

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
CYRILOMETODĚJSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Katedra systematické teologie

Bc. Vojtěch Smolák

Komunikace na konci lidského života

Diplomová práce

Vedoucí práce: ThLic. Jan Polák, Ph.D.

Obor: Teologické nauky

OLOMOUC 2022

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracoval samostatně a použil jsem při tom jen uvedených pramenů a literatury.

V Olomouci dne 5. 11. 2022

Děkuji ThLic. Janu Polákovi, Ph.D. za odborné vedení práce a poskytnutí cenných rad a podnětů, především při volbě pramenů a uspořádání práce. Mé díky také patří manželce Gabriele a celé rodině za trpělivost a vytvoření příhodných podmínek ke studiu.

Obsah

ÚVOD	5
1 SPECIFICKÉ RYSY KOMUNIKACE S LETÁLNĚ NEMOCNÝMI	7
1.1 KOMUNIKACE SE SENIORY V OŠETŘOVATELSKÉ PÉČI A ZPŮSOBY JEJÍHO VEDENÍ	18
1.2 SPRÁVNÁ KOMUNIKACE S NEMOCNÝMI	24
1.3 FÁZE PROŽÍVÁNÍ ŽIVOT OHROŽUJÍCÍHO ONEMOCNĚNÍ.....	26
1.4 PŘÍPRAVA A STRUKTURA ROZHOVORŮ.....	28
1.5 POVINNÁ MLČENLIVOST	29
2 ROZHOVOR V RÁMCI DUCHOVNÍHO DOPROVÁZENÍ	32
2.1 SPIRITUÁLNÍ ROZMĚR ČLOVĚKA S INFAUSTNÍ PROGNÓZOU	33
2.2 OSOBNOST DOPROVÁZEJÍCÍHO	36
2.2.1 <i>Doprovázející kněží</i>	38
2.2.2 <i>Doprovázející laici</i>	40
Exkurz: Duchovní doprovázení duchovních	41
2.3 PÉČE O PEČUJÍCÍ.....	42
2.3.1 <i>Prevence vyhoření</i>	43
2.3.2 <i>Praktická pomoc pečujícím</i>	44
3 VYBRANÁ KAZUISTIKA	46
3.1 ŽENATÝ MUŽ, 83 LET, KARCINOM PROSTATY.....	48
3.2 V DANÁ ŽENA, 65 LET, NÁDOROVÉ ONEMOCNĚNÍ JATER.....	49
3.3 JÁHEN, 76 LET, PO MOZKOVÉ PŘÍHODĚ.....	51
3.4 KNĚZ, ŘEHOLNÍK, 84 LET, STAROBA	54
4 VÝHLED DO BUDOUCNOSTI DOMÁČÍ PÉČE	57
ZÁVĚR	60
ANOTACE	61
ANNOTATION	62
PRAMĚNY	63
LITERATURA	65
SEZNAM ZKRATEK	69

ÚVOD

Komunikace je nedílnou součástí života každého člověka. Její důležitost je zřejmá v každém jeho období. Nejvíce do popředí vystupuje právě v závěru lidského života. Touha žít v plnosti je přirozená a vlastní každému. Otázkami konce života se lidé v produktivním věku zpravidla nezabývají. V mysli každého se vynoří množství otazníků až v okamžiku, kdy do jeho životní dráhy vstoupí nevléčitelná nemoc.

K volbě tématu diplomové práce mě přivedla praktická zkušenost. Více než dvacet let vypomáhám ve farnosti Lanškroun s přinášením Eucharistie nemocným. Posledních deset let se jedná o běžné návštěvy nemocných a umírajících. Za tuto dobu jsem vedl nespočet rozhovorů. Životní příběhy byly jedinečné a specifické. Vždy jsem se snažil brát ohled na momentální stav navštěvovaných. Délku a formu rozhovoru určoval doprovázený. Velmi často jsem při návštěvách vnímal obyčejnou lidskou potřebu s někým být. Nezřídka jsem vyslechl dlouhý monolog a na jeho konci cítil úlevu, že to mohlo být někomu sděleno. Ve všech případech probíhala verbální komunikace při osobních setkáních, nikoliv prostřednictvím moderních komunikačních prostředků. V kazuistikách uvedených v závěrečné kapitole jsou popisovány příběhy nemocných, kteří pobývali v domácím prostředí a pečovala o ně rodina nebo jejich blízcí ve spolupráci s Oblastní charitou Ústí nad Orlicí. Ta poskytuje zdravotní i domácí hospicovou péči. Tito lidé byli dlouhodobě upoutáni na lůžko, většinou se nacházeli v terminálním stádiu nemoci se zajištěnou paliativní péčí v domácím prostředí. Byli to senioři starší 65 let, při plném vědomí, schopní komunikovat.

Cílem této práce je poukázat na důležitost a význam duchovního doprovázení, které je součástí celkové péče o člověka v závěru jeho života. V úvodní části se proto dotkneme otázek po smyslu lidské existence v době, kdy do života vstoupí nevléčitelná nemoc spojená s velkým utrpením. Druhá část se věnuje vedení a formě rozhovorů s nemocnými v rámci duchovního

doprovázení. Popisuje osobnostní předpoklady doprovázejících. Třetí část obsahuje vybranou kazuistiku osobních příkladů s duchovním doprovázením. Čtvrtá část přináší výhled do budoucnosti celostní péče o pacienta v jeho domácím prostředí.

Práce reflektuje důstojnost každého lidského života od počátku až do jeho přirozeného konce. Metoda práce spočívá v obecném nastínění problematiky komunikace s nevléčitelně nemocnými pacienty pomocí odborné literatury a v následném popisu konkrétních kauz.

1 SPECIFICKÉ RYSY KOMUNIKACE S LETÁLNĚ NEMOCNÝMI

Úvodní kapitola je věnována důležitým aspektům, které by v komunikaci s letálně nemocnými seniory neměly být opomíjeny. Nutnost přiměřené mezilidské komunikace a duchovního doprovázení mezi nemocným člověkem, jeho blízkými a ošetrujícím personálem je nedílnou součástí celostní péče o něj. Vzhledem k tomuto faktu zde alespoň okrajově popisujeme důvody a způsoby péče o pacienty. Komunikace s letálně nemocnými je determinována jejich stavem, kdy se do popředí témat rozhovorů dostávají otázky týkající se smyslu života. Domníváme se, že tyto otázky jsou nedílnou součástí komunikace tohoto druhu, proto se jim chceme alespoň částečně věnovat.

Člověk je bio-psycho-socio-spirituální bytost. Každý má tělo, duši, nějakou spiritualitu a žije ve vztazích. Žádnou z těchto dimenzí nelze jen tak opomenout. Všechny jsou vzájemně propojeny. Pokud je jedna z nich nemocná, je nemocný člověk jako celek. V této souvislosti hovoříme o konceptu celkové bolesti, tzv. *total pain*, který rozpracovala zakladatelka moderního hospicového hnutí Cicely Saunders.¹ Narušené vztahy a bolest v duši nelze oddělovat od tělesné bolesti. Vzájemně spolu souvisejí a ovlivňují se navzájem.

V současné době je tento koncept péče stále více rozvíjen a v odborné literatuře ho nacházíme pod označením: „holistické pojetí biografické péče.“² Takto chápaná ošetrovatelská péče vychází z filozofického směru zdůrazňujícího celek, který není degradován pouze na souhrn částí, ale vidí mezi nimi vzájemný vztah a ovlivnitelnost. Holisticky pojatá biografická péče vyjadřuje celostní přístup k pacientovi. V rámci etických zásad je zaměřena na saturaci tělesných, psychických, sociálních a duchovních potřeb. Získání a následné využití biografických informací slouží pečujícím k tomu, aby lépe

¹ Srov. SAUNDERS, Cicely. *Watch With Me*, s. 47.

² Srov. PROCHÁZKOVÁ, Eva. *Biografie v péči o seniory*, s. 63.

porozuměli skrytým přáním nemocných v jejich terminální fázi života. V neposlední řadě pomáhá životní příběh také ke sdělení praktických informací o dosavadních zvyklostech, které jsou využity v rutinní péči o jednotlivé základní tělesné potřeby.³ Téma biografické péče úzce souvisí s koncepcí narativní terapie, která je jedním ze způsobů komunikace s nevléčitelně nemocnými a je krátce popsána v následující kapitole.

Vycházíme z předpokladu, že pečovat o sebe je rozumné, žádoucí a je to také morální povinnost. Stejně tak je povinnost tuto péči vyžadovat i od jiných.⁴ Tato povinnost musí být usměrňována. Při posuzování jednotlivých případů se vždy rozhoduje o terapeutických postupech očekávajících zlepšení zdravotního nebo psychického stavu. Odmítnutí mimořádných či nepřiměřených prostředků vyjadřuje souhlas se stavem člověka v blízkosti smrti. Nejedná se ani o eutanazii ani o dobrovolnou smrt. *Katechismus katolické církve* hovoří o přerušení nákladných, nebezpečných a neúměrných léčebných procedur vzhledem k očekávaným výsledkům jako o oprávněném opatření. Jedná se o odmítnutí léčby „za každou cenu“. Jasně se tím deklaruje, že pacient umírá a že smrti, jako nedílné součásti našeho života, již není možné zabránit.⁵ Eticky správné je vyhnout se dystanázii, kterou můžeme definovat jako: „zbytečné prodlužování umírání pacienta a pokračování v plné invazivní léčbě, která je již futilní.“⁶ Jde o marnou léčbu vycházející z iluzorního přání kontrolovat lidský život a být jeho svrchovaným pánem. V úvodu byla zmíněna cílová skupina pacientů v terminálním stádiu nemoci a péče, která je jim poskytována. Posláním této péče je úcta k životu v každé jeho podobě. Týká se života pacientů i jejich blízkých v nemoci i umírání.⁷

Nemocný v terminálním stádiu se nachází v blízkosti smrti s nepříznivou

³ Srov. PROCHÁZKOVÁ, Eva. *Biografie v péči o seniory*, s. 63.

⁴ Srov. KONGREGACE PRO NAUKU VÍRY. *Deklarace o eutanazii Bona et iura*, s. 21.

⁵ Srov. KKC, čl. 2278.

⁶ VÁCHA, Marek – KÖNIGOVÁ, Radana – MAUER, Miloš. *Základy moderní lékařské etiky*, s. 271.

⁷ Srov. KABELKA, Ladislav. *Nemocné rozhovory: komunikace a narativní terapie s nevléčitelně nemocnými pacienty a jejich blízkými*, s. 20.

krátkodobou prognózou, aniž by měl možnost tuto situaci signifikantním způsobem změnit. Tento stav se může protáhnout na týdny či měsíce. Jedná se však o ireverzibilní a letální stav. K bolesti a fyzickému utrpení se ještě připojuje psychologické a duchovní drama odloučení, které s sebou umírání přináší. Nemocný v terminálním stádiu je osoba, která potřebuje lidské a křesťanské doprovázení. Lékaři, ošetřovatelé i doprovázející jsou povoláni k tomu, aby přispěli kvalifikovaným a nezištným způsobem tyto potřeby naplnit.⁸ V této fázi života jsou specifické terapeutické prostředky již neúčinné. Nemocný si uchovává právo na minimální péči ve formě hydratace, alimentace, ošetřování ran a na celkovou paliativní péči.

Úkolem paliativní léčby je tlumit symptomy typické pro nemoci v terminálním stádiu, kterými mohou být bolesti, dušnost nebo potíže kožní, potíže v dutině ústní, případně s močovým měchýřem. Jedná se tedy o léčbu, při které lze dosáhnout určitých předem stanovených cílů, které jsou pro pacienta důležité. Tyto cíle jsou spojené s určitými riziky. Ta musí pacient považovat za přijatelná. Paliativní léčba respektuje život a považuje umírání za přirozený proces. Jejím smyslem není smrt oddálit nebo urychlit, ale uchovat nejlepší možnou kvalitu života až do konce. Pro správné vedení paliativní péče je třeba stanovit její plán, který v sobě mimo jiné zahrnuje odpovědi na různé otázky nemocného. Hledání správného rozsahu prospěšné léčby úzce souvisí s komunikačními dovednostmi zdravotnického personálu, ošetřujících blízkých a v neposlední řadě také pacienta.

Sdělení informace o přechodu k paliativní péči pacientovi a jeho blízkým je vyhrazeno ošetřujícímu lékaři. Není žádoucí tyto informace zatajovat, ale zároveň je důležité ponechat všem zúčastněným prostor pro naději. Přestože se jedná o nevléčitelnou nemoc, naděje dává pacientovi i jeho blízkým sílu ke

⁸ Srov. PAPEŽSKÁ RADA PRO PASTORACI MEZI ZDRAVOTNÍKY, *Charta pracovníků ve zdravotnictví*, čl. 115.

zvládnutí náročných chvíl, které nemoc a léčba přinášejí.⁹

Jako praktický návod sdělování infaustní informace si dovoluujeme uvést „Desatero zásad sdělování onkologické diagnózy“ II. interní kliniky FN Brno-Bohunice.¹⁰

1. Informace o podstatě nemoci poskytuj všem nemocným s maligním onemocněním, ale diferencovaně co do obsahu, tak způsobu podávání informací.
2. Informaci o diagnóze podává vždy lékař. Pacient si může určit, kdo má být při sdělování diagnózy dále přítomen (např. členové rodiny, přátelé, další lékař, zdravotní sestra, psycholog). Informaci o nemoci a terapii podávej opakovaně, nestačí jednorázový rozhovor.
3. Informaci podej nejdříve pacientovi, potom dle jeho přání členům rodiny či jiným určeným lidem. Nemocný sám rozhoduje, koho a do jaké míry informovat.
4. S podstatou nemoci, vyšetřovacími a terapeutickými postupy je nemocný seznámen neprodleně, ještě před první aplikací léčby.
5. Zdůrazňuj možnosti léčby, ale neslibuj vyléčení.
6. Odpovídej na otázky, obavy a sdílené pocity ze strany pacienta i jeho blízkých. Věnuj čas naznačeným, ale nevyřčeným dotazům.
7. Informace o prognóze nemoci z hlediska doby přežití podávej uvážlivě, pouze na přímý pacientův dotaz. Nikdy neříkej konkrétní datum, spíše nastiň určitý časový rámec, vycházející ze znalosti obvyklého průběhu daného onemocnění. Zdůrazni možné odchylky oběma směry od obvyklého průběhu.
8. Jednotnou informovanost zajisti důsledným předáváním informací mezi personálem navzájem (lékařská a sesterská dokumentace).
9. Ujistí pacienta o svém odhodlání vést léčbu v celém průběhu nemoci a komplexně řešit všechny obtíže, které mu onemocnění a jeho léčba přinesou.
10. Svým přístupem u nemocného probouzej a udržuj realistické naděje a očekávání.

Konfrontace s nemožností vyléčení přináší různé obavy a emoce. Obavy z toho, co přijde, mohou v nemocném vyvolat pocity úzkosti, smutku až deprese. Tyto nejtěžší okamžiky života jsou provázeny nadějí, která může mít několik podob. Patří sem čistě světské tužby: něco hodnotného zde po sobě zanechat nebo ještě něco uskutečnit podle možností vyplývajících z aktuálního stádia nemoci. V duchovní rovině se v člověku rodí naděje vyplývající z víry v posmrtný život. Na základě svých dosavadních poznatků musíme konstatovat, že téměř pro všechny pacienty je důležitý především pocit jistoty, že nebudou opuštěni a budou mít odpovídající péči při zachování své důstojnosti a intimity. Po získání této jistoty přichází na řadu další duchovní potřeby. Se zhoršujícím

⁹ Srov. BEDNAŘÍK, Aleš a ANDRÁŠIOVÁ, Mária. *Komunikace s nemocným: sdělování nepříznivých informací*, s. 126.

¹⁰ Srov. VORLÍČEK, Jiří al. *Paliativní medicína*, s. 373.

se zdravotním stavem vystupují do popředí zejména vztahové záležitosti v rodině nebo s blízkými. V těchto chvílích jde o úkol pro duchovně doprovázejícího, aby byl schopen těmto požadavkům a touhám vyjít vstříc. Podrobněji se této oblasti budeme věnovat v kapitole o duchovní péči.

V paliativní péči existují dvě skupiny pacientů. Do první jsou zařazeni ti, kteří jsou bez poruch vnímání a kognitivních funkcí. Jsou si vědomi skutečnosti onemocnění, podílejí se sami na tvorbě léčebného plánu a jsou schopni formulovat své preference. Ve druhé skupině jsou pacienti se změnami kognitivních funkcí a vnímání. Pokud je pacient nezpůsobilý, plán paliativní péče je stanoven v jeho nejlepším zájmu ve spolupráci se zákonným zástupcem a jeho blízkými. Tyto plány se řídí doporučeními České lékařské komory. Jsou shrnuty v *Doporučení představenstva č. 1/2010* k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli.¹¹

Převážná část témat rozhovorů mezi pacientem a duchovně doprovázejícím se týká smyslu života v jeho nynější podobě a otázek spojených se smrtí a strachem z ní. Přestože je každý člen společnosti velmi často konfrontován se smrtí cizích lidí, má paradoxně pocit, že se ho to osobně netýká. Žádný duševně zdravý člověk nechce zemřít. Otázce umírání a smrti se lze v rozhovoru s nevléčitelně nemocnými vyhnout jen stěží. Jedná se o emočně velmi silné téma. Citlivě vedená komunikace má podporovat touhu po smyslu života, jehož součástí je i neodvratná smrt.

