

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
KATEDRA PEDAGOGIKY A PSYCHOLOGIE

**Postoje pomáhajících pracovníků v hospicovém zařízení
ke smrti a jejich způsob zvládnání stresu.**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:
Mgr. Jana Kouřilová

Vypracovala:
Romana Šanderová

V českých Budějovicích 2013

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že svoji bakalářskou 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 bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce.

Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce.

Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V dne Podpis

VĚNOVÁNÍ

Přála bych si tuto práci věnovat mému pradědečkovi Vladislavu Meškánovi, který v neděli 23. června 2013 ve věku 90 let, ukončil svoji životní cestu v hospicovém zařízení sv. Neumanna v Prachaticích.

Vzpomínáme...

PODĚKOVÁNÍ

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí bakalářské práce Mgr. Janě Kouřilové, za odbornou pomoc, cenné připomínky, trpělivost a čas věnovaný mé osobě. Poděkování také patří všem respondentům z vybraného hospicového zařízení, za jejich ochotu spolupracovat na rozhovorech. Ale také bych chtěla poděkovat své rodině, blízkým a přátelům za tolerantní přístup v dobách, kdy jsem na práci pracovala a za opravdu vytrvalou podporu v těžké situaci, kterou si celá rodina procházela.

ANOTACE

Bakalářská práce se zabývá postoji pomáhajících pracovníků v hospicovém zařízení ke smrti a jejich způsob zvládnání stresu. Teoretická část je složena ze čtyř hlavních kapitol. První kapitola se věnuje čistě postojům ke smrti, kde přiblížím pojmy jako je postoj, smrt. Krátce nastíním, jak nás provází smrt životem a problém tabuizace smrti. Druhá kapitola je zaměřena na paliativní péči, vůbec co je to paliativní péče, kde se poskytuje, kdo jí poskytuje, a na závěr této kapitoly uvedu východiska paliativní péče. Třetí kapitola se zabývá přímo o hospicové zařízení a samotné hospicové péče, kde Vás seznámím s hospicovým hnutím, prvními českými zkušenostmi s hospicem a pracovníky služeb paliativní a hospicové péče. Poslední kapitola je o zvládnání stresu a zátěže, kde popíši příznaky stresu, syndrom vyhoření, copingové strategie.

Ve výzkumné části jde o kvalitativní výzkum, který je postaven na polostrukturovaných rozhovorech od 6 zaměstnanců z vybraného hospicového zařízení. Zabývám se hlavní výzkumnou otázkou, která zní: „Jaké jsou postoje pomáhajících pracovníků ve vybraném hospicovém zařízení ke smrti a jaký je jejich způsob zvládnání stresu?“

Klíčová slova: postoj, smrt, tabuizace, paliativní péče, hospicová péče, hospicové hnutí, stres, syndrom vyhoření, coping

ANNOTATION

The bachelor thesis deals with attitudes to death among helping professionals in the hospice centres and their way of coping with stress. The theoretical part consists of four main chapters. The first chapter is purely devoted to attitudes towards death, where terms such as attitude or death are described. Briefly outlined is how death guides us through life and also the taboo of death issue is mentioned. The second chapter focuses on palliative care. What is the definition, how is it provided, who provides it and at the end of this chapter I mentioned the resources of palliative care. The third chapter deals directly with the hospice facility and the hospice care itself. It introduces the hospice movement, the first Czech experience with hospice facilities and the service workers of palliative and hospice care. The last chapter is about coping with stress, where the symptoms of stress, burnout and coping strategies are described.

In the research part of the thesis a qualitative research is used, which is based on semi-structured interviews from 6 employees in a selected hospice facility. The main research question is following: "What are the attitudes to death among helping workers in the selected hospice centre and what is their way of coping with stress? "

Keywords: attitude, death, taboo, palliative care, hospice care, hospice movement, stress, burnout, coping

OBSAH

| | |
|---|----|
| 1. ÚVOD..... | 1 |
| 2. TEORETICKÁ ČÁST | 3 |
| 2.1. Postoj ke smrti..... | 3 |
| 2.1.1. Postoj..... | 3 |
| 2.1.2. Smrt | 4 |
| 2.1.3. Jak jde smrt s námi životem | 5 |
| 2.1.4. Tabuizace smrti | 6 |
| 2.2. Paliativní péče | 8 |
| 2.2.1. Co je paliativní péče | 8 |
| 2.2.2. Kde se paliativní péče poskytuje | 10 |
| 2.2.3. Kdo poskytuje paliativní péči | 10 |
| 2.2.4. Východiska paliativní péče | 11 |
| 2.3. Hospic a hospicová péče | 14 |
| 2.3.1. Hospic..... | 14 |
| 2.3.2. Hospicová péče | 15 |
| 2.3.3. Hospicové hnutí | 16 |
| 2.3.4. Pracovníci služeb paliativní a hospicové péče..... | 18 |
| 2.4. Zvládání stresu a zátěže | 20 |
| 2.4.1. Co je stres, příznaky stresu..... | 20 |
| 2.4.2. Syndrom vyhoření | 21 |
| 2.4.3. Copingové strategie, obranné mechanismy | 21 |
| 3. VÝZKUMNÁ ČÁST..... | 23 |
| 3.1. Cíl výzkumu | 23 |
| 3.2. Výzkumné otázky | 23 |
| 3.2.1. Hlavní výzkumná otázka | 23 |
| 3.2.2. Dílčí výzkumné otázky | 23 |

