

# Multidisciplinárny tím v paliatívnej péči na hematológii: prípadová štúdia

PhDr. ThLic. Marta Hošťáľková, Th.D., Ph.D.<sup>1</sup>, MUDr. Renata Urbanová, Ph.D.<sup>1,2</sup>, Bc. Jitka Vítková<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

<sup>2</sup>Fakultní nemocnice Olomouc, Hemato-onkologická klinika

**Nevyléčitelná nemoc v pokročilé alebo konečné fázi, umírání a truchlení predstavuje veľmi náročnú životnú situáciu a široké spektrum ťažkostí pre pacienta a jeho rodinu. Zmírnění bolesti, fyzického, psychického, sociálneho a spirituálneho charakteru, udržení čo najvyššej kvality života pacienta a poskytnutí účinných opor rodine vyžaduje komplexnú péču. Paliatívna péče je preto poskytovaná multidisciplinárnym tímom, jehož členové – lekáři, zdravotní sestry, sociální pracovník, psycholog (psychoterapeut) a nemocniční kaplan – úzce spolupracují. Práce specializovaného multidisciplinárního týmu na hemato-onkologické klinice, kde byl pacient dosud léčen, umožnila zajištění kontinuity péče o pacienta a jeho rodinu, koordinaci a kvalitu poskytované paliatívnej péče; podnítla individuálny prístup k pacientovi a jeho rodine, presnejšiu identifikáciu a lepšiu saturáciu jejich skutočných potrieb. Na činnosti sa podieľali len tí členovia tímu kompetentní v danej oblasti ťažkostí, a to prispelo k účelnému hospodárení s potenciálom tímu. Zvláštnu pozornosť je v príspevku venovaná zapojení nemocničného kaplana, jeho interakci a kooperaci s ostatnými členy tímu. Nemocniční kaplan sa stáva nedílnou súčasťou personálu českých nemocnic.**

**Klíčová slova:** multidisciplinárny tím, paliatívna péče, pacient, rodina, prípadová štúdia

## Multidisciplinary team in palliative care at the haemato-oncology department – case study

**Incurable advanced or final disease, dying and mourning is a very challenging life situation and a wide range of difficulties for the patient and his family. Solutions of pain relief of physical, psychological, social and spiritual character, maintaining the highest quality of life for the patient and a providing of an effective support to the family require a comprehensive care. Therefore, the palliative care is provided by a multidisciplinary team whose members – doctors, nurses, a social worker, a psychologist (psychotherapist) and a hospital chaplain – work closely together. The work of this specialized team at the haemato-oncology department (the department where the patient has been treated) presented in this paper has made it possible to ensure the continuity of care for the patient and his family, to enhance the coordination and the quality of palliative care provided; at the same time, it stimulated an individual approach to the patient and his/her family, more accurate identification and better saturation of their real needs. Then just the members of the multidisciplinary team competent in this area of difficulties partake in this work, which contributed to the effective management of its potential. A special focus is devoted to a connecting of a hospital chaplain, his interactions and co-operations with other members of the multidisciplinary team in a care about a patient and his family. The hospital chaplain is becoming an integral part of the staff of Czech hospital.**

**Key words:** multidisciplinary team, palliative care, patient, family, case study

Paliat. med. liec. boles., 2018;11(1-2e):32-35

## Úvod

Nevyléčitelná nemoc v pokročilé alebo konečné fázi, umírání a truchlení predstavuje významný zásah do ľudského života. Je bio-psycho-sociálne duchovnou realitou, ktorá sa zrcadlí v celkovej bolesti, jež postihuje pacienta. Rovnako jeho rodina prežíva vo vzťahu k nemu a v súvislosti s jeho onemocnením radu psychických, sociálnych a duchovných ťažkostí. Táto skutočnosť, i keď je univerzálnym fenoménom, zůstane pro každého pacienta a jeho blízké zcela jedinečnou zkušeností, kterou nelze plně sdělit, natož sdělit s druhými. Mají však právo očakávat, že uprostřed těchto problémů nezůstanou sami, ale dostane se jim všestranné pomoci a podpory, doprovázené v podobě autentické lidské blízkosti členů multidisciplinárního týmu.

## Nevyléčitelná nemoc, umírání a „celková bolest“ pacienta

Nevyléčitelně nemocný trpí „celkovou bolestí“, jež spočívá ze vzájemně provázaných a neoddeliteľných složkách, které v sobě odrážejí základní lidské dimenze: fyzickou, sociální, duševní a spirituální (1).

