

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Teologická fakulta**

Katedra praktické teologie

Diplomová práce

**UMÍRÁNÍ A SMRT Z POHLEDU PRACOVNÍKŮ
V SOCIÁLNÍCH ZAŘÍZENÍCH**

Vedoucí práce: RSDr. Ján Mišovič, CSc

Autor práce: Bc. Martina Rudolfová

Studijní obor: Etika v sociální práci

Forma studia: kombinovaná

Ročník: druhý

2010

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala 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 diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

28. února 2010

.....

Děkuji vedoucímu diplomové práce RSDr. Jánu Mišovičovi, CSc. za cenné rady,
připomínky a metodické vedení práce.

OBSAH

<u>ÚVOD</u>	7
I	
<u>TEORETICKÁ ČÁST</u>	
1	
<u>KŘESŤANSKÝ POHLED NA UMÍRÁNÍ A SMRT</u>	9
1.1 Pojetí smrti v Bibli.....	9
1.2 Pochopení smyslu umírání a smrti.....	9
1.3 Péče o konkrétního člověka.....	10
1.3.1 Sociální práce a pastorační péče.....	11
2	
<u>ČLOVĚK V DNEŠNÍ DOBĚ</u>	12
2.1 Současný pohled na život a smrt.....	12
2.2 Sekularizace v dnešní společnosti.....	16
2.3 Umírání jako životní období.....	19
2.4 Lidské možnosti a cena člověka.....	20
2.4.1 Co je normální a přirozené.....	20
2.4.2 Mrtvý a vztah k jeho tělu.....	21
3	
<u>PROSTOR PRO ČINNOST SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA</u>	22
3.1 Základem je člověk.....	22
3.2.1 Životní krize při závažném onemocnění bližního.....	23
3.2.2 Co znamená slovo krize.....	24
3.2.3 Krizová intervence.....	25
4	
<u>KOMUNIKACE S TĚŽCE NEMOCNÝMI A UMÍRAJÍCÍMI</u>	27
4.1 Základy komunikace s uvedenou klientskou skupinou.....	27
4.2 Specifika komunikace s nemocným a umírajícím člověkem.....	29
4.3 Pastorační rozhovor.....	30
4.4 Vazba na Standardy sociální práce.....	30
4.5 Možnosti komunikace k dosažení přijetí blízké smrti.....	31

5	<u>BLÍZKOST SMRTI A ETICKÉ ASPEKTY</u>	34
5.1	Antinomie ve snaze o zdar života.....	34
5.2	Místo smrti v životě.....	34
5.3	Důstojnost člověka.....	35
5.4	Etické chování pracovníků.....	36
5.5	Etika ukončení léčebných procedur.....	38
5.6	Politický rámec pomoci v umírání.....	40
5.7	Paliativní péče – lidské východisko.....	41
5.7.1	Rozvoj péče o těžce nemocné.....	42
6	<u>HOSPICOVÁ PÉČE, JAKO ETICKÁ ODPOVĚĎ NA UTRPENÍ A UMÍRÁNÍ</u>	43
6.1	Pomoc při umírání.....	43
6.2	Etické aspekty hospicové péče.....	44
6.3	K pocitům strachu provázející zúčastněné v procesu umírání.....	47
6.4	Eutanázie.....	48
6.4.1	Různé pohledy na eutanázii.....	49
6.5	Dystanázie – zadržaná smrt.....	51
6.6	Následky jednání, funkce systému.....	51
6.7	Sebevražda.....	53
II	<u>PRAKTICKÁ ČÁST</u>	
1	<u>Cíl šetření</u>	54
2	<u>Metodika šetření</u>	54
3	<u>Hypotézy</u>	54
	Hypotéza č. 1.....	54
	Hypotéza č. 2.....	55
	Hypotéza č. 3.....	55

Hypotéza č. 4.....	55
Hypotéza č. 5.....	55
4 <u>Výsledková část</u>	55
5 <u>Ověření hypotéz</u>	66
Hypotéza č. 1.....	66
Hypotéza č. 2.....	67
Hypotéza č. 3.....	67
Hypotéza č. 4.....	68
Hypotéza č. 5.....	68
6 <u>Diskuze</u>	69
<u>ZÁVĚR</u>	71
<u>POUŽITÉ ZDROJE</u>	74
<u>SEZNAM PŘÍLOH</u>	78
Příloha č. I - Dotazník.....	78
<u>ABSTRAKT</u>	83
<u>ABSTRACT</u>	84

ÚVOD

Téma umírání a smrti se mi jeví v současné době jako velmi aktuální, protože souvisí s přístupem k životu. Celospolečensky je spíše preferovaný konzumní způsob života, který upřednostňuje zisk a peníze. Pro část společnosti má člověk hodnotu pouze tehdy, dokud je výkonný. Výkon člověka je jistě důležitý, ale nemůže být měřítkem jeho kvality a už vůbec by se neměl promítat do vztahů mezi lidmi. Tento trend se pak přenáší i do situací, kdy se člověk dostane na hranici smrti.

Umírání a smrt se pro nás staly něčím vzdáleným, přenesly se z domovů do nemocnic, staly se anonymními a obávanými. Myšlenky na ně se snažíme potlačit. Smrt není v dnešním chápání přirozenou součástí života, ale spíše medicínským selháním. Často také nejsou tak silná pouta mezi členy rodiny, jako tomu bývalo dříve. Více se projevuje individualismus. Na něm jistě není nic špatného, nesmí však přerůst v sobectví a bezohlednost. Mladé rodiny většinou nežijí s rodiči a prarodiči ve společné domácnosti, jejich život je hektičtější, mají více možností v pracovní i osobní sféře. Není dnes snadné najít člověka, který by doprovodil svého umírajícího bližního až ke smrti. Tak jako uspokojujeme denně své potřeby, potřeby svých dětí, stejně je nutné se starat i o potřeby umírajících.

Jak jsem již zmínila, není v možnostech každého jedince tuto situaci zvládnout v domácím prostředí a bez pomoci odborníků. To vede k institucionalizaci péče o umírající, podílejí se na ní multidisciplinární týmy, v nichž hrají významnou roli také sociální pracovníci. Pomáhají umírajícímu člověku i jeho rodině zvládnout novou, stresující situaci. Zajisté nejlepší podmínky pro důstojné provedení klienta a rodiny umíráním až k smrti jsou v současné době v hospicích. Je zde kladen důraz nejen na fyzické potřeby umírajících, ale rovněž na etické aspekty celého procesu.

Cílem mé diplomové práce je zamyslet se nad celou problematikou z etického pohledu, utřídit jednotlivé možnosti péče o umírajícího z pohledu pracovníků v sociálních zařízeních, zhodnotit, jaké má umírající člověk potřeby a také analyzovat a interpretovat data z dotazníkového šetření. Nelze nezmínit

problematiku eutanázie, podmínek ukončení léčby a paliativní medicíny. V praktické části se budu zabývat také hodnocením náročnosti práce sociálních pracovníků v zařízeních, kde se denně setkávají se smrtí a tím, jak jsou jejich postoje ke smrti a umírání ovlivňovány jejich prací v tomto prostředí.

Základní hypotéza zní následovně: každodenní setkávání se smrtí má vliv na práci zaměstnanců v sociálních zařízeních, na jejich život, postoje ke smrti, zamyšlení nad etickými aspekty sociální práce, na dobu setrvání na takových pracovištích a také na nutnost větší prevence syndromu vyhoření. Tyto předpoklady se budu snažit ověřit pomocí šetření. Pro určení platnosti hypotézy bude výzkum zaměřen jak na pracovníky v zařízeních typu hospice, tak pro porovnání i na pracovníky v zařízeních nehospicového typu.

Práce je strukturována do kapitol se zaměřením na různé aspekty péče o umírající. Pohled na umírání a smrt rozpracuji za použití literatury zaměřené eticky, filozoficky, sociologicky, teologicky i psychologicky. V daném rozsahu práce není možné zvažovat tyto skutečnosti v širším rozsahu a uvádět do této problematiky hlediska dalších kultur a náboženství, i když by to bylo jistě přínosné.

Umírání a smrt byly vždy kulturně sociální záležitostmi. K jejich překonávání docházelo prostřednictvím ceremoniálů a rituálů. Smrt tím přestávala být pouhým koncem, ale stávala se přechodem do jiné roviny bytí. S přibývajícím individualismem lidí a rozvojem moderní společnosti však docházelo k zatajování a izolování smrti, umírající byli obelháváni a tím zbavováni možnosti vlastního rozhodování. Tím, že člověku není umožněno prožít své vlastní umírání, je mu ubírána lidská důstojnost, je infantilizován. Vytlačování smrti z povědomí lidí vede k tomu, že setká-li se člověk nevyhnutelně s tímto fenoménem, je zaskočen. Zde se pravděpodobně objevily základy hnutí za eutanázií. Jako protireakce na toto zpusnutí smrti je možno považovat hospicové hnutí, vznikající ve 20. století a s ním související paliativní medicínu.¹

¹ Srov. STUDENT, J. CH. *Sociální práce v hospicích a paliativní péče*, s. 139-140

I TEORETICKÁ ČÁST

1 KŘESŤANSKÝ POHLED NA UMÍRÁNÍ A SMRT

1.1 Pojetí smrti v Bibli

Smrt je v Bibli spojována se hříchem. Boží soud nad hříchem se soustřeďuje ve smrti. Následky hříchu, obsažené v pojmu smrt, jsou mnohem širší, než si lidé pod tímto pojmem představují. Smrt jako Boží soud zahrnuje všechny tři oblasti lidské bytosti, duchovní, duševní a později i tělesnou. Smrt je ztělesněním zla, je spojena s utrpením, úzkostí, bolestí a hrůzou. Původně však nebyla v Božím stvořitelském plánu. Není chápána jako konec, ale jako oddělení, duchovní smrt, kterou způsobil hřích tak, že rozdělil společenství člověka s Bohem. A tělesná smrt je chápána jako oddělení vnitřního člověka od jeho tělesné schránky. Tím končí jeho jediná příležitost žít na této zemi. Druhou smrtí je pak míněno věčné oddělení člověka od Boha. Pro smrt je Starém zákoně užíván výraz *Mávet*, v Novém zákoně *Thanatos*.²

1.2 Pochopení smyslu umírání a smrti

Zkušenosti s umírajícími lidmi, kteří šli uvědoměle vstříc smrti, jsou nejdostupnějšími prameny pro naši víru. Je otázkou, kde získali tyto lidé takovou víru a motivaci, aby pochopili smysl svého umírání a smrti a mohli jednat ve shodě se svými názory. Etická zkušenost a víra jsou sice samostatné oblasti, ale vzájemně se ovlivňují. Proto plnění etického požadavku je pro věřícího člověka vyjádřením vlastní víry. Život je dar, ale neznamená pouhou existenci, je také kvalitativním pojmem. Není však trvalým vlastnictvím, člověk se musí snažit získávat ho znovu a znovu od Boha. Uskutečňuje se ve společenství, radosti, kreativě a pokoji. S tím souvisí také to, že není jen darem, ale rovněž určitou povinností. Každý musí na Boží lásku odpovídat svým životem. Smrt pak není katastrofou, ale klidným dovršením životní pouti. Také uprostřed života můžeme mít zkušenosti smrti, které musí být integrovány. Jsou jimi nemoc, chudoba,

² Srov. KŘIVOHLAVÝ, J.; KACZMARCZYK, S. *Poslední úsek cesty*, s. 74-82

nouze, zoufalství, osamělost. Život se tedy může vydařit jen tehdy, zvládneme-li ho a přijmeme-li jej se všemi jeho stránkami. Nelze si však život brát a dobývat odděleně od zdroje života – Boha. Ten, kdo o to usiluje, ničí sám sebe. Ve skutečnosti jsou všichni lidé zasaženi hříchem, takže umírání je důsledkem odcizení Bohu.³ „Nejde o to, smrt přežít, nýbrž ji milovat. (Kdo miluje, nezůstává ve smrti.) Kdo s tímto výrokem souhlasí, nenalezl jen smysl života, nýbrž i smrti. My křesťané nazýváme toto hledění kupředu člověka se smyslem života: nadějí. Tato naděje odolává trpění, smutku, smrti.“⁴ Křesťanství nedoufá v lidskou nesmrtnost, ale ve vzkříšení z mrtvých. Bytí člověka nemá co do činění s nesmrtností, ale s věčností, s novým stvořením.⁵

1.3 Péče o konkrétního člověka

Hovoříme-li o umírání a smrti z pohledu křesťanství, nesmíme zapomenout také na pastorační péči o nemocné a umírající. Diferencuje se podle toho, komu je poskytována, člověku věřícímu, nepokřtěnému, nevěřícímu, či ateistovi. Záleží na každém člověku, kam se sám zařadí. Lidé nepokřtění se většinou neoznačují za nevěřící a to je nutno také respektovat. U lidí katolické víry se péče neomezuje jen na udílení svátostí, ale spíše na všestranné doprovázení člověka nejen v oblastech víry, ale i v ostatních spirituálních či sociálních potřebách. Stejně tak věřící, hlásící se k jiným církvím, mají právo, aby jejich víra byla respektována.⁶

Péči o duši člověka se může věnovat také lékař. Neměla by to být náhražka náboženství a ani pokus o psychoterapii. Lidé totiž v duchovní tísní neví kam se obrátit. Často vyhledávají lékaře místo duchovního. Taková péče musí být použitelná pro každého nemocného. Vlastní péče o duši však vždy zůstane v rukou kněze.⁷

³ Srov. VIRT, G. *Žít až do konce. Etika umírání, smrti a euthanasie*, s. 81-88

⁴ KASPAR, P.P.; KRAXNER, A.; LANG, G. *Christlich leben; Wer ist ein Christ? Wie lebt ein Christ? Wie engagiert sich ein Christ?* s. 62

⁵ Srov. SALAJKA, M. *Křesťanská církev ve své duchovní aktivitě a práci*, s. 174-181

⁶ Srov. OPATRŇÝ, A. *Pastorační péče v méně obvyklých situacích*, s. 11, 12

⁷ Srov. FRANKL, V. E. *Lékařská péče o duši*, s. 195

V řadě nemocnic a většině hospiců poskytují svoji službu také duchovní. Nevýhodou je, že kněz představuje pro věřícího nemocného a umírajícího většinou cizí osobu. Tato skutečnost může vzbuzovat nedůvěru a obavy. Nemocniční pokoj také většinou obývají další pacienti a návštěva kněze je často chápána jako známka zhoršení stavu nemocného, i když pro pacienta samotného je obvykle záležitostí radostnou. Lze říci, že kněz dovršuje službu lékařů a ošetřujícího personálu. Proto se ukazuje jako optimální, když všichni zúčastnění spolupracují, protože jen tak může být péče o pacienta celistvá.⁸

1.3.1 Sociální práce a pastorační péče

Podíváme-li se do historie, sociální práce byla dříve výhradně doménou církve. Zvyšováním požadavků na odbornost docházelo k jejich částečnému oddělování, vždy se však církev podílela na těchto činnostech. V komunistických zemích byly církevní organizace zrušeny, nebo přešly pod státní dozor. Tento systém byl nejen ekonomicky náročný, ale také měl řadu nevýhod, jejichž důsledky pocítujeme dodnes. Pomoc potřebným byla institucionalizována, bez ponechání volného prostoru pro aktivitu, spontaneitu a nábožensky motivované humánní postoje. Došlo ke ztrátě pocitu spoluzodpovědnosti za bližního a solidarity s jeho osobou. Za vše byl zodpovědný neosobní a sekulární stát. Ani v dobách socialismu však nedošlo k úplné likvidaci citlivosti lidí a především křesťanů na svízelné situace druhých. Posledním problémem, který přinesla „moderní doba“ do sociální práce je mylná představa, že vědecký přístup a technický pokrok vyřeší celou problematiku potřeb občana. Došlo k pominutí duchovního rozměru sociální a zdravotnické práce. Naštěstí se v dnešní době již prosazuje komplexnější pohled na člověka ve všech jeho dimenzích. Problémy, které zůstávají, jsou finanční otázky institucí náležející církvím.⁹

⁸ Srov. PERA, H.; WEINERT, B. *Nemocným nablízku. Jak pomáhat v těžkých chvílích*, s.25-28

⁹ Srov. OPATRŇÝ, A. *Pastorační péče v méně obvyklých situacích*, s. 13,14

2 ČLOVĚK V DNEŠNÍ DOBĚ

2.1 Současný pohled na život a smrt

Smrt je podle dnešních ateistických názorů definitivum, není již bránou do jiného světa a nepřivádí člověka k věčnosti. Nesmrtelnost je nadbytečná a přišla o svůj nejlákavější prvek – záruku nevratnosti a neodvolatelnosti. Uvedený přístup vede k tomu, že si lidé přejí, aby jejich životy byly co nejdelší a tento postoj přenáší do životního stylu. Nejvyšší hodnotou se stal dlouhý život v dobré kondici. Naděje se obrací k medicíně. Mnozí doufají, že různé technologie např. transplantace, klonování jim dá možnost nahradit i ten nejvzácnější díl těla. Na jednu stranu vidíme trend udržování dobrého fyzického stavu všemi myslitelnými způsoby, ale na druhé straně se lidé ke svému tělu staví jako k nástroji požitku a krmí ho všemi možnými lahůdkami.¹⁰ Zde se objevuje rozpor, který je pro člověka zdrojem úzkosti. Postoj dnešního člověka vyjádřil Z. Bauman v díle *Individualizovaná společnost* takto: ...“ Dnes jsme, při tomto trvalém překračování mezí, dorazili na území, které žádní lidé nikdy neobývali: na území, které lidská civilizace v minulosti považovala za neobyvatelné. V dlouhém příběhu o transcenci jsme nakonec dospěli do situace, ve které se po věčnosti ani netouží, ani nepůsobí jako nezbytnost, aby se život dal žít. Smrtelní lidé se poprvé dokáží bez nesmrtelnosti obejít a nezdá se, že by jim to nějak vadilo.“¹¹

Teprve čas ukáže, co tento postoj lidem přinese. Smrt je dnes definována jako zánik organismu jako celku a trvalé, nezvratné poškození všeho dění. Přesně definovat ji však nelze, protože to by znamenalo definovat život.¹²

Člověk moderní doby se také odnaučil akceptovat svůj osud. Často mu chybí potřebná dávka pokory a schopnost najít ve svém osudu smysluplné řešení problémů. Další iluzí dnešního člověka je představa, že všechno se dá koupit. Z tohoto pocitu pak vyvěrá určité znehodnocení nemateriálního světa. Takže např. syn je ochoten investovat do květiny pro matku značné peníze, ale tuto kytici

¹⁰ Srov. RUDOLFOVÁ, M. *Bakalářská práce; Postoj dnešního člověka k pohřebním rituálům*, s. 20-21

¹¹ BAUMAN, Z. *Individualizovaná společnost*, s. 290.

¹² RUDOLFOVÁ, M. *Bakalářská práce; Postoj dnešního člověka k pohřebním rituálům*, s. 21

pošle prostřednictvím cizí osoby. Přitom matka by měla dostatek peněz na zakoupení květin, ale lásku a návštěvu syna si koupit nemůže. Takto smýšlející lidé, dostanou-li se do situace, že jsou postiženi utrpením, které nemohou sami ovlivnit, upadají do hluboké vnitřní krize, protože teprve zde vidí, že ani peníze nic nezmůžou. Mezilidská soudržnost rovněž není tak pevná, jako bývala, jistota Boží náklonnosti často chybí a není ani vlastní kvalitní naplnění smyslu. Konfrontace s nezměnitelným tak žene lidi do psychiatrických a psychologických ordinací. Ale ani tito moderní odborníci nemohou pracovat s tím, čemu se říká lidská láska a soucit. Dostáváme se tedy k paradoxu dnešní doby. Přes přelidněná a přetechnizovaná města a obce se zvyšuje počet lidí, kteří jsou opuštěni. Ale nejen to. Zvyšuje se počet těch, kteří se nudí, jsou podráždění, přesycení a nevidí ve své existenci žádný smysl. Za těchto okolností je pak konfrontace se smrtí obzvláště tíživá.¹³

A vztah s lékaři? Ten se v průběhu vývoje ustálil na výrazné nesymetrii. Proto je označován za paternalistický. Lékař byl odborník a nepoučený pacient odevzdaně přijímal rozhodnutí jeho autority. Je pravda, že s narůstajícím vývojem diagnostiky a léčebných možností dochází k vysoké specializovanosti a odbornosti lékařů. U pacientů, kde je zlepšení jejich nepříznivého zdravotního stavu prakticky nemožné, se však objevuje nutnost osobní péče. To lze považovat za rub úspěchů moderní medicíny. Proto jsou hledány přístupy, jak sladit moderní medicínu s osvědčenými přístupy k nevléčitelně nemocným a umírajícím.¹⁴

Žijeme v době, kdy lékař sice smrt odstranit nedokáže, ale může prodloužit dobu života a umírání na dny, měsíce, roky. Současně s prodloužením doby smrti se tato rozdělila na etapy. Existuje smrt mozková, biologická a buněčná. Tím se lékařská činnost i nemocnice mění v úřad, který je podřízen přísným pravidlům a zákonům. Umírající tak přenechal ostatním i konečné rozhodnutí o svém životě a smrti. Smrt dnes už nepatří jemu ani rodině, je zbyrokratizovaná a měla by překážet co nejméně. V dnešní době byla smrt předána institucím. Pokud tomu tak není, pak do děje vstupují policie, hasiči, záchranná služba, případně soudy,

¹³ Srov. LUKASOVÁ, E. *I tvoje utrpení má smysl; Logoterapeutická útěcha v krizi*, s. 64-67

¹⁴ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie, nauka o umírání a smrti*, s. 19-21

pojišťovny a další organizace. Všichni mají své postupy a předpisy. Po smrti tak nejsme v péči blízkých a přátel, ale ujímají se nás cizí lidé a instituce. Dnes není mnoho lidí, kteří by viděli mrtvého na vlastní oči, případně o něho pečovali. Ani děti se nesebkávají se smrtí svých babiček a dědečků, a proto smrt vzbuzuje v dospělosti pocity hrůzy a strachu z neznáma.¹⁵

Po „sametové revoluci“ dochází k podstatným změnám ve vývoji informovanosti umírajícího. Postup v této oblasti však není jednoznačný. Jedni jsou proti sdělení pravdy umírajícímu, jiní zase tvrdí, že pravda musí být pacientovi sdělena, aby přinesla nemocnému úlevu. Lékaři se mnohdy, ve snaze utéci před realitou, zaštiťují autoritou. Změna je tedy spíše iniciována ne lékaři, ale např. psychology, sociology a psychiatry. Smrt byla z lékařské vědy, kromě patologie, vyloučena, protože byla považována za dočasný neúspěch. Nedávné výzkumy se jí pokoušejí vrátit a udělat z ní předmět lékařského studia. Lidé se začínají zamýšlet nad důstojností umírání. Probouzí se soucit k umírajícímu. Předtím je ale nutné uznat, že se jedná o událost prvořadě důležitosti. Stává se totiž, že pokud umírající i jeho rodina jsou si vědomi pravého stavu věci, nejsou traumatizováni a mohou využít zbývající čas k prohloubení svého vztahu a vzájemného souznění.¹⁶ Ochotně se také hovoří o touze zlepšit podmínky umírání v nemocnici, ovšem s podmínkou, že smrt tam zůstane.