Každá situace v lidském životě, tím více na jeho konci, je pro člověka výzvou a představuje určitý problém, k němuž je třeba se postavit čelem. Člověk se nemá ptát výslovně po smyslu svého života, ale vzít vážně otázky, které mu v posledních chvílích pokládá život. Není ten, kdo se ptá po smyslu života, ale je ten, kdo je tázán a má na tuto otázku odpovědět. Z uvedeného plyne, že

¹¹ Srov. ČESKÁ LÉKAŘSKÁ KOMORA. *Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010*- [online]-, s. 4.

nezáleží na tom, co člověk očekává od života, ale co život očekává od něj.¹² Odpovědí nemocného na smysl života je převzetí odpovědnosti, ve které je smysl lidské existence. Pacient je schopný s pomocí vrcholných okamžiků, které prožil, najít zpětně smysl života. Analogicky platí také to, že nemocný může najít smysl i v budoucnosti. Společně s pocitem důstojnosti a cti by měl mít možnost se zaměřit na konkrétní cíl, který má časový a předmětný aspekt. Cílem v časovém vnímání může být i smrt, v předmětném pak život pro někoho nebo pro něco. Bez pevného bodu v budoucnosti má každý jedinec pocit prázdnoty a nesmyslnosti bytí a nemůže vůbec existovat.¹³ Smysl života je všeobecně definován jako celkové životní zaměření, přesvědčení a cíle společně s důvody, pro které člověk žije.¹⁴

Sdělení infaustní diagnózy vyvolá v každém pacientovi traumatizující poznání plné strachu a obav o vlastní život. Pacient mění pohled na sebe sama a svůj dosavadní způsob života. Udržení kvality života a obnova zdraví se stávají nejdůležitějšími prioritami nemocného. Zhoršování zdravotního stavu vede k výraznému poklesu sebedůvěry dotyčného pacienta. Výrazným způsobem vystupují do popředí zejména duchovní potřeby spolu s hledáním smysluplnosti života i v jeho terminální fázi.¹⁵

Otázkami po smyslu vlastního bytí se zabývá každý nevléčitelně nemocný. Spolu s V. E. Franklem se přikláníme k názoru, že odpovědi nesouvisí s teistickým nebo ateistickým názorem. Fenomén víry není primárně chápán jako víra v Boha, ale jako obsáhlejší víra ve smysl lidské existence. Umírající až do konce doufá, že se uzdraví, přestože si rozumově zdůvodní, že žádná naděje na uzdravení neexistuje. Žít s nadějí je hluboce zakotveno v podstatě člověka. Věřit v tuto naději je člověku vlastní a přirozené i bez náboženské výchovy. Také lidé bez daru víry jsou vybaveni nadějí, která je více

¹² Srov. TAVEL, Peter. *Zmysel života podľa V. E. Frankla*, s. 49.

¹³ Srov. tamtéž, s. 56.

¹⁴ Srov. MAJERNÍKOVÁ, Ludmila et al., *Zmysel života a onkologický pacient*, *Onkologie* 12, suppl. A (2018): 23-25. [online], s. 23.

¹⁵ Srov. tamtéž. s. 25.

než pouhé přesvědčení, že vše dobře dopadne. Základ a vrchol duchovních schopností člověka je láska. Naději tedy lze spatřit tam, kde vztah lásky nekončí nemocí ani smrtí. Každý, kdo je Bohu blízko i ten, kdo je mu vzdálen, může svoji naději vystavět na rozvíjení vzpomínek a úvah o lásce mezi lidmi a o hodnotě prožitého života jako daru pro druhé.¹⁶ Umírající ateisté jsou vystaveni tomu, co odmítali. Objevuje se u nich odevzdanost a důvěra ve vyšší rovinu smyslu života, která je vzdálena racionalitě.¹⁷ Lze hovořit o určitém stupni přijetí víry. Tento moment se stává průsečíkem prožívání posledních okamžiků života u lidí věřících i dosud nevěřících.

Na základě uvedeného lze poukázat na přímou souvislost mezi náboženstvím a smysluplností života. Profesor Křivohlavý připomíná, že právě náboženství bývalo od počátku lidské existence oblastí, která se zabývala otázkami po smyslu života. Nabízelo cíle, ke kterým se vyplatilo život směřovat.¹⁸ Křesťanství svým zaměřením na člověka a jeho jednání učí, že člověk je stvořen k tomu, aby směřoval k něčemu jinému než pouze ke konečnosti svého pozemského bytí. Svým pevným systémem hodnot, který se vztahuje ke všem oblastem života, nabízí člověku smysluplný život.¹⁹

V současné době je život lidí orientován především na čtyři cílové oblasti, jimiž jsou práce, láska, štěstí a sebepojetí.²⁰ Se vstupem do seniorského věku, případně s příchodem nevléčitelné nemoci, je oblast práce první, která ztrácí na významu jako smysluplný cíl vlastní existence. Zbylé tři jsou naopak těmi, které pomáhají nalézt i v těžkých fázích smysl života.

Láska je hluboce zakořeněna v každém z nás. Je žádoucí mít k někomu důvěru a v této podobě realizovat lásku v konkrétním mezilidském vztahu. Popis pocitu štěstí a toho, co ho ovlivňuje, je u každého jiný. U starých a nemocných

¹⁶ Srov. OPATRŇÝ, Aleš. *Spirituální péče o nemocné a umírající*, s. 42.

¹⁷ Srov. TAVEL, Peter. *Zmysel života podľa V. E. Frankla*, s. 63.

¹⁸ Srov. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie smysluplnosti existence: otázky na vrcholu života*, s. 152.

¹⁹ Srov. tamtéž, s. 154.

²⁰ Srov. tamtéž, s. 174.

lidí má malý podíl na pocit štěstí objektivně diagnostikovaný zdravotní stav. Rozhodujícím faktorem je subjektivní hodnocení toho, jak se člověk cítí zdrav. Podstatně výraznější vliv mají sociální vztahy. Velmi negativně působí pocit osamělosti a opuštěnosti nebo nevyřešený mezilidský konflikt. Míra pocitu štěstí je relativní a závisí na subjektivním hodnocení, jestli je náš život smysluplný, nebo ne.²¹

Zdá se, že při hledání smysluplnosti života vystupují do popředí především otázky po identitě osobnosti. Lidé nepřejímají pojetí sebe sama z filozofie nebo náboženství, ale vytvářejí si ho vlastními silami. Sekularizací společnosti se role náboženství umenšuje. Mnoho lidí v současnosti touží po velkolepých zážitcích nabitých emocemi. Jsou přesvědčeni, že právě tyto prožitky jim zaplní vnitřní prázdnotu. V uvědomění si konečnosti života pak velmi často poznávají svou rozpolcenost a vzdálenost od pevných hodnotových systémů, které by naplnily jejich nitro smyslem života. S nastálou nemocí a utrpením se téměř nedokáží vyrovnat.²²

Otázky týkající se smyslu a původu lidského utrpení z hlediska křesťanské víry reflektuje také Benedikt XVI. Ve své encyklice *Spe salvi* uvádí, že k lidské existenci kromě činnosti patří i utrpení, jehož původ vidí jednak v naší konečnosti a také v množství vin, které postupně narůstají během dějin. Nabádá k tomu, že je třeba dělat vše pro jeho zmírnění. Konstatuje, že v boji s fyzickou bolestí lidstvo učinilo velký pokrok. Stejně úsilí však musí vynaložit na umenšení utrpení psychického. Není v lidských silách se zcela vymanit z moci zla a viny, které jsou pramenem utrpení. To může udělat jedině Bůh. Papež varuje před vyhýbáním se všemu, co šetří námahu a bolest, spojené s pravdou, láskou a dobrem. Lidé, kteří nejsou připraveni trpět a přijímat bolest nebo je chtějí ze svého života úplně vytěsnit, upadají do pocitů osamělosti a ztráty smyslu svého života. Benedikt XVI. naopak připomíná, že přijmout trápení má svou hodnotu. Člověk tímto přijetím vyžívá. Díky tomu je spojen s Kristem,

²¹ Srov. tamtéž, s. 180.

²² Srov. tamtéž, s. 183.

který rovněž trpěl a který ho v utrpení podpírá svou nekonečnou láskou.²³

Biblická zvěst o stvoření utváří postoj k nemoci z hlediska křesťanské víry. Svět byl stvořen jako dobrý a nemoc s bolestí je něco, co tuto dobrotu kazí. Víra nepodporuje představy, že ze života lidí odstraní veškerou bolest a nemoci. Přesto je pro ni složité vyznávat milosrdného Boha a současně akceptovat utrpení. Přijmout utrpení a nemoc, které si člověk sám nepřivodil, je velkou zkouškou víry pro každého z nás.

To vede některé lidi k postoji odmítání Boha. Jiní argumentují tím, že utrpení a nemoc se Bohu líbí. Neváhají idealizovat utrpení bližních a ostýchají se prosit Boha za dar zdraví. Poslední skupinu pak představují lidé, kteří považují nemoc za defekt víry a zastávají názor, že Bůh v případě dostatečné lidské víry uzdraví každou nemoc.²⁴

KKC se vyslovuje k výše uvedenému následovně: „Nemoc a utrpení vždy patřily k nejvážnějším problémům, které podrobují lidský život zkoušce. V nemoci člověk zakouší vlastní bezmocnost, vlastní meze a svou ohroženost. Každá nemoc nám může dát zahlédnout smrt.“²⁵

Utrpení a déle trvající nemoc mají vliv na lidské nitro. Svou fyzickou i psychickou zátěží působí změny v chování nemocného. Katechismus k tomu dodává:

„Nemoc může vést k úzkosti, k uzavření se do sebe, někdy dokonce k zoufalství a vzpouře proti Bohu. Může však také napomáhat člověku k větší zralosti, pomoci mu rozlišit v jeho životě, co není podstatné, aby se zaměřil na to, co je důležité. Velmi často nemoc vyvolává hledání Boha a návrat k němu.“²⁶

Naše dosavadní praktické zkušenosti ukazují, že takto zkoušená víra vyžaduje trpělivost na straně doprovázeného i doprovázejícího. Lépe danou skutečnost snášejí lidé, kteří nemoc chápou jako příležitost k uspořádání si životních hodnot. Změna postojových hodnot vede nemocného zpravidla

²³ Srov. BENEDIKT XVI. enc. *Spe salvi*, čl. 37.

²⁴ Srov. OPATRŇÝ, Aleš. *Spirituální péče o nemocné a umírající*, s. 32.

²⁵ KKC, čl. 1500.

²⁶ KKC, čl. 1501.

k odpuštění křivd. U nemocného dojde tímto aktem k viditelné proměně. Právě odpuštění je v jeho životě tím vrcholným bodem, který dává zpětně smysl jeho dosavadnímu životu. Jedná se o velmi pozitivní stránku nemoci. V případě správného přístupu pak může toto období být tím nejplodnějším a nejcennějším úsekem v celém životě.²⁷

Každý člověk se během života stane v nějakém smyslu obětí druhých lidí. Může se jednat o záměrné křivdy, provinění nebo o projev jejich osobnostní nezralosti. Nemocný žije často dlouhou dobu s neuzavřeným tématem hněvu a voláním po spravedlnosti. Vlivem různých okolností se mu zatím nepodařilo ránu otevřít. Neuzavřená témata rezonují lidským vědomím a vytvářejí rušivý tok vzpomínek a obrazů. Pro lidskou mysl je snadnější odložit a uzavřít velká životní témata, vztahové záležitosti a křivdy až tehdy, když se změnila na smysluplný příběhový celek. Odpuštění se tak nabízí jako jeden z nástrojů, jak témata uzavřít. Nejedná se přitom o nějaký jednorázový akt, ale spíše o proces. Po jeho úspěšném zahájení je nejprve nezbytná konfrontace s vnitřní bolestí. Člověk si přizná, že mu bylo ublíženo. Přiznáním přestane obviňovat sám sebe a dokáže uvolnit skryté emoce. Dále dochází u pacienta ke změně jeho pohledu na viníka i na sebe sama. Někteří nemocní touží zbavit se zatěžující minulosti, jiní to vnímají jako jistý dar. Nežřídko totiž toto empatické vnímání vede k tomu, že si pacient uvědomí potřebu odpuštění od ostatních. Vznikne tak prostor vypořádat se s proviněním, které způsobil on sám, což je moment, kdy se doprovázející při rozhovoru s pacientem dostává k otázkám, které souvisejí s křesťanskou motivací k odpuštění. Pacient si začíná uvědomovat, kolik mu odpustil Bůh i druzí lidé. To ho vede k rozhodnutí odpustit i tomu, kdo se provinil proti němu.²⁸

Popisovaný koncept odpuštění klade při komunikaci s nemocným velké nároky na osobnost doprovázejícího. Chybně uchopený proces odpuštění může

²⁷ Srov. SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*, s. 38.

²⁸ Srov. STANĚK, Dalimil. „Psychologie odpuštění a její využití pro terapeutickou praxi“, *Psychosom* 15, č. 4 (2017): 282-292, zde 285.

vést až k rozhodnutí neodpustit. Tématu odpuštění, které je projevem lásky, úcty a milosti vůči druhému člověku a vychází z křesťanské tradice, se při rozhovorech s nemocným musí duchovně doprovázející věnovat s náležitou péčí.²⁹

Dochází také k vytvoření nových pohledů na víru a náboženské otázky. Víra u zmíněných lidí, kteří nemoc chápou jako příležitost a dokáží dát smysl svému dosavadnímu životu, pomáhá vidět i za hranice smrti. Existuje i nemalá skupina těch, kteří nemoc interpretují jako Boží trest za dosavadní způsob života. Tito nemocní jsou zahlceni otázkami po možnostech odčinění a zrušení takto vnímaného trestu. Jsou frustrovaní a hledají viníka, který jejich stav zapříčinil. Hněv promítají do svého chování směrem ke svým nejbližším nebo i sobě samým. Často také dochází k tomu, že se ve svém hněvu obrací i proti Bohu. Je to způsobeno zkresleným vnímáním Boha jako toho, který vše řídí a všechno, co se stane, je jeho vůle. Lidé ho činí zodpovědným za to, co se stalo i za to, čemu nezabránil. Stává se pak, že lidé věřící ztrácí svou víru. Modlitby se jim zdají být nevyslyšeny. Návštěvy bohoslužeb nevyjadřují a neuspokojují jejich představy a momentální potřeby. Nevěřící lidé naopak víru „nacházejí“. Následně jim poslouží jako nástroj, kterým mohou vyjádřit svůj hněv a vzdor vůči Bohu. Lidé si hněvem na Boha staví bariéru mezi sebe a posilující zdroje náboženství, které jim mají v takových chvílích pomáhat a utěšovat je. Vybít si hněv na situaci, ve které se nemocní nacházejí, je zcela přirozené. Zároveň ovšem musí zůstat otevřeni možnostem hledat a přijímat pomoc.³⁰

Popsaný smysl utrpení člověka je zcela zásadní úkol pro komunikaci s nemocnými a platí v obecné rovině pro každého. Tento smysl je třeba pacientovi a jeho blízkým vysvětlit, zasadit ho do jeho životního narativu. Hovoříme tak o narativní terapii jako o způsobu komunikace s nemocnými. V širším slova smyslu se nejedná pouze o příběh života nemocného, ale celé

²⁹ Srov. tamtéž, s. 286.

³⁰ Srov. KUSHNER, Harold S. *Když se zlé věci stávají dobrým lidem*, s. 122.

jeho rodiny či pečujících blízkých.

Doktor Kabelka ze svých zkušeností uvádí mimo témata týkající se zdravotního stavu především okruhy k diskusi o nevyrovnaných a neuspořádaných mezilidských vztazích v rodině i mezi blízkými přáteli nemocného. Pečující by měli být seznámeni s prioritami pacienta. V průběhu nemoci dochází ke změnám zdravotního stavu. Zpravidla se jedná o jeho náhlá zhoršení a je nutné mít připravenou i určitou hierarchii postupů při práci s emocemi v rodině. Je také třeba si uvědomit, že pomoc a duchovní podporu potřebují i ti, kdo o nemocného pečují.³¹

Těžce nemocní zažívají pocity ztráty kontroly nad vlastním životem. Smyslem duchovního doprovázení je kromě jiného i pomoc pacientovi tuto kontrolu znovu najít. Aby tato pomoc byla účinná a byla poskytována adekvátním způsobem, je nutné využívat efektivní komunikační techniky. O druzích a formách komunikace pojednává následující kapitola.