| | | |
|--------|---------------------------------------|----|
| 3.3. | Výzkumný vzorek | 24 |
| 3.4. | Operacionalizace dílčích otázek | 25 |
| 3.5. | Typ výzkumu..... | 27 |
| 3.6. | Sběr dat | 28 |
| 3.6.1. | Výzkumná metoda a analýza dat | 28 |
| 3.7. | Etické zásady | 29 |
| 3.8. | Výsledky | 30 |
| 3.8.1. | Téma smrti | 30 |
| 3.8.2. | Proměna postojů..... | 32 |
| 3.8.3. | Kontakt s pozůstalými | 34 |
| 3.8.4. | Zátěž a stres | 39 |
| 3.8.5. | Metody v boji proti stresu..... | 41 |
| 4. | DISKUSE | 42 |
| 5. | ZÁVĚR | 45 |
| 6. | LITERATURA..... | 48 |
| 7. | PŘÍLOHY..... | 50 |

George Brendona Shawa: „Smrt je pro mnohé z nás brána pekel, ale jsem na cestě ven, ne dovnitř.“

1. ÚVOD

Stáří není žádná choroba, ani nemoc, je to přirozená část lidského života, která končí smrtí. Nikomu se z nás nevyhne, každému jednou zaklepe na dveře a člověk se ocitne na konci své životní cesty. To ona je naše jediná jistota, kterou máme a stále víc a víc lidí se jí bojí. Je možné, že je to v důsledku strachu z neznámého, nevíme co je v konci naší existence a jestli vůbec něco je. Proto je toto téma ve společnosti zařazováno mezi tabuizované. Dříve bylo setkání se smrtí relativně přirozené a nepřekvapující, umíralo se v rodinném kruhu za pomoci rodinných příslušníků, ale pokud si všimneme, dnes se se smrtí setkáváme většinou ve zdravotních a sociálních zařízeních, která jsou přímo pro staré a nemocné lidi přizpůsobeny.

Pokud se každý z nás zamyslí, je opravdu těžké se smířit s přicházejícím koncem života. Představa, že sami zemřeme a zbudou po nás jen vzpomínky v podobě fotografií, dopisů a zážitků. Co je ale složitější, alespoň pro mě, si uvědomit, že postupně ztratíme svoji rodinu, blízké a přátele. Nemůžeme ovlivnit, jak plyne řeka času a pozastavit degradaci lidského těla, nedokážeme odvrátit poslední den nebo se mu úplně vyhnout. Můžeme ale důstojným způsobem dovést své blízké do jejich posledního vydechnutí.

Haškovcová uvádí, že jednou ze snah deinstitutionalizace umírání je snaha o vytvoření prostředí, kde se netiší pouze pacientova fyzická bolest, ale je poskytnuta i podpora psychická a duchovní – pacient by neměl trpět pocitem, že umírá sám v neznámém a neosobním prostředí. (Haškovcová, 2002) Pokud si vezmeme nemocnice, tento požadavek nemají šanci splnit, jelikož to není zařízení, které má sloužit pro dlouhodobě nemocné lidi, ale i přesto jsou staří lidé umisťováni na interní oddělení, o kterém je známo, že je to „konečná stanice lidské existence“. Jelikož v dnešní době oddělení LDN jsou přeplněna. Proto bych chtěla zmínit další možné zařízení, které slouží pro dlouhodobě nemocné, kde zaměstnanci poskytují jak psychickou, tak i duchovní podporu. Jedná se o hospicové zařízení, kde má člověk kolem sebe lidi, kteří se mu věnují s úsměvem

na tváři, snaží se mu zpříjemnit každý poslední měsíc, den, hodinu, ale jsou přítomny i v jejich poslední vteřině života.

Jak jste si museli na prvních stranách mé bakalářské práce všimnout. Věnovala jsem ji mému pradědečkovi Vladislavu Meškánovi, který již od 16. dubna ležel v nemocnici v Českém Krumlově. Byla mu hospitalizována Alzheimerova choroba, zápal plic a silná dehydratace. Odmítal nám, i nemocničnickému kolektivu jíst a pít, byl čím dál tím víc slabší. Většinu dne už jen odpočíval a spal. Ale měl i své světlé chvíle, kdy si s námi i zazpíval jeho oblíbenou píseň „Tálinský rybník“. Po dobrání antibiotik nám primář nemocnice sdělil, že pradědečka čeká už jen poslední krok v jeho životě.

