Respondentka č.5 vysvětlovala, že právě rodina pro ni představuje toho *tahouna*, díky kterému může svou práci vykonávat. Také řekla, že je pro ni velmi cenná skutečnost, že její partner zcela respektuje její práci a bere ji se stejnou vážností jako tu jeho. Respondentka č.3 zase vyprávěla, že u nich doma mají nastavený jistý rituál, kdy se rodina sejde a pravidelně dohromady tráví čas a že právě tato pravidelnost je pro ni také velmi důležitá. Následující kód č.32 – **sdílený problém** představoval další z metod objevující se ve výpovědích u všech respondentek. Například tři respondentky na otázku, co by doporučily člověku, který by se chtěl začít aktivně starat o svoje duševní zdraví, odpověděly, že by si s ním

ze všeho nejdřív popovídaly a teprve pak by se vidělo, co by pro něj mohly udělat. Získat pohled druhého může nabídnout nové perspektivy, jak se ke konkrétní zátěžové situaci postavit, vysvětlovala respondentka č.2, anebo dotyčný může rovnou se zvládnutím situace pomoci. Respondentka č.3 zastávala názor, že není ostuda si jít pro radu. To hlavní je ze sebe to, co štve, dostat ven. Už jen tím, že člověk **problém formuluje**, dá ho do slov, s ním pak lze často mnohem snadněji pracovat, uvedla respondentka č.5. Podle ní prostě občas, aby se člověk cítil lépe, bohatě postačí někomu říct, že *naštvalo mě tohle a tohle*, a tak to ze sebe vyventilovat. Tím někým může být i psycholog nebo jiný odborník, řekly ve svých rozhovorech respondentky č.2 až č.4. Nebát se využít právě **profesionální pomoc**, protože, jak objasnila respondentka.3, odborník vidí věci zase jinak. A může pro začátky v péči o vlastní nitro poskytnout bezpečný prostor.

Pro čtyři respondentky bylo další z možností DH tzv. **vypnutí**. Jak samy popisovaly, někdy jim pomůže jednoduše, slovy respondentky č.1, dát nohy nahoru a nic neřešit. Vypustit všechny myšlenky z hlavy a třeba být chvíli jen sám se sebou. K tomu respondentka č.2 uvedla, že za tímto účelem třikrát týdně medituje. Kód č.36 – **odstup od práce** úzce souvisí již s výše zmíněnými kódy z kategorie č.2. Dotyčné vysvětlovaly, že považují za nutné zvládat se od práce oprostit a netahat si ji všude s sebou. Respondentce č.3 s tím pomáhá skvělý tým kolegyň v práci, na které se může bez obav spolehnout. Respondentka č.4 zase odstup od práce získává díky pečlivému **plánování času**. Nepromarnit dny odpočinku a snažit se je nějakým způsobem vědomě, cíleně využít. S významem plánování času pro duševní pohodu se ztotožňuje i respondentka č.5. Ta ale na rozdíl od předchozích dvou respondentek byla toho názoru, že jí odstup od práce z podstaty povolání získat nejde. Avšak jí zase pomáhá se zvládnutím své těžké práce fakt, že se vědomě snaží být **orientovaná na přítomnost**. Protože se soustředí pouze na momentální okamžik, může udělat to nejlepší, co v dané situaci uzná za vhodné. Bere věci tak jak přicházejí, a díky tomu, že střídá mnoho **různých rozmanitých aktivit**, tak se ani v jedné z nich *neutápí*.

Konkrétní **mimopracovní aktivity**, které respondentky uváděly jako vlastní metody DH, představovala především příroda (u respondentek č.1 až č.4) a pohybová aktivita jako běh či plavání (respondentky č.2 až č.5). Byly často zmiňováni domácí mazlíčci, především psi. Pro respondentky č.2 až č.4 bylo čtení také formou DH. Dalšími zmíněnými aktivitami bylo pletení, zahradničení a otužování. Ve finále ale nezáleží na tom, podle slov respondentky č.2 a č.3, co přesně za aktivitu člověk vykonává. Tím hlavním je, aby ho daná činnost bavila a poskytovala mu pocit naplnění. Respondentka č.4 dále zmiňovala **přírodní medikamenty**, zahrnující

bylinnou terapii v podobě různých přírodních olejíčků a tabletek. Tato respondentka společně s respondentkou č.5 uvedly i důležitost **spánku** jako prostředku k regeneraci a odpočinku.

Respondentka č.4, která byla jako jediná ze zúčastněných sester věřící, popisovala **víru** v Boha a pravidelnou modlitbu jako významnou součást vlastní DH. Modlitba jí pomáhá v těžkých situacích a skrze víru vidí ve svém počínání smysl. Právě vidět smysluplnost práce, mít určitý **motiv**, kvůli kterému je určitá činnost vykonávána, považovaly za významný faktory pro udržení duševní pohody celkem dvě další respondentky. Poslední ze zmíněných metod DH byla **sebeláska**. Jak uváděly respondentky č.2 a č.3, aby se člověk o sebe mohl efektivně starat, musí se mít nejdřív sám rád, myslet na sebe a mít se v úctě.

Resp. č.4: *„Ale přitom se furt jako cejtím v kondici, jo, protože jsem si to vybrala, (odmlka) takže mě to nepřijde jako nezvladatelný nebo k vyhoření. Já jako vždycky říkám, že je hrozně důležitěj ten motiv jako s kterým do toho člověk jde.“*

Resp. č.1: *„Mít zázemí, jak rodinný, tak kamarády, někoho, koho znáte roky, komu důvěřujete a víte, že vás nenechá někde na holičkách. Že víte, že ten telefon můžete zvednout a zavolat mu.“*

Resp. č.2: *„Říkáme to i holkám, co ted' nově nastoupily. Když prostě něco potřebujou, ať si radši zavolaj, než aby prostě si to někde nesly a trápily se s tím nebo tak. Takže je prostě lepší ten problém sdílenej.“*

Resp. č.5: *„Tak si vždycky o tom jdeme popovídat a vždycky to jako je lepší. On my to řekne, tak já řeknu, co si o tom myslím, že jo. Už jenom to že to řekne, tak je většinou napůl vyhráno. Protože jako ví, co je vlastně blbě, no. Nejhorší je, když je člověku blbě a neví proč.“*

Resp. č.2: *„Já mám třeba za sebou 5 let výcviku skupinovýho, skupinový terapie... a přesto, že jsem si říkala, že jsem úplně v pohodě, nemám problémy, tak tam si člověk ten život strašně moc srovnal mezi nima, tak nějak jako a hrozně mi to pomohlo i do týhletý práce... I když neprobírali se klienti nebo něco takovýho, ale celkově že si člověk dal do kupy ten svůj osobní život.“*

Resp. č.3: *„Já mám kamaráda, dobrýho psychologa... já si mu občas zavolám a řeknu, ty jako, já nevím, já jsem asi magor, takhle mu to řeknu a on, ne, nejseš. A ono to pomůže... je potřeba opravdu i si jít pro tu radu, když, jo, nějak se cejtím v nějakým takovým diskomfortu.“*