1.1 KOMUNIKACE SE SENIORY V OŠETŘOVATELSKÉ PÉČI A ZPŮSOBY JEJÍHO VEDENÍ

Komunikace v ošetrovatelské péči se neliší od komunikace v jakékoliv jiné oblasti a lze ji popsat jako sdělení informací nebo jejich vzájemná výměna prostřednictvím nejrůznějších prostředků. Podílejí se na ní všichni přítomní určité konkrétní události nebo situace. Bývá ovlivněna mnoha faktory, kterými jsou zpravidla prostředí, doba, ochota nebo momentální stav či nálada účastníků rozhovoru.³²

Základními principy každé verbální komunikace jsou denotace a konotace. Ty významně ovlivňují kódování a dekódování předávaných informací.

³¹ Srov. KABELKA, Ladislav. *Nemocné rozhovory: komunikace a narativní terapie s nevyčísitelně nemocnými pacienty a jejich blízkými*, s. 23.

³² Srov. MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*, s. 214.

Denotace označuje obecný význam pojmu a může se tedy v průběhu různých dob vyvíjet a měnit. V určitém čase a společenském uspořádání jsou denotace považovány za objektivní. Jde tak o logický vztah mezi výrazem a tím, co označuje. Konotace je asociativní významová složka určitého výrazu. Diskrepance mezi denotativním a konotativním hodnocením pojmu se v konverzaci se seniory stává závažným faktorem inhibujícím správné porozumění. V důsledku toho pak nemocný nemůže adekvátně reagovat podle očekávání pečujícího. Z uvedeného také plyne, že neexistuje úplná shoda v oblasti konotace mezi komunikujícími subjekty. Je tedy potřeba nalézt „společný jazyk“, kdy zejména pečující nebo duchovně doprovázející ví, co který termín pro nemocného znamená.³³

V obecné rovině neexistují žádná zvláštní omezení při komunikaci se seniory. Je nutné pouze přizpůsobit komunikační styl schopnostem a dovednostem nemocného. Tím se zvýší pravděpodobnost správného porozumění sdělovaných informací. Předpokladem úspěšné verbální komunikace je dodržování kritérií, kterými jsou jednoduchost, stručnost, zřetelnost, vhodné načasování a adaptabilita. Používání nestandardní terminologie musí odpovídat schopnostem komunikanta. Komuniké ve své stručnosti nesmí být vytrženo z kontextu. Příjemce informací musí komunikaci vnímat jako aktivitu, během níž mu partner v rozhovoru věnuje patřičnou pozornost. Důležité rozhovory, mezi které duchovní doprovázení zcela jistě patří, je vhodné uskutečnit ve vhodnou dobu a s dostatkem času. Komunikátor při rozhovorech vždy s pečlivostí sleduje veškeré reakce komunikanta na sdělované informace včetně neverbálních projevů, které mají velkou vypovídací hodnotu.³⁴

Za velmi důležitý prvek rozhovoru je považována dovednost aktivního naslouchání. Nejedná se o pouhé vyslechnutí, ale jde o aktivní postoj, v němž posluchač dává najevo, že rozumí a chápe. Ve verbálním projevu lze sledovat

³³ Srov. POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*, s. 20.

³⁴ Srov. MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*, s. 215.

obsah sdělení a paralingvistickou složku řeči. V obsahu jsou posuzovány základní prvky projevu, kterými jsou pomlky v řeči, intonace a dynamika projevu. V paralingvistické části sledujeme výšku hlasu, jeho barvu, rychlost řeči, pomlky nebo chyby v mluveném projevu.³⁵

Stáří obecně neznamená ztrátu inteligence. Ke každému jednotlivci je však třeba přistupovat individuálně, vyhodnotit jeho schopnosti a potřeby a dát mu více času na sestavení verbální odpovědi, případně na vyvolání pojmů z dlouhodobé paměti.³⁶

Odborná literatura uvádí, že při stárnutí dochází k mnoha změnám nejen v tělesných schopnostech, ale také k transformacím v emocionální, psychosociální a kognitivní oblasti. Ani potřeba komunikovat se u lidí seniorského věku nijak neliší od mladší populace. Je ale nezbytné respektovat zpomalení a poskytnout určitý čas pro úspěšnou a efektivní komunikaci.³⁷

V běžné sociální interakci dochází při péči o nemocné často k chybám ve verbální komunikaci na straně pečujících. Ti hovoří velmi stručně a v jednoduchých větách. To má negativní dopad na obsah sdělení. Senioři velmi dobře rozumí pojmům zasazeným do smysluplného kontextu, který podporuje produkci řeči. Změny ve verbální komunikaci mohou předznamenávat změny kognitivních funkcí vlivem zhoršeného fyzického stavu. Příčinami mohou být například dehydratace nebo změna tělesné teploty.³⁸

Situace, kdy si někdo v plynulé řeči nemůže vzpomenout na běžně užívaný termín, se může objevit u kohokoliv. U starších osob však k této poruše dochází častěji. Změny ve vybavování si dříve známých a do paměti uložených pojmů zřejmě souvisí s neefektivní činností paměti, která je způsobena poruchou transmise na úrovni neuronů. Tuto aktuální dysfunkci nelze hodnotit jako primární poruchu intelektových schopností. Pro zvýšení efektivity komunikace

³⁵ Srov. tamtéž, s. 215.

³⁶ Srov. POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*, s. 49.

³⁷ Srov. tamtéž, s. 50.

³⁸ Srov. tamtéž, s. 56.

je vhodné běžnou verbální komunikaci doplnit prostředky komunikace neverbální, mezi které patří piktogramy, obrázky nebo tabulky.³⁹

Druhy a způsoby komunikace jako nedílné složky péče o nemocné by v této práci měly vycházet křesťanského postoje, který staví důstojnost člověka na víře, že byl stvořen k Božímu obrazu a podobě.⁴⁰ V péči o člověka je třeba uplatnit celostní přístup s vědomím jeho inherentní důstojnosti, kterou neztrácí ani díky nemoci.⁴¹

Efektivita komunikace mezi pečujícím a pacientem je vysoká pouze za předpokladu včasné identifikace potíží komunikovat. Toto odhalení je základem pro využití specifických přístupů a komunikačních technik. V případě nesprávného vyhodnocení konkrétní situace pak hovoříme o postupech, které inhibují komunikaci s nemocnými.⁴²

Mezi inhibující komunikační styly patří řečové vzorce, které zahrnují velmi zjednodušenou větnou skladbu, nadměrné objasňování situací, ponižující tón hlasu, povrchnost komunikace, dětskou řeč, direktivní komunikaci nebo ošetřovatelskou řeč. Velmi rozšířeným negativním komunikačním stylem je tzv. *elderspeak*. Obecně je tento styl popisován jako eticky nevhodné hovoření o starých lidech a se starými lidmi. Vychází z nereálného stereotypního hodnocení věkově starších lidí a jejich schopností. Při rozhovorech se projevuje zvýšeným tónem hlasu, nadužíváním zdvořilých, dovoláváním se souhlasu disjunktivními otázkami nebo neakceptováním požadavku oslovení preferovaným jménem. Výše jsme popisovali některé determinanty efektivní komunikace. Na základě jejich porovnání s rysy *elderspeaku* lze konstatovat, že *elderspeak* je u osob s neporušenými kognitivními funkcemi neefektivní a devalvující. Osoby trpící poruchou sluchu zpravidla nejsou schopné vnímat vyšší tóny. To má za následek, že sdělení nerozumí. Stereotyp *elderspeaku* bohužel silně ovlivňuje

³⁹ Srov. tamtéž, s. 59.

⁴⁰ Srov. Gn 1, -26-27.

⁴¹ Srov. ČERNÝ, David, a DOLEŽAL, Adam (ed.). *Smrt a umírání: etické, právní a medicínské otázky na konci života*, s. 179.

⁴² Srov. POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*, s. 61.

intergenerační komunikaci.⁴³

Pro vzhled do komunikace s nevy léčitelně nemocnými je třeba mít na zřeteli projevy lidské přirozenosti. Komunikace probíhá také neverbálním způsobem. Neverbální způsob komunikace bývá nazýván jako „pravdivá řeč našeho těla.“ Neverbální projevy nejsou tak snadno ovlivnitelné vůlí a jsou tedy pravdivější než verbální.⁴⁴

Naše dosavadní zkušenosti z osobních setkání s letálně nemocnými potvrzují nutnost synchronizace verbálního a neverbálního projevu. Ústní sdělení má být doprovázeno očním kontaktem přiměřené délky, správným použitím haptiky, udržováním určité vzdálenosti ve vertikálním i horizontálním směru a citlivým vyhodnocením časových možností nemocného a doprovázejícího.

Při neverbálním způsobu lidé vysílají a přijímají množství signálů. Ty odrážejí zejména emoce. Pacient i ošetřující lékař nebo duchovně doprovázející dávají najevo, jak danou situaci prožívají. Zřejmými ukazateli mohou být gesta, tón a síla hlasu, mimika obličeje, oční kontakt, způsob sezení nebo časté pohledy na hodinky. Při rozhovorech s nemocnými je nutné dobře porozumět emocím. S emocemi jsou úzce spojeny lidské potřeby. V případě ohrožení jakékoli z nich se emoce dostavuje jako obranný mechanismus, který částečně nebo úplně eliminuje racionální uvažování. Emoční reakce mají být vnímány jako přirozené a ne jako slabost.⁴⁵

Každá komunikace obsahuje určitou dávku emocí. Díky tomu je minimálně ze 70 % její vypovídající schopnost ovlivněna neverbální komunikací. U pacientů, kteří prožívají silné emoce nebo mají změněné vědomí, jde o více než 90 %.⁴⁶

⁴³ Srov. tamtéž, s. 65.

⁴⁴ Srov. MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*, s. 217.

⁴⁵ Srov. BEDNAŘÍK, Aleš a ANDRÁŠIOVÁ, Mária. *Komunikace s nemocným: sdělování nepříznivých informací*, s. 32.

⁴⁶ Srov. KABELKA, Ladislav. *Nemocné rozhovory: komunikace a narativní terapie s nevy léčitelně nemocnými pacienty a jejich blízkými*, s. 84.

Narativní terapií, o které jsme se již okrajově zmínili, je nazývána terapie komunikací a smyslem. Jedná se o vykreslení mapy životního příběhu. Nemocný si sám nebo s pomocí doprovázejícího utváří vzpomínky na minulost. Postupně mění náhled na svůj dosavadní život a snaží se mu dát i v jeho závěru určitý smysl. Ladislav Kabelka o narativní terapii hovoří jako o práci s horizontální spiritualitou.⁴⁷ Na jednotlivých uvedených případech ukazuje důležitost životního příběhu. Jedná se o nutný doplněk péče o pacienta v jeho duchovním doprovázení. Současná medicína dokáže velmi dobře potlačit fyzickou bolest, a zmírnit tak tělesné utrpení. Účelem paliativní medicíny je primárně zachovat kvalitu života se vším, co si pod tímto termínem lze představit. Často s tím souvisí i prodloužení délky života. Pro konkrétního nemocného znamená kvalita života něco jiného. Každý člověk zasluhuje individuální přístup. Ošetrovatelský tým a pacientovi blízcí by se měli řídit pacientovými potřebami a přáními.⁴⁸

Pro zdárné vykreslení životního narativu pacienta je velmi prospěšné ve verbální komunikaci používat speciální verbální komunikační dovednosti. Uvádíme zde pouze takové, které považujeme při komunikaci s letálně nemocnými za nejdůležitější.

Na prvním místě je to podle našeho názoru mlčení. Rozšířeným omylem mezi zdravotníky i duchovně doprovázejícími je názor, že na každou sdělenou bolest nebo trápení je potřeba ihned reagovat a snažit se poskytnout nějakou formu podpory. Efektivní vzájemné komunikaci velmi dobře napomůže citlivé mlčení spojené s aktivním nasloucháním. Ticho plné kontaktu nahrazuje slova a navozuje atmosféru vzájemné důvěry. V prostředí důvěry nemocný pocítuje ochotu odložit masku a svůj aktuální letální stav zasadit do narativu svého života. Je připraven ke změnám a revizi svých dosavadních životních postojů. Významným atributem této změny je kromě přátelské atmosféry a citlivého odkrývání překážek v rozhovorech především úcta a respekt k nemocnému. On

⁴⁷ Srov. tamtéž, s. 20.

⁴⁸ Srov. tamtéž, s. 21.

sám má být přijímán jako lidská bytost a rovnocenný partner.⁴⁹

Mezi speciální verbální komunikační dovednosti dále řadíme empatii, rezonanci jako formu zpětné vazby, kdy komunikant opakuje, co pacient řekl a reflexi, ve které jde o zestručněné vyjádření podstaty sdělení.⁵⁰

Člověk nevyléčitelně nemocný se zpravidla dostává do zcela nové fáze svého života. Nedokáže se ihned vyrovnat se svým utrpením a zejména postrádá jeho smysl. Otázky po smyslu nemoci a utrpení jsou těmi nejčastějšími.

1.2 SPRÁVNÁ KOMUNIKACE S NEMOCNÝMI

V předchozí kapitole jsme představili obecné předpoklady a principy komunikace. Nyní chceme uvést některá doporučení pro správnou a efektivní komunikaci s letálně nemocnými.

Výše popisované techniky a komunikační dovednosti odpovídají zásadám nedirektivního rozhovoru. Základní složky takového rozhovoru tvoří nedirektivita, empatie a emoční blízkost. Rozhovor je veden citlivě a respektuje pocity a emoce nemocného. Doprovázející nementoruje, nekritizuje a nevnucuje svá řešení.⁵¹

Velkým uměním komunikace je vnést do životního příběhu pacienta smysl nemoci a utrpení. Nemoc, která je chápána jako příležitost, je cestou jak dělat věci správně. Nemoc a blízkost smrti jsou tím, co dokáže z člověka, který dosud promarnil své nejvlastnější možnosti, dostat úplně všechno. Smysl lidského života na jeho konci není jen o prožívání a konání, ale také o tvorbě hodnotového postoje. Tím je schopnost snášet utrpení, které je s nemocí spojené. To má smysl právě tehdy, když člověk v nemoci dozrává a stává se duševně bohatším a vyzrálejším. Snášet to, čemu se nedá vyhnout a nelze ani změnit, je určitý

⁴⁹ Srov. MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*, s. 216

⁵⁰ Srov. tamtéž, s. 216.

⁵¹ Srov. tamtéž, s. 217.

výkon.⁵² Jde o příležitost znovu nalézt smysl dřívějšího života a narovnat poškozené a často i přerušené osobní vztahy. Při duchovní péči o umírající je tento přístup cestou pokorné úcty a respektu k životu. Nemoc se stává součástí života a nemocný v ní může najít určitý smysl. V naší společnosti, podle doktora Kabelky, není život v nemoci hodnotově pochopen ani akceptován. Důsledkem toho je zbytečné oddalování sdělování informací o zdravotním stavu a prodleva při poskytování dostatečné podpory a pomoci.⁵³

Komunikace směrem k pacientovi je primárně vyhrazena ošetřujícímu lékaři. Vzhledem k tomu, že se na péči zpravidla podílí celý tým lidí, je tento úkol přenesen i na ostatní pečující. Při duchovním doprovázení nemocných jsou témata bezprostředně související se zdravotní diagnózou pouze okrajová. V duchovním doprovázení jde více o existenciální otázky. Komunikace se mění v průběhu procesu sdělování zdravotních informací v různých etapách onemocnění a následné léčby. Každý člověk prožívá nemoc jinak a u každé osobnosti se při tomto prožívání vyskytují jiné obranné mechanismy. Ty mají vliv na vedení rozhovorů. Společně pro všechny je rozdělení života pacientů na dobu „před“ a „po“ sdělení diagnózy.⁵⁴

Správná komunikace s letálně nemocnými předpokládá především dostatek času a dodržování určitých doporučení při vedení rozhovoru. Vždy je nutné komunikovat s pacientem s respektem, úctou a používat komplexní věty obsahující pojmy zasazené do kontextu. Dále je zapotřebí naslouchat tomu, co nám říká a tato sdělení nehodnotit a nekritizovat. Mluví-li pečující o sobě, je komunikačně přínosné, aby slovy vyjadřoval pochopení a empatii. Jestliže nemocný nerozumí, je třeba se pokusit formulovat sdělení jinak a neopakovat stále stejná slova.⁵⁵

⁵² Srov. TAVEL, Peter. *Zmysel života podľa V. E. Frankla*, s. 96.

⁵³ Srov. KABELKA, Ladislav. *Nemocné rozhovory: komunikace a narativní terapie s nevyčísitelně nemocnými pacienty a jejich blízkými*, s. 31.

⁵⁴ Srov. BEDNAŘÍK, Aleš a ANDRÁŠIOVÁ, Mária. *Komunikace s nemocným: sdělování nepříznivých informací*, s. 20.

⁵⁵ Srov. POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*, s. 67.

K obecným zásadám efektivní komunikace bychom chtěli doplnit některé další postupy, které jsou specifické pro nemocné v seniorském věku. V rozhovoru by žádná ze stran neměla být povýšena. Vždy je nutné zohledňovat omezení starého věku a respektovat bariéry komunikace, jimiž mohou být smyslové poruchy, poruchy hybnosti, paměti nebo snížená schopnost koncentrace. Komunikaci v nemalé míře prospívá nepodceňovat stesky pacienta, které mohou být přes zdánlivou nezávažnost důležitým symptomem něčeho hlubšího. Jejich bagatelizace vede k devalvaci seniora. Vzájemnému porozumění pomáhá upřesnit si pojmy.⁵⁶

Každá komunikace, je-li vedena správně, má především obohacovat. Její forma a výrazové prostředky se mění s ohledem na fáze letálního onemocnění. Nároky na její efektivitu však zůstávají vysoké v každém případě.