Jelikož jsem jak já, tak i má sestra pracovala čtyři roky v hospicovém zařízení v Prachaticích jako dobrovolnice, přály jsme si, aby pradědeček opustil svět důstojným způsobem právě tam. Věděly jsme, jak v hospicovém zařízení s pacienty a doprovázející rodinou jedná. Po uplynulých padesáti dnech, které dědeček strávil v nemocnici na oddělení LDN, byl převezen 5. června do hospice sv. Neumanna v Prachaticích.

Informovali jsme rodinu, že hospic garantuje pacientům to, že nebudou v posledních chvílích trpět nesnesitelnou bolestí, nenastane situace, kdy bude pradědeček sám a za každých okolností bude zachována jeho lidská důstojnost.

Prababička bydlela s pradědečkem na pokoji, aby měl u sebe člověka, kterého celý život miloval. Rodina si rozdělila dny, ve kterých kdo bude pradědečka navštěvovat, aby ani jeden den nebyl bez návštěvy svých blízkých.

Po 19 dnech v hospicovém zařízení, dne 23. června 2013, ruku v ruce s prababičkou pradědeček naposledy vydechl a tím ve svých 90 letech opustil důstojným způsobem pozemský svět.

*Poněvadž nám není dopřáno věčně žít, zanecháváme po sobě svědectví hodnot,
že jsme vůbec žili. (Plinius)*

2. TEORETICKÁ ČÁST

2.1. Postoj ke smrti

2.1.1. Postoj

Lidé se milují a nenávidí, souhlasí či nesouhlasí spolu, mají a nemají se rádi, přou se a přesvědčují, a někdy dokonce jeden druhého přesvědčí. Každodenně se stáváme cílem bezpočtu pokusů ovlivňování v osobní komunikaci i v masmédiích, jejichž cílem je změna či posílení našich postojů. (Hewston, Stroebe, 2001)

Postoj je „*hodnotící vztah vyjádřený sklonem ustáleným způsobem reagovat na předměty, osoby, situace a na sebe sama*“. (Hartl, 2010)

Postoje nejsou neutrální, vyjadřují současně náš hodnotící vztah k různým sociálním objektům v našem prostředí, tedy co upřednostňujeme, resp. co nemáme rádi. Proto se postoj charakterizuje jako relativně stabilní charakteristika, jako „*psychologická tendence, která se projevuje v hodnocení konkrétní entity s jistým stupněm upřednostňování nebo odmítání*“. I když část postojů je vrozených, většinu získáváme v průběhu našeho života přímo prostřednictvím osobní zkušenosti s objekty, nebo zprostředkovaně, sociálním učením. (Výrost, Slaměnik 2008)

V psychologické literatuře se uvádí, že postoje jsou součástí osobnosti, souvisí se sklony a zájmy osobnosti a předurčují poznání. Získáváme je v průběhu života, především vzděláním a širšími sociálními vlivy (veřejné mínění, sociální kontakty, aj.). Jejich intenzita může být vyjádřena pozicí v prostoru kontinua od extrémně pozitivního přes neutrální k extrémně negativnímu postoji.

Rozlišují se tři dimenze postojů. Jedná se o složku *kognitivní*, která se týká názorů a myšlenek, které osoba má o předmětu postoje, *afektivní (emocionální)* složku, která vypovídá o tom, co osoba cítí k předmětu postoje a složku *behaviorální (konativní)*, která ukazuje sklon k chování či jednáním vztahu k předmětu postoje. (Kohoutek, 2002)

2.1.2. Smrt

Smrt je vnímána jako poslední a přirozená etapa života, která k životu patří, a proto by měla být očekávána v klidu a důstojně. (Jankovský, 2003)

Smrt je problém živých. Mrtví žádné problémy nemají. Mezi mnoha tvory na této zemi, kteří umírají, dělá smrt potíže jen lidem. Zrození, mládí, pohlavní zralost, nemoc, stáří i smrt – to všechno lidé sdílejí se zvířaty. Avšak pouze lidé mezi všemi živými bytostmi vědí, že zemřou. Pouze oni předvídají svůj konec, uvědomují si, že může přijít kdykoliv, a podnikají určitá opatření, jako jednotlivci i jako skupiny. Lidem nedělá problémy ani tak smrt, jako spíše jistota, že zemřou. (Norbert, 1998)

Každému, kdo se zrodí, je do vínku dána také smrt. Život člověka je podmíněn smrtí a smrt je podmínkou života. Každý živý tvor je podřízen biologickým zákonitostem, z kterých se nelze vymanit, ale lze je popřít a zvítězit nad nimi. Jediné, co může člověk udělat, je, že bude respektovat svoji konečnost a z tohoto prostého faktu vyvodí také závěry pro svůj konkrétní život. Nikdo nemá dost času, protože každý má jen limitovaný čas. (Haškovcová, 2007)

Existují různé možnosti, jak se vyrovnat s faktem, že každý život je konečný – život lidí, které milujeme, i náš vlastní. Konec lidského žití, jