

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrlometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce

Charitativní a sociální práce

Martina Hölblingová

*Podněty a myšlenky z díla Jara Křivohlavého pro
dobrovolnickou činnost v hospicové a paliativní péči*

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Pavlína Valouchová, Ph.D.

2015

Čestné prohlášení

„Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně a že jsem všechny použité informační zdroje uvedla v seznamu literatury.“

V Olomouci dne 16. 3. 2015

.....

Martina Hölblingová

Poděkování

Děkuji všem, díky kterým jsem mohla vypracovat tuto bakalářskou práci.

Především Mgr. Pavlíně Valouchové, Ph.D. za vedení práce, Michalu Čančíkovi, B.Th. za představení myšlenky dobrovolnictví a Bc. Andrei Radomské, DiS. za nasměrování k hospicové a paliativní péči. Děkuji také svému manželovi, který mi byl po celou dobu mého studia velkou oporou.

Obsah

Úvod	6
1 Hospice a hospicová péče	8
1.1 Tři formy hospicové péče	9
1.2 Paliativní péče	10
1.3 Dobrovolnictví	11
1.3.1 Základní modely dobrovolnictví	12
1.3.2 Rozčlenění dobrovolnictví podle dalších hledisek	12
1.4 Dobrovolnictví v hospicích	13
1.4.1 Počátky hospicového dobrovolnictví v ČR	14
1.4.2 Dnešní situace	14
2 Dobrovolnictví a péče o nemocné optikou Jara Křivohlavého	16
2.1 Dobrovolníci	16
2.1.1 Osobnost dobrovolníka	16
2.1.2 Motivace dobrovolníků	18
2.2 Přístup k vážně nemocnému člověku	19
2.2.1 Porozumění pocitům pacienta	19
2.2.2 Psychické důsledky nemoci	19
2.2.3 Fáze umírání	20
2.3 Problematické zvládnání nemoci	21
2.3.1 Agresivita	21
2.3.2 Deprese	23
2.3.3 Strach	23
2.3.4 Bolest	24
2.4 Oblasti nejúčinnější pomoci	24
2.4.1 Potřeba vztahu	25
2.4.2 Hledání smyslu	25
2.4.3 Další oblasti péče o umírajícího	26
2.5 Komunikace s umírajícím	27
2.5.1 Nonverbální komunikace	27
2.5.2 Otázky	28
2.5.3 Umění naslouchat	29

2.5.4	Sdílení víry	30
2.6	Poslední okamžiky s nemocným	31
2.6.1	Smrt a umírání	32
2.6.2	Úzkost před smrtí	32
2.6.3	Odchod	33
2.6.4	Dobrovolník a péče o pozůstalé	34
2.7	Obnova sil	34
2.7.1	Ochrana před syndromem vyhoření	35
	Závěr	37
	Seznam literatury a použitých zdrojů	39

Úvod

Jednou z nejdůležitějších a nejtěžších životních etap je poslední, závěrečná fáze lidského života. Existuje mnoho knih, periodik a portálů, které poskytují dostatek informací s tematikou smrti, umírání a doprovázení. Je o ně stále větší zájem. Zatímco v letech 1845-1964, tj. v období dlouhém 119 let bylo například v angličtině takových titulů vydáno 400, na konci 19. století to již bylo za pouhých 12 let 3400. Tyto informace zajímají jak odborníky různých profesí, tak nejširší veřejnost (Křivohlavý, Kaczmarczyk, 1995, s. 12). Mohou pomoci i člověku, který se chce připravit, aby své vlastní umírání zvládl co nejlépe a uměl se vyrovnat se svou vlastní konečností.

Pracuji jako koordinátorka dobrovolníků, kteří navštěvují nemocné v hospici, osobně zde mám s „dobrovolničením“ dvouletou zkušenost. Často za mnou dobrovolníci chodí pro radu, mnohé otázky řešíme ve volných chvílích i během supervizí. Proto vnímám, že tyto publikace mají svou důležitost také pro ty, kteří chtějí být umírajícím lidem nablízku nejen v době nemoci, ale také v posledních chvílích jejich života.

Mám ráda knihy paní Svatošové, která je zakladatelkou a vůdčí osobností českého hospicového hnutí. Zejména knihu „Víme si rady s duchovními potřebami nemocných“ a „Hospice a umění doprovázet“ bych doporučila každému člověku, který se touží přiblížit umírajícím lidem. Neméně přínosné poznatky můžeme získat prostudováním modelu Kübler-Rossové, známého též jako pět fází smutku či pět fází umírání.

Nechci se však nyní zaměřit na díla autorů, kteří se zabývají výhradně touto tematikou. Myslím, že pro člověka, který se chce o smrti, umírání či doprovázení dozvědět více, je seznámení s jejich díly samozřejmostí. Ráda bych se v této práci soustředila na dílo Jara Křivohlavého, významného českého psychologa. I když se v některých knihách věnoval péči o vážně nemocné, primárně se na tematiku umírání nezaměřoval. Zabýval se problematikou manželského života, psychologií zdraví, ale také experimentální psychologií, logoterapií a pozitivní psychologií. Přesto bych chtěla z jeho knih představit ty myšlenky, které by se mohly stát zdrojem inspirace, poučení a praktických rad pro všechny, kteří se setkávají se lidmi v terminálním stadiu života.

Jaro Křivohlavý vydal více než čtyřicet knih a publikoval množství přednášek. Pro mě osobně byly velkým přínosem zejména jeho knihy „Povídej, naslouchám“,

„Křesťanská péče o nemocné“ a „Poslední úsek cesty“. S panem Křivohlavým jsem se osobně setkala, zaujal mě jak svým lidským, vstřícným a skromným přístupem, tak svou aktivitou a pozitivním pohledem na život. Každé setkání s ním, ať už osobní, nebo prostřednictvím některé z jeho knih, bylo pro mě vždy velmi inspirující. Tato zkušenost mě motivovala k tomu, abych použila a představila některé vybrané myšlenky z jeho díla, které by byly obohacením a přínosem nejen pro dobrovolníky v hospicové a paliativní péči, ale pro všechny, kteří chtějí člověku v závěrečné etapě života podat pomocnou ruku.

Pro tento cíl jsem zvolila teoretickou práci formou kompilace. V práci nejprve představím začátky hospicové a paliativní péče, dále pak jejich rozvoj, poslání a spolupráci s dobrovolníky. V hlavní části práce se optikou Jara Křivohlavého podívám na dobrovolnickou činnost v tomto druhu péče u vážně nemocných a umírajících. Pokusím se ukázat, jak mohou dobrovolníci porozumět pocitům pacientů, co mohou dělat se strachem, agresi či bolestí nemocných a jak s umírajícími lidmi komunikovat. Součástí práce bude také několik rad, jak v této náročné činnosti obnovit své síly a předejít tak syndromu vyhoření.

1 Hospice a hospicová péče

V životě některých pacientů přichází čas, kdy více než specializovanou péčí s moderními technologiemi, kterou jim poskytují nemocnice, potřebují klidnější atmosféru, pokoj a klid k přemýšlení a k vychutnávání času se svými blízkými. Tyto potřeby může naplnit hospic - místo s atmosférou šitou na míru umírajícím, místo, kde je možné se smát i plakat, kde je možné být sám sebou, a jak mnoho lidí řeklo, kde je možné zemřít bezpečně.

Hospicová péče se týká pacientů, kteří trpí život ohrožující chorobou v pokročilé fázi. Může jim zbývat pouze několik měsíců, nebo dokonce jen několik týdnů života, a to, co potřebují a co jim hospic poskytuje, je úleva od utrpení, ať už je jeho příčina fyzická, duševní, nebo emoční. Hospicová péče se více než na délku života zaměřuje na jeho kvalitu. Nechce život ani zkrátit, ani ho uměle prodlužovat. Hospicová péče však není zaměřena pouze na kvalitu života nemocného, ale s blížícím se koncem se mu snaží pomoci najít smysl života. V poslední fázi pak hospicová péče zahrnuje také respekt k utrpení a potřebám příbuzných a blízkých přátel (Doyle, 2009, s. 1-2).

Byla to **Dr. Cicely Saundersová**, která v Londýně došla k závěru, že nemocnice, která je zaměřena na léčení, nevyhovuje plně potřebám umírajících (Křivohlavý, 1991, s. 84). Od mládí byla přesvědčená, že umírající lidé potřebují specifickou péči. Prioritu kladla na zmírňování jejich utrpení. Tato myšlenka vyvrcholila v době, kdy se starala o umírajícího polského osamělého emigranta v St. Joseph's Hospice, Davida Tasmu a doprovázela ho až do jeho posledního vydechnutí. Ukázala mu na smysl posledních chvil a pomohla ke smíření. Ten jí z vděčnosti za to, co pro něho udělala, daroval 500 liber. Jeho přáním bylo, aby tyto peníze použila na vznik dalšího zařízení, kde se tyto myšlenky a tento druh péče budou uplatňovat. Cicely Saundersová proto v roce 1967 založila v Londýně první hospic nazvaný **St. Christopher's Hospice**, který byl na pomoc umírajícím pacientům zaměřen (Haškovcová, 2007, s. 46). Ideou bylo poskytnout umírajícím dobré umírání. Tato myšlenka se projevovala ve snaze umožnit jim být co nejdéle při vědomí, pokud možno bez bolestí a s přijetím smrti jako součástí života. Od té doby už uplynula spousta času a počet hospiců ve světě stále roste (Křivohlavý, 1991, s. 84).

Historie hospiců v České republice není tak dlouhá. O vznik toho prvního se zasloužila **Doc. MUDr. Marie Svatošová**, stojící u zrodu občanského sdružení, které si

dávalo za cíl podpořit domácí péči a hospicové hnutí. Toto sdružení s názvem *Ecce Homo* pak ve spolupráci s Diecézní charitou v Hradci Králové vybudovalo **Hospic Anežky České v Červeném Kostelci**. K otevření prvního českého hospice tak došlo v roce 1995 (Haškovcová, 2007, s. 47).

V současné době je v České republice osmnáct lůžkových hospiců (Cesta domů, nedatováno, [on-line]). Jsou to zařízení s osobitou domácí atmosférou, poskytující specializovanou paliativní péči pacientům v terminálním stádiu nevléčitelného onemocnění, nejčastěji po dobu tří až čtyř týdnů. Základním cílem péče je úleva od bolesti a dalších trápení nemocného, s takovou podporou, aby mohl prožívat až do konce života intenzivní vztahy se svými blízkými. Pro maximální soukromí pacientů jsou obvykle k dispozici jednolůžkové pokoje a volný režim pro návštěvy (Informační a diskusní portál Umírání.cz, nedatováno, [on-line]).

