



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra sociální práce

Bakalářská práce

Problematika smrti a umírání očima pracovníků v hospicových zařízeních

Vypracovala: Iva Pližková
Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Ondřej Doskočil, Th.D.

České Budějovice 2015

Abstrakt

Teoretická část bakalářské práce popisuje základní témata týkající se smrti a umírání tak, aby co nejlépe posloužila jako podklad pro část výzkumnou. První kapitola se věnuje samotné smrti a umírání. Kromě definice základních pojmů zde uvádím fáze umírání podle Kübler-Rossové, rozebírám téma utrpení v lidském životě, tabuizaci smrti. Nedílnou součástí je exkurz do historie vnímání smrti, a na závěr se krátce zabývám současným stavem umírání v České republice. Druhá kapitola je věnována paliativní péči a hospicovému hnutí. Uvádím zde základní dělení, poslání a cíle a samozřejmě zde není opomenuto téma eutanázie. Poslední kapitola stručně popisuje syndrom vyhoření u pomáhajících pracovníků, hospicové pracovníky nevyjímaje.

Výzkumná část začíná definováním cíle práce, který zní: *Zmapovat názory a postoje pečujících pracovníků v hospicových zařízeních ve vztahu k vnímání smrti a utrpení a faktorů, které jej ovlivňují.* K cíli byly stanoveny čtyři výzkumné otázky, které jsem následně naplnila v průběhu výzkumu. Vzhledem k povaze práce jsem použila metodu kvalitativního výzkumu a jako technika sběru dat byl zvolen polostrukturovaný rozhovor, který probíhal formou individuální či skupinovou. Komunikačními partnery mi při výzkumu bylo celkem 11 hospicových pracovníků z Jihočeského kraje a kraje Vysočina.

Z rozhovorů vyplynuly tři okruhy: Důvody pro výběr práce v paliativní oblasti; vnímání smrti, umírání a utrpení a prevence syndromu vyhoření. Důvody pro výběr zaměstnání v hospici jsou velice rozdílné. Mezi důvody patřila prožitá zkušenost se ztrátou blízkého člověka, náhoda při hledání zaměstnání či přechod z nemocniční praxe. Jako jednoznačné pozitivum respondenti uváděli velký rozdíl v kvalitě poskytované péče oproti nemocnicím. Co se týče názoru na smrt, převažuje vnímání smrti jako přirozené součásti života, ale objevila se i myšlenka posmrtného života. Pro všechny pracovníky je jednoznačně stresující faktor úmrtí mladého člověka či dítěte. Nejkomplikovanějším okruhem byl smysl utrpení, na což jsem ne vždy dostala jasnou odpověď. Co se týká problematiky eutanázie, převládaly názory proti zlegalizování

eutanázie, a to především z důvodu kvalitní a stále se rozvíjející paliativní péče. Dále jsme se s respondenty krátce věnovali tématům přítomnosti dítěte u umírání, tabuizace smrti či vlivu náboženství na vykonávání této práce. V poslední části výzkumu jsem se ptala na strategie, pomocí nichž se pracovníci vyrovnávají s pracovním stresem a předchází tak syndromu vyhoření. Pozitivní ohlasy měly teambuildingové akce a mezi nejčastější osobní metody patří příroda, kultura, povídání si s přáteli a především striktní oddělování pracovního a rodinného života.

Klíčová slova: smrt, umírání, hospic, paliativní péče, syndrom vyhoření

Abstract

The theoretical part of the bachelor thesis describes the basic theme of death and dying in order to support the practical part as best as possible. The first chapter covers the topic of death and dying in general. Besides the basic definitions it contains the phases of dying according to Kübler-Ross, the topic of suffering in human life and the taboo of death. An inseparable part of the thesis is an excursion into the history of the perception of death. The end of the first chapter deals with the current state of dying in the Czech Republic. The second chapter deals with palliative care and the hospice movement. The chapter provides a basic division, mission and goals, and of course the topic of euthanasia is also mentioned here. The last chapter briefly describes the burnout syndrome among helping professions including hospice workers.

The practical part begins by defining the goal of this thesis. The goal of this thesis is as follows: *To map the opinions and attitudes of helping workers in hospices in context to their perception of death suffering and the factors that influence them.* To achieve this goal four research questions have been established and subsequently answered during the research. Because of the nature of the thesis the qualitative research method has been chosen. Both individual and group semi-structured interviews have been chosen as the methods for gathering data. The communicational partners for the research were 11 hospice workers from the Jihočeský and Vysočina regions.

Three areas emerged from the interviews: The reason for choosing this thesis in the palliative area; the perception of death, dying and suffering, and the prevention of the burnout syndrome. The reasons why somebody would choose to work in a hospice are very varied. The mentioned reasons included the experience of losing a loved one, coincidences when looking for work or transfers from hospital workers. As a clear positive the respondents mentioned a great difference between the quality of service offered by hospices against the quality offered by hospitals. In regards to the respondents opinions on death, most of the respondents consider death as a natural part of life, the possibility of an afterlife has however also been mentioned. A death of a young person or a child is a notable stress factor for all of the respondents. The most

complicated area was the purpose of suffering where the respondents gave no clear answer. In regards to euthanasia the majority of the respondents were against legalizing it, mostly because of the quality and expanding palliative care. Another topic covered by the interviews was the presence of the child when someone is dying, the taboo of death or the influence of religion on working in this field. The last part of the practical part dealt with the strategies the workers in palliative care use to deal with work related stress and how do they prevent being burnout. Teambuilding had a positive feedback. The individual methods of preventing burnout then included nature, culture, talking to friends and especially strictly separating personal life and work.

Key words: death, dying, hospice, palliative care, burnout syndrome

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne

.....

Iva Pližková

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala Mgr. et Mgr. Ondřeji Doskočilovi, Th.D. za odborné vedení, cenné rady a ochotu při zpracování mé bakalářské práce. Díky patří také všem respondentům, kteří se na výzkumu podíleli.

Obsah

Úvod.....	10
1 Smrt a umírání	12
1.1 Vymezení základních pojmů.....	12
1.1.1 Thanatologie	12
1.1.2 Umírání	13
1.1.3 Smrt.....	13
1.2 Fáze umírání.....	14
1.3 Umírání jako proces	16
1.4 Utrpení, bolest a jejich smysl	17
1.5 Vnímání smrti a umírání v minulosti a dnes	19
1.6 Umírající dítě	22
1.7 Umírání v České republice v současnosti	23
2 Paliativní a hospicová péče	25
2.1 Paliativní péče	25
2.1.1 Dělení paliativní péče	26
2.1.2 Dosavadní rozvoj paliativní péče v České republice	28
2.2 Hospicové hnutí	28
2.2.1 Formy hospicové péče	30
2.3 Eutanazie	31
3 Syndrom vyhoření (Burnout-syndrom)	33
3.1 Fáze syndromu vyhoření	33
3.2 Důsledky syndromu vyhoření	35
3.3 Jak se chránit před vyhořením.....	35
4 Cíl práce a výzkumné otázky	37
4.1 Cíl práce	37
4.2 Výzkumné otázky.....	37
5 Metodika.....	38

5.1	Použitá metodika a technika sběru dat	38
5.2	Výzkumný soubor	39
5.3	Analýza získaných dat.....	40
6	Výsledky.....	42
6.1	Schéma otevřeného kódování	43
6.2	Výsledky otevřeného kódování.....	43
6.2.1	Důvody pro výběr práce v paliativní oblasti.....	45
6.2.2	Vnímání smrti, umírání a utrpení.....	46
6.2.3	Prevence syndromu vyhoření.....	54
7	Diskuse	57
8	Závěr.....	64
9	Seznam použitých zdrojů	68

Úvod

Smrt a umírání jsou tak často skloňovaná slova, že již pomalu mezi lidmi ztrácí význam. Se smrtí se setkáváme téměř denně. Velice často se tak děje prostřednictvím filmů, kde obdivujeme hrdiny, kteří zabíjejí zloduchy; s napětím sledujeme, kdo ve filmu přežije, či pláčeme, když hlavnímu hrdinovi umře životní láska. Dalším nevyčerpatelným zdrojem je internet a jiná média. Každý den můžeme číst zprávy o osobách, které zemřely nešťastnou náhodou, v důsledku tragické nehody, kolik lidí zemřelo v ozbrojených konfliktech, či kdo umřel po boji s dlouhodobou nemocí. Smrt na nás dopadá ze všech stran, ale kvůli médiím se stala odosobněnou a zprostředkovanou. Oproti našim předkům nejsme se smrtí v osobním kontaktu a často ztrácíme schopnost o ní hovořit a vnímat jako nedílnou součást našeho bytí. Můžeme tedy říci, že v dnešní době je smrt blízká i vzdálená zároveň.

Moderní člověk žije ve světě neustálého shonu, pracovních povinností, honbě za úspěchem. Nelze se tomu divit, jelikož ve světě často přežijí ti nejúspěšnější a nejdravější. Problém jako je smrt a umírání člověka netrápí, nemá čas se jimi zabývat. To ale platí pouze do doby, dokud není postaven smrti tváří v tvář. Když se člověk ocitne v situaci, kdy zjistí, že jeho blízký či dokonce on sám má nevléčitelnou nemoc, donutí ho to se zastavit a začít přemýšlet o věcech, které mu ještě před pár dny připadaly ztracené v daleké budoucnosti, které se ho za žádných okolností nemohou týkat, jelikož on je stále mladý a mladí lidé přeci neumírají, to je výsada starých. Pokud dítěti zemře zvířátko, zřídka kdy uvidíme, že by byly k takovéto situaci lhostejné. Děti jsou zvědavé, chtějí všechno vědět. Zajímají se, co se stalo, proč tady bylo a teď už není, chtějí tomu přijít na kloub a chtějí si o smrti povídat. Pokud ovšem dítě nemá zpětnou vazbu, nemá nikoho, kdo by mu odpověděl jeho otázky, naučí se postupně toto téma nevyhledávat, až nakonec přijme společenský postoj, že smrt je téma, o kterém se nemluví, je příliš smutné či dokonce morbidní.

Pro pracovníky v hospicích je ovšem smrt realitou, se kterou se setkávají každý den. Jsou to právě oni, kdo doprovází umírajícího a jeho rodinu v posledních měsících, týdnech či pouze dnech a kdo se snaží o to, aby byl konec života prožit kvalitně, bez

bolesti a s maximální důstojností, která člověku náleží. Výzkumů či kvalifikačních prací na téma smrt, umírání, eutanázie či potřeby umírajících bylo již napsáno mnoho, ale pouze hrstka z nich se zaměřuje na ty, kteří tuto pomoc poskytují, na ty, kteří jsou za poskytnutou pomoc zodpovědní a na ty, na které je během procesu umírání často zapomínáno, i když si zaslouží a mnohdy potřebují stejnou pozornost. Z tohoto důvodu jsem zaměřila svoji práci na pracovníky v hospicových zařízeních, kteří jsou ve společnosti nedoceněni, mnohdy dokonce nechápani, ale kteří vykonávají svoji profesi s velkým nasazením a láskou k lidem. Tato práce byla i výzvou pro mě samotnou, jelikož jsem se doposud se smrtí blízkého člověka nesetkala a nevím, jaká bude moje reakce, až tento okamžik nastane. Proto jsem chtěla nahlédnout do světa a myšlení těch, kteří jsou smrti blíž než kdokoliv jiný.

1 Smrt a umírání

Smrt a umírání je věčné téma, pro jednoho děsivé, pro druhého záhadné a vzrušující. Podle Payna (28) je smrt jediná jistota, přičemž stejný název nese i jeho kniha. I když si to mnohdy ani neuvědomujeme, žijeme v neustálém vědomí smrti, v jejím stínu. Smrt provází lidstvo již od samého počátku, v každé etapě historického vývoje byla vnímána odlišně, ale vždy byla opředena řadou záhad a hádanek. Již řecká filozofie vycházela z předpokladu, že pouze skrze vlastní smrt lze pochopit život (31).

Naše postmoderní společnost jednoznačně preferuje zdraví, mládí, úspěch, výkon a rovněž hodnota jedince ve společnosti je často posuzována právě na základě těchto vlastností. Problematika smrti a umírání je často potlačována do pozadí a člověk o nich mnohdy odmítá přemýšlet jako o běžné součásti života, která může dříve či později dosáhnout i jeho samotného (14). „*Určité ponětí o tom, že smrt potká každého z nás, má ovšem blahodárny dopad na život v přítomnosti, přičemž životu tím teprve dodává cenu*“ (31, s. 149).

Ve společnosti panují dva základní názory na to, co přijde po smrti. V prvním případě naše existence končí. Máme pouze náš jeden život a po něm žijeme již jen ve vzpomínkách blízkých lidí. V druhém případě naopak smrt není definitivním koncem. Je pouze proměnou, kdy opouštíme své dosavadní tělo i mysl a přecházíme do jiné sféry bytí či do jiné dimenze (28).

1.1 Vymezení základních pojmů

1.1.1 Thanatologie

Smrtí a umíráním se zabývá mnoho vědních oborů, a to filozofie, psychologie, sociologie, medicína a etika, a každý z těchto oborů nazírá na toto téma ze své vlastní a specifické perspektivy. Spojením nejrůznějších vědeckých přístupů vznikla právě *thanatologie*, která je definována jako věda zabývající se finalitou života, smrtí

a umíráním (14). Termín pochází z řecké mytologie, kde Thanatos byl bohem smrti. Kromě teoretických otázek týkající se smrti a umírání, zahrnuje thanatologie i praktické otázky, např. způsob péče o umírající, komunikace s umírajícími, ale také psaní závěti, jednání s pohřebními úřady či pojišťovny (40).

Z trochu jiného pohledu nahlíží na smrt eschatologie, která pojednává o posledních věcech člověka. Toto učení se zabývá posmrtným životem, našimi představami o vlastním konci, ale také představy o konci civilizace či světa jako takového (40).

1.1.2 Umírání

Pojem umírání je dle lékařské terminologie synonymem k terminálnímu stavu. Jedná se o proces, během kterého dochází k postupnému a nevratnému selhávání tělesných funkcí a orgánů, jehož výsledkem je *mors*, tedy smrt (10). „*V jistém slova smyslu se dá říci, že člověk umírá od narození. Geneze smrti je podmíněna životem a život je umožňován smrtí. Biologové hovoří o programu života, který je střídán smrtí, anebo o programu smrti, k jehož spuštění dojde poté, kdy byl vyčerpán program života*“ (11, s. 89).

1.1.3 Smrt

Jednoznačné definování smrti je podle Payna nemožné, jelikož neexistuje ani jednotná definice života. Kdybychom definovali život z vědeckého hlediska, mohli bychom jej popsat jako projevy živého organismu, např. omezenost v prostoru a čase, schopnost látkové výměny, výměna informací mezi objektem a prostředím, reprodukční schopnost atd. Tautologicky by tedy smrt mohla být pojímána jako nepřítomnost těchto životních projevů (28).

I když z filozofického hlediska smrt nelze definovat, medicína nabízí definic hned několik. Jedna z nich zní: *"Smrt je dle definice stav, kdy u živého organismu došlo k nezvratným změnám v mozku a v jejich důsledku k zániku centra dýchání, krevního oběhu a postupnému rozkladu a odumírání těla"* (40, s. 11).

Z medicínského pohledu se může hovořit o:

- **klinické smrti**, kdy dochází k zástavě krevního oběhu a dýchání, přičemž tuto smrt lze v některých případech zvrátit resuscitací;
- **biologické smrti**, kdy nastává zánik činnosti buněk u různých orgánů. Biologická smrt nastupuje až po uplynutí určitého času. Tento čas se nazývá bezprostřední resuscitační čas a u buněk tkání je mnohem delší, než u těch srdečních. Tento čas je významný nejen z hlediska možnosti přežití klinické smrti, ale také z hlediska orgánových transplantací.;
- **mozkové (cerebrální) smrti**, kdy dochází k nenávratné zástavě mozkových buněk a právě smrti mozku nastává smrt individua a smrt jako taková (15).

V případech, kdy není možnost změřit elektrickou aktivitu mozku, je možné smrt zjistit pomocí tzv. jistých a nejistých známek smrti. Mezi nejisté známky smrti patří projevy výše zmíněné klinické smrti, tzn. zástava dýchání, činnosti srdce, nevybavování zornicového reflexu. Oproti tomu u jistých známek smrti nastávají změny fyzikální a chemické povahy měnící tělo zemřelého. Tyto posmrtné změny se objevují až po uplynutí určité doby. Patří k nim:

- posmrtná bledost,
- posmrtné chladnutí těla,
- posmrtné skvrny,
- posmrtné tuhnutí těla,
- posmrtný rozklad (autolýza) a posmrtná hniloba,
- posmrtné srážení krve (15).

1.2 Fáze umírání

Chápání jednotlivých fází umírání je důležité především proto, aby bylo možné umírajícího lépe pochopit, doprovázet ho a zabránit tomu, aby tolik lidí umíralo o samotě. Základním posláním medicíny je chránit zdraví a oddalovat smrt. Ovšem mnoho lidí se obává právě toho, že kvůli této moderní technické medicíně jim nebude umožněno důstojně zemřít (20).