1.3 FÁZE PROŽÍVÁNÍ ŽIVOT OHROŽUJÍCÍHO ONEMOCNĚNÍ

Otázkou, jak pacienti prožívají terminální stadium svého onemocnění, se zabývala doktorka Elizabeth Kübler-Rossová. Popsala pět fází, kterými většina těchto lidí prochází. Rozpoznat jednotlivé etapy pomáhá lékařům porozumět tomu, co konkrétní pacient prožívá a jak se cítí.⁵⁷

První etapou je šok. V pacientovi se po sdělení diagnózy rozvíří množství emocí. Jedná se o pocity paniky, zmatenosti, bezradnosti nebo úzkosti. Tato etapa se vyznačuje určitou ztrátou integrity vnímání, myšlení nebo cítění. V této první fázi lidé vnímají vše jako film nebo jako situaci, která se jich osobně netýká. Nezřídka se objevují i tělesné projevy. Jedná se o potíže s dechem, pocení či třes.⁵⁸ Obranný mechanismus, který následuje po odeznění šoku, je

⁵⁶ Srov. MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*, s. 221.

⁵⁷ Srov. BEDNAŘÍK, Aleš a ANDRÁŠIOVÁ, Mária. *Komunikace s nemocným: sdělování nepříznivých informací*, s. 23.

⁵⁸ Srov. KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O smrti a umírání*, s. 19-22.

popření. Pomáhá člověku vyrovnat se s onemocněním, jež ohrožuje život. Každý člověk má dobu popírání reality onemocnění různě dlouhou a někteří neakceptují svou nemoc vůbec. Velmi často se u pacientů střídají období přijetí a popření.⁵⁹

Další reakcí jsou vztek a negativismus, pro něž jsou typické otázky po smyslu života. V mnoha případech se jedná o výkřik vyjadřující zoufalství, pocit křivdy a nespravedlnosti. Pacienti v této fázi se obviňují z nesprávného životního stylu, případně vnímají nemoc jako trest.⁶⁰

V třetí fázi se pacient snaží s ošetřujícím lékařem vyjednávat. Slibuje mu, že změní svou životosprávu, pokud se uzdraví. V tomto období také intenzivně hledá vztah k Bohu. Prosí ho o uzdravení nebo alespoň o prodloužení času, který mu ještě zbývá.⁶¹

Období deprese přepadá pacienta v různých etapách a často i opakovaně. Zpravidla se však objevuje jako čtvrtá fáze. Smutek a ponuré myšlenky svou intenzitou a délkou nebývají důvodem odborné léčby. Jejich sledování je potřebné proto, aby se zjistil případný přechod do stavu klinické deprese.⁶²

Poslední fází celého náročného procesu je akceptace reality. Pacient přijme novou životní situaci. Otevřeně komunikuje s ošetřujícím personálem o svém stavu. V mnoha případech se jedná o určitou rezignaci a totální vyčerpání bojem se smrtí, která je někdy vítána jako osvobozující událost a to zejména u těch, kteří dokáží dát smysl vlastnímu skonu. I v této fázi je pacient vystaven strachu, smutku nebo zlosti.⁶³

⁵⁹ Srov. tamtéž, s. 19-22.

⁶⁰ Srov. tamtéž, s. 19-22.

⁶¹ Srov. tamtéž, s. 19-22.

⁶² Srov. tamtéž, s. 19-22.

⁶³ Srov. tamtéž, s. 19-22.

1.4 PŘÍPRAVA A STRUKTURA ROZHovorŮ

Vytvoření kvalitní a fungující komunikace mezi členy ošetrujícího týmu a nemocným je nezbytným předpokladem pro úspěšnou spolupráci. Poskytování zdravotních informací je vždy vyhrazeno lékaři, a je vnímáno jako klíčové. Neméně důležitou součástí je vytváření vztahu s nemocným. Pevné a otevřené vztahy vznikají při rozhovorech pacienta s duchovně doprovázejícím. Tyto rozhovory se nemohou zcela vyhnout reakcím na věcné údaje, ale primárně se týkají emocí. Nemocný je vtažen do společného vedení rozhovoru. Může klást otázky, diskutovat nebo naslouchat. Tímto způsobem se vytvářejí úzké vazby, které pak pomáhají i ošetrujícímu lékaři dozvědět se množství cenných informací o prožitcích pacienta při rozhodování a zvládnání další léčby.⁶⁴

Na každé setkání je nutná příprava. Začátek dialogu rozhoduje o úspěšnosti a charakteru celkové budoucí komunikace. Každému setkání je nutné věnovat potřebný čas. Pacient musí vnímat, že doprovázející se věnuje pouze jemu a dokáže se oprostít od všech rušivých elementů. Je třeba si stanovit, jak dlouho a jakým směrem se bude v rozhovoru postupovat. Zároveň je nutné mít dopředu připraveno několik možností, kam rozhovor směřovat. Po informacích o zdravotním stavu se od pacienta dají očekávat otázky existenciálního typu. Do přípravy na rozhovor také patří určení místa, kde se s pacientem a případně i jeho nejbližšími setkáme. V konkrétních případech, které později popíšeme, se vždy jedná o domácí prostředí. Duchovní doprovázení je ovšem možné i ve veřejných zdravotnických zařízeních. Otázka vhodného místa pro rozhovor je naprosto zásadní.

V přípravě na rozhovor s nemocným si doprovázející musí odpovědět na jednoduché, ale pro úspěch v komunikaci zásadní otázky. Týkají se důvodů, proč tuto službu vykonává, zda jeho dosavadní zkušenosti s nemocnými jsou dostatečné, co bude chtít vnést do vztahu s pacientem, případně jaké chování je

⁶⁴ Srov. BEDNAŘÍK, Aleš a ANDRÁŠIOVÁ, Mária. *Komunikace s nemocným: sdělování nepřiznivých informací*, s. 52.

schopen akceptovat.⁶⁵

Před každou osobní konverzací si pečující připraví některé téma, které nemocného zajímá nebo ho zaujalo při minulém setkání. Oblíbenými tématy jsou např. vzpomínky na dětství, školu, pracovní aktivity, či prožité lásky. Oblíbené je rovněž téma přírody. Rozhovory na uvedená témata podporují schopnost vybavit si příjemné vzpomínky. Příjemné pocity pak přispívají k vnitřní vyrovnanosti.⁶⁶

Do přípravy rozhovorů také patří to, že si pečující uvědomí své komunikační nedokonalosti a zlovyky. Převážně se jedná o vnucování vlastních názorů, přehnané a ukvapené zklidňování nemocného, hledání řešení a udělování nevyžádaných rad nebo kladení zbytečných otázek. Častým nešvarem je také kritizování a moralizování nebo skákání do řeči. Všechny uvedené chyby bývají často vedeny snahou a dobrou vůlí pečujících o dobro nemocného. V přípravě struktury rozhovoru nesmí být opomenuta možnost okamžitého ukončení rozhovoru, jestliže si to pacient přeje.⁶⁷

Ve vzájemné komunikaci mezi pacienty a pečujícími dochází ke sdělování informací osobního charakteru, které jsou určeny výhradně tomu, komu je chce nemocný sdělit. To klade etické nároky na osobnost pečujících, kteří by se měli řídit zásadou mlčenlivosti.

1.5 POVINNÁ MLČENLIVOST

Jsme si vědomi toho, že téma zachování mlčenlivosti si zasluhuje podrobnější pojednání. V této práci nebudeme provádět obširnou eticko-právní analýzu, ale omezíme se jen na obecné zásady, které s povinnou mlčenlivostí souvisí.

⁶⁵ Srov. MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*, s. 221.

⁶⁶ Srov. tamtéž, s. 222.

⁶⁷ Srov. tamtéž, s. 224.

Ochraně osobních údajů se v posledních letech věnuje celospolečenská pozornost. Na ochranu osobních údajů se klade důraz zejména v lékařských a ošetrovatelských oborech. Lékaři byli od nejstarších dob vždy vázáni lékařským tajemstvím. V současné době se spíše používá pojem „povinná mlčenlivost“, která se týká všech lidí pracujících ve zdravotnictví.

Profesorka Haškovcová upozorňuje na možná úskalí spojených s ochranou osobních dat pacientů. Za nejzávažnější pochybení pokládá kolektivní pojetí mlčenlivosti. Ti, kteří se bezprostředně podílejí na péči o nemocné, chrání jejich osobní údaje relativně dobře. Jiná situace nastává mezi těmi, kteří v rámci systému sdílí zdravotní dokumentaci. Často si mezi sebou při běžných rozhovorech sdělují konkrétní citlivé informace o pacientech. Toto sdílení osobních dat je bráno jako jakási novodobá norma. Mlčenlivost však musí být dodržována ve všech případech, bez ohledu na to, zda je stanovena mravní nebo legislativní normou.⁶⁸

Ve vztahu lékaře a pacienta je jedním z nejdůležitějších prvků důvěra. Lékař je tradičně za mlčenlivost individuálně odpovědný. Pouze po obdržení souhlasu od pacienta měl možnost utajované skutečnosti zveřejnit. Pacient byl ten, který upřesňoval, komu, kdy a co může lékař sdělit. Vše bylo relativně snadné, jelikož diagnóza a terapie se odehrávala pouze mezi lékařem a pacientem. Později se obsah lékařského tajemství stále více konkretizoval a bylo nevyhnutelné zařadit ho do legislativního rámce jednotlivých zemí. Český právní řád pojem „lékařské tajemství“ nezná. Pracuje s výrazem „povinná mlčenlivost.“ Na diagnostickém a léčebném procesu se podílí kromě lékařů a sester i řada dalších zdravotnických pracovníků, kterými jsou farmaceuti, laboranti, či biologové. Patří sem i duchovně doprovázející osoby. Povinná mlčenlivost se tak týká všech, kteří se dostávají do profesního styku s osobními daty nemocných a to i tehdy, když změní zaměstnání nebo odejdou do penze.

⁶⁸ Srov. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*, s. 156.

Povinná mlčenlivost se dodržuje i po smrti dotyčného pacienta.⁶⁹

Existují zákonné možnosti, jak lze povinnou mlčenlivost prolomit. Tyto případy jsou v intencích mravních a právních norem. Nejjednodušším typem je situace, v níž si vyžádáme souhlas ošetřované osoby. Dále se může jednat o obhajobu před soudem. Prolomit povinnou mlčenlivost lze i v případě oznamovací povinnosti při podezření na týrání nebo mučení.

Pacienta s jeho zdravotním stavem seznamuje vždy lékař. Ten se ho také následně zeptá, jestli a koho o něm může informovat. Případný pacientův nesouhlas poskytovat informace je třeba plně respektovat. V obou případech je dostačující jeho ústní formulace. Výjimka je možná pouze v případech těžkých stavů, zastřeného vědomí, absence způsobilosti k právním úkonům nebo je-li pacientem dítě.⁷⁰

⁶⁹ Srov. tamtéž, s. 161.

⁷⁰ Srov. tamtéž, s. 160.

2 ROZHOVOR V RÁMCI DUCHOVNÍHO DOPROVÁZENÍ

V každé mezilidské interakci hraje důležitou roli mimo zainteresovaných osobností také prostředí, v nichž rozhovory v rámci duchovního doprovázení probíhají.⁷¹ Mimo vlastní domácnosti se jedná také o různá rezidenční zařízení. V této práci reflektujeme možnosti domácí péče v rámci svého bydliště v okrese Ústí nad Orlicí. Domácí péče v sobě zahrnuje službu zdravotní a pečovatelskou. Její nedílnou součástí je také péče duchovní. V oblasti duchovního doprovázení velmi úzce spolupracujeme se sestrami charitní ošetrovatelské služby.

Díky této spolupráci je přístup k péči o duchovní potřeby pro seniory v domácím prostředí snazší než pro ty, kteří pobývají v různých rezidenčních zařízeních. V běžných českých domovech pro seniory duchovní péče mezi prioritně nabízené služby nepatří. Pokud ano, jedná se většinou o zajištění „svátostného servisu“ pro ty, kteří se prezentují jako praktikující věřící. V důsledku toho působí duchovní různých církví pouze uvnitř své vlastní církve.⁷²

Rozhovory v rámci duchovního doprovázení jsou především záležitostí osobního vztahu dvou navzájem si blízkých lidí. Na jedné straně doprovázející chápe, respektuje, podporuje a objevuje duchovní dimenze doprovázeného. Na straně druhé se nechává obdarovat narativem a osobností toho, koho doprovází. Na této úrovni navázaný vztah poskytuje prostor ke sdílení běžných radostí a starostí, ale také hlubších otázek, které si nemocný klade.⁷³

Na základě analýzy dat uvádí ve svém výzkumu Věra Suchomelová důvody, proč se senioři nemusejí s duchovním potkat nebo před ním mají ostych. Senioři berou svou víru jako osobní záležitost. Nechtějí, aby se jim někdo pletl

⁷¹ Srov. SUCHOMELOVÁ, Věra. *Senioři a spiritualita: duchovní potřeby v každodenním životě*, s. 238.

⁷² Srov. tamtéž, s. 239.

⁷³ Srov. tamtéž, s. 241.

do jejich vztahu s Bohem. Střeží si svůj vnitřní prostor, ve kterém není atakována lidská důstojnost a je vytvořeno místo pro víru a naději. Příčinu takového jednání lze spatřit v tom, že vlivem sociální formace v mládí nejsou zvyklí s duchovními navazovat důvěrné vztahy. Přesto starší a nemocní lidé potřebují sdílet své pocity a své životní zkušenosti a poznání formou dialogu.⁷⁴

2.1 SPIRITUÁLNÍ ROZMĚR ČLOVĚKA S INFAUSTNÍ PROGNÓZOU

Již jsme zmínili, že každý člověk má také svoji spirituální složku. V různých etapách lidského života se její intenzita a vztah k ní mění. V této kapitole chceme pojednat o některých rozměrech spirituality nemocného s infaustní prognózou.

Považujeme za potřebné nejprve upřesnit používané pojmy „duchovní“ či „spirituální“. V současném jazykovém úzu se termín „spirituální“ chápe jako něco „co se týká duchovní stránky člověka“ nebo ve významu „náboženský“.⁷⁵ Slovo „duchovní“ se bere jako opak „hmotného“ nebo jako označení pro něco zvláštního nebo nevysvětlitelného.⁷⁶ Ve své práci vnímáme termín „duchovní“ jako něco, co je spojené s transcendentní skutečností a s duchovní stránkou lidské osoby. Vzhledem k tomu, že naše práce reflektuje péči v křesťanském prostředí, odkazujeme na vyjádření Pavla Ambrose, podle kterého: „Duchovní je z křesťanského hlediska taková osobní přítomnost Ducha svatého, která postupně pronikne všechno to, co člověk je a co má.“⁷⁷ Z uvedeného vyplývá značně široké rozpětí významu obou definovaných pojmů. Oba jsou vždy blíže určeny až v kontextu, ve kterém se užívají.

⁷⁴ Srov. SUCHOMELOVÁ, Věra. *Senioři a spiritualita: duchovní potřeby v každodenním životě*, s. 243.

⁷⁵ Srov. OPATRŇNÝ, Aleš. *Spirituální péče o nemocné a umírající*, s. 44.

⁷⁶ Srov. tamtéž, s. 45.

⁷⁷ AMBROS, Pavel et al. *Studijní texty z pastorální teologie III.: služba nemocným*, s. 10.

Obecnými předpoklady pro to, abychom našli smysl vlastní existence je naplnění různých motivací. Jedná se např. o plné přijetí situace, v níž se člověk nachází, o situace, kdy jsme osloveni nějakou hodnotou, kdy začneme eticky hodnotit své jednání a rozeznávat výzvy v situaci, kterou život přináší. Bez naplnění těchto motivací není možné, aby člověk ve svých prožitcích objevil hlubší smysl. Jako nesmyslné vnímá to, co nemůže přijmout, k čemu nemá vztah nebo dělá-li něco, co by dělat neměl.⁷⁸ Člověk může přijmout pouze to, co je pro něj hodnotou. Při ztrátě hodnot v důsledku nevléčitelné nemoci je pro něho nejvýznamnější motivací akceptovat nemoc.⁷⁹

V nemoci lze rozpoznat určité dimenze spirituality, které v období, kdy je člověk zdravý a plný sil, nevnímá. V nemoci se podstatným způsobem mění, má možnost v ní objevit hlubší stránky své osobnosti. Dostává příležitost nalézt spirituální dimenzi svého bytí. Hovoříme tak o spiritualitě objevené v nemoci. Dochází ke zjištění, že dosavadní životní styl mu nepřináší odpovědi na otázky, které s sebou nemoc přináší. K objevení spirituální dimenze může napomoci četba nebo kontakt s ostatními lidmi, ať už blízkými pečujícími, lékaři nebo duchovně doprovázejícími. Při objevení spirituální stránky lze zažít nadšení, překvapení nebo tím můžeme být zaskočeni. Nemocný, který objeví svou spirituální stránku, je otevřený vůči přicházejícím podnětům, a to jak prospěšným, tak těm, které mu mohou způsobit myšlenkový chaos nebo nežádoucí závislost.⁸⁰

Pokud se nemocný v dosavadním životě nikdy hlouběji nezamýšlel nad duchovními tématy, nebo je úplně vytěsňoval, brání se tomu i v nemoci. Příčinou bývá vliv silně působícího okolí nebo to, že se pacient nachází ve fázi popírání a nechce si připustit vážnost nemoci. Potlačování spirituality může být jen zdánlivé nebo hlubšího charakteru. V prvním případě se pacient zabývá vyrovnáním se s nemocí ve svém nitru. Ve druhém případě se jedná o strach,

⁷⁸ Srov. ČVELA, Rostislav et al. *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*, s. 128.

⁷⁹ Srov. tamtéž, s. 129.

⁸⁰ Srov. OPATRŇÝ, Aleš. *Spirituální péče o nemocné a umírající*, s. 85.

kdy si s duchovními tématy neví rady. Duchovně doprovázející by měl svým citlivým přístupem tento strach zmírnit, nejlépe zcela odstranit.⁸¹

Nemoc vede člověka k rekapitulaci života. To vede k odkrývání a znovuobjevení spirituálních témat, kdy se ve svých vzpomínkách vrací k dávným zážitkům. Duchovně doprovázející by za žádných okolností neměl tyto zážitky bagatelizovat či potlačovat. Pro člověka je velkým darem, když je do jeho života spiritualita dobře integrována a ani v nemoci není považována za pouhé východisko z nouze. Je na místě připomenout, že téměř každý nemocný v závěru svého života prochází určitou krizí, vnitřního napětí a zkouškou víry.⁸²

Nemoc spojená s bolestí se netýká jen tělesné stránky člověka, ale v širším pojetí ovlivňuje i jeho osobní a sociální možnosti. Do myšlení nemocného se vtírají otázky týkající se délky trvání a případného vyléčení nemoci. Dále se člověk táže, zda si nemoc přivodil sám nebo proč postihla právě jeho a ne někoho jiného. Otázky po smyslu nemoci a bolesti zpravidla vedou až ke zpochybnění jeho vnitřních jistot. Právě toto zpochybnění se stává průvodním jevem při hledání smyslu života, který je zatížen nemocí a bolestí a tím zcela zaplňuje pacientův vnitřní svět. To vede k jisté nežádoucí monotematicnosti života a silně ztěžuje sociální kontakty nemocného.⁸³

Považujeme za prospěšné vysvětlit pojem doprovázení. Ten chápeme jako činnost, která respektuje životní cestu nemocného. Nelze hovořit o jednorázové akci, ale o dlouhodobém procesu. Nemocnému má být doprovázení přínosem, kdy je respektován ve své jedinečnosti. Vyloučena je také jakákoliv duchovní manipulace. Aleš Opatrný to vyjadřuje slovy: „Je třeba saturovat duchovní potřeby nemocného, ne potřeby doprovázejícího.“⁸⁴

Tato věta výstižně shrnuje jak poskytovat spirituální pomoc. Zásadním požadavkem je bezpodmínečná úcta a respekt k vnitřnímu světu nemocného a

⁸¹ Srov. tamtéž, s. 86.

⁸² Srov. tamtéž, s. 87.

⁸³ Srov. tamtéž, s. 89.

⁸⁴ Tamtéž, s. 127.

přiměřená empatie umožňující tento vnitřní svět přijmout. Nemocný má velmi často své vlastní myšlenkové konstrukce, které dávají jeho utrpení smysl. Ačkoliv se doprovázejícím mohou tyto konstrukce jevit jako chybné, je nutná jejich akceptace. Dají se změnit jen pozvolna a nenásilně, avšak jen za předpokladu, že mezi nemocným a doprovázejícím existuje vztah vzájemné důvěry. Komunikace o spirituálních hodnotách dokáže nemocného povzbudit, aby prožil bolestné fáze svého života smysluplně a v radosti. Duchovní pomoc potřebují všichni smrtelně nemocní, protože se ocitají v nové a pro ně neznámé životní situaci. Nikdo by neměl zůstat se svými myšlenkami a obavami osamocen, ale měl by mít možnost o svých obavách komunikovat s někým, komu plně důvěřuje. Posilu k naději, víře a odhodlání správně završit život mohou nemocným dodat duchovně doprovázející. Každý nevyлéčitelně nemocný si musí popisovanými těžkými životními zkouškami utrpení a smrti projít sám, ale zároveň by měl mít možnost využít citlivého a věrného doprovázení plného pochopení.⁸⁵

2.2 OSOBNOST DOPROVÁZEJÍCÍHO

V závěru předchozí kapitoly jsme nastínili způsoby poskytování spirituální péče. Úzce to souvisí s osobností doprovázejícího. V této části práce tedy popisujeme některé, podle našeho názoru, stěžejní požadavky na jeho osobnostní předpoklady.

Duchovní péče o nemocného je náročný a závažný úkol. Závažnost úkolu spočívá v nerovnováze rolí. Doprovázející může být pro nemocného velkým přínosem a oporou, ale také přítěží. Té se pak nemocný velmi těžce zbavuje. Nemocný je ve většině případů upoután na lůžko nebo se s obtížemi pohybuje a nemůže vycházet z domu. Doprovázející má možnost kdykoli přijít a také

⁸⁵ Srov. tamtéž, s. 95.

kdykoli odejít. Nemocný se tak může cítit odkázaný na jeho službu.

Doprovázející není oprávněn jakýmkoli způsobem vnucovat nemocnému svoje osobní postoje nebo přesvědčovat pacienta o pravdě, kterou zastává. Předpokladem správného doprovázení je bezpodmínečné respektování osoby nemocného a jeho vnitřního světa s potřebnou dávkou empatie. Vcítění se do prožitků doprovázeného pomáhá k navázání neformálního osobního kontaktu. Vyhradit si na nemocného dostatek potřebného času a být trpělivý, je další nutnou podmínkou k dosažení tohoto cíle, jinak není duchovní doprovázení možné. Doprovázející by měl být lidsky zralou osobností, s určitou zkušeností s nemocí a utrpením. Taková osobnost by měla mít jasně čitelnou osobní víru bez ohledu na konfesi. Přiměřené vzdělání ve zdravotní oblasti, psychologii nebo teologii se zdá být spolu s praxí nutností. Zmíněné znalosti a schopnosti pomohou správně porozumět spiritualitě nemocného. Jde o přiblížení se jeho vnitřnímu světu. Pacient svou nemocí mnohé ztrácí. Může se jednat o ztrátu soukromí, životní jistoty, volnosti pohybu nebo stravovacích zvyklostí. Na tuto nově vzniklou situaci má právo reagovat podrážděně, úzkostí nebo poruchami chování. Vžít se do těchto pocitů nemocného je opravdovým uměním doprovázejícího, který pomáhá nemocnému i v jeho nemoci dosáhnout vyšší kvality života.⁸⁶ Taková pomoc se zakládá na respektu k životním postojům nemocného a podporuje to, co je v jeho životě skutečně cenné, nemocí oslabeno nebo ohroženo.⁸⁷

Naše poznatky vychází ze zkušeností duchovního doprovázení v prostředí římskokatolické církve. Popisujeme tedy činnosti doprovázejících osob, kterými mohou být jak duchovní tak laici. Obě skupiny mají společné poslání, ale přesto jsou určité rozdíly jasně patrné. V praktických otázkách se jedná o udělování svátostí. Setrvání v tichu a modlitbě bývá časté a nemocnými žádané.

Duchovní doprovázení lze považovat za druh pastorače. Ten, kdo

⁸⁶ Srov. SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*, s. 21.

⁸⁷ Srov. OPATRŇÝ, Aleš. *Spirituální péče o nemocné a umírající*, s. 38.

doprovází, by se měl umět zorientovat v životních příbězích konkrétních lidí. To mu umožní pochopit jejich vztah k víře a k religiozitě obecně. Nemůže vystupovat nábožensky neutrálně a potlačovat svou identitu křesťana. Pastorační péče o letálně nemocné není pouze cílenou katechezí a monologem o Bohu. Na druhou stranu se rovněž nejedná pouze o řeč lidskou, v níž o Bohu nebude ani zmínka.⁸⁸

Jednou z nejdůležitějších kompetencí duchovně doprovázejícího je umění aktivního naslouchání. Je-li vedeno s respektem a láskou, umožní doprovázejícímu vstoupit do životního příběhu pacienta a lépe mu porozumět. Díky tomu lze odhalit některá duchovní zranění z minulosti, kvůli nimž je pro pacienta těžké se otevřít Bohu. Duchovně doprovázející by tak měl svou intervencí podporovat a rozvíjet pozitivní postoje a hodnoty nemocného. Kromě formálního, neformálního a zkušenostního vzdělání by měl mít velmi dobré komunikační schopnosti. Aby mohl být starému nemocnému člověku opravdovým partnerem v dialogu, musí si být vědom specifík stáří v oblasti fyzické, psychické, sociální a spirituální.⁸⁹

2.2.1 Doprovázející kněží

V obecném pojetí se setkáváme s jistým předporozuměním pacientů i jejich blízkých. Ti vnímají duchovního především jako někoho, kdo všechno vyřeší, každého potěší a je odborníkem na poslední věci člověka. Jako samozřejmost se předpokládá, že si sám dokáže zajistit věčný život v nebi. S tímto povědomím se můžeme v terénu setkat velmi často.

Doprovázející v duchovní oblasti by měl být především člověkem hluboké víry. Víra se pak neodráží v množství slov o Boží dobrotě, ale v jednání, které vyznačuje a ukazuje bezpodmínečné svědectví lásky Ježíše Krista. Setkává se

⁸⁸ Srov. SUCHOMELOVÁ, Věra. *Senioři a spiritualita: duchovní potřeby v každodenním životě*, s. 245.

⁸⁹ Srov. tamtéž, s. 248.

nejen s pacientem, ale také s ošetřujícími blízkými. Pro všechny by doprovázející měl být tím, který ukazuje smysl důvěry v Boha v situacích, kdy je zřejmé, že život člověka se nezadržitelně chýlí ke konci a zdravotní stav se nezlepší.

Kněží v roli doprovázejících bývají vystaveni určitému tlaku. Na jedné straně dokáží vnímat a rozpoznat potřeby nemocného, na straně druhé jsou nuceni smířit se s postojem pacienta, jehož přání bývají zcela odlišná. Nemocným jde v první řadě o mezosobní vztah s knězem. Zásadní je prostředí hluboké důvěry. V důvěře jsou respektována jakákoliv přání nemocného, který ví, že duchovní svého postavení nezneužije. Tyto osobní vazby jsou posilovány vírou v Boží milosrdenství a lásku. Náročné zdravotní situace jsou zkouškou víru v odpouštějícího a posilujícího Boha jak u nemocného tak u duchovního.

V prostředí katolické církve, které popisujeme, jsou zásadní svátosti. Úloha kněze je v nich nezastupitelná. Laik nemůže poskytnout svátost smíření nebo svátost pomazání nemocných. Svátosti předpokládají víru a zároveň ji posilují. K nauce o svátostech uvádí II. vatikánský koncil: „Svátosti jsou určeny k posvěcování člověka, k budování Kristova těla a k Boží oslavě. Jako znamení však mají také význam vzdělávací. Víru nejen předpokládají, ale také ji slovy i věcmi živí, posilují a vyjadřují. Proto se nazývají svátostmi víry.“⁹⁰

Z uvedeného vyplývá, že je nutné svátosti správně pochopit. Péče doprovázejícího v duchovní oblasti se netýká jen slavení svátostí. Není myslitelné, že nemocný, který odmítá svátosti, je ze spásy vyloučen. Boží láska a jeho milosrdenství by tak byly velmi zredukovány. Duchovní mají podporovat a žít především vírou nemocného a slavit svátosti spolu s nemocným. Rizika přílišného a nesprávného lpění pouze na svátostech u doprovázejících kněží si byl dobře vědom i papež Benedikt XVI., který varuje před opomíjením modlitby. Modlitba je především součástí duchovní péče o nemocného. V encyklice *Deus caritas est* uvádí:

⁹⁰ SC, čl. 59.

Nadešel okamžik, abychom opětně potvrdili, jak důležitá je modlitba v konfrontaci s aktivismem a hrozcím sekularismem mnoha křesťanů, kteří se zabývají charitativní prací. Je evidentní, že křesťan, který se modlí, neusiluje o změnu Božích záměrů nebo o opravování toho, co Bůh předvídal. Snaží se spíše o setkání s Otcem Ježíše Krista a prosí o to, aby právě Bůh byl přítomen prostřednictvím posily Ducha svatého v něm a v jeho díle. Důvěrný vztah s osobním Bohem a odevzdanost do jeho vůle jednak představují hráz proti degradaci člověka, jednak ho zachraňují ze zajetí fanatických a teroristických doktrín.⁹¹

2.2.2 Doprovázející laici

Služba duchovního doprovázení je především službou lásky. Pro pacienty je skvělou pomocí především obyčejná lidská blízkost a to, že někdo vnímá jejich potřeby v nemoci. Ze své zkušenosti můžeme potvrdit, že nemocný má často větší důvěru v blízkého člověka, kterého zná, než v kněze, jehož úlohu vnímá pouze jako udělovatele svátostí a „Božího posla“, který mu přišel oznámit konec pozemského života. Jakkoli se může zdát dané tvrzení neobvyklé, setkáváme se s tím v terénu poměrně často. Dalším důvodem pro duchovní doprovázení pacienta laikem je to, že pacient má, nezřídka i oprávněně, pocit, že kněz je zaneprázdněn jinými činnostmi a nechce ho obtěžovat. Nároky na doprovázejícího laika jsou především v rovině osobnostní vyzrálosti. Nemocný a umírající člověk potřebuje zakusit především respekt ke své jedinečnosti, pochopení, úctu a lásku. Doprovázející musí umět unést jeho vrtochy a projevy nevrlosti. Nemocní bývají často vztahově nevyrovnaní a frustrovaní. Veškeré své vnitřní pocity touží sdílet s doprovázejícími, které zahrnou výčitkami všeho druhu, někdy i nadávkami. Na vše očekávají rychlou odpověď a snadné řešení vlastní situace. Doprovázející se tak dostává do určitého diskomfortu. Nechce se vměšovat do rodinných sporů, zároveň však touží splnit přání nemocného a zprostředkovat mu usmíření. Doprovázející se nemá vžívat do role „spasitele“ a „zachránce“ všech doposud nevyřešených vztahů. Měl by si být vědom důvěry, která mu byla nemocným svěřena. Byl pozván na cestu doprovázení, kterou možná nechápe a někdy ji ani nerozumí, ale již je součástí. Jde po ní jako ten, kdo je svědkem Božího milosrdenství; nepoužívá fráze laciné útěchy o zlepšení

⁹¹ BENEDIKT XVI., enc. *Deus caritas est*, čl. 37.

zdravotního stavu, který nelze očekávat, ale vnímá nemocného takového, jaký je a co právě prožívá; věnuje mu svůj čas a naslouchá mu.

Svátostnou posilou pro nemocného je přijímání Eucharistie, kterou pověřený laik může přinášet. Zde opět potvrzujeme vlastní zkušenosti, že nemocní velmi touží po tom, aby jejich svátostný život pokračoval i v nemoci. Chceme také zdůraznit, že ani laici by neměli považovat za selhání, jestliže nemocní svátosti odmítnou. Mohlo by to vést i k určitému neporozumění správného duchovního doprovázení. Dovolíme si citovat z knihy *Obřady pomazání nemocných a péče o nemocné*: „Všichni věřící křesťané ať se podílejí na péči a lásce Krista a církve a podle svých možností ať věnují nemocným pečlivou pozornost. Ať je navštěvují a utvrzují ve spojení s Pánem a ať jim všemožně poskytují bratrskou pomoc.“⁹²

Exkurz: Duchovní doprovázení duchovních

Nyní si dovolíme krátké pojednání o oblasti, které se podle našeho názoru odborná literatura dostatečně nevěnuje. Jedná se o otázku duchovního doprovázení nabídnuté duchovním osobám, které ho také potřebují. Terminologicky se ve své práci duchovního omezíme v souladu s *CIC* jako na toho, který přijal svěcení.⁹³

Jedná se o lidi, kteří celý život věnovali péči o druhé po duchovní stránce. I oni se na konci života dostávají do role těch, kteří potřebují jak zdravotní, tak v neposlední řadě duchovní péči. Řeší stejné existenciální otázky jako všichni ostatní.

U kněží a jáhnů žijících v celibátu je situace odlišná od těch kdo měli vlastní rodiny a žili v manželství. Důvodem je to, že především diecézní kněží zpravidla nemají fungující domácnost. Každý nemocný člověk je vděčný za to, když může prožívat svou nemoc a závěr svého života v domácím prostředí.

⁹² *Obřady pomazání nemocných a péče o nemocné*, čl. 42.

⁹³ Srov. *CIC*, kán. 207.

Poskytování zdravotní péče se od ostatních pacientů nijak neliší. Nemocný duchovní prochází fázemi zpracování a vyrovnání se s nepříznivou diagnózou v totožných krocích jako každý jiný člověk. Okruh blízkých pečujících bývá složen z těch, k nimž chová silnou důvěru. Nezřídka se jedná o řeholní sestry.

2.3 PÉČE O PEČUJÍCÍ

Péči si zaslouží i ti, kdo pečují o druhé. Benedikt XVI. v encyklice *Deus caritas est* vyzdvihuje úlohu pomáhajících, kteří věnují druhým svou pozornost a dávají jim zakusit bohatství své lidskosti. Pečující potřebují „formaci srdce“, protože se starají o lidské bytosti, které potřebují něco víc než technicky správně provedenou péči.⁹⁴ Osoby, které se podílejí na poskytování péče, jsou často plně zaměřené na ošetřování nemocných až do té míry, že jim samotným už téměř nezbyvá žádný prostor pro sebe sama. Často jsou ve stresu. Tento svůj neutěšený stav promítají i do vztahů s ostatními a v neposlední řadě také do péče o nemocného.

Popisovaná rizika se týkají pečujících jak z okruhu blízkých, tak z řad zdravotních sester, které péči poskytují profesionálně. I ony jsou především lidskými osobami. Mají své soukromí, které není možné úplně oddělit od pracovních povinností. Nároky na zdravotní sestry jsou v současné době velmi vysoké. Týká se to nejen jejich odbornosti, ale též osobnostní stránky. Od sester se očekává osobní ukázněnost a nasazení ve službě druhým. Jejich sebepoznání vede k pochopení změn chování pacientů a následně také ke zlepšení jejich vztahu k nim. Všichni pečující by měli každou životní situaci podrobit sebereflexi, která je naučí vnímat nejen své nedostatky, ale i vlastní schopnosti a pocity.⁹⁵

⁹⁴ Srov. BENEDIKT XVI. enc. *Deus caritas est*, čl. 31.

⁹⁵ Srov. VENGLÁŘOVÁ, Martina et al. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*, s. 13.

Tyto poznatky potvrzuje i doktor Kabelka, který apeluje na osobní duševní hygienu pečujících, kteří se potýkají s pocity frustrace, zloby, smutku či deprese. Přijetí nemoci do každodenního života je i pro pečujícího zásadním předpokladem smíření.⁹⁶

Z našich dosavadních osobních zkušeností plyne doporučení, že je nutné včas odhalit symptomy poukazující na únavu a vyčerpání při ošetřování blízkých. Tato doporučení určená pečujícím lidem mohou zaznít z úst ošetřujícího lékaře, zdravotních sester, duchovně doprovázejícího nebo někoho z blízkého okolí, který je podrobně seznámen s danou situací. Každý, kdo pečuje o své nejbližší, je vděčný za slova uznání a podpory. Potřebuje být dobře informován o tom, že péče, kterou poskytuje, je správná. Vhodně položené otázky jsou předpokladem pro vedení smysluplného dialogu. S pečujícími je žádoucí diskutovat o jejich pocitech nejistoty během péče, o jejich radostech nebo potřebném řešení finančních otázek. Vždy je nutné jim svým jednáním vyjadřovat úctu a podporu.

2.3.1 Prevence vyhoření

Pomáhající profese patří mezi takové, v nichž jsou lidé nejčastěji vystaveni psychické zátěži v rámci svých pracovních povinností. Lidský organismus, který je dlouhodobě vystaven této zátěži, se dostane do stavu fyzického, emočního a mentálního vyčerpání nazývaného syndrom vyhoření. V řadách ošetřujícího personálu jsou rizikovými skupinami lékaři, zdravotní sestry a pečovatelky. Příčiny lze najít v jejich každodenním setkání s utrpením, bolestí a umíráním. Nedílnou součástí je také pocit vlastní bezmoci daný stav jakkoliv změnit. Uvedené příčiny mohou vyvolat stejné stavy také u blízkých pečujících. Takto postižený ošetřující člen rodiny se nedokáže radovat z běžných životních událostí. Svoje činnosti vykonává pouze ze setrvačnosti a bez zájmu. Jelikož je

⁹⁶ Srov. KABELKA, Ladislav. *Nemocné rozhovory: komunikace a narativní terapie s nevyčísitelně nemocnými pacienty a jejich blízkými*, s. 137.

takto fyzicky a duševně vyčerpán, nemůže už nic dát ani druhým.⁹⁷ Obě skupiny ošetřujících a pečujících jsou stejně zranitelné.

Syndrom vyhoření vzniká působením vnějších a vnitřních faktorů. Jako vnější faktory můžeme uvést nedostatek času, nadměrnou soutěživost, emocionální zátěž, neuspokojivou úroveň komunikace na pracovišti nebo v rodině a v neposlední řadě také nefunkční sociální zázemí. K vnitřním faktorům řadíme nadměrnou cílevědomost, zaměření na výkon bez respektu k fyzickým a duševním silám, tíhnutí k velmi vysokým až nereálným cílům nebo silnou potřebu zažít ocenění a úspěch.⁹⁸

Prevence vyhoření spočívá především v sebereflexi. Tím, že syndrom vyhoření provází působení vnitřních i vnějších faktorů, musí také prevence probíhat na osobní i organizační úrovni. Na obecné rovině se prevence týká stanovení priorit. Pečující člověk si musí umět přiznat, že nemůže být všude a dělat všechno. I při dlouhodobé péči je třeba udělat si čas zcela pro sebe a vnímat vlastní hranice. Nedílnou součástí prevence je humor. Také o vážných věcech se dá hovořit s lehkým nadhledem a někdy i vtipem.⁹⁹

2.3.2 Praktická pomoc pečujícím

Praktickou pomocí pečujícím je možnost umístit pacienta, o kterého se starají, na určitou dobu na respitní odlehčovací pobyt do sociálního zařízení s potřebnou zdravotní péčí. Jeho délka je zpravidla v řádech týdnů, nejdéle 3 měsíce. Pečující tak mohou využít tento čas na nezbytný odpočinek nebo případnou vlastní hospitalizaci z důvodu nemoci nebo úrazu. V ústecko-orlickém okresu tyto pobyty aktuálně poskytují Domov pro seniory

⁹⁷ Srov. SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*, s. 147.

⁹⁸ Srov. BEDNAŘÍK, Aleš a ANDRÁŠIOVÁ, Mária. *Komunikace s nemocným: sdělování nepříznivých informací*, s. 210.

⁹⁹ Srov. tamtéž, s. 210.

v Lanškrouně,¹⁰⁰ Albertinum Žamberk¹⁰¹ a Ledax Vysoké Mýto.¹⁰²

Dalším způsobem pomoci pečujícím je zprostředkování kontaktu na půjčovny kompenzačních pomůcek. Ty jsou určeny k ulehčení každodenní péče o pacienty. Ve zmíněném okrese se nacházejí v Lanškrouně, Ústí nad Orlicí a v Letohradu. Konkrétními pomůckami mohou být elektrické polohovací postele s antidekubitní matrací, oxygenátory, chodítka, toaletní židle, sprchovací židle nebo sedačka na vanu.

Doprovázející řeší s pečujícími také výše zmíněné finanční otázky. Rodina, do níž zasáhne nemoc, se náhle ocitá před nutností zvolit mezi péčí v domácím prostředí nebo ve zdravotnickém zařízení. Česká republika má ve svém sociálním programu vytvořen systém finanční podpory formou příspěvku na péči.¹⁰³ Jejím cílem je zajistit dotyčné osobě komplexní služby v širokém spektru činností, které zpočátku nemusí primárně souviset s jejím zdravotním stavem.

¹⁰⁰ Viz www.soslla.cz.

¹⁰¹ Viz www.albertinum.cz.

¹⁰² Viz www.dsvysokemyto.cz.

¹⁰³ Bližší informace se nachází na: MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Příspěvek na péči*. [online].

3 VYBRANÁ KAZUISTIKA

V úvodní kapitole jsme se zmínili o tom, že člověk je bio-psycho-socio-spirituální bytost. Biologické potřeby dokáže v domácí péči pomocí vhodných terapeutických nástrojů zajistit zdravotnický personál, sociální potřeby umí saturovat blízký ošetřující nebo sociální služba. Psychologické a spirituální potřeby jsou úkolem pro duchovně doprovázejícího. Vzhledem k tomu, že péče o pacienty je multioborová záležitost, je spolupráce všech zúčastněných stran naprosto nezbytná.

Celostní péče o člověka předpokládá i správný význam toho, co znamenají termíny zdraví a nemoc. Pojem zdraví časem ztratil svou hloubku a obsažnost. Ústava WHO (1946) definuje ve své preambuli zdraví jako: „stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody (*well-being*) a ne pouze nepřítomnost nemoci nebo vady (*infirmité*).“¹⁰⁴ Je zřejmé, že tato definice je již v mnohém překonaná. Zcela opomíjí duchovní oblast a klade důraz na subjektivní pocity člověka. Křesťanství, které hájí celostní pohled na člověka, rozšiřuje tento pohled o duchovní a mravní život a o jeho vztah k druhým lidem i k Bohu. Boha chápe jako první a poslední zdroj života.

Současné lékařství zdůrazňuje psychosomatický přístup k léčbě. Uvědomuje si tak souvislost mezi tělesnou a duševní stránkou člověka. Jak je nastavena mysl, odráží se i na těle. Také praxe doprovázejících v duchovní oblasti ukazuje, že péče o duši není nikterak izolována od starostí o tělesnou a sociální stránku života.¹⁰⁵

Do popředí současné péče o letálně nemocné vstupuje stále více se rozvíjející práce s biografií. Téma práce s biografií jsme v naší práci již několikrát zmínili v souvislosti s narativní terapií, kterou jako součást

¹⁰⁴ ČELEDOVÁ, Libuše – ČEVELA, Rostislav. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*, s. 17.

¹⁰⁵ Srov. HALÍK, Tomáš. *Sedm úvah o službě nemocným a trpícím*, s. 13.

biografické péče o seniory rozvíjí doktor Kabelka.¹⁰⁶ První koncepce tohoto druhu péče včetně nové odborné terminologie se objevily již v sedmdesátých letech dvacátého století. Společným faktorem je znalost životního příběhu jako nutný předpoklad individuální péče o člověka.¹⁰⁷

V dále uvedených vybraných kazuistikách byla znalost životních příběhů pro vzájemnou komunikaci velmi přínosná. Ve všech případech byla práce s biografií pojátkem nemocného s realitou všedních dnů, podporovala pocit bezpečí a mezigenerační sounáležitosti.

Dovolujeme si uvést některé příklady osobní zkušenosti s duchovním doprovázením. Výše byly popsány některé způsoby a možnosti celostní péče o pacienta. Závažné onemocnění vždy zatěžuje člověka bolestí. Ta se promítá do různých vrstev života. Bolest ovlivňuje nejenom tělesný pohyb, ale má také podíl na omezení v jeho osobních a sociálních možnostech. Bolestí, kterou člověk osobně prožívá, se stává velmi často citlivým a empatickým k bolesti a obtížím druhých lidí. Je také pravda, že tomu je i naopak. Dochází až k znečitlivění, kdy vlastní bolest už nevnímá tak silně a z tohoto důvodu považuje i bolest u ostatních za zanedbatelnou. Bolest a přetrvávající nemoc vedou k pochybnostem o vnitřních jistotách člověka a smyslu jeho života.¹⁰⁸

Všichni lidé, jejichž narativ budeme popisovat, byli praktikující katolíci. V době našeho setkávání byli vždy plně při vědomí a neměli ani jiné kognitivní omezení. Na základě popisovaných případů duchovního doprovázení si dovolíme tvrdit, že muži i ženy se zabývají na konci života podobnými otázkami. Jejich spiritualita je velmi podobná.

¹⁰⁶ Srov. KABELKA, Ladislav. *Nemocné rozhovory: komunikace a narativní terapie s nevyлéčitelně nemocnými pacienty a jejich blízkými*, s. 11.

¹⁰⁷ Srov. PROCHÁZKOVÁ, Eva. *Biografie v péči o seniory*, s. 50.

¹⁰⁸ Srov. OPATRŇY, Aleš. *Spirituální péče o nemocné a umírající*, s. 89.

3.1 ŽENATÝ MUŽ, 83 LET, KARCINOM PROSTATY

V prvním případě, který chceme zmínit, se jedná o duchovní doprovázení muže od jeho věku 83 let po dobu 6 měsíců. Znali jsme se předtím 14 roků. Býval zaměstnán ve stavebnictví a v rámci zaměstnání se podílel na opravách kostelů a církevních objektů. Jednalo se o velmi aktivního a fyzicky zdatného člověka. Byl ženatý a s manželkou vychovali 3 děti. Po odchodu do starobního důchodu pomáhal s technickými záležitostmi chodu farnosti.

Krátce po oslavě 83. narozenin mu byl diagnostikován karcinom prostaty. Fyzických sil ubývalo a jeho celkový zdravotní stav se zhoršoval. Nebyl již schopen se osobně účastnit nedělní bohoslužby. Domluvili jsme se na pravidelných nedělních návštěvách. Nejprve se jednalo o přinášení Eucharistie. Později se naše rozhovory ubíraly směrem k duchovním tématům. Pro úplnost musíme dodat, že v minulosti se jakýmkoli diskusím o víře, náboženství a existenciálních otázkách vyhýbal. Měl svoji osobní víru žitou ve svém soukromém prostoru, kde mohl být sám s Bohem.

Komunikace s ním bývala otevřená bez jakéhokoliv zakrývání pravdy o zdravotním stavu nebo vyhýbání se hovorům o konci života. Měl velký smysl pro humor. Pozorovali jsme u něj výše popisované fáze vyrovnávání se s nemocí podle Kübler-Rossové. Druhá (agrese) a čtvrtá fáze (deprese) byly velmi krátké a téměř nepatrné. Nejdéle byla pozorovatelná fáze popírání. Pro nás obohacující byla závěrečná fáze smíření.

Dokázal se otevřít a hovořit o hodnotě svého dosavadního života. Jednalo se o zasazení nemoci do vlastního narativu. Nemoc byla v tomto případě pochopena jako příležitost a výzva k prohloubení víry. Víra mu byla nápomocná k uchování kladného vztahu k Bohu. Dva měsíce před smrtí byl upoután na lůžko. Zemřel posílněn svátostmi za přítomnosti své manželky.

Spolupráce s ošetrovatelským týmem charity, nejprve zdravotních sester poskytujících domácí péči a následně hospicovým týmem, byla skvělá.

Vzájemná informovanost probíhala na profesionální úrovni při zachování diskrétnosti a zákonných norem s ohledem na pacientovo soukromí, jak o zdravotním stavu, tak také o pocitech a potřebách ve spirituální oblasti.

Tuto kazuistiku jsme do naší práce zařadili zejména proto, že jsme zde pozorovali určitý ostych a respekt k duchovní autoritě kněze. Pacient i kněz se znali velmi dobře a měli na první pohled přátelský vztah. Je třeba připomenout, že zmíněný pacient byl nábožensky vychován v době před II. vatikánským koncillem, kdy nebylo běžné navazovat s duchovními důvěrný vztah.¹⁰⁹ Kněze vnímal jako poskytovatele „svátostního servisu“ a nikoli jako toho, se kterým bude sdílet svůj duchovní život během terminálního stádia nemoci.

3.2 V DANÁ ŽENA, 65 LET, NÁDOROVÉ ONEMOCNĚNÍ JATER

Druhým případem bylo doprovázení ženy ve věku 65 let. Téměř 10 let jsme se velmi dobře znali. Žena vychovala s manželem 4 děti. Oba bydleli v rodinném domě s rozlehlou zahradou, která byla pro ni místem nejen práce, ale i relaxace po pracovních povinnostech. Pracovala jako účetní ve strojírenské firmě. Celoživotně se aktivně podílela na činnosti lyžařského oddílu. Byla velice společenská a v rámci města známá. Pravidelně se účastnila bohoslužeb včetně přijímání svátostí. Podílela se také na úklidu kostela. Nedílnou součástí jejího života bylo sjezdové lyžování a v létě cykloturistika.

V červnu 2015 jí lékaři diagnostikovali nádorové onemocnění jater. Zpočátku ji choroba nečinila větší obtíže. Rodinná atmosféra byla vždy optimistická, žádné potíže a problémy se nepřipouštěly. Rodinné starosti se vždy řešily v uzavřeném kruhu a nikdo se s nimi nikomu nesvěřoval. Navenek byli všichni plni elánu a optimismu. Tento rámec chování převzaly i všechny její

¹⁰⁹ Srov. SUCHOMELOVÁ, Věra. *Senioři a spiritualita: duchovní potřeby v každodenním životě*, s. 242.

děti, které ho dále praktikují ve svých rodinách.

Bylo pro ni velmi těžké chorobu osobně přijmout a ještě těžší bylo o ní hovořit se svými nejbližšími. Velmi dlouhou dobu se pohybovala ve fázi popírání. Nechtěla si nemoc připustit. Snažila se dělat všechno tak, jak dělávala dříve. I přes narůstající obtíže chtěla žít stále aktivně. Zdravotní komplikace ovšem stále více postupovaly a ztěžovaly životní tempo. Poté, co se dozvěděla svoji diagnózu, uběhlo ještě několik týdnů, než ji sdělila širší rodině.