V dnešní době si téměř nikdo svou vlastní smrt příliš nepřipouští, protože převládá názor, že lékařská věda je všemocná. P. Ariés popisuje ve svých *Dějínách smrti II.* přístup dnešního člověka ke smrti takto: „...se rozšířilo přesvědčení, že pomocí techniky lze neomezeně ovlivňovat jak člověka, tak přírodu. Technika oklestila hájemství smrti tak dokonale, až vytvořila iluzi, že ji odstranila.“¹⁷

Poslední okamžiky s umírajícími jsou degradovány tím, že nemoc je považována za ošklivou a špinavou. Řada odborníků se opět snaží o zlidštění smrti. Chtějí, aby ji lidé přijímali smířlivě. Aby se smrt proměnila opět v důstojný, i když nenápadný, odchod usmířeného člověka ze života, zbavená přehnaného

¹⁵ RUDOLFOVÁ, M. *Bakalářská práce; Postoj dnešního člověka k pohřebním rituálům*, s. 27

¹⁶ Tamtéž, s. 27

¹⁷ ARIÉS, P. *Dějiny smrti II.*, s. 357

významu bolesti, utrpení a strachu. Důležité je rovněž, aby byly zachovány podmínky základního etického apelu. Dle něho se nesmí jednat s druhým z hlediska egoistických ani ekonomických zájmů, ale také ne z čistě altruistických hledisek. Je nutné jednat s rozumnými pohnutkami, se kterými by mohl umírající v zásadě souhlasit. Lékařská věda musí vést dialog s pacientem, příbuznými, kolegy, duchovními i laiky. Pro zachování lidské důstojnosti musí být zohledněna i konkrétní individualita pacienta. Člověk nesmí být viděn jako opravitelný či neopravitelný stroj, ale jako jedinečný člověk. Zde se otvírá prostor pro rozvoj soucitné péče, v níž významnou roli hrají také sociální pracovníci.¹⁸

Vědomí smrti vyvolává v člověku nutnost přemýšlet. S tímto vědomím musí žít a má pro něho takový význam, jaký k ní zvolí svůj vlastní vztah. S touto stránkou budoucnosti se musí každý jedinec vyrovnat, ať už vědomě nebo bezděčně. Musí si sám vytvářet vztah, který není jednoznačně dán. V tomto okamžiku je důležité, jak člověk žil a kolik důvěry měl v průběh života. Každý vnímá stárnutí, jakýsi vnitřní čas. Když je ale umírající seznámen s pravdou, jeho myšlenky nepatří tomuto světu, ale vztahují se k nejistotě neznáma, která je nablízku. Lidé se s touto situací vyrovnávají různě. Všeobecně je možné říci, že kvalita života určuje kvalitu smrti. Moderní společnost nemá čas se opravdově a do hloubky zamyslet nad otázkami života a smrti. Lze se domnívat, že pro zdravého, dnešního člověka jsou otázky stáří, nemoci a smrti prakticky tabu.¹⁹ Norbert Elias ve svém díle říká: „Lidem nedělá problémy ani tak sama smrt, jako spíše jistota, že zemřou.“²⁰ Lidé od mládí vědí, že zemřou, uvědomují si, že smrt může přijít kdykoli a zabývají se různými opatřeními, aby se chránili proti svému zániku. Také proto se zde objevuje vhodné prostředí pro věroučné systémy, v nichž mnozí hledají pomoc před utrpením a smrtí. Lze říci, že postoj k umírání v našich společnostech nelze v současné době beze zbytku pochopit. Jsou lidé, kteří jsou schopni hledět vstříc vlastní smrti, ale jsou také lidé, které trápí silný

¹⁸ Srov. RUDOLFOVÁ, M. *Bakalářská práce; Postoj dnešního člověka k pohřebním rituálům*, s. 27-28

¹⁹ Tamtéž, s. 21

²⁰ ELIAS, N. *O osamělosti umírajících*, s. 9

a neslábnoucí strach. V těchto případech je strach často spojen s pocity viny. Zmírnění těchto pocitů by zajisté řadě lidí přineslo úlevu v procesu umírání.²¹

2.2 Sekularizace v dnešní společnosti

V souvislosti s tématem umírání a smrti, je nutné zmínit vliv sekularizace společnosti, protože je jednou z příčin současného přístupu k nemocným, umírajícím a zemřelým.

V knize Jiřího Hanuše a Jana Vybírala (EDS.) – *Evropa a její duchovní tvář* - lze nalézt trojí vysvětlení pojmu sekularizace: „Pod pojmem sekularizace se za prvé rozumí vydělení a emancipace světské oblasti od náboženských nařízení a norem, za druhé ale také úpadek náboženského přesvědčení a náboženských forem chování a za třetí vytlačení náboženství do sféry soukromí.“...²² Dochází k rozvolňování vazby mezi náboženstvím a veřejnou sférou, resp. společností. Podstatné je hlavně to, zda odpor proti diferenciaci církve a státu vychází z politické nebo společenské oblasti. Jestliže stát postrádá společenskou legitimitu, potom odpor proti sekularizaci může být spojen s odporem společnosti proti nelegitimní moci státu. To pak může církevní instituce posílit. Odluka státu a církve je nezbytná k tomu, aby se stát nevměšoval do náboženství a náboženství do záležitostí státu a aby ani stát ani církve neovlivňovaly osobní svobodu svědomí. Zároveň ale musí být stát i organizované náboženství svobodnými. Pokud je ale morálka omezená pouze na sféru soukromí jednotlivého člověka, musí nutně zdegenerovat do svévolného rozhodování. Předností náboženství je, že konfrontuje osobní morálku s veřejnými záležitostmi a veřejnost konfrontuje s problematikou soukromé morálky a tím nutí moderní společnost k tomu, aby reflektovala své normativní základy a aby je rekonstruovala.²³

V dnešní době existuje nejen sekularizace kultury, ale také sekularizace vědomí. Nachází se ve dvou rovinách. Jednak narůstá irelevantnost náboženských momentů pro každodenní život člověka a tím narůstá odstup od náboženství

²¹ Srov. ELIAS, N. *O osamělosti umírajících*, s. 9-14

²² HANUŠ, J.; VYBÍRAL, J. *Evropa a její duchovní tvář: Eseje-komentáře-diskuse*, s. 84

²³ Srov. tamtéž, s. 84-88

a církve. Druhým momentem je, že lidé si stále více vysvětlují bytí bez náboženského pohledu. Struktury moderního světa nejsou jen samy sekularizované, ale podněcují rovněž sekularizační vlivy. V současnosti je zpochybňována podobnost člověka s Bohem. Dnes se nejen náboženství, ale i morálka stávají pouze otázkou svědomí jednotlivce. Stát se vzdává práva podporovat svojí autoritou morální nauku. V zemích západní Evropy ztratily náboženské instituce svůj všeobjímající vliv na životy svých občanů, snížila se četnost náboženské praxe i počty členů tradičních náboženských církví. Tento sekulární trend nemůže zvrátit ani určitá obnova náboženské víry v malých komunitách. Sekularizace tak spíše podporuje vznik netradičních sekt a kultů, které ale nemají ekonomickou, politickou či kulturní významnost. V zemích, kde vládli komunisté, byla situace rozdílná především v tom směru, že stát úmyslně napomáhal snížení významu tradice náboženských hodnot a podporoval sekularizaci, aby tím devalvoval všechny veřejné funkce náboženství, jako „přežitek“ starých časů. Život náboženských organizací byl podřízen státnímu dohledu a řada kněží byla uvězněna i popravena. Náboženský život byl vytlačen výhradně do soukromí jednotlivých občanů, případně do ilegality. Pronásledování aktivních věřících komunistickým režimem mělo podstatný vliv na formování náboženských postojů v české společnosti a je také částečnou odpovědí, proč je v naší zemi stupeň sekularizace a ateizace tak vysoký.²⁴ Po pádu komunistických režimů se náboženství stala opět pevnou součástí veřejného života. V dalším vývoji společnosti však došlo ke zdůrazňování ekonomicky podchytitelných materiálních hodnot, takže očekávání z počátku 90. let nebyla zcela naplněna a veřejný význam náboženství počal slábnout.

Tento jev však neznamená zánik náboženských aktivit ve společnosti, pouze jeho omezení od dalších sfér společnosti. Protireakcí pak byl rozvoj neoficiální, silně privátní a nepřilíš viditelné religiozity.²⁵

V současné době však patří Česká republika k zemím s nejnižší religiozitou v Evropě. Nejedná se pouze o sekularizaci společnosti, ale také

²⁴ Srov. <http://snem.cirkev.cz/download/Luzny.htm>

²⁵ Srov. <http://snem.cirkev.cz/download/Luzny.htm>

o „ateizaci“, odnáboženštění, a to nejen ve veřejné sféře, ale také v individuálním náboženství. Počet lidí bez náboženského vyznání se dnes v naší zemi pohybuje kolem 70 %.²⁶ A zde se církev ocitá v trvalém nebezpečí, že se soustředí zcela sama na sebe, nechá svět být a uzavře se. Svět však potřebuje pojmenování a přijetí své beznaděje. Sami lidé touží po naplnění základní potřeby, po náboženském hledání touhy po vykoupení a spáse, po svobodě, lidskosti a pravdivosti. Zvláště u mládeže v demokratickém státě se výrazně projevuje touha po příslušnosti k něčemu, po stabilitě, vzájemné pomoci a kontinuitě vztahů.²⁷ Nízký stupeň religiozity a vysoká míra ateizace má zřejmý vliv na občanskou kulturu a postavení církví ve společnosti.²⁸

Sekularizace a jí poznamenané vědomí lidí jsou výrazně ambivalentní, v pozorovateli mohou probouzet jak pozitivní, tak negativní pocity. Proto může být sekularizovaná i nábožensky charakterizovaná společnost prostorem víry. V takovéto společnosti je třeba sekularizaci „odmytologizovat“ a zkoumat její nebezpečí a šance. Lze ji chápat jako Bohem navozenou situaci, uvnitř jí samé se dnes musí a může věřit. Víra a církev nesmějí v lidech aktivovat strach, ale musejí se snažit o zmírnění strachu a se zbytkovým strachem naučit lidi žít. Spiritualita a pastorec tak naleznou sebe a budou schopny dávat bližním v sekularizaci to, co je jim předáno a co lidé i dnes tak naléhavě potřebují.²⁹ Procesy „odnáboženštění“ společnosti sice přispěly ke zvýšení úrovně vzdělání širokých mas, nepřispěly však k míru, blahobytu a trvalému pokroku, ale k nejničivějším válkám a revolucím všech dob. Nezmizel ani fanatismus a dogmatismus. Naopak. Nyní je podpořen nukleárními bombami a inteligentními střelami. Náboženská cesta k zlepšení světa začíná vždy sebou samým a nikoliv zlepšováním svých bližních. Oproti tomu samozvaní vlastníci absolutních pravd současnosti spíše zdokonalují všechny ostatní na svou úroveň a to všemi prostředky, tedy i s použitím násilí.³⁰

²⁶ Srov. FIALA, P. *laboratoř sekularizace*, s. 26

²⁷ Srov. <http://www.teologicketexty.cz/casopis/2002-1/Touha-po-nabozenstvi.html>

²⁸ Srov. FIALA, P. *laboratoř sekularizace*, s. 27

²⁹ Srov. <http://www.teologicketexty.cz/casopis/2002-1/Aspekty-sekularizace.html>

³⁰ Srov. <http://www.blisty.cz/2006/3/13/art27467.html>

2.3 Umírání jako životní období

Každý člověk se narodí, dospěje, postupně stárne a nakonec zemře. Od dětství zvládáme a rozšiřujeme vlastní pohled na svět. Stárí se ale u každého člověka dříve či později projeví. I stárí má svou funkci, svůj smysl a své určité možnosti. Jedná se o životní etapu, kdy se člověk přestane pachtit za zbytečnostmi. V tradičních společnostech se staří lidé těšili úctě a to hlavně díky svým znalostem a zkušenostem. Mohou se tak stát oporou mladším, kteří si ještě nedovedou vybrat svou cestu a podléhají tlaku okolí. Ze života člověka se na jeho konci může stát hotový, celistvý příběh. I když stárí a smrt jsou součástí života, neradi o nich hovoříme. Pravděpodobně proto, že se jich bojíme. Je to přirozené, ale zamlčováním se nic nespraví. Patří k životu a musíme si jich všimnout. Bez smrti by lidský život byl jen stále se opakující motiv, nebyl by příběhem. Jen proto, že je život omezený, má v něm čas takovou hodnotu. Omezenost časem dává člověku šanci něco v životě vykonat. Smrt je tím, co může životu člověka dodávat vážnost a cenu. Lze říci, že život má hodnotu díky smrti.³¹ Autor Z. Bauman ve svém díle *Individualizovaná společnost* uvádí: ...“rozmezí života mezi životem a smrtí je naší jedinou, třebaže krátkou cestou k transcenci, že jediné z této cesty se můžeme odrazit k věčnosti.“³² Každý jsme si vědomi toho, že jsme smrtelní, ale poznání transcence je potřeba neustále intenzivně hledat.

Vědci se snaží objevit příčiny stárnutí. Existují různé teorie. Přes veškeré úsilí nikdo dosud nezjistil, co je vůbec stárnutí a jakým mechanismem působí. Hovoří se o okamžiku smrti, ale ve skutečnosti jde o dlouhodobý proces. Zjednodušeně lze tedy shrnout, že konec života (vývoj smrti) je podmíněn životem samým.³³

Dojde-li člověk k období umírání, je často považován za někoho, kdo již pomalu nepatří mezi živé. Je to dáno tím, že ztrácí zájem o vše, co dříve pokládal

³¹ Srov. RUDOLFOVÁ, M. *Bakalářská práce; Postoj dnešního člověka k pohřebním rituálům*, s. 18-19

³² BAUMAN, Z. *Individualizovaná společnost*, s. 277

³³ Srov. RUDOLFOVÁ, M. *Bakalářská práce; Postoj dnešního člověka k pohřebním rituálům*, s. 19

za podstatné. Jeho budoucností je smrt a lidé okolo jsou bezmocní, neschopni tuto situaci změnit. Toto poznání výrazně ovlivňuje lidské myšlení a jednání. Nemocný je nechtěně vylučován z lidského společenství i rodiny, je umisťován do nemocnice. Jeho utrpení a umírání se stává anonymní. Je spíše věcí odborníků a lékařské techniky. Přitom většina lidí pocituje se svými umírajícími hlubokou sounáležitost.³⁴

2.4 Lidské možnosti a cena člověka

Naše doba stále stojí na myšlence pokroku a díky tomu si stále alespoň částečně zakládá na neomezených lidských možnostech. Ty ale mají své hranice. Přijdou životní období, např. stáří a smrti, která si každý také musí prožít. Nestane-li se tak, člověk se dostává do krizové situace. Lidé se snaží za každou cenu tuto etapu života odsunout. Podepsal se pod to i propagovaný kult mládí. Svůj vliv zde má zajisté i rozšířená nevíra v Boha. Je realitou, že lidský život a vůbec člověk jako takový, může mít hodnotu vyjádřenou v penězích. Řekneme-li člověk, vidíme nezaměnitelnou, jedinečnou identitu. Je to, čemu se říká lidská duše. Pokud se toto chápání vytratí, může se za slovem člověk vidět jen jeho výkon nebo pracovní funkce. Pak je možno jeho cenu odhadnout. Jinou cenu má člověk z hlediska pojišťovacích společností, jinou těžce nemocný člověk, jehož cena se dá vyčíslit cenou nezbytné operace, nebo dítě, které si koupí bohatý člověk v rozvojovém světě. Cena člověka je však nevyčíslitelná. Hodnoty se vyjadřují jiným způsobem, určitě ne v penězích. Rozdílné ceny lidí jsou ukázkou toho, čeho si společnost momentálně váží. Hodnocení člověka prostřednictvím peněz přesně odpovídá racionalitě současného systému společnosti.³⁵

2.4.1 Co je normální a přirozené

Každý mrav, konvence, které jsou nezbytné pro lidské jednání, zakládají normalitu, jež je pro všechno živé konstitutivní. Mrav je potom normalitou, kterou

³⁴ Srov. PERA, H.; WEINERT, B. *Nemocným nablízku. Jak pomáhat v těžkých chvílích*, s. 121-122

³⁵ Srov. RUDOLFOVÁ, M. *Bakalářská práce; Postoj dnešního člověka k pohřebním rituálům*, s. 19

nám zprostředkovává výchova, takže mravní normy jsou prvky sociálního étosu. Zmíníme-li právní normy, víme, že ty jsou vynutitelné, a proto jsou schopny působit sociálně. Přirozenost je však podmínkou svobody a nelze ji vyznačovat normativně. U člověka souvisí úzce s jeho důstojností. Z toho vyplývá, že pomáhat lidem, zároveň znamená pomáhat přirozeným bytostem.³⁶ Člověk se jako rozumová bytost účastní na činnosti Boha jako zákonodárce – hovoříme o přirozeném zákonu. Je to vlastně účast rozumové bytosti na věčném zákoně.³⁷

Co se týká odpovědnosti člověka, jsme v principu odpovědní každému a za vše, co pro něho může mít nějakou hodnotu. Proto např. i cizí trpící člověk se pro nás stává skutečnou bytostí. R. Spaemann se ve svém díle „Štěstí a vůle k dobru“ zamýšlí nad utrpením a to i u zvířat. Člověk zde má odpovědnost nejen před sebou samým, ale i před každým člověkem. Dochází u nás k vnitřnímu diskursu, který nazýváme svědomím. Máme také odpovědnost za sebe před jinými lidmi. Lidské jednání symbolicky zpřítomňuje dobro jakožto nepodmíněné.

Pro objasnění ještě zmíním A. Anzenbachera: „Jednáme-li špatně, ustupujeme sklonu či vášni, o níž víme, že její uspokojení nelze zodpovědět. Pak děláme něco, co si přejeme, ale co dělat nemáme.“³⁸

2.4.2 Mrtvý a vztah k jeho tělu

Zabýváme-li se smrtí člověka, je nutno řešit také vztah k jeho tělu po smrti. Je jisté, že pozůstalí, mají-li k zemřelému pozitivní vztah, považují za znak tohoto vztahu i věci, kterých si vážil nebožtík. Člověk již nemůže v mrtvém těle vyjadřovat svoji mravní podstatu, ale samo toto tělo je pro pozůstalé připomínkou jejich zemřelého blízkého. Proto se loučení s ním a prvotní zpracování smutku odehrává nad tímto tělem. Tělo zde má hodnotu symbolu, což dává základ mravní povinnosti zacházet pietně s mrtvým tělem. Tato pieta je spojena s danou kulturní tradicí. Je jisté, že důstojnost umírání závisí také na tom, jak je úcta k zemřelému projevoována posmrtně.³⁹

³⁶ Srov. SPAEMANN, R. *Štěstí a vůle k dobru*, s. 176-191

³⁷ Srov. SKOBLÍK, J. *Přehled křesťanské etiky*, s. 66

³⁸ ANZENBACHER, A. *Úvod do etiky* s.16

³⁹ Srov. VIRT, G. *Žít až do konce. Etika umírání, smrti a euthanasie*, s. 71-72, 78

V poslední době narůstá počet případů, kdy je upuštěno od jakéhokoli rozloučení se zesnulým. Svoji roli zde hrají také ekonomické důvody, ale nejen ty. Jedná se spíše o kulturní jev, o vytěsnění smrti ze života dnešních lidí. S ohledem na zesnulého jde o projev neúcty. Pro pozůstalé je poslední rozloučení krokem ke zdárnému zpracování zármutku. Oba důvody jsou velmi důležité k vyrovnání se skutečností smrti blízké osoby. Zármutek je nutno si „odžít“.⁴⁰

Ve vztahu k mrtvému tělu a etickému zacházení s ním vyvstává problematika posmrtného odebírání orgánů. Křesťanská etika posuzuje darování orgánů živým dárcem jako čin výrazné lásky k bližnímu. Je však nutný souhlas učiněný za života člověka. Praxe odběru orgánů, pokud jedinec toto prohlášení neučinil, se v různých zemích liší. Vždy však platí minimální etický požadavek, že může každý s odběrem orgánů vyslovit nesouhlas a ten je nutno respektovat. V tom případě je povinností státu, aby občané byli o této možnosti informováni. Tím také dar zůstane darem a člověk není po smrti použit jen jako dodavatel orgánů. Příbuzní nemusí vždy znát všechna přání zesnulého. Proto by se měla vzít v úvahu ještě další věc. Existují náboženská společenství, kde je odběr orgánů nepřipustný, protože by nebyl v souladu s jejich náboženským cítěním. Ať už je právní a kulturní rámeček jakýkoli, je jisté, že na orgány mrtvého nemá nikdo právní nárok.⁴¹

3 PROSTOR PRO ČINNOST SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA

3.1 Základem je člověk

V sociální práci jde vždy o lidi a jejich různé problémy. Člověk je zde základem, účinnou příčinou a cílem. „Latinské slovo *persona* nejprve znamenalo masku herce, potom úlohu, kterou herec představuje a nakonec obecně úlohu, kterou má člověk ve společnosti“.⁴² Člověk je od přírody společenský a zároveň je povolán k vyššímu řádu, který přirozenost přesahuje. Je bytostí tělesnou, vegetativně žijící, ale na rozdíl od zvířete žije také duchovním životem. Můžeme

⁴⁰ Srov. OPATRŇÝ, A. *Pastorační péče v méně obvyklých situacích*, s. 31-32

⁴¹ Srov. VIRT, G. *Žít až do konce. Etika umírání, smrti a euthanasie*, s. 72-76

⁴² ANZENBACHER, A. *Křesťanská sociální etika; úvod a principy*, s. 180

vyvodit, že člověk je osobností pouze mezi dalšími lidmi. Je mu dána možnost určovat si své cíle, má svobodu v mravním rozhodování a tím nese odpovědnost za své jednání, které je vnitřně kontrolováno svědomím. Člověk si ale rovněž klade otázky nad smyslem vlastního života, společnosti, přírody, je tedy také bytostí transcendentní. Z křesťanského pohledu je bytostí existenciálně náboženskou. Jak jsem již zmínila, lidé žijí ve vztahu, přičemž je nutné, aby tento vztah byl vztahem vzájemného uznávání. K tomu je však nutné přejímat také povinnosti, přiznávající druhým jejich lidská práva.⁴³ Tento právní nárok nazýváme solidaritou. Na druhé straně je každý jedinec vázán snahou o vlastní rozvoj a nutností, aby vykonal vše, co je v jeho silách. Snahy přenášet na společnost veškerou odpovědnost za konání, které je v silách jednotlivce, případně menších skupin, by rozvracely sociální řád. Princip subsidiarity je tedy stejně důležitý jako solidarita. Rovněž obecné blaho, týkající se všech sociálních útvarů, závisí jak na sociální spolupráci, tak na odpovědném vedení života každého člověka. Obecné blaho rovněž potřebuje státní moc. Je jedinou základní normou veškerého práva a politické činnosti.⁴⁴ Na půdě výše uvedených principů je pak prostor pro práci sociálních pracovníků.

3.2.1 Životní krize při závažném onemocnění bližního

Smrtí nebo případným předchozím onemocněním svého bližního se jeho rodina a známí dostávají do životní krize. Je zřejmé, že každý život jednou skončí, ale vždy nám taková situace dramaticky zasáhne do života. O to horší stav nastane, pokud nedojde ke zpracování zármutku a vyrovnání se životem. Zde je široký prostor pro pomáhající profese.