**Bolest fyzickou (tělesnou)** lze rozpoznat a do určité míry definovat snadněji než složky ostatní. I zde je však přesná kvantifikace téměř nemožná. Ve většině případů je totiž intenzita bolesti závislá na smyslu, který jí člověk přidělí.

**Bolest sociální** je utrpením spojeným s předtuchou ztráty nebo i se skutočným odloučením od rodiny a přátel a/nebo se ztrátou sociální role.

**Bolest duševní (emoční)** je pociťovým komplexem, zahrnujícím duševní utrpenie, otupělost, nedůvěru, hnev, smutek, smlouvání, úzkosti, deprese. Jedná se o jakousi dynamiku zármutku, který je středem konečného období nemoci.

**Bolest spirituální (duchovní)** se definuje nejobtížněji. Je to utrpenie, spojené s odcizením od svého nehlubšieho já, ktoré je často prožívané jako strach z neznáma a jako pocit ztráty smyslu. Viktor Emanuel Frankl je presvedčen, že „duchovní svoboda člověka, kterou mu nelze až do posledního dechu vzít, mu až do posledního dechu dává příležitost uspořádat svůj život smysluplně“ (2). Při umírání nabývajú bolesti pramenící z duchovnej dimenze nemocného – vnímání vlastní konečnosti, tážání po smyslu jeho

Tabulka 1. Management celkovej bolesti pacienta

	Fyzická bolesť	Duševná bolesť	Sociálna bolesť	Duchovná bolesť
Problém	Teploty Bolesti hlavy Zvracanie Zhoršený stav vedomí Bolesti brucha ze zväčšujúciho se objemu sleziny	Nervozita Strach ze smrti Pocit nenaplnění životu	Rodinné problémy: • rozvod rodičů • vztah s přítelkyní • nezaopatřené dítě	Otázka smyslu života
Řešení	Farmakoterapie: • antipyretika • antibiotika • kortikoidy • manitol • analgetika • symptomatická radioterapie sleziny	Psychoterapie Poradenství	Poradenství	Přijetí svátosti křtu? Přijetí svátosti manželství?
Zapojení členů multidisciplinárního týmu	Lékaři Sestry	Psycholog	Sociální pracovníce Nemocniční kaplan	Nemocniční kaplan (kněz)

utrpení a vôbec po smyslu života – na mimořádné síle.

Je především třeba, aby si všichni, kdo o umírajícího pečujú, byli vedomí, že psychologická a spirituálna témata jsou pro umírajícího stejně dôležitá jako otázka tělesných symptomů. Automaticky neplatí, že najdříve je třeba vyřešit všechny tělesné potíže a teprve potom přijde na řadu oblast psychosociálna a spirituálna. Teprve dosažení určitého smíření a přijetí v oblasti psycho-spirituálna může dát umírání a smrti charakter události, která je smutná, někdy tragická, ale přesto důstojná a hluboce lidská (3).

### Multidisciplinární tým

Každý pracovník multidisciplinárního týmu musí mít jasnou představu vlastní profesionálna identity a musí znát a vážit si přínosu ostatních členů týmu. Pravidelné schůzky celého týmu představujú poznávání se a získávání vhladu do jednotlivých disciplín. Nezbytně nutná je proto vzájemná komunikace a spolupráce, která sleduje zamezení plýtvání sil, vytváření interdisciplinárního teritorializmu a zmatku nebo „přesycení“ pacienta. Z těchto důvodů je vhodná přítomnost supervizora, který má zkušenost s dynamikou a řízením pracovní skupiny, a to jednak při budování týmu, jednak při řešení případně vzniklé obtížné situace v péči o konkrétního pacienta (4).

Péče multidisciplinárního týmu zahrnuje i podporu a pomoc rodině nemocného a osobám, které pacient považuje za své blízké a jsou pro něho významné (5).

Multidisciplinární tým zpravidla tvoří: lékaři/lékařky, všeobecné sestry,

sociální pracovníce/pracovník, psycholog, psycholožka/psycholog a nemocniční kaplan/kaplan, jenž vykonává pastorační péči, pomáhá pacientovi najít smysl, cíl a hodnotu života, který se změnil nemocí (6).

Nezbytnou podmínkou pro práci v multidisciplinárním týmu je přijetí umírajícího pacienta takového, jaký je, včetně jeho vlastností, hodnot, jednání a zřeknutí se jakéhokoli hodnocení. Neméně dôležitě je však také vyrovnanost každého člena se svou vlastní smrtí a smrtí druhých lidí a vytvoření postoje ke smrti jako přirozenému konci, jenž je součástí lidského života obecně (7). Tyto podmínky kladou vysoké požadavky na osobnostní zralost a hodnotovou orientaci v práci a životě každého člena multidisciplinárního týmu.

### Metodika

Kazuistika (případová studie) představuje intenzivní studium jednoho případu, zkoumá fenomény do hloubky a v celkovém, originálním kontextu. Na vědeckém poli se stává klasickou metodou kvalitativního výzkumu, hojně se vyskytující ve všech oblastech věd o člověku (8). V hippokratovském pojetí vychází z interpretativního paradigmatu se základním cílem porozumět jedinečné situaci nemocného.(9) Případová studie podle Žiakové (10) může při sběru dat kombinovat různé metody.

Od počátku roku 2018 je budován multidisciplinární tým na Hematoonkologické klinice (dále HOK) Fakultní nemocnice Olomouc, který se snaží přistupovat k nemocným podle jejich potřeb. Práci týmu prezentujeme v této

kazuistice. Spolupráce lékařů a lékařek s všeobecnými sestrami, psycholožkou a sociální pracovníci fungovala již dříve. Nově byl do týmu přizván také nemocniční kaplan. Členové týmu postupně poznávají nový obor – klinickou pastorační péči, seznamují se s přístupy nemocničního kaplana k pacientovi a učí se vzájemné spolupráci. Kazuistika ilustruje spolupráci nemocničního kaplana s ostatními členy multidisciplinárního týmu. Empirická data byla získávána prostřednictvím pozorování a rozhovorem členů multidisciplinárního týmu s pacientem a jeho rodinou, studiem lékařské dokumentace nemocného, reflexí léčby a péče o pacienta na schůzce členů multidisciplinárního týmu. Zjištěné údaje konkrétního nemocného byly rozděleny do kategorií jednotlivých typů bolesti a shrnuty v tabulce (viz tabulka 1). Kazuistika byla zpracována z pohledu nemocničního kaplana, ukazuje význam jeho práce a jeho roli v multidisciplinárním týmu.

### Kazuistika

Muž, 29 let. Diagnóza: Nemocnému M. byla v lednu roku 2018 ve věku 29 let diagnostikována chronická myeloidní leukémie v pokročilé, tzv. akcelerované fázi. Byla zahájena léčba inhibitory tyrozinových kináz. Nejdříve nilotinibem, pro neefektivitu následně léčen dasatinibem a schválena indikace příbuzenské transplantace krvetvorných buněk od HLA shodného bratra. Po třech měsících léčby, v dubnu 2018, bylo prokázáno další zhoršení nemoci, tzv. myeloblastický zvrát, obraz akutní leukémie, zahájena terapie ponatinibem

a pristoupeno k podání indukční chemoterapie. Laboratorně byly prokázány mutace potvrzující rezistenci na dosavadní léčbu, tento nálezný pro nemocného znamenal vysoce nepříznivou prognózu. 22. června 2018 byl nemocný M. přijat na transplantační jednotku HOK k provedení příbuzenské transplantace kmenových krvetvorných buněk, po myeloablativním přípravném režimu 12. července proběhl převod buněk. Transplantace se však ukázala být bez efektu, od 30. července došlo k rychlému zvětšování bolestivé sleziny, zhoršování parametrů krevního obrazu, objevily se výrazné bolesti hlavy, zvracení a změny vědomí. Vzhledem ke stavu nemoci, neefektivitě dosavadní léčby včetně transplantace kmenových krvetvorných buněk, byla u nemocného M. indikována další léčba symptomatická, včetně radioterapie bolestivé sleziny.

V rukou týmu lékařů HOK byl mladý nemocný M., který nereagoval na léčbu, včetně alogenní příbuzenské transplantace kmenových krvetvorných buněk. Léčbu provázely četné komplikace, které souvisely s krevní nemocí i podávanou léčbou. Nejen načasování, volba a vlastní realizace léčebného postupu, ale zejména rozhovory s mladým nemocným, jeho rodiči a přítelkyní o selhávající léčbě a nepříznivé prognóze byly pro ošetřujícího lékaře vždy velmi náročné.

Z pohledu sester transplantační jednotky HOK byl M. velmi sympatický muž. Byl komunikativní a plný elánu, věřil, že vše dobře dopadne. Měl jen obavy, že se bude během transplantace nudit, proto si chtěl přinést playstation. Po týdnu pobytu vše zkomplikovaly bolesti hlavy a zvracení při vertikalizaci. Nemocný vyhledával klid a pospával. Stříдалo se období bez bolesti a doba vzplanutí potíží. Bolesti byly tlumeny nejen analgetiky, ale i rehabilitací s uvolňujícími masážemi. Nutriční terapie se starala o výběr nedráždivé nízkobakteriální diety. Vysoké teploty byly léčeny kromě antibiotik také antipyretiky, tlumeny fyzikálním chlazením, omýváním a převlékáním tak, aby se M. cítil lépe. Sestry sledovaly a tlumily bolesti hlavy a břicha. Pečovaly o hygienu, vyprazdňování, dýchání, oxygenoterapii. Zhoršovalo se také jeho vědomí. Rodině byl umožněn pobyt u lůžka nemocného

po 24 hodin denně. Po celou dobu se u něho střídali matka s nevlastním otcem, vlastní otec, bratr a jeho přítelkyně. Sestry s nimi komunikovaly, co má jejich syn a přítel rád, aby poznatky uplatnily u bazální stimulace. Všichni společně vyzdobili pokoj fotografiemi rodiny s dvouletým synem nemocného, nemocnému nabízel jeho oblíbené potraviny. Sestry se rodině snažily ulehčit pobyt nejen vstřícným chováním, ale i zlepšením pohodlí druhým křeslem na pokoji, nabízením tekutin, tlumeným osvětlením, zajistily příbuznému možnost přespání přímo na klinice. Pro celý sesterský kolektiv to byla velmi zátěžová situace – sledovat zhoršování se stavu, tíhu rodiny, průběh nemoci a úmrtí tak mladého pacienta. Opakovaně byla všem sestřím nabídnuta pomoc kaplana k podpůrnému rozhovoru, ale všechny odmítly, denně vedly mezi sebou podpůrné rozhovory. V den úmrtí bylo umožněno rodině, aby se rozloučila se zemřelým, byly předány věci pozůstalým, vyjádřena upřímná soustrast přítomným ošetřujícím personálem a rodina byla informována o dalším postupu v organizaci pohřbu. Sestry nabídky pomoci v poradně Hořec – poradna pro pozůstalé ve Fakultní nemocnici Olomouc.

Od první hospitalizace na HOK byl M. v péči psychologičky. Společně se věnovali tématům, která byla pro M. důležitá a o kterých měl potřebu hovořit. Psycholožka pomáhala pacientovi adaptovat se na stávající situaci, poskytovala emoční podporu, cílenou psychoterapii přispívala k ventilaci a řešení obtíží a zátěžujících témat pacientova života.

**Kontaktování nemocničního kaplana.** V čtvrtek 9. srpna otec pacienta M. telefonicky kontaktoval nemocničního kaplana. Sděloval, že jeho syn leží na transplantační jednotce ve vážném stavu, a že si přeje uzavřít sňatek se svou přítelkyní B. Svatba měla proběhnout už před pěti měsíci, ale M. onemocněl. Na dotaz nemocničního kaplana, zda může pacienta navštívit, otec reagoval, že M. je již hodně unavený a že schůzka by byla vhodná druhý den, kdy bude u něho na návštěvě i jeho přítelkyně B.

**Návštěva nemocničního kaplana.** V pátek 10. srpna 2018 při návštěvě nemocničního kaplana byla u pacienta

M. přítomna jeho matka. B. se opozdila. Nemocniční kaplan, když sděloval důvod návštěvy – uzavření sňatku, dostalo se mu živé reakce M. – chce si B. vzít, žijí spolu již deset let a mají dvouleté dítě. Kdyby se s ním něco stalo, je třeba, aby o ženu i dítě bylo postaráno. Nemocniční kaplan přitakával a ptal se, o jaký sňatek – občanský, církevní a v jaké křesťanské denominaci – má M. s přítelkyní zájem. Pacient chtěl svatbu v katolickém ritu.