Fáze umírání rozdělila švýcarsko-americká lékařka Elizabeth Kübler-Ross. I když reakce jednotlivců jsou odlišné a závisí na celé řadě vnějších okolností, lze u nich vysledovat určité zákonnosti. Fáze jsou seřazeny tak, jak obvykle přicházejí, ovšem není to pravidlem. Fáze se mohou opakovat, vracet se, střídát či prolínat a samozřejmě trvají různě dlouhou dobu. Fázemi neprochází pouze umírající, ale také jeho rodina, kteří trpí spolu s ním a často je na ně kladen až nadlidský úkol (19).

1. **fáze – negace:** Umírající odmítá vzít na vědomí fakt smrtelnosti, odmítá a popírá svoji diagnózu. Typické jsou výrazy typu: „To není možné!“, „To je určitě omyl!“, „Zaměnili výsledky.“ (19). K takovéto reakci velice často dochází za situace, kdy je pacient informován příliš rychle, někým, kdo nezná jeho psychiku či chce mít toto nepříjemné sdělení rychle za sebou. Popírání je často druh reflexivní obrany, která jedince brání před úděsem z diagnózy (18). Z tohoto důvodu nemají být pacienti za každou cenu přesvědčováni o opaku a násilně vtahováni do reality, jelikož tento obranný mechanismus je důležitý pro zachování jejich psychické integrity (13).
2. **fáze – agrese:** Druhá fáze je často spojena s pacientovými pocity nespravedlnosti, zloby a závisti. Typické jsou otázky typu: „Proč právě já? Proč ne ten osmdesátiletý pán odvedle?“ (18). Pacient může obrátit svůj hněv buď vůči sobě, nebo vůči ostatním okolo sebe, těm zdravým, rodině, ošetřujícímu personálu. Je důležité tento vztek pochopit, nebrat si ho osobně, umožnit jedinci ventilovat svoje emoce a rozhodně se nad jeho chováním nepohoršovat, nemoralizovat či pacienta odmítat (13). Tato fáze může probíhat také tak, že pacient na sebe neustále upozorňuje, má stále nové požadavky, často nesmyslné, vyžaduje pozornost. Toto chování spočívá v jeho strachu ze zapomnění. Chce, aby ostatní ještě slyšeli jeho hlas a věděli, že ještě není mrtvý (18).
3. **fáze – vyjednávání:** Třetí fáze je méně známá, ovšem pro pacienta o to důležitější, spoléhá na ni jako na svého pomocníka, jako na poslední šanci. Pacient dodržuje všechna pravidla, léčí se dle doporučení a čeká, že za dobré

chování bude odměněn. Pacientovo přání nemusí spočívat pouze v prodloužení života, ale také v touze být alespoň chvíli bez bolestí a obtíží (18). Často se nemocný obrací k Bohu; hledá nějakou jinou možnost či zkouší zázračné léky, léčitele, diety apod. (20).

4. **fáze – deprese:** Pacient si začíná uvědomovat, co všechno ztrácí, a to nejen zdraví, tělesné funkce, mentální schopnosti, ale také sociální role, oblíbené aktivity a blízké osoby (13). V této fázi se často pozornost umírajícího odvrací od sebe a zaměřuje se na rodinu. Hlavní zdroj deprese bývá zakořeněn ve strachu, co bude s dětmi, se starými rodiči, až tady nemocný nebude. Proto pomoc se zajištěním těchto stěžejních životních otázek je často to nejlepší, co můžeme pro člověka v této fázi udělat (18).
5. **fáze – smíření:** Zde nastává doba klidu, vyrovnání se se situací, nemocný končí boj se smrtí. K tomu dochází za situace, že měl nemocný dost času a neumírá náhle a byla mu poskytnuta patřičná péče v předchozích fázích (18). Jedinec může mnohdy rodinu překvapit tím, že se chce bavit o pohřbu či o místě posledního odpočinku. Zde to ovšem často bývají právě členové rodiny, kteří prožívají hluboký zármutek a stres ze ztráty milované osoby a mnohdy potřebují více pomoci než pacient samotný (13).

1.3 Umírání jako proces

Umírání je pro všechny zúčastněné čas krize, během něhož dominuje strach a nejistota. Proces umírání je u každého jiný, každý umírá „svou smrtí“, přesto je možné některé projevy zobecnit a připravit se na ně. Během procesu umírání dochází ke ztrátě fyzických i psychických sil, v důsledku čehož umírající:

- introvertuje, tedy vzdaluje se od vnějšího světa;
- nemá zájem o jiné lidi, noviny, televizi apod.;
- odmítá návštěvy vzdálenější rodiny a přátel,

- lpí pouze na nejbližší rodině;
- odmítá všechny a chce být sám (48).

Proces umírání je možno dělit na tři období:

1. **Období pre finem:** Počátek procesu umírání může být spojen s okamžikem, kdy dojde k odborné a následně i laické povědomosti o tom, že nemoc není dlouhodobě slučitelná se životem. Ačkoliv pacient před sebou může mít ještě mnoho let života, jeho kvalita bude ovlivňována průběhem nemoci (48). Po dobu trvání období je třeba dbát na zmírňování subjektivních potíží nemocného a mimo odbornou lékařskou pomoc je nutné mu poskytovat i pomoc lidskou. Poměrně často dochází k tzv. adaptabilní negligaci, což znamená, že nemocný začne vytěšňovat nepříjemný a úzkostný stav, který ohrožuje jeho život a čím je jedinec smrti blíže, tím intenzivnější toto popírání bývá (20).
2. **Období in fine:** Toto období je v lékařské terminologii označováno jako tzv. terminální stav, tedy stav, kdy není možné jakékoliv zlepšení stavu či nemoci za pomoci dostupných lékařských metod. Období in fine rovněž zahrnuje čas, kdy přichází smrt (20).
3. **Období post finem:** Do tohoto období spadá péče o mrtvé tělo a práci s pozůstalými (20). S výjimkou péče o mrtvé tělo, již tato oblast nespadá do popředí zájmu zdravotníků. Nutné je ovšem věnovat pozornost zármutku a žalu, které mohou mít někdy až patologický charakter (48).

1.4 Utrpení, bolest a jejich smysl

Každý z nás určitě už někdy přemýšlel o smyslu svého bytí a o smyslu lidské existence vůbec. Přicházíme na svět s nějakým konkrétním cílem, který máme naplnit, je náš život již předem nadefinován či je všechno pouze shoda náhod, které přetváříme a utváříme každým naším rozhodnutím a následným činem? Domnívám se, že na tyto

otázky neexistuje jedna správná odpověď a nikdo a nic nám v tomto případě neposkytne rozuzlení. Stejně tak to může být ohledně otázky bolesti a utrpení. Každý na to může mít odlišný názor. Pro jednoho je bolest formulující a utužující prvek, který má za všech okolností svůj pádný důvod, pro druhého je to opět souhra náhod, špatných rozhodnutí či jedné velké nespravedlnosti.

Jedno staré přísloví říká, že "Utrpení je rychlý kůň na cestě poznání." Něco pravdy na tom určitě bude. Prožitá bolest a utrpení nás může formovat jako lidské bytosti, můžeme si z něj vzít poučení, pokoru, životní moudrost a být silnější do budoucna. Na druhé straně, vážně má každé utrpení určitý smysl? Není to pouze způsob, jakým si člověk vysvětluje a vyrovnává se s nepravostmi, které se mu dějí (14).

Člověk prožívané utrpení často spojuje s pocity vlastní viny a hledání viníka, někdy i nevědomě. Někdy hledíme na svět jako na velkého rodiče, který má možnost nás chválit i trestat a když trpíme, museli jsme udělat něco špatně. Rabín Kushner ale tvrdí, že ne všechno musí mít svoji jasnou příčinu a lpění na myšlence, že Bůh odměňuje lidi za dobré chování, je pouze pohodlný způsob vysvětlení zla a přináší neadekvátní vinu, když trpíme (47).

Jedním z nejznámějších protagonistou, který se zabývá smyslem bolesti a utrpení je Viktor Emil Frankl, který tuto problematiku vysvětluje v rámci tří kategorií hodnot. Můžeme rozlišit hodnoty **tvůrčí**, které uskutečňujeme prací, hodnoty **zážitkové**, které se uskutečňují v našem prožívání, ovšem nejpodstatnější jsou hodnoty **postojové**. Postojové hodnoty odráží to, jak se člověk staví vůči nezměnitelnosti osudu a k omezením svého života. Člověk naplňuje své postojové hodnoty, když je postaven proti nepřízni osudu a vezme ho na sebe, tedy "nese ho jako svůj kříž". Život člověka, který naplňuje tyto své hodnoty, nemůže být nikdy bezesmyslný, jedinec nese odpovědnost za své hodnoty až do "in ultimis", tedy dokud dýchá (8).

Vlastním cílem utrpení je vypořádání se s tím, co je osudově dáno. Utrpení má člověka chránit před apatií a před duševní strnulostí. Podle Frankla v utrpení zrajeme a rosteme, stáváme se bohatší a mocnější (8). Ovšem může to fungovat také obráceně? V dnešní společnosti, která je zcela přesycena bolestí, nemocemi a utrpením se může velice lehce stát, že účinek na člověka je zcela opačný. Jedinec se stává lhostejný až

apatický vůči bolesti své, ale i těch druhých, chce žít v klidu a bolest co nejdřív odstranit, v horším případě pouze potlačit (14).

Elisabeth Kübler-Rossová ve své knize uvádí názor, že žádné trápení, těžkosti a zkoušky a ztráty, kterými v životě procházíme, se nedějí bezdůvodně. Naopak jsou to dary, kterých se nám dostává, a umožňují nám růst. Je to právě náš duševní růst, který je smyslem našeho bytí na Zemi. Pokud člověk není ochotný přijmout svůj život takový, jaký je, dělá vše pouze z praktických důvodů a pouze tak, aby vždy vyhověl někomu jinému, nikdy nebude doopravdy žít a také se mu nedostane klidné smrti (19).

Na otázku bolesti a utrpení se do nedávna pohlíželo pouze ze stránky čistě biologické a fyziologické, ovšem v současné době mnohá hnutí zdůrazňují nutnost nahlížet na člověka v jeho celistvosti a respektovat všechny jeho dimenze. Cecilie Saundersová, zakladatelka komplexní paliativní a hospicové péče, mluví o celkové bolesti, kterou je třeba vnímat vždy a obzvláště v období umírání. Hovoří o bolesti fyzické, sociální, emoční a spirituální (25).

Fyzickou bolest je většinou nejjednodušší rozpoznat a definovat. Bolest je ovšem záležitostí subjektivní, jelikož její vnímání je doplněno kognitivním úsilím, pokud jde o zdroj a smysl bolesti. Bolest sociální je spojena s vidinou či již nastalou ztrátou přátel, rodiny či sociálních rolí. Bolest emoční, označována taky duševní, je soubor pocitů (otupělost, hněv, smutek, smlouvání, úzkost, deprese), kterými člověk prochází při přijímání svého údělu, ztráty či vědomí blížící se smrti. Poslední je bolest spirituální, neboli duchovní. Její definice je nejobtížnější. Jedná se o bolest, která je spojena s odcizením se od svého nejhlubšího já a se ztrátou smyslu. Právě tato duchovní sféra člověka nabývá při umírání nesmírné důležitosti. Tuto duchovní dimenzi má v sobě každý člověk, ať už je „věřící“ či „nevěřící“ (25).

1.5 Vnímání smrti a umírání v minulosti a dnes

Smrt a umírání provází člověka již od samého počátku. Existuje na ní mnoho názorů a teorií, které se v průběhu historického vývoje mění. Tento vývoj je svázán

především s náboženským pojetím, aktuálním stavem filozofického a etického poznání a celkovým sociokulturním stavem dané společnosti (15).

Francouzský historik Philippe Ariés uvádí názor, že postoje vůči smrti odrážejí v průběhu staletí mínění lidí o sobě, stupeň jejich individuality, vztah k sobě a ke společnosti, ke světu a k Bohu (1).

V nejstarších dobách až do středověku byla smrt zcela běžnou záležitostí a každodenní součástí, byla dominantou života (1). Děti v rodinách se již od malička učily akceptovat smrt jako běžnou a nevyhnutelnou součást života a tím si zároveň mnohem lépe osvojovaly vědomí vlastní smrtelnosti (15). Smrt nebyla vnímána jako zlá, pouze spravedlivá. Na dobových obrazech často bývá vyobrazena mladá krásná dívka tančící s kostlivcem, či naopak mládenec s kostrou. Jednalo se o tzv. dance macabre – tanec smrti. Smrťka nakonec vyzve k tanci všechny, boháče i žebráka, krále i děvečku, nedělá rozdíly (40). O umírající bylo se samozřejmostí pečováno v rámci rodiny. Téměř každý věděl, jak k umírajícímu přistupovat a zároveň měl jistotu, že ani on nebude ve svých posledních chvílích opouštěn (15).

Z dob starověku pochází pro toto termín "zkrocená smrt". Stejně jako narození, ani úmrtí nebylo záležitostí individuální. Umírání bylo rituálem (proto se užívá termín ritualizovaný model umírání), který se týkal celé rodiny, přátel a známých, kteří měli nepsanou povinnost dostavit se k lůžku umírajícího a rozloučit se s ním (20). Každý rituál určitým způsobem kodifikuje chování lidí, ať už se jedná o rituály bolestné či radostné, civilní či církevní. Provedením rituálu bývá snížena vysoká emotivita a nejistota, která je s danou situací spojena (48). Smrt v tomto období byla očekávaná. Podle Ariése lidé dokázali vytušit svoji smrt, ať už na základě nejrůznějších znamení či předtuch, hranice mezi přirozenem a nadpřirozenem tehdy neexistovala. Náhlá smrt, která přišla bez „ohlášení“, byla považována za hanebnou a potupnou a často byla považována na důsledek Božího hněvu (1).

Období od 12. do 15. století je spojeno s počátky uvědomování si vlastní individuality v rámci celé společnosti. Vnímání smrti jako všudypřítomné skutečnosti bylo nahrazeno důrazem na vlastní smrt. V této době rozkvétala literatura, nazývaná „ars moriendi“ (umění umírat), která poskytovala člověku návody, jak se chovat při

umírání a smrti, ať už vlastní či jiného člověka. Hlavním důvodem rozmachu „ars moriendi“ byla pravděpodobně snaha o spasení duše, která se dostane před soud poté, co opustí tělo. To, zda duši čeká věčná odměna (nebe) či věčné zatracení (peklo) záleželo na tom, jak člověk prožil svůj život (1).

Smrt, v 16. – 19. století, jako přirozená součást života, byla zbavena trůnu a posvátnosti a stala se zdrojem strachu a obav z posmrtného života. Náhlá a nečekaná smrt již nebyla vnímána jako potupná, byla naopak vítanější než zdlouhavé umírání, které člověka zbavuje důstojnosti. Místo přijetí smrti lidé úpěnlivě lpěli na pozemském životě, čemuž se říkalo *avaritia*. S tímto termínem bylo také spojováno odklonění se Bohu a spojení s ďáblem (2).

Změny, týkající se smrti, přicházely velice pomalu. Rozloženy mezi několik generací, nebyly současníky vůbec zaregistrovány, ovšem i tak byly změny obrovské. 20. století je charakteristické popíráním a odmítáním smrti. Neměnil se pouze postoj ke smrti, ale rovněž i umírajícímu. Jakoby najednou všichni ztratili schopnost mluvit s nemocnými o jejich stavu, popřípadě je informovat o vážnosti nemoci. Nikdo neupíral nemocnému právo na pravdu, ale zároveň ji nikdo nechtěl sdělit a převaloval tuto odpovědnost na někoho jiného, nejčastěji na kněze. Umírající samozřejmě velice často věděl, v jakém je stavu, ovšem nechtěl to otevřeně přiznat a rozbít tak iluzi okolí. Postupně se tak rodily velké lži, které vyháněly smrt do ilegality (2).

Ve druhé polovině 20. století začalo docházet k institucionalizaci umírání. Umírající začali být přemísťováni do nemocnic či domovů pro seniory, často bez ohledu na jejich přání (15). Nemocnice se stala místem, kam bylo možné smrt uklidit a vyhnout se tak zbývajícímu zájmu známých, který začal být znenadání považován za „morbidní neomalenost“ (2). Současný způsob péče o umírající zajisté přinesl mnoho výhod, především podporu a pomoc rodině, péči poskytují profesionálové, umírajícímu jsou zajišťovány veškeré potřeby a jsou pro něj vytvořeny podmínky pro důstojné dožití, ale i tak je zde dominantní prvek praktikismus a profesionalita a často chybí opravdová lidská účast a psychická podpora (15). Bohužel často je možné pozorovat i hostilitu ze strany zdravotníků, kterým umírající pacienti „překáží“ a brání v realizaci „vítězné“ medicíny (48).

Dnešní pohled na smrt a umírání nemění pouze prohlubující se zdravotní péče, ale také sekularizace společnosti. Sekularizovaný člověk často hledí na smrt z úzkého zdravotnického pohledu a zcela vytěsnil ostatní aspekty. V této souvislosti se dá hovořit o tzv. dvojím vytěsnění, a to individuálním a sociálním. Individuální vytěsnění znamená, že jedinec si nepřipouští existenci či přítomnost smrti ve svém okolí, nemluví o ní, nepřemýšlí o ní, a to zejména proto, že si nechce připustit svou vlastní smrtelnost a finalitu. Sociální vytěsnění se nejčastěji projevuje při neschopnosti vyjadřovat soucit a být v kontaktu s umírajícím člověkem či pozůstalým. Oproti dobám minulým u nás mizí rituály spojené se smrtí a ty existující jsou prázdné a nicneříkající (41). Společně s rituály mizí i schopnost prožívat smutek a sdílet jej s ostatními. Dnes je smutek považován za slabost, ne-li za depresi, lidé nemají mnohdy šanci projít si svým smutkem a v klidu se s danou situací vyrovnat. Často lidé ani neví, jak s truchlícími jednat a místo toho, aby je zas a znovu pouze vyslechli, odvrací se od nich (40). Smutek narušuje každodenní řád a bezpečí, je tedy slušnost ho potlačit (2). *„Říkám tomu republika popírání. Stresovaný občan nemá vidět nic, co souvisí s pomíjivostí, stárím a smrtí“* (39).

Bohužel, vnímání smrti a umírání ovlivňuje i výchova dnešních dětí. Smutek je jedna ze základních lidských emocí, která pomáhá vyrovnat se s těžkostmi života. Každý v dětství prožíval tisíce drobných, a pro dospělé zcela nepatrných, ztrát. Tato přirozená emoce bývá ovšem u dětí často potlačována, dokonce i trestána. Dětem je mnohdy zakazováno truchlit a prožívat smutek a následně z nich vyrůstají jedinci plní zahořklosti a sebelítosti. Děti, které často slýchávají věty typu: „Velcí kluci nepláčou.“, „Ty jsi ale uplakanek.“, „Bože můj, ona zase bulí.“, mohou mít v budoucnu veliké problémy se vším, co se týká zármutku, truchlení a prožívání smutku (19).

1.6 Umírající dítě

Asi jedna z nejvíce ohrožujících událostí, která může nastat, je smrt mladého člověka. V moderní společnosti, kdy byla eliminována smrtelná rizika (hladomor, epidemie, války), je smrt spojována především s úmrtím ve vysokém věku. Dřívější

smrt je často vnímána jako předčasná, náhlá a nepřirozená (41). Kutnohorská ve své knize uvádí: „Zvykli jsme si totiž umírat „na něco“, nikoliv proto, že jsme smrtelní“ (20, s. 72).

Smrt má nastat až po uplynutí určitých životních stádiích a úmrtí mladého člověka toto pravidlo narušuje. Není divu, že i pro zaměstnance hospiců je to velice obtížně uchopitelná událost. V praktické péči je mladým pacientům občas věnována trochu větší pozornost než těm starším (49).

Když umírá dítě, mají rodiče a pečovatelé sklony tajit vážnost situace a skrývat před dítětem realitu. Je to vcelku pochopitelná reakce. Všichni se snaží ulehčit dítěti břemeno vědomí blížící se smrti (27). I když se to nezdá příliš pravděpodobné, děti o smrti vědí mnohem více, než si dospělí mohou myslet. Smrt je u dětí přítomna už od dětství, je rovněž přítomna v mnoha dětských hrách. Umírající děti jsou často schopny hovořit o blížící se smrti a o svých obavách či touhách velice otevřeně a vyjadřovat se jako dospělí. Odborníci toto označují jako tzv. akcelerované zrání (11).

Proces přijetí brzkého úmrtí je u dětí a dospívajících poměrně odlišný. Na rozdíl od dospělých nemají často strach ze smrti a bolesti, ale mnohem více prožívají pocity lítosti a vzteku, že jim nebylo dopřáno prožít vše, co k životu patří. Rovněž nevyřešené problémy a nedorozumění mezi dítětem a rodiči či přáteli značně komplikují celý proces, a to především u rodičů, kteří v případě nevyřešení těchto sporů, často trpí celoživotními výčitkami svědomí (44).

Dalším úskalím této péče je, že rodiče často věnují veškerou lásku a pozornost umírajícímu dítěti, což často vede k zanedbávání sourozenců. Další děti se musí najednou starat sami o sebe, o jejich trápení či úspěchy se nikdo nezajímá, což vede k emoční deprivaci (44).

1.7 Umírání v České republice v současnosti

Jak vyplývá z posledního výzkumu, který byl proveden v roce 2013 na 1 147 respondentech, a to pod záštitou Hospicového občanského sdružení Cesta domů, celých 78% respondentů by si přálo umřít doma v kruhu svých blízkých a celých 88%

vyjádřilo ochotu se o nemocného doma starat. V České republice každý rok zemře asi 105 000 lidí, z toho 60% v nemocnici a 9% v nemocnici dlouhodobé péče, paliativní péči dostanou zhruba 2% pacientů. Hlavním důvodem je dozajista finanční náročnost, kterou nejsou rodiny často schopné pokrýt. Jednou ze služeb paliativní péče je domácí mobilní hospic, který umožňuje profesionální lékařskou pomoc v domově umírajícího. I přes obrovskou poptávku a vytíženost pracovníků, tato služba stále není hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Pečující osoby mají tedy důvodnou obavu, že nebudou schopni finančně zajistit péči o své blízké v případě ztráty zaměstnání či jiné neočekávané události (46).

V současné době funguje v České republice 14 lůžkových hospiců a několik tzv. mobilních hospiců. Krom jednoho hospicu, který se nachází ve Frýdku-Místku, jsou všechny vedeny občanskými sdruženími jako nestátní zdravotnické organizace, přičemž pojišťovny poskytují částku, která pokryje asi polovinu provozních nákladů. Mobilní hospice jsou poté zcela závislé na vlastních zdrojích, grantech či sponzoringu. Paradoxně ale na mobilních domácích hospicích by bylo možné postavit stěžejní část paliativní péče, jelikož jejich náklady jsou mnohonásobně nižší oproti pobytu v nemocnici, nehledě na lůžka JIP (6).

2 Paliativní a hospicová péče

2.1 Paliativní péče

Nástrojem thanatologie je paliativní péče. Paliativní péče je systém pomoci pro umírající a jejich rodiny. Umírání je chápáno jako přirozená a konečná fáze lidského života a smrt jako fakt, který je potřeba přijmout a smířit se s ním a nikoliv ho pokládat za nepřítele. Péče se neváže na žádnou konkrétní nemoc a je poskytována všem, bez ohledu na věk, a to na základě posouzení pravděpodobného vývoje zdravotního stavu a individuálních potřeb (30).

Jednu z mnohých definic uvedla v roce 2002 Světová zdravotnická organizace: *„Paliativní péče je přístup zlepšující kvalitu života pacientů a jejich rodin, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožující nemocí, a to prostřednictvím předcházení a zmírňování utrpení pomocí včasného zjištění, vyhodnocení a řešení bolesti a dalších fyzických, psychosociálních a duchovních potíží“* (30, s. 107).

Jak z definice vyplívá, paliativní péče hledí na člověka v rámci holistického pojetí a zahrnuje v sobě prvky lékařské, psychologické, sociální, existenciální a spirituální. Je tedy popisována jako celková, totální péče (34). Práce s nemocným může být ukončena, pokud je zbytečná, ale nikdy nemůže být ukončena péče (30).

"Slovo paliativní je odvozeno z latinského pallium, což znamená "rouška" nebo "plášť". Tato etymologie naznačuje (byť pouze částečně), co je úkolem paliativní péče: "zakrýt" hojivou rouškou účinky nevyhládnuté nemoci či poskytnout plášť těm, kteří byli ponecháni na mrazu, protože jim kurativní léčba nemůže pomoci" (3, s. 21).

V roce 2003 byly výborem ministrů Rady Evropy stanoveny čtyři hlavní dimenze paliativní péče:

1. mírnění symptomů,
2. psychologická, duchovní a citová podpora,
3. podpora rodině,
4. doprovázení pozůstalých v době zármutku (3).

Světová zdravotnická organizace (WHO) stanovila doplňující činnosti paliativní péče:

- Podporuje život a umírání vnímá jako přirozený jev v životě člověka.
- Nesnaží se smrt urychlit, ale ani oddálit.
- Poskytuje úlevu od bolesti a ostatních symptomů.
- Při péči nezapomíná na psychické a duchovní aspekty umírajících.
- Zařazuje do systému péče o umírajícího jeho rodinu.
- Doprovází rodinu umírajícího a pomáhá jim vyrovnat se s nemocí a zármutkem po jeho úmrtí (15).

Moderní paliativní péče si neklade za cíl vyléčit či odvrátit onemocnění, ale chránit důstojnost každého člověka a dbát na kvalitu života až do posledního momentu. Pečující pomáhají nemocnému zvládat bolest a další průvodní jevy, které doprovází smrtelné a nevléčitelné onemocnění (34).

2.1.1 Dělení paliativní péče

Podle komplexnosti péče může být paliativní péče dělena na obecnou a specializovanou. Obecná paliativní péče je poskytována jednotlivými zdravotníky v rámci příslušné odbornosti (30). Základem péče je sledování, rozpoznání a ovlivňování faktorů, které jsou podstatné pro pacientům kvalitní život. Můžeme sem řadit léčbu symptomů, respektování pacientovi autonomie, citlivá a empatická komunikace s pacientem a jeho rodinou, spolupráce s pacientem a ostatními specializovanými zařízeními, zajištění domácí hospicové péče apod. (34).

Oproti tomu specializovanou paliativní péči poskytuje odborný tým, který je v dané problematice vzdělán. Tento tým může tvořit lékař, zdravotní sestra, sociální pracovník, psycholog, fyzioterapeut, pastorační pracovník, koordinátor dobrovolníků a další odborníci (34).

Péče je poskytována v rámci jedné z forem specializované paliativní péče:

1. **Zařízení domácí paliativní péče (domácí či mobilní hospic)**

Domácí péče je dozajista nejvhodnější pro pacienta samotného, jelikož nemocný zůstává ve svém domácím prostředí a péči mu poskytuje vlastní rodina za asistence odborných pracovníků (30). Tento typ péče garantuje dostupnost péče 7 dní v týdnu, 24 hodin denně, ovšem rozvoj tohoto typu paliativní péče je u nás prozatím brzděn nedostatečnou finanční podporou ze strany zdravotních pojišťoven (33).

2. **Lůžkový hospic**

Hospic je samostatné lůžkové zařízení, které poskytuje péči pacientům v preterminální a terminální fázi nevyлéčitelného onemocnění. Obvyklá doba pobytu je 3 – 4 týdny. Péče v hospici je založena na individuálním přístupu k přáním a potřebám pacientů a na udržování intenzivních vztahů s rodinou nemocného (30). Většina lůžkových hospiců má k dispozici 10 - 20 lůžek, v České republice je to okolo 25 lůžek, což může mít značný vliv na kvalitu poskytované péče (33).

3. **Specializovaná paliativní péče ve zdravotnických zařízeních**

V tomto případě je péče poskytována na odděleních paliativní péče v rámci zdravotnických zařízení. Je zde spojena komplexní paliativní péče o nemocného a diagnostika s léčbou (30). Ve zdravotnických zařízeních je mnoho pacientů vyžadující odlišný typ péče, je tudíž velice náročné vytvořit takové prostředí, které by se podobalo domácí či hospicové péči. Rizikem je, že mohou být upřednostňováni pacienti s nadějí na delší přežití (27).

4. **Denní stacionář paliativní péče**

Stacionární paliativní péče funguje na denních pobytech, kdy je pacient do zařízení ráno přijat a večer se vrací domů. Pacient zde má možnost řešit své

zdravotní problémy a jednak má možnost využívat edukační, relaxační a rekreační pobyty. Velkým přínosem je poskytnutí odpočinku hlavním pečovatelům, čímž se zkvalitňuje další péče o nemocného doma (30). Tato forma pomoci v České republice zatím není rozšířena, výjimečně se poskytuje v rámci velkých nemocničních zařízení (33).

5. Zvláštní zařízení specializované paliativní péče

Sem můžeme řadit specializované poradny a tísňové linky, zařízení určená pro určité diagnostické skupiny apod. (34).

2.1.2 Dosavadní rozvoj paliativní péče v České republice

Paliativní péče má poměrně krátkou historii. Plně se začala rozvíjet až v druhé polovině 20. století. Jedním z významných faktorů, které spustily rozvoj paliativní péče, bylo radikální prodlužování délky života v posledním století. Dnes žijeme podstatně déle a pohodlněji, než tomu bylo před sto lety, ovšem s tím, že oproti období minulému také déle, a zřídka kdy pohodlněji, umíráme (34).

V zemích Evropské unie a v dalších rozvinutých zemích je paliativní péče chápána jako právo každého občana a projev respektu k právům a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a tudíž je nedílnou součástí zdravotnických služeb. V České republice paliativní péče oproti tomu značně zaostává. Péče je poskytována na poměrně kvalitní úrovni, ale je dostupná pouze minimálnímu počtu občanů, kteří by jej potřebovali (34).

2.2 Hospicové hnutí

„Lékař může vyléčit někdy, ulevit často, potěšit vždycky“ (48, s. 511). Tato slova velice dobře vystihují myšlenku hospice, kterou není vždy lehké zcela jasně definovat. Hospic není žádný „dům smrti“, jak tvrdí zlí jazykové, ale jedná se o instituci poskytující paliativní, zvláště symptomatickou, léčbu a péči a zároveň se snaží uspokojit i potřeby psychické, sociální a spirituální. Podstatou hospice je, že neslibuje uzdravení,

ale zároveň nebere naději. Nejde zde o prodloužení života, ale o jeho slušnost a kvalitu až do konce (48).

Základní myšlenka hospice vychází z úcty k životu a k člověku a hledí na něj jako na jedinečnou a neopakovatelnou bytost. Respektuje priority pacienta, ctí autonomii nemocného a jeho právo rozhodnout se. Hospic nemocnému garantuje, že:

- nebude trpět nesnesitelnou bolestí,
- v každé situaci bude respektována jeho lidská důstojnost,
- v posledních chvílích života nezůstane osamocen (38).

Hospic a pracovníci v něm respektují smrt jako běžnou a neodvratitelnou součást života, vědí, že chtít odstranit ze života bolest je pouhá utopie. "*Jde o to, naplnit dny životem, nikoliv život naplnit dny*" (38, s. 115). Při práci v hospicích se již nejedná o léčbu ve vlastním slova smyslu, jelikož nemoc již vyléčit nejde. Práce spočívá v laskavé péči, tišení bolesti a doprovázení umírajícího, jeho nejbližších příbuzných a přátel (15).

Hospice mají několik specifických charakteristik, které je odlišují od ostatních zdravotnických zařízení:

1. Hlavní pozornost zde je zaměřena na kvalitu života, nikoli na kvantitu. Tento specifický přístup často nutí zaměstnance, aby změnili svůj postoj ke smrti.
2. Péče v hospicích je navržena tak, aby pomáhala zmírňovat bolest na konci života, a to jak fyzickou, tak i psychosociální. Stěžejní část hospicové péče je zaměřena na snahu ukončit všechny druhy utrpení a strádání.
3. U lidí pracujících v hospici nestačí, aby byli profesionálové v lékařské sféře, ale především v lidské a morální oblasti a aby uměli správně pracovat se svými emocemi (4).

Kolébkou moderního hospicového hnutí je Velká Británie, kde v roce 1967 zakládá sestra Cecilly Saundersová Hospic Sv. Kryštofa (St. Christopher Hospice), který je dnes znám po celém světě (15).

Na rozvinutí českých hospiců má velkou zásluhu lékařka Marie Svatošová, která v roce 1995 otevřela první hospic u nás, a to Hospic Anežky České v Červeném Kostelci. Dnes existuje 14 lůžkových hospiců, které jsou doplněny domácími hospici,

jejichž zdravotníci a dobrovolníci docházejí do domácností umírajících. Nejznámějších mobilním hospicem je pražská Cesta domů (40).

2.2.1 Formy hospicové péče

1. Domácí hospicová péče

Domácí hospicová péče je dozajista nejvhodnější pro pacienta samotného, ale často není zcela možná. Péče v rodině často není dostačující, jelikož rodina nemá patřičné vybavení a samozřejmě omezujícím faktorem může být i nedostatečná odbornost, či to nedovolují prostorové podmínky. Velice často také rodinné zázemí buď chybí úplně, či se časem vyčerpá (38).

2. Lůžková hospicová péče

Jeden z velikých omylů u lůžkové hospicové péče je, že nemocný sem přichází umřít. Samozřejmě tomu tak může být, ale také nemusí. Hospicová lůžka se často využívají krátkodobě a opakovaně. Při přijímání pacientů je ale dána přednost těm, u nichž lze předpokládat, že jejich nemoc povede k blízké smrti (38). Lůžkové hospice se snaží co nejvíce napodobit domácí prostředí. Tomu pomáhá i možnost, aby pečující osoba byla v hospici ubytována společně s nemocným (22).

3. Stacionární hospicová péče

Stacionární hospicová péče funguje na denních pobytech, kdy pacient je do hospice přijat ráno a odpoledne či k večeru se vrací domů (38). Tato forma péče u nás prozatím není příliš rozšířena, ovšem v zahraničí se využívá především v preterminálním stádiu onemocnění. Péče zde není založena až tak na léčbě a ošetřování, ale na poradenství, psychologické a spirituální podpoře (22).