Resp. č.4: *„Tak jako mám svou nějakou metodu prostě, modlitby a jako víry v Boha, že se starám jako po této stránce. Asi mě to jako stačí no, vlastně ten duchovní život a duševní provázanej, takže.“*

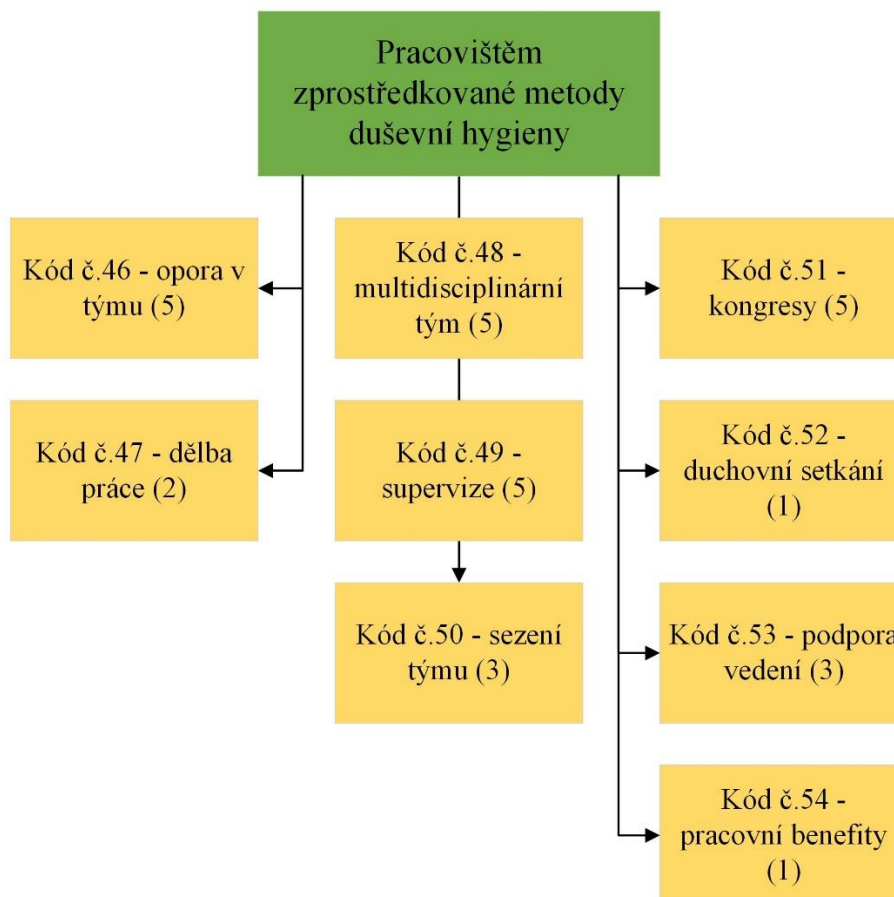
Resp. č.2: „Hlavně nějakýho koníčka, prostě mít něco, na co se člověk těší, aby až přijede domů, aby to nebylo jenom, sednu si a takhle to na mě spadne. To prostě nesmí k tomuhle vůbec dojít.“

Resp. č.5: „Moje psychohygienu je spíš založená na tom, že jako hodně střídám činnosti, jo... já se vždycky jako koncentruju, na to, co je teď důležitý. A to si myslím, že mi vlastně taky dává velkou sílu, že prostě řeším věci, tak jak jdou a řeším to důležité a snažím se jako odlišit, co důležité je a co není, no.“

Kategorie č.6 – pracovištěm zprostředkované metody duševní hygieny

Kategorie č.6 souvisí s druhým dílčím cílem práce, který se zabývá otázkou, zda je v agenturách poskytující terénní hospicovou péči nějakým způsobem řešeno duševní zdraví zaměstnanců a pokud ano, tak jaká opatření jsou v tomto směru zavedena.

Do této kategorie patří následující kódy:



Obrázek 6 - Kódy patřící do kategorie č.6

Tím nejdůležitějším na pracovišti pro duševní pohodu je dobrý tým, o který se může sestra v čase potřeby **opřít**, shodují se všechny respondentky. Vysvětlovaly, že kolegové jsou lidé, kteří se pohybují ve stejném pracovním prostředí a rozumí tak problémům s prací spojených. A právě mít tu příležitost probrat pracovní záležitosti a problémy s někým, kdo danou práci také dobře zná, považovaly za přínosné. Respondentka č.2 uvedla, že se u nich v hospici o sebe sestry navzájem starají třeba tím, že pokud je pro některou z nich péče o nějakého pacienta velmi náročná, například protože je jím dítě, někdo známý apod., tak se dohodnou a následně k němu jezdí ostatní, kterým to tolik nevádí. Všechno je to o komunikaci, zdůrazňovala především respondentka č.3. Na tom, aby tým mohl působit jako opora, mají podíl všichni jeho členové. Respondentka č.3 proto považovala přímou a otevřenou komunikaci v rámci týmu za

klíčovou. Pokud někomu něco vadí, má to říct a řešit. Začít u sebe a slušně konkrétní problém prodiskutovat, vysvětlovala dále. Důvěřovat v ostatní členy týmu a vědět, že se na ně dá spolehnout, dodala respondentka č.5. Kód č.47 - **podělit se o práci**, který znamená mít tu možnost, že pokud toho bude hodně, někdo mi s prací pomůže, zmiňovaly jako další důležitý aspekt DH obě respondentky č.5 a č.3.

V mobilních hospicích pracují tzv. **multidisciplinární týmy**. Do nich patří psycholog či psychoterapeut, kterého mohou sestry jednak zavolat do rodin, když vyhodnotí, že už je situace opravdu náročná, jak objasňovala respondentka č.1 anebo ho mohou využít i sestry samy pro sebe, zařídit si setkání s ním. Tuto možnost potvrdily všechny respondentky z Pardubického kraje i kraje Královéhradeckého. Respondentka č.4 poté zmiňovala v rámci multidisciplinárního týmu ještě hospicového kněze, jehož služby mají sestry pro sebe také k dispozici. Další, pracovištěm zprostředkovanou, oficiální metodou DH je **supervize**. V mobilním hospici Královéhradeckého kraje a Středočeského kraje představuje již dlouhodobější praxi, kdy se ošetrovatelský tým jednou za pár měsíců sejde s psychologem, který sezení vede, a řeší se různá témata, kazuistiky apod. Respondentka č.4 měla k supervizím kladný vztah, a naopak pro respondentku č.5, jak bylo výše už zmiňováno, žádný přínos neměly. V pardubickém hospici možnost supervize, jak skupinové, tak individuální, měly také, ale zatím ji nevyužívaly. Všechny dotazované to zdůvodňovaly tím, že jim doposud stačila každodenní ranní **sezení týmu**. Každý den ráno, vysvětlovaly respondentky, se před začátkem práce sejdou, proberou všechny klienty a jiné věci, které potřebují, a díky tomu se pak cítí lépe a do terénu vyrážejí lépe připravené.