Nemocniční kaplan podotýkal, že je třeba, aby jeden ze snoubenců byl pokřtěn. Matka nemocného zabezpečila kaplana, že babička pokřtila M. sama svěcenou vodou přinesenou z kostela. Udělala to tak proto, že oni jako rodiče nechtěli křest v kostele. Obávali se v době minulého režimu ztráty zaměstnání. B. je evangelička. Nemocniční kaplan namítl, že vzhledem k nejistotě, zda babička tehdy křest udělala platně, bude třeba, aby M. absolvoval podmíněčný křest, a teprve pak může být slavena svatba. M. souhlasil s tímto postupem, chtěl být pokřtěn, protože věří v Boha a Ježíše Krista. S tímto plánem seznámili B. Nemocniční kaplan se s rodinou domluvil vzhledem k pátečnímu odpoledni na následujícím: administrativní záležitosti na magistrátu v souvislosti se sňatkem bude možné vyřizovat až v pondělí, v pondělí ráno proto sociální pracovnice vyvolá jednání k uznání církevního sňatku před státem. Ve farnosti bude připraveno udělení obou svátostí, v pondělí odpoledne přijde na HOK za nemocným kněz, aby jej pokřtil, a ve středu se bude přímo na pokoji nemocného na transplantační jednotce konat svatba.

Nemocniční kaplan ještě vytiskl potřebné dokumenty k jednání za účelem uzavření sňatku a doporučil M. a B., aby je vyplnili; v pondělí pak B. doveze ještě rodné listy nezbytné k žádosti o uzavření manželství. Na dotaz nemocničního kaplana, kdo z rodiny si vezme na starost přípravu křtu a kdo svatby, B. ujistila, že o všechno se postará, že to ráda udělá pro M.

**Následná komunikace multidisciplinárního týmu.** Během víkendu probíhala intenzivní komunikace mezi nemocničním kaplanem, lékařkou – vedoucí paliativního týmu, přítelkyní B. a knězem, který měl svátosti udělit. Zdálo

se, že bylo vše připraveno. B. požádala nemocničního kaplana, zda by při křtu M. zastoupil kmotru, která se nemohla vzhledem k místu svého bydliště osobně zúčastnit. To nemocniční kaplan rád slíbil. B. pak s ním hovořila o vztahu s M., jejich dítěti a jeho rodině. Říkala, že M. velmi trpěl, když se jeho rodiče rozešli. M. si přál, aby sňatek s B. byl trvalý, aby jejich dítě vychovávali společně. Při večerní nedělní komunikaci sdělila lékařka nemocničnímu kaplanovi, že se M. přitížilo, má horečku, jsou u něho jeho rodiče a je otázkou, jak rychlý bude další vývoj nemoci. Nemocniční kaplan doporučil, aby, pokud se M. bude nacházet v blízkosti smrti, udělila se mu alespoň svátost křtu. Lékařka se ujistila, že jej může vykonat. Nemocniční kaplan sdělil slova a jednání, která jsou spojena s udělením této svátosti.

V průběhu noci byly symptomaticky tlumeny teploty opakovaným podáváním antipyretik, fyzikálním chlazením a jednorázovým podáním kortikoidů. Rodiče nemocného M. se celou noc střídali u lůžka, otírali čelo a přikládali chladné obklady. Při ranní vizitě službu konající lékař zjišťuje, že teplota poklesla, ustoupila celková schvácenost. Nemocný pospává, s lékařem nekomunikuje, proto nebuzen. Lékař hovoří s rodiči u lůžka nemocného. Rodiče sdělují, že s ohledem na vývoj v posledních hodinách společně s B. zvažují sňatek civilní. M. otevírá oči a všechny ujišťuje, že jakmile B. přiveze dokumenty potřebné k uzavření sňatku, on bude připraven. Byla to tak evidentně jediná věc, o které chtěl v danou chvíli mluvit.

Lékařka proto oznamuje nemocničnímu kaplanovi, že během noci se rodiče M. a přítelkyně B. vzhledem ke zhoršujícímu se stavu M. dohodli na občanském sňatku.

**Sociální pracovníci** kontaktovala nemocniční kaplanka v pátek odpoledne 10. srpna 2018 se žádostí o pomoc při zajištění uznání církevního sňatku na matrice v Olomouci. V pondělí sociální pracovníce připravila veškeré potřebné dokumenty již na matriku: *Dotazník k uzavření manželství* a *Žádost o vydání osvědčení k církevnímu sňatku*.

S M. projednala jeho žádost, a protože byl již velice unavený, zkontaktovala se s B. Proběhlo osobní jednání. B. měla již připravené veškeré dokumenty z matriky k uzavření občanského sňatku. Ten proběhl téhož dne v 11 hodin dopoledne. Sociální pracovníce nabídla B. kdykoliv další sociální poradenství.

Odpoledne M. upadl do bezvědomí, z kterého se již zcela neprobral, a v pátek ráno 17. srpna 2018 zemřel. Rodina již nemocničního kaplana nekontaktovala.