2.3 Eutanazie

Téma, které se týká smrti a umírání a je ve společnosti řešeno téměř denně, je právě eutanazie. Slovo eutanazie pochází z řeckého *eu* (dobrý) a *thanatos* (smrt). Dobrá smrt byla myšlena jako lehká, rychlá a bezbolestná. Teprve později se začalo užívat termínů smrt z milosti, resp. z útrpnosti (14).

V odborné literatuře se můžeme setkat s mnohými formami a druhy, ale nejznámější je pravděpodobně dělení na aktivní a pasivní eutanázii. Ovšem dnes se i od tohoto dělení opouští, a to především z důvodu, že eutanazie je jenom jedna (36). „*Eutanazie je úmyslné ukončení života člověka někým jiným než člověkem samotným (= lékařem), na jeho vlastní žádost*“ (25, s. 49). Z definice vyplývá, že pojem eutanazie se vztahuje pouze na tzv. aktivní vyžádanou eutanázii. Jestliže pacient ukončí svůj život sám na základě rady lékaře, pak se jedná o tzv. asistované suicidium. Do definice eutanazie je třeba zahrnout i úmysl zabít tím, že nezasáhnu, tedy úmyslné nepodání léků či zdravotní péče, která by mohla život prodloužit (25). Za úmyslnou eutanázii je považována i situace, kdy pacient není schopen kvůli svému stavu požádat o urychlení smrti, ovšem má se zato, že by tak byl učinil, kdyby mohl. V tomto případě se jedná o tzv. nevyžádanou eutanázii, ale v zásadě chtěnou (11).

Naopak za eutanázii se nepovažuje situace, kdy není úmyslně a vědomě podána léčba, která je již marná a nadměrně zatěžující, i když výsledek, tedy smrt, může být stejný. V tomto případě pacient umírá na svoji nemoc, nikoliv rukou druhé osoby. Umělé a násilné prodlužování života, kdy nevýhody pro pacienta či jeho rodinu převažují nad výhodami, které léčba má, se nazývá dystanazie, neboli zadržovaná smrt (36). Jak říká lékařský etik a katolický kněz Marek Vácha: "*Je eticky obrovský rozdíl, jestli mě zabije nemoc nebo jestli mě zabije ten lékař*" (7). Situace, kdy lékař ustoupí smrti, kdy je vůči ní už bezmocný a rozhodne se ukončit kurativní léčbu či nenasadit novou, nemůže být považována za eutanázii (47).

Jednoznačná odpověď na otázku, zda eutanázii ano či ne, je asi nemožná. Zastánci eutanazie zdůrazňují především humánní pomoc při nesnesitelných bolestech a krutém umírání a umožnění trpícímu odejít na základě svého rozhodnutí jako vrcholný projev

práva na sebeurčení (11). Vácha navíc udává zajímavý názor, že eutanázie u nás byla a vždy bude, např. zvýšeným dávkováním morfia, proto je lépe ji regulovat zákonem a stanovit pevná pravidla (47). Razantní odpůrci zastávají názor, že eutanázie vyvrací a potírá poslání samotné paliativní medicíny, že i u těžké smrtelné nemoci může dojít k překvapivému zvratu a především považují za neetické, aby člověk žádal o svoji vlastní smrt, nemluvě o tom, že eutanázie je v rozporu se základními etickými a právními principy lékařské praxe (11). Česká lékařská komora dále zastává názor, že dnes je možné zajistit péči tak, ať už v oblasti léčení bolesti fyzické, psychické, sociální či duševní, aby k žádostem o usmrcení nemuselo docházet (25). „*Civilizovaný stát musí chránit život a ne legalizovat jeho likvidaci*“ (25, s. 59). Věřící lidé navíc zdůrazňují, že člověk je sice pánem svého života, ale nemá právo rozhodovat mimo něj, respektive nad něj (11).

Ve světě je zatím pouze několik zemí, které eutanázii zlegalizovaly. Patří sem Holandsko (1994), Belgie (2002) a Lucembursko (2008), přičemž jejich legislativa je v této otázce nesmírně složitá a kontrolovaná. Podle Váchy ovšem překvapivě pacienti v Holandsku nejčastěji nežádají o eutanázii z důvodu krutých a nelidských bolestí, jelikož ty dokáže medicína v dnešní době usměrňovat. Fyzická bolest je uváděna jako důvod pro eutanázii pouze asi ve 4% žádostí. Převládají zde žádosti z důvodu bolestí emocionálních, sociálních, kdy se lidé cítí osamělí, či spirituálních, kdy lidé marně hledají smysl života (7).

3 Syndrom vyhoření (Burnout-syndrom)

Navštěvování hřbitovů, účast na pohřbech, to jsou tradiční rituály, pomocí kterých se lidé vyrovnávají s úmrtím blízkého člověka. Ovšem u pracovníků hospiců, kteří jsou v kontaktu se smrtí téměř každý den, tyto vyrovnávací strategie časem mohou ztratit svoji funkci (4).

Syndrom vyhoření je chápán jako důsledek souboru příznaků, které jsou způsobeny dlouhodobě nekompenzovanou zátěží, která je spojena s intenzivní pomocí druhým lidem. Vyhoření je stav psychického, ale i celkového tělesného vyčerpání, doprovázený pocitem beznaděje, strachu, ale i zlosti (42).

Vyhoření se nepovažuje za psychické onemocnění, i když může razantně přispívat ke vzniku psychických problémů, stejně tak i k alkoholismu, zneužívání drog, a dokonce i k sebevraždám pomáhajících pracovníků. Nejedná se o akutní stav, ale o dlouhodobé a chronické působení negativních vlivů, jejichž prvotní příznaky jsou skryté a těžko postřehnutelné (27).

3.1 Fáze syndromu vyhoření

Vyhoření nenastává okamžitě, jedná se o dlouhodobý proces, který má svoje fáze. Odborná literatura rozlišuje pět fází, to nadšení, stagnace, frustrace, apatie a vyhoření (11).

1. Nadšení

Fáze je typická vysokými ideály a pracovní angažovaností. Nadšení z práce je občas tak vysoké, že zcela téměř kryje ostatní aspekty života (11). Osoby, které jsou v této fázi, si zprvu nepřipouští žádné negativní myšlenky vůči práci a idealizují si ji jako zcela uspokojující a naplňující. Na úkor práce se vzdávají jakékoliv relaxace a zábavy. Bohužel si také často připadají nepostradatelní a snižování kolegů může vést k neoblíbenosti v pracovním kolektivu (32).

2. **Stagnace**

Postupně dochází k redukci počátečních ideálů, jelikož se ukáží nenaplnitelné. Člověk si začíná uvědomovat vysoké nároky své práce (32).

3. **Frustrace**

Zde se začínají objevovat otázky po smyslu naší práce, klienti začínají být vnímáni jako obtěžující element (11). Jedinec se na svoji práci nedokáže plně soustředit a často se dopouští chyb. Jedinci také velice těžko zpracovávají kritiku (32).

4. **Apatie**

Charakterizuje ji stereotypní vykonávání práce a naprosté vyhýbání se jakékoliv kreativitě či inovacím. Pracovník je nepřátelský jak vůči kolegům, tak i vůči klientům (32).

5. **Vyhoření**

Pracovník je zcela vyčerpaný, práce pro něj nemá žádný smysl (11). Člověk se v této fázi nedokáže vyrovnat s pracovním stresem, což se může mimo jiné projevit agresí, které může být zaměřena vůči sobě (pocit viny, snižování vlastní osoby, stísněnost) či vůči kolegům a klientům (32). V této fázi si již málokterý pracovník dokáže poradit sám a zpravidla je nutná pomoc rodiny a profesionálů (11).

3.2 Důsledky syndromu vyhoření

Projevy syndromu vyhoření můžeme dělit do tří skupin:

1. Tělesné vyčerpání

Projevuje se chronickou únavou, bolestmi celého těla, napětím, poruchami spánku či narušenými stravovacími návyky (nechutenství či přejídání se) (14).

2. Emocionální vyčerpání

Zde jsou typické pocity beznaděje a bezmoci. Převažuje podrážděnost, nedůvěřivost až agresivita vůči okolí i vůči sobě. Jedinec je tak psychicky vyčerpán, že nezbývá síla na nic jiného (14).

3. Duševní (mentální) vyčerpání:

Objevují se negativní postoje k sobě samému, okolí a k práci. Práce ztrácí pro člověka smysl a vše vykonává už jen z povinnosti, ztrácí se lidský pohled (14).

3.3 Jak se chránit před vyhořením

„Kdo se může profesionálně vyvíjet, ten nevyhoří“ (32, s. 225). U prevence vyhoření není důležité pouze vyrovnat poměr mezi prací a soukromým životem, ale také zajímat se o svoji práci a snažit se neustále vyvíjet jako profesionál. Lidé jsou mnohem odolnější proti vyhoření, vnímají-li svoje zaměstnání jako výzvu, kde mohou profesně růst, vykonávají ji s osobním přesvědčením, že veškeré těžkosti a břemena, se kterými se setkávají, mají svůj smysl a zároveň si uvědomují, že ne všechny situace mají řešení (32).

Důležitá je neformální podpora v rámci pracovního týmu. Pracovníci by se k sobě navzájem měli chovat se stejným respektem a ohledem, jaký věnují pacientům. Podpora a schopnost hovořit o těžkostech práce a o svých pocitech je možná pouze v pracovním prostředí prosté kritizování a posuzování. Co se týče formální podpory, ta je na

pracovištích uskutečňována formou podpůrných skupin členů na stejné pozici, debriefingu při zvláštních událostech, odborného výcviku, teambuildingu či supervize (27).

Na závěr bych ráda uvedla názor Elisabeth Kübler-Rossové, podle které syndrom vyhoření neexistuje. Od narození v sobě máme pět základních emocí, a to strach, vina, hněv, žárlivost a láska. Než ovšem dovršíme šesti let věku, tyto základní emoce jsou v nás převráceny a promíchány v emoce nepřirozené (19). „*Všechno, co se vyskytuje na straně toho přirozeného, vaši energii zachovává, zatímco všechno nepřirozené vás vyčerpá až do té míry, že to budete nazývat syndromem vyhoření*“ (19, s. 83). Člověk se během života musel naučit tyto základní emoce potlačovat a nahrazovat jinými, až se nakonec dostal do rozporu se svou přirozeností. Zaměstnanec v práci nemůže ventilovat svoji agresi, pocity křivdy a marnosti a jsou to právě tyto potlačované a nevyřešené emoce, které způsobují naprosté psychické vyčerpání. A právě tato ztráta energie je podle Kübler-Rossové syndrom vyhoření (19).

4 Cíl práce a výzkumné otázky

4.1 Cíl práce

Zmapovat názory a postoje pečujících pracovníků v hospicových zařízeních ve vztahu k vnímání smrti a utrpení a faktorů, které jej ovlivňují.

4.2 Výzkumné otázky

Jelikož je cíl práce poměrně rozsáhlý, zaměřila jsem se na několik okruhů, které mě u tohoto tématu zajímaly, a stanovila jsem následující výzkumné otázky:

1. Z jakých důvodů si pracovníci hospiců vybrali zaměstnání v paliativní oblasti?
2. Jaké postoje a názory zauímají pracovníci v hospicových zařízeních ke smrti, umírání a utrpení?
3. Jaký názor mají pracovníci v hospicových zařízeních na eutanázii?
4. Jak se pracovníci v hospicových zařízeních brání proti syndromu vyhoření?

5 Metodika

5.1 Použitá metodika a technika sběru dat

Vzhledem ke svému tématu jsem zvolila metodu kvalitativního výzkumu a jako technika sběru dat byl zvolen hloubkový polostrukturovaný rozhovor, který jsem prováděla buď individuálně, nebo formou skupinových rozhovorů. Skupinové rozhovory proběhly ve dvou zařízeních, přičemž byli v obou případech přítomni tři respondenti.

Hendl uvádí, že neexistují jednoznačná vymezení či vyhodnocování kvalitativního výzkumu. Kvalitativní výzkum není založen, na rozdíl od kvantitativního, na statistických metodách, ale je založen na hledání a porozumění stanoveného sociálního či lidského problému (12). „*Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách*“ (12, s. 50). Výhodou kvalitativního výzkumu je především to, že získává podrobný popis a vhled do dané problematiky, umožňuje studovat procesy, navrhopat teorie a pružně manipulovat s otázkami v průběhu výzkumu. Jako nevýhody kvalitativního výzkumu se uvádí neschopnost zobecnit výsledky na celou populaci či při změně prostředí a především časově náročnější etapa sběru a analýzy dat (12).

Polostrukturovaný rozhovor vyžaduje náročnější přípravu, oproti ostatním typům rozhovorů. K rozhovoru musí být stanoveno určité schéma, které je závazné v průběhu celého rozhovoru (12). Na začátku jsem si stanovila několik základních otázek, které bylo možné během hovoru doplňovat a jejich pořadí přizpůsobovat průběhu rozhovoru. Velikou výhodou polostrukturovaného rozhovoru je fakt, že jsem se mohla k otázkám vracet a ujistit se, zda jsem vše správně pochopila.

5.2 Výzkumný soubor

Při výběru výzkumného souboru jsem použila metodu záměrného, neboli účelového výběru. Na základě této metody jsou respondenti vybíráni podle určitých vlastností či kritérií. Kritériem pro moji práci bylo zaměstnání v jakémkoliv hospicovém zařízení a samozřejmě ochota se na výzkumu podílet. V rámci tohoto výběru jsem použila strategii prostého záměrného výběru, která se hodí u výzkumů, které nevyžadují příliš velké výběrový soubor a zároveň jsou tyto osoby poměrně snadno dostupné (24).

Výzkum proběhl celkově ve čtyřech domácích hospicích, a to v rámci Jihočeského kraje, Kraje Vysočina a jeden rozhovor byl proveden v Belgii v rámci zahraniční pracovní stáže. Můj výzkumný vzorek tvořilo celkem 11 respondentů, jejichž základní charakteristiku uvádím v tabulce č. 1. Všichni respondenti byli nejprve seznámeni s tématem výzkumu a ujištěni o tom, že rozhovor je zcela anonymní a bude použit pouze pro účely zpracování bakalářské práce. Samozřejmě byli informováni o tom, že rozhovor je zcela dobrovolný, a pokud by jim některá z otázek byla nepříjemná, nemusejí na ni odpovídat. Všichni respondenti souhlasili s nahráváním rozhovoru na diktafon. Rozhovory probíhaly v kancelářích či společenské místnosti organizace, kde bylo dostatek soukromí a klidu, a trvaly okolo 30 minut, vyjma skupinových rozhovorů, které trvaly i 2 hodiny.

Sběr dat probíhal průběhu března 2015, s výjimkou rozhovoru v Belgii, který byl proveden již v květnu 2014. Základní soubor byl tvořen všemi pracovníky, kteří mohou v hospicích pracovat. Stěžejní část respondentů tvořili sociální pracovníci, zdravotničtí pracovníci, ale také pracovníci v sociálních službách a jeden řídicí administrativní pracovník.

Tabulka č. 1 Základní charakteristiky respondentů

	Věk	Pohlaví	Vzdělání	Doba praxe v paliativní oblasti
R1	52	žena	VŠ	26 let
R2	41	žena	SOŠ	2,5 roku
R3	33	žena	VOŠ	2 roky
R4	25	žena	VŠ	2 měsíce
R5	57	muž	SOŠ	7 let
R6	47	žena	VŠ	11 let
R7	47	muž	SOŠ	7 let
R8	60	muž	VŠ	6 let
R9	31	žena	VOŠ	4 roky
R10	53	žena	SOŠ	7 let
R11	27	žena	SOŠ	2 roky

Zdroj: vlastní výzkum

5.3 Analýza získaných dat

Nahrané rozhovory jsem nejprve přepsala do písemné podoby a vytiskla. Následně jsem si rozhovory několikrát přečetla a vyškrtala části, které byly pro můj výzkum nepotřebné.

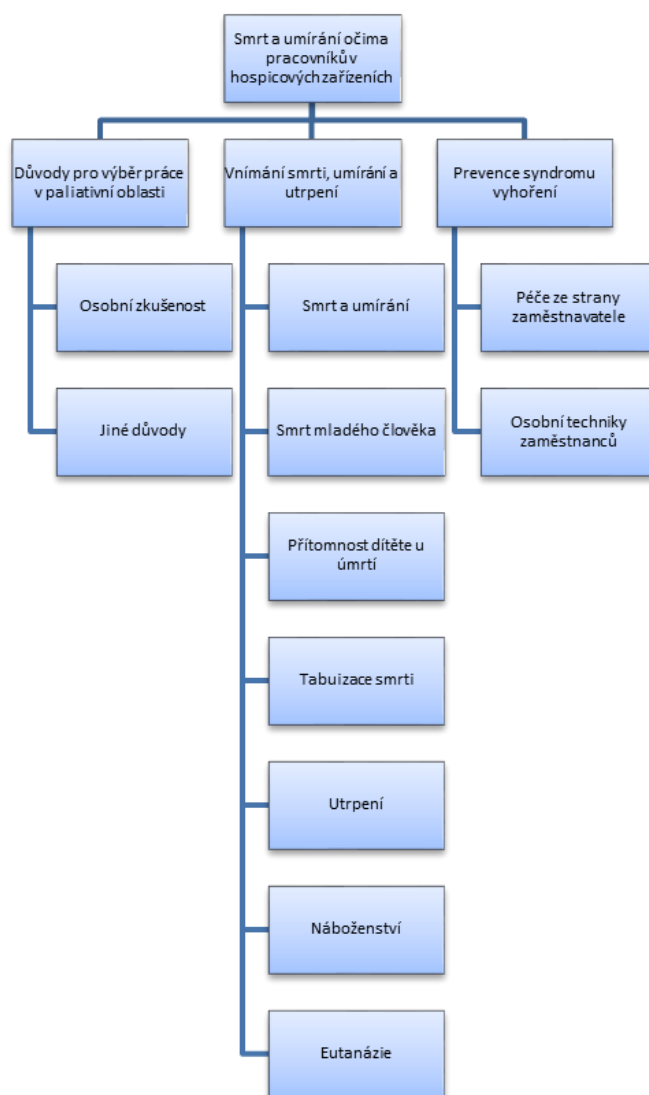
Při analyzování získaných dat jsem vycházela z deskriptivního přístupu ke kvalitativní analýze. Deskriptivní analýza je založena na procesu třídění, klasifikace a deskripce dat. Data jsem si rozdělila do několika skupin dle zkoumaného jevu. Miovský toto označuje jako metoda vytváření trsů, kdy se na základě vzájemných podobností ve výpovědích respondentů vytvářejí skupiny (trsy), které se následně srovnávají a analyzují. Vlastní vyhodnocování dat jsem prováděla formou otevřeného kódování, které vychází z poznatků zakotvené teorie. Na základě otevřeného kódování jsem si vytvořila 3 oblasti, a to důvody pro výběr práce v paliativní oblasti, vnímání smrti, umírání a utrpení a prevence syndromu vyhoření (45).

6 Výsledky

Na základě otevřeného kódování jsem si vytvořila 3 hlavní oblasti, které budu nadále vyhodnocovat, a to:

- důvody pro výběr práce v paliativní oblasti,
- vnímání smrti, umírání a utrpení,
- prevence syndromu vyhoření.

6.1 Schéma otevřeného kódování



6.2 Výsledky otevřeného kódování

Před samotným vyhodnocováním rozhovorů jsem si pro lepší přehlednost vytvořila tabulku, do které jsem zanesla jednotlivá témata a označila jsem, zda jsme se s respondentem k danému tématu dostali či nikoliv.

Tabulka č. 2 Témata diskutovaná s respondenty

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11
Důvody pro výběr práce v paliativní oblasti	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Smrt a umírání	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Smrt mladého člověka		x	x		x	x	x		x	x	
Přítomnost dítěte u úmrtí	x	x	x	x	x	x		x	x	x	
Tabuizace smrti			x		x	x	x	x	x		x
Utrpení	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Náboženství	x		x		x	x	x	x	x	x	x
Eutanázie	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x
Prevence vyhoření	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x

Zdroj: vlastní výzkum

6.2.1 Důvody pro výběr práce v paliativní oblasti

V této kategorii jsem se zaměřila na otázku, proč si respondenti vybrali zaměstnání právě v paliativní oblasti. Zajímalo mě, zda to byla pouhá shoda okolností, či je k tomu vedly jiné, hlubší důvody.

a) Osobní zkušenost se smrtí

Z 11 respondentů jich 5 zvolilo tuto práci z osobních důvodů, přičemž nejčastěji to byla vlastní zkušenost s úmrtím blízkého člověka. Poměrně často se opakoval vzorec, že rodina se z nejrůznějších důvodů nemohla o svého blízkého postarat doma a blízký zemřel v nemocnici. *„Byly jsme frustrovány, protože otec zemřel v nemocnici a my jsme o něj chtěly pečovat doma. A to je důvod, proč jsem se rozhodla pro tuto práci. Tehdy jsem nemohla udělat nic pro mého otce, ale teď můžu pomáhat ostatním, kteří se ocitli v podobné situaci a těm, kteří nemohou umřít tam, kde by chtěli, tam, kde by o ně mohla rodina pečovat.“* (R1) Vlastní zkušenost má i R7, který dříve pracoval na chirurgickém oddělení, a jehož maminka zemřela na rakovinu. *„Bylo to vesměs kvůli ní, abych jí mohl nějak pomoci, chtěl jsem do toho víc zaplout. Tady je na péči o lidi mnohem více času, člověk si to může v klidu promyslet, probrat to s doktorkou, v nemocnici na to nebyl čas.“* R2 uvedla, že jeden z důvodů, proč si tuto práci zvolila, byla její dřívější neznalost této problematiky. *„Moje tchýně umírala na rakovinu a nechtěla do hospice. Byl problém jí vysvětlit, co je to vůbec ten hospic a nakonec zemřela v nemocnici. Byla jsem z toho špatná, že jsem blbá, že jsem jí to nedokázala vysvětlit. [...] Dneska bych to možná už dokázala, ale tenkrát, na to, že jsem zdravotník, jsem to nedovedla a bylo mi to líto.“*

b) Jiné důvody

Ostatní respondenti se k této práci dostali např. tak, že hledali práci po ukončení mateřské dovolené a dříve pracovali ve zdravotnickém oboru, či je na místo upozornil přítel. Velice často opakovala odpověď, že před nástupem vlastně přesně nevěděli,

co obnáší práce v hospici a co je její přesnou náplní. Téměř všichni se ale se smrtí již setkali, ať už skrze úmrtí přítele, člena rodiny, či ve svém dřívějším zaměstnání.

U několika respondentů jsme se v rámci této oblasti dostali také k tématu, jak na jejich práci reaguje jejich okolí, přičemž jsem dostala tři okruhy odpovědí. Za prvé nereagují nijak a berou to jako běžnou práci, za druhé reagují zděšením, např. „A to jako šaháš na mrtvý? No jak to můžeš dělat, vždyť je to hrozný!“, a za třetí obdivem. Téměř totožné odpovědi uvedli R5 a R9. „*Spíš než nepochopení, tak takový obdiv, jestli to tak můžu říct, takové to konstatování já bych to dělat nemohl.*“ (R5) „*No mně se spíš stává to, že jako vážně smekají. Všichni říkají, že tohle by dělat nemohli.*“ (R9)

U této otázky mě nesmírně potěšil fakt, že u všech dotazovaných bylo znát, že svoji práci vykonávají rádi a s maximálním nasazením. Ve svém okolí se někteří setkávají s nepochopením a především neznalostí poslání hospiců, či naopak hlubokým respektem a vděkem, což je dozajisté jedna z největších odměn, které se pracovníkům může dostat. „*Schází se mi reference, nejen od mých zaměstnanců, ale taky od rodin pacientů, kteří to popsali jako něco úžasného, bez čeho by to určitě nezvládli. To potom přinese obrovskou radost. Když pak někdo řekne: „Toto bychom bez Vás nezvládli.“, tak to je taková radost pro celé tělo.*“ (R8)

6.2.2 Vnímání smrti, umírání a utrpení

Tato kategorie je dozajista nejrozsáhlejší ze všech. Témata, ke kterým jsme se s respondenty během rozhovoru dostala, byla nesmírně zajímavá a často z nich byla znát odbornost, láska k lidem a nesmírná osobní vyrovnanost s danou problematikou.

a) Smrt a umírání

První reakce většiny respondentů byla, že smrt je přirozená součást života. „*Je to něco, co jednou musí přijít. Je to přirozená součást života, to už je taková naše naučená formule.[...] Každý umírání je smutný, ale snažím se to vnímat tak, že je to kus života a nesmí se od života oddělit.*“ (R5) Podobnou odpověď mi poskytl i R1: „*Je to součást života. Nemůžeme ji odstrčit stranou a víme, že čím méně se jí budeme bránit a naopak*

se o ní budeme bavit, tím lépe.“ Dá se říci, že všichni dotázání vnímají smrt tímto způsobem. Nesetkala jsem se s respondentem, který by smrt zatracoval či ji jinak odmítal. „Pro mě smrt není konec, ale taková naděje, že někde je něco lepšího než tady.[...] Kdybych měla názor, že smrt je konec a pak už nic, tak to by mi asi nešlo. To by byla hrozná beznaděj a to se prostě nedá.“ (R6)

Většinou respondentů bylo téma smrti velice blízké a nedělalo jim problémy se o tom bavit, ať už z důvodů dlouholeté praxe v paliativní oblasti, nebo na základě vlastních zkušeností. Při prvních rozhovorech mě tato otevřenost při sdílení svých osobních zkušeností velice překvapila. *„Já jsem se se smrtí blízkých lidí setkal několikrát. Měl jsem dva starší bratry, oba dva zemřeli poměrně mladí. V době, kdy jsem nastupoval sem, byli po smrti už i můj rodiče, takže se smrtí jsem se setkával.“ (R8)*

Mnozí respondenti ovšem nezaujímalí takovýto názor od počátku. Z rozhovorů vyplynulo, že názory se měnily v průběhu života díky studiu, četbě, zkušenostem, ale především v průběhu praxe v paliativní oblasti. *„Já než jsem tady začala pracovat, tak jsem hrozně nerada chodila na pohřby. Nejraději bych toho mrtvého už neviděla v rakvi, chtěla jsem si ho pamatovat za života. Bála jsem se smrti, když jsem si představila, že tady za dvacet let už nebudu. Bylo mi z toho úzko, snažila jsem se na to nemyslet. Od té doby, co dělám tuto práci, tak vím, že to prostě jednou musí přijít, je to pro mě snazší.“ (R10)* Pro velkou část naší společnosti je zcela přirozené, že člověk umírá v nemocnici, kde jsou na to připraveni, a mnohdy ani nezvažují jinou možnost. Často tomu brání nedostatek času, financí či prostoru, ale jindy je to strach či trvalý stereotyp, že smrt do domácnosti nepatří. *„Jelikož jsem pracovala na psychiatrii, tak jsem to brala, že by člověk asi vážně měl umřít v té nemocnici. Co doma, že jo? (smích) Tady se to začalo měnit, najednou jsem si říkala, proč v nemocnici?“ (R11)*

b) Smrt mladého člověka

Úmrtí je vždy smutnou záležitostí a umírá-li mladý člověk, či dokonce dítě, je to o to horší. Dokonce i pro odborníky, pro které je smrt každodenní náplň práce, je úmrtí mladého člověka mnohem emocionálně náročnější. Žádný z hospiců se nevěnoval péči o malé děti, ale většina z respondentů měla zkušenosti s doprovázením mladé matky či

otce od rodiny. Všichni se shodli, že je to mnohem náročnější a často je doprovázení mladého člověka doprovázeno pocity křivky a nespravedlnosti. „Člověk to bere tak, že starý člověk má život za sebou. [...] Pokud ale umře mladý, je to strašně nespravedlivý. Vnímáme to tak, že měl celý život před sebou a nemá a to je hrozná bezmoc.“ (R6) „Je to opravdu rozdíl. U toho starého člověka člověk vidí tu přirozenost, že se dožil a má něco za sebou.“ (R5) Domnívám se, že obzvláště pro mladé ženy, které jsou sami matkami, musí být nesmírně náročné vidět umírat otce či matku od rodiny, či doprovázet rodiče, kteří přežili své dítě. Potvrdila mi to i odpověď R6, která uvedla: „Je to veliký rozdíl a vnímám to, jelikož teď už jsem ve věku, kdy bych mohla mít stejně staré děti, tak to je pro mě krutý. Když si představíte, že by to bylo Vaše dítě, tak pro nás, obzvláště pro nás ženy, co tady pracujeme, je to těžký.“

U tématu umírání rodiče od rodiny mě zajímalo, zda si respondenti myslí, že by celému procesu umírání a následnému pohřbu měly být přítomny i malé děti, jelikož dodnes u některých přetrvává přesvědčení, že dítě smrt nemá vidět, aby se tím zbytečně netraumatizovalo. Všichni mi potvrdili moji domněnku, že dítě by určitě mělo být součástí této životní fáze a schopnost přijmout a pochopit, co se děje, záleží pouze na způsobu komunikace s dítětem. R1 uvedla, že je nutné zapojit dítě do komunikace, ale ne pouze povídáním. Mohou se použít hračky, knížky, filmy a pomoci mu tak vyjádřit své pocity.

I malé dítě má právo vědět, co se děje a postupně se připravovat na to, že za pár dní tam již maminka nebo tatínek nebude. *Když tam byly a viděly to, tak věděly, že ta matka je v pohodě a že postupně chřadne a jednou tady nebude. Nebylo to, že jednou mámu odveze sanitka a už ji nikdy neuvidí.*“ (R9) „Ale vždycky rodině říkáme, ať děti určitě přivedou, aby se podívaly. [...] Oni si to ukončí, uvidí babičku pokojně odpočívat a bude to pro ně lepší než to prázdné.“ (R4) Podle R8 je toto téma také spojené s tabuizací smrti, kdy rodiče chtějí dítě uchránit. „Stejně tak některé rodiny nevezmou dítě ani na pohřeb s tím, že je to pro dítě trauma. Ano, je to trauma, ale prostě patří to k životu, život není jednoduchý, a když je budeme ode všeho izolovat, jak se na něj můžou připravit.“

Jeden z respondentů měl dokonce osobní zkušenost s úmrtím 4letého bratra, a to když mu bylo pouhých 7 let. *„Dennodenně si na ten den, kdy odešel, vzpomenu. To ve mně zůstane, ale v dobrém si na to vzpomenu. Ne v dobrém v tom slova smyslu, že bych byl rád, že se to stalo, naopak si dennodenně říkám, jaké by to bylo, kdybych tady brácha měl, ale stalo se to a zase zemřel doma a já jsem ho krátce poté držel za ruku a byl jsem u toho. [...] A nešlo to, že by mě poslali pryč, já jsem byl u toho a loučil jsem se s ním.“* (R8)

c) Tabuizace smrti

Tabuizace, neboli česky vylučování či odstraňování slov či celých témat z naší komunikace a povědomí, je v i v dnešní době stále všudypřítomné. Přesvědčily mě o tom reakce mého okolí, když jsem někde řekla téma této práce. Většina reakcí byla typu: „Fuj, proč píšeš o něčem tak hrozném? Proč sis raději nevybrala něco s dětmi?“. Z tohoto důvodu jsem také jako jednu z otázek zvolila téma tabuizace smrti. Zajímalo mě, jak vnímají tuto problematiku odborníci a zda se s ní také setkávají ve svém okolí či dokonce u sebe samých.

Toto byla jediná otázka, na kterou se mi všichni respondenti vyjádřili velice podobně, a sice že tabuizace smrti a všeho okolo ní v naší společnosti stále trvá. *„Jako určitě, mám takový pocit, ale proč, to nevím. Je to asi nevděčný téma, morbidní téma. Nevím, jak bych to nazval. Lidé se smrti bojí, vyhýbají se jí.“* (R7) Podobný názor měla i R6, která uvedla: *„Snaží se tu smrt popírat, vytěšňovat. I když třeba vědí, že ten jejich příbuzný zemře, tak pořád je tam ta snaha zamést to pod koberec.“* Velice se mi líbila myšlenka R3, která uvedla, že právě neschopnost rodiny bavit se s umírajícím otevřeně o smrti mu často brání v klidu zemřít, jelikož s rodinou nenajdou společnou cestu, jak si to vyříkat a rozloučit se. Naopak jsou zde tací, kteří naopak mají potřebu se o tom bavit. Zajímá je, jak to bude probíhat, co se s nimi po smrti bude dít. Tito lidé následně umírají v mnohem větším klidu a smíření. *„Bylo to přirozený, že lidé umírali tam, kde žili, a poté tím velkým skokem zdravotnictví začala vítězit taková ta vítězná medicína, kdy se léčilo a léčilo a každé umírání byla ta porážka toho systému. Zapomnělo se asi na to, že jednou ti lidé prostě umřít musí.“* (R5)

Respondentky č. 1, 9 a 11 se s tabuizováním smrti setkaly také samy u sebe. Byly v tom tak vychovávány, doma se o tom nikdy nemluvalo a teprve tato práce či první setkání se smrtí je donutilo toto téma otevřít, přemýšlet o něm a předávat své poznatky dál. *„Bylo to něco, o čem se u nás doma nemluvalo, bylo to tabu. Když můj otec zemřel, pomyslela jsem si, že nevím, jak mám truchlit dobrým způsobem. Prostě jsme o tom nemluvili s tím, že to po čase zmizí samo. Ale ono to nefungovalo a díky mému otci jsem si uvědomila, že zde musí být lepší způsob. Naučila jsem se vyjadřovat svoje emoce, mluvit o tom, co se stalo.“* (R1) Jak řekla R6, existuje celá řada knížek a mnoho pořadů v televizi, které se této problematice věnují a které se snaží toto tabu prolomit. Velice často je doporučuje kamarádkám, ale ony nenajdou odvahu se na to podívat.