Člověk je jedinečná a neopakovatelná bytost, k jehož životu bychom měli mít úctu. Tato myšlenka by měla každý den doprovázet všechny aktivity v hospici. Důraz je zde kladen na to, aby člověk mohl své poslední dny ne pouze přežít, ale kvalitně, do poslední chvíle prožít. Pozornost je věnována také blízkým nemocného, protože ti trpí společně s ním a v péči o nemocného hrají důležitou úlohu. „Hospic nemocnému garantuje, že

- **nebude trpět nesnesitelnou bolestí,**
- **v každé situaci bude respektována jeho lidská důstojnost,**
- **v posledních chvílích života nezůstane osamocen.**“ (Svatošová, 2011, s. 115)

Podle Křivohlavého můžeme v hospicích potkat hrdiny, kteří mají odvahu postavit se čelem nepříteli, bojovat, nehlesnout a vydržet až do konce boje. Překonávají překážky, které často vypadají nepřekonatelně. Statečně přitom zatínají zuby i pěsti. Nejsou to hrdinové z pohádky. Jsou to lidé vážně nemocní. Pohybují se na pokraji života a smrti a při bojování si často sáhnou na dno svých sil (Křivohlavý, 1989, s. 103-104).

1.1 Tři formy hospicové péče

Svatošová ve své knize věnované hospicům a doprovázení umírajících rozděluje hospicovou péči do tří kategorií.

Domácí hospicová péče – Toto řešení je velmi vstřícné k potřebám nemocného, je ale zároveň náročné pro ostatní členy rodiny. Vyžaduje to od nich hodně sil, mohou se vyskytnout problémy se ztrátou vlastního soukromí (narušení životního rytmu rodiny). Velkou překážkou bývá chybějící odbornost.

Stacionární hospicová péče – Hospicová péče se odehrává ve stacionáři, ve kterém pacient tráví hlavní část dne. Z důvodu každodenní dopravy nemocného do hospice a zpět domů je však tato péče využitelná pouze pro nemocné z blízkého okolí stacionárního hospice. Pro některé nemocné a jejich rodiny může být dojíždění do stacionáře nejvhodnějším řešením z následujících důvodů:

léčebný důvod – podávání chemoterapeutických infuzí, vyladění dávky léků tišících bolest,

psychoterapeutický důvod – lidé mající ve své rodině nějaký vztahový problém, osamělí lidé,

odlehčovací důvod – rodina pacienta má možnost si na chvíli odpočinout, stejně tak pacient si může odpočinout od rodiny.

Lůžková hospicová péče – důvody pro využití této péče jsou shodné s důvody z předchozího typu hospicové péče. Lůžkový hospic se zvolí v případě, kdy nemocný nemůže do stacionáře dojíždět buď z důvodu špatného zdravotního stavu, nebo kvůli velké vzdálenosti od jeho bydliště.

V lůžkovém hospici nejsou pouze pacienti bez naděje na opuštění hospice. Někteří pacienti přicházejí do hospice i na krátkodobé pobyty, někdy i opakovaně, a to tehdy, kdy se sami rozhodnou, že je to pro ně či jejich rodiny dobré (Svatošová, 2011, s. 118-120).

1.2 Paliativní péče

S tematikou péče o nevyléčitelně nemocné a umírající je nerozlučně spjat i pojem paliativní péče. Její důležitost vyplývá už z latinského slova „pallium“. Překlad tohoto slova znamená plášť nebo obal a symbolicky ukazuje na poskytnutí ochrany. Cílem paliativní péče je poskytnutí ochrany – pláště – nejen těm, kteří se nacházejí v těžké životní situaci, kdy jim hrozí vlastní zánik, ale také jejich rodinám a blízkým. Rodina poskytuje nemocnému velkou oporu, hlavně emocionální, sama však také potřebuje účinnou pomoc. Platí pravidlo, že se zahájením paliativní péče by se mělo začít

v situaci, kdy negativní následky léčebné terapie začnou převyšovat nad jejími přínosy (Payneová, Seymourová, 2007, s. 37-41).

Vorlíček (2004, s. 24) definuje paliativní péči jako péči o nemocné s aktivním, gradujícím, pokročilým onemocněním. Délka života je u těchto nemocných omezená a léčba má pomoci zachovat kvalitu jejich života. Cílem je provádět integrovanou komplexní péči, která předchází a zmírňuje všechny aspekty utrpení nemocného.

Vzhledem k vysoké potřebě psychologické, sociální i spirituální pomoci je vhodné do péče o vážně nemocného zapojit i dobrovolníky (Payneová, Seymourová, 2007, s. 42).

Doyle (2009, s. 2) tvrdí, že není žádný rozdíl mezi hospicovou a paliativní péčí. Oba termíny dle jeho mínění popisují stejnou věc. Zatímco pojem hospicová péče je používán více laickou veřejností, termín paliativní péče používají zdravotničtí odborníci po celém světě. Kalvach (2013, s. 145) toto upřesňuje, když říká, že v současnosti se v zahraničí začíná projevovat rozdělení na základě prognózy i metodiky léčby pacientů. Rozlišuje se tak péče hospicová, zaměřená na umírající pacienty, kterým zbývá zhruba šest měsíců života, a péče paliativní, která se snaží přinést úlevu pacientům, trpícím velkou bolestí, nebo jinými obtížemi, které významně snižují kvalitu jejich života, například syndromem chronické bolesti nebo úpornou nevolností doprovázející chemoterapii.

1.3 Dobrovolnictví

Každodenní praxe ukazuje, že při zajištění kvalitní péče o pacienty v hospicích mají vedle profesionálního zdravotnického personálu důležitou roli i dobrovolníci. Dobrovolníci jsou lidé, kteří jsou citliví k potřebám svého okolí. Ochotně s nadšením věnují svůj volný čas i svou energii těm, kteří je potřebují. To vše dělají bez nároků na mzdu, ale odměnou je jim dobrý pocit z toho, že někomu pomohli, řada krásných zážitků i nová přátelství (Tošner, Sozanská, 2002, s. 35).

I když je dobrovolnictví pro dobré fungování společnosti důležitým a nezastupitelným prvkem, neměli bychom dopustit, aby se stalo něčím, co všichni automaticky považují za samozřejmost. Naopak, dobrovolnictví by mělo být vnímáno jako činnost nad rámec povinností dotyčného člověka, kterou vykonává ve svém volném čase, místo toho, aby se věnoval svým zálibám. Dobrovolník tak svůj volný čas věnuje jako dar tomu, kdo jej v danou chvíli potřebuje. Takový postoj je v současné

době čím dál více hoden obdivu (Slowík, 2011, s.47).

V České republice je dobrovolnictví právně ukotveno od r. 2003, a to zákonem o dobrovolnické službě 198/2002 Sb., který byl novelizován zákonem 86/2014 Sb. (MVČR, 2014, [on-line]).

1.3.1 Základní modely dobrovolnictví

Existují dva základní modely dobrovolnictví.

První model je charakterizován neformálními vztahy, spontánností a vzájemnou důvěrou, vycházející z přátelských vztahů. Tento model je založen na životních zkušenostech a na žebříčku hodnot, který bývá u zúčastněných osob sestaven stejně nebo alespoň hodně podobně (Křížová, 2001, s. 114). Často zde mluvíme o **občanské či sousedské výpomoci** a o **dobrovolnictví vzájemně prospěšném**, vyskytující se většinou v komunitě, kterou nalezneme v obci nebo na faře, ale také třeba v rámci sportovního klubu (Tošner, Sozanská, 2002, s. 36).

Z důvodu zvýšení spolehlivosti a předvídatelnosti dobrovolnické činnosti začaly neziskové organizace a dobrovolnická centra organizovat **veřejně prospěšné dobrovolnictví**. Tento termín znamená, že mezi dobrovolníkem a příjemcem dobrovolné pomoci stojí nezisková organizace – dobrovolnické centrum, které je pro příjemce garantem kvality a pro dobrovolníka zdrojem příležitostí k dobrovolné pomoci (Tošner, Sozanská, 2002, s. 37). Tento druhý model se vyznačuje jasně vymezenými úlohami jednotlivých aktérů, přesně definovanými pravidly a zpětným hodnocením. Motivací pro tento model je snaha přinést do dobrovolnické činnosti řád a pravidelnost (Křížová, 2001, s. 114).

1.3.2 Rozčlenění dobrovolnictví podle dalších hledisek

Podle časového vymezení

- Jednorázová pomoc – např. pomoc při mimořádných událostech.
- Dlouhodobá dobrovolná pomoc – pravidelné a dlouhodobé zapojení dobrovolníků.
- Dobrovolná služba – nepřetržitá dobrovolná služba, většinou v zahraničí.

Podle oblasti zapojení

Tošner uvádí pro ilustraci několik oblastí dobrovolnictví, do kterých se můžou dobrovolníci zapojit:

- ochrana životního prostředí – ochrana a aktivní zlepšování stavu životního prostředí,
- humanitární organizace a organizace na ochranu lidských práv – tuzemská, zahraniční,
- sociální a zdravotní oblast - vysílání dobrovolníků do organizací,
- kulturní oblast – ochrana a obnova kulturních památek, vytváření nekomerčních kulturních projektů,
- sportovní činnost,
- vzdělávací činnost,
- zahraniční dobrovolná služba (Tošner, Sozanská, 2002, s. 40-43).

1.4 Dobrovolnictví v hospicích

Brzy po založení prvních hospiců v České republice se ukázalo, že pacienti mají zajištěnou špičkovou odbornou zdravotnickou péči, dostává se jim přiměřeného komfortu v podobě vybaveného pokoje a zajištěné stravy, ale přesto jim často schází kontakt s někým, kdo by je přišel navštívit, popovídal si s nimi a potěšil je. Tento prostor brzy začali zaplňovat dobrovolníci.

Přítomnost dobrovolníků je nutná hlavně u starších pacientů, protože zájem příbuzných účastnit se doprovázení a přímé péče o tyto pacienty je nízký. Důvodem může být strach ze ztráty zaměstnání, rozvolněné mezigenerační vazby, ale také neznalost příbuzných, jak se o nemocné starat a jak jim být nablízku. Jsou sice rodiny, jejichž péče a starost je příkladná, není jich však mnoho (Sláma, 2010, s. 61). Pacienti přitom pod tíhou zjištění, že sami nestačí na okolnosti, které jim nemoc přinesla, hledají někoho, kdo by jim poskytl radu a útěchu a komu by se mohli vypovídat a postěžovat na to, co je trápí. Jde o „hledání člověka“ – někoho, kdo by je přijal, naslouchal, porozuměl jim a třeba i poradil (Křivohlavý, 2002, s. 60). Potřebu mít vedle sebe člověka, někoho, kdo mi rozumí, tak zvláště v hospicích kompenzují dobrovolníci a obětaví ošetřovatelé (Sláma, 2010, s. 61).

1.4.1 Počátky hospicového dobrovolnictví v ČR

Ještě řadu let po změně politických poměrů v roce 1989 se česká společnost na dobrovolnictví dívala jako na čiré bláznovství. Na základě odborné literatury i osobních zkušeností sociálních pracovníků z hospiců ve Velké Británii, Spojených státech amerických, Německu nebo Rakousku, se však myšlenka dobrovolníků, kteří by zdarma a ve svém volném čase pomáhali pečovat o umírající i jejich příbuzné, začala prosazovat i u nás. Přes poměrně komplikované počátky se tak dobrovolníci mohli stát důležitou součástí hospicové péče. Díky propagaci dobrovolnictví neziskovými organizacemi, jako je například Hestia, se postupně vytvořil systém, umožňující zařadit dobrovolníky do práce v hospicích (Student J., Mühlum, Student U., 2006, s. 14).