Po měsíci se její stav změnil natolik, že už nebylo možné, aby osobně navštěvovala bohoslužby. Setkávali jsme se tedy u ní doma při přijímání Eucharistie. Na tyto chvíle, které pro ni byly opravdovou posilou, se vždy velmi těšila. Postupně se se svou situací smířovala a v rozhovorech jsme probírali perspektivu života v nemoci. Její pohled do minulosti byl plný uspokojení z naplněného života. Svůj život považovala za dovršený a snažila se žít přítomností. Boj s nemocí snášela se značným úsilím. Tyto chvíle byly pro ni náročné, protože musela upustit od celkové životní orientace na výkon. Začala více hledat smysl svého stavu s infaustní zdravotní prognózou.¹¹⁰ Zcela odkryla svou spirituální stránku osobnosti před svými nejbližšími. Ti byli dosud zvyklí na to, že duchovní témata nebývala v konverzaci běžná. Během návštěv jsme hovořili o víře v Boha, která u ní nyní nabyla úplně jiné dimenze. Byla plná křesťanské naděje na budoucí vzkříšení. Život za hranicí pozemské smrti byl pro ni zářivou budoucností. Lze konstatovat, že tímto svým postojem formovala a posilovala i své pečující z okruhu nejužší rodiny. Nebylo však u nich možné pozorovat, že by pro duchovní témata začali mít více pochopení. Důvody lze spatřit v rodinném prostředí. Lze se snad domnívat, že si ve svých srdcích tyto okamžiky uchovali alespoň jako vzpomínku, která má v jejich životech důležité místo.

Zdravotní péči zajišťovala charitní ošetrovatelská služba a následně pak hospicový tým. Doma se o ni staral manžel. Podle vlastních slov si nikdy nepřál

¹¹⁰ Srov. OPATRŇÝ, Aleš. *Spirituální péče o nemocné a umírající*, s. 51.

tento druh činnosti vykonávat. Po zhoršení jejího zdravotního stavu se však úplně přirozeně vžil do role pečujícího manžela. Ochotně mu pomáhali i další členové rodiny. Zdravotní sestry charity velmi oceňovaly jeho péči o manželku.

Každý přechod samostatně se pohybujícího soběstačného člověka do stavu ležícího pacienta je náročný. Často se neobejde bez emocí jak na straně pacienta tak i jeho blízkých. Je nutné včas rozpoznat okamžik, kdy už nemocný není schopen postarat se sám o sebe bez vnější pomoci a kdy musí ulehnout na lůžko. I v tomto případě nebylo konečné rozhodnutí jednoduché. Velmi oceňujeme práci charitních sester, které zvládají, mimo své dovednosti ve zdravotní službě, také schopnost komunikovat s pečující rodinou. Jsou schopné jí vysvětlit, že je nutné umístit nemocného na polohovací lůžko.

Ke konci života byly rozhovory stále kratší a omezovaly se na jednodušší témata. Fyzických sil ubývalo, ale tichá a vroucí modlitba byla stálou součástí všech našich setkání. Naše duchovní doprovázení v nemoci trvalo přibližně dva měsíce. Manžel byl osobně přítomen u lůžka v okamžiku smrti, která nastala ve středu po nedělním přijetí svátosti pomazání nemocných a Eucharistie.

Příběh uvedeného doprovázení byl pro nás velmi obohacující zejména změnou postoje celé pečující rodiny v průběhu nemoci. Klíčová pro otevřenou komunikaci byla v tomto případě znalost biografie nemocné. Počáteční neochota připustit si vážnost nemoci se proměnila ve zcela otevřený dialog. Komunikace v otevřeném duchu probíhala i směrem k nejbližší rodině. I tam nastal neuvěřitelný obrat v komunikaci s nemocnou.

3.3 JÁHEN, 76 LET, PO MOZKOVÉ PŘÍHODĚ

Zajímavým obohacením pro nás byla možnost doprovázet trvalého jáhna v naší farnosti. Ve věku 76 let ho postihla centrální mozková příhoda s ochrnutím pravé hemiparézy. Zasaženo bylo také řečové centrum, takže komunikace s ním byla velmi obtížná. Po hospitalizaci v nemocnici byl převezen na dobu 4 měsíců

do léčebny dlouhodobě nemocných. Po této době si ho k sobě do péče vzala jeho dcera.

Byl vystudovaným matematikem s vytríbeným analytickým myšlením. Původně pracoval v elektrotechnickém průmyslu, po roce 1990 byl zaměstnán v městské samosprávě, v níž působil až do odchodu do starobního důchodu. Měl velmi dobré organizační schopnosti, které ve svém poslání dokázal skvěle využívat. Na své okolí působil přísným dojmem.

S manželkou vychovali jednoho syna a čtyři dcery. Dcery se vdaly nebo žijí v nesezdaných soužitích s partnery. Syn zůstal svobodný a žil s rodiči ve společné domácnosti i v dospělosti. Rodinné vazby příliš vřelé nebyly.

Od roku 2009 do roku 2017 vykonával jáhenskou službu. Zpočátku jsme měli mezi sebou chladný neutrální vztah založený na vzájemném respektu. Naše komunikace byla omezena pouze na nezbytné informace týkající se průběhu liturgických shromáždění. Stejnou profesní úroveň hovorů udržoval i s ostatními ministranty, které nezřídka přísně káral. Přibližně rok před tím, než měl mozkovou příhodu, se naše vztahy velmi změnily. Začali jsme si vzájemně rozumět a naše hovory se stávaly stále přátelštější. Otevřel svoji osobnostní stránku a úplně změnil způsob svého dosavadního chování. Stal se vtipným a usměvavým člověkem, který si rád povídal s lidmi. Zajímal se živě o literaturu, zejména o nově vydávané tituly z oblasti filozofie a teologie. Jeho zájem o teologii se prakticky projevoval při budování ekumenických vazeb v našem městě. Scházel se s představiteli různých církví a náboženských společností, které zde působí. Spolupořádal různá ekumenická setkání. Dovolujeme si tvrdit, že se z nás i přes značný věkový rozdíl stali přátelé.

Při hospitalizaci v nemocnici a poté i v léčebně dlouhodobě nemocných už byly naše rozhovory značně komplikované. Řečové centrum v jeho mozku bylo nenávratně narušeno a tím se jeho vyjadřování stalo téměř nesrozumitelné. Komunikace byla založena na gestikulaci a ve stále větší míře také na haptice. Velmi ho zklidňovaly dotyky rukou. Snažil se rychle něco sdělit, ale okolí mu

špatně rozumělo, což ho rozčilovalo.

Po pobytech v řadě zdravotnických zařízení byl převezen do domácnosti nejmladší dcery. Každou neděli přijímal Eucharistii a tím se naše setkání stala pravidelnými. V pokojíku, kde ležel na polohovacím lůžku, měl vždy puštěnou televizi. Ta sloužila jako určitá kulisa, jelikož sledované pořady byly různého žánru. Později si osvojil částečné ovládání klávesnice a některé pokyny nebo přání psal na počítači, což osvěžilo naše rozhovory. Stále se zajímal o dění ve farnosti a ve městě.

Nevyhýbal se ani rodinným otázkám. Vracel se do minulosti. Byl si vědom svých selhání a vin, které ho stále trápily. To vedlo k opravdovému smíření se sebou samým, s vlastní ohraničeností a nedokonalostí a také s nejbližšími.¹¹¹ Právě nejužší rodina se v tomto období dokázala semknout a urovnat své dosavadní nepřilíš dobré vzájemné vztahy, což velmi ocenila pečující dcera. Ta si během našich setkání velmi pochvalovala to, že se mohla s tatínkem více sblížit a vzájemně se hlouběji poznat. Za celé dětství a dospívání k tomu na takové úrovni nikdy nedošlo. Vzájemné odpuštění bylo potřebné nejen pro pečující dceru a její matku a sourozence, ale zejména pro umírajícího.

Při zpětném pohledu na jeho životní příběh se mnoho věcí, které udělal, ocitá v jiném světle. Člověk nedokáže být zcela imunní vůči svým osobním záležitostem. Přestože se jedná o niterné stránky lidského prožívání, projeví se vnitřní bolest i na vnějším chování bez ohledu na to, čím a kým člověk je. Z uvedeného příběhu je zřejmé, že některé těžkosti se nevyhýbají ani těm, kteří přijali svátost svěcení. Víra hrála v jeho životě vždy ústřední roli. Proto prožíval velké zklamání z toho, že žádný z jeho potomků není v současnosti praktikujícím křesťanem. Vždy věřil v Boží milost, která dokáže osvětit jejich srdce a ukáže jim cestu zpět do lůna církve.

Dceři po celou dobu pomáhaly sestry z domácí charitní péče. Po nálezu karcinomu prostaty se stav nemocného začal rychle zhoršovat a péči o něj

¹¹¹ Srov. OPATRŇÝ, Aleš. *Spirituální péče o nemocné a umírající*, s. 50.

převzal mobilní hospicový tým. Pravidelně jsme se spolu setkávali a vyměňovali informace o pacientových pocitech.

U popsaného příběhu lze vyslovit závěr, který se týká důležitosti víry v životě člověka. Víra pro něj byla mu vždy hnacím motorem a silou k životu. Ve svém životě i na jeho konci byl pevně zakotven v postoji, že člověk je neopakovatelnou a Bohem chtěnou bytostí a svůj konečný cíl najde jen v něm.¹¹² I zde hrála znalost jeho života ústřední roli. Umožnila mně i ostatním pečujícím snáze pochopit chování nemocného.¹¹³

3.4 KNĚZ, ŘEHOLNÍK, 84 LET, STAROBA

V následujícím životním příběhu se setkáme s knězem, s nímž nás pojilo dlouholeté přátelství. Jeho rodným krajem byla oblast Moravského Slovácka. Právě to, odkud pocházel, se nesmazatelně odrazilo na jeho veselý a boдрý povaze. Od dětství byl zvyklý na těžkou fyzickou práci v zemědělství. Po gymnaziálních studiích vstoupil do františkánského řádu. V roce 1949 ukončil Teologickou fakultu v Praze. V 50. letech byl společně s dalšími řeholníky internován. V polovině 60. let byl ustanoven ke kněžské službě v charitním domově pro řeholní sestry. Střídavě získával a opětovně ztrácel státní souhlas, který byl v této době nutný pro aktivní pastorační činnost. Rád se setkával s lidmi různých profesí. Z těchto setkání načerpal obrovské množství životních zkušeností. Byl velice oblíbeným zpovědníkem a vyhledávaným duchovním vůdcem. V aktivní kněžské službě působil téměř 50 let.

Po odchodu na odpočinek bydlel i nadále v charitním domově, kde se o něj staraly řeholnice. V této době došlo k určité proměně našeho vzájemného vztahu. Do této doby to býval on, kdo poskytoval duchovní vedení. Nelze tvrdit, že se role zcela obrátily, ale touha po našich setkáních byla z jeho strany zcela

¹¹² Srov. Ef 1,-10.

¹¹³ Srov. PROCHÁZKOVÁ, Eva. *Biografie v péči o seniory*, s. 55.

patrná. Náboženská témata byla v naší komunikaci trvale přítomná. Změna byla v tom, že do popředí vystupovaly otázky týkající se přechodu do věčného života. Jeho víra v posmrtný život byla neochvějná. Co dříve bývalo řečeno s nadsázkou nebo žertem, dostávalo nyní zcela konkrétní a vážnou formu. Zdravotní stav se vlivem pobytu ve vězení, prodělané tuberkulózy, silného diabetu a dalších přidružených chorob postupně zhoršoval.

Zdravotní péče byla plně v režii řeholních sester. Každý týden ho pravidelně navštěvovala ošetřující lékařka. Byl nejstarším ze čtyř sourozenců. Vztahy mezi rodinami jeho sourozenců však nebyly příliš vyrovnané. Panovaly tam neshody ohledně majetkových záležitostí. Nikterak jim do těchto nesrovnalostí nezasahoval, ale bylo mu to velmi líto. Vždy to v naprosté důvěře odevzdával ve svých modlitbách Bohu.

Krátce před smrtí byl z důvodu respiračních obtíží hospitalizován v nemocnici. Tam se jeho stav zhoršil a on upadl do kómatu. Trpěl halucinacemi a musel být připoután na lůžko. Po dvou dnech nastala změna stavu do té míry, že byl schopen návratu do charitního domova.

Po příjezdu jsme se setkali a hovořili o tom, co v nemocnici prožíval. Zcela racionální úvahou došel k závěru, že se blíží konec jeho pozemského života. Byli jsme spolu i v okamžiku smrti, která nastala ještě v den příjezdu z nemocnice. Závěrem můžeme dodat, že oním dnem byl Zelený čtvrtek.

Na rozdíl od předchozích popisovaných zkušeností s duchovním doprovázením se v tomto posledním příběhu nejednalo o návštěvy spojené s přinášením Eucharistie nebo případným zprostředkováním svátosti pomazání nemocných. Doprovázení zde probíhalo formou zcela obyčejného lidského setkání a otevřené komunikace. Člověk, který odejde z aktivního života, se často cítí osamocen a touží po společnosti jemu blízkých lidí.

Tuto závěrečnou kazuistiku jsme uvedli zejména z důvodu opětovného potvrzení nutnosti znalosti životního příběhu při komunikaci s nemocným starým člověkem. Vzpomínky na dětství, rodiče a sourozence byly častými

tématy našich rozhovorů. Velkou pomocí v komunikaci byla znalost nejdůležitějších faktů z jeho života.

Potvrzujeme tak slova Věry Suchomelové, která říká, že každý starší člověk potřebuje zrcadlit své pocity, sdílet svoje zkušenosti a především cítit skutečný zájem o svou osobu.¹¹⁴

¹¹⁴ Srov. SUCHOMELOVÁ, Věra. *Senioři a spiritualita: duchovní potřeby v každodenním životě*, s. 243.

4 VÝHLED DO BUDOUCNOSTI DOMÁCI PÉČE

Doposud jsme se zabývali možnostmi poskytování domácí péče nemocným v současné době. Jak se bude domácí péče vyvíjet do budoucna se zdá být mimo naši kompetenci. Přesto si dovolíme nastínit několik důležitých aspektů, na něž by měl být podle našeho názoru kladen důraz.

Z uvedené kazuistiky vyplývá, že, pobyt v domácím prostředí je pro člověka v závěru života přínosný. Nastínili jsme, že je nutné poskytnout mu celostní péči. Není možné upřednostňovat pouze oblast zdravotní a opomíjet duchovní. Obě mají v péči o nemocného svou nezastupitelnou úlohu.

Na poli zdravotní péče si dovoluujeme předvídat, že rozvoj léčebných preparátů bude probíhat v rozsahu a tempu jako doposud. Vývoj v této oblasti povede zcela jistě k ještě lepšímu komfortu pro nemocné a v neposlední řadě i pro ošetřující personál. Dostupnost péče bude větší i v regionech, kde tomu zatím tak není. Rozvoj poskytovatelů terénních ošetrovatelských služeb by měl být ve větší míře podporován jejich zřizovateli. Naše zkušenosti s Oblastní charitou v Ústí nad Orlicí ukazují na potřebu efektivního řešení zejména personálních problémů. S přesunem odborných výkonů do domácností pacientů se nároky na kompetence zdravotních sester v domácí péči zvýší. Zdravotní výkony, které se dříve prováděly pouze v nemocnicích či specializovaných ambulancích, už provádějí nebo budou ještě ve větší míře provádět sestry v domácím prostředí.

Osobnostní nároky jsou na profesi zdravotních sester v domácí péči vysoké. Musí být vybaveny určitými sociálními dovednostmi. Jedná se o schopnost vnímat přání, potřeby, nálady a emoce, ve kterých se pacienti nacházejí. Zároveň musí sestry projevovat přátelskost, přívětivost a být veselé a otevřené vůči lidem. Dále musí být schopné týmové spolupráce a připravené

zvládat konfliktní situace, k nimž dochází.¹¹⁵

K nastíněným personálním problémům bychom si dovolili přidat některá preventivní doporučení pro to, aby sestry vnímaly svou činnost jako životní náplň. To by mohlo vést ke stabilitě pracovních kolektivů a doufejme i k jejich rozšíření. Sestry by se především měly naučit provádět osobní introspekci, mít rády samy sebe a přijmout se takové, jaké skutečně jsou a to i s vlastnostmi, které nesnáší. Jen tak mohou porozumět v těchto oblastech i svým pacientům. Zaměstnavatel by jim měl nabídnout pravidelné supervize, které by rozvíjely jejich profesionální dovednosti a pomohly jim vytvořit funkční a tvořivé pracovní prostředí. Hodnota práce sester je velmi obtížně vyčíslitelná, je oceňována především duchovními a morálními hodnotami, které by ale neměly odsouvat do ústraní finanční ohodnocení. Odměňování sester je jedna z výzev pro budoucí domácí péči.