Pracovištěm zprostředkované příležitosti pro DH zahrnovaly také různé **kongresy** paliativní medicíny, na které respondentky ze všech mobilních hospiců uvedly, že mají možnost jezdit. Na těchto setkáních nejen že jsou velmi často i samostatné bloky o DH, ale obecně další vzdělávání v oboru jejich zaměstnání respondentky také zmiňovaly jako dobré. Respondentka č.4 dodala, že se účastní ještě tzv. **duchovních setkání**, na kterých se spojuje víra s profesí mobilní hospicové sestry a hovoří se o tématech s tímto souvisejících.

Ani jedna z respondentek neuvěděla, kromě supervize, že by jejich pracoviště podnikalo nějaké další aktivní kroky v péči o duševní zdraví vlastních zaměstnanců. Nicméně v každém ze zúčastněných hospiců respondentky potvrdily, že cítí, že mají **podporu vedení** a že pokud by nastal nějaký problém, vedení by ho začalo aktivně řešit. Respondentka č.3, která se sama nachází v manažerské pozici, vysvětlovala, že je pro kvalitní vedení nutné dát svým

zaměstnancům pocit bezpečí, že se za ně během možných komplikací vedení postaví. Nijak se nepovyšovat a dát upřímně najevo, že vám na nich záleží a zajímáte se o ně. Posledním z kódů v této kategorii jsou **pracovní benefity**. Ty uvedla respondentka z Pardubického kraje a tyto benefity zahrnovaly různé příspěvky např. na masáže, bazén či kulturní akce, kde mohou zaměstnanci relaxovat.

Resp. č.3: „*Musím delegovat tu práci na druhý, nemusím mít nad vším kontrolu, to prostě vůbec není úplně podstatný. Mám tady skvělejší tým lidí, takže to mám jednodušší, tu duševní hygienu, nemusím se tady s nikým dohadovat.*“

Resp. č.2: „*My se tady staráme s tím, že se tady každý den ráno scházíme, od tý půl osmý do té půl deváty, dáme si kafe, probereme všechny klienty. V podstatě tady ze sebe vysypeme všechno, co v tý hlavě člověk má, a i ten pohled těch druhých na to, pak nás zase nasměruje hezky zpátky na tu klidnou pohodovou cestu.*“

Resp. č.3: „*Ony se naučily takhle jako komunikovat, napřímo... Tak když ony si to tady takhle na sebe s prominutím vyhoděj, jo, tak jdou, se zbavěj toho, co je štve na tom druhým, že to řeknou, prodiskutují, kdo co neudělal. Vždyť to víte, jak to je, ty kolektivy. A jdou prostě tak jako v klidu mezi ty lidi... já si myslím, že je nejhorsší, když si to ty lidi neřeknou. No a pak po sobě jako dupou.*“

Resp. č.5: „*Já jsem to (supervize) zatím nepochopila, no. Ale to ještě neznamená, že to třeba jako k něčemu není. Já jsem si říkala, když to ty lidi dělaj, maj na tom postavenou živnost, tak to třeba k něčemu dobrý je. Akorát já jsem to jako nepochopila, no. Tak já nevím. Možná jsem jako špatnej typ na supervizi. Třeba to není pro všechny ještě taky jsem si říkala.*“

Resp. č.4: „*Pak máme supervize jednou za dva měsíce, za tři. Ted' se nám vyměnila jako supervizorka, takže se ted' poznáváme a začnou se řešit nějaký prostě dilemata, třeba kazuistiky i mezi náma. A tady máme jako takovej pěkněj kolektiv, jako včetně vedoucí, že dost jako sdílíme i třeba z osobního života, takže se vůbec tady nebojíme si to říct jako kdybychom měli trápení nebo když se něco jako děje.*“

Resp. č.3: „*Že jo, jak maj rády pacienty, mějte rády sebe. Každěj jsme z jinýho prostředí, máme, měly jsme jiný šance, jiný příležitosti, jinak nás rodiče vychovaly. Ale musíme tady spolu bejt, tak si to nedělejme, já jsem jim to kolikrát řekla, nedělejme si to hnusný, že jo.*“

6 DISKUZE

Bakalářská práce měla za hlavní cíl zjistit co si zdravotnický personál pracující na pozici NLZP v agenturách terénní hospicové péče představují pod oborem DH a co podle nich samotná DH zahrnuje. K tomuto hlavnímu cíli patří průzkumná otázka číslo 1 a z připravených otázek rozhovoru se na tento cíl dotazovaly otázky číslo 1 až 5 včetně. Původně bylo výzkumníkem zamýšleno jednotlivě zpracovat odpovědi na každou z otázek a poté je prezentovat ve smyslu, že respondentky buď zvládly nebo nezvládly říct, co to DH je, zvládly nebo nezvládly vyjmenovat nějaké konkrétní metody DH atd. Nicméně po provedení rozhovorů se všemi šesti respondentkami a následné analýze dat výzkumník změnil svůj původní záměr, aby výsledné zpracování a prezentování výsledků přizpůsobil získaným datům. Důvodem k takovému kroku byla skutečnost, že ačkoliv všechny respondentky dostaly stejné otázky, každá si je přizpůsobila k obrazu svému a podle toho také odpovídala. Žádná z odpovědí si obsahově nebyla ani trochu podobná a respondentky svými odpověďmi poskytli možnost podívat se na problematiku DH mnohem komplexněji a hlouběji, než bylo původně zamýšleno. Z pozorování před začátkem samotných rozhovorů nejdříve vypadalo, že většina zúčastněných jsou toho názoru, že nebudou mít k tématu moc co říci. Avšak nakonec se ukázalo, že všechny dobře vědí, co to péče o sebe je a poskytly ve svých odpovědích zajímavé pohledy na zkoumanou problematiku.

Průzkumná otázka č.1

Co si NLZP představují pod oborem duševní hygiena?

První průzkumná otázka dotazující se na hlavní cíl práce se ptala, co si NLZP představují pod oborem DH a snažila se zjistit jaké konkrétní informace mají NLZP o této problematice. Na základě získaných dat vyšlo najevo, že respondentky DH nevnímají jako nějaký speciální vědní obor, ale považují ji spíše za přirozenou součást běžného života, která má smysl, jak pro ně osobně, tak i pro výkon jejich povolání. Respondentky ve svých výpovědích v podstatě nepoužívaly termín DH, ale spíše mluvily o „péči o sebe.“ Informovanost respondentek se zakládala na třech základních tématech.

Prvním tématem byla individualita každého člověka a jak tato skutečnost souvisí s DH. Žádná z respondentek nikde v rozhovoru neuvedla, že DH je něčím, co vypadá pro všechny lidi zcela stejně a že by existovala nějaká konkrétní metoda fungující bez výjimky pro každého. Místo toho zdůrazňovaly, že každý z nás je jiná osobnost s vlastními postoji a přesvědčeními, všichni jsme byli vychováni v jiném prostředí a za svůj život jsme zažili jiné věci. To vše má pak vliv na výslednou podobu DH, kdy každému tak bude logicky pomáhat něco jiného. Z tohoto

důvodu by se ke studiu této problematiky mělo přistupovat jen jako k jakémusi „třuknutí“, které poskytne člověku inspiraci, jak by bylo možné se o sebe starat a že něco jako péče o sebe tady vůbec je. Názor respondentek, že pro každého bude přínosná jiná forma DH, dále podporuje i fakt, že v rámci prvního dílčího cíle pouhých pět respondentek uvedlo celkem šestnáct různých způsobů DH, kterými se o sebe starají. S tím, že DH je individuální záležitost, souhlasí i Bedrnová a kolektiv (2015), která ve své knize hned v úvodu zdůrazňuje, že studium DH je přínosné právě proto, že neexistuje žádný jednotný přesný návod, jehož následováním by všichni automaticky mohly dosáhnout kvalitní duševní pohody. Všichni jsme totiž jedineční a o to víc záleží na iniciativě každého, jak se k péči o své duševní zdraví postaví. Protože ve finále si efektivní způsob péče o sebe může nastavit jen on sám.

Právě postoj člověka k vlastnímu duševnímu zdraví a práce, kterou je potřeba vynaložit, aby se o sebe jedinec zvládl efektivně starat navazuje na **druhé téma** rozhovorů. Spíše než o konkrétních metodách DH respondentky více mluvily o tom, že je v péči o sebe klíčové si dopřát čas poznat sám sebe, srovnat si to v sobě a být tak v klidu s vlastními myšlenkami a emocemi. Přenastavit způsob, jakým se člověk kouká a reaguje na věci kolem sebe. Výzkumník z toho vyvodil závěr, že pro zúčastněné respondentky v DH nejde jen o konkrétní aktivity, jako je například pohybová aktivita nebo relaxace, ale že péče o sebe zahrnuje z velké části i práci na vlastním nitru, která nemusí být na první pohled vidět. Také tuto skutečnost potvrzuje Bedrnová a kolektiv (2015), kdy DH vysvětluje jednak v užším pojetí jako prostředek sloužící k zachování duševního a fyzického zdraví, ale zároveň uvádí možnost podívat se na DH z širší perspektivy, a to jako na příležitost k rozvoji osobnosti a seberealizaci. Právě na základě této širěji pojaté definice DH se výzkumník vůbec rozhodl pro kvalitativní metodu výzkumu, protože se chtěl pokusit ve svém výzkumu pojmut právě i tyto abstraktnější aspekty DH, které by se kvantitativně zjišťovaly poměrně těžce a nejspíše právě z tohoto důvodu nejsou ve většině výzkumů o DH zahrnuty. To, že DH neobsahuje pouze jednoznačně definovatelné aktivity jako je pohyb nebo relaxace, potvrzuje ve svém článku i doktorka Petra Váchová (2015), která do psychohygieny zařazuje i takové metody jako je sebepoznání, autoregulace emocí nebo pozitivní myšlení. Také Feryad A Hussain ve své práci (2021) na téma psychologických výzev, se kterými se sestry v paliativní péči setkávají, uvádí jako jedno z doporučení pro sebebepěči právě pravidelná sezení určená k sebereflexi. Tato sezení by měla za cíl pomoci sestřám si zlepšit sebeuvědomění, emoční inteligenci a odolnost a díky tomu jim následně ulehčit zvládání náročných situací se kterými se v práci setkávají.

Vědět, že je důležité být v duševní pohodě a že je proto nezbytné o sebe nějakým způsobem pečovat navazuje na předchozí dvě kategorie a je **třetím** (a posledním) **tématem**, které si respondentky s DH spojovaly. Podle všech respondentek je pro poskytování dobré péče duševní pohoda sestry klíčová. S tímto souhlasí i Brian Nyatanga (2014) v jehož článku o předcházení syndromu vyhoření v paliativní péči hned v úvodu vysvětluje, že péče poskytována lidmi, kteří jsou sami špatně vnitřně naladěni, bude tuto skutečnost reflektovat a kvalita péče se tak bude snižovat. Práce v mobilních hospicích je velmi specifická, není to péče pouze o jednoho pacienta, ale i o celou jeho rodinu a péče není zaměřená jen na fyziologické potřeby pacienta, ale je soustředěna z velké části i na potřeby psychologické, sociální a duchovní. Je poskytována v terénu, kde je sestra na těžké situace sama a kde se může stát téměř cokoliv. A protože jde o paliativní péči, úmrtí klienta je něčím s čím se sestry setkávají pravidelně. Všechny zmíněné okolnosti dělají z terénní hospicové péče velmi specifickou a náročnou záležitost a respondentky uváděly, že jejich práce opravdu není pro každého a že je pro její výkon nutná určitá lidská zralost. Možná právě z tohoto důvodu zároveň přikládaly takový důraz na metody týkající se práce na vlastním nitru rozebírané v předchozím odstavci.

Všechny zmíněná specifika výzkumník uvedl také z toho důvodu, aby tím nastínil, v jakém prostředí sestry pracují a s čím jim jejich vlastní DH pomáhá se vyrovnat. Význam DH pro praxi respondentky spatřovaly jednak v tom, že je pomáhá udržovat v duševní pohodě a ony tak mohou poskytovat kvalitní péči, ale zároveň ji považovaly i za možnost prevence, aby se z náročné práce nezničily. V této souvislosti téměř všechny respondentky zmínily syndrom vyhoření jako stav, který pro ně může potencionálně představovat riziko a je proto dobré se mu snažit vyvarovat. I přesto, že žádná z účastnic na první pohled nevykazovala příznaky syndromu vyhoření (všechny mluvily o své práci nadšeně a s klidem), podle F. A Hussain (2021) sestry v paliativní péči patří do skupiny s velmi vysokým rizikem rozvoje tohoto syndromu. Důvodem jsou například výše zmiňovaná specifika práce. Meta-analýza provedená J. L. Goméz-Urquiza a kolektivem (2020) poukázala na fakt, že téměř 30 % paliativních sester zahrnutých ve zpracovaných výzkumech vykazovalo minimálně jednu z komponent syndromu vyhoření. Tyto sestry však pocházely z jiných zemí než z České Republiky, proto je možné, že v tomto ohledu vypadá situace v české paliativní péči odlišně. Tuto možnost podporuje i výzkum Heleny Pavelkové a Radky Bužgové (2015), které výzkum prováděly ve dvaceti různých hospicových zařízeních s celkem 241 zdravotníky. Výsledek šetření zněl, že i přesto, že celkem 28 % vykazovalo alarmující stupeň rizika propuknutí syndromu vyhoření, pouhých šest procent zúčastněných trpělo tímto syndromem.

Průzkumná otázka č.2

Mají NZLP pracující v terénní hospicové péči své vlastní metody duševní hygieny?

Druhá průzkumná otázka navazuje na první dílčí cíl práce a ptá se, jestli NLZP pracující v terénní hospicové péči mají své vlastní metody DH a popřípadě jaké to jsou. K této otázce patřily otázky č.6 a první otázka ze závěrečné části rozhovoru.

Prvním důležitým způsobem DH byla pro respondentky rodina a přátelé. Trávit čas s osobami se kterými je jim dobře a kterým se mohou v případě potřeby svěřit. Právě sdílet s někým svůj problém byla metoda DH, která se jako jediná vyskytovala ve výpovědích všech respondentek a všechny ji považovaly za zásadní způsob DH. Podobný výsledek uvádí ve své bakalářské práci i Pavla Křížová (2018). Její práce se zaměřovala na psychickou zátěž u zdravotníků poskytující paliativní péči a jakým způsobem se se zátěží vyrovnávají. Nejčastěji vyskytující se metodou zvládnání zátěže byla právě opora v rodině a v pracovním týmu, kdy z osmi zúčastněných tuto metodu uvedlo celkem pět. V souvislosti se sdílením problému jako jedné z podob DH uvedly tři respondentky výzkumného šetření této bakalářské práce také možnost využít služby odborníka, např. psychologa či psychoterapeuta. Dvě z nich totiž v minulosti těchto služeb využilo a tento druh péče o sebe se jim osvědčil. Stejně stanovisko uváděla i jedna z dotazovaných v bakalářské práci Anny Dvořákové (2018).

Další metodou bylo tzv. „vypnutí“, při kterém sestry mají možnost zrelaxovat, udělat si čas pro sebe a chvíli nic, co souvisí s prací neřešit. Tato metoda byla součástí DH celkem čtyř z pěti respondentek, takže se jednalo o poměrně hojně využívaný způsob péče o sebe. Stejně zjištění prezentuje i výzkumné šetření bakalářské práce Nely Fridrichové (2022), kdy přes 68 % z celkem 57 zúčastněných sociální pracovníků a pečovatelů pracujících v hospicových zařízení uvedlo, že se ve svém volném čase věnuje právě relaxaci. S relaxací souvisí i následující z metod DH, kterou je odstup od práce. Tuto formu DH zmiňovaly celkem tři respondentky a způsoby, jak takového odstupu dosáhnout, zahrnovaly například důvěru v pracovní kolegy, pečlivé plánování času nebo různorodost aktivit, kterým se člověk kromě práce věnuje. Se stanoviskem respondentek, že by se práce neměla nosit domů, souhlasí i získaná data bakalářské práce Anny Dvořákové (2018). Autorka prováděla rozhovory s celkem 10 NLZP jednak kamenných hospiců, tak i hospiců mobilních a většina z dotazovaných se shodovala, že pro zachování duševní pohody je klíčové umět se oprostit od pracovních záležitostí a nikam si je s sebou netahat, protože jinak by toho bylo brzy příliš moc.

Dalším způsobem DH, který většina zúčastněných ve výzkumu bakalářské práce Anny Dvořákové zdůrazňovala, byl pobyt v přírodě. I v tomto případě získaná data souhlasí s výsledkem šetření výzkumníka této bakalářské práce, kdy v rámci mimopracovních aktivit respondentky uváděly především přírodu, dále pak pohybovou aktivitu jako procházky, běh nebo plavání. Dalšími činnostmi bylo čtení, pletení, zahradničení, přírodní medikamenty a kvalitní spánek. Ve finále ale podle respondentek nezáleží, co přesně za danou aktivitu je vykonáváno, hlavně aby člověka bavila a především naplňovala.

Motiv a vědomí smysluplnosti bylo poslední z metod DH, která se vyskytovala u více než poloviny respondentek. Pro udržení vnitřní pohody respondentky považovaly za důležité mít motiv pro výkon svého zaměstnání a tím pádem vidět ve svém počínání smysl. Respondentka č.4, která byla jako jediná ze zúčastněných věřící, tento smysl viděla díky své víře v Boha. Tato metoda se objevovala i u dotazovaných v bakalářské práci slečny Křížové (2018), kdy víra představovala druhou nejčastější metodou pomáhající se zvládnutím pracovní zátěže.

Průzkumná otázka č.3

Jak agentury terénní hospicové péče pečují o duševní pohodu vlastních zaměstnanců?

Poslední z průzkumných otázek odpovídá na druhý dílčí cíl, který má za cíl zmapovat jaké metody DH pracoviště svým zaměstnancům zprostředkovává. Z otázek polostrukturovaného rozhovoru se k této otázce váže otázka č.7 a č.8.

Hlavní pracovištěm zprostředkovanou metodu představovala vzájemná opora v pečovatelském týmu a harmonické vztahy na pracovišti. Tato metoda byla důležitá pro všechny zúčastněné respondentky. Také v bakalářské práci Anny Dvořákové (2018) dotazované hospicové sestry zdůrazňovaly význam této metody. Tato skutečnost dává smysl vzhledem k faktu, že právě konflikty či šikana na pracovišti patří mezi největší zátěžové situace se kterými se ošetrovatelský personál dostává do styku (Křížová, 2018; Dučalová, Litvínová, 2013). Dalším významným faktorem pro DH respondentek této bakalářské práce byla možnost dělby práce mezi ostatní pracovníky a pomoc psychologů či kněžích pracujících v mobilních hospicích v rámci multidisciplinárních týmů, kteří své služby poskytují nejen klientům hospice, ale mohou se na ně se svými problémy obrátit i samotní zdravotníci.

Supervize představovala praxi, kterou ve dvou ze tří mobilních hospicích, již nějakou dobu praktikovali. Ve zbývajícím, třetím, mobilním hospici měly možnost supervize, ale zatím ji nevyužívaly. Pouze jediná z respondentek neviděla v supervizích pro sebe osobně žádný význam, zbylé čtyři respondentky měly k supervizím kladný vztah. Zejména dvě z nich v nich

viděly velký přínos a braly je jako příležitost si pohovořit o problémech se kterými se v práci setkávají a společně s ostatními tak najít řešení těchto problémů. Eva Janíková a Radka Bužgová (2017) ve své přehledové studii poukazují na pozitivní vliv supervizí na zdravotnické pracovníky, kdy u zdravotníků, kteří se účastní supervizí byla zjištěna nižší incidence syndromu vyhoření. Avšak zároveň dodávají že v českém zdravotnictví obecně jde i přes zjevný pozitivní dopad supervizí stále ještě o poměrně málo rozšířenou praxi. Důvodem může být například neexistence jednotných předpisů a nařízení nebo nedostatek finančních zdrojů na organizační zajištění. Je to však škoda, protože ze supervizí mohou těžit jednak nově začínající zdravotníci, pro které má tato metoda funkci především vzdělávací, tak i zkušené sestry, pro které má význam především podpůrná funkce supervizí.

Další vzdělávání jako pro sebe účinnou metodu DH uvedly respondentky ze všech mobilních hospiců. Možnosti dalšího vzdělávání představovaly jednak různé kongresy na téma paliativní péče apod. v rámci kterých se velmi často objevují samotné bloky na téma zvládání stresu a DH atd., tak i duchovní cvičení na kterých je problematika paliativní medicíny propojována s vírou. Na tyto kongresy a setkání mají respondentky v rámci agentury možnost jezdit a téměř všechny ji již v minulosti několikrát využily. Lucie Marešová a Marie Třešlová (2017) ve svém výzkumu provedeném s celkem 255 účastníky z řad ošetrovatelského personálu nemocnic, kamenných a mobilních hospiců zjišťovaly, jaké možnosti DH by si zaměstnanci přáli, aby jim management poskytoval. Necelých deset procent uvedlo právě zintenzivnit pravidelná školení na téma stres a zvládání stresu. Dalšími podobně procentuálně zastoupenými formami podpory byly individuální a skupinové supervize. Jedinými více zastoupenými možnostmi požadované podpory představovaly z necelých 25 % větší finanční příspěvky a více volna. Na základě tohoto výzkumu vyšlo dále najevo, že pouhých 1,4 % zúčastněných pocituje podporu od managementu při zvládání pracovních zátěžových situací. Tento výsledek nekorresponduje se zjištěním výzkumného šetření této bakalářské práce, kdy tři z pěti respondentek uvedlo, že podporu vedení ve svém zaměstnání cítí. Zbylé dvě respondentky toto neuvěděly, nicméně na to nebyly ani tázány, takže je vysoká pravděpodobnost, že by s názorem ostatních třech respondentek souhlasily. To, že podpora vedení, může představovat jednu z důležitých forem DH potvrdila ve své práci i Anna Dvořáková (2018), kdy respondentky z kamenného hospice zdůrazňovaly, že podpora a uznání, které se jim dostává od ředitele jejich hospice, má na jejich duševní pohodu nesporný pozitivní vliv.

7 ZÁVĚR

Cílem výzkumné části bakalářské práce bylo zmapovat, co si NLZP pracující v mobilních hospicích představují pod oborem DH a jak konkrétně se starají o vlastní duševní zdraví. Zároveň si výzkumník stanovil cíl zjistit, zda do DH u NLZP mobilních hospiců patří i nějaké metody zprostředkované pracovištěm pro které tito zdravotníci pracují.

Díky tomu, že byla využita kvalitativní výzkumná metoda polostrukturovaného rozhovoru může výzkumník poskytnout nový a jedinečný pohled na problematiku duševního zdraví a péče o toto zdraví a tím splnit svůj záměr neoficiální, ale přesto nadřazený všem ostatním cílům práce, kterým je inspirovat, a tím pomoci čtenáři při hledání a vytváření vlastního efektivního způsobu, kterým o sebe lze pečovat. Protože, jak říkaly respondentky ve svých výpovědích, každý z nás je jedinečná osobnost a pouze my sami můžeme přijít na to, jak o sebe dobře a kvalitně pečovat. A je důležité se o sebe starat, protože pouze pokud je zdravotník v dobré duševní pohodě, tak může zároveň poskytovat dobrou a kvalitní péči o druhé a vydrží mnohem víc. DH ale neobsahuje pouze jednoduše vysvětlitelné aktivity jako je pohyb nebo odpočinek. Jde v ní o mnohem víc a v dosažení a udržení duševní pohody tak hraje roli i jak si to člověk rozhodne nastavit uvnitř sebe, jak bude pracovat s vlastními myšlenkami a emocemi.

Konkrétních způsobu DH, které NLZP u sebe praktikovali, bylo mnoho. Některé se objevovali u všech zúčastněných, pár z nich využívali jen jednotlivé respondentky. Nejčastěji zmiňovanou metodou byl sdílený problém a respondentky tak klady důraz nejen na důležitost někomu se svěřit v případě problému, ale zároveň tak považovaly za nezbytné si uvědomit, že i my sami můžeme figurovat v DH lidí, kteří jsou kolem nás a měli bychom se podle tohoto vědomí řídit. S touto skutečností souvisí poslední z oficiálních cílů práce, kdy výzkumníka zajímalo, zda je agenturami poskytující terénní hospicovou péči nějakým způsobem řešeno duševní zdraví zaměstnanců. Příjemným zjištěním bylo, že se v rámci této otázky objevilo celkem devět různých metod DH, které jsou pracovištěm zaměstnancům zprostředkovány. Některé z nich, například vzájemná podpora v rámci multidisciplinárního týmu, byly pro terénní hospicovou péči specifické. Z tohoto důvodu by bylo přínosné podobný výzkum provést i v jiných typech zdravotnických zařízení, aby se zjistilo, jestli existují další možné způsoby podpory duševního zdraví zaměstnanců, které jsou specifická zase pro jiný druh poskytované péče.

Limity práce byl malý počet zúčastněných respondentů a velká specifčnost jejich práce. Výše zmíněné ojedinělé rysy práce paliativní sestry se s největší pravděpodobností odráží na získaných datech, proto by bylo určitě zajímavé udělat stejný výzkum i s NLZP pracujícími na

odděleních intenzivní péče a standardních lůžkách a sledovat, zda podoba informovanosti souvisí s druhem poskytované péče.

8 POUŽITÁ LITERATURA

ADLEROVÁ, Iva, 2023. *Grantová podpora rozvoje vzdělanosti v oblasti paliativní péče*. In: *tribune.cz* [online]. Copyright Medical Tribune, 2024 [cit. 2024-04-19]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/zdravotnictvi/grantova-podpora-rozvoje-vzdelanosti-v-oblasti-paliativni-pece/>

AEON, B. et al., 2021. Does time management work? A meta-analysis. *PLoS One* [online]. San Francisco, CA: Public Library of Science, 16(1), e0245066 [cit. 2024-01-10]. ISSN: 1932-6203. DOI: 10.1371/journal.pone.0245066.

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION, 2018. *APA Dictionary of Psychology: mind-wandering*. In: *dictionary.apa.org* [online]. Copyright American Psychological Association, 2024 [cit. 2024-01-29]. Dostupné z: <https://dictionary.apa.org/mind-wandering>

AZRI, Stephanie, 2022. *Aktivujte svou psychickou odolnost: zvládání životních výzev*. 208 s. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1853-1.

BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie, 2021. Techniky zvládání stresu jako součást profesní výbavy zdravotníků (nejen) pro boj s pandemií COVID-19. *Časopis lékařů českých* [online]. Česká lékařská společnost J. Ev. Purkyně, 160 (2-3), 57-59 [cit. 2024-01-30]. ISSN: 1805-4420.

BEDRNOVÁ, E. et al., 2015. *Management osobního rozvoje: duševní hygiena, sebeřízení, efektivní životní styl*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Management Press. 424 s. ISBN 978-80-7261-381-6.

BORYSENKO, Joan, 2018. *Pečujte o tělo, uzdravujte mysl*. Olomouc: Anag. 256 s. ISBN 978-80-7554-187-1.

BUŽGOVÁ Radka a Helena PAVELKOVÁ, 2015. Syndrom vyhoření u zdravotnických pracovníků v hospicové péči. *Cent Eur J Nurs Midw*. University of Ostrava Faculty of Medicine, 6(1), 218–223 [cit. 2024-04-02]. DOI: 10.15452/CEJNM.2015.06.0006.

CANADIAN MENTAL HEALTH ASSOCIATION, 2016. *Mental Health for Life*. In: *cmha.ca* [online]. Copyright CMHA Ottawa, 2024 [cit. 2023-12-3]. Dostupné z: <https://ottawa.cmha.ca/documents/mental-health-for-life/>

ČESKÁ SPOLEČNOST PALIATIVNÍ MEDICÍNY ČLS JEP, FÓRUM MOBILNÍCH HOSPICŮ, 2018. *Standardy mobilní hospicové péče*. In: *paliativnimedcina.cz* [online]. Copyright Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP a Fórum mobilních hospiců, 2019 [cit. 2024-04-10]. Dostupné z: <https://www.paliativnimedcina.cz/files/2018-standardy-mobilni-paliativni-pece.pdf>

DUČALOVÁ, Jarmila a Blažena LITVÍNOVÁ, 2013. Fenomén pracovního stresu a možnosti jeho prevence. *Sestra*. 23(4), 21-22 [cit. 2024-04-02]. ISSN 1210-0404.

DVOŘÁKOVÁ, Anna, 2018. *Sestra v hospicové péči*. České Budějovice. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce: Mgr. Dita Nováková, PhD.

FRIDRICHOVÁ, Nela, 2022. *Psychohygienu u pracovníků hospicové péče*. Zlín. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Mgr. Lucie Blašíková, Ph.D.

GÓMEZ-URQUIZA, J.L. et al., 2020. Burnout in Palliative Care Nurses, Prevalence and Risk Factors: A Systematic Review with Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health* [online]. Basel: MDPI, c2004-, 17 (20) [cit. 2024-02-05]. ISSN: 1660-4601. DOI: 10.3390/ijerph17207672.

HANSON, R. et al., 2022. *Okamžitá pomoc proti úzkosti pomocí KBT, mindfulness a relaxace*. Praha: Portál. 112 s. ISBN 978-80-262-1925-5.

HASSON, Gill, 2015. *Technika Mindfulness: jak se vyvarovat duševní prokrastinace pomocí všímavosti a bdělé pozornosti*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-5213-6.

HENDL, Jan, 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál. 438 s. ISBN 978-80-262-0982-9.

HONZÁK, Radkin, 2015. *Svépomocná příručka sestry: (psychotriller)*. Praha: Galén. 257 s. ISBN 978-80-7492-142-1.

HRNČÍŘ, Jan, 2016. Duševní hygiena jako prevence psychického vyčerpání. *Prospion (Europejskie Studia Społeczno-Humanistyczne)* [online]. Instytut Studiów Międzynarodowych i Edukacji HUMANUM, 14 (1), 129-133 [cit. 2023-11-12]. ISSN: 1730-0266.

HUSSAIN, F. A., 2021. Psychological challenges for nurses working in palliative care and recommendations for self-care. *British journal of nursing*. London: Mark Allen Publishing, 30 (8), 484-489 [cit. 2024-04-02]. ISSN 09660461. DOI: 10.12968/bjon.2021.30.8.484.

JANÍKOVÁ, Eva a Radka BUŽGOVÁ, 2017. Supervize jako jedna z možností prevence a ovlivnění syndromu vyhoření ve zdravotnictví. *Československá psychologie*. 61 (4), 363-378. [cit. 2024-02-05]. ISSN: 0009-062X.

KALVACH, Zdeněk, 2019. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. Praha: Cesta domů. 152 s. ISBN 978-80-88126-54-6.

KISVETROVÁ, Helena, 2018. *Péče v závěru života*. Praha: Maxdorf. 149 s. ISBN 978-80-7345-496-8.

- KŘÍŽOVÁ, Pavla, 2018. *Psychická zátěž personálu při poskytování paliativní péče*. Brno. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce PhDr. Marie Zítková, Ph.D.
- KUNŠTÁTOVÁ, Anežka a Marie SALOMONOVÁ, 2022. *Duševní zdraví dětí*. In: *nevypustdusi.cz* [online]. [cit. 2023-12-3]. Dostupné z: <https://nevypustdusi.cz/wp-content/uploads/2022/09/Prezentace-vysledku-pruzkumu-Nevypust-dusi.pdf>
- LOCHMANNOVÁ, Alena, 2021. *Psychohygiena, aneb, Jak se radovat v okamžicích (ne)radostných*. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni. 46 s. ISBN 978-80-261-1052-1.
- MANHINDRU, A. et al., 2023. Role of Physical Activity on Mental Health and Well-being: A Review. *Cureus* [online]. Palo Alto, CA: Cureus, Inc., 15(1), e33475 [cit. 2024-01-05]. ISSN: 2168-8184. DOI: 10.7759/cureus.33475.
- MAREŠOVÁ, Lucie a Marie TŘEŠLOVÁ, 2017. Zvládání zátěžových situací ošetrovatelským personálem v nemocnicích a hospicích. *Psychologie a její kontexty*. 8(1), 55-65 [cit. 2024-04-02]. ISSN 1803-9278.
- MARKOVÁ, Alžběta et al., 2023. *Hospic do kapsy: příručka pro domácí paliativní týmy*. 4. aktualizované vydání. Praha: Cesta domů. 183 s. ISBN 978-80-88455-09-7.
- MARKOVÁ, Monika, 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Sestra (Grada). Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2020. *Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030*. In: *mzcr.cz* [online]. [cit. 2023-12-3]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/narodni-akcni-plan-pro-dusevni-zdravi-2020-2030/>
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2017. *Věstník č.13/2017* In: *mzd.gov.cz* [online]. [cit. 2024-04-10]. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/vestnik/vestnik-c-13-2017/>
- NÁRODNÍ ZDRAVOTNICKÝ INFORMAČNÍ PORTÁL. *Infografika: Duševní onemocnění v Česku*. In: *nzip.cz* [online]. [cit. 2023-12-3]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/infografika-dusevni-onemocneni-v-cesku>
- NEVYHASNI. *Prevence syndromu vyhoření*. In: *nevychasni.cz* [online]. Copyright Nevyhasni z.s., 2024 [cit. 2024-02-05]. Dostupné z: <https://www.nevyhasni.cz/prevence-syndromu-vyhoreni>
- NYATANGA, B., 2014. Avoiding burnout syndrome in palliative care. *British journal of community nursing*. MA Healthcare Ltd., 19 (10), 515 [cit. 2024-04-02]. ISSN 14624753. DOI: 10.12968/bjcn.

PEŠEK, Roman a Ján PRAŠKO, 2016. *Syndrom vyhoření: jak se prací a pomáháním druhým nezničit: pohledem kognitivně behaviorální terapie*. Praha: Pasparta. 180 s. ISBN 978-80-88163-00-8.

RABOCH, J. at al., 2019. *Duševní zdraví a životní styl: psychiatrie životním stylem*. Edice postgraduální medicíny. Praha: Mladá fronta. 296 s. ISBN 978-80-204-5501-7.

RUCKLIDGE, J.J. et al., 2021. Nutrition Provides the Essential Foundation for Optimizing Mental Health. *Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health* [online]. Taylor & Francis, 6 (1), 131-154 [cit. 2023-12-15]. ISSN: 2379-4933. DOI: 10.1080/23794925.2021.1875342.

ŘIHÁČEK, T., I. ČERMÁK a R. HYTYCH, 2013. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita. 190 s. ISBN 978-80-210-6382-2.