Každý člověk, který se ocitne v krizi, prochází určitými zákonitými fázemi. Po sdělení informace o smrtelné nemoci a následném léčení si většinou rodina nechce připustit, že by následky mohly být fatální, i když se této okolnosti podvědomě obává, vnímá ohrožení a zvyšuje se její úzkost. Pro okolí nemocného je vhodné se nějak „pojistit“, především tím, že ví o lidech ve své blízkosti, na

⁴³ ANZENBACHER, A. *Křesťanská sociální etika; úvod a principy*, s. 179-186

⁴⁴ ANZENBACHER, A. *Křesťanská sociální etika; úvod a principy*, s. 198-212

keré je možno se spoľehnout, zná pracovistiě i adresy, kde mŕže pomoc hledat a zmobilizuje svoje vnitřní síly. Po smrti blízke osoby najednou člověk zjišťuje, jak moc je to bolestivé, propadá pocitŕm bezmoci, zoufalství. Dění kolem člověka je neuspořádané, nepřehledné a vzniklou situaci nemŕže ovlivnit (mrtvého nemŕže vzkřísit). Pociťuje pocit zranitelnosti, dostává se do stresu, který se mŕže projevovat různě, např. vnitřním chaosem, pláčem, nebo rezignací a pasivitou. Toto období netrvá dlouho, většinou hodiny, dny. Objevuje se také tendence analyzovat krizi špatným směrem, např. „proč právě já“. V této situaci jen sám postižený člověk ví, co je skutečná hodnota. Velkým pomocníkem ke zvládnutí situace mohou být na počátku pohřební rituály. Pomohou člověku zpracovat smutek nebo alespoň zahájí období, kdy k tomuto zpracování dojde. V této době je člověk nejvíce otevřen pomoci a zvládne-li období zármutku, přebuduje své postoje, hodnoty, uvědomí si, že na začátek se vrátit nelze. Najde nové možnosti v životě. Situace je jiná, chudší, ale mŕže obsahovat nové události, nové možnosti i hodnoty, které mohou člověka obohatit. Život bude pokračovat dál, ale vzhledem k tomu, že došlo ke ztrátě velmi důležité blízke osoby, nikdy už nebude stejný jako dřív. Většina lidí potřebuje několik měsícŕm na zvládnutí situace, mnohé vdovy běžně i několik let. Je vhodné si uvědomit, že lidé zvládají ztrátu různými zpŕsoby a žádný z nich není správný nebo špatný.⁴⁵ Se všemi však musí pracovníci v sociálních zařizeních počítat a jednotlivé fáze probíhající krize respektovat.

3.2.2 Co znamená slovo krize

Z etického pohledu je třeba nevyhnutelné utrpení přijmout a zvládat do té míry, aby nebylo pro postiženou osobu nesnesitelné. Zralá osobnost se musí naučit přijmout realitu a nalézt v dané situaci nějaký smysl. V těchto chvílích nám pomáhá pozornost a láska bližních. Je známkou toho, že pro druhé představujeme hodnotu. Je známé, že lidé, kteří se cítí osamoceni, pociťují tělesnou bolest mnohem intenzivněji. Těžce nemocný vnímá pozornost svého okolí jako pomoc

⁴⁵ Srov. RUDOLFOVÁ, M. *Bakalářská práce; Postoj dnešního člověka k pohřebním rituálŕm*, s. 31-32

v nouzi. Pro jeho blízké však znamená velkou odpovědnost stát po jeho boku. Pomoc bližnímu není pro okolí pouze zátěží. Je to také zisk růstu a zrání v lásce k bližnímu. Přičemž láska k bližnímu je přitakáním k osobě druhého. Jde zde o osobu v celé její potřebnosti.⁴⁶ Přes to všechno se v životě zúčastněných projevují příznaky krize.

Krizi chápeme jako situaci, která jedince ohrožuje a nelze ji řešit v rámci obvyklých vyrovnávacích strategií jedince. Krize se vždy týká člověka jako celku. Může dojít k tomu, že pokud již člověk zažil v minulosti zkušenost bezmoci a bezvýchodnosti, zmenšuje se jeho schopnost postavit se dalšímu náporu. V průběhu krize lze rozlišit dva základní principy. Je to princip homeostázy, kdy se každý organizmus, na podnět z nitra, snaží dostat zpět do rovnovážného stavu a princip sociálního učení. Ten spočívá v pokusech jedince najít strategii, která by vedla k úspěšnému zvládnutí situace. Při úmrtí blízkého člověka dochází k situaci, která je považována za jednu z nejhorších duševních krizí. Může se dostavit pocit osamělosti, pocit, že není v blízkosti nikdo, na koho se lze obrátit, svěřit a očekávat podporu. Úmrtím člověka vzniká krize, která pramení z náhlého traumatizujícího stresu. Pokud člověku nestačí ke zvládnutí krize využití vlastního potenciálu a podpora okolí, vyhledává odbornou pomoc. Na úmrtí blízké osoby může navazovat celá řada dalších krizí, jako jsou např. finanční potíže, nejistota bydlení, atd. Pak může být krizová intervence velmi potřebná.⁴⁷ Velice eticky náročné je pro pracovníka také předávání věcí zemřelého a informace příbuzným o jeho posledních slovech či okamžicích. V těchto situacích je nutný velice citlivý a empatický přístup.⁴⁸

3.2.3 Krizová intervence

„Krizová intervence je specializovaná pomoc osobám, které se ocitli v krizi“⁴⁹. Jejím hlavním přínosem pro klienta je tedy to, že je okamžitá, zaměřená na konkrétní životní situaci. Z toho plyne, že cílem je vyvedení klienta z akutního

⁴⁶ Srov. ROTTER, H. *Osoba a etika*, s. 77-82

⁴⁷ RUDOLFOVÁ, M. *Bakalářská práce; Postoj dnešního člověka k pohřebním rituálům*, s. 32-33

⁴⁸ Srov. . GOLDMANN, R.; CICHÁ, M. *Etika zdravotní a sociální práce*, s. 74

⁴⁹ MATOUŠEK, O. *Metody a řízení sociální práce*, s. 129

problému a nikoliv nějaká dlouhodobější terapie. Sleduje minimalizaci ohrožení klienta a nalezení jeho vnitřních zdrojů, potenciálu a vnějších možností, které by mu v následujícím období prospěly. Nelze ji však zaměňovat s psychoterapií. Je téměř „zákonitě“ , že průběh krize ohrožuje ještě další osoby v okolí klienta. První kontakt je z tohoto hlediska určitě potřebný. Jeho absence může zvýšit možnost autoagresivního chování a prohloubit bezmoc. Vhodná pomoc také neomezuje klienta a je v souladu s jeho přáním. Ideální je, pokud není poskytována pouze individuálně, ale rovněž na úrovni rodiny a nejen sociálním pracovníkem, ale také dalšími odborníky, např. psychology a psychiatry. Jedná se o speciální dovednost, k jejímuž zvládnutí je třeba projít zvláštním výcvikem. Zkušený pracovník pak rozpozná signály, které by případně znamenaly nějaké riziko či nebezpečí, protože není např. snadné zaznamenat příznaky počínajícího nebo akutního psychotického stavu. Ideální je pomoc v krizových centrech, která nabízejí bezpečné prostředí, v němž se příznaky krize projevují čitelněji. Prožíváním krize se u klienta zhoršuje schopnost komunikace a orientace v realitě a objevují se typické stresové projevy, znamenající snížení schopnosti klienta využívat své možnosti a hledat prostředky podpory. Při případné intervenci je vhodné mít na paměti, že neobvyklé projevy a pocity klienta jsou běžnou reakcí na vzniklou situaci. V každém případě pak pracovník garantuje takovému člověku svoji ochotu, respekt a pocit bezpečí. Zde není místo na posuzování, moralizování a poučování. V krizové situaci se může rovněž stát, že klient vyhledává fyzický kontakt s tím, kdo o něho pečuje. Je to způsobeno vývojovou regresí. Využití tohoto druhu komunikace však vyžaduje speciální výcvik.⁵⁰

Na zvládnání krize se často podílejí také sociální pracovníci. Dnes je najdeme v domovech důchodců, hospicích, nemocnicích a zde mají možnost intervence jak směrem k umírajícímu, tak k budoucím pozůstalým. Lidé se v situacích blízkosti smrti obávají komunikace. Do středu zájmu se dostávají

⁵⁰ Srov. RUDOLFOVÁ, M. *Bakalářská práce; Postoj dnešního člověka k pohřebním rituálům*, s. 33

otázky poslední vůle, představ o pohřbu apod. Pracovníci, kteří mají v popisu práce péči o druhé lidi, musí využívat získané komunikační dovednosti.

Situace sociálních pracovníků v hospicích je rozšířena o to, že poskytují svoje služby také pozůstalým. Radí, jak si zařídit vdovský/vdovecký důchod, informují o tom, co je potřeba obstarat, poskytnou jim důležitá terénní čísla a kontakty. Vystává řada problémů kolem pohřebního, nedostatku informací např. s možností nárokovat si volno v zaměstnání na zařízení posledního rozloučení, záležitosti kolem obřadu. Z vlastní praxe vím, že např. Hospic sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích pořádá přibližně třikrát do roka setkání pro pozůstalé všech zemřelých v hospici. Na tomto setkání je sloužena mše a poté je připraveno pohoštění. Zaměstnanci hospice zde mají možnost zpětné vazby, jak se pozůstalí se smrtí člena své rodiny vyrovnali. Případně jim zde může být poskytnuta informace, kde a jak tuto krizovou situaci řešit, jak se s ní lépe vyrovnat.

4 KOMUNIKACE S TĚŽCE NEMOCNÝMI A UMÍRAJÍCÍMI

4.1 Základy komunikace s uvedenou klientskou skupinou

Komunikace je „společné podílení se na nějaké činnosti ve vzájemném kontaktu“.⁵¹ Za komunikování považujeme i to, pokud jen přihlížíme slovní výměně mezi dvěma účastníky. Jedná se jak o sdělování, tak i sdílení. Při komunikaci ovlivňujeme další účastníky, ale zároveň jsme jimi sami ovlivňováni.

Komunikace je při práci sociálních pracovníků s lidmi starými, nemocnými a umírajícími velmi důležitá, proto se jí budu podrobněji věnovat.

V této klientské skupině se při komunikaci osvědčil např. Rogersův humanistický přístup zaměřený na člověka. Přihlíží k tomu, aby ve vztahové rovině mezilidské komunikace člověk zůstal sám sebou. Základem takového dialogu je opravdovost, to znamená, že se během rozhovoru klade důraz na vstřícnost a uvolněnost, akceptaci a autenticitu. Pracovník pomáhající druhým lidem se vyznačuje dobrým sebeobrazem, uměním oceňovat, zpytovat introspektivně sám sebe a také vlastním přesvědčením o dobrých rysech lidské

⁵¹ VYBÍRAL, Z. *Psychologie komunikace*, s. 25

povahy. Přitom je přínosné, aby pomáhající pracovník byl schopen se s druhým krátkodobě ztotožnit, ale přitom s ním nesplynout a zachovat si vlastní integritu. Každý klient je nutně přijímán kladně, takový jaký je, bez hodnotících soudů. Naprosto nezbytná je také empatie, při níž se jedinec zaměřuje na emoční stav druhého a při komunikaci ho vnímá tak, jako by byl na jeho místě.⁵²

Výše zmiňovaný Rogersovský rozhovor se vyznačuje přirozeným jazykem, bez cizích slov a přílišných odborných výrazů. V kratších větách, konkrétně a jednoznačně, poskytuje druhému dostatek prostoru. Zůstat svobodný, ne jen plnit něčí očekávání, nesnažit se zavděčit a skrývat se za fasádou. Přijímat vše jako proces změn, věřit si, být na druhých nezávislý a přitom otevřený vůči zážitkům.⁵³

Je také vhodné si pamatovat, že každé sdělení odhaluje také určité informace o mluvčím, o jeho dovednostech, o jeho vnitřním stavu, ale také o tom, co si myslí a jak vnímá příjemce informací a o vztazích mezi komunikujícími, což je pro klienty rovněž velice důležité. Lze říci, že každý projev obsahuje poselství „o mně“, „o tobě“ a také „o nás“. Cílová skupina nemocných a umírajících by velmi negativně vnímala také sdělení, která nebyla vyřčena, ale lze je z projevu vyvodit a také ta, která byla vyjádřena formou neverbální komunikace. Setkáme-li se s jiným člověkem, nelze nekomunikovat. Každé chování je rovněž určitým sdělením. Proto by verbální a neverbální složky projevu měly být v souladu. Totéž lze pozorovat u klienta. Jeho slovní část sdělení navenek může vyjadřovat přání, abychom se o člověka dále nestarali, ale přitom se může jednat o způsob volání o pomoc, či projev vnitřního zmatku, který v něm panuje. Tyto skutečnosti je rovněž důležité vnímat. Při práci s klienty je významné, aby pracovník byl sám sebou a navenek se projevoval tak, jak uvnitř cítí. Je nezbytné poznat sám sebe, což přinese klientovi snazší porozumění projevu. Čím kongruentněji člověk komunikuje, tím je snazší pro příjemce mu porozumět. V mezilidské komunikaci jde vždy zároveň o vyjádření a ovlivnění.

⁵² Srov. VYBÍRAL, Z. *Psychologie komunikace*, s. 210-212

⁵³ Srov. tamtéž, s. 213-214

Příjemce i zdroj pak musí zvolit, na které ze dvou hledisek se má zaměřit. Zdařilá komunikace je vyvážená mezi oběma póly.⁵⁴

4.2 Specifika komunikace s nemocným a umírajícím člověkem

Komunikace s nemocným a umírajícím člověkem je obtížná z hlediska toho, kdy je vhodné s nemocným mluvit o smrti. S ohledem k umírajícímu se neosvědčilo otevírat tento problém, spíše počkat, až s tímto problémem přijde sám nemocný. Pak, pokud vyjádří strach ze smrti, je dobré zeptat se, z čeho konkrétně má obavy. Bude-li hovořit o bolesti, mluvíme o jeho bolesti. Důležité rovněž je nezrazovat ho od uspořádání posledních záležitostí, ale opatřit mu právníka, případně další odborníky.⁵⁵

Nemocní jsou často pod vlivem fyziologických reakcí, které jsou přirozenou odpovědí organismu na úzkost a strach. Při komunikaci si často lze fyzických projevů úzkosti povšimnout v rámci neverbální komunikace, např. mnutí si dlaní, překřížení nohou, křížení rukou před tělem apod. Vzhledem k tomu, že se člověku vyplavuje do těla adrenalin, objevují se další projevy jako např. bušení srdce, sucho v ústech, případně pocení. Proto zkušení pracovníci hned zpočátku pacienta uklidní, navodí atmosféru bezpečí a důvěry, chovat se zdvořile a uvolněně. Z hlediska nemocného je pro další adaptaci jeho psychiky lepší spíše ventilovat svoje obavy a stesky, než je v sobě skrývat. Porozumět nemocnému není vždy snadné. Často se neorientuje ani on sám v sobě. Komunikace je také značně ovlivňována prožívaným stresem, který, pokud se na něj člověk nesprávně adaptuje, může mít za následek vyčerpání. Pro nemocného člověka není jeho situace jen stresující, ale může vyvolávat po delší dobu úzkost. Samotná úzkost se pak stává sekundárním stresorem a opět plodí další stres. Za takovéto situace je komunikace rychlejší, má výraznější emocionální zabarvení, je chaotická.⁵⁶

⁵⁴ Srov. SCHULZ VON THUN, F. *Jak spolu komunikujeme? Překonávání nesnázi při dorozumívání*, s. 20-85, 153

⁵⁵ Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 16

⁵⁶ Srov. VYBÍRAL, Z. *Psychologie komunikace*, s. 256- 258, 260-262

4.3 Pastorační rozhovor

Pastorační rozhovor může být přínosem pro klienta nacházejícího se na hranici smrti, protože zasahuje hlouběji než psychoterapie a všímá si hlubších oblastí v životě člověka. Jeho cílem je smíření člověka se životem i Bohem, osvobození, změna hodnot, ale také následování. Ten, komu je poskytován, by měl najít nejdůležitějšího spojence v Bohu. To však neznamená, že je vyloučena sounáležitost a pomoc na lidské úrovni, při respektování úrovně víry klienta, na poli konkrétní církve. Snahou je všestranně nemocnému ulevit, zbavit ho strachu a osamění a pomoci mu přijmout sebe a své utrpení jako vykročení k věčnému životu s Kristem.⁵⁷ Smířit ho s nelehkou životní situací a nalézt i v tomto životním období smysluplnost. Je součástí celé pastorační péče církve a naplňuje její základní úkoly. Podstatné je, aby pastorační rozhovor respektoval klienta v jeho jedinečnosti, doprovodil ho a pomohl mu na lidsky důstojné úrovni zvládnout těžkou životní situaci. Klientovi se jeho prostřednictvím dostane pokrytí potřeb duchovních, aniž by byl zahrnut utěšováním, nepravdami, nebo by byla prohlubována jeho obavy, bolest a strach. Náboženská dimenze by měla klientovi poskytnout hlubokou naději a doprovázet ho, vycházet z jeho potřeb bez toho, aby jeho utrpení bylo obhajováno náboženskými tématy, případně aby byl nucen k víře. Pastorační rozhovor také většinou nevyřeší konkrétní problém, ale dá klientovi najevo, že není se svým životem osamocen. Rozhovorů bývá několik, protože jeden obvykle nestačí. Přitom není v silách pracovníka odpovídat na všechny otázky nemocného, neboť některé jsou spíše voláním o pomoc a touhou o projevení zájmu druhým člověkem. Této skutečnosti pastorační rozhovor plně vyhovuje. Vždy musí samozřejmě být respektována lidská důstojnost, ostatně jako vždy při péči o nemocné a umírající.⁵⁸

4.4 Vazba na Standardy sociální práce

Existují také další dokumenty související s touto sférou působení sociálního pracovníka. Jedním z nich jsou Standardy sociální práce, zabývající se

⁵⁷ Srov. www.umirani.cz/res/data/006/000746.pdf

⁵⁸ Srov. OPATRŇY, A. *Pastorační péče v méně obvyklých situacích*, s. 20-22, 25-27

mimo jiné komunikací s klienty. Vzhledem k tomu, že nemocní a umírající jsou často lidé starší, mající potíže s komunikací, jsou jednou z nejohroženějších skupin. Standard č. 3, kritérium 3.6. pamatuje na to, aby nebyli znevýhodňováni při poskytování sociálních služeb. Tito lidé často nejsou schopni srozumitelně vyjádřit svoje požadavky, uplatnit právo svobodné volby, případně porozumět sdělení a být tedy schopni informovaného rozhodnutí. Zmiňované Standardy zdůrazňují, aby byly eliminovány omezené schopnosti klientů. Toto úsilí se zaměřuje také na prostředí, kde se komunikace odehrává, především proto, aby poskytlo klientovi dostatečný pocit bezpečí. A to i tehdy, jsou-li k jednání přizváni rovněž rodinní příslušníci, opatrovník, případně další odborníci. Od pracovníka se očekává, že bude dokonale připraven a to i na individuální reakce klienta. Vždy se doporučuje udržovat oční kontakt, zajistit, aby se osoby vzájemně nemísily do hovoru a nedocházelo k rušivým momentům.⁵⁹

4.5 Možnosti komunikace k dosažení přijetí blízké smrti

I období umírání je životní etapou, kdy nemocný potřebuje „mít pro co žít“. Proto smyslem komunikace v tomto období bývá získání pocitu naplněného života, vyrovnání se s životními traumaty, prohami a dozráním vztahů s rodinou a přáteli, případně dosažení odpuštění a smíření. Toto je jediné možné za předpokladu, že člověk si je vědom času, který mu zbývá. Snad nejobtížnější je, jak člověka o skutečnosti přibližující se smrti informovat. Osvědčuje se nejlépe ihned, jakmile je diagnóza potvrzena. Jedině tak je mu poskytnut čas, aby se smířil se smrtí i svým okolím. V této době nemocný potřebuje ujištění, že se odborný personál bude snažit, aby se cítil co nejlépe. Většinou se tyto informace dovídá od lékaře, který však může pověřit někoho jiného. Jsou lidé, kteří sami v tomto období nastolí v rozhovoru téma smrti a umírání, pak je nutné jim naslouchat, odpovídat a slyšet jejich otázky. Život člověka dostává úplně jinou hodnotu v době, kdy si uvědomí konečnost svého bytí. Dokonce se může stát, že pracovník v tu chvíli neví, co říci, pak je lepší nejistotu přiznat. Jisté je, že nemocný rozhodně nepotřebuje slyšet připravené proslovy. Mnohdy stačí pouze

⁵⁹ Srov. *Standardy sociální práce*, standard č. 3, kritérium 3.6.

přítomnost člověka, která přinese útěchu tím, že poskytne možnost podělit se o protichůdné pocity, nejistoty, případně bezmocnost. Lidé na hranici smrti si často kladou otázku „proč právě já.“ Každého z nás tato situace dříve či později čeká a všichni se s umíráním a smrtí musíme nějak vyrovnat.

Je mnoho lidí, kteří se s realitou smrti a umírání smířili, jedná se však o dlouhou a namáhavou cestu, protože společnost kolem se tváří, jako by smrt neexistovala. Do popředí je stavěn člověk mladý, krásný, zdravý. Jsme totiž společností výkonu. Podaří-li se člověku vyrovnat s konečností svého bytí, život se stane smysluplnější a pracovník, který toto sám zvládne, je pro pomoc umírajícím mnohem lépe připraven.

Rovněž se stává, že člověk se v takové situaci hněvá na Boha. Pak je vhodné mu pomoci jeho hněv vyjádřit, neboť Bůh je dostatečně velký na to, aby jeho hněv přijal. Někteří pacienti mohou rouhání užívat jako účinnou zbraň proti svým bezvýchodným záchvatům vzteku. Je běžné, že po stadiu „smlouvání“ následuje deprese a zármutek.⁶⁰

Většina pacientů je schopna dosáhnout stádia přijetí smrti. Záleží však i na tom, je-li schopno také jeho okolí smířit se se smrtí svého blízkého. Smíření se s vlastní smrtí je ta nejzásadnější otázka, kterou bude muset překonat každý z nás. Člověk si uvědomí cenu života a dokonce toto uvědomění posílí vůli k životu. Rozhodně není nic příjemného stárnout a postupně ztrácet přátele a blízké. Lze však s člověkem hovořit o tom, co ho trápí, poznat jeho tužby a přání ještě v době, kdy je schopen o nich uvažovat. V budoucnu pak bude pro člověka snazší se na smrt připravit.⁶¹

Velmi obtížná je komunikace s lidmi, kteří již nejsou schopni slovně vyjádřit, co si přejí. I tito lidé jsou schopni slyšet, cítit dotek naší ruky, komunikovat s námi prostřednictvím různých signálů. Umění je však naučit se poznat a chápat je. Existují vhodné symboly a signály, které člověk může používat pro své „ano“, či „ne“. Svoji roli hraje rovněž neverbální složka komunikace. Především oči pacienta jsou výmluvné. Je možno z nich vyčíst strach. Vhodnými

⁶⁰ Srov. KÜBLER-ROSS, E. *Odpovědi na otázky o smrti a umírání*, s. 22-29, 35-38

⁶¹ Srov. KÜBLER-ROSS, E. *Odpovědi na otázky o smrti a umírání*, s. 47-48

otázkami a komunikací mu lze dát možnost vyjádřit, čeho se bojí a tím mu pomoci tyto negativní emoce překonat. Mnohdy je na místě osobní účast a péče. Nikdo by neměl zůstat opuštěn, ani ten, kdo ještě není připraven hovořit. Je možné, že po čase, aniž by bylo proneseno jediné slovo, se nemocný sám otevře a umožní druhému nahlédnout do zmatků svého nitra. Umírající, který již není fyzicky schopen konverzace, si rovněž zaslouží, aby s ním bylo komunikováno. Lze se k němu obracet mluvenou řečí a nepřístupovat k němu, jako by již nebyl schopen ani slyšet. Může mít na srdci nějaké důležité sdělení, pak je nejlepší najít někoho, kdo tohoto člověka zná lépe a je schopen odhalit, o co pacient žádá. Zdařilá komunikace s umírajícími lidmi je především otázkou zkušenosti. Přesto je vhodné to raději znovu a znovu zkoušet i s případnými chybami, kterých se dopouštíme. Rozhodně lepší, než nedělat vůbec nic.⁶²

Zvláštním případem je komunikace s nemocnými a umírajícími postiženými demencí. Tito klienti potřebují vysokou míru účasti a podpory, vhodná je rovněž konzultace s gerontopsychiatrem. Mohou se špatně orientovat, mít výpadky paměti, nepoznávat lidi nebo věci. Dělá jim např. potíže správně a ve správném pořadí vykonat běžné denní úkony. Mohou mít bludy a halucinace. Pro okolí je péče o člověka stíženého demencí extrémně náročná a stresující.⁶³ Je-li tato choroba kombinovaná ještě s fatálním onemocněním, je obzvláště důležité těmto lidem zajistit láskyplné prostředí, starat se o ně jako o miminka. Zajistit jim pokud možno komfortní tělesné pocity a věnovat se jim svojí přítomností. Demence bývá často provázena depresivními stavy, i toto mají kvalitní pečující na zřeteli.

Komunikace s umírajícími a těžce nemocnými je pro pracovníky pomáhající profese velmi náročná. Ne každý je na ni osobně připraven a je schopen ji zvládnout. To však neznamená, že nemůže být dobrým sociálním pracovníkem v jiné sféře sociální práce. Pokud si ji však vybere, musí ji vykonávat s plným nasazením a láskou k lidem. U těchto klientů často nebývá možnost vysvětlit nebo napravit to, co bylo již vyřčeno.

⁶² Srov. KÜBLER-ROSS, E. *Odpovědi na otázky o smrti a umírání*, s. 49-58

⁶³ Srov. COHEN, R. M. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*, s. 45

5 BLÍZKOST SMRTI A ETICKÉ ASPEKTY

5.1 Antinomie ve snaze o zdar života

Smrt blízkého se přenáší také do chápání smyslu života každého jednotlivce. Přemýšlíme pak o zdaru svého života v rámci celku. Toto je specifické pro člověka, jehož prostor reality je nekonečný. Smyslově se vnímáme ve středu světa, ale z hlediska jiných perspektiv jsme na okraji horizontu. Antinomie pak spočívá právě v tom, že lidský život se stává celkem, teprve je-li viděný od konce a z vnějšku. Vnitřní perspektiva nemůže vést k celku zdařilosti a vnější perspektiva ji zase sama nemůže prožívat jako štěstí. Spokojenému, dokud je spokojen a dokud se mu daří uzavírat se do vnitřního prostoru, nic nechybí. Spokojenost je tedy uzavření se subjektivity do sebe. Každou spokojenost však dokáže narušit např. bolest. Pro relativní zdar života je nutná rovnováha, která je závislá na vnitřních i vnějších faktorech a na integraci různorodosti snažení, konání, a rovněž utrpení v určitou labilní jednotu. Z této jednoty však nelze odvodit hodnoty, které zapříčiní dobrý život. Lidská touha po zdařilosti vlastního života nemůže být podstatou myšlenky mravní odpovědnosti.⁶⁴

5.2 Místo smrti v životě

Smrt je pro život člověka velice důležitá, teprve její pochopení a smíření se s ní dává životu smysl. Nesmrtelnost by nám dovolovala odkládat řadu věcí do nekonečna. Vědomí smrti je naopak motorem pro využití darovaného času. Je nám dána hranice, kterou nelze překročit a ta nás nutí využít každý okamžik, nepromeškat své příležitosti, které dohromady tvoří celý život. Zde je také základ odpovědnosti za život, za každou jeho minutu. Člověk tak zpracovává materiál, který mu dal osud. Smysluplnost života není dána délkou života, ale jeho naplněním. Je jisté, že smrt k životu patří, nelze ji z něho vyloučit, ale je nutno vědomě počítat s koncem.⁶⁵ K tomu, aby člověk nepromarnil darovaný čas, je

⁶⁴ Srov. SPAEMANN, R. *Štěstí a vůle k dobru* s. 73-82

⁶⁵ Srov. FRANKL, V. E. *Lékařská péče o duši.*, s. 81-83

nutné naslouchat svému svědomí, nejbližšímu pravidlu správného jednání zakotvenému v hloubce osoby. Svědomí je vlastní já osoby, zasahuje celého člověka a je nutno mu neustále naslouchat, kultivovat ho a jednat podle něj. Na každém člověku pak leží odpovědnost, aby jednal pouze podle jistého svědomí, jinak se vystavuje možnosti nesprávného jednání. V řadě situací se však objevuje možnost, že člověk musí použít kompromisu a nenaplnit mravní ideál naplno, ale pouze zčásti. Příčinou je pak nedokonalost člověka. V řadě situací je takovýto kompromis dokonce žádoucí, protože jediné tak lze uskutečnit alespoň část dobra, která je dostupná v konkrétní situaci. Kompromis však nelze zaměňovat s pasivitou, kdy člověk zůstává na místě a nehledá to, co je nejméně zatíženo nesprávností.⁶⁶

5.3 Důstojnost člověka

Základem jednání kontaktu s umírajícími je lidská důstojnost, jako v ostatně v celém životě, snaha o naplnění potřeb člověka - duchovních i fyzických a dobrý konec života i umírání. V současné době se často hovoří o etice a morálce např. v medicíně. Řada lidí však tato slova užívá jako zástěrku pro ospravedlnění své činnosti, což je nepřipustné. Při umírání a smrti je lidská důstojnost obzvláště zranitelná. Nelze vynášet morální úsudky vedené pouze na základě vlastních zájmů, ale je nutné zaujmout univerzální pohled na danou problematiku. Teprve univerzalita morálního úsudku může opravdu zajistit důstojnost člověka.⁶⁷ Úkolem pracovníků v sociálních zařízeních je, aby člověk neměl pocit, že o svoji důstojnost přišel, i když se nachází v situaci, že se není schopen sám vykonávat běžné denní úkony, či zajistit si základní hygienické potřeby. Umírající člověk se může stát naprosto závislý na svých blízkých nebo cizích lidech a potom se dostává do situace, kdy u něho může zaniknout pocit vlastní ceny. Stejně se ke zmiňovanému problému většinou staví také společnost a považuje za ztrátu důstojnosti, pokud člověk ztratí své obvyklé schopnosti. Jak jsem již dříve zmínila, ve společnosti panuje kult mládí a úspěšnosti a často není

⁶⁶ Srov. SKOBLÍK, J. *Přehled křesťanské etiky*, s. 89-96

⁶⁷ Srov. STUDENT, J. CH. *Sociální práce v hospicích a paliativní péče*, s. 123-124

brán zřetel na skutečnost, že stáří a umírání jsou součástí vývoje člověka, že v těchto obdobích je běžné, že člověk potřebuje cílenou péči a již většinou není schopen zjevných úspěchů a pozorovatelného růstu. To však neznamená, že přišel o svoji důstojnost. Každý si zaslouží, aby i poslední období jeho života bylo naplněno spokojeností, hrdostí na sebe, svůj život a svoje hodnoty. Obzvláště těžké je to v situacích, kdy člověku zůstává plné a jasné vědomí, ale tělesné schopnosti se výrazně snížily. Pro okolí se naopak pocit ztráty důstojnosti častěji objevuje v situacích, kdy je člověk stížen demencí a jeho mentální činnost se oproti dřívějšímu stavu výrazně zhoršila. Pro samotného postiženého pak za těchto okolností již nemá důstojnost žádný význam. V každém případě je velmi nezbytné, aby pracovníci i rodina dali umírajícímu najevo, že jeho život měl smysl, byl přínosem pro ostatní a že si ho okolí stále váží.⁶⁸

Každé umírání je individualizovaný akt, proto také přístup k člověku, léčba a péče musí být přizpůsobovány. Každý jedinec umírá „svou smrtí“. Individuální přístup musí být odvozen od konkrétní formy smrtící nemoci. Aby byla důstojnost umírajícího zachována, je nutné, aby byl dostatečně informován o svém zdravotním stavu.⁶⁹

5.4 Etické chování pracovníků

V žádné situaci a od nikoho nelze dlouhodobě očekávat neomezenou obětavost a nepřetržitou výkonnost. Za etické jednání tedy považujeme ohled na příjemce i poskytovatele péče se zaměřením na lidskou důstojnost a oprávněné zájmy. Ideální podmínky můžeme vidět v charitní službě, která zastává tři základní prvky ve vztazích naplněných etickou dimenzí. Jedná se o úctu, přiměřenou blízkost a přiměřený odstup. Vztah zdravý-nemocný, který je pro období umírání a smrti typický, je vždy nerovnovážený, protože nemocný je vždy závislý na pečovateli a ve své situaci znevýhodněný. Je tedy důležité projevovat svoji úctu v každé situaci, počínaje např. oslovením. Není vhodné nazývat klienty familiárně, ale oslovovat je tak, jak byli oslovováni v období jejich plné síly, pán,

⁶⁸ Srov. BYOCK, I. *Dobré umírání; možnosti pokojného konce života*, s. 108-110

⁶⁹ Srov. VORLÍČEK, J. ; ADAM, Z. ; POSPÍŠILOVÁ, V. a kol. *Paliativní medicína*, s. 425

paní a jménem, nebo případně titulem. Také se respektují jejich oprávněná přání nebo např. náboženská orientace. Pracovník v sociálních službách samozřejmě není schopen nahradit členy rodiny, ale může umírajícímu člověku poskytnout pocit lidské blízkosti, která však nesmí sklouznout do roviny absolutního nároku na pečující osobu. Tím by byla pečující osoba nebyla použitelná pro potřeby ostatních klientů. Optimální distance ke klientovi není etický nedostatek nebo projev necitelnosti, ale nutnost a také známka toho, že pracovník je pro svoji práci způsobilý. Život člověka je dnes velice ceněn a často považován za absolutní hodnotu, s jejímž zánikem končí všechny hodnoty člověka. Zároveň bývá často samozřejmé, že s ním lze libovolně disponovat a vytrácí se schopnost chápat jej jako absolutní dar. Proto se neustále diskutuje o umělém přerušení těhotenství či eutanázii.⁷⁰

Také vzhledem k tomu, že imperativ lásky vepsal Stvořitel do lidské přirozenosti, můžeme vidět nárůst počtu specializovaných organizací poskytujících péči o nemocné a potřebné. Významné místo má křesťanská charitativní aktivita, která však musí zůstat nezávislá na politických stranách a ideologiích. Nezištná láska neslouží k dosažení jiných cílů a to ani ke vnucování víry církve, ačkoliv nepřítomnost Boha může být tím nejhlubším kořenem utrpení.

S ohledem na etické chování pracovníků v sociálních službách musím zmínit také možnost zneužití moci. Všichni tito pracovníci mají v rukou určitou moc nad svými klienty. A zde vyvstává velké nebezpečí jejího zneužití. Může se objevit určitý druh triumfujícího pocitu, ale pak už se nejedná o blaho klienta, ale pracovníka. Přitom se objevuje další psychologický fenomén a sice to, že čím temnější motivy se na rozhodování podílejí, tím se dotyčný pracovník více upírá k takzvané objektivitě. Tato situace je způsobována také tím, že v psychologickém pozadí takového konání je určitá rozpolcenost. Každý se sice cítí zavázán k tomu, aby pomáhal lidem, ale v tmavé hloubi duše se může objevovat potěšení spojené s touhou vládnout. Nejvíce se to může projevovat v situacích, kdy pracovník nejedná plně s vůlí klienta, byť by to bylo k jeho dobru. Ale i dobro se dá prosazovat krutými prostředky. Výčitky svědomí pak

⁷⁰ Srov. OPATRŇÝ, A. *Pastorační péče v méně obvyklých situacích*, s. 67-68

takový člověk vnitřně kompenzuje a zdůvodňuje něčím „objektivně správným a dobrým“. Důležité je, aby pracovník pomáhající profese neklamal především sám sebe a uvědomil si také své vlastní motivy. I z tohoto důvodu je práce sociálního pracovníka velmi náročná, neboť se musí jednat o lidi s velmi specifickou psychologickou strukturou.⁷¹ U pracovníků, jejichž posláním je práce s umírajícími a těžce nemocnými, by tento druh selhání měl již nenapravitelné následky.

5.5 Etika ukončení léčebných procedur

Přestože se jedná spíše o medicínskou otázku, dotýká se tato problematika úzce všech pracovníků v pomáhajících profesích. Hranice mezi eutanázií, dystanázií a ukončením léčby je velice křehká a často diskutovaná na všech úrovních, neboť s postupem lékařské vědy vyvstávají stále nové a nové etické otázky. Proto tuto problematiku ještě podrobněji zmíním. Nejedná se pouze o nenasazení či vysazení medikamentózní léčby, ale také o podávání výživy. Kdy je eticky správné nechat nemocného zemřít na následky choroby, která je příčinou jeho zdravotního stavu? Problematika je zvažována z různých hledisek. Jak již bylo zmíněno, prvořadá je důstojnost každé lidské osoby, ať už jakkoli oslabené. Dále je řešena otázka, jaké je vlastně poslání medicíny. Jejím cílem je především zmírňování choroby, zastavení jejího rozvoje, úleva od symptomů nemoci nebo stabilizace uspokojivého stavu. Zde se dostává do světla pozornosti okolnost zátěže léčebných procedur nebo jejich marnost. Nikdy však není opomíjena posvátnost lidského života, kdy každý má být zabezpečen dostupnou, patřičnou a účinnou léčbou.

Nezáleží však pouze na rozhodování lékařů. Nesmí být opominut respekt k autonomii nemocného. Každý kompetentní klient je oprávněn činit svobodná a informovaná rozhodnutí, včetně odmítnutí léčby, kterou považuje za příliš zatěžující. Hovoříme zde o informovaném souhlasu, tedy o dohodě, která následuje po věcném rozhovoru s lékařem. Kompetenci nemocného by pak měl zhodnotit psychiatr. Pokud již nemocný není schopen učinit vlastní rozhodnutí,

⁷¹ Srov. GUGGENBÜHL-CRAIG, A. *Nebezpečí moci v pomáhajících profesích*, s. 12-20

přebírá zodpovědnost vedoucí lékař, který jedná v nejlepším zájmu nemocného a s ohledem na informace o předcházejících přáních nemocného a dostupné zdravotnické zdroje. Samozřejmostí je, že se taková rozhodnutí konzultují s rodinou pacienta, jeho zákonným zástupcem, případně jinými osobami, které jsou pro pacienta významní. Každé takové rozhodnutí se vysvětlí všem zúčastněným a umožňuje jim přístup k pastorální péči. Při takových rozhodnutích nelze brát v úvahu pouze lékařské aspekty, ale také náboženské a kulturní potřeby pacientů a všech zúčastněných. Za lidsky důstojnou je považována taková léčba, která není ani nedostatečná, ani přílišná, ale musí být zajištěn přístup k jakékoli péči, která je vhodná k stavu pacienta. Samozřejmostí je náležitá dokumentace všech kroků a rozhodnutí personálu ve zdravotnické dokumentaci nemocného. Stav pacienta se může měnit, proto zmiňovaná rozhodnutí musí být neustále přehodnocována a na změny musí být okamžitě reagováno personálem. Ukončení léčby, případně podávání výživy však nikdy neznamená ukončení péče o nemocného. Ta musí být i nadále poskytována přiměřeně k jeho specifickému stavu a s ohledem na lidskou důstojnost a posvátnost života, včetně poskytování přiměřeného prostředí.⁷²

Na druhou stranu je nutno také vidět, že udělat více je často spíše ku prospěchu lékaře a lékařské vědy, než pacienta. Je naprostou pravdou, že smrt k životu patří a přijde okamžik, kdy nad ní nelze zvítězit. Otázka kdo a podle jakých kritérií má stanovit, že další terapie je marná, bude vždy vysoce odbornou a problematickou otázkou. Také z tohoto důvodu byla na lékařských fakultách v ČR posílena výuka humanitních předmětů, jako je filosofie, psychologie, sociologie a etika. Lze tedy očekávat, že budoucí lékaři se budou lépe orientovat v problematice umírání a smrti a prioritou v přístupu k nemocným bude partnerství. Také paliativní medicína u nás již od roku 2001 povinnou součástí 1. atestace z všeobecného lékařství. Vymezením „marnosti“ v léčbě se u nás zabývá řada odborníků. Jejich snahou je stanovit odborná kritéria. Další pomoc při řešení sporných situací mohou nabídnout také tzv. etické komise.⁷³

⁷² Srov. MUNZAROVÁ, M. *Eutanázie, nebo paliativní péče?* s. 94-100

⁷³ Srov. VORLÍČEK, J. ; ADAM, Z. ; POSPÍŠILOVÁ, V. a kol. *Paliativní medicína* s. 429-430

5.6 Politický rámec pomoci v umírání

Parlamentní shromáždění Rady Evropy si je vědomo možných ohrožení základních práv smrtelně nemocných. Ne vždy a všude je dostupná paliativní péče, poskytující mimo jiné dostatečnou kontrolu bolesti. Zanedbávání péče se často vztahuje na tělesné utrpení, ale ne vždy je brán dostatečný ohled i na psychologické, sociální a duchovní potřeby. Může docházet k umělému prodlužování péče, případně nepřiměřenému používání léčebných prostředků. Ne vždy je také ošetřující personál dostatečně vzdělán a ani prostředí neumožňuje pokojné rozloučení s přáteli a příbuznými. Rada Evropy vidí také nedostatky, které vyplývají z malého množství finančních prostředků vyčleněných na tento účel. I zde se může objevovat vliv sociální diskriminace. Proto již v roce 1999 vyzval Výbor ministrů členské státy Rady Evropy, aby ve všech ohledech respektovaly a chránily důstojnost smrtelně nemocných a umírajících lidí. Při této příležitosti určil konkrétní kroky, které by měly vést ke zlepšení situace v této oblasti. Jedná se o doporučení parlamentního shromáždění Rady Evropy 1418(1999) 1. Rozprava k tomuto tématu proběhla na půdě Rady Evropy dne 25. června 1999 a text dokumentu (č. 8421 a 8454), byl převážnou většinou hlasů přijat.⁷⁴

Je potěšující, že problematika paliativní péče se úspěšně prosazuje do povědomí laiků i odborníků celého světa. Dokladem je také vědecký kongres, který se konal v květnu 2009 ve Vídni a účastnilo se ho na tři tisíce delegátů z 80 zemí světa. Tento kongres pořádala Evropská asociace pro paliativní péči (EAPC) a jednalo se již o 11. kongres zaměřený na tuto problematiku. Nediskutovala se však pouze léčba bolesti, ale v několika odborných sekcích se hovořilo o vědeckém výzkumu, o etických tématech spojených s tímto druhem péče, sociální práci a rovněž probíhaly různé odborné konzultace spojené s navazováním kontaktů mezi odbornou veřejností. Co však považuji za nejvíce povzbudivé a týkající se dané problematiky je skutečnost, že paliativní péče se

⁷⁴ Srov. <http://www.zdravotnickenoviny.cz/scripts/detail.php?id=123174>

nezaměřuje pouze na země tzv. „vyspělého světa“. Každý člověk v jakékoli části naší planety má právo na důstojné umírání a smrt.⁷⁵

5.7 Paliativní péče - lidské východisko

Paliativní péče si nachází své místo v období, kdy je ukončena radikální léčba. Je cílena na potřeby konkrétního umírajícího a jeho rodiny. Její zahájení je u každého pacienta individuální. V podstatě se jedná o období, kdy začnou být negativní důsledky léčebné terapie větší, než je její očekávaný přínos. Paliativní medicína také musí reagovat na rozdíly průběhu a projevů smrtelných nemocí. Jedná se tedy o tisíci léčbu symptomů v případech, kdy už nelze očekávat uzdravení. Stejně důležité jako léčba fyzických projevů nemocí v terminálním stádiu je rovněž řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Jejím smyslem však v žádném případě není ani urychlení, ani nepřiměřené zdržování smrti. Paliativní péči lze nasadit i v časných stádiích onemocnění, kdy doplňuje jiné způsoby léčby, např. chemoterapii, sloužící ke zkvalitnění a prodloužení života. Důležité je, že určitý druh terapie může být ukončen, ale péče o nemocného nesmí skončit nikdy.⁷⁶

Z toho jednoznačně vyplývá, že je nutná interdisciplinární spolupráce realizovaná týmy odborníků. U paliativní péče spíše hovoříme o „filozofii“, která je použitelná v hospicích, v zdravotnických zařízeních, ale také v domácím prostředí. Už z původu slova paliativní lze vysledovat její význam. Výraz pochází z latinského slova *pallium* = pokrytí, zakrytí pláštěm, z čehož je možné dovodit, že nemocné a trpící nemůže okolí ponechat v chladu a bez pomoci.⁷⁷ Žádný obor se však nemůže vyvázat z péče o umírající.