1.4.2 Dnešní situace

V dnešní době se snad žádný hospic neobejde bez dobrovolníků. Svatošová vyzdvihuje práci dobrovolníků, kteří se snaží v hospici vytvořit prostředí, ve kterém se pacienti cítí spíše jako v láskyplném a útulném domově než v nemocnici. Současná společnost se už naučila oceňovat činnost dobrovolníků, kteří bez nároku na finanční odměnu poskytují svůj čas, svoji energii, vědomosti a dovednosti ve prospěch nemocných. Změnil se i postoj zaměstnanců hospiců. Dobrovolníci jsou dnes chápáni jako plnohodnotní členové hospicového týmu, to však neznamená, že by měli nahrazovat práci odborného personálu. Dobrovolníci většinou nemají odbornou zdravotnickou kvalifikaci, proto je i nadále nezbytné, aby mezi zaměstnanci hospice byly i pečlivě vybrané a plně kvalifikované zdravotní sestry a ošetřovatelé (Svatošová, 2003, s. 134).

Řada dobrovolníků se před první návštěvou hospice ještě nikdy osobně nesetkala s umíráním. Ale i ti, kteří už v tomto směru mají své zkušenosti, například z doprovázení rodinného příslušníka, mají řadu otázek ohledně toho, co se od nich očekává, jak mají reagovat na specifické situace a podobně. Je důležité, aby odpovědi na tyto otázky byly náplní úvodního školení.

Během školení dobrovolníků by měl být položen důraz na klíčové principy paliativní péče, které uvádí Národní rada pro hospicové a specializované služby paliativní péče v Británii (podle Spencer-Gray, 2009, s. 64):

- zaměření na kvalitu života,

- holistický přístup,
- péče o umírajícího člověka i o pozůstalé,
- autonomie pacientů,
- otevřená a citlivá komunikace.

Je důležité zdůraznit, že by dobrovolníci měli udržovat dobrou pověst organizace, a že diskrétnost během jejich činnosti by měla být samozřejmostí. Školení dále zahrnuje přiměřené správné informace pro zajištění bezpečnosti a dobré praxe. Tím se zajistí kvalita a vysoký standard činnosti a péče, zlepšení a udržení motivace, umožnění osobního rozvoje a zvýší se spokojenost dobrovolníků (Spencer-Gray, 2009, s. 64).

„Zásadou je, že dobrovolník nesmí být přetížen, každý se zaváže jen k tomu, co bez problémů dát může a chce. Druhou zásadou je, že na dobrovolníka musí být stoprocentní spolehnutí. Rozpis služeb je závazný jako v zaměstnání. Pokud zájemce v dotazníku uvede, že přijde, kdy se mu to hodí, měl by být odmítnut.“ (Svatošová, 2011, s. 124)

2 Dobrovolnictví a péče o nemocné optikou Jara Křivohlavého

Jaro Křivohlavý ve svých knihách, zabývajících se péčí o vážně nemocné, píše o lidech, kteří nemocného na jeho cestě doprovázejí. Hledá odpovědi na otázky co jsou tito lidé zač, jaká bývá jejich motivace a jaké by měli mít charakterové vlastnosti.

2.1 Dobrovolníci

Tito laskaví lidé – **doprovazeči** jsou definováni jako ti, kterým pacient může plně důvěřovat, kteří jeho důvěru nezneužijí, se kterými chce být ve chvílích osamění. Jsou to lidé, kteří jsou připraveni naslouchat, povzbudit a potěšit umírajícího, a nakonec nabídnout soucit a útěchu i pozůstalým (Křivohlavý, Kaczmarczyk, 1995, s. 60).

Termín doprovazeč se původně objevil v hudbě. Označuje hudebníka, který doprovází sólistu a dělá vše pro to, aby sólistův výkon co nejlépe vynikl. Podobně je na tom i doprovazeč v nemocnici či v hospici. I on se snaží dělat vše pro svého pacienta, být mu pomocí i posilou (Křivohlavý, 1994a, s. 179).

Aktivity dobrovolníků nemají pouze sociální význam, ale mají pozitivní vliv i na pocit spokojenosti či štěstí samotných dobrovolníků, podobně jako třeba tanec (Křivohlavý, 2013b, s. 53). Toto štěstí, tzv. tichou radost, prožívá dobrovolník hlavně tehdy, když svoji činnost „dělá srdcem“ (Křivohlavý, 2013a, s. 37).

Každý člověk může pomáhat sám sobě, anebo pomáhat druhým lidem. Ten, kdo se rozhodne pro druhou variantu, volí život, který přesahuje oblast jeho vlastních zájmů a potřeb. To, co přitom může prožívat, přesahuje běžné lidské radosti jako například požitek z dobrého jídla nebo z koupele ve vaně. Jeho radost pochází z nebeských sfér (Křivohlavý, 2013a, s. 8).

2.1.1 Osobnost dobrovolníka

Kdo se může stát dobrovolníkem? Je zde nutná nějaká kvalifikace? Nebo jsou to lidé v určité specifické životní situaci (například bez dětí, ovdovělí)? Anebo lidé, kteří mají nějaké výjimečné vlastnosti? V knihách Křivohlavého nacházíme několik charakteristik, kterými by se měl dobrovolník vyznačovat.

Mezi dobrovolníky často najdeme ty, kteří mají výraznou **dispozici k vděčnosti**. Takoví lidé cítí potřebu vyjadřovat vděk, který se projevuje altruistickým chováním. Pro svoji schopnost vcítit se do emocionálního stavu druhých se častěji zapojují do pomáhání ve svém sociálním okolí. Cítí vyšší míru odpovědnosti za svůj sociální život a více se zapojují do aktivit v charitě, diakonii, nebo v jiných neziskových organizacích (Křivohlavý, 2007, s. 14). Takovému životnímu postoji se často říká moudrost. Podle Křivohlavého moudrost nespočívá jen v hromadění informací, ale je to otázka způsobu života a vztahů, které máme k druhým lidem i ke světu okolo nás (Křivohlavý, 2009a, s. 110).

Doprovázení klade velké nároky na citovou účast – **empatii**. Nutná je pro vzájemné porozumění a pochopení druhého. I když existují různé metody na to, jak empatii vypěstovat, je stále více zřejmé, že největší míru porozumění a empatie mají ti, kteří sami prošli podobnou situací. Například člověk, který sám prošel léčbou s nasazením chemoterapie a zažil podobnou situaci, lépe pochopí pacienty s diagnózou rakoviny (Křivohlavý, 2010a, s. 78). Pro nemocné a umírající je mnohdy důležitější to, že jim někdo rozumí, než že má odborné znalosti. Lidé, trávící poslední dny na lůžku, jsou velmi vnímaví k chování těch, kteří je přijdou navštívit. Již při vstupu do místnosti mohou vyčíst z postoje, pohledu očí a nonverbálních projevů mnohé. Testují jejich nezdolnost, sílu postoje k faktu smrti a umírání i míru bezradnosti. Poznají jejich sílu i slabost, jejich opravdový zájem nebo jen zájem služební či z povinnosti.

Opravdový zájem je dalším důležitým prvkem, bez kterého se dobrovolnictví neobejde. Toto platí zejména v hospicové a paliativní péči. Při umírání se pro pacienta vše děje poprvé, potřebuje se o někoho opřít, zeptat se na otázky, které ho trápí. Potřebuje, aby tu byl doprovázející pro něj. Pacient dokáže rozeznat, zda je nabízená pomoc brána vážně, nebo je jen hraná a nepravdivá. Bez opravdovosti dialog končí, i kdyby se stále ještě mluvilo (Křivohlavý, Kaczmarczyk, 1995, s. 63). Ukazatel opravdového zájmu je kongruence, neboli shoda mezi tím, co se říká slovy a co se vyjadřuje mimoslovně. Jestliže slova říkají „*Mám o Vás zájem*“, ale pohled vyjadřuje odstup, pacient to pozná (Křivohlavý, 1989, s. 99-100).

To, že každý člověk je jiný, svůj, se může projevovat ve svérázném jednání a mluvení vážně nemocných pacientů. Někdy tato svéráznost může vést dobrovolníky k tomu, aby ty, které doprovázejí, hodnotili podle svých měřítek. Zde je třeba uplatnit ve větší míře **toleranci** a snášenlivě pacienty přijímat (Křivohlavý, Kaczmarczyk, 1995, s. 65).

Důvěrný vztah nevzniká během okamžiku, není jej možno přikázat. Pacientova důvěra roste podle toho, jak **důvěryhodně se chová** dobrovolník, jestli dodržuje své sliby, jestli nevynáší důvěrné informace. Když se pacient setká s dobrovolníkem, který se snaží pomáhat, nebojí se nepříjemných otázek a je přítomen i v těžkých chvílích, pak roste jeho důvěra k němu. Takový dobrovolník, který vždy jedná trpělivě a laskavě, posiluje pacientovo křehké sebevědomí a připraví ho na to, aby s důvěrou mohl otevřít i své tajné komnaty (Křivohlavý, 2010a, s. 95).

Dobrovolník svou přítomností pomáhá vážně nemocnému překonat těžké chvíle. Má možnost být s pacientem delší dobu než lékař, který se stará ještě o další pacienty. Důležité je však nebýt s pacientem jen fyzicky, ale také psychicky. Jako přítel s přítelem. Jako někdo, na koho je spolehnutí, který **umí dodržet slib**, že opět přijde, když to bude třeba a když to předtím slíbí (Křivohlavý, 1989, s. 68). V materiálech ke školení dobrovolníků Dobrovolnického centra ADRA čteme, že dobrovolník je mnohdy jediný člověk, který za pacientem pravidelně dochází. Je to chvíle, na kterou se každý, kdo čeká návštěvu, těší, je to světlý bod dne či týdne a když náhodou návštěva nepříjde, nastává zklamání. Proto je velmi důležité, aby se dobrovolník omluvil, když předem ví, že nemůže z neočekávaných důvodů přijít (Nakladalová, 2010, s. 11). Křivohlavý k tomu dodává, že realizace slibů daných umírajícímu by měla mít nejvyšší prioritu, a to i v případě, že máme mnohé jiné povinnosti (Křivohlavý, 1991, s. 87).

Každý, kdo někoho doprovází na posledním úseku jeho životní cesty, by si měl **ujasnit konečnost vlastního života**. Nemocní mají spoustu osobních otázek týkajících se života a smrti a hledání odpovědi je pro ně otázkou bytí či nebytí. Při nevyřešení své vlastní konečnosti se může doprovazečům stát, že při těchto hovorech znejistí a uvědomí si, že se bojí na některé tyto skutečnosti jen pomyslet. V opačném případě je tyto otázky nebudou znepokojovaly a nebudou proto hledat jiná témata k rozhovoru. Toto je jedna z cest, jak se v rozhovoru přiblížit umírajícím (Křivohlavý, 1989, s. 100).

2.1.2 Motivace dobrovolníků

Řada dobrovolníků se zapojuje do různých forem charitativních činností, například při pomáhání lidem v neštěstí a nemoci, protože vnímají tuto činnost jako **poslání**. Podle Křivohlavého pro křesťany znamená pojem poslání jednat tak, aby to bylo Pánu Bohu ke cti a slávě (Křivohlavý, 2009a, s. 116).

Jak již bylo řečeno, je to vděčnost, která zvyšuje úroveň sociální motivace dobrovolníků. Ovlivňuje míru empatie a poskytování pomoci a sociální opory druhým lidem (Křivohlavý, 2007, s. 91).

Aby pomoc druhému člověku byla účinná, je motivace základním a důležitým předpokladem. Nejde však o to jen **chtít** „přiběhnout k ohni“. Pro účinnou pomoc by člověk měl navíc **vědět**, co by měl u „ohně“ dělat. A mnohdy nestačí věci jen znát, je třeba je **umět** a naučit se jim (Křivohlavý, 1991, s. 10). Proto by se už při přípravě dobrovolníků, před vlastním zahájením dobrovolnické činnosti, mělo věnovat dostatek potřebného času odbornému výcviku (Tošner, Sozanská, 2002, s. 79).

2.2 Přístup k vážně nemocnému člověku

Jaro Křivohlavý se v řadě svých knih intenzivně zabývá problematikou vážné nemoci a umírání, a rovněž otázkou, jak být posilou člověku v tomto životním stadiu, jak mu co nejlépe pomáhat.

2.2.1 Porozumění pocitům pacienta

Aby mohl být dobrovolník nemocnému co největší oporou, měl by se seznámit s tím, co vážně nemocný člověk prožívá. Pak může potřeby těch, které doprovází, vnímat mnohem citlivěji. Křivohlavý (1977, s. 30) k tomu dodává, že pokud nějakou událost očekávám, pak ji vnímám od prvních, nejjemnějších příznaků, a naopak, co neočekávám, to začnu vnímat až mnohem později. Tuto zákonitost můžeme prožívat v našich každodenních životech, a její odhalení nám může pomoci předvídat mnohé problémy, které mohou nastat při péči o umírající pacienty.

2.2.2 Psychické důsledky nemoci

Když mluvíme o nemocném člověku, většinou máme na mysli stav, který se nazývá choroba. To je termín popisující abnormalitu fyziologických funkcí, diagnostikovanou lékařskými metodami. Musíme však uvažovat i o termínu zdravotní nepohoda. Člověk může být postižen chorobou, ale nemusí se cítit nemocně. A naopak, může prožívat zdravotní nepohodu, aniž by lékaři byli schopni diagnostikovat nějakou chorobu. Zdravotní nepohoda postihuje člověka jako celek – zasahuje všechny oblasti

jeho života. Jeho tělesné, duševní i duchovní zdraví i jeho sociální život. Zdravotní nepohoda ohrožuje smysluplnost a kvalitu jeho života tím, že mu brání v dosahování cílů, které si předsevzal (Křivohlavý, 2002, s. 18).

Nemoc se může projevit na změně nálady, na vztazích k druhým lidem a na chápání smyslu života. Může také vyvolat změnu vztahu k sobě samému, která často vede ke ztrátě sebeúcty a snížení sebevědomí. Průběh nemoci každou z těchto oblastí nějakým způsobem ovlivňuje. Musíme mít neustále na paměti, že je to nemoc, která způsobuje změnu chování. Nemocnému nebývá dobře, bojuje s nemocí a bývá frustrován tím, že se už s nemocí nemůže poprat tak, jak to bylo dříve. Doprovázející by měl být připraven a měl by vědět, jak čelit projevům agresivity, zloby a útočnosti nemocného. Měl by si uvědomit, že projevy pacienta ovlivňuje to, v jaké fázi nemoci se právě nachází. Důležité je také uvědomit si, že se všechny etapy nemusí objevovat u všech pacientů, a také to, že některé úseky se mohou opakovaně vracet (Křivohlavý, 1989, s. 9-23).

2.2.3 Fáze umírání

Křivohlavému byl blízký **Horowitzův model pěti fází** odchodu (Křivohlavý, Kaczmarczyk, 1995, s. 40). Obohacuje ho o nultou fázi.

Nultá fáze nemoci je období, kdy jde o zrod povědomí o nemoci. Každý člověk běžně a bezděčně stále prozkoumává, jestli se vše, co se děje s jeho tělem je v pořádku. Jakmile se objeví něco, co není obvyklé, začne se svým zdravím zabývat vědomě. Začíná mít tušení, že se něco děje. V této fázi může míra bdělosti pozorovatele zkreslit hodnocení situace. Někdy je tak zahlcen jinými starostmi, že opomíjí první signály nemoci, jindy zase může propuknout „falešný poplach“.

Výkřik je další fází, která přichází ve formě psychického šoku většinou v období, kdy je pacientovi diagnostikována přítomnost nemoci, kterou pokládá za velmi nebezpečnou. Tato fáze nastává často v období, kdy se například dozví, že má rakovinu.

Popírání lze charakterizovat slovy nic nevidím, nic neslyším, nechci nic vědět. Jde o ochranu před nadměrnou psychickou zátěží, do které se pacient dostává. Toto období je charakteristické nepřijímáním žádných informací o nemoci, snahou vyhledat jiného, „vhodnějšího“ lékaře, nebo trváním na překontrolování laboratorních výsledků. Nemocný tak získává čas a sílu k přípravě na další fázi, která po popírání následuje.

Vtíravé myšlenky - intruze začínají přicházet po období vytěšňování jakýchkoliv myšlenek na nemoc. Přicházejí však o to naléhavěji a pacient se neustále musí zabývat ve své mysli pouze tím, co se s ním děje. Tento čas mu pomáhá k tomu, aby si uvědomil pravdivost situace, ve které se nachází.

Vyrování pomáhá nemocnému odpovědět na otázku: *Jak to zvládnout?* Bývá to z psychologického hlediska nejdelší a nejdůležitější fáze boje s nemocí. Tato fáze začíná v době uvědomění a připuštění si vážnosti situace.

Smíření se vyznačuje vnitřním pokojem a klidem nemocného, působícím i na lidi okolo. Je to čas, ve kterém pacient „*dozraje jako člověk*“ a smíří se nejen se zhoršeným zdravotním stavem, ale také se vším ostatním, co tato nemoc přináší, včetně prognózy a perspektivy (Křivohlavý, 1989, s. 24-27).

Křivohlavý zmiňuje, že podobným otázkám časového průběhu boje s utrpením se věnovala také Rossova ve své knize o smrti a umírání. Ta tento boj rozdělila do pěti úseků:

1. šok a negace, kdy dochází k popírání traumatu,
2. agrese spojené s výbuchy hněvu a vzdoru,
3. smlouvání, které se vyznačuje vyjednáváním a dojednáváním,
4. smutek a deprese z poznání nezvratného,
5. akceptace a přijetí nepřijatelného (podle Křivohlavý, 2002, s. 107).

2.3 Problematické zvládání nemoci

Vážně nemocný člověk při snaze vyrovnat se se svou nemocí a utrpením často prochází obdobím negativních emocí a prožitků. V takových okamžicích může být pro dobrovolníka náročné zůstat stále pozitivní a nepřestávat nabízet pomocnou ruku. Pro zvládnutí těchto krizových momentů je dobré předem vědět, s jakými emocemi se může pacient potýkat.

2.3.1 Agresivita

Doprovázející by měl počítat s tím, že bude muset čelit projevům agresivity nemocného. Ten totiž může trpět změnami nálady, které se projevují právě agresivitou v podobě útoků a slovního napadání druhých lidí (Křivohlavý, 1989, s. 21).

Dobrovolník nesmí zapomenout na to, že jeho pacient bojuje s nemocí, bolestí a utrpením, a že v tomto boji často prohrává. Tato skutečnost pak lehce vyvolá špatnou náladu a zlost, která se navenek projevuje slovním či fyzickým útokem na druhého člověka. V této situaci si dobrovolník musí připomenout, že musí aktivně zastavit začarovaný kruh agrese a na útoky neodpovídat (Křivohlavý, Kaczmarczyk, 1995, s. 30).

Je důležité, aby si doprovázející tyto útoky **nebral osobně**. Jednou si totiž nemocný vylévá zlost na sestřičce, jindy na rodině, na jemu nejbližších, následně na ostatních návštěvnících. Když si však doprovázející představí, kolik mu věnoval času a lásky, je mu to líto. Bolí to. Vždy je proto třeba si připomínat, že agresivita je způsobena nemocí. Někdy však projevy agrese můžou překročit určitou mez. Potom je vhodné s nesouhlasným pohledem rozhovor i návštěvu ukončit a odejít. Z tohoto gesta by měl pacient poznat, že doprovázející na tuto jeho hru nepřistoupí. Toto je však krajní jednání na hranici ošetřovatelské etiky. Každý doprovázející je však jen člověk s určitou, ale různou mírou fyzické a psychické kapacity. Hranice svých možností by si měl proto určit každý sám (Křivohlavý, 1989, s. 21-22).

Může se stát, že nemocný v záchvatu agresivity dobrovolníkovi ublíží (pravděpodobně slovně, ne fyzicky). Dobrovolník ví, že tento útok a agresivita byly vyvolány nemocí, ale přesto cítí, že jeho vztah k nemocnému utrpěl trhliny. Z praxe víme, že dobrovolník může pomoci k nápravě vzájemného vztahu tím, že se bude cíleně snažit udělat pacientovi nějakou laskavost.

Křivohlavý (1977, s. 73) toto potvrzuje následující úvahou.

Jak se změní náš postoj k člověku, ke kterému cítíme odstup, jestliže jsme okolnostmi donuceni mu pomoci? Zkušenosti ukazují, že i vynucený dobrý skutek má moc měnit vzájemné vztahy. Člověk, kterému pomůžeme, se nám zdá lepší než předtím. Tuto zákonitost můžeme využít i pro zlepšení vztahů mezi dobrovolníkem a pacientem. Tím, že druhému člověku vědomě prokážeme laskavost, se změní i náš vztah k němu. A změní se k lepšímu.

Láska není jen pocit, ale čin vůle. Činem lásky je i rozhodnutí neodpovídat na útok protiútokem. Toto rozhodnutí je nejlepším způsobem jak zvládnout konflikt (Křivohlavý, Kaczmarczyk, 1995, s. 31).

2.3.2 Deprese

Také boj s depresí není jednoduchý a vyžaduje od dobrovolníka aktivní přístup. Dobrovolník může člověku v depresi pomoci tím účinněji, čím lepší je jejich vzájemný vztah. Pro budování takového vztahu by měl dobrovolník mít následující postoje:

vstřícnost - ochota k vykročení, tedy připravenost udělat první krok k vytvoření vzájemného vztahu,

otevřenost – připravenost k pomoci,

aktivita - být ve vztahu tím, kdo je iniciativní a aktivní,

ochota - nehledět na vlastní pohodlí,

opravdovost - opravdová touha pomoci,

úcta - k nemocnému bez ohledu na to, co dělá, nebo co říká,

odstup - plakat s plačícími, ale neumírat s umírajícími,

znalosti – pro kvalitní pomoc je třeba se neustále vzdělávat (Křivohlavý, 2003, s. 88-89).

2.3.3 Strach

Strach se projevuje v lidských myšlenkách, emocích a představách. Tento stav přichází ve chvíli, kdy se nemocný začíná cítit být nemocí ohrožen. Platí, že strach je tím větší, čím větší je nepoměr mezi obranou a nebezpečím. Co dělat v přítomnosti vážně nemocného, který má strach? Určitě nechlácholit pomocí nějakých laciných frází. „Řeč činů je zde rozhodující. Jakýkoliv **projev opravdového zájmu a snahy pomoci** pacientovi je skutečnou řečí proti strachu.“ (Křivohlavý, 1989, s. 17-18) Tvořiví dobrovolníci se můžou pokusit zprostředkovat vzájemné setkávání pacientů. Podle Křivohlavého je totiž člověku, vystavenému emocionálně těžkým chvílím, takové setkání velkou podporou. Na ztrápeného člověka má pozitivní vliv to, když ví, že v podobné situaci není sám, ale že ji prožívají i jiní lidé (Křivohlavý, 1977, s. 82).

Pro nemocného může být dále úlevné, když zjistí, že člověk, kterému se svěřuje se svým trápením a se svými úzkostmi, také prožívá úzkost a obavy. Tím dostává nemocný ujištění o tom, že mu jeho dobrovolník rozumí. Proto je dobré, když se i dobrovolník svěřuje umírajícímu pacientovi se svými vnitřními pocity. Tak si mohou oba pomáhat navzájem (Křivohlavý, Kaczmarczyk, 1995, s. 28).

Stres u pacienta označuje stav hluboké vnitřní tísně. Toto je přirozená lidská

reakce na obavy a strach, které jsou spojeny s vědomím vlastní zranitelnosti. Někdy se můžeme setkat i s pacientem, který se do poslední chvíle snaží bojovat se svým stresem. Dobrovolník by měl v takovém pacientovi vidět hrdinu (Křivohlavý, 1991, s. 70).

2.3.4 Bolest

Velmi často je míra pacientovy bolesti ovlivněna jeho strachem. Strach přichází tehdy, když máme čelit neznámému nebezpečí, které se často zdá mnohem hrozivější, než ve skutečnosti je. Při záchvatu strachu se bolest a utrpení zvýrazňuje. Teprve ve chvíli, kdy pacient dokáže vidět svou situaci reálně, může dojít ke zmírňování bolesti a utrpení. Dobrovolník proto musí pacientovi pomoci přijmout jeho situaci i tím, že nebude jeho bolest popírat nebo zlehčovat. Věty typu „To nic není“, nebo „Já vím, jak to bolí“, nejsou vhodné. Společně s pacientem se musí naučit bolest přijmout a pomoci mu tak se od ní odpoutat (Křivohlavý, Kaczmarczyk, 1995, s. 29-30).

Může dojít k situaci, kdy dobrovolník, když vidí nemocného v bolestech, mu chce pomoci podáním či přinesením léků. To však je závažná chyba. Je na lékaři, aby léky předepisoval a rozhodl o vhodnosti jejich použití (Nakladalová, 2010, s. 7).

Dobrovolník nemůže pacientovi podávat utišující léky. Může mu však nabídnout něco jiného – svou přítomnost, svůj zájem, svůj soucit, svou účast. Může nemocného pohladit, tiše konejšit. Lékaři vědí, že lidské tělo má schopnost produkovat látky s tišícím účinkem. Zkušenosti ukazují, že produkce těchto látek je stimulována právě projevy lidské blízkosti, soucitu a porozumění (Křivohlavý, 1989, s. 34-35).

Je-li dobrovolník připraven na to, že pacient nemusí mít vždy jen dobrou náladu a že jeho přítomnost a snaha pomoci se někdy nesetká s kladnou odezvou, může snadněji nalézt správnou strategii pro to, aby pacientovi pomohl bojovat s jeho negativními emocemi.

2.4 Oblasti nejúčinnější pomoci

Tato kapitola poukazuje na potřebu vztahu, hledání smyslu a zachování důstojnosti člověka. Můžeme zde nalézt cenné rady, jak může dobrovolník pomoci s naplněním těchto potřeb u člověka, který cítí blížící se konec svého života. Ve všech těchto oblastech může dobrovolník sehrát nezastupitelnou roli.

2.4.1 Potřeba vztahu

V životě pacienta může přijít okamžik, kdy si pacient uvědomí, že potřebuje někoho, kdo by mu pomohl vyrovnat se se svým zhoršeným zdravotním stavem. Mohlo by se zdát, že pacient touží především po medicínské pomoci, která by zlepšila jeho zdravotní stav. Rozsah jeho potřeb je však mnohem širší. Pacient ve skutečnosti hledá někoho, u koho by našel přijetí, pochopení, porozumění i radu - hledá člověka (Křivohlavý, 2002, s. 60). Potřeba partnera, kterému se může s důvěrou svěřit, který se mu nebude vysmívat a neztratí k němu úctu, je velká hlavně ve chvílích, kdy se pacientova situace zdá beznadějná. Člověk, který je ochoten naplnit tato očekávání, se může pro nemocného stát velkou oporou (Křivohlavý, 1989, s. 39). Jestliže pacient má možnost se sdílet se svými prožitky a se svým trápením, zakouší úlevu, duševní katarzi. Naopak když takovou možnost nemá, často dochází ke zhoršení jeho stavu (Křivohlavý, 2002, s. 100).

2.4.2 Hledání smyslu

Lidskému životu dává smysl, jestliže má člověk cíl, ke kterému směřuje, jehož se snaží dosáhnout (Křivohlavý, 1994b, s. 49). Když se zdravý člověk zamýšlí nad smyslem svého života, často se to pojí s přijetím či přivlastněním si osobních cílů. Hledá je pomocí meditace, nebo si klade otázky typu „Co chci? Co by mne bavilo? Co bych rád podnikl?“ Co však má dělat dobrovolník stojící u lůžka nemocného, který je zatížen starostmi a bez jakékoliv chuti k meditaci? Má mu věnovat svůj čas a trpělivě naslouchat. Být jako pianista, který naslouchá houslistovi, vcítí se do jeho rytmu a podle toho pak hraje. Jedině tak se člověk může druhému „podívat do duše“. Při takovémto souznění duší pak lze rozpoznat jednotlivé touhy a přání, které pak lze v rozhovoru s nemocným probrat a napomoci k jejich uskutečnění (Křivohlavý, 2003, s. 160-161). Doprovázející by si měl dát pozor, aby tyto touhy a přání neodmítal s argumentem, že to nemá cenu, když nemocnému zbývá už jen pár dnů života.

Křivohlavý (2003, s. 161) to ilustruje příběhem 35letého muže, trpícího rakovinou, jehož životní touhou bylo naučit se japonsky. Doprovázející mu pomohl získat učebnici a povzbuzoval ho při učení. Tento muž prožíval obrovskou radost, když dostal odpověď na svůj první japonsky psaný dopis. Cítil, že jeho život dostal smysl. O sedm dní později zemřel.

Následující pasáž přináší těm, kteří touží vážně nemocné potěšit, bohatou inspirací. Proč nepřinést pacientovi například kopretinu, kterou může dát na stůl a umožnit mu tak vnímat její krásu všemi smysly?

Kde a jak může umírající najít cíl, ke kterému by mohl zaměřit zbytek svého života? Křivohlavý napovídá, že odpověď na tuto otázku se nachází v oblasti hodnot, kterou Viktor E. Frankl rozdělil na tři skupiny.

- **Zážitkové hodnoty**

Zážitkem může být pro nemocného setkání s člověkem, který mu projeví lásku, nezištně mu pomáhá, nezklame jeho důvěru, projevuje mu respekt a úctu, váží si ho a věří mu. Jiným druhem zážitku může být poslech hudby nebo podobný druh uměleckého prožitku. Silným zážitkem se může stát pobyt v přírodě, kde pacient může obdivovat krásu květin, stromů nebo krajiny. Tyto zážitky pak může chápat jako nezasloužený dar a mohou jej vést k pocitům radosti a vděčnosti.

- **Tvůrčí hodnoty**

Hodnoty, které vznikají vlastní tvořivou činností.

- **Postojové hodnoty**

U pacienta se tyto hodnoty projevují postojem ke svému zdravotnímu stavu, reakcemi na jeho zhoršování, na to, že léčba je neúčinná. Síla lidské osobnosti se projevuje ve schopnosti přijmout i ty nejtěžší věci (podle Křivohlavý, 2010c, s. 98-100). I v situaci, kdy zdravotní stav pacientovi neumožňuje dosažení cílů z oblasti zážitkových nebo tvůrčích hodnot, může stále žít smysluplně a hodnotně. Můžeme to vidět u některých chronicky nemocných, umírajících lidí, kteří svým postojem bojují ze všech sil až do konce. To, co nemohou změnit, přijímají bez výčitek a zoufání (Křivohlavý, 1994b, s. 37). Dobrovolník by mohl v takových chvílích boje umírajícího povzbudit podobenstvím o zčeřeně hladině. Každý si určitě pamatuje, jak se zčeřila hladina jezera, kde byl vhozen kámen. Tento obraz rozšiřujících se kol je vhodným ujištěním, že to dobré, co člověk v životě udělal, se pořád šíří a bude se šířit i nadále (Křivohlavý, 2009b, [on-line]).

2.4.3 Další oblasti péče o umírajícího

Není problém vyjadřovat *úctu* tomu, kdo se chová úctyhodně. Nemoc však člověka často zbavuje důstojnosti – stává se uzlíčkem bolesti, trápení a bezmoci. O to více však potřebuje, aby vnímal, že jej druzí lidé stále přijímají s respektem a úctou.

Toto pravidlo platí až do posledního dechu umírajícího, úctu nesmíme ztratit ani před mrtvým tělem (Křivohlavý, 1991, s. 86). Dobrovolník by měl v umírajícím vždy vidět hrdinu, který bojuje v zápase o život, navíc často sám a z posledních sil. Takový projev úcty a obdivu ke statečnému postoji může pacienta povzbudit a dodat mu sílu ve chvíli, kdy by jinak začal propadat beznaději. Výzkumy ukazují, že nehraný projev úcty a respektu je pro pacienta nejúčinnější podporou a povzbuzením (Křivohlavý, 1989, s. 104-105).

Neopouštět umírajícího - většina těžce nemocných a umírajících pacientů se obává, že v posledních chvílích svého života zůstanou sami. I když od doprovázejícího nikdo nečeká, že bude u pacienta trávit všechn svůj čas, je vhodné, aby vždy oznámil termín příští návštěvy. Praktická rada, kterou dobrovolník může zejména u starších lidí využít, je napsat mu na lísteček, kdy zase přijde, aby to nezapomněl (Křivohlavý, 1991, s. 86).

Dobrovolník se může umírajícímu stát neocenitelnou oporou v jeho posledních dnech a pomoci mu překonat strach ze smrti. Pro naplnění tohoto předpokladu je nutné, aby doprovázející rozvíjel i své komunikační schopnosti.

2.5 Komunikace s umírajícím

Všude, kde se sejde člověk s člověkem, se mezi nimi něco děje. Psychologové zde hovoří o sociální interakci. Do této sociální interakce patří sociální komunikace – vzájemné sdílení slovy i beze slov (Křivohlavý, 2010c, s. 85). Někteří lidé se domnívají, že tím nejdůležitějším během rozhovoru jsou vyřčená slova. To je ale jen část pravdy. I dobrovolníci by měli pamatovat na to, že nekomunikují pouze slovy a větami, ale také mimoslovně - celým tělem i svým chováním (Křivohlavý, 2010a, s. 15).

2.5.1 Nonverbální komunikace

Při setkání s člověkem, kterého neznají vůbec nebo jen povrchně, hrají nonverbální projevy důležitou úlohu. Nesmí však zapomínat na to, že i nonverbálními projevy (dotek ruky, déletrvající pohled) mohou narušit komfortní zónu druhého člověka, a že by si pro takové projevy měli nejprve slovně vyžádat svolení (Křivohlavý, 1988, s. 101).

„Obvykle se ptají ti, které čeká rozhovor s člověkem, jenž stojí před branou smrti,

o čem by měli s ním hovořit. Zkušenost mnohých ukazuje, že často důležitější nežli to, co se řekne, je to, co se vyjádří beze slov - autentickým přátelským či „partnerským“ (tj. spolupodílnickým) postojem.“ Jedná se o široký soubor mimoslovních projevů - výraz obličejem, pohyby rukou, doteky, postoj těla a podobně (Křivohlavý, 2002, s. 160).

2.5.2 Otázky

Při rozhovoru s pacientem se často používají otázky. Umět je správně používat je pro doprovázejícího velkou pomocí. Proto je dobré si ujasnit, jaké typy otázek vlastně existují.

Na **uzavřené otázky** se dá odpovědět jedním, nebo několika málo slovy. Většinou začínají tázacími zájmeny, ale může jít i o celou větu jako například *Bolí vás to?* Otázky tohoto typu činí z rozhovoru výslech. Při takovém typu rozhovoru se žádný z účastníků necítí příjemně, a dialog většinou rychle končí.

Když formulace otázek nutí druhého k souhlasné, nebo záporné odpovědi, jedná se o **otázky sugestivní**. Sem patří i dovětek *...že ano, ...není-liž pravda?* Je třeba si uvědomit, že jde o jistou formu nátlaku.

Svádivé otázky, jako například *Proč jsi tu nemoc dostal zrovna ty?*, jsou otázky, které nastolují zdánlivě důležité téma, ale ve skutečnosti nic neřeší a často na ně neexistuje odpověď.

Otevřené otázky - jsou ty, které otevírají prostor pro vyjádření svého vlastního názoru, umožňují rozhovořit se o osobní zkušenosti. Takové otázky vybízejí ke sdílení se, a tak dávají doprovázejícímu příležitost pacientovi porozumět. (Křivohlavý, 1991, s. 19-20).

Otázky dávají možnost určovat téma rozhovoru. Mohou ale také ovlivňovat pacientovo emocionální naladění. Vhodnými otázkami pak může dobrovolník pacienta uklidňovat, snižovat napětí ve kterém se nachází, pomoci mu najít jádro jeho problémů, či dokonce jejich řešení. Nevhodnými otázkami ho naopak může rozrušit a způsobit, že si bude připadat jako u výslechu (Křivohlavý, 1991, s. 21). K budování důvěry pomůže nechat pacienta hovořit a neskákat mu do řeči. Tím ho lze ujistit, že to, co říká, je pro dobrovolníka důležité (Křivohlavý, 2010a, s. 102).

Slovní projev nemocného může přinášet nejen informace, ale také emoce, lichočky, urážky, povzbuzení a podobně. „Dalo by se říci, že to, co je dobrovolníkovi sdělováno a co slyší, to je jen – obrazně řečeno – špička ledovce. Další množství

informací nejrůznějšího druhu je přitom **skryto pod hladinou**.“ (Křivohlavý, 2010a, s. 109-110) Proto by mezi dobrovolníkovy dovednosti mělo patřit i umění naslouchat.

2.5.3 Umění naslouchat

Umění naslouchat znamená dokázat v rozhovoru oddělit podstatné věci od nepodstatných. Můžeme to přirovnat k umění číst mezi řádky (Křivohlavý, 1991, s. 32).

Ten, kdo hovoří s pacientem, musí nejprve odložit všechny předsudky, neboli předem získané informace, které může o pacientovi mít. Jen tak může pacienta nezaujatě vyslechnout a dozvědět se o jeho problémech a trápeních. Jako předsudek chápeme představy, názory a soudy, které si vytvoříme ještě dříve, než se s dotyčným člověkem setkáme (Křivohlavý, 1991, s. 32).

Dobrovolník by neměl jednat pouze podle příruček, ale měl by rovněž naslouchat srdcem, jak to popisuje Křivohlavý. „Jsou tři způsoby poznávání toho, co nám někdo, kdo nám něco říká, sděluje - tři způsoby naslouchání:

1. Naslouchání ušima - slyšením
2. Naslouchání očima - viděním
3. Naslouchání srdcem – milováním.“ (Křivohlavý, 2010a, s. 29)

Člověk, který ovládá umění naslouchat, se pozná podle tří hlavních charakteristik, které definoval již v minulém století Carl Rogers.

Ryzost – se projevuje férovým, opravdovým postojem posluchače, který si na nic nehraje, nic nepředstírá a tím vzbuzuje důvěru u pacienta.

Akceptace – se projevuje bezpodmínečným přijetím pacienta. I když dobrovolník v řadě otázek nemusí s pacientem souhlasit, přesto mu dává najevo, že si ho váží, že ho má rád, a že chce být jeho přítelem.

Porozumění – se projevuje snahou co nejlépe pochopit pacienta. Posluchač se snaží nevykládat si jeho slova podle svých pocitů, ale je naopak vnímavý ke všem verbálním a neverbálním projevům (podle Křivohlavý, 2010a, s. 62-63).

Důležitou součástí rozhovoru je odhalení a přijetí vnitřních pocitů pacienta. K takovému přijetí dochází tehdy, když doprovázející svého partnera ujistí, že ho jeho pocity zajímají, že si jich všímá, že dokáže rozpoznat, co v dané chvíli prožívá. Jestliže k tomuto ujišťování dochází pomocí slov, kterými se snaží vyjádřit, jak pochopil pacientovy pocity, pak se jedná o takzvané **zrcadlení**. Tato dovednost není lidem vrozená, je nutné se ji naučit. Pacient musí ze slov dobrovolníka vycítit, že se snaží

pochopit, co právě prožívá, aniž by chtěl jeho pocity hodnotit, říkat mu, jak by se měl nebo neměl cítit. Pacient většinou nechce slyšet rady, ale ujištění, že je přijímán i se svými pocity (Křivohlavý, 1988, s. 162).

Pokud doprovázející podlehne pokušení zlehčovat pocity svého partnera, chlácholit jej, nebo mu dávat dobře míněné rady, pak hrozí, že se pacient uzavře, zmlkne a rozhovor s ním skončí, nebo bude pokračovat jen na formální úrovni. Jestliže se mu však podaří zrcadlit pocity svého partnera, pak má naději, že se mu bude více a otevřeněji svěřovat s tím, co prožívá, a že i sám pacient pocítí, že jeho vnitřní napětí povoluje a do jeho srdce přichází pokoj. Podaří se tak navázat důvěrný vztah, ve kterém nebude nutné něco skrývat (Křivohlavý, 1988, s. 163).

2.5.4 Sdílení víry

Je-li dobrovolník věřící, může se s nemocným podělit o svou víru. Měl by se však při tom řídit následujícími zásadami.

Jsou chvíle, kdy by dobrovolník měl ovládat nejen umění naslouchat, ale i taktně, s citem a nenásilně usměrňovat pacienta, který hovoří. Jde o to vést rozhovor k duchovním tématům. Už vědomí, že umírající mluví s věřícím dobrovolníkem, může pacienta nasměrovat tak, že je otevřený slyšet povzbuzení evangelia. Není třeba žádné dlouhé kázání. Důležité je, aby srozumitelně a jasně zazněly nejdůležitější myšlenky evangelia, tak jak jim tento člověk věří (Křivohlavý, Kaczmarczyk, 1995, s. 66-67).

Pacient vycítí, jaký má člověk, který hovoří, osobní postoj k tomu, co říká. Pozná, jestli jsou tyto věty blízké srdci mluvčího, jestli v nich on sám nachází posilu a povzbuzení. Pak je i pacient připraven přijímat Boží slovo stejným způsobem. Jak se bránit situaci, při které by rozhovor „sklouzl“ k tomu, že pacient bude pouze poučován, že uslyší hlavně to, že dobrovolník je „zkušenější ve víře“ a podobně? (Křivohlavý, 1991, s. 43-44) Dobrovolníci, kteří svou víru berou vážně a chtějí ji sdílet s ostatními, mohou využít rady Křivohlavého. Jde o to předzásobit se. Pročítat Bibli a hledat v ní verše, ve kterých nachází povzbuzení, útěchu a pomoc. Je dobré si takovéto oddíly Bible vypisovat předem pro chvíle potřeby. Potom se mohou stát oslovením a povzbuzením i pro pacienty (Křivohlavý, 1991, s. 44). Před čtením Bible by se však měl člověk nejprve v modlitbě obrátit k Bohu s prosbou o vedení a osobní oslovení. Modlitba, následovaná rozjímáním o poselství Bible, se může stát okamžikem, kdy se nebe a země setkávají v lidském srdci. Taková zkušenost mění lidské nitro a tato změna

je patrná i navenek, v chování, slovech i v činech (Křivohlavý, 2011, s. 6-7). Tato slova se pak mohou zpřístupnit umírajícím, ať už nahlas slovy dobrovolníka, nebo například formou kartiček s vypsány biblickými verši k zamyšlení. Jinou možností je věnovat pacientovi audio nahrávku s povzbuzujícími citáty z Bible (Křivohlavý, Kaczmarczyk, 1995, s. 59).

Několik vybraných veršů, určených pro potěšení pacientů:

- Ježíš ji řekl: „Já jsem vzkříšení i život. Kdo věří ve mne, i kdyby zemřel, bude žít. A každý, kdo žije a věří ve mne, neumře navěky. Věříš tomu?“ Řekla mu: „Ano, Pane.“ J 11,25-27
- Amen, amen, pravím vám, kdo věří, má život věčný. J 6,47
- I když půjdu roklí šeré smrti, nebudu se bát ničeho zlého, vždyť ty se mnou jsi. Tvoje berla a tvá hůl mě potěšují. Ž 23,4
- Já jsem Hospodin, tvůj Bůh, držím tě za pravici, pravím ti: „Neboj se, já jsem tvá pomoc.“ Iz 41,13
- Neboj se, vždyť já jsem s tebou, nerozhlížej se úzkostlivě, já jsem tvůj Bůh. Dodám ti odvalu, pomoci ti budu, budu tě podpírat pravicí své spravedlnosti. Iz 41,10 (Křivohlavý, 2011, s. 11-28).

Je dobré si uvědomit, že ve chvílích umírání mají věřící lidé tři důležité hodnoty. Tou nejdůležitější je společenství s Bohem, prožívání Boží přítomnosti. Bible to popisuje slovy Božího zaslíbení: "Nikdy tě neopustím a nikdy se tě nezřeknu." Druhou hodnotou je víra v to, že po smrti je čeká věčný život v nebeském domově. Třetí hodnotou je Bible, Boží slovo přinášející útěchu a pokoj ve chvílích soužení a trápení (Křivohlavý, Kaczmarczyk, 1995, s. 88).

2.6 Poslední okamžiky s nemocným

Při doprovázení nevléčitelně nemocného nevyhnutelně dojde k okamžiku odchodu. Už samo pomyšlení na tento fakt může dobrovolníka předem traumatizovat. Proto je přínosné, když si doprovázející pro sebe vyřeší otázku své vlastní smrtelnosti a když alespoň teoreticky ví, s čím se během posledních okamžiků pacientova života může setkat.

2.6.1 Smrt a umírání

Během doprovázení se může umírající dotazovat dobrovolníka na tematiku smrti. Touží po pomoci při hledání odpovědí na ty nejdůležitější otázky. I proto by se měl doprovázející v této problematice orientovat (Křivohlavý, 1991, s 70).

Téma smrti bývá někdy zlehčováno, častěji je ale možné se setkat se strachem zabývat se smrtí a umíráním. V minulosti například pohřební vozy směly odvážet zesnulé do krematoria pouze za tmy, aby nikoho nerušila připomínka na konečnost lidského života. Strach často způsobuje, že se lidé s tímto tématem vypořádávají tak, že sice přijímají obecné pravdy o smrti a umírání, ale neaplikují je na svůj vlastní život. Například s výrokem, že člověk je smrtelný, souhlasí všichni, jen málokdo však najde odvahu, aby si tímto výrokem připomněl i svou vlastní smrtelnost. I při rozhovorech s pacientem se může dobrovolník setkat s tím, že téma smrti a umírání je pro pacienta tabu. Na jedné straně si je pacient vědom toho, že se jej toto téma bytostně dotýká, na druhé straně se však o tom bojí mluvit. Stejný strach se někdy projevuje i u lidí, kteří se okolo pacienta pohybují - u lékařů, u pacientových přátel či příbuzných. I u nich je tento strach vyvolán nevyřešenými otázkami a nepřipraveností na vlastní smrt (Křivohlavý, 2002, s 153).

Teprve ve chvíli, kdy je člověk životními okolnostmi donucen přiznat si svou vlastní konečnost, začíná o těchto tématech uvažovat v osobní rovině. Už nejde o ty druhé, bezejmenné lidi. Už se to dotýká i jej osobně, jde o jeho vlastní život a o jeho vlastní smrt (Křivohlavý, 1991, s 68-69).

Každý, kdo někoho doprovází na posledním úseku jeho životní cesty a chtěl by mu být pomocí, by si měl uvědomit, že i jeho život jednou skončí. Doprovázející, který je věřící, má v těchto chvílích určitou výhodu.

Odpověď na těžké otázky umírajících může přinést křesťanství, jehož základem je víra v Boží lásku, která přemáhá i smrt. Věřící dobrovolník může rozhovorem na duchovní téma přinést umírajícímu naději - a to není málo (Křivohlavý, 1991, s 71).

2.6.2 Úzkost před smrtí

Každý člověk má strach z utrpení a strach z neznáma. Umírající se bojí toho, co jej čeká a má obavy z toho, jak bude zvládat odchod ze života (Křivohlavý, 2002, s 157). Ve snaze mu pomoci může mít doprovázející tendenci připravovat ho na jeho

konečnost života tím, že sám otevírá téma jeho umírání. Je to však správné? Podle Křivohlavého nelze nutit umírajícího, aby přijal fakt své blízké smrti. Toto přijetí může vyplynout jen z vlastní svobodné vůle a na základě ujasnění své situace. Nikdo nesmí umírajícího přesvědčovat o blízkosti konce (Křivohlavý, 2002, s 159). Rada v těchto chvílích zní „Neotvírejte před pacientem problém umírání a smrti sami od sebe. Vyčkejte, až sám nastolí téma smrti a umírání... Jestliže vyjádří strach ze smrti, usedněte, vyslechněte ho a zeptejte se ho, z čeho má konkrétně obavy... Pomozte mu uspořádat jeho záležitosti.“ (Svatošová podle Křivohlavý, 2002, s 159). Dobrovolník by měl vždy čekat, až s tímto tématem přijde sám umírající. Jestliže se pacient svěří se svým strachem ze smrti, má jej vyslechnout, zeptat se na jeho obavy a pomoci mu vyrovnat se s tímto tématem (Křivohlavý, 1991, s 25).

2.6.3 Odchod

Není snadné poznat, kdy se pacientův život blíží ke svému konci. Odhadnout přesnou dobu, která umírajícímu v posledních fázích života zbývá, je prakticky nemožné, protože lidé se stejnou diagnózou a se stejnými příznaky se liší mírou své nezdolnosti a životaschopnosti. U jednoho pacienta nastane konec během několika hodin, jiný bojuje i několik dní. Pro doprovázejícího může proto být obtížné vyhnout se chybě buď v podobě předčasného poplachu, nebo zmeškáním poslední možnosti pomoci umírajícímu (Křivohlavý, Kaczmarczyk, 1995, s 17-19).

Kress uvádí mezi nejdůležitějšími objektivními známkami blížícího se odchodu změnu frekvence a nepravidelnost tepu, klesající krevní tlak, nepravidelné dýchání a ochlazování dolních končetin. Dále poukazuje na tzv. hippokratovskou tvář, unavený výraz obličeje spojený se ztrátou mimických schopností, nepravidelné mrkání, zakalené vědomí, zvýšenou frekvenci chyb v řeči, halucinace či nečekanou euforii (podle Křivohlavý, Kaczmarczyk, 1995, s 17-18).

Staňková popisuje, že nemocní ante finem (před koncem života) mívají bledou až šedivou kůži, často lepkavou studeným potem, zapadlé oči, studené uši a nos, slabý a nepravidelný puls, změněný dech, může dojít k inkontinenci moči a stolice, někdy bývá i narušené vědomí (podle Křivohlavý, Kaczmarczyk, 1995, s 18).

Co by v těchto chvílích mohl dobrovolník umírajícímu nabídnout kromě toho, že ho bude držet za ruku?

Umírající mívají často problém s nadměrným pocením. Důležitou součástí

dobrovolníkovy pomoci by proto v této fázi mohlo být otírání, zejména obličeje, mokrou žínkou (Křivohlavý, Kaczmarczyk, 1995, s 23).

2.6.4 Dobrovolník a péče o pozůstalé

Když přijde chvíle rozloučení a odchodu umírajícího, vnímavý dobrovolník cítí, že jeho úkol jako doprovazeče ještě pokračuje.

Doprovázení nekončí posledním pohazením zesnulého nebo poslední modlitbou za něj. Je třeba, aby si dobrovolník všiml i člověka, který s umírajícím trávil jeho poslední dny a hodiny, který se ze všech sil snažil být mu pomocí, útěchou i povzbuzením. Všichni tito sklíčení, truchlíci a zranění pozůstalí teď sami potřebují podporu a útěchu (Křivohlavý, 1991, s 96).

Abychom byli schopni pomoci člověku, který truchlí nad čerstvou ztrátou blízkého člověka, musíme nejprve pochopit, co v takových chvílích prožívá. Má pocit, že se mu hroutí celý svět, že ztratil poslední naději, že nedokáže bojovat proti nepřízni osudu (Křivohlavý, 1991, s 96-99). Jako reakce na těžký životní zážitek, jakým je úmrtí blízkého člověka, se u pozůstalého často objevuje deprese (Křivohlavý, 2003, s 123).

I ty nejtěžší životní situace se však dají zvládnout mnohem lépe, když na ně není člověk sám, ale má vedle sebe někoho, o koho se může opřít, komu je možno se svěřit. Tento princip se nazývá participace, neboli spolupodílení. Křivohlavý **participaci** definuje jako situaci, kdy je člověk ochoten vyslechnout toho druhého, dovolit mu, aby sdělil své těžkosti, úzkosti a obavy - a přitom jej ujišťovat, že se může cítit bezpečně, protože mu chce pomoci (Křivohlavý, 2010a, s 66). Participace je pro truchlíčího velkou oporou, protože opuštěný člověk prožívající těžké chvíle nejvíce ocení nabídku blízkosti od druhého člověka (Křivohlavý, 2010b, s 93).

2.7 Obnova sil

Péče o vážně nemocné a doprovázení umírajících je činnost, která vyžaduje spoustu energie. I když dobrovolnictví není jen o dávání, ale také o přijímání, kdy dobrovolník bývá obohacený životními zkušenostmi těch, které doprovází, může se stát, že při tak velké emoční zátěži mu dojdou síly. I pro tyto okamžiky může dobrovolník najít rady v knihách Jara Křivohlavého.

2.7.1 Ochrana před syndromem vyhoření

Každý člověk disponuje určitými schopnostmi, dovednostmi, znalostmi, zážitky a podobně. Všichni máme někde svou hranici, kterou není dobré překračovat. Týká se to v prvé řadě energie a jejího výdaje. Jako nás statik upozorňuje, že každý trám či nosník unese jen určitou zátěž, a je-li přetížen, zlomí se, tak je to i s výdejem naší energie. Jestliže dojde k přetížení u člověka, můžeme se setkat se syndromem psychického vyhoření (Křivohlavý, 2012, s. 155). S vyhořením se setkáváme nejčastěji právě u lidí, kteří aktivně pomáhají potřebným, jejichž motivací nejsou peníze, ale služba druhým lidem (Křivohlavý, 2012, s. 170).

Bylo to zdravotnictví, konkrétně hospice, odkud přišlo upozornění na syndrom vyhoření (Křivohlavý, 2012, s. 26). Má-li oheň stále hořet naplno, musí se pro to vytvořit příznivé podmínky. Má-li stále hořet, musí se na oheň neustále přikládat. Když se nepřikládá, oheň přestane plápat, pomalu uhasíná a nakonec zhasne. Obdobně tomu může být i s člověkem. I ten může nejen hořet, ale i vyhořet – fyzicky, psychicky i duchovně (Křivohlavý, 2012, s. 171).

Jaké jsou možnosti tomuto zabránit? Tak jako je vyhoření důsledkem určitého způsobu života, kde působí často souběžně několik negativních vlivů, podobně je tomu s možnostmi, jak zabránit jeho rozšíření. I zde jde především o správný životní styl, neboli soubor činností, které zpomalují, či dokonce obracejí proces vyhoření (Křivohlavý, 2012, s. 170).

Pro inspiraci uvádím některé z nich.