Na závěr respondenti č. 5, 6 a 8 vyjádřili optimistický názor, že se podle nich toto popírání smrti začíná pomalu prolamovat, a to právě díky osvětě v televizi a čím dál tím většímu povědomí o poslání hospiců. *„Čím více lidí bude využívat naše služby, tím rychleji se bude měnit pohled. Nebo naopak, čím více lidí bude měnit pohled na smrt, tím více lidí bude tuto službu využívat.“* (R8)

d) Utrpení

S otázkou, která se týkala role utrpení v lidském životě, měli respondenti asi největší problémy. Mnoho z nich nebylo schopno na tuto otázku odpovědět. Zajímal mě především filozofický pohled pečujících pracovníků na smysl utrpení, jak jsou schopni pracovat s příkořím ve svém životě a jak se s ním vyrovnávají. Většina respondentů mi odpovídala pouze v rovině zdravotní, v souvislosti s umírajícím člověkem.

Několik respondentů vyjádřilo myšlenku, že lidé se tolik bojí smrti právě z obavy, že budou trpět. Ovšem v dnešní době, kdy existuje nespočet léků a léčebných metod, již není třeba, aby člověk umíral v bolestech.

Šest respondentů z jedenácti mi na tuto otázku nebylo schopno odpovědět. *„V tomto nemá snad nikdo úplně jasno, a kdo tvrdí, že má, tak bych se zdráhal mu uvěřit.“* (R8) Nyní vím, že je to velice komplikovaná otázka a vyjádřit myšlenku v pár větách je skoro nemožné. Mnoho z těch respondentů vnímalo utrpení jako věc, která se prostě děje a žádným způsobem ji neovlivníme, ale zda má nějaký smysl, to nedokázali

řict. „Nevyhýbám se utrpení, vnímám ho, vnímám lidi, kterých se to týká. Když můžu, tak rád pomůžu.“ (R5) Respondenti č. 2, 3, 4 a 7 se shodli, že neví, zda má utrpení v životě nějaký smysl. „Všeobecně asi nemá moc smysl o tom mluvit, spíš to konkrétně řešit.“ (R2)

Zbývající respondenti č. 1, 6, 9, 10 a 11 se přikláněli spíše k názoru, že utrpení určitě nějaký smysl má, i když si to nemusíme uvědomovat v tu krizovou chvíli. „Já si myslím, že má smysl. Když Vám všechno dlouhou dobu vychází, všichni se mají rádi, tak je dobře, když si člověk občas uvědomí, že je zranitelný, že se může něco stát.[...] Člověk je pak pokornější, víc si věci váží, užívá. Když si něčím takovým projde, uvědomí si, že jsou prostě mnohem důležitější věci a neřeší, jestli má nebo nemá hotový předvánoční úklid. [...] Nehroutíte se hned ze všeho.“ (R10) Respondenti č. 1, 6, 9 a 11 vyjádřili shodnou myšlenku, že všechno zlé je k něčemu dobré a musíme si z toho vzít nějaké ponaučení. Zajímavý vyčnávající pohled uvedla R6: „Beru to možná jako boží trest, já nevím. Vzhledem k tomu, že věřím na minulé a budoucí životy, tak se říká, že sklidíte to, co jste si zaseli, a nemusí to být pouze v tomto životě.“

Na závěr podkapitoly o utrpení bych ráda uvedla odpověď R1, která parafrázovala myšlenku z neznámé knihy: „V této knize se píše, že všechno, co se v životě děje, jsou pouze testy, které nás připravují na závěrečný test, se kterým se budeme muset všichni vypořádat, a sice naše smrt. Zkouškou prochází matka, která přivádí na svět dítě, a zároveň je to zkouška pro to dítě, které se musí proboujet na svět. Zkouškou je pro dítě rovněž nástup do školy. Čím lépe se člověk dokáže vyrovnat s těmito malými zkouškami, tím lépe bude připraven se vyrovnat s tou závěrečnou, a sice s vlastní smrtí. To je rovněž moje filozofie, co tě nezabije, to tě posílí.“

e) Náboženství

Moje další otázka směřovala na náboženství, a zda si respondenti myslí, že je jejich víra může nějakým způsobem ovlivňovat či jim pomáhat při výkonu tohoto povolání. Z počátku jsem se bála, že mi na tuto otázku nebudou chtít respondenti odpovídat, jelikož se jedná o poměrně soukromou oblast a ne všem je příjemné, o tom mluvit. Žádný z respondentů s tím ale neměl sebemenší problém.

Při prvních rozhovorech jsem si myslela, že většina pracujících v hospicích budou určitého vyznání, přeci jenom smrt a utrpení je poměrně náboženské téma, ale opak byl pravdou. Konkrétní náboženství uvedli pouze tři respondenti, a to respondenti č. 1, 5 a 8, pět uvedlo, že věřící nejsou a zbylí tři respondenti se nedokázali přesně zařadit. *„Mám určitou víru, že po smrti něco je, ale nemůžu tomu říct náboženství. [...] Já si věřím po svém. Hodně blízký je mi směr buddhismu. Věřím tomu, že duše se prostě převtěluje. [...] Člověk má naději, že se sem vrátí, že bude někdo jiný. Já to takto opravdu vnímám a je to pro mě velká naděje. Nevím, jestli je to Bůh, čemu věřím. Říká se tomu něcisté, že věříme v něco.“* (R6) Jako tzv. „něcisté“ se označili i respondenti č. 10 a 11

Věřících respondentů jsem se zeptala, zda jim víra v jejich práci nějakým způsobem pomáhá. Dva respondenti mi odpověděli, že si toho nejsou vědomi, pouze R8 uvedl: *„Já osobně si myslím, že ano. Myslím si, že pro lidi na těchto postech, je to výhoda. Neřekl bych, že by to mělo být charakterizováno jako podmínka, ale víra v Boha a v to, co věří, může člověku přinášet určité zjednodušení či zlepšení.“*

Někteří z dotázaných se i samovolně rozpovídali o tom, jaký je to rozdíl, když umírá člověk ve věřící či nevěřící rodině. *„Myslím si, že věřící mnohem snáz přijímají odchod. Když jsem byla nedávno v jedné věřící rodině, kde paní zemřel nečekaně manžel, tak ona to prožívala opravdu pěkně, klidně s tím, že se za něj bude denně modlit. Taky se mi stalo, že jsem musela paní říct, že jí umřel synovec a ona na to: „No, tak už je tam s maminkou a s mým synem a manželem.“* (R10) Velice krátkou, ale zato výstižnou myšlenku k tomuto tématu uvedla R3: *„Smrt je pro ně něco, co má být. V něco věří a to je uklidňuje.“*

f) Eutanázie

Nedílnou součástí tématu smrti a umírání je pohled na zlegalizování eutanázie. Běžný člověk se do této problematiky dokáže asi velice těžko vcítit, jelikož nezná všechna fakta a často ani pozadí umírání. Domnívala jsem se, že pracovníci v hospicích budou mít vyhraněnější názory. Buď budou pro zlegalizování eutanázie, právě z toho důvodu, že vidí každý den bolest a komplikace spojené s umíráním, nebo naopak proti,

jelikož ví, jaké možnosti dnes umírajícím paliativní péče nabízí a poskytuje, a všechny toto strádání se dá vyřešit.

Respondenti č. R4, R5 a R11, mi na tuto otázku nedokázali dát jednoznačnou odpověď. „*To je sporný. Nejsem zastávce eutanázie, ale nedokázal bych ji úplně vymýtit. [...] Vím, že mnozí by tu injekci přijali, kdyby mohli. Možná by odcházeli smířenější než v tom neustálém boji, chaosu a očekávání, kdy to přijde. Kdysi, když jsme hospic rozjížděli, tak jsem zastával názor, že eutanázii rozhodně ne, ale teď bych to tak jednoznačně nedokázal říct.*“ (R5) „*No vy jste mě tím úplně zaskočila, jelikož já jsem nad tím nikdy nepřemýšlela. Takže já teď vůbec nevím, jestli ano nebo ne. [...] Co když máš někoho úplně ochrnutého, celý život by ležel a pak by řekl, že to není život. Toto je vážně těžké, nikdy jsem o tom nepřemýšlela.*“ (R11)

Pro zlegalizování eutanázie by byli pouze dva respondenti, a to č. 6 a 7. Oba respondenti jako důvod uvedli, že to, že člověk má mít možnost rozhodovat o tom, co se s ním stane, pokud je stále při smyslech. Je to jeho život a neměl by být v této vůli omezován. Oba respondenti zdůraznili potřebu zákonného ošetření, které by bránilo zneužitelnosti eutanázie tak, jak to funguje v zemích, kde je eutanázie legální.

Všichni ostatní respondenti eutanázii odmítají. Někteří přiznali, že si dokážou představit situace, kdy by viděli eutanázii jako jediné východisko, ale v závěru bylo těchto šest respondentů striktně proti eutanázii. Nejvíce respondentů eutanázii odmítá z toho důvodu, protože díky své práci ví, jaké možnosti má medicína k dispozici. Ať už umírající prožívá sebevětší bolest, léky ji dokáží utišit a umožnit jedinci, aby konec svého života prožil důstojně a bez bolesti. „*Je to asi o těch zkušenostech a nevědění, že bolest se dát zvládnout. Když nebude bolest a utrpení, které je s tím spojené, tak lidé po eutanázii nepůjdou. Mnoho lidí neví, že existuje tolik léků, které mohou bolest ovlivnit.*“ (R3) Mnoho lidí touží po eutanázii nejen z důvodu fyzické bolesti, ale také té psychické. Bojí se, že budou své rodině na obtíž, že již nemají pro co žít. Mnohdy sice necítí fyzickou bolest, ale jejich funkčnost je značně omezena, či v krajních případech se nemohou hýbat vůbec. V takovýchto případech je nezbytná cílená terapie. „*Myslím si, že pro eutanázii jsou často lidé, kteří mají nějaké trauma z minulosti. Bojí se bolesti, bojí se odcházení. My ale víme, že to jde i hezky, a hlavně dnešní medicína je tak*

daleko, že není potřeba, aby někdo trpěl nesnesitelnou bolestí. [...] Právě si myslím, že kdyby zde nějakým způsobem fungovala terapie, tak se s tím určitě dá něco dělat.“ (R9)

Respondenti č. 1 a 8 jako důvod pro odmítání eutanázie uvedli mimo jiné své náboženství. Eutanázii z důvodu náboženství odmítala i respondentka z belgického hospice, kde je eutanázie legální. *„Belgie a Holandsko jsou jedny z mála zemí, kde je eutanázie legální, a to od roku 2001. Ovšem moje filozofie a moje náboženství mi říká, že eutanázie není v pořádku. Moje náboženství říká, že život je dar od mého Boha a od mých rodičů a já se ho nemohu zbavit.“ (R1)* Podle této respondentky je nutné s lidmi, kteří chtějí eutanázii, mluvit a pozorně je poslouchat, spolupracovat s rodinou a lékaři, jelikož na pozadí této žádosti jsou mnohdy pocity úzkosti a vzteku, které mohou tuto prosbu ovlivňovat. Podobnou odpověď uvedl i R8: *„Navíc je to pro mě, jako pro věřícího člověka, skoro nepředstavitelné, abych souhlasil s tím, že vědomě bude ukončen život člověka.“*

Jelikož v Belgii je zlegalizována již i dětská eutanázie, zeptala jsem se ze zvědavosti na jejich názor i na toto téma. Vůbec mě nepřekvapilo, že ani jeden z dotázaných respondentů s tímto nesouhlasil a v praxi si to nedokázali představit. *„Myslím si, že eutanázie pro děti není nezbytná. Většina dětí může být léčena pomocí léků a péčí rodičů. Dítě chce žít. [...] Myslím si, že to bude spíše o těch rodičích, kteří nebudou schopni vyrovnat se s utrpením svých dětí a s vědomím, že jim nemohou nijak pomoci.“ (R1)* *„No, tak toho bych se bál. Dítě není odpovědné k tomu říct, zbavte mě života a jako rodič, abych řekl, zbavte mé dítě života, tak ta představa mě úplně bolí. [...] Možná, že jsou takové případy, kdy rodič vidí, že to dítě hrozným způsobem trpí a nemůže už nic, ale nevím, nedokážu si to představit.“ (R5)*

6.2.3 Prevence syndromu vyhoření

Práce v hospicích je dozajista velice náročná, a to především po psychické stránce. Pracovníci dennodenně pracují se smrtí a mnohdy se setkávají s velice smutnými životními příběhy, které musí nějakým způsobem přijmout a naučit se s nimi pracovat tak, aby je práce zcela nepohltila a nevyhořeli. Ptala jsem se respondentů, jakými

způsoby se vyrovnávají se stresem, který na ně v práci padá, a předcházejí tak syndromu vyhoření. Na tuto otázku mi neodpověděl R8, který se omluvil s tím, že vykonává spíše administrativní činnosti a tudíž se ho tato problematika příliš netýká. Od respondentů jsem dostala celou řadu strategií, které nakonec utvořily dvě skupiny. Jednu skupinu tvoří péče ze strany zaměstnavatele a druhou skupinu tvoří osobní techniky zaměstnanců.

a) Péče ze strany zaměstnavatele

Dle odpovědí se utvořily celkem čtyři možnosti, které pracovníci hospiců mohou využívat, a to pravidelné schůzky týmu, kde mají možnost probrat problémové klienty, rozebírá se zde uplynulý týden a plánuje se týden následující; teambuilding, který probíhá např. formou bowlingu či jiné aktivity; supervize či spolupráce s psychologem. Největší pozornost byla věnována supervizím, které zmínili všichni respondenti, i když na ni mnozí měli odlišný názor. Respondenti č. 5, 9 a 10 supervizi chválili jako účinnou metodu proti vyhoření. R10 uvedla, že převážně záleží na tom, jak si ta skupina supervizi nastaví, zda je v týmu důvěra a také, že hodně záleží na osobnosti supervizora. *„Je to hodně o důvěře, jestli můžete říct všechno, co chcete a víte, že ten druhý to neřekne nikde dál. Pokud ta supervize takhle funguje, tak je určitě dobrá.“* (R10)

Naopak respondenti č. 2, 3, 6 a 7 zas tak velikou váhu supervizi nepřikládají. R3 uvedla, že jsou pro ni mnohem prospěšnější pravidelné schůzky týmu, kde mohou s kolegy probrat uplynulý týden a co je naopak čeká. K tomu tvrzení se přiklonila i R2, která uvedla: *„No to určitě, ta supervize je moc oficiální.“* Respondenti č. 6 a 7 uvedli, že jim supervize nepomáhá téměř vůbec a raději hledají svoje vlastní vyrovnávací techniky. *„Já jsem takový člověk, že mi to prostě moc nepomůže. Já stejně pořád přemýšlím a pořád se mi v tý hlavě něco motá, neumím se od toho úplně odprosit.“* (R6) *„Mě to povídání nějak nenadchlo. Já mám své odlehčovací věci, který mě dokážou vzpamatovat a takovýhle akce, jako jsou supervize, mi nic moc neříkají.“* (R7)

b) Osobní techniky zaměstnanců

Od respondentů jsem dostala celou řadu technik, které používají pro vyrovnání se se stresem. Nejčastěji respondenti zmiňovali nutnost nenosit práci domů. Několik z nich zdůraznilo, že je nutné naučit se oddělit pracovní život od toho rodinného a umět pokud možno „vypnout“. *„Je určitě nutný vypnout. Já už to naštěstí umím, za ty roky jsem se to naučila. Takže vypnu služební telefon, přesměruju a nechám doma. Když toho je už opravdu moc, tak si prostě dám pár dní pauzu.“* (R9) R1 uvedla, že ne vždy je to úplně možné, jelikož řada pacientů je jí blíže než jiní, a je velice těžké před nimi zavřít dveře.

Mezi další nejčastěji zmiňované techniky patří procházky v přírodě, sport, hudba a také mluvení. Mezi strategie zvládání stresu, které respondenti uváděli po jednom patří čtení, tanec, rituál při úmrtí pacienta, podpora partnera, zahrádka, film, pes, schůzka s přáteli a také samota. Respondentky č. 2 a 3, které jsou kolegyně, uvedly, že je pro ně nejpřínosnější to, že si o tom všem mohou spolu povídat. *„My si povídáme, třeba v autě, když jedeme. Navštěvujeme se a pak si povídáme na skypu.“* (R3) Velice se mi líbila myšlenka R2, která uvedla, že jí pomáhá její osobní rituál: *„Já si dám vždycky panáka, když někdo umře. A vždycky na Silvestra, když pít můžeme, tak si připíjím na pacienty. Člověk potřebuje nějaký rituál.“* (R2)

Domnívám se, že rituály a ustálené postupy, jakými se pečuje o již zemřelé pacienty těsně po úmrtí, jsou důležité nejenom pro členy rodiny, ale také pro pečující pracovníky, pro které to je jakési uzavření a rozloučení s pacientem. Pěkný příklad péče o zemřelého, který byl zároveň závěrečným rituálem, mi uvedla R2: *„Byla tam snacha a dcera, pořád ji hladily, pomáhaly nám, mazaly tělo, vybraly oblečení. Ted' nad tím tak stojíte a který šaty. Tydle nebo tydle? Tydle měla ráda. Řešily jsme barvu silonek. [...] Boty se řešily, jestli se paní obuje nebo ne. Tak to bylo opravdu hezký. [...] Když jsme se přišly na paní znovu podívat, byla zasypána svatýma obrázkama, měla růženec, dva zlatý medailonky, to bylo vážně super. Řešily jsme náušnice, rtěnku. Ptaly jsme se, jestli chtějí nalakovat nehty, jestli si na tom paní zakládala tak.“*

7 Diskuse

Z výzkumu jasně vyplynulo, že tematika smrti a umírání je neustále citlivým tématem pro mnoho lidí a i samotní profesionálové nemají ve svých názorech a postojích úplně vždy jasno. Problematika, kterou jsem si zvolila, je nesmírně široká a je možné ji zkoumat z nepřeberného množství úhlů pohledů. Svůj výzkum jsem si rozdělila do tří hlavních oblastí, a to důvody pro výběr zaměstnání v paliativní oblasti; pohled na smrt a umírání a faktorů, které jej mohou ovlivňovat, včetně názoru na eutanázii; poslední okruh tvořila problematika syndromu vyhoření, přičemž mě u respondentů zajímaly strategie a techniky, kterými se brání proti stresu, který na ně v práci působí.

Oblast výběru povolání v paliativní oblasti jsem do výzkumu zařadila čistě ze své osobní zvědavosti. Musím přiznat, že před touto prací jsem se s tematikou smrti a vše s ní spojené téměř nesetkala, a nedokázala jsem si představit, jací lidé mohou tuto práci vykonávat, jaké jsou jejich životní příběhy, které je k této práci přivedly. Z výzkumu jsem s jistotou pochopila jednu věc a to, že všichni jsou to lidé nesmírně vstřícní a otevření, chovající velkou láskou k lidem a ke své profesi. Největším překvapením pro mě byla hned první respondentka, která v paliativní péči pracuje již celých 26 let a neustále o ní mluví s entusiasmem. I mezi ostatními respondenty se často opakovalo nadšení ze své práce, které neoslabila ani psychická náročnost. Jako největší výhodu hospiců mnozí uváděli ohromný rozdíl v péči o umírající oproti nemocnicím. Nikoliv z pohledu medicínského, ale z toho lidského. Několik respondentů, kteří prošli nemocniční praxí, zdůrazňovali jako největší přednost dostatek času na umírajícího, jeho rodinu a především přijetí smrti v důstojných podmínkách. Podle R2 stále mnoho lékařů nedokáže ustoupit smrti, když nadejde čas, a za všech okolností se snaží, aby medicína vyhrála. Hana Němcová se ve své bakalářské práci rovněž zaobírala otázkou rozdílu práce v nemocnicích a v hospicích a získala prakticky totožné informace jako já. Její respondenti rovněž jako nejčastější rozdíl uváděli pohodu na pracovišti, méně spěchu, používání nových metod práce a nesrovnatelně více času na pacienty. K tomu ve svém výzkumu rovněž uvádí, že se pracovníci často setkávají s negativními přístupy

mladých pacientů, s čímž jsem se ve svém výzkumu nesetkala (26). V roce 2011 byl zveřejněn výzkum, který provedly Bc. Klára Kněžková a PhDr. Marie Třešlová, PhD. Z výzkumu, který byl věnován předpokladům pro práci zdravotních sester v hospici, vyplynulo, že nejčastějším motivem je pro sestry láskyplné prostředí, touha pečovat o druhé, myšlenka hospicové péče a také životní zkušenost (16). Domnívala jsem se, že v mém výzkumu bude životní zkušenost jeden z nejčastějších důvodů pro volbu tohoto povolání. Osobní zkušenost hrála roli v pěti případech z jedenácti, takže to není jednoznačně rozhodující faktor, jak jsem se domnívala, ale přeci jenom hraje u respondentů značnou roli. Respondenti, u kterých osobní zkušenost se smrtí hrála roli při výběru svého povolání, nejčastěji uváděli, že jejich blízcí umírali v nemocnicích, jelikož neměli dostatečné množství informací jako teď. Mnohdy to bylo velice rychlé a neosobní, proto chtěli pomáhat rodinám, které se ocitnou v podobné situaci.

Druhá oblast výzkumu se věnovala postojům a názorům na smrt, umírání a utrpení a faktorů, které je mohou ovlivňovat. V teoretické části uvádím definici thanatologie, která je chápána jako věda o smrti a umírání a která se skládá z celé řady nejrůznějších přístupů. Toto pravidlo se mi osvědčilo i během výzkumu, když jsem se respondentů ptala na to, co pro ně vlastně smrt a umírání znamená. Pro jednoho to je čistě biologická záležitost, při které odejde mozek a zastaví se tělesné funkce, pro jiného je to problém etický, jelikož se dnes často objevuje téma „dobré“ a „špatné“ smrti a pro dalšího je to otázka duchovní a spirituální, kdy smrt je pouze brána do jiného bytí a zároveň naděje, že příště bude líp. Na čem se ale shodli všichni respondenti je to, že smrt je přirozená součást života, která je od něj neoddělitelná, dává životu smysl a uzavírá jej. S mnohými respondenty jsme se také dostaly ke smrti mladého člověka. Když umírá mladý člověk, rodič od dětí, či dokonce dítě, je dozajista nesmírně těžké, dle mého názoru i nemožné, vnímat smrt jako přirozenou a tu jedinou „spravedlivou“. Dotázaní respondenti měli na tuto oblast téměř totožný názor. I pro ně je úmrtí mladého člověka často spojováno s pocity nespravedlnosti, křivdy a také marnosti z toho, že ten daný člověk měl mít před sebou celý život, který mu byl vzat. Tyto odpovědi potvrdily myšlenku Petry Závorkové, jejíž článek z periodika Sociální studia uvádím v teoretické části (49). U tématu smrti mladého člověka jsme se s mnohými respondenty dostali

k otázce, zda si myslí, že mají být procesu umírání přítomny i malé děti či zda je to pro ně zbytečná traumatizace a je tudíž lepší je „chránit“ a držet od toho všeho stranou. K tomuto se mi všichni dotázaní vyjádřili jednotně, že je určitě lepší umožnit dětem být součástí celého procesu. Pokud je s dítětem vhodně komunikováno, vše je mu patřičně vysvětleno, riziko traumatizace je naprosto minimální. Respondenti naopak často uváděli dobré příklady z praxe, kdy děti pomáhaly s péčí o prarodiče či rodiče, zajímaly se, co se děje a co bude, až tu maminka/tatínek nebude. Největší chybu často respondenti spatřovali v odejmutí možnosti zúčastnit se pohřbu. Dítě, stejně jako každý dospělý, potřebuje rituál k zakončení a rozloučení se a neumožnění mu tohoto symbolického ukončení může napáchat větší škodu než samotný proces umírání.

V teoretické části jsem se poměrně podrobně věnovala historii vnímání smrti, a to od naprostého soužití se smrtí, kdy každý dospělý i dítě věděl, co je to smrt a že jednou přijde, přes počátky institucionalizace umírání a vytěšňování smrti do nemocnic či domovů pro seniory, až po dnešní častou tabuizaci smrti, neschopnost o ní mluvit a brát ji jako něco, co se nás za žádných okolností nemůže týkat. Marius Szczygiel to velice příhodně označil jako tzv. republiku popírání (39). Rovněž tak i Haškovcová ve své publikaci uvádí názor, že mnozí lidé vytěšňují myšlenku na smrt a smrtelnost si připouštějí až v okamžiku, když čelí smrti blízkého člověka. Vyrovnání se se smrtí a přijetí vlastní finality je jeden ze základních předpokladů pro práci v hospici či v jakékoli jiné instituci pracující se smrtí (11). K tomuto tématu se mi všichni respondenti vyjádřili téměř totožně, a sice že tabuizace smrti v naší společnosti panuje. Často je to podle nich považováno za tragické až morbidní téma, o kterém se prostě nemluví. Mnozí respondenti zároveň uvedli, že ani jim samotným není tabuizace smrti cizí, mnohdy v ní vyrůstali celý život a až díky práci v hospici se naučili o smrti otevřeně hovořit a přemýšlet o své vlastní smrtelnosti. Zároveň ale někteří vyjádřili optimistický názor, že právě díky četným pořadům v televizi, přednáškám a propagaci hospicového hnutí, se toto téma začíná pomalu otvírat a zejména mladí lidé vyjadřují o tuto problematiku častější zájem než dříve. Jednoznačný důvod, proč lidé v dnešní době nedokáží mluvit otevřeně o smrti, asi neexistuje. Dle mého názoru to může spočívat ne v neochotě o smrti mluvit, ale spíše v nevěděni jak o ní mluvit. Pokud bych

měla hodnotit ze svého osobního pohledu, člověk by často měl zájem s ostatními mluvit o jeho bolestech, prožívaných ztrátách, ale blokuje ho právě strach, že řekne něco špatně, co druhému ještě přitíží a prohloubí jeho strádání. Domnívám se, že mladí lidé jsou skutečně tomuto tématu mnohem více otevření než generace jejich rodičů či prarodičů a to především díky vzdělávání, působení masmédií a ohromným možnostem, které jim život nabízí.

Další podkategorie z oblasti vnímání smrti a umírání byla věnována smyslu utrpení v lidském životě. Tato otázka činila respondentům dozajista největší obtíže a reakce respondentů byly i ponaučením pro mě jako pro výzkumníka. Příště bych tuto otázku formulovala jiným způsobem, aby byla pro respondenty lépe uchopitelná. Celých 6 respondentů se mi k této otázce nedokázalo příliš jasně vyjádřit. Opakovaly se odpovědi, že v dnešní době, kdy existuje tolik možností, jak bolest a utrpení zmírňovat, není potřeba trpět. Když jsem se zeptala na jejich názor na utrpení z filozofického hlediska, nedokázali svůj názor jednoznačně specifikovat. V průběhu rozhovorů jsem si uvědomila, že i já sdílím tento postoj ke smyslu utrpení. Je to tak nesmírně složité téma, že je nemožné vyjádřit své myšlenky pomocí několika vět, a i když se přikláním k názoru, že prožité utrpení a strádání nás činí silnějšími a odolnějšími, občas se dějí věci, které jsou tak nesmyslné, zbytečné a nespravedlivé, že je téměř nemožné pohlížet na ně s vědomím, že všechno zlé je pro něco dobré a vzít si z nich nějaké ponaučení do budoucna. Zbýlých 5 respondentů vyjádřilo podobné myšlenky, a sice že utrpení nám v lecčem může pomoci a je dobré vzít si z něj nějaké ponaučení. S těmito názory se shodují s názorem pana docenta Jankovského, kterého cituji v teoretické části. Jeden respondent uvedl, že díky prožité bolesti a utrpení je opatrnější, a to jak na sebe, tak i na svoji rodinu. Díky své práci a prožitému strádání si uvědomuje, co je v jeho životě důležité, nehrouť se z každé maličkosti a neřeší, zda má hotový předvánoční úklid či ne. Další respondentka uvádí, že všechna příkoří, která v životě zažívá, jsou podle ní pouze přípravou na tu největší zkoušku, kterou budeme muset všichni projít, a sice vlastní smrt.

Další oblast, na kterou jsem se respondentů ptala a o které jsem se domnívala, že může mít značný vliv na výběr povolání v hospici, je víra a náboženství. Tento

předpoklad se mi příliš nepotvrdil. Konkrétní náboženství uvedli pouze tři respondenti a z toho pouze u jednoho jeho víra určitým způsobem ovlivňuje výkon povolání v hospici. Ostatní věřící respondenti si nejsou vědomi toho, že by jejich víra nějak ovlivňovala jejich práci. Kubíčková uvádí, že věřící lidé mnohdy méně trpí beznadějí a depresemi jelikož věří, že smrtí všechno nekončí. Víra v Boha často pomáhá lépe se vyrovnat s odchodem blízkého člověka. Na druhou stranu může smrt u věřících lidí vyvolat pocity nespravedlnosti a zlosti vůči Bohu (17). Tuto myšlenku potvrdil i výzkum, který byl publikován v roce 2013 v časopisu *Mental Health, Religion and Culture*. Mnoho lidí nachází v náboženství útěchu v dobách smutku, ovšem pro mnoho dalších je to zdroj další úzkosti. Mnozí si smrt a utrpení vysvětlují jako trest od Boha, cítí se Bohem opuštěni, což negativně ovlivňuje celý proces truchlení a vede k dalším negativním emocím, jakými je úzkost, deprese, nepřátelství (21). Další tři respondenti se shodli na tom, že sice v něco věří, ale není to Bůh, pouze že existuje něco nad námi, co nedokáží jednoznačně popsat. Jedna z respondentek se označila jako „něcistka“, tedy že v něco věří, ale neví přesně v co. Zbýlých pět respondentů uvedlo, že jsou ateisté. Několik respondentů se ale shodlo na tom, že často bývá práce jednodušší v rodině, která je věřící. Rodinní příslušníci jsou zde na odchod mnohdy mnohem lépe připraveni, je to tam klidnější a ritualizovanější. Není to ale samozřejmě pravidlo.

Poslední oblast, které jsem se v rámci tématu smrti a umírání věnovala, je eutanázie a názory pracovníků v hospicích na ní. Tři respondenti si svým názorem nebyli zcela jistí. Uvedli, že existují silné argumenty jak pro, tak i proti eutanázii a nedokáží se zcela jasně přiklonit ani na jednu stranu. Pouze dva respondenti se vyjádřili pro eutanázii. Oba uvedli podobný názor a sice, že každý má právo rozhodovat o svém vlastním životě. Zároveň zdůraznili potřebu důkladného právního ošetření v případě, že by eutanázie měla být zlegalizována. Zbýlých šest respondentů se vyjádřilo proti eutanázii. Především převládal názor, že díky lékům, které jsou dnes k dispozici, není potřeba, aby umírající trpěli nesnesitelnými bolestmi. Čím více se bude šířit povědomí o činnosti hospiců a služeb paliativní péče, tím menší bude zájem o zlegalizování eutanázie. Dále proti legalizaci padly argumenty snadné zneužitelnosti či náboženské důvody. Co odmítli všichni respondenti do jednoho, byla otázka dětské eutanázie, která je již

zlegalizována např. v Belgii. Výzkum ohledně názorů profesionálů na eutanázii provedla v rámci své bakalářské práce v roce 2014 Lada Štěrbová. Rovněž z toho výzkumu vyplynulo, že je třeba propagovat paliativní a hospicovou péči. Činnost hospiců byla rovněž uváděna jako nejčastější důvod proti zlegalizování eutanázie. Autorka zde uvádí, že častým důvodem žádostí o eutanázii je deprese spojená se špatným zdravotním stavem pacienta, který následně žádá o urychlení smrti. Vzniká zde poté otázka, zda je člověk schopen se v takovýchto stavech racionálně rozhodovat. Žádost o eutanázii je poté vlastně volání o pomoc, které může být řešeno medikamenty a terapeutickou péčí. Jako argumenty pro eutanázii autorka uvádí rovněž právo každého rozhodovat o svém životě a zdraví. Uvádí zde zajímavou otázku a sice, že pokud dnes respektujeme právo na svobodnou volbu povolání, životního partnera, měli bychom respektovat i svobodnou volbu na ukončení utrpení? (43) Na závěr bych ráda uvedla názor lékařského etika a katolického kněze Marka Váchy, který tvrdí, že eutanázie u nás byla, je a vždy bude, proto je možné lépe ji regulovat zákonem a stanovit pevná pravidla (47).

Poslední okruh mého výzkumu se týkal syndromu vyhoření a metod, kterými se pracovníci hospiců chrání před vyhořením. Z rozhovorů mi vyplynuly dvě oblasti, a sice ochrana pracovníků ze strany zaměstnavatele a osobní vyrovnávací strategie. Co se týká péče o zaměstnance, samozřejmě přišla na řec supervize, kterou ovšem vidí jako účinnou a prospěšnou pouze tři respondenti. Podle ostatních je supervize příliš oficiální a často nemají potřebu rozebírat svoje záležitosti před ostatními kolegy. Co si naopak chválilo více respondentů, byly pravidelné schůzky týmu, kde se rozebírá uplynulý týden a plánuje se týden nadcházející a také občasný teambuilding. Jako osobní vyrovnávací strategie byla často zmiňována nutnost vypnout a nenosit práci domů, procházky v přírodě, kultura a možnost popovídat si o pracovních starostech s přáteli a rodinou. V roce 2014 byl proveden výzkum ohledně stresu, vyrovnávacích strategií a syndromu vyhoření u zdravotních sester v hospicích. Z výsledku výzkumu vyplynulo, že pro hospicové sestry je důležitá především sociální podpora, humor, meditace a také modlitba. Bohužel z výzkumu je zřejmé, že v době krize není pracovníkům poskytnuta dostatečná péče ze strany zaměstnavatele a v boji proti stresu na pracovišti se uplatňuje

převážně individuální úsilí pracovníka (9). V teoretické části, kde je kapitola věnována prevenci syndromu vyhoření, uvádím názor Schmidbauera, že krom nutnosti oddělovat od sebe práci a soukromý život, je rovněž jako prevence vyhoření nezbytný profesní růst. Podle tohoto autora jsou pracovníci, kteří se neustále vzdělávají a vnímají svoji profesi jako výzvu, mnohem odolnější vůči stresu a následnému vyhoření (32). Tato teze se mi ani u jednoho z respondentů nepotvrdila nebo na ni přinejmenším nepřišla řeč. Osobně si ale myslím, že je tato myšlenka nadmíru přínosná. V celé sociální práci, hospicovou péči neopomínaje, je nesmírně důležitý osobní a profesní rozvoj. Nelze očekávat, že po dokončení školy či kurzu naše práce končí a do ukončení naší praxe budeme moci aplikovat jeden ustálený vzorec, který jsme se naučili. Zájem o svůj obor a snaha o neustálé zdokonalování sebe sama, je dozajista jedna ze stěžejních podmínek pro kvalitní a naplňující výkon povolání.

8 Závěr

Cílem bakalářské práce bylo zmapovat názory a postoje pečujících pracovníků v hospicových zařízeních ve vztahu k vnímání smrti a umírání a faktorů, které jej ovlivňují. K naplnění cíle byly stanoveny čtyři výzkumné otázky. K výzkumu byla zvolena kvalitativní metoda zkoumání, přičemž data byla sbírána pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Výzkumný vzorek tvořilo 11 hospicových pracovníků v rámci Jihočeského kraje a kraje Vysočina.

První výzkumná otázka zněla: Z jakých důvodů si pracovníci hospiců vybrali zaměstnání v paliativní oblasti? Můj prvotní předpoklad, že hlavním důvodem je prožitá osobní zkušenost s úmrtím blízkého člověka, se z části potvrdil. Úmrtí blízkého člověka, nejčastěji rodiče, uvedlo jako jeden z důvodů pro výběr této práce, celkem pět respondentů. Ostatní respondenti uváděli jako hlavní důvody náhodu či přechod z nemocniční praxe.

Druhá výzkumná otázka zněla: Jaké postoje a názory zaujímají pracovníci v hospicových zařízeních ke smrti, umírání a utrpení? Tato oblast byla velice rozsáhlá a zajímavá. Mnohá témata by si zasloužila mnohem více pozornosti a prostoru. Smrt je pracovníky hospiců vnímána jako přirozená součást života, i když mnohdy velice smutná či nespravedlivá, a to především v případech, kdy se jedná o úmrtí mladého člověka, rodiče či dokonce dítěte. Na řeč přišla také přítomnost dětí u úmrtí, ať už v případě rodiče či prarodiče. Dotázaní respondenti se shodovali, že pokud je s dítětem vhodně komunikováno a pracováno, je určitě prospěšné, aby bylo dítě přítomno u procesu umírání. Je to součást života, se kterou se musí naučit vypořádat a hlavně mu musí dát možnost se rozloučit s milovanou osobou. Na řeč přišla také tabuizace smrti. Respondenti se shodovali, že tabuizace smrti ve společnosti stále převládá, lidé o smrti a o všem s ní spojeném mluvit neumí a často ani nechtějí, což se mi potvrdilo i u reakcí mého okolí na téma této práce. Někteří respondenti ovšem vyjádřili pozitivní názor, že se toto tabu začíná pomalu prolamovat, právě díky propagaci paliativní péče a dostávání se tématu smrti do popření v médiích. Dozajista nejkomplicovanější otázkou bylo téma utrpení a jeho smyslu. Celých šest respondentů nebylo schopno na tuto otázku

odpovědět. Všichni se ovšem shodli na tom, že s dnešní úrovní paliativní péče a množstvím medikamentů, není nutné, aby lidé ve konečné fázi života trpěli, ale z filozofického hlediska jasnou odpověď neměli. Zbýlých pět se přiklánělo k názoru, že určitý význam utrpení určitě má. Mnohdy je nespravedlivé, ale zároveň nás posílí, jsme díky němu odolnější, opatrnější a více si vážíme toho dobrého v našem životě. Faktor, který také ovlivňuje názor na smrt je náboženství, i když pouze u tří respondentů. Ostatní respondenti se označili jako ateisté či si svou vírou nebyli jisti.

Posledním okruhem bylo téma eutanázie, což reagovalo na třetí výzkumnou otázku: Jaký názor mají pracovníci v hospicových zařízeních na eutanázii? Pro zlegalizování by byli pouze dva respondenti, přičemž argumentovali tím, že každý má mít právo rozhodovat o svém životě, dokud je stále při smyslech. Zároveň ale striktně zdůrazňovali potřebu případného právního ošetření tak, aby nebylo možné eutanázii zneužívat. Další tři respondenti si nebyli svým názorem jisti a zbýlých šest bylo proti legalizaci. Hlavním důvodem je dozajisté důkaz dobré praxe, kdy paliativní péče dokáže tlumit všechny typy bolesti, ať už fyzickou či psychickou, proto pro eutanázii nevidí důvod. Věřící lidé také uváděli náboženské důvody. V čem se jednoznačně shodli všichni dotázaní, bylo odmítnutí dětské eutanázie, která je legální v Belgii.

Poslední výzkumná otázka se týkala syndromu vyhoření a jeho předcházení: Jak se pracovníci v hospicových zařízeních brání proti syndromu vyhoření? Co se týče péče o zaměstnance ze strany zaměstnavatele, byl zmíněn teambuilding a supervize. Teambuilding, který probíhá např. formou bowlingu, si mnozí chválili jako prospěšný, pro někoho i více než samotná supervize. O supervizi se zmínili téměř všichni, ale ne pro všechny je přínosná. Tři respondenti ji vyzdvihli jako velice užitečnou a nápomocnou a naopak čtyři jako naprosto zbytečnou a neúčinnou. Někteří respondenti se shodli, že supervize je příliš formální a mnohdy v týmu převládá neochota sdělovat si vzájemně své pocity. Co se týče osobních strategií, převládala nutnost nenosit práci domů a oddělovat pracovní a osobní život. Mnozí poznamenali, že to samozřejmě není vždy zcela možné, jelikož jedni klienti jsou jim blíže než jiní a nejde o nich vůbec nepřemýšlet. Dále se opakovaly procházky v přírodě, sport, hudba, mluvení s přáteli či rodinou a také nalezení vhodných rituálů při úmrtí klienta.

Jak uvádím v úvodu práce, jeden z důvodů, proč jsem si vybrala toto téma pro mou bakalářskou práci, byla snaha do problematiky proniknout a blíže se s ní seznámit, jelikož jsem se ve svém nejbližším kruhu se smrtí prozatím nesešla. Dozajista této volby nelituji. Dostala jsem se k celé řadě výborných publikací, televizních dokumentů a především ke skvělým lidem, kteří zasluhují můj veliký obdiv. I když paliativní péče udělala za poslední roky obrovský pokrok, pečující pracovníci jsou stále často opomíjeni a není jim věnována taková péče a ohodnocení, které zasluhují. Téma paliativní péče se pomalu dostává do popředí zájmu veřejnosti, nemocnice jsou ale stále mnohdy považovány za nejlepší místo pro úmrtí blízkého člověka. Pracovníci hospiců se stěžejní vahou podílejí na tom, že ti, kteří chtějí a mají tu možnost, mohou zůstat se svým milovaným doma až do konce, což je dle mého názoru, jeden z největších darů, který můžeme umírajícímu dát.

Na začátku práce jsem si stanovila poměrně obsáhlý cíl, pomocí něhož jsem chtěla definovat, co je pro pracovníky hospiců u tématu smrti a umírání stěžejní. Výsledky mé práce jsou tudíž poměrně rozsáhlé. Dotkla jsem se celé řady zajímavých témat, které by zasluhovaly důkladnější zpracování, ovšem vzhledem k tématu práce nebylo možné se jim věnovat podrobněji. Mezi témata, která mě v rámci výzkumu zaujala, patří komunikace s dětmi při úmrtí rodiče či péče o mrtvé tělo a její význam pro rodinu zemřelého. Některé z těchto témat bych ráda zpracovala v rámci navazujícího magisterského studia.

Z výsledků svého výzkumu vyvozují následující teze, které by mohly sloužit jako podklad pro tvorbu hypotéz v případném kvantitativním výzkumu:

Teze č. 1. Dostatek času na klienta a osobní přístup je největší výhodou hospiců oproti práci v nemocnici a rovněž častým motivem pro výběr tohoto povolání.

Teze č. 2. Prožitá osobní zkušenost s úmrtím blízkého člověka je častým důvodem pro výběr povolání v hospici.

Teze č. 3. Pro pracovníky hospicových zařízení je jedním z nejvíce stresujících faktorů smrt mladého člověka.

Teze č. 4. Pracovníci hospiců jednoznačně doporučují přítomnost dětí u procesu umírání.

Teze č. 5. Pracovníci hospicových zařízení stále považují smrt za společensky tabuizované téma.

Teze č. 6. Otázka smyslu utrpení z filozofického hlediska je pro mnohé těžko uchopitelná a nemají na ni jednoznačný názor.

Teze č. 7. Náboženství hraje při výkonu povolání v hospici pouze minimální roli.

Teze č. 8. Převládá postoj proti legalizaci eutanázie, přičemž nejčastějšími argumenty jsou možnosti a dostupnost paliativní péče.

Teze č. 9. Teambuilding a týmové porady jsou pracovníky hospiců vnímány jako mnohem prospěšnější než supervize.

Teze č. 10. V prevenci syndromu vyhoření je pro pracovníky hospiců stěžejní oddělování práce a osobního života.

9 Seznam použitých zdrojů

1. ARIÉS, Philippe. *Dějiny smrti: doba ležících*. Praha: Argo, 2000. ISBN 80-7203-286-0.
2. ARIÉS, Philippe. *Dějiny smrti: zdivočelá smrt*. Praha: Argo, 2000. ISBN 80-7203-293-3.
3. BYSTRICKÝ, Zdeněk. *O organizaci paliativní péče: doporučení Rec (2003)24 Výboru ministrů Rady Evropy členským státům*. Praha: Hospicové občanské sdružení Cesta domů, 2004. ISBN 80-239-4332-4.
4. CAIN, Cindy. What hospice workers can teach us. *Health Sociology Review*. 2012, č. 21, s. 396-401. ISSN 1446-1242.
5. CESTA DOMŮ. O dobrovolné pomoci. *Cestadomu.cz* [online]. © 2015 [cit. 2014-12-10]. Dostupné z: <http://www.cestadomu.cz/o-dobrovolne-pomoci.html>
6. ČESKÁ TELEVIZE. Umírání po česku – tabu, které nechceme, ale budeme řešit. *ceskatelevize.cz* [online]. © 1996-2015 [cit. 2014-11-15]. Dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz/ct24/domaci/267419-umirani-po-cesku-tabu-ktere-nechceme-ale-budeme-resit/>
7. DRTINOVÁ, Daniela a Martin VESELOVSKÝ. Etik: Je obrovský rozdíl, jestli zabijí nemoc, nebo lékař [video]. In: *Aktualne.cz* [online]. 13. 9. 2014 [cit. 2014-12-05]. Dostupné z: <http://video.aktualne.cz/dvtv/pro-a-proti-eutanazii-rozhovory-s-etikem-a-pravnikem/r~68c30dc23a8411e48afe002590604f2e/>
<http://video.aktualne.cz/dvtv/pro-a-proti-eutanazii-rozhovory-s-etikem-a-pravnikem/r~68c30dc23a8411e48afe002590604f2e/>
8. FRANKL, Viktor Emil. *Lékařská péče o duši: základy logoterapie a existenciální analýzy*. Brno: Cesta, 2006. ISBN 80-7295-085-1.
9. HARRIS, LaToya. Ways of coping: Understanding workplace stress and coping mechanisms for hospice nurses. *Dissertation Abstracts International*. 2014, č. 74. ISSN 0419-4217.
10. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. 3. vydání. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-7262-132-7.

11. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2. vydání. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-471-3.
12. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.
13. HEŘMANOVÁ, J., M. VÁCHA, H. SVOBODOVÁ a kol. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3469-9.
14. JANKOVSKÝ, Jiří. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-329-6.
15. KELNAROVÁ, Jarmila. *Thanatologie v ošetrovatelství*. Brno: Littera, 2007. ISBN 978-80-85763-36-2.
16. KNĚŽKOVÁ, Klára a Marie TŘEŠLOVÁ. Předpoklady pro práci sester v hospici. *Florence*. 2011, č. 7, s. 26-31. ISSN 1801-464X.
17. KUBÍČKOVÁ, Naděžda. *Zármutek a pomoc pozůstalým*. Praha: Institut sociálních vztahů, 2001. ISBN 80-85866-82-X.
18. KÜBLER-ROSSOVÁ, Elisabeth. *Hovory s umírajícími*. Nové Město nad Metují: Signum Unitatis, 1992. ISBN 80-85439-04-2.
19. KÜBLER-ROSSOVÁ, Elisabeth. *Světlo na konci tunelu: úvahy o životě a umírání*. Brno: Jota, 2012. ISBN 978-80-7462-145-1.
20. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2069-2.
21. LEE, S., L. ROBERTS a J. GIBBONS a kol. When religion makes grief worse: negative religious coping as associated with maladaptive emotional responding patterns. *Mental Health, Religion and Culture*. 2013, č. 16, s. 291 – 305. ISSN 1367-4676.
22. MATOUŠEK, O., P. KODYMOVÁ a J. KOLÁČKOVÁ. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.
23. MINIBERGEROVÁ, Lenka a Jiří DUŠEK. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 80-7013-436-4.

24. MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4.
25. MUNZAROVÁ, Marta. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1025-0.
26. NĚMCOVÁ, Hana. *Motivace sester pro výkon povolání v hospici*. České Budějovice, 2014. Bakalářská práce (Bc.). Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta.
27. PARKES, C.M., M. RELFOVÁ a A. COULDRICKOVÁ. *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. ISBN 978-80-87029-23-7.
28. PAYNE, Jan. *Smrt – jediná jistota*. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-046-1.
29. PAYNEOVÁ, S., J. SEYMOUROVÁ a CH. INGLETONOVÁ. *Principy a praxe paliativní péče*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. ISBN 978-80-87029-25-1.
30. PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3558-0.
31. POLTIKOVIČ, Viliam. Brána smrti: konec nebo začátek? [video]. In: [ceskatelevize.cz](http://www.ceskatelevize.cz) [online]. 22. 1. 2015 [cit. 2015-03-30]. Dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz/porady/10396652416-brana-smrti/212562262500001-konec-nebo-zacatek/video/>
32. SCHMIDBAUER, Wolfgang. Syndrom vyhoření. In: *Syndrom pomocníka: podněty pro duševní hygienu v pomáhajících profesích*. Praha: Portál, 2008, s. 215-228. ISBN 978-80-7367-369-7.
33. SLÁMA, O., L. KABELKA a J. VORLÍČEK. *Paliativní medicína pro praxi*. 2. vydání. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-849-0.
34. SLÁMA, Ondřej a Štěpán ŠPINKA. *Koncepce paliativní péče v ČR: pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi*. Praha: Hospicové občanské sdružení Cesta domů, 2004. ISBN 80-239-4330-8.
35. SLÁMKOVÁ, Alica a L'ubica POLEDNÍKOVÁ. *Klinické a ošetrovatel'ské aspekty paliatívnej starostlivosti*. Martin: Osveta, 2013. ISBN 978-80-8063-379-0.

36. SLOVNÍK POJMŮ. O důstojném životě terminálně nemocných. *Hospice.cz* [online]. © 2005-2011 [cit. 2014-11-23]. Dostupné z: <http://www.hospice.cz/slovník-pojmu/>
37. STUDENT, J.CH., A. MÜHLUM a U. STUDENT. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Jinočany: H&H Vyšehradská, 2006. ISBN 80-7319-059-1.
38. SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 7. vydání. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011. ISBN 978-80-7195-580-1.
39. SZCZYGIEL, Marius. *Udělej si ráj*. Praha: Dokořán, 2011. ISBN 978-80-7363-343-1.
40. ŠIKLOVÁ, Jiřina. *Vyhoštěná smrt*. Praha: Kalich, 2013. ISBN 978-80-7017-197-4.
41. ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *O posledních věcech člověka: vybrané kapitoly z thanatologie*. Praha: Galén, 2014. ISBN 978-80-7492-138-4.
42. ŠPINKA, Martin a Štěpán ŠPINKA. *Standardy domácí paliativní péče: podklady pro práci týmů domácí paliativní péče*. Praha: Hospicové občanské sdružení Cesta domů, 2004. ISBN 80-239-4329-4.
43. ŠTĚRBOVÁ, Lada. *Názory vybraných odborníků na eutanázii*. České Budějovice, 2014. Bakalářská práce (Bc.). Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta.
44. ULRICHOVÁ, Monika. *Různé tváře smrti*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2009. ISBN 978-80-7041-743-0.
45. UMÍRÁNÍ. Co je hospic. *umirani.cz* [online]. © 2015 [cit. 2014-11-20]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/co-je-hospic.html>
46. UMÍRÁNÍ. Nejnovější data o postojích veřejnosti a zdravotníků k umírání a smrti. *data.umirani.cz* [online]. © 2013 [cit. 2014-11-20]. Dostupné z: <http://data.umirani.cz/#ovyzkumu>.
47. VÁCHA, M., R. KÖNIGOVÁ a M. MAUER. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-7367-780-0.
48. VORLÍČEK, J., Z. ADAM, Y. POSPÍŠILOVÁ a kol. *Paliativní medicína*. 2. vydání. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0279-7.

49. ZÁVORKOVÁ, Petra. Smrt očima personálu hospice. *Sociální studia*. 2011, č. 2, s. 141-150. ISSN 1214-813X.