Prosazování paliativní medicíny rozhodně není snadné v zavedeném systému státního zdravotnictví. Ještě horší situace je v zemích, kde chybí dostatek finančních prostředků k šíření těchto myšlenek mezi odborníky i laiky. Naštěstí existují organizace, které se šířením těchto názorů zabývají v mezinárodním

⁷⁵ Srov. <http://www.umirani.cz/detail-clanek/zprava-o-11-kongresu-paliativni-mediciny-ve-vidni.html>

⁷⁶ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie, nauka o umírání a smrti*, s. 37-41

⁷⁷ Srov. MUNZAROVÁ, M. *Eutanázie, nebo paliativní péče?*, s. 61-62

měřítku. Takovou organizací je např. Institut paliativní medicíny v San Diegu v USA se svým mezinárodním programem, vzniklým v roce 2007. Jeho cílem je „vytvořit, předvést a aplikovat úspěšné strategie k zavedení paliativní péče do již existujících zdravotnických systémů v zemích s omezenými prostředky“. Programy jsou zaměřeny především na praktickou výuku. V letech 2008 a 2009 se fakulta podílela na vzdělávacích programech na Kypru, v Egyptě, Gruzii, Jordánsku, Saudské Arábii, Slovinsku, Vietnamu a Ukrajině. V roce 2010 se studia účastní další posluchači.⁷⁸

5.7.1 Rozvoj péče o těžce nemocné

V naší republice se začal tento druh pomoci trpícím rozvíjet po roce 1990. Některé typy této péče se stále prohlubují a rozšiřují. Jde především o péči hospicovou, v západoevropských zemích obvyklou. Podle organizačních forem, které paliativní medicína poskytuje, bych zmínila **ambulantní služby**, které slouží často lidem bez vlastní rodiny. V zařízeních působí nejen lékaři a sestry, ale je zde také vytvořen prostor pro dobrovolníky. Rozsah jejich práce je velmi široký. Není zaměřen pouze na služby nemocným, ale poskytuje rovněž poradenství, vzdělávání a práci s veřejností. Významnou roli hrají také **přechodné stacionární služby**. Ty přebírají starost o umírající na určité dny nebo např. víkendy. Svoji činností spojují ambulantní a stacionární hospicovou péči. Posledním druhem péče jsou **stacionární zařízení**, mezi něž patří jak paliativní oddělení v zdravotnických zařízeních, tak stacionární hospice.⁷⁹

⁷⁸ Srov. <http://www.umirani.cz/detail-clanek/pomoc-z-usa-pri-prosazovani-paliativni-mediciny.html>

⁷⁹ Srov. STUDENT, J. CH. *Sociální práce v hospicích a paliativní péče*, s. 42-44

6 HOSPICOVÁ PÉČE, JAKO ETICKÁ ODPOVĚĎ NA UTRPENÍ A UMÍRÁNÍ

6.1 Pomoc při umírání

Výraz **hospic** pochází z angličtiny a znamená **útulek** nebo **útočiště**.⁸⁰ Hospice existovaly již v dobách Římské říše. Byly budovány při cestách jako útulky nebo přístřešky, kde si pocestní mohli odpočinout, ženy porodit a nemocní se zde uzdravili, nebo mohli v klidu zemřít.⁸¹

Dnešní hospicová péče reaguje na sociální, fyzické a psychické změny v poslední fázi života, přičemž zohledňuje požadavky umírajících lidí. Plní tím úkol, který dříve zastávala vlastní rodina.⁸² “Pomoc k umírání“ lze vyložit dvěma způsoby. Jednak může znamenat citlivě umírajícího doprovázet, ale také to může znamenat jej usmrtit. Bohužel je častěji pod tímto termínem míněn druhý způsob, tedy eutanázie. Proto je vhodnější používat pro doprovázení v procesu umírání pojem doprovázení při umírání nebo podpora při umírání.⁸³

Výběr sociálního pracovníka, působícího v hospicovém týmu, je nesnadný, neboť se jedná o práci velmi náročnou. V souvislosti s tím je nutno zmínit také zvýšenou psychickou zátěž, které jsou tito odborní pracovníci vystaveni. Na druhou stranu je jisté, že pouze psychicky vyrovnaný jedinec může vést jak rodinu umírajícího, tak samotného nemocného a to vše při dodržení základních etických zásad. Základem pro práci v pomáhajících profesích je altruismus, který je však živnou půdou pro rozvoj syndromu profesionálního vyhoření. I altruisticky založený člověk musí pamatovat sám na sebe. Sebeobětí není žádoucí a každá pomoc musí mít své meze. Jak pracovník, tak zaměstnavatel tím, že dbají pravidel dodržování duševní hygieny, brání následkům syndromu vyhoření a jeho dopadu na zaměstnance. Pomáhající pracovník se sice musí umět vžít do pocitů klienta, ale zároveň by se jich měl umět také účinně zbavit.

⁸⁰ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie, nauka o umírání a smrti*, s.45

⁸¹ Srov. MUNZAROVÁ, M. *Eutanázie, nebo paliativní péče?*, s. 69

⁸² Srov. STUDENT, J.CH. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s.36

⁸³ Srov. cit. dílo, s. 79-80

Neuzavírat se pouze do své práce, ale udržovat přátelství i mimo obor. Pomocí může být také zvládnutí základů asertivních strategií.⁸⁴

Hovoříme-li o umírání a smrti, zmínila bych ještě fáze, které v tomto období následují. Jedná se o období *Pre finem*, kdy umírající i jeho okolí vezmou na vědomí, že člověk trpí nemocí, která je neslučitelná se životem. Toto období může být různě dlouhé i náročné. U umírajícího i jeho okolí se střídají dříve popsané fáze krizové situace. U všech přímo zúčastněných se očekává soustavná psychická i emoční podpora. Další fází je období *In finem*, rovnající se „vlastnímu umírání“. Poslední etapou je období *Post finem*. Jeho součástí je péče o mrtvé tělo a zahrnuje jeho prohlídku, zaopatření a nakonec pohřeb. Z etického hlediska je rovněž žádoucí, aby byl zesnulý důstojně uložen, odděleně od běžného provozu zdravotnického zařízení.⁸⁵

6.2 Etické aspekty hospicové péče

Etické aspekty sociální práce v hospici mají tvář v tvář smrti obzvlášť velkou váhu. Vynořuje se zde řada etických problémů a nutnost uspokojení všech potřeb, jak fyzických, psychických, sociálních a spirituálních u umírajícího i truchlícího člověka. Člověk je neopakovatelně-jedinečná, sociálně-komunikativní, mravně-zodpovědná a smysl hledající náboženská bytost. Speciální profesní etika je nutná tam, kde profesionální jednání překračuje jinak obvyklé hranice a zasažení lidé zůstávají více či méně bez ochrany. Je tím míněn např. nutný tělesný kontakt při lékařském jednání nebo péči. Totéž platí i pro intimitu vztahu v psychosociální práci, na což podávají odpověď CODE OF ETHICS (mezinárodní) a profesně etické principy (národní).⁸⁶ Práva pacientů hájí např. v USA také CHARTA UMÍRAJÍCÍCH, vyjadřující opodstatněná práva a potřeby umírajících. V Evropě byl podobný dokument schválen v roce 1999.⁸⁷

V hospicové oblasti se etické problémy nejvíce vztahují na pacientovu autonomii a zvážení různých hodnot v konfliktních situacích. Zásady v této oblasti

⁸⁴ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie, nauka o umírání a smrti*, s. 187- 194

⁸⁵ Srov. GOLDMANN, R.; CICHÁ, M. *Etika zdravotní a sociální práce*, s. 73- 74

⁸⁶ Srov. STUDENT, J.CH. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 124-127

⁸⁷ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie, nauka o umírání a smrti*, s. 42-43

jsou kompatibilní s odborně etickými principy sociální práce. Je žádoucí, aby sociální pracovníci, dříve než se začnou věnovat této činnosti, si uvědomili svoji orientaci na bezpodmínečné zřeknutí se záměrného zkrácení života. Namísto toho je jejich úkolem připravit se k láskyplnému přijetí umírajícího člověka a jeho doprovázení až po přirozenou smrt. V pozadí stojí přesvědčení, že pro poslední úsek života si lidé přejí, aby mohli žít důstojně až do poslední chvíle, aby mohli setrvat v blízkosti svých nejbližších a byli co možná bezbolestně zaopatřováni v důvěrném prostředí. V tomto smyslu můžeme hovořit o hospicové etice, kterou prosazuje hospicové hnutí všech zemí. Především zde platí, že představy o pokojném umírání se mohou kulturně a individuálně odlišovat. Eticky přijatelné zvládnutí konce života má dva vzájemně propojené úkoly: maximalizovat pozitiva života, aby byl radostnější a stál za to a minimalizovat utrpení. Hovoříme o hlavních cílech zachování života, naplnění života a vypořádání se s životem. Z toho vyplývají pokyny pro doprovázení v poslední etapě života: především důvěra, základní smysl, základní rozum a svoboda.

Hospicová péče se přitom pohybuje v napětí mezi důvěrou a krizí důvěry, nadějí a strachem, naplněním smyslu a ztrátou smyslu, svobodou a odpovědností. Bez hospicové péče často sociální smrt předchází smrt biologickou. Člověk, který zůstane nechtěně osamocen je připraven o náklonnost bližního a sociálně emoční podporu, které v mezních situacích svého života obzvláště potřebuje. Hospicová práce naráží stále znovu na problém rozhodování. Překrývají se zde různé zájmy, pohledy na hodnoty, často není možné nalézt jednoznačné a všestranně uspokojující řešení. V hospicové etice má však vždy mít prioritu umírající člověk a jeho rozhodnutí. Ústředním tématem v hospicové práci je utrpení. Životní perspektiva se zužuje ve prospěch rozšiřující se perspektivy utrpení.⁸⁸ Pro doprovázení umírajících se osvědčily následující zásady: jednat opravdově, čímž je především míněno především respektovat přání nemocného, věnovat nemocnému svůj čas, nic nepřehánět a v neposlední řadě naslouchat a chápat.⁸⁹ Umírající člověk je citlivý na projevy okolí. Nemůže si nevšimnout, že

⁸⁸ Srov. STUDENT, J.CH. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, s. 129-134

⁸⁹ Srov. PERA, H.; WEINERT, B. *Nemocným nablízku. Jak pomáhat v těžkých chvílích*, s. 142

se např. chování jeho blízkých i personálu k němu změnilo. Rodina často neví, o čem s ním má mluvit, projevuje se odcizení a snaha zakrýt pohnutí.⁹⁰ Proto je tak důležité být autentický při kontaktu s nemocným. MUDr. Zdeněk Kalvach ve svém článku říká o podstatě paliativní péče: „...Jde o podporu vědomí, že jsem to stále JÁ – JÁ i v bezvýchodnosti, JÁ i v umírání; jde o podporu neumírání v umírání“.⁹¹

Rozvoj českých hospiců probíhal z počátku převážně bez účasti sociálních pracovníků. Dodnes často suplují jejich místo zdravotní sestry. Ideální však je, aby byl sociální pracovník členem hospicového týmu od samého počátku. Protože se nejedná o snadnou práci, je vhodné, aby zájemci o tuto pozici měli možnost vykonat na příslušném pracovišti stáž, případně aby vybraný jedinec dostal možnost zapracování na jiném kvalitním pracovišti, kde mají zkušenosti s touto činností.⁹²

Také psychologie přispívá k prozkoumávání jednotlivých fází procesu umírání, aby bylo možno umírajícího lépe pochopit a doprovázet ho. Učí poznávat, že i projevy jevící se jako zmatené, mají svůj smysl. Medicína bojuje za to, aby smrt byla co nejvíce oddálena a v tomto úsilí dosahuje značných úspěchů. Mnoho lidí se však obává, aby právě díky tomuto boji, který mnohdy není v souladu s jejich vůlí, jim nebylo zabráněno důstojně zemřít. Místo empatie a lidského porozumění se jim dostává napojení na přístroje a úlevu jim pak přinášejí medikamenty. Moderní člověk proto intenzivně prosazuje, aby mohl tyto konflikty řešit sám, podle vlastní hierarchie hodnot. Stále více tak i v našich zemích získává na významu – oproti lékařskému paternalismu – autonomie pacientů. Tzv. BIOETICKÁ KONVENCE, uzavřená v roce 1996 Radou Evropy a podepsaná mnoha státy, stanoví s právní závazností pro jednotlivé země, že zásah do sféry zdraví nesmí být proveden bez potřebného informování osoby, která jej podstupuje a bez jejího souhlasu. U pacienta, který v době zásahu není schopen svá přání vyslovit, se přihlíží k jeho přáním, která vyslovil dříve.

⁹⁰ Srov. SLABÝ, A. *Pastorální medicína a zdravotní etika*, s. 167

⁹¹ <http://www.umirani.cz/detail-clanek/09-marginalie-listopadova.html>

⁹² Srov. MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální práce v praxi*, s. 204-205

Pod tímto pojmem však nelze chápat jakékoli přání pacienta a argumentovat autonomií, pokud jde o usmrcení na požádání.⁹³

6.3 K pocitům strachu provázejícím zúčastněné v procesu umírání

Práce s rodinnými příslušníky umírajících je u nás nejlépe uskutečňována v hospicích. Je komplexní, poskytovaná nejen v průběhu procesu umírání, ale pokračuje kontaktem s pozůstalými a sledováním, jak se vyrovnali se smrtí blízkého člověka. Rodina a přátelé postupně překonávají umírání a smrt svého nejbližšího a učí se s touto skutečností dále žít. Je běžné, že se jim neustále vrací do povědomí pocit strachu. Jde především o strach z nejistoty, kdy pro proces chování v průběhu umírání chybí naučené vzorce. To je také důvodem, proč raději umisťují své blízké do zdravotnických zařízení, čímž se všichni zúčastnění dostávají do situace, která vede k předčasnému odloučení a izolaci nemocného člena rodiny.

Dalším strachem, kterému jsou vystaveni všichni zúčastnění, je strach z bolesti. Zde přináší značnou úlevu znalosti o možnostech moderní léčby bolesti. Její další pozitivum spočívá v tom, že rodina se neobává zůstat u lůžka nemocného až do jeho posledních okamžiků. Nelze nezmínit také strach ze ztráty. K jeho překonání je nutná dokonalá vnitřní příprava na umírání, spočívající v blízkosti a užitečnosti jiným, která je právě v hospicích umožňována. Důležité je rovněž připustit si možnost smrti a umění vyjádřit své pocity. Posledním strachem, se kterým se v této životní etapě každý setká, je strach ze selhání. Pocity selhání, vyvolané smutkem se zmírňují, mají-li příbuzní možnost se vhodným způsobem rozloučit. K tomu jsou však nutné příhodné vnitřní i vnější podmínky a schopnost vnitřně si připustit, že jsou už jen omezené možnosti dořešit konflikty, city a vyřídit poslední věci. Prakticky není jiné cesty, než bolestný proces vydržet a neutíkat od něj a přijmout pomocnou ruku pracovníků v sociálních zařízeních.

Po smrti člověka se pozornost personálu orientuje na jeho rodinu. Je vyzkoušenou praxí nechat příbuzné pohromadě se zesnulým dostatečně dlouhou

⁹³ Srov. VIRT, G. *Žít až do konce. Etika umírání, smrti a euthanasie*, s. 17-19

dobu, případně, vrátí-li se ještě, nebránit jim ani potom v setkání se zemřelým. Nastává klíčové období pro smíření rodiny se smrtí příbuzného a překonání vnitřních nejistot a strachů. Také se neosvědčilo rodině lhát v takových věcech, jako jsou poslední slova zemřelého, případně o skutečnostech, zda měl nějaké bolesti. Je umění podat pravdu takovou formou, aby byla pro příbuzné snesitelná. Přitom se pracovník nemusí vyhýbat projevům svých nejupřímnějších pocitů.⁹⁴

6.4 Eutanázie

Hovoříme-li o etice umírání a smrti, nelze se vyhnout problematice eutanázie. Tento výraz vznikl složením řeckého **eu = dobrý** a **thanatos = smrt**. Později došlo v posunu interpretace tohoto slova směrem k pojmu smrt z milosti. Většinou je eutanázie chápána ve smyslu **aktivní eutanázie**, což je čin lékaře, který usmrtí pacienta na jeho vlastní, svobodnou a uvážlivou žádost. Pokud pacient není schopen vyjádřit své přání, ale je zde předpoklad, že pokud by mohl, souhlasil by, jedná se o *eutanázii nevyžádanou*. Další variantou je situace, kdy nelze doložit, zda by si pacient tento zákrok přál, nebo nepřál. Jedná se pak o *eutanázii nedobrovolnou*. Pokud dojde k přerušení léčby nebo nejsou aplikovány další léčebné postupy, jedná se o **eutanázii pasivní**. Zvláštním druhem eutanázie je **asistovaná sebevražda**. V tomto případě sám pacient žádá lékaře o radu, jak odejít ze života, vlastní čin vykoná sám, bez přímé pomoci lékaře. A nakonec zbývá vysvětlit pojem **prenatální eutanázie**, který znamená interrupci ze sociálních důvodů.⁹⁵

Eutanázie nebo sebevražda ve svém nejhlubším smyslu popírá nadvládu Boha nad životem a smrtí. Z nizozemských zdrojů, kde je eutanázie přípustnou metodou vyplývá, že jako motivy pro požadované usmrcení jsou nejčastěji uváděny: ztráta lidské důstojnosti, bolest, nedůstojné umírání, závislost na jiných lidech, nebo celková únava životem. Je však zároveň nutné zdůraznit, že od nemocného, o něhož je dobře pečováno, bývá žádost o usmrcení slýchána výjimečně. A je-li taková žádost např. v hospici vyslovena, je pravděpodobné, že

⁹⁴ Srov. KÜBLER-ROSS, E. *Odpovědi na otázky o smrti a umírání*, s. 91

⁹⁵ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie, nauka o umírání a smrti*, s. 120-122

po citlivém a empatickém rozhovoru od ní pacient ustoupí. Žádost o eutanázii bývá spíše skrytým voláním o pomoc. Takové přání může být také projevem přechodné deprese. Obzvláště naléhavý úkol etické erudice spočívá pravděpodobně v neustálém hledání stále přesnějších kritérií, která by nám pomáhala rozlišovat mezi mravně obhajitelnou rezignací na další terapii a rezignací přičící se povinnosti. Na základě takovéto motivace však nikdy nesmíme rezignovat na adekvátní ošetrovatelskou péči, lidskou blízkost a empatické doprovázení umírajících – jednoduše na všechno, co usnadňuje život a dostatečně tlumí bolest.⁹⁶

Při doprovázení nemocného ke smrti je rozhodující způsob účasti doprovázejícího s umírajícím, ne výmluvnost ani úžasnost prezentovaných myšlenek. Ten, kdo doprovází, má být smířen jak se smrtí doprovázeného, ale i se smrtelností vlastní. Jinak hrozí nebezpečí, že bude hrát divadlo, nebo nebude schopen ze strachu pomoci. Zásadním úkolem při doprovázení je lidská blízkost, kterou nelze ničím nahradit a ta také otevírá cesty ke smíření, prohloubení víry a k přijetí těžkého životního údělu.⁹⁷

6.4.1 Různé pohledy na eutanázii

V naší společnosti se vede dlouhodobá rozprava o povolení či nepovolení eutanázie. Na misky vah jsou kladeny argumenty o humánní, lehké smrti, o právu pacienta rozhodnout se o vlastním osudu. Nelze opomenout ani ekonomické aspekty. Především vysokou nákladnost intenzivní lékařské péče v době, kdy se zvyšuje počet lidí důchodového věku. V naší společnosti je rovněž rozšířený kult násilí, který má také vztah k intenzitě volání po tomto „jednoduchém“ řešení.

Oproti tomu stojí zjištění, že za žádostí umírajícího o eutanázii je zpravidla nedostatečná paliativní péče. Pravdou je, že i když je život zkalen řadou obtíží, je možné, aby se z něho člověk těšil. Posláním lékaře je především chránit život pacienta. I z jeho pohledu je tedy myšlenka na eutanázii prohřeškem proti profesní etice. Stanovisko Světové zdravotnické organizace je v tomto ohledu

⁹⁶ Srov. VIRT, G. *Žít až do konce. Etika umírání, smrti a euthanasie*, s. 19-35

⁹⁷ Srov. OPATRŇÝ, A. *Pastorační péče v méně obvyklých situacích*, s. 28

jednoznačné. Eutanázie je v konfliktu se základními etickými principy lékařské praxe. A nejen to. Pro věřícího člověka je život dar Boží a Bůh rozhoduje stejně o životě, jako o smrti. Je nemyslitelné, aby toto rozhodnutí přebíral člověk.⁹⁸ Neexistuje právo na usmrcení, ale nárok na důstojné umírání. Žádný lidský život nemůže ztratit svoji hodnotu a důstojnost, ať už je zdánlivě sebebožejší a neúčinný. Nemoc i pomíjivost jsou součástí našeho života.⁹⁹

Přístup jednotlivých států k eutanázii není tak jednoznačný. V Holandsku je zákonná možnost upustit od stíhání lékaře, postupoval-li při provedení eutanázie podle zákonem stanovených podmínek. V Austrálii byla eutanázie v roce 1996 legalizována, za rok však byl tento zákon zrušen díky neblahým zkušenostem. V některých zemích je tolerována asistovaná sebevražda. Je jasné, že kterákoliv forma eutanázie je neetická a v naší zemi rovněž nezákonná.¹⁰⁰

Diskuse o legalizaci eutanázie se neustále objevují i na oficiálních místech v rámci české společnosti. Naposledy byl návrh na legalizaci eutanázie předložen senátorkou Václavou Domšovou v roce 2008. Označuje ji za „důstojnou smrt“ a naprosto opomíjí princip nedotknutelnosti a ceny lidského života a zkušenosti z tisíciletého kulturního vývoje. Její oponenti vidí hlavní nebezpečí tohoto návrhu v jeho zneužitelnosti, pokud by byl přijat. Ostatně zkušenosti z Nizozemska, kde je eutanázie legalizována, hovoří skutečně o možnosti jejího zneužití. Často je také argumentováno, že v českých nemocnicích k tzv. „divoké eutanázii“ již dochází. Tato tvrzení však nejsou podložena žádnými argumenty, protože v tomto případě nelze brát v úvahu ukončení zbytečné nebo zatěžující léčby z vůle informovaného pacienta, případně možné zkrácení života v souvislosti s vysokými dávkami léků, určenými k tlumení bolesti. Sami lékaři jsou vázáni k neposkytnutí smrtící látky Hippokratovou přísahou.¹⁰¹

⁹⁸ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie, nauka o umírání a smrti*, s. 150-159

⁹⁹ Srov. *Život z víry. Překlad 2. dílu katolického katechismu pro dospělé*, s. 227-228

¹⁰⁰ Srov. GOLDMANN, R.; CICHÁ, M. *Etika zdravotní a sociální práce*, s. 80-81

¹⁰¹ Srov. <http://www.umirani.cz/detail-clanek/o-vidine-snadneho-konecneho-reseni.html>

6.5 Dystanázie - zadržaná smrt

Hovořím-li o eutanázii, musím zmínit také situace, kdy je smrt samotnými lékaři uměle oddalována. Není skutečným přínosem pro pacienta, jeho rodinu, ani pro celou společnost, pokud lékaři udržují život člověka pouze ve vegetativním stavu, bez projevů mozkové činnosti. Lékaři musí být připraveni ukončit léčebné procedury, neslouží-li pacientovu zdraví ani životu. Účelem lidského života není pouze jeho zachování na biologické úrovni. Život, zdraví a všechna dobra jsou podřízena naplnění smyslu lidského života. Není-li tento smysl naplňován, je možné dát průběh přírodnímu procesu. Pacienta a jeho blízké je nutné respektovat, pokud si v rozumné míře přejí další prodlužování života. Ale lékař se jimi nesmí nechat ovlivňovat a užívat nákladné metody jen pro jejich zklidnění, pokud nejsou vyhlídky, že by toto úsilí mohlo pacientovi skutečně pomoci.¹⁰² Lze konstatovat, že: „Nesamozřejmost života je vystřídána nesamozřejmostí smrti“.¹⁰³ Rodiny bývají rozčarovány, že se nedostavil očekávaný zázrak medicíny. Všichni zúčastnění tvrdě usilují o zvrácení neblahého stavu věcí. Dochází k tomu, že prakticky nenechají člověka v klidu zemřít. „Z etického hlediska obecně platí, že (zejména invazivní a všestranně náročná) léčba se má ukončit tehdy, když pacientovi nejen nepřináší žádný prospěch, ale dokonce zvyšuje jeho bolest a strádání...“¹⁰⁴ Úkolem medicíny není učinit lidské tělo nesmrtelným, ale pomoci každému prožít omezený počet let co nejzdravěji a nejhodnotněji.

6.6 Následky jednání, funkce systému

Součástí etických aspektů hospicové péče a eutanázie je odpovědnost člověka za následky svého jednání. Jedná se o problematiku, která se dotýká každého sociálního pracovníka pracujícího s umírajícími klienty.

Každé jednání způsobuje určitou změnu, přičemž změnou rozumíme přechod z jednoho stavu světa k jinému. Jednání ovšem není totéž co konání. Konání se vztahuje pouze k dílčímu cíli. Předmětem odpovědnosti každého člověka je vždy „bližní“. Buď se ho dotýká samo jednání nebo jeho následky.

¹⁰² Srov. PESCHKE, K. H., *Křesťanská etika* s. 242-245

¹⁰³ HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie, nauka o umírání a smrti*, s. 32

¹⁰⁴ Cit. dílo, s. 166

Zde pak vstupuje na scénu utilitarismus či konsekvencialismus, který jeho zastánci nazývají také teleologickým morálním principem. Podstatným znakem konsekvencialismu je, že vlastním předmětem odpovědnosti je vždy celý svět. Je označován za etiku odpovědnosti. Tato morálka má své místo i v moderní civilizaci. Problémem této teorie je, že věta „účel světí prostředky“, chápaná jako morálně zavrženíhodné přesvědčení, nachází v teleologii svou teoretickou explikaci. Dále také, podle této teorie, nemůžeme vědět, zda je prostředek morální nebo nemorální, než poznáme, zda je vhodný k dosažení cíle. Je třeba říci, že konsekvencialistická etika je v rozporu sama se sebou. Vede k důsledkům, které si nikdo nemůže přát. Lidské jednání je zde tedy mravné, pokud je vhodné k realizaci optimalizačních cílů. Všechno toto vede v důsledcích k nedostatečnému mravnímu požadavku na člověka.¹⁰⁵

Každé jednání člověka je vědomou a záměrnou realizací nějakého úmyslu. Jeho posuzování z morálního hlediska se vztahuje na subjektivní smysl jednání. Dle Sartra nám žádná světská moc nezabrání, abychom jednání dali smysl. Naše jednání má však pro jiné lidi a v jiných kontextech odlišné významy. Jeho morálnost je nutné posuzovat s ohledem na skutečnost, jak sám jednající vnímá svou zodpovědnost. K odpovědnosti jednajícího patří však i neúmyslné následky, i když nemůžeme udržet v centru pozornosti stejným způsobem všechny následky svého jednání. Problém vedlejších následků je ústředním tématem každé normativní etiky. Jejich dosah se vlivem vědecké techniky značně zvětšil. Člověk existuje v určitých systémech a právě v celku systémových struktur a v reálném vztahu k nim se mravní smýšlení stává realitou. Jednajícímu je připisována odpovědnost za skutečnost v rámci celku a zároveň je zřejmé, že ji nemůže unést.¹⁰⁶ R. Spaemann říká že: „Mravní jednání je takové jednání, které v každém okamžiku žije z přítomnosti totality smyslu.“¹⁰⁷

¹⁰⁵ Srov. SPAEMANN, R. *Štěstí a vůle k dobru* s. 137-147

¹⁰⁶ Srov. SPAEMANN, R. *Štěstí a vůle k dobru* s. 161-174

¹⁰⁷ SPAEMANN, R. *Štěstí a vůle k dobru* s. 174

6.7 Sebevražda

Jsou lidé, kteří v konfrontaci s nevléčitelnou nemocí a blízkostí smrti mohou pomýšlet na sebevraždu. Jedná se především o lidi, kteří ve svém životě vždy požadovali pocit absolutní kontroly nad vším a všemi, nebo lidi, kterým byla smrtelná diagnóza sdělena příliš bezcitně, případně ty, kterým dal ošetřující personál příliš mnoho planých nadějí, nebo naopak ty nemocné, kteří jsou zanedbáváni, opuštěni a nedostalo se jim přiměřené lékařské a duchovní pomoci. Více ohroženi jsou pak klienti, kteří jsou bez náboženského vyznání a ti, kteří o své smrti nikdy nepřemýšleli. Málokdy dochází k tomuto aktu zoufalství v době, kdy je pacientovi sdělena diagnóza, ale většinou až v konečném stádiu nemoci, kdy už není schopen se o sebe postarat a trpí bolestmi. Vždy se však nemusí jednat o aktivní odchod ze života. Jsou lidé, kteří se uchýlí k tzv. pasivní sebevraždě tím, že přestanou brát léky, přijímat potravu a jejich psychika se dostane do stavu, ve kterém svůj boj vzdají. Je úkolem pracovníků pomáhajících profesí, aby udělali vše, co je v jejich silách a pomohli nemocnému prožít život až ke smrti způsobené přirozenými příčinami. Terminálně nemocné pacienty není vhodné posuzovat podle jejich činů a hovoří-li o sebevraždě je osvědčené s nimi diskutovat, zda činí dobře nebo špatně. Na druhou stranu však sebevraždu nelze považovat za právo každého člověka.¹⁰⁸

¹⁰⁸ Srov. KÜBLER-ROSS, E. *Odpovědi na otázky o smrti a umírání* s. 59-65

II PRAKTICKÁ ČÁST

Praktická část mé diplomové práce se zabývá analýzou a interpretací dat z dotazníkového šetření. Na závěr je zařazena diskuze, kde jsou porovnány získané teoretické a praktické poznatky.

1 Cíl šetření

Cílem mého výzkumu je především analýza a srovnání názorů na problematiku provázející umírání a smrt, na její etické aspekty a postoje pracovníků, přicházejících do kontaktu se smrtí. Za tímto účelem byli osloveni respondenti pracující v zařízeních typu hospic v rámci celé České republiky a pro srovnání pracovníci v zařízeních typu domů pro seniory v rámci Jihočeského a Středočeského kraje. Výsledkem je zjištění, do jaké míry se názory těchto dvou skupin na zmiňovanou problematiku liší.

2 Metodika šetření

K dosažení potřebných informací jsem zvolila výzkumnou techniku dotazník (Příloha č. 1). Celkem jsem rozeslala cca 120 dotazníků, z toho 60 do zařízení typu hospic a 60 do zařízení typu domů pro seniory. Návratnost byla pětasedmdesátiprocentní. Ve výsledku jsem tedy vyhodnocovala celkem 80 dotazníků.

3 Hypotézy

Hypotéza č. 1

Myslím si, že mezi pracovníky zařízení hospicového typu a pracovníky jiných zařízení nebude velkého rozdílu v jejich přístupu ke smrti ve svém soukromém životě, ve vztahu k vlastní smrti.

Hypotéza č. 2

Domnívám se, že pracovníci hospiců i zařízení typu domů pro seniory se budou stavět naprosto odmítavě k možnosti použití eutanázie také proto, že péče v hospicu je schopna zaručit důstojnou smrt.

Hypotéza č. 3

Předpokládám, že pracovníci hospiců budou cítit potřebu větších nároků na komunikaci se zmiňovanými klienty a také nutnost větší spolupráce s rodinami klientů než pracovníci jiných zařízení.

Hypotéza č. 4

Myslím si také, že pracovníci v zařízení typu hospiců budou práci s umírajícími a nemocnými klienty považovat za náročnější než v jiných zařízeních, s větší možností syndromu vyhoření. Pracovníci zařízení typu domů pro seniory budou mít tuto práci za stejně náročnou a se stejnou možností projevů syndromu vyhoření jako u ostatních pracovníků v sociální oblasti.

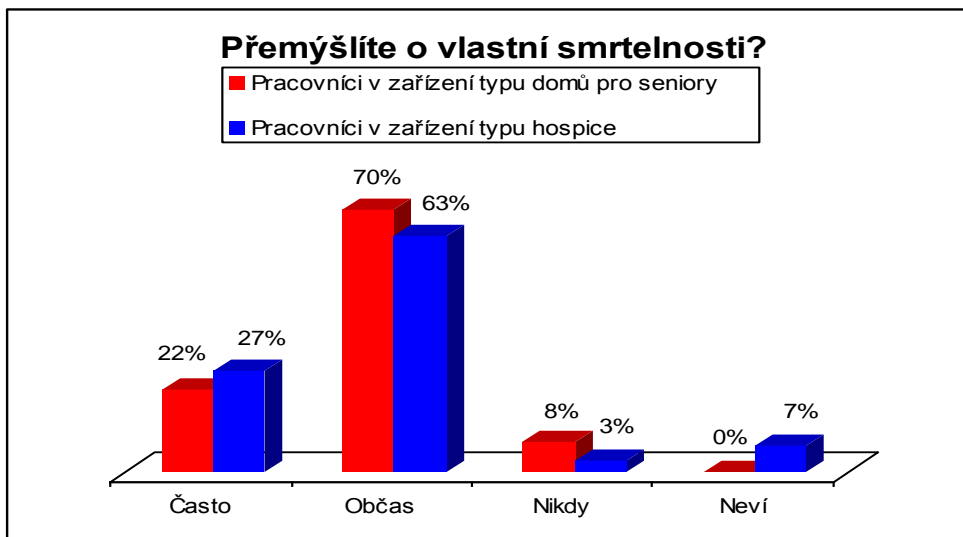
Hypotéza č. 5

Je pravděpodobné, že pracovníci v obou druzích zařízení budou shodně považovat svoji práci za společensky nedocenenou, kterou nelze, vzhledem k její náročnosti, vykonávat jako celoživotní povolání.

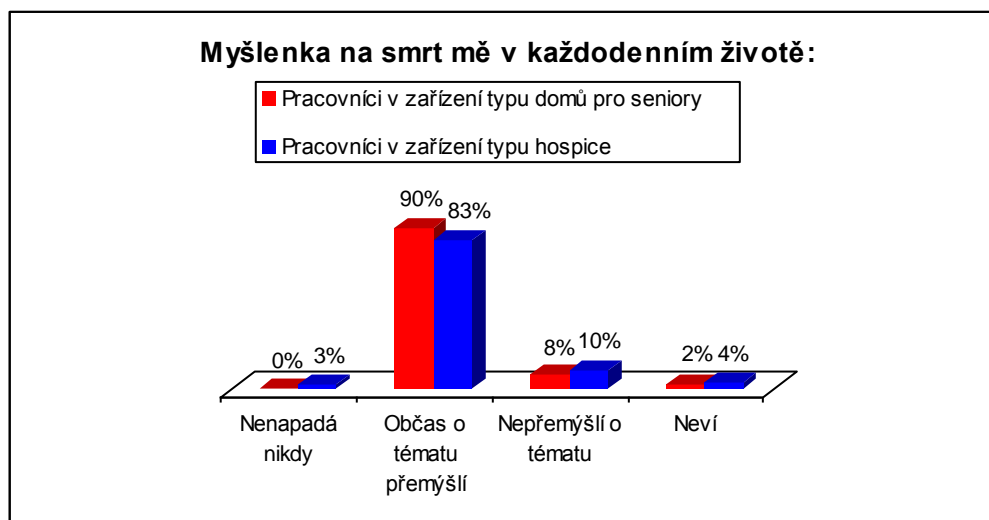
4 Výsledková část

Výzkum byl zahájen otázkou: **Přemýšlíte o vlastní smrtelnosti?** Na tuto otázku navazovala také otázka č. 2, zaměřená na to, jak často pracovníky napadá či nenapadá myšlenka na smrt v každodenním životě. Výsledky ilustrují grafy č. 1 a č. 2.

Graf č. 1



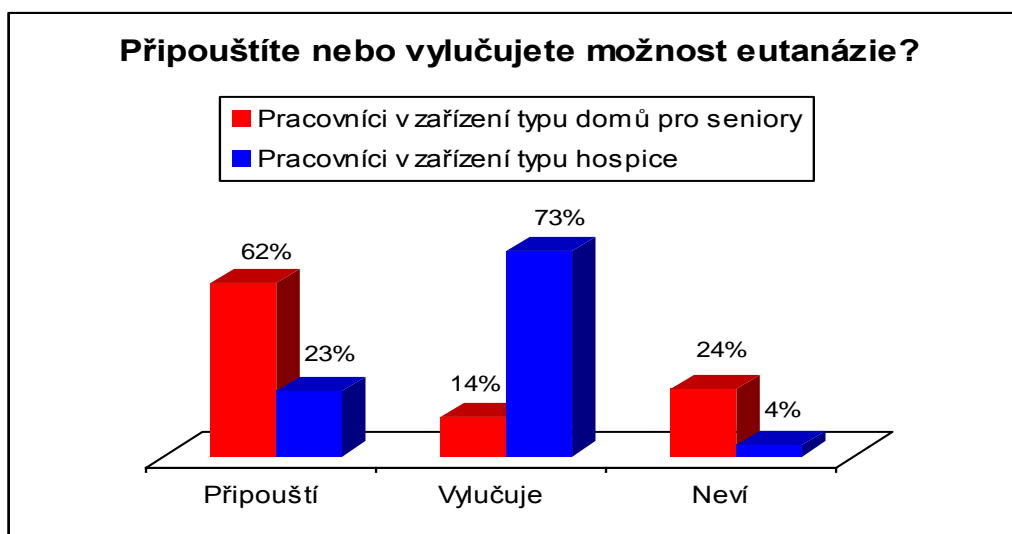
Graf č. 2



Z uvedených grafů vyplývá, že o vlastní smrtelnosti přemýšlí *občas* více pracovníků zařízení typu domů pro seniory než pracovníků zařízení typu hospice. Často o vlastní smrtelnosti přemýšlí více pracovníků ze zařízení typu hospice. Obdobná skladba odpovědí byla u otázky č. 2 : **Myšlenka na smrt mě v každodenním životě:** Respondenti ze zařízení typu domů pro seniory: *občas o tématu přemýšlím* v 90 %, *nepřemýšlím o tématu* 8 % z nich a odpověď *nevím* volily 2 % respondentů . Pracovníci z hospiců *občas o tématu přemýšlím* v 83 % a *nepřemýšlím o tomto tématu* v 10 % .

Následující část mapuje vztah k eutanázii a tedy k etickým aspektům umírání a smrti. První otázka je následující: **Připouštíte, nebo vylučujete možnost eutanázie?** Výsledky ilustruje graf č. 3.

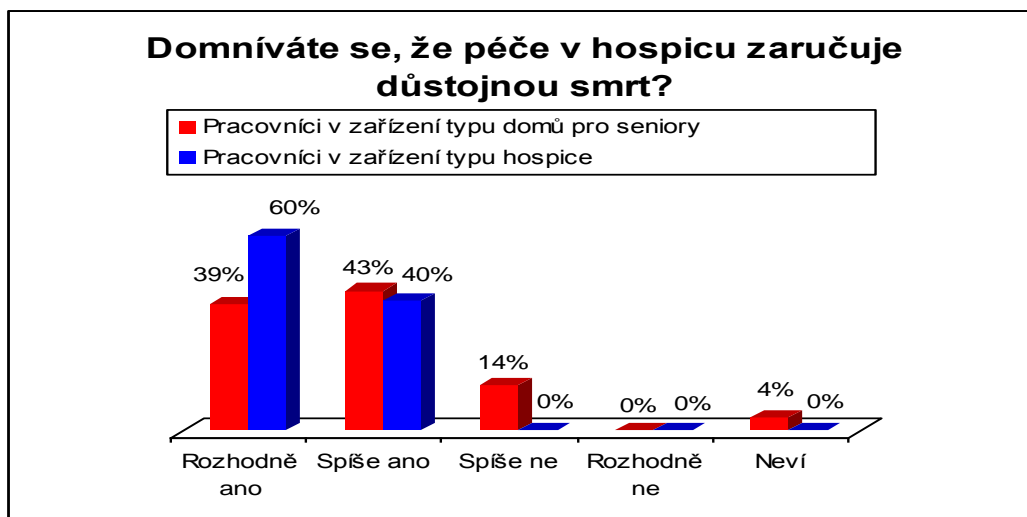
Graf č. 3



Odpovědi na tuto otázku se u obou skupin pracovníků velice lišily. Pracovníci hospiců z velké části vyloučili možnost použití eutanázie - 73 %, na rozdíl od pracovníků ze zařízení typu domů pro seniory – 14 %, kteří tuto možnost ve větší míře připouští – 62 %. U zaměstnanců zřízení hospicového typu připustilo tuto možnost 23 % respondentů.

Další otázka zněla: **Domníváte se, že péče v hospicu zaručuje důstojnou smrt?** Výsledky ilustruje graf č. 4

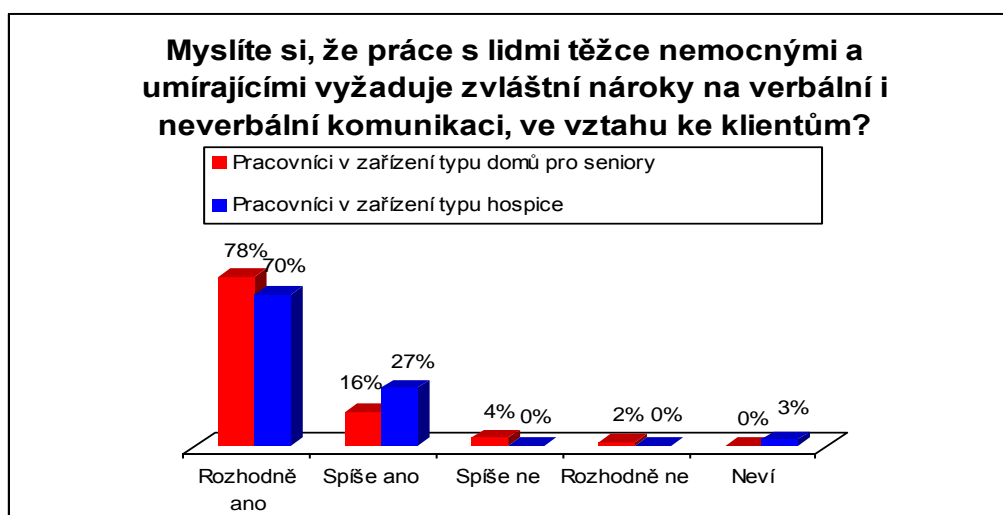
Graf č. 4



Pracovníci hospiců zde odpověděli kladně v 100 %. U pracovníků ze zařízení typu domů pro seniory zaznely kladné odpovědi v 82 %, záporné: *spíše ne* 14 % a *nevím* 4 % respondentů. Jsou zde opět vidět rozdíly v názorech personálu, kdy pracovníci hospiců se častěji přiklání k názoru, že v jejich zařízeních důstojnou smrt zaručit lze.

Další dvě otázky se týkaly komunikace s klienty a spolupráce s jejich rodinami. **Myslíte si, že práce s lidmi těžce nemocnými a umírajícími vyžaduje zvláštní nároky na verbální i neverbální komunikaci ve vztahu ke klientům?** Výsledky ilustruje graf č. 5

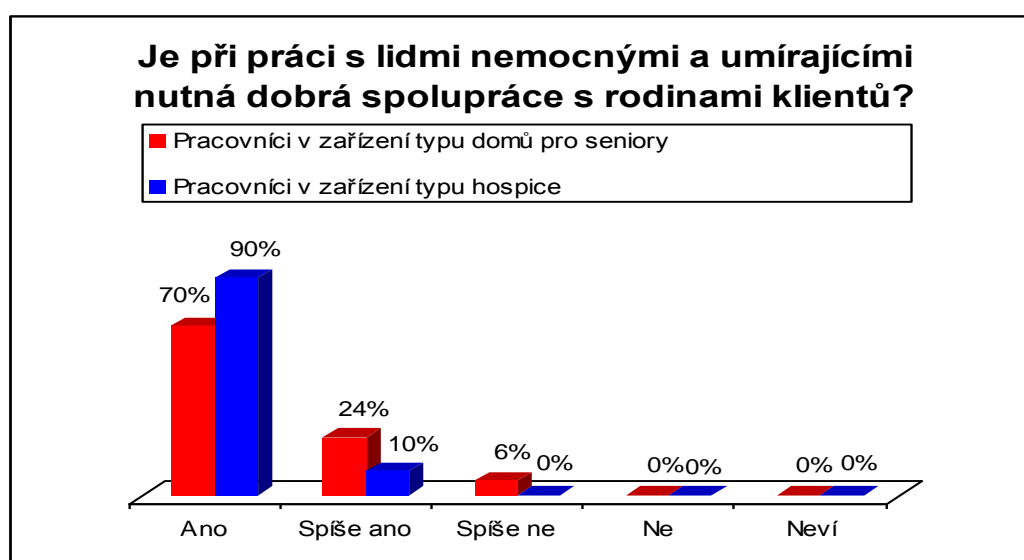
Graf č. 5



Z pracovníků v zařízeních typu domů pro seniory si myslí v 94 % *ano* a v 6 % *ne*. Pracovníci ze zařízení typu hospiců odpověděli v 97 % *ano* a 3 % se nevyjádřili. Z toho je patrné, že obě skupiny pracovníků vidí větší náročnost komunikace s tímto typem klientů.

Následující otázka se týkala spolupráce s rodinami klientů: **Je při práci s lidmi nemocnými a umírajícími nutná dobrá spolupráce s rodinami klientů?** Výsledky ilustruje graf č. 6

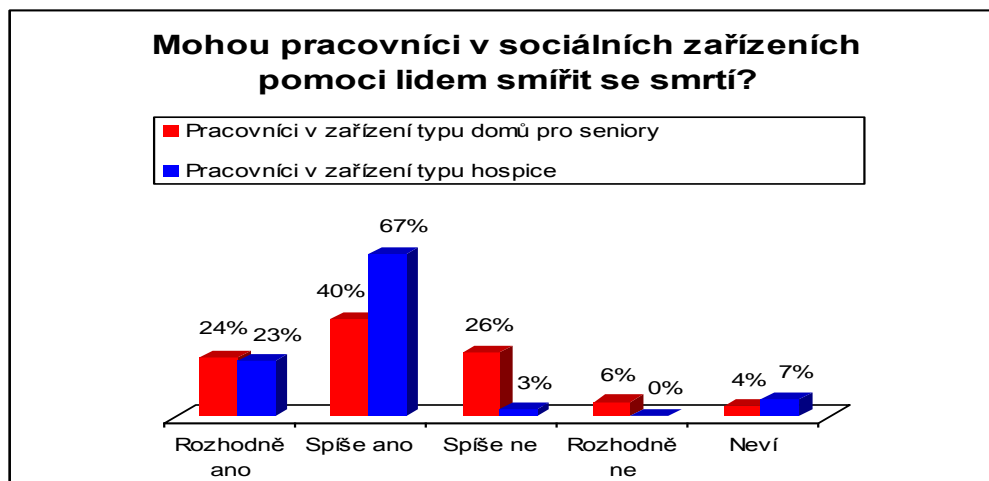
Graf č. 6



Pracovníci obou druhů zařízení souhlasili s tím, že tato spolupráce je nutná. Respondenti ze zařízení typu domů pro seniory odpověděli na tuto otázku poměrem kladných a záporných odpovědí 94 % : 6 %. Pracovníci hospiců odpověděli ve 100 % případů kladně.

Další otázka je zaměřená na možnosti smíření se smrtí: **Mohou pracovníci v sociálních zařízeních pomoci lidem smířit se smrtí?** Výsledky ilustruje graf č. 7

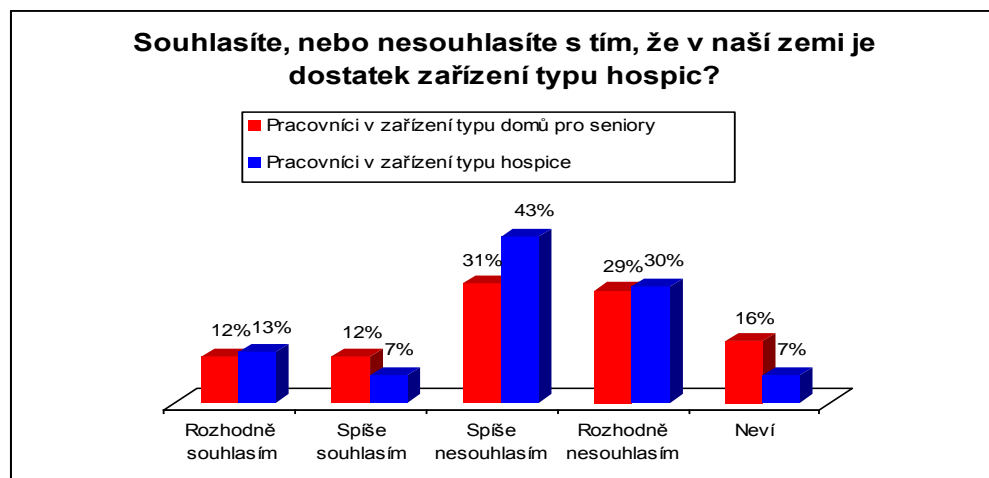
Graf č. 7



Na tuto otázku reagovalo kladně výrazně více pracovníků ze zařízení typu hospiců, celkem 90 %. Odpovědi pracovníků ze zařízení typu domů pro seniory se pohybovaly v hodnotách, z kterých je vidět, že si nejsou tak úplně jistí, jako pracovníci hospiců, zda je možno se v takových zařízeních smířit se smrtí. Kladné odpovědi se u nich vyskytly v 64 %. I tak se jedná o nadpoloviční většinu.

Následující otázka postihuje názory na dostatek či nedostatek hospiců v naší zemi. **Souhlasíte, nebo nesouhlasíte s tím, že v naší zemi je dostatek zařízení typu hospic?** Výsledky ilustruje graf č. 8.

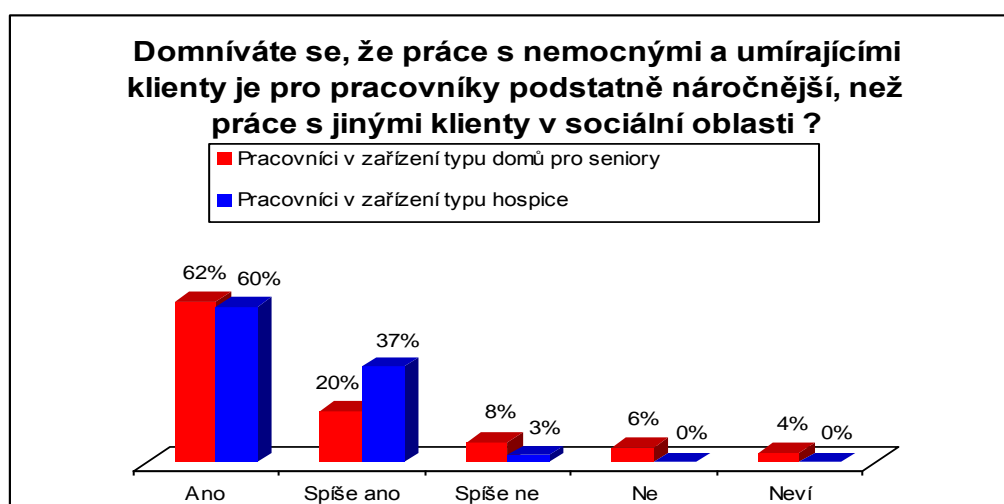
Graf č. 8



Z grafu č. 8 vyplývá, že většina respondentů si myslí, že těchto zařízení není v naší zemi dostatek. Nesouhlas vyjádřilo 60 % domovů pro seniory a 73 % pracovníků hospiců.

Následující otázky se týkaly náročnosti práce s těžce nemocnými a umírajícími klienty. **Domníváte se, že práce s nemocnými a umírajícími klienty je pro pracovníky podstatně náročnější, než práce s jinými klienty v sociální oblasti?** Výsledky ilustruje graf č. 9.

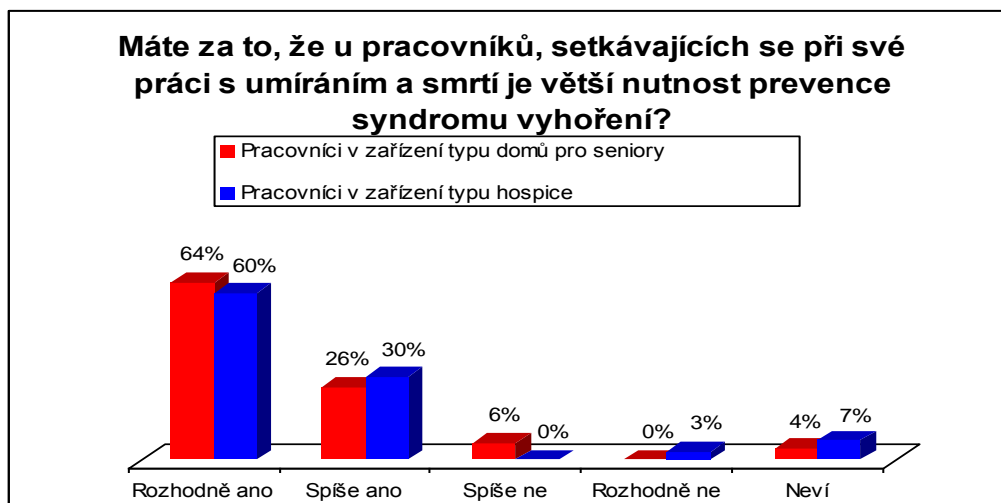
Graf č.9



Obě skupiny respondentů považují práci s nemocnými a umírajícími za náročnější, než práci s jiným druhem klientů. Pracovníci ze zařízení typu domů pro seniory odpovídali kladně z 82 % a mezi pracovníky hospiců to bylo 97 %.

Na předchozí téma navazuje otázka č. 11: **Máte za to, že u pracovníků, setkávajících se při své práci s umíráním a smrtí je větší nutnost prevence syndromu vyhoření?** Výsledky ilustruje graf č. 10.

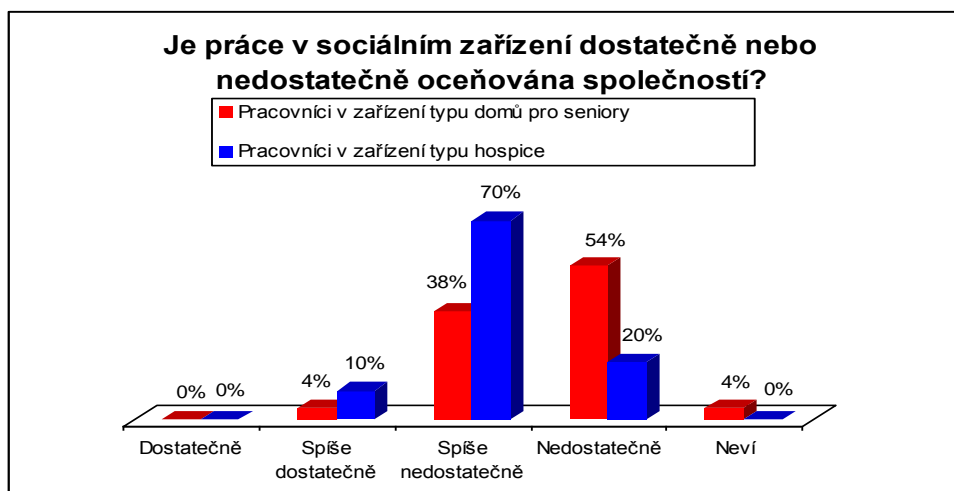
Graf č. 10



Odpovědi na tuto otázku jsou obdobné jako na otázku předchozí. Mezi pracovníky obou typů zařízení zazněl stejný podíl souhlasných odpovědí – 90 %. Je zřejmé, že respondenti jsou si vědomi toho, že při práci s tímto typem klientů je větší možnost propuknutí syndromu vyhoření.

Další dvě otázky se zabývají tím, jak je práce v sociální oblasti oceňována společností a rodinami pracovníků. **Je práce v sociálním zařízení dostatečně nebo nedostatečně oceňována společností?** Výsledky ilustruje graf č. 11.

Graf č.11

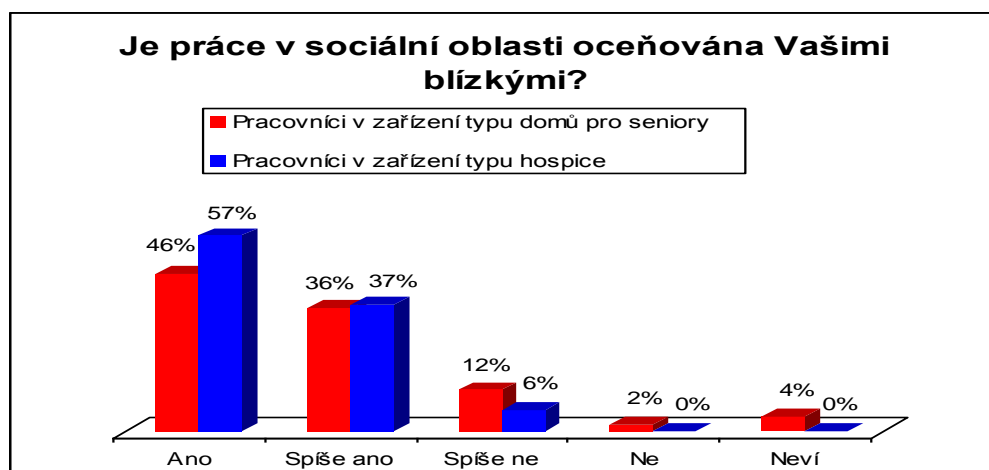


Je zřejmé, že pracovníci obou druhů zařízení vidí, ze strany společnosti, práci v sociálních zařízeních jako nedostatečně oceňovanou. Nevyskytla se ani

jedna odpověď *dostatečně*. Mezi pracovníky zařízení typu domů pro seniory byl poměr kladných a záporných odpovědí 92 % : 4 %. Podíl kladných a záporných odpovědí pracovníků hospiců vyzněl 90 % : 10 %.

Oproti tomu rodinní příslušníci si cení práci svých blízkých v sociální oblasti. **Je práce v sociální oblasti oceňována Vašimi blízkými?** Výsledky ilustruje graf č. 12.

Graf č. 12



Je zjevné, že odpověď *ano* volilo celkem 82 % pracovníků zařízení typu domů pro seniory a 94 % pracovníků hospiců.

Další otázka zněla: **zda je možné sociální práci, vzhledem k náročnosti, vykonávat jako celoživotní povolání?** Výsledky ilustruje graf č. 13.

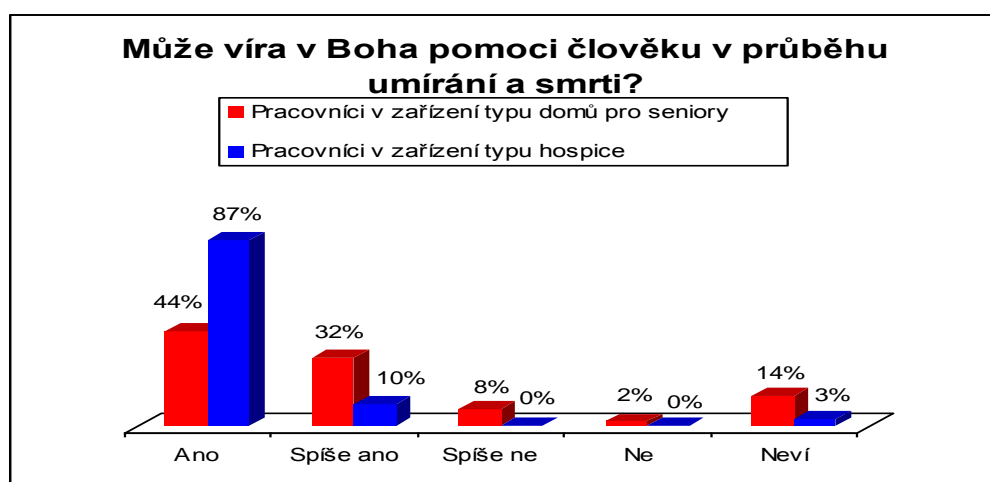
Graf č. 13



Považuji za potěšitelnou skutečnost, která z údajů vyplynula. Je patrné, že více než polovina respondentů z obou skupin pracovníky nevyloučila možnost vykonávat sociální práci jako celoživotní povolání, i když druhá skupina byla také dosti početná (v okruhu pracovníků v zařízeních typu domů pro seniory 30 % a pracujících v hospicích 23 %) měla opačný názor.

Následující otázka zněla: **Může víra v Boha pomoci člověku v průběhu umírání a smrti?** Výsledky znázorňuje graf č. 14.

Graf č. 14

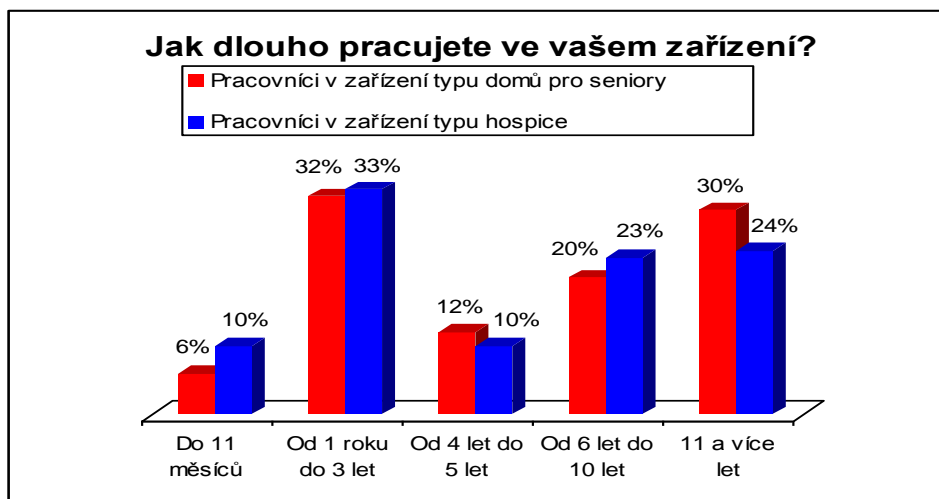


Jak můžeme z grafu č. 14 vidět, naprostá většina pracovníků ze zařízení typu hospic je přesvědčena o tom, že víra v Boha v tomto stadiu života skutečně člověku může pomoci. *Ano* odpovědělo 87 % pracovníků a *spíše ano* 10 % pracovníků. Pracovníci zařízení typu domů pro seniory už tak jednoznačně přesvědčení nejsou. Přesto takřka ¾ respondentů zastává podobný názor jako pracovníci hospiců.

Následující otázky můžeme označit jako identifikační. Obsahují dotazy na věk, dobu práce v stávajícím zařízení a dobu práce obecně v sociální oblasti.

Otázku **Jak dlouho pracujete ve vašem zařízení** ilustruje graf č. 15.

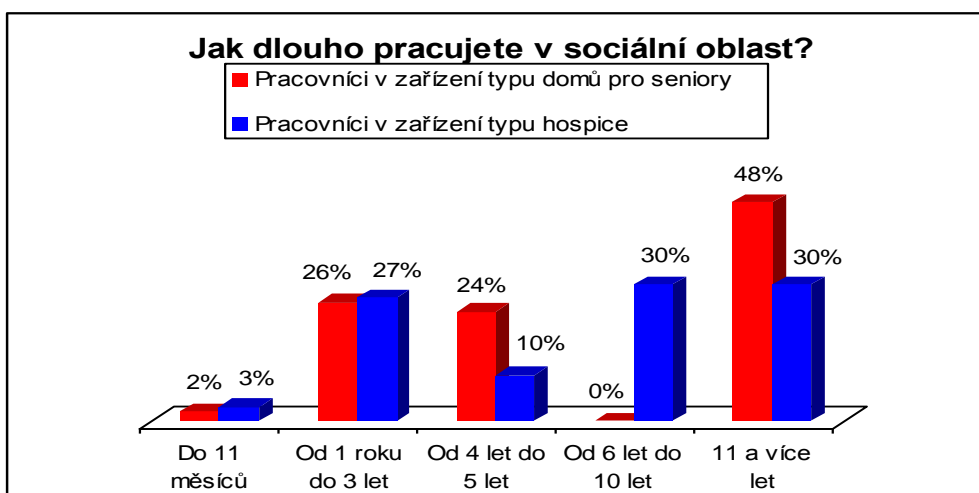
Graf č. 15



Je zajímavé, že věrnost práci v obou druzích zařízení je dost vysoká. Obzvláště pracovníci, kteří zde pracují více než 11 let, jsou zastoupeni u hospiců 24 % a u zařízení typu domů pro seniory 30 %.

Další otázka zněla: **Jak dlouho pracujete v sociální oblasti?** Výsledek zobrazuje graf č. 16

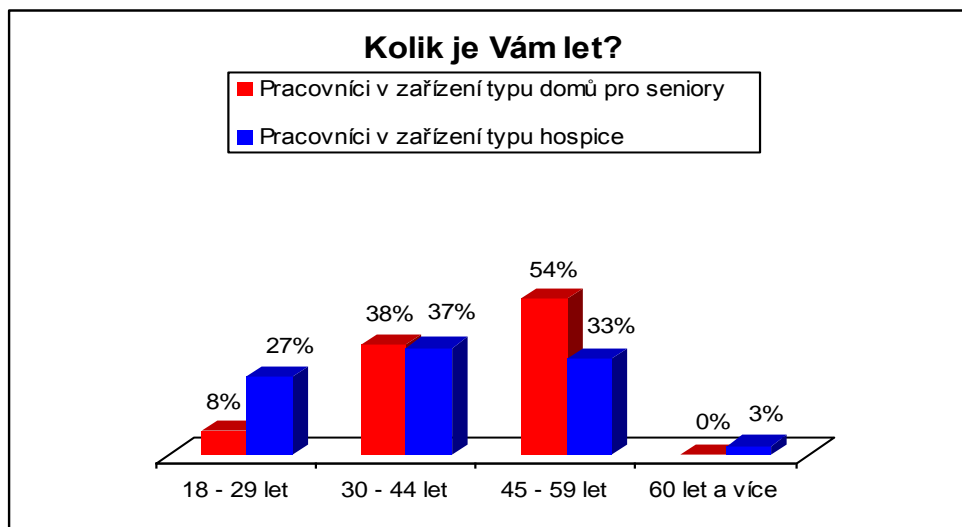
Graf č. 16



I z tohoto grafu je patrná poměrně vysoká věrnost práci v sociální oblasti u obou skupin respondentů.

Poslední otázka se tázala na věk respondentů. Výsledek je patrný na grafu č. 17.

Graf č. 17



Z tohoto grafu lze vyčíst, že většina pracovníků obou skupin respondentů se pohybuje ve středním a vyšším středním věku.

5 Ověření hypotéz

Hypotéza č. 1:

Myslím si, že mezi pracovníky zařízení hospicového typu a pracovníky jiných zařízení nebude velkého rozdílu v tom, jak přistupují ke smrti ve svém soukromém životě, ve vztahu k vlastní smrti.

První hypotéza se potvrdila. Výsledky jsou patrné v grafu č. 1 a č. 2. Pracovníci ze zařízení typu domů pro seniory přemýšlí o vlastní smrtelnosti v 92 %. Podobná situace byla u pracovníků hospiců, kdy možnost „přemýšlím“ volilo 90 % respondentů. Výsledky prvního grafu potvrzuje také 2. graf, kdy myšlenka na smrt v každodenním životě napadá *občas* 90 % pracovníků zařízení typu domů pro seniory a 83 % pracovníků hospice.

Hypotéza č. 2:

Domnívám se, že pracovníci hospiců i zařízení typu domů pro seniory se budou stavět naprosto odmítavě k možnosti použití eutanázie také proto, že péče v hospicu je schopna zaručit důstojnou smrt.

Tato hypotéza se potvrdila pouze částečně. Překvapilo mě, že pracovníci zařízení typu domů pro seniory *připouští* možnost použití eutanázie a to dokonce téměř dvě třetiny z nich (62 %). V doplňující otázce - za jakých podmínek by k tomu mohlo dojít - nejčastěji uváděli kruté bolesti, nebo nevléčitelnou nemoc, většinou však neuváděli nic. Tuto možnost *vyklučuje* pouze 14 % respondentů a *neví* dokonce 24 % pracovníků. Mezi respondenty ze zařízení typu hospiců *připustilo* tuto možnost v 23 %. V odpovědi vysvětlující – za jakých podmínek by k tomu mohlo dojít - buď neuváděli nic, nebo většinou za přísné lékařské a komisionální kontroly. *Vyloučili* tuto možnost v 73 %. Jako důvod vyloučení eutanázie uvedli např. náboženské přesvědčení, víru, nemáme moc nad životem a smrtí, nedotknutelnost života, nebo existuje kvalitní paliativní péče. Odpověď *nevím* volila 4 % respondentů. Přitom obě skupiny dotázaných jsou ve většině případů přesvědčeni, že péče v hospicu je schopna zaručit důstojnou smrt. V tomto se moje hypotéza potvrdila. U pracovníku v zařízení domů pro seniory odpovědělo kladně 82 %. V této skupině se vyskytly i odpovědi *spíše ne* a to ve 14 % odpovědích. Pracovníci hospiců o důstojnosti smrti v jejich zařízeních nepochybují.

Hypotéza č. 3:

Předpokládám, že pracovníci hospiců budou cítit potřebu větších nároků na komunikaci se zmiňovanými klienty a také nutnost větší spolupráce s rodinami klientů než pracovníci jiných zařízení.

Z šetření vyplynulo, že pracovníci obou zařízení jsou přesvědčeni, že práce s těžce nemocnými a umírajícími vyžaduje zvláštní nároky na komunikaci s klienty. Moji hypotézu respondenti potvrdili i v tom, že pracovníci obou zařízení si myslí, že u zmiňované skupiny klientů je nutná dobrá spolupráce s jejich rodinami. Jako důvod uvádějí respondenti, že spolupráce s rodinou

zlepšuje komunikaci s nemocným, příbuzní nemají falešné iluze o stavu nemocného, umírající není vytržen ze své rodiny, rodinu nelze ničím nahradit, zlepšení psychiky nemocného, nebo např. urovnání vztahů a odpuštění.

Hypotéza č. 4

Myslím si také, že pracovníci v zařízení typu hospic budou práci s umírajícími a nemocnými klienty považovat za náročnější než v jiných zařízeních, s větší možností syndromu vyhoření. Pracovníci zařízení typu domů pro seniory budou mít tuto práci za stejně náročnou a se stejnou možností projevu syndromu vyhoření jako u ostatních pracovníků v sociální oblasti.

Většina respondentů z oboru zařízení se domnívá, že práce s nemocnými a umírajícími je více náročná, než práce s jinými klienty v sociální oblasti. Ve své hypotéze jsem tuto odpověď očekávala pouze u pracovníků hospiců. Stejná situace je rovněž u otázky zabývající se nutností prevence syndromu vyhoření. Obě skupiny si myslí, že u pracovníků setkávajících se při své práci s umíráním a smrtí je nutnost prevence vyšší. Tento druh odpovědi jsem ve své hypotéze očekávala pouze u pracovníků hospiců.

Hypotéza č. 5:

Je pravděpodobné, že pracovníci v obou druhích zařízeních budou shodně považovat svoji práci za společensky nedocenenou, kterou nelze, vzhledem k její náročnosti, vykonávat jako celoživotní povolání.

Splnil se můj předpoklad, že většina pracovníků obou druhů zařízení si myslí, že práce v sociálních zařízeních je společností nedostatečně oceňována. Pro srovnání jsem ve výzkumu podchytila také to, jak je práce v sociální oblasti oceňována rodinami pracovníků a zjistila jsem, že tito si práci svých blízkých cení. S problematikou společenské nedocenenosti souvisí také otázka možnosti vykonávat sociální práci jako celoživotní povolání. Moje hypotéza se nepotvrdila v tom, že nadpoloviční většina obou skupin respondentů odpověděla *rozhodně ano* nebo *spíše ano*, tedy že tuto práci lze vykonávat jako celoživotní povolání.