- Kvůli nadšení pro dobrovolnictví je nutné nezanedbávat dosavadní vztahy a přátelství. Křivohlavý tvrdí, že lidé, kteří cítí silnou sociální oporu ze strany svých příbuzných a přátel, bývají nejméně ohroženi psychickým vyhořením (Křivohlavý, 2012, s. 123).
- Ventilovat emoce povídáním si s někým, kdo si udělá čas na vyslechnutí. Z napětí je třeba se vypovídat. Jestliže se emoce vyjádří slovně, sníží se vnitřní napětí. Účinnější než dialog s přítelem či známým je terapeutický rozhovor s profesionálem - psychologem, který dokáže vhodnými otázkami přivést člověka k větší otevřenosti. I zde však může otevřenost narazit na své hranice. V takovou chvíli je vhodné vyhledat možnost zpovědi, u které je naslouchající vázán naprostou mlčenlivostí. Vnitřní napětí lze ventilovat i pomocí psaní deníku (Křivohlavý, 2010c, s. 37).

- Relaxovat - může jít o chvilkové relaxační protažení, kdy se narovnájí bolavá záda a soustředí se na zdravé dýchání. Může se jednat o pár cviků z jógy, strečinku a aerobiku, nebo si dopřát příjemnou masáž. Oddat se na chvíli zážitku vůně dobromyslu, tymiánu, máty nebo růže nebo jen zavřít oči a ve svých představách se na okamžik ocitnout na oblíbeném místě.
- Používat humor – máloco dokáže člověka uvolnit tak, jako srdečný smích. Je dobré být otevřený všem formám humoru a nebát se smát.
- Odpočívat – vzít vážně Boží přikázání o dni odpočinku.
- A mnoho dalších, jako zpívat si, pracovat na zahrádce, poslechnout si krásnou hudbu, nepít čaj a kávu před spaním, večer si dát teplou sprchu a ukončit den modlitbou (Křivohlavý, 2012, s. 157-166).

Na otázku, co dělat, aby se zabránilo objevení příznaku vyhoření, odpovídá také několik rad vytvořených v anglických hospicích.

- Být k sobě mírný, vlídný a laskavý.
- Najít si své klidné místo, kam se dá uchýlit a o samotě zklidnit své myšlenky.
- Být druhým lidem oporou, povzbuzovat je a chválit. Stejně tak ale dokázat povzbuzení a pochvalu přijímat.
- Doprovázející si musí připustit, že se může setkat s problémy, vůči kterým bude zcela bezmocný. I v takových chvílích je však to nejdůležitější zůstat pacientovi nablízku a být připraven podat pomocnou ruku.
- Je důležité umět říkat kromě ANO také NE. Zvláště, když chcete, aby vaše ANO mělo hodnotu.
- Léčivou sílu má radost, častý smích a hra. Proč to nezkusit? (Křivohlavý, Kaczmarczyk, 1995, s 46-48)

Otázkou, jak se ubránit syndromu vyhoření se zabývá i Vávrová (2012, s. 128) a poukazuje na důležitost účasti na pravidelných supervizích. Označuje supervizi za jeden z hlavních nástrojů při prevenci syndromu vyhoření. Při vykonávání psychicky, emočně i fyzicky vyčerpávajících aktivit, kde nepochybně patří i dobrovolnické působení v hospicové a paliativní péči, je třeba nabízet vhodné podpůrné mechanismy, jako je supervize.

Jedná se o komunikaci dobrovolníků se supervizorem v neohrožujícím prostředí, kde mají dobrovolníci možnost konzultovat své zážitky, postoje a pocity pramenící z jejich činnosti (Tošner, Sozanská, 2002, s. 81).

Závěr

V této bakalářské práci jsem se pokusila představit systém hospicové a paliativní péče s dobrovolnickou činností, která je zde uplatňována. V rámci své práce koordinátora dobrovolníků v hospici mám příležitost vidět, jak zájem o dobrovolnickou službu u lidí v terminálním stádiu života neustále roste. Frič toto potvrzuje, když říká, že české dobrovolnictví je živé, roste a neustále se mění. Začínáme se přibližovat západním zemím, které pro nás jsou vzorem (Frič, 2011, s. 8). Tento fakt mě přiměl k tomu, abych lidem, kteří se zapojují do dobrovolnictví v hospicové a paliativní péči, poskytla informace, které jsem získala díky zkušenostem s vlastní dobrovolnickou službou v hospici i studiem oboru Charitativní a sociální práce, a které považuji za důležité. Využila jsem k tomu téměř dvě desítky knih našeho předního psychologa Jara Křivohlavého, ale i publikace dalších autorů.

S využitím knih doktorky Svatošové jsem popsala formy domácích, stacionárních a lůžkových hospicové péče, kde lidé, kteří zde tráví poslední dny svého života, potřebují někoho, o koho se mohou opřít. Četba publikací Tošnera mě inspirovala k tomu, abych představila základní modely dobrovolnictví, které mohou být v paliativní péči uplatněny. Prostudováním řady knih odborníka na mezilidské vztahy, Jara Křivohlavého, jsem získala informace aplikovatelné pro dobrovolnickou činnost v hospicové a paliativní péči, které obohatily nejenom mě samotnou, ale věřím, že budou přínosné i pro čtenáře této práce. Poukázala jsem na osobnostní profil dobrovolníka, na některé důležité vlastnosti nezbytné pro doprovázení vážně nemocných lidí, jako například empatii, respekt a opravdový zájem o člověka. Uvedla jsem některé praktické rady v oblasti komunikace, snažila se odpovědět na otázku, zda a jakým způsobem je možno sdílet svou víru. K doprovázení patří i poslední okamžiky s umírajícím, proto jsem popsala i jak poznat blížící se chvíli odchodu a co v těchto chvílích dělat.

Jara Křivohlavého jsem informovala o svém záměru využít myšlenky z jeho díla k inspiraci pro dobrovolnickou činnost v hospicové a paliativní péči. K našemu plánovanému setkání, při kterém jsme chtěli ještě před zveřejněním společně pročíst tuto bakalářskou práci, ale nedošlo. Jeho zhoršující se zdravotní stav to již nedovolil a na konci roku 2014, ve věku nedožitých devadesáti let pan Jaro Křivohlavý zemřel. I přesto však věřím, že vybrané myšlenky z jeho díla, které jsem v této práci uvedla,

budou inspirací těm, kteří touží pomáhat umírajícím lidem smysluplně prožít jejich poslední chvíle.

Seznam literatury a použitých zdrojů

Dílo Jara Křivohlavého

Křivohlavý, J. (1977). *Já a ty*. Praha: Avicenum.

Křivohlavý, J. (1988). *Jak si navzájem lépe porozumíme*. Praha: Svoboda.

Křivohlavý, J. (1989). *Vážně nemocný mezi námi*. Praha: Avicenum.

Křivohlavý, J. (1991). *Křesťanská péče o nemocné*. Praha: Advent.

Křivohlavý, J. (1994a). *Jak zvládat stres*. Praha: Grada.

Křivohlavý, J. (1994b). *Mít pro co žít*. Praha: Návrat domů.

Křivohlavý, J., Kaczmarczyk S. (1995). *Poslední úsek cesty*. Praha: Návrat domů.

Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada.

Křivohlavý, J. (2003). *Jak zvládat depresi*. Praha: Grada.

Křivohlavý, J. (2007). *Psychologie vděčnosti a nevděčnosti*. Praha: Grada.

Křivohlavý, J. (2009a). *Psychologie moudrosti a dobrého života*. Praha: Grada.

Křivohlavý, J. (2009b): Psychika pacienta s maligním lymfomem [on-line]. Dostupné 9. 2. 2015 z <http://jaro.krivohlavy.cz/node/113>

Křivohlavý, J. (2010a). *Povídej - naslouchám*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství.

Křivohlavý, J. (2010b). *Pozitivní psychologie*. Praha: Portál.

Křivohlavý, J. (2010c). *Sestra a stres*. Praha: Grada.

Křivohlavý, J. (2011). *Slova potěšení a povzbuzení*. Praha. Česká biblická společnost.

Křivohlavý, J. (2012). *Hořet, ale nevyhořet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství.

Křivohlavý, J. (2013a). *Není radost jako radost*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství.

Křivohlavý, J. (2013b). *Psychologie pocitů štěstí*. Praha: Grada.

Monografie

Doyle D. (2009). Introduction- What is hospice care? In Scott R., Howlett S., Doyle D. (Eds.), *Volunteers in Hospice and Palliative Care (s. 1-11)*. New York: OXFORD.

Haškovcová, H. (2007). *Thanatologie*. Praha: Galén.

Kalvach, Z.(2013). Paliativní péče. In Křišť'an, A., Matoušek, O., Musil, L.,Smutek, M. (Eds.), *Encyklopedie sociální práce (s.144-145)*. Praha: Portál.

Křížová, E. (2001). Dobrovolnictví v neziskových organizacích. In Frič, P. a kol. *Dárcovství a dobrovolnictví v České republice (102-130)*. Praha: NROS, AGNES.

Nakladalová, L., (2010). *Materiál ke školení dobrovolníků*. Ostrava: Dobrovolnické centrum ADRA.

Payneová, S., Seymourová, J. (2007). Setkání s nemocí - přehled. In Payneová, S., Seymourová, J., Ingletonová, Ch. (Eds.), *Principy a praxe paliativní péče (21-47)*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu.

Spencer-Gray, S. (2009). The training and education of volunteers. In Scott R., Howlett S., Doyle D. (Eds.), *Volunteers in Hospice and Palliative Care (s. 63-87)*. New York: OXFORD.

Student, J., Mühlum, A., Student, U. (2006). *Sociální práce v hospici a paliativní péči*. Praha: H & H.

Svatošová, M. (2011). *Hospice a umění doprovázet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství.

Svatošová, M. (2003). *Hospice a umění doprovázet*. Praha: ECCE HOMO.

Tošner, J., Sozanská, O. (2002). *Dobrovolníci a metodika práce s nimi v organizacích*. Praha: Portál.

Vávrová, S. (2012). *Doprovázení v pomáhajících profesích*. Praha: Portál.

Vorlíček, J. (2004). Úvod do problematiky paliativní medicíny. In Vorlíček, J., Adam, Z., Pospíšilová Y. (Eds.), *Paliativní medicína* (s.19-28). Praha: Grada.

Články

Frič, P. (2011). Současné trendy dobrovolnictví a sociální práce. *Sociální práce/Sociální práce*, č.4, s.8.

Sláma, O. (2010). Specializovaná paliativní péče je dostupná pětina pacientů. *Sociální práce/Sociální práce*, č.2, s.61.

Slowík, J. (2011). Dobrovolnictví jako nepostradatelný nástroj podpory sociální inkluze. *Sociální práce/Sociální práce*, č.4, s.47.

Elektronické zdroje

Cesta domů (nedatováno): Adresář [on-line]. Dostupné 9.3.2015
z <http://www.cestadomu.cz/adresar>

Informační a diskusní portál Umírání.cz (nedatováno): Co je hospic [on-line]. Dostupné
9.3.2015 z <http://www.umirani.cz/co-je-hospic>

MVČR (2014): Informace o novele zákona o dobrovolnické službě [on-line]. Dostupné
9.2.2015 z <http://www.mvcr.cz/clanek/informace-o-novele-zakona-o-dobrovolnicke-sluzbe>