Náhled na budoucnost domácí péče sdílíme s lékařkou mobilního hospicového týmu MUDr. Vladimírou Reslerovou z Lanškrouna. Duchovní péče by měla být běžnou součástí celkové péče o pacienta. Je třeba, aby pečující člověk získal důvěru toho, o koho se stará. Není zcela prioritní, kým pečující je. Spíše jde o to, aby se někdo takový vůbec našel a aby byl časově flexibilní. Komunikace mezi doprovázejícím a umírajícím musí probíhat kontinuálně. Nikdy by se nemělo jednat o jednorázovou záležitost. Dynamika umírání s sebou nese nejenom postoj člověka k nemoci, ale i nutnost orientovat se v citlivých otázkách týkajících se smyslu života a toho, co bude po ní. Ve vlastní rodině se některé otázky komunikují hůře než s někým, kdo stojí mimo nejbližší rodinu. Podle Reslerové není umírání tak drastické, jestliže umírajícího někdo duchovně doprovází. Z jejich zkušeností vyplývá, že není velký rozdíl mezi umíráním věřícího a nevěřícího člověka. U obou skupin je důležité smíření a celkové urovnání dosavadního života. Umírající musí mít možnost tyto skutečnosti s někým sdílet. Součástí hospicového týmu má být empatická a důvěryhodná

¹¹⁵ Srov. VENGLÁŘOVÁ, Martina et al. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*, s. 16.

osoba, která dokáže svůj čas věnovat potřebným a umí navodit atmosféru klidu a naslouchání.

Rodiny bývají různé a často se stydí požádat o duchovní péči. S blízcím se koncem života jejich blízkého ovšem tuto nabídku zpravidla neodmítají a jsou za ni vděční.

Pro ošetřující personál bude i v budoucnu potřebná informace o tom, že existuje nabídka duchovního doprovázení a na koho se může obrátit. Doprovázení by se mělo nabídnout jak lidem věřícím tak nevěřícím. Každý člověk má spirituální dimenzi. Ne vždy bude možné se vyhnout dramatickým chvílím umírání v rodinném kruhu. Sdílení těchto zkušeností však může napomoci hospicovým týmům a dalším rodinám.

Jsme přesvědčení, že široká veřejnost by měla být o možnostech zemřít doma lépe informována. Hospicová péče umí udělat téměř vše pro utlumení obtíží. Duchovně doprovázející členové tohoto týmu by pak měli dokázat rozptýlit strach rodiny ze zanedbání péče o jejich blízkého. Lepší péči než doma umírající nikde jinde zřejmě nedostane.

Umírající se v domácím prostředí často stýká se zdravými lidmi různého věku, mezi něž patří i děti. Obava, že budou ze setkání s nemocným a umírajícím traumatizovány, je podle našeho názoru nesmyslná. Naopak, děti, které získají zkušenost se smrtí a umíráním, jsou obohaceny a vybaveny pro další život.¹¹⁶

¹¹⁶ Srov. OPATRŇÝ, Aleš. *Spirituální péče o nemocné a umírající*, s. 141.

ZÁVĚR

Komunikace je znakem existence člověka v každé fázi jeho života. Reflektovaná problematika je velice široká a pestrá. Přínos přesto spatřujeme v tom, že se o otázkách konce lidského života z různých úhlů pohledu začíná více hovořit a dostatečně se tomu věnuje i odborná literatura. Téma, které bývalo ve společnosti tabuizováno, se tak postupně dostává do širšího povědomí běžné populace.

Zabývali jsme se otázkami po smyslu života, který je potřeba nalézt i ve chvílích, kdy jsou aktivní možnosti již silně omezeny. Nemoc a umírání nelze ze života vyloučit, proto jsme poukázali na nutnost odpoutat se od toho, co už nemocný nemůže užívat a na čem už nemůže pracovat.¹¹⁷

Otázky týkající se smíření s nejbližšími a vzájemného odpuštění shledáváme jako vůbec nejdůležitější v celém procesu komunikace na konci lidského života. Přestože ani v jednom konkrétním případě nebylo plně vyřčeno slovo „eutanazie“, bylo zřejmé, že v myslích pacientů v určitých chvílích rezonovalo. V některých okamžicích našich setkání jsme pozorovali jistý strach z budoucnosti. Strach, který netrval nějak dlouho, přesto na čas ovládl mysl nemocných. Někdy pramenil z falešné domněnky, že nemocný se stane pro blízké pečující neúnosnou zátěží.

Byli jsme ovšem také svědky vyslovených přání, aby Bůh už život na tomto světě ukončil. Tato slova několikrát zazněla v plném respektu vůči Stvořiteli.

Naším osobním přáním je, aby duchovní péče byla nedílnou součástí celostní péče o nevyléčitelně nemocné a umírající. Duchovní péče by i v budoucnu měla být orientována na konkrétního pacienta a měla by reflektovat jeho specifické potřeby.

¹¹⁷ Srov. OPATRŇÝ, Aleš. *Spirituální péče o nemocné a umírající*, s. 144.

ANOTACE

Titul, jméno a příjmení autora: Bc. Vojtěch Smolák

Institute: Univerzita Palackého v Olomouci, Cyrilometodějská teologická fakulta, Katedra systematické teologie

Obor a zaměření: Teologické nauky

Název práce: Komunikace na konci lidského života

Vedoucí práce: ThLic. Jan Polák, Ph.D.

Počet stran: 69

Počet příloh: 0

Počet titulů bibliografie: 51

Charakteristika práce: Tato diplomová práce si klade za cíl poukázat na nutnost duchovního doprovázení nevléčitelně nemocných a umírajících. Zabývá se způsoby a formami vzájemné komunikace mezi pečujícími osobami a pacienty. Seznamuje se současnými možnostmi poskytování celostní péče pacientům v jejich domácím prostředí. Na základě vybraných případů z autorovy služby akolyty ve farnosti Lanškroun a okolí poukazuje na specifika duchovní složky celostního přístupu. V závěru nastiňuje možnosti domácí péče v budoucnosti.

Klíčová slova: duchovní doprovázení, smysl života, domácí péče, umírání, smrt

ANNOTATION

Degree and author's name: Bc. Vojtěch Smolák

Institution: Palacký University in Olomouc, Sts Cyril and Methodius
Faculty of Theology, Department of Systematic Theology

Field of study: Theological doctrines

Thesis title: Communication at the end of a human life

Thesis supervisor: ThLic. Jan Polák, Ph.D.

Total number of pages: 69

Total number of annexes: 0

Total number of bibliography titles: 51

Description of thesis: This diploma thesis aims to point out the necessity of spiritual accompaniment of terminally ill and dying people. It deals with ways and forms of mutual communication between caregivers and patients. It presents the current possibilities of providing holistic care to patients at their homes. Based on selected cases from the author's service as an acolyte in the parish of Lanškroun and the surrounding area, the thesis points out the specifics of the spiritual component of the holistic approach. Finally, the work outlines ways for home care in the future.

Key words: spiritual accompaniment, meaning of life, home care, dying, death

PRAMENY

1) Písmo sv.

Bible: Písmo svaté Starého a Nového zákona (včetně deuterokanonických knih): český ekumenický překlad. 8. vyd., 1. opr. vyd. Praha: Česká biblická společnost, 2001. XIII, 1814 s. + [17] s. obr. příl. ISBN 80-85810-29-8.

Nový zákon: text užívaný v českých liturgických knihách, přeložený z řečtiny se stálým zřetelem k Nové Vulgátě. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1998. 871 s. ISBN 80-7192-328-1.

2) Dokumenty magisteria

II. EKUMENICKÝ VATIKÁNSKÝ KONCIL. *Dokumenty II. vatikánského koncilu.* Překlad Oto Mádr. 2. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2002. 603 s. ISBN 80-7192-438-5.

Kodex kanonického práva. Překlad Miroslav Zedníček. 1. vyd. Praha: Zvon, 1994. XXIII + 812 s. ISBN 80-7113-082-6.

BENEDIKT XVI. encyklika *Deus caritas est* (25. prosince 2005). Překlad Ctirad Václav Pospíšil. 4. vyd. Praha: Paulínky, 2012. 63 s. ISBN 978-80-7450-043-5.

BENEDIKT XVI. encyklika *Spe salvi* (30. listopadu 2007). 1. vyd. Praha: Paulínky, 2008. Překlad Prokop Brož. 63 s. ISBN 978-80-86949-41-3.

BENEDIKT XVI. *Eschatologie: smrt a věčný život.* Překlad Helena Kozlová a Pavel Váňa. Třetí, přehlédnuté vydání. Brno: Barrister & Principal, 2017. 199 s. ISBN 978-80-7364-060-6.

JAN PAVEL II. encyklika *Evangelium vitae* (25. března 1995). Překlad Markéta Koronthályová. 1. vyd. Praha: Zvon, 1995. 137 s. ISBN 80-7113-139-3.

Katechismus katolické církve. Překlad Josef Kolářek. 1. vyd. Praha: Zvon, české katolické nakladatelství, 1995. 793 s. ISBN 80-7113-132-6.

KONGREGACE PRO NAUKU VÍRY. *Deklarace o eutanazii Bona et iura.*

Překlad Květoslav Šipr. 2.vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2009. 23 s. ISBN 978-80-7195-334-0.

Obřady pomazání nemocných a péče o nemocné. Praha: Karmelitánské

nakladatelství, 2019. 189 stran. ISBN 978-80-7566-153-1.

PAPEŽSKÁ RADA PRO PASTORACI ZDRAVOTNÍKŮ. *Charta pracovníků*

ve zdravotnictví: dokument Papežské rady pro pastoreci mezi zdravotníky.

Překlad Josef Koláček. 1. vyd. Praha: Zvon, 1996. 109 s. ISBN 80-7113-168-7.

LITERATURA

- AMBROS, Pavel et al. *Studijní texty z pastorální teologie III.: služba nemocným*. 1 vyd. Velehrad - Řím Refugium Velehrad-Roma, 2002. 53 s. Studijní texty; 20. ISBN 80-86045-93-5.
- ČELEDOVÁ, Libuše – ČEVELA, Rostislav. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. 1. vydání. Praha: Grada, 2010. 128 s. ISBN 978-80-247-3213-8.
- ČESKÁ LÉKAŘSKÁ KOMORA, *Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010* - [online]. [cit. 2022-03-19]. Dostupné z: https://www.lkcr.cz/doc/cms_library/48-doporuceni-predstavenstva-clk-c-1_2010-k-postupu-pri-rozhodovani-o-zmene-lecby-intenzivni-na-lecbu-paliativni-u-pacientu-v-terminalnim-stavu-kteri-nejsou-schopni-101349.pdf.
- ČERNÝ, David a DOLEŽAL, Adam, (ed.). *Smrt a umírání: etické, právní a medicínské otázky na konci života*. Praha: Ústav státu a práva AV ČR, 2013. 251 s. Edice Kabinetu zdravotnického práva a bioetiky. ISBN 978-80-87439-15-9.
- ČEVELA, Rostislav et al. *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. 238 s. ISBN 978-80-247-4544-2.
- BEDNAŘÍK, Aleš a ANDRÁŠIOVÁ, Mária. *Komunikace s nemocným: sdělování nepříznivých informací*. 1. vydání. Praha: Grada, 2020. 227 s. ISBN 978-80-271-2288-2.
- BEZDĚK, Ctibor. *Etikoterapie: záhada nemoci a smrti*. 5., opr. a rozš. vyd. Olomouc: Fontána, 2007. 293 s. + [8] s. obr. příl. ISBN 978-80-7336-370-3.
- BYOCK, Ira. *Dobré umírání: možnosti pokojného konce života*. Překlad Ladislav Šenkyřík. 2. vyd. Praha: Vyšehrad, 2013. 325 s. Cesty 10. ISBN

978-80-7429-134-0.

HALÍK, Tomáš. *Sedm úvah o službě nemocným a trpícím*. Brno: Cesta, 1993. 59 s. ISBN 80-85319-27-6.

HARTLEY, Mary. *Řeč těla v praxi: teorie, cvičení a modelové situace*. Překlad Dana Makovičková. 2. vyd. Praha: Portál, 2011. 103 s. ISBN 978-80-262-0033-8.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. 3., rozš. vyd. Praha: Galén, 2002. 272 s. ISBN 80-7262-132-7.

HEŘMANOVÁ, Jana et al. *Etika v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 200 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3469-9.

KABELKA, Ladislav. *Nemocné rozhovory: komunikace a narativní terapie s nevyčísitelně nemocnými pacienty a jejich blízkými*. Praha: Grada Publishing, 2020. 237 stran. ISBN 978-80-271-1688-1.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie smysluplnosti existence: otázky na vrcholu života*. 1 vyd. Praha: Grada, 2006. 204 s. Psyché. ISBN 80-247-1370-5.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Hořet, ale nevyhořet*. 2., přeprac. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2012. 175 s. Orientace 42. ISBN 978-80-7195-573-3.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Křesťanská péče o nemocné*. Praha: Advent, 1991. 123 s.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1 vyd. Praha: Grada, 2002. 198 s. Psyché. ISBN 80-247-0179-0.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: možnosti, které čekají*. 1 vyd. Praha: Grada, 2011. 141 s. Psyché. ISBN 978-80-247-3604-4.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O smrti a umírání*. 1. vyd. Turnov: Arica, 1993. 251 s. ISBN 80-85878-95-X.

- KUSHNER, Harold S. *Když se zlé věci stávají dobrým lidem*. Překlad Hana Kašparovská. 5. vyd. Praha: Portál, 2011. 143 s. ISBN 978-80-262-0037-6.
- MAJERNÍKOVÁ, Ludmila et al. *Zmysel života a onkologický pacient*, *Onkologie* 12, suppl. A (2018): 23-25. [online]. [cit. 2022-10-29]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/xon/2018/88/01.pdf>.
- MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2020. 304 s. ISBN 978-80-271-2030-7.
- PLZÁK, Michal a VOPÁLENSKÁ, Lucie. *Pro smrt uděláno: živé rozhovory o posledních věcech*. 1. vyd. Praha: Kalich, 2021. 677 stran. ISBN 978-80-7017-298-8.
- POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 158 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3271-8.
- PROCHÁZKOVÁ, Eva. *Biografie v péči o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2019. 199 stran. ISBN 978-80-271-1008-7.
- PTÁČEK, Radek et al. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011. 528 s. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-3976-2.
- OPATRNÝ, Aleš. *Spirituální péče o nemocné a umírající*. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2017. 175 s. Bibliotheca theologica, 8. ISBN 978-80-7465-269-1.
- RUSH, Myron D. *Syndrom vyhoření*. 1. vyd. Praha: Návrat domů, 2003. 129 s. Moudrost do kapsy 2. ISBN 80-7255-074-8.
- SAUNDERS, Cicely. *Watch With Me* [online]. Lancaster: Institute for Health Research — Lancaster University, 2005. ISBN 0-9544192-2-7. [cit. 2022-03-21]. Dostupné z: <http://endoflifestudies.academicblogs.co.uk/wp-content/uploads/sites/22/2014/04/Watch-with-Me-full-text-2005.pdf>.
- SLÁMA, Ondřej, DRBAL, Josef a PLÁTOVÁ, Ludmila. *Umřít doma: příručka*

- pro laické pečující*. Brno: Moravskoslezský kruh, 2008. 79 s. Laická péče. ISBN 978-80-254-2788-0.
- STANĚK, Dalimil. „Psychologie odpuštění a její využití pro terapeutickou praxi“, *Psychosom* 15, č. 4 (2017): 282-292.
- SUCHOMELOVÁ, Věra. *Senioři a spiritualita: duchovní potřeby v každodenním životě*. 1. vyd. Praha: Návrat domů, 2016. 303 s. ISBN 978-80-7255-361-7.
- SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 5., dopl. vyd. Praha: Ecce homo, 2003. 150 s. ISBN 80-902049-4-5.
- TAVEL, Peter. *Zmysel života podľa V. E. Frankla*. Bratislava: IRIS, 2004. 270 s. ISBN 80-89018-81-5.
- TOMEŠ, Igor et al. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2015. 166 stran. ISBN 978-80-246-2941-4.
- TOMOVÁ, Šárka a KŘIVKOVÁ, Jana. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2016. 134 s. Sestra. ISBN 978-80-271-0064-4.
- VÁCHA, Marek – KÖNIGOVÁ, Radana – MAUER, Miloš. *Základy moderní lékařské etiky*. 1. vyd. Praha: Portál, 2012. 302 s. + [8] s. obr. příl. ISBN 978-80-7367-780-0.
- VENGLÁŘOVÁ, Martina et al. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 184 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3174-2.
- VORLÍČEK, Jiří et al. *Paliativní medicína*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2004. 537 s. + [4] s. barev. obr. příl. ISBN 80-247-0279-7.

SEZNAM ZKRATEK

Zkratky dokumentů II. vatikánského koncilu:

SC = konstituce o posvátné liturgii *Sacrosanctum Concilium*

LG = věroučná konstituce o církvi *Lumen gentium*

Jiné zkratky:

CIC = *Codex iuris canonici* z r. 1983

KKC = *Katechismus Katolické Církve* z r. 1995

ČLK = *Česká lékařská komora*

WHO = *Světová zdravotnická organizace*

Zkratky biblických knih jsou uváděny podle českého liturgického překladu.

Právní dokumenty jsou převzaty z: www-beck-online-cz.