6 Diskuze

Část témat, jež byla podchycena ve výzkumu, jsem se zabývala také v teoretické části. Na tomto místě srovnám teoretické a praktické poznatky.

Z odpovědí na otázku, zda: může víra v Boha pomoci člověku v průběhu umírání a smrti vyplynulo, že naprostá většina pracovníků ze zařízení typu hospic je přesvědčena o tom, že víra v Boha v tomto stadiu života skutečně člověku může pomoci. Zaměstnanci zařízení typu domů pro seniory ve většině případů zastávají stejný názor jako předchozí skupina, i když to není již tak jednoznačné. *Ano, spíše ano* uvedlo 76 % z nich. V hodnověrném zdroji – *Laboratoř sekularizace; Náboženství a politika v ne-náboženské společnosti: český případ*, jehož autorem je P. Fiala je na straně 26 zmíněno, že se počet lidí bez náboženského vyznání v naší zemi pohybuje kolem 70 %. Tento určitý rozpor lze vysvětlit tím, jak bylo v teoretické části podchyceno, že v sekularizované společnosti se rozvinula silně privátní nepřiliš viditelná religiozita. Také je pravděpodobné, že v posledním stádiu života dochází u člověka ke zvýšenému příklonu k Bohu jako symbolu naděje.

Odpovědi na otázku, zda práce s lidmi těžce nemocnými a umírajícími vyžaduje zvláštní nároky na verbální i neverbální komunikaci ve vztahu ke klientům, byly vcelku jednotné. S tímto tvrzením jednoznačně souhlasilo 78 % pracovníků zařízení typu domů pro seniory a 70 % pracovníků hospiců. Odpověď spíše ano zvolilo 16 % pracovníků zařízení typu domů pro seniory a 27 % pracovníků hospiců. Zjištění z výzkumu potvrzují nutnost a specifčnost komunikace s tímto druhem klientů. Je zde vidět soulad v mínění respondentů z praxe a odborných zdrojů, zastoupených takovými odborníky, jako jsou. autoři např. Z. Vybíral, F. Schulz von Thun, M. Svatošová, A. Opatrný, E. Kübler-Ross a řada dalších.

Na otázku týkající se důstojné smrti v hospici všichni pracovníci hospiců zde odpověděli kladně. U pracovníků ze zařízení typu domů pro seniory bylo pozitivních odpovědí 82 %. Je možné opět pozorovat určité rozdíly v názorech personálu, kdy pracovníci hospiců se přiklání k názoru, že v jejich zařízeních důstojnou smrt zaručit lze. Názory pracovníků hospiců potvrzují teorii, že ačkoli

člověk již většinou není schopen zjevných úspěchů a pozorovatelného růstu, nepřišel o svoji důstojnost a je nezbytné, aby mu byly také poskytnuty podmínky k zaručení důstojné smrti. Je tím potvrzena snaha o etické chování pracovníků hospiců. V každém případě je tedy nezbytné, aby všichni zúčastnění dali umírajícímu najevo, že jeho život měl smysl a byl přínosem pro ostatní.

Odpovědi na otázku, zda mohou pracovníci v sociálních zařízeních pomoci lidem smířit se smrtí, obsahují určité etické aspekty péče o umírající. Především v hospici mají zvláště velkou váhu. Z pracovníků hospiců odpovídali takto všichni. Z pracovníků typu domů pro seniory si myslí: téměř dvě třetiny ano a čtvrtina ne. Respondenti potvrzují svými názory teoretické zásady doprovázení člověka po přirozenou smrt, jsou připraveni na láskyplné přijetí umírajícího. V jejich odpovědích vidím snahu o harmonizování konce života, kdy hlavními úkoly personálu je maximalizace pozitiv života a minimalizace utrpení. K tomu také patří možnost setrvat v blízkosti svých nejbližších, což hospicová péče dokonale naplňuje. Umírající člověk potřebuje, aby mu okolí věnovalo svůj čas a bylo schopno naslouchat a chápat.

Ve vztahu k eutanázii byly výsledky výzkumu velmi překvapivé. Předpokládala jsem, že obě skupiny respondentů použití eutanázie jednoznačně vyloučí. U pracovníků hospiců eutanázii vyloučilo 73 % respondentů, ale 23 % ji připouští. U pracovníků zařízení typu domů pro seniory byla situace spíše opačná. Připouští ji 62 % a vylučuje 14 % respondentů. Myšlenku na eutanázii považují za prohřešek proti profesní etice. Také stanovisko Světové zdravotnické organizace je jednoznačné. Eutanázie je v konfliktu se základními etickými principy lékařské praxe. Z pohledu věřícího člověka je život dar Boží a je nemyslitelné, aby rozhodnutí o životě a smrti přebíral člověk. V řadě společností se vede dlouhodobá rozprava o povolení či nepovolení eutanázie, v některých zemích k její legalizaci již došlo. Přesto mi připadá alarmující zjištění, že pracovníci, kteří jsou denně v kontaktu se seniory v zařízeních typu domů pro seniory, připouští eutanázii v tak velké míře. Vždyť každý člověk má svoji důstojnost a za žádných okolností ji nemůže ztratit a nikdo mu ji také nemůže vzít. Nemoc, stáří nebo utrpení rozhodně důstojnost člověka nijak nesnižují. Paliativní péče je

jednoznačným etickým východiskem v péči o člověka v posledních stádiích života. Jejím úkolem není ani urychlení, ani nepřiměřené zadržování smrti. Je zárukou toho, že i když je ukončen určitý druh terapie, péče o nemocného nesmí skončit nikdy.

ZÁVĚR

Celá problematika posledního životního období člověka je velice náročná na činnost pracovníků v sociálních zařízeních, na celé týmy odborníků, kteří se tohoto procesu účastní, ale také na zúčastněné laiky, na rodiny nemocných a umírajících. Obzvláště se zde objevuje nutnost etického přístupu k pacientům, nutnost etické diskuze nad řadou problémů, které se v této etapě mohou vyskytnout. Smrt a umírání je nutno pochopit a respektovat jako přirozenou součást života, ne jako něco cizího, nepřátelského, ošklivého a špinavého. Ve své práci jsem se snažila zachytit důležitost toho, aby pracovníci v sociálních zařízeních zachovávali podmínky základního etického apelu a přistupovali k člověku ne z hlediska egoistických, nebo ekonomických zájmů, ale také ne z čistě altruistických hledisek. Je osvědčené jednat s rozumnými pohnutkami, se kterými by mohl umírající v zásadě souhlasit. Každý člověk je jedinečná bytost, která by neměla promarnit darovaný čas. Smrt tak dává životu smysl, možnost naplnění života v souladu se svědomím jednotlivce. Pracovníci v sociálních zařízeních pak umožňují naplňovat život člověka v jeho posledních fázích a zajišťovat lidskou důstojnost, která je v tomto období obzvláště zranitelná. Každý nemocný a umírající člověk si zaslouží individuální přístup, každý umírá „svou“ smrtí, a proto je třeba péči o člověka přizpůsobit jeho situaci a oprávněným potřebám. Etickým východiskem v péči o nemocné a umírající je tedy, jak bylo zmíněno, celá oblast paliativní péče a paliativní medicíny, poskytované především v zařízeních hospicového typu.

Proto jsem se ve své práci nabídla celou širokou problematiku umírání a smrti z etického pohledu se zaměřením na lidskou důstojnost klientů, svědomí pracovníků, možnosti, které se v péči o nemocné nabízí, aby byly pokryty veškeré potřeby lidí, kterých se tato péče týká. Rovněž jsem se zabývala úskalími

této péče. Snažila jsem se utřídit postoj společnosti k této problematice, příčiny které k němu vedly, ale také důsledky, kterým je např. volání po eutanázii.

Neopomenutelné jsou výsledky výzkumu, kde mě sice velice překvapily postoje personálu k eutanázii, ale na druhé straně je patrné, že respondenti připouštějí možnost zajistit důstojnou smrt jiným, etickým způsobem. Pracovníci si uvědomují nutnost kvalitní komunikace s klienty a jejich rodinami, nepohlížejí na ně jako na nesvéprávný „kus“, o jehož osudu je nutno rozhodovat. Za pozornost stojí fakt, že jsou si vědomi náročnosti práce s tímto typem klientů. Předpokládám tedy, že pokud se pro tuto práci rozhodnou, dělají ji s odpovědností a plným vědomím její náročnosti, doprovázeným velkým nebezpečím vzniku syndromu vyhoření. A to i přesto, že ji považují za společensky nedoceněnou. Z identifikačních otázek výzkumu je vidět, že řada z nich pracuje v sociální oblasti poměrně dlouho a mají za to, že tuto práci lze vykonávat jako celoživotní povolání. Potěšující je, že ti nejbližší respondentů si práce svých blízkých cení. Je zde tedy předpoklad, že jim mohou poskytovat dobré zázemí pro náročnou práci. Smysluplnost zvoleného povolání je jistě posilována také tím, že týmy pracovníků umožňují člověku prožít život člověka plně až do konce, bez zbytečného utrpení a pomáhají nemocným se smířením se smrtí. To vše při zachování lidské důstojnosti. Odchod smířeného člověka je pro všechny zúčastněné přirozeným koncem životní pouti a ne násilným přerušáním života.

Při hodnocení získaných výsledků je nutno přihlídnout k faktu, že výpovědi nelze brát jako jednoznačné pravdy pro celou škálu pracovníků pracujících s lidmi umírajícími a na prahu smrti, i vzhledem k nižší návratnosti rozeslaných dotazníků.

Závěrem bych uvedla, že etické přístupy k lidem nemocným a umírajícím se v naší společnosti dostávají stále více do povědomí nejen odborníků, ale také laické veřejnosti. Od sametové revoluce u nás vyrostla řada hospiců, objevuje se také domácí hospicová péče. Doufejme, že tyto tendence budou pokračovat, protože do závěrečného období života se jednoho dne dostane každý z nás. Trend ve společnosti je nakloněn spíše lidem mladým, krásným a výkonným, preferuje konzumní způsob života. Proto je třeba o lidech na sklonku života hovořit,

zabývat se etickými aspekty tohoto období, usilovat neustále o zlepšování kvality života v každém období životní pouti.

POUŽITÉ ZDROJE:

ANZENBACHER, A. *Křesťanská sociální etika; úvod a principy*. 1. vydání Brno: CDK, 2004. ISBN 80-7325-030-6.

ANZENBACHER, A. *Úvod do etiky*. 3. vydání Praha: Academia, 2001. ISBN 80-200-0953-1

ARIÈS, P. *Dějiny smrti II*. 1. vydání Praha: ARGO, 2000. ISBN 80-7203-293-3.

BAUMAN, Z. *Individualizovaná společnost*. 1. vydání Praha: Mladá fronta, 2004. ISBN 80-204-1195-X.

BENEDIKT XVI. *Encyklika Deus caritas est*. 1. vydání Praha: Paulínky, 2006. ISBN 80-86949-03-6.

BYOCK, I. *Dobré umírání; Možnosti pokojného konce života*. 1. vydání Praha: Vyšehrad, 2005. ISBN 80-7021-797-9.

COHEN, R. M. *Nejčastější klinické poruchy v praxi*. 1. vydání Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-497-4.

ELIAS, N. *O osamělosti umírajících*. 1. vydání Praha: Franze Kafky, 1998. ISBN 80-85844-39-7.

FIALA, P. *Laboratoř sekularizace; Náboženství a politika v ne-náboženské společnosti: český případ*. 1. vydání Brno: CDK, 2007. ISBN 978-80-7325-141-3.

FRANKL, V. E. *Lékařská péče o duši*. 1. vydání Brno: Cesta, 2006. ISBN 80-7295-085-1.

GOLDMANN, R.; CICHÁ, M. *Etika zdravotní a sociální práce*. 1. vydání Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2004. ISBN 80-244-0907-0.

GUGGENBÜHL-CRAIG, A. *Nebezpečí moci v pomáhajících profesích*. 1. vydání Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-302-4.

HANUŠ J, VYBÍRAL J. (EDS) *Evropa a její duchovní tvář: Eseje-komentáře-diskuse*. 1. vydání Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury, 2005. ISBN 80-7325-071-3.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie, nauka o umírání a smrti*. 2. přepracované vydání Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-471-3.

KASPAR,P.P; KRAXNER, A; LANG, G. *Christlich leben; Wer ist ein Christ?Wie lebt ein Christ? Wie engagiert sich ein Christ?*Wien Austria: Missiondruckerei St. Gabriel, herder Co., 1983. ISBN 3-210-24.660-2

KŘIVOHLAVÝ, J.; KACZMARCZYK, S. *Poslední úsek cesty*. 1. vydání Praha: Návrat domů, 1995. ISBN 80-85495-43-0.

KÜBLER-ROSS, E. *Odpovědi na otázky o smrti a umírání*. Praha: Tvorba s.r.o., 1995. ISBN 0-02-089150-4.

LUKASOVÁ, E. *I tvoje utrpení má smysl; Logoterapeutická útěcha v krizi*. Brno: Cesta, 2006. ISBN 80-85319-79-9.

MATOUŠEK, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vydání Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2.

MATOUŠEK, O.; KOLÁČKOVÁ, J.; KODYMOVÁ, P. (eds.). *Sociální práce v praxi; specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vydání Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.

MIŠOVIČ, J. *V hlavní roli otázka; Průvodce přípravou otázek v sociologických a marketingových výzkumech*. Náklad 500 ks Praha, 2001. ISBN 80-238-6500-5.

MUNZAROVÁ, M. *Eutanázie, nebo paliativní péče?* 1. vydání Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. ISBN 80-247-1025-0.

OPATRNÝ, A. *Pastorační péče v méně obvyklých situacích*. 4. mírně upravená a rozšířená verze Praha: Pastorační středisko sv. Vojtěcha při Arcibiskupství Pražském.

PERA, H.; WEINERT, B. *Nemocným nablízku; jak pomáhat v těžkých chvílích*. 1. vydání Praha: Vyšehrad, 1996. ISBN 80-7021-152-0.

PESCHKE, K. H. *Křesťanská etika*. 1. vydání Praha: Vyšehrad, 1999. ISBN 80-7021-331-0.

ROTTER, H. *Osoba a etika*. 1. vydání Brno: CDK, 1997. ISBN 80-85959-18-6.

RUDOLFOVÁ, M. *Bakalářská práce; Postoj dnešního člověka k pohřebním rituálům*. České Budějovice, 2007.

SALAJKA, M. *Křesťanská církev ve své duchovní aktivitě a práci*. 1. vydání Praha: Karolinum, 1998. ISBN 80-7184-655-4.

SCHULZ VON THUN, F. *Jak spolu komunikujeme? Překonávání nesnází při dorozumívání*. 1. vydání Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. ISBN 80-247-0832-9.

SKOBLÍK, J. *Přehled křesťanské etiky*. 1. vydání Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-7184-357-1.

SLABÝ, A. *Pastorální medicína a zdravotní etika. Skripta pro posluchače katolické teologické fakulty*. 2000 výtisků Praha: Karolinum, 1991. ISBN 80-7066-411-8.

SPAEMANN, R. *Šťěstí a vůle k dobru (Pokus o etiku)*. 1. vydání Praha: Oikoymenh, 1998. ISBN 80-86005-01-0.

Standardy sociální práce, standard č. 3, kritérium 3.6.

STUDENT, J. CH.; MÜHLUM, A.; STUDENT, U. *Sociální práce v hospicích a paliativní péče*. 1. vydání Praha: H a H Vyšehradská, s.r.o., 2006. ISBN 80-7319-059-1.

SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 6. doplněné vydání Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008. ISBN 978-80-7195-307-4.

VIRT, G. *Žít až do konce. Etika umírání, smrti a euthanasie*. 1. vydání Praha: Vyšehrad, 2000. ISBN 80-7021-330-2.

VORLÍČEK, J. ; ADAM, Z. ; POSPÍŠILOVÁ, V. a kol. *Paliativní medicína*. 2. přepracované a doplněné vydání Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0279-7.

VYBÍRAL, Z. *Psychologie komunikace*. 1. vydání Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-998-4

Život z víry. Překlad 2. dílu katolického katechismu pro dospělé. 2. vydání České Budějovice JU: Teologická fakulta, 2005. ISBN 80-7040-809-X.

Elektronické zdroje:

<http://www.zdravotnickenoviny.cz/scripts/detail.php?id=123174>

<http://www.umirani.cz/detail-clanek/zprava-o-11-kongresu-paliativni-mediciny-ve-vidni-html>

<http://www.umirani.cz/detail-clanek/o-vidine-snadneho-konecneho-reseni.html>

<http://www.umirani.cz/detail-clanek/09-marginalie-listopadova.html>

<http://www.umirani.cz/detail-clanek/pomoc-z-usa-pri-prosazovani.paliativni-mediciny.html>

<http://www.blisty.cz/2006/3/13/art27467.html>

<http://snem.cirkev.cz/download/Luzny.htm>

<http://www.teologicketexty.cz/casopis/2002-1/Touha-po-nabozenstvi.html>

<http://www.teologicketexty.cz/casopis/2002-1/Aspekty-sekularizace.html>

www.umirani.cz/res/data/006/000746.pdf

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. I: - Dotazník

Dobrý den pane řediteli,

jmenuji se Martina Rudolfová a jsem studentkou kombinované formy studia Etika v sociální práci na Teologické fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Píši diplomovou práci na téma: Umírání a smrt z pohledu pracovníků v sociálních zařízeních. Cílem tohoto šetření je zmapovat postoje ke smrti u pracovníků v zařízeních. Dotazník obsahuje 19 otázek. Každá má výběr z několika odpovědí. **Prosím u každé otázky označte vždy jen jednu odpověď.** Žádám Vás tímto o rozeslání dotazníku Vašim zaměstnancům a jeho následné vrácení na moji e-mailovou adresu : Martina.Rudolfova@seznam.cz , případně na adresu Martina Rudolfová, Kpt. Jaroše 2493, 390 03 Tábor – viz. přiložená obálka. Dotazník je dobrovolný a e-mailové adresy respondentů nebudou nikde zveřejňovány.

Děkuji moc

Martina Rudolfová

DOTAZNÍK

Ráda bych se Vás zeptala na některé otázky týkající se sociální práce s ohledem na umírání a smrt. Dotazník je anonymní.

1. Přemýšlíte o vlastní smrtelnosti?

často.....1

občas.....2

nikdy.....3

nevím.....4

2. Myšlenka na smrt mě v každodenním životě

a) nenapadá nikdy

b) občas o tomto tématu přemýšlím

c) nepřemýšlím o tomto tématu

d) nevím

3. Připouštíte, nebo vylučujete možnost eutanázie ?

Připouštíte1

vylučujete2

nebo nevíte?.....3

3a. Pokud připouštíte, za jakých podmínek by k tomu mohlo dojít?

.....

3b. Pokud vylučujete, jaký máte k tomu důvod?

.....

4. Domníváte se, že péče v hospici zaručuje důstojnou smrt?

a) rozhodně ano

b) spíše ano

c) spíše ne

d) rozhodně ne

e) nevím

5. Myslíte si, že velkým bolestem a utrpení při umírání nezabrání ani pobyt v hospici

a) rozhodně ano

b) spíše ano

c) spíše ne

d) rozhodně ne

e) nevím

6. Souhlasíte, nebo nesouhlasíte s tím, že v naší zemi je dostatek zařízení typu hospic?

- a) rozhodně souhlasím
- b) spíše souhlasím
- c) spíše nesouhlasím
- d) rozhodně nesouhlasím
- e) nevím

7. Myslíte si, že práce s lidmi těžce nemocnými a umírajícími vyžaduje zvláštní nároky na verbální i neverbální komunikaci ve vztahu ke klientům.

- a) rozhodně ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) rozhodně ne
- e) nevím

8. Je při práci s lidmi nemocnými a umírajícími nutná dobrá spolupráce s rodinami klientů?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nevím

POKUD ANO, tak proč

.....
.....
.....
.....

9. Mohou pracovníci v sociálních zařízeních pomoci lidem smířit se smrtí?

- a) rozhodně ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) rozhodne ne
- e) nevím

10. Domníváte se, že práce s nemocnými a umírajícími klienty je pro pracovníky podstatně náročnější než práce s jinými klienty v sociální oblasti

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nevím

11. Máte za to, že u pracovníků, setkávajících se při své práci s umíráním a smrtí, je větší nutnost prevence syndromu vyhoření ?

- a) rozhodně ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) rozhodně ne
- e) nevím

12. Je práce v sociálním zařízení dostatečně nebo nedostatečně oceňována společností?

- a) Dostatečně
- b) spíše dostatečně
- c) spíše nedostatečně
- d) nedostatečně
- e) nevím

13. Je práce v sociální oblasti oceňována Vašimi blízkými?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nevím

14. Je možné sociální práci, vzhledem k náročnosti, vykonávat jako celoživotní povolání?

- a) rozhodně ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) rozhodně ne
- e) nevím

15. Může víra v Boha pomoci člověku v průběhu umírání a smrti ?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nevím

Pokud ano, v čem?.....

16. Jak dlouho pracujete ve vašem zařízení?

- a) do 11 měsíců
- b) od 1 roku do 3 let
- c) od 4 do 5 let
- d) od 6 do 10 let
- e) 11 let a více

17. Jak dlouho pracujete v sociální oblasti?

- a) do 11 měsíců
- b) od 1 roku do 3 let
- c) od 4 do 5 let
- d) od 6 do 10 let
- e) 11 let a více

18. Kolik je Vám let?

- a) 18 – 29 let
- b) 30 - 44 let
- c) 45 – 59 let
- d) 60 let a více

19. Vaše zařízení je:

- a) typu hospice
- b) jiné zařízení

Děkuji Vám za odpovědi a čas, věnovaný výzkumu.

Abstrakt

Rudolfová, M. *Umírání a smrt z pohledu pracovníků v sociálních zařízeních*. České Budějovice 2010. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra praktické teologie. Vedoucí práce RSDr. Ján Mišovič, CSc.

Klíčové pojmy: Umírání, smrt, etika, hospic, paliativní péče, lidská důstojnost, křesťanství, potřeby umírajících, eutanázie, sociální práce.

Práce se zabývá posledním obdobím života člověka, možnostmi péče zaměřené na duchovní, duševní, fyzický i sociální rozměr dané problematiky. Zamýšlí se nad postojem současné sekularizované společnosti i křesťanství. Nabízí možnosti etického zvládnutí této životní etapy pracovníky, rodinou i samotným nemocným a umírajícím. Nevynechává ani diskusi o eutanázii.

V praktické části jsou porovnány názory pracovníků zařízení typu hospiců a pracovníků zařízení typu domů pro seniory na danou problematiku, náročnost práce a některá její úskalí.

Abstract

Rudolfová M., *Dying and Death as Regarded by the Social Welfare Institutions Workers*. České Budějovice 2010. Graduation Theses. South-Bohemian University in České Budějovice /= *Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích*/, Faculty of Theology. Department of Practical Theology. Graduation Theses Supervisor RSDr. Ján Mišovič, CSc.

Key concepts: Dying, death, ethics, hospice, palliative care, human dignity, Christianity, needs of the dying people, euthanasia, social work.

The theses deal with the last period of the person's life and the possibilities of the care focused on the spiritual, psychic, physical and social aspect of the issue. It investigates the attitude of the present secularized society and Christianity. It offers possibilities of ethical way how to cope with this life's stage having the help of social workers, family and also the ill and dying person. The work does not avoid even the discussion concerning euthanasia.

The practical part compares opinions of the hospice workers with the views of the workers from old people's homes with respect to this issue. It also points at the demand factor of the work and some of its difficulties.