### Diskuze

**Nemocniční kaplan** byl zapojen do paliativní péče o M. až v posledním týdnu života pacienta. Přání nemocného a jeho rodiny z počátku byla výrazně religiózního charakteru – udělení svátostí křtu a manželství umírajícímu. K splnění tohoto cíle byl sestaven plán, do jehož realizace se zapojili téměř všichni členové multidisciplinárního týmu. Vývoj zdravotního stavu pacienta však neumožnil jeho uskutečnění. Přesto intervence nemocničního kaplana přispěly k snížení existenciální úzkosti nemocného i rodiny. I když nedošlo k udělení svátostí, uzavření sňatku bylo veřejným a slavnostním prohlášením, že pacient M. a jeho partnerka B. k sobě patří, a výrazem naplnění desetiletého partnerského vztahu. M. chtěl sňatkem zajistit B. a jejich dítěti dobré životní podmínky (sociálního charakteru) pro důstojný život po jeho smrti. Milovat znamená duchovní pohyb směrem k druhému. Láska je hlubokou spirituální potřebou, která byla v závěru života M. a jeho rodiny naplněna.

Umírání M. nebylo pasivním procesem, ale tvůrčí aktivitou, při níž doprovázení pacienta a jeho rodiny bylo životem v etapě umírání (11). Každá chvíle měla jedinečný charakter (12), stejná se neopakovala a skrývala v sobě hluboký smysl (13).

### Závěr

Pacient M. při zahájení léčby očekával uzdravení, spoléhal na pomoc lékařů a péči sester, neúspěch léčby si nechtěl připustit. Při zhoršení zdravotního stavu se upínal k transplantaci jako

vyřešení tělesných obtíží. Když se však nedostavil očekávaný výsledek a pozoroval progresi onemocnění, začal ztrácet důvěru, přidružovala se osamělost, nastoupila úzkost a strach. V této emoční krizi mu oporu poskytovala psychologička. K duševní bolesti se přidružilo utrpení v oblasti duchovní, kdy si M. kladl řadu existenciálních a spirituálních otázek: Proč jsem onemocněl? A proč právě já? Jak vypadal můj život? Co se mnou bude dál? Co chci ještě v životě stihnout? Stihnu to? Partnerem v rozhovoru nebo jen tichým společníkem mu byl nemocniční kaplan. Ve spolupráci se sociální pracovníci pak realizoval splnění posledního přání M., které představovalo završení života v podobě souhlasu se vším, co prožil: uzavření sňatku s B.

Spolupráce členů multidisciplinárního týmu vedla jednak k přesnější identifikaci a lepší saturaci skutečných potřeb M., jednak k účelnému hospodaření s potenciálem týmu, kdy na činnosti se vždy podíleli jen ti členové, kteří byli kompetentními v dané oblasti obtíží.

### Literatura

- Štefko A. Důstojnost člověka v starobe, chorobe a zomieraní. Trnava: Dobrá kniha; 2003:45.
- Frankl VE. A přesto říci životu ano. 4. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství; 2016:64.
- Sláma O, et al. Paliativní medicína pro praxi. 2. vyd. Praha: Galén; 2011:309-310.
- Kearney M. A Place of Healing. Oxford: Oxford University Press; 2000:88.
- Dobříková P. Nevyliečiteľne chorí v súčasnosti. Trnava: Vojtech; 2005:9.
- Bužgová R. Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních. Praha: Grada; 2015:34.
- Dobříková P. Nevyliečiteľne chorí v súčasnosti. Trnava: Vojtech; 2005:9.
- Olečká I, Ivanová, K. Případová studie jako výzkumná metoda ve vědách o člověku [online]. Dostupné na: <<https://emi.mvso.cz/EMI/2010-02/10%20Olečka/Olečka.pdf>>. Accessed August 30, 2018.
- Hanák P, Ivanová K. Kazuistika pod zorným úhlem hippokratovské medicíny. *Pediatric pro praxi*. 2018;19(2):37-39.
- Žiaková K, et al. Ošetrovatelstvo: teória a vedecký výskum. 2. preprac. vyd. Martin: Osveta; 2009:264-266.
- Pera H, Weinert B. Nemocným nablízku. Praha: Vyšehrad; 1996:128.
- Frankl VE. Lékařská péče o duši. Brno: Cesta; 2006:60.
- Frankl VE. Vůle ke smyslu. Brno: Cesta; 2006:45.

### PhDr. ThLic. Marta Hošťálková, Th.D., Ph.D.

Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci  
Hněvotínská 3, 775 15 Olomouc  
Hostalkova.marta@seznam.cz