SLÁMA, O. et al., 2016. Paliativní péče v ČR v roce 2016. *Časopis lékařů českých* [online]. Praha: Československa Lekarska Společnost, 155 (8), 445-450 [cit. 2024-04-10]. ISSN: 1805-4420.

SPOLEČNOST PRO VÝŽIVU, 2021. *Zdravá třináctka – stručná výživová doporučení pro obyvatelstvo*. In: *vyzivaspol.cz* [online]. Copyright Společnost pro výživu, z.s., 2024 [cit. 2023-12-3]. Dostupné z: <https://www.vyzivaspol.cz/zdrava-trinactka-strucna-vyzivova-doporuceni-pro-obyvatelstvo/>

STIBOROVÁ, Denisa a Jiří FREI, 2018. *Paliativní péče a umírání v domácím prostředí*. Sedlec-Prčice: Stiborová Denisa. 66 s. ISBN 978-80-270-3719-3.

SUNI, Eric a Alex DIMITRIU, 2023. *Mental Health and Sleep*. In: *sleepfoundation.org* [online]. Copyright Sleep Doctor Holdings, LLC, 2024 [cit. 2024-01-5]. Dostupné z: <https://www.sleepfoundation.org/mental-health>

ŠPINKOVÁ, Martina a Eliška MLYNÁRIKOVÁ, 2023. *Křižovatky: Kudy kam v paliativní péči*. Praha: Cesta domů. 84 s. ISBN 978-80-88455-10-3.

TREMBLAY, G. et al., 2021. Mental Hygiene: What It Is, Implications, and Future Directions. *Journal of Prevention and Health Promotion* [online]. American Psychological Association, Society of Counseling Psychology (Division 17), 2 (1), 3-31 [cit. 2023-12-3]. ISSN: 2632-0770.

UMÍRÁNÍ.CZ. *Adresář služeb*. In: *umirani.cz* [online]. Copyright Cesta domů, z.ú. [cit. 2024-04-10]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/adresar-sluzeb#7/49.883/15.491>

VÁVROVÁ, Petra, 2015. Psychohygienu jako prevence pracovního stresu. *Časopis výzkumu a aplikací v profesionální bezpečnosti* [online]. JOSRA, 7 (4) [cit. 2024-01-29]. ISSN 1803-3687.

VÉVODOVÁ, Š. et al., 2015. *Základy metodologie výzkumu pro nelékařské zdravotnické profese*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 212 s. ISBN 978-80-244-4770-4.

VOBOŘILOVÁ, Jarmila, 2015. *Duševní hygiena a stres*. Praha: České vysoké učení technické. 123 s. ISBN 978-80-01-05724-7.

VOJENSKÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA. *Psychohygiena*. In: *vozp.cz* [online]. Copyright VoZP, 2023 [cit. 2023-11-12]. Dostupné z: <https://www.vozp.cz/psychohygiena>

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022. *Mental health*. In: *who.int* [online]. Copyright WHO, 2024 [cit. 2023-12-3]. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

ZÁVADOVÁ, Irena, 2018. Péče o nevléčitelně nemocné a umírající v domácím prostředí. *Časopis lékařů českých* [online]. Praha: Československa Lekarska Společnost, 157 (1), 9-12 [cit. 2024-04-10]. ISSN: 1805-4420.

ZHANG, D. et al., 2021. Mindfulness-based interventions: an overall review. *Br Med Bull* [online]. 2001- : London: Oxford University Press, 138 (1), 41-57 [cit. 2024-02-02]. ISSN: 1471-8391. DOI: 10.1093/bmb/ldab005

9 PŘÍLOHY

Příloha A – informovaný souhlas

Informovaný souhlas

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Anna Thielová a jsem studentkou 3. ročníku oboru Zdravotnické záchranářství na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice.

Tímto bych Vás ráda požádala o zapojení se do výzkumného šetření mé bakalářské práce s názvem „Duševní hygiena u NLZP v terénní hospicové péči“. Výzkum bude veden kvalitativně formou polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovor samotný bude nahráván a následně přepsán do psaného záznamu, který se stane součástí praktické části mé bakalářské práce. Zvukový záznam bude po dokončení výzkumu smazán.

Účast je zcela dobrovolná a bude možné od ní kdykoliv v průběhu studie odstoupit. Účastníci výzkumu budou zachováni v anonymitě. Jejich osobní údaje budou zpracovány podle plané legislativy ČR o zpracování osobních údajů.

S případnými dotazy se na mne můžete obrátit na emailové adrese: thielovaa@gmail.com

Děkuji Vám za spolupráci.

.....

(podpis)

Podpisem stvrzuji, že jsem byl/a seznámen/a s výše uvedeným a dostal/a jsem řádné odpovědi na všechny mé dotazy. Tímto souhlasím s účastí ve výzkumném šetření.

v

dne

jméno

podpis

Příloha B – osnova rozhovoru

Osnova rozhovoru:

- Úvod
 - Představení výzkumníka a cílů výzkumné části bakalářské práce
 - Vysvětlení, čeho se rozhovor bude konkrétně týkat
 - Vysvětlení, jakým způsobem bude rozhovor veden, následně zpracován a jak budou získaná data použita a archivována
 - Prostor pro případné dotazy
 - Podepsání informovaného souhlasu

A. Rozehřátí

- Jaký je Váš věk?
- Jaké zdravotnické vzdělání jste absolvoval/a?
- Jak dlouho pracujete ve Vaší současné práci? Jak dlouhá je vaše praxe v oboru terénní hospicové péče?
- Jak jste se k práci v terénní hospicové péči dostal/a?

B. Hlavní část

1. Myslíte si, že je důležité, aby pro správné a kvalitní poskytování péče byl člověk sám v dostatečně duševní pohodě?
 - a) Proč si to myslíte?
2. Jak byste vysvětlil/a pojem duševní hygiena?
3. Dokázal/a byste popsat nějaké konkrétní metody duševní hygieny?
4. Co byste řekl/a, že je cílem správné duševní hygieny?
5. Četla jste nějakou literaturu týkající se tématu duševní hygieny nebo jste se zúčastnil/a přednášek či kurzů na toto téma apod.?
 - a) Pokud ano:
 - Jaká literatura, popř. přednášky či kurzy to byly?
 - Využíváte k péči o své duševní zdraví získané poznatky?
 - b) Pokud ne, myslíte si, že by pro Vás bylo v ohledu zvládnutí psychické zátěže přínosné něco si k tomuto tématu přečíst, zúčastnit se přednášky na toto téma apod.?
 - Proč si to myslíte?
6. Jak se Vy sám/a staráte o své duševní zdraví?
7. Pokud se v práci ocitnete v těžké situaci, máte v rámci agentury možnost na někoho se se svým problémem obrátit?
8. Stará se Vaše agentura aktivně o Vaše psychické zdraví?
 - a) Pokud ano, jak konkrétně?

C. Zchladnutí

- Co byste doporučil/a člověku, který by se chtěl začít aktivně starat o své duševní zdraví?
- Napadá Vás něco, co byste chtěl/a k tématu dodat, či na co byste se chtěl/a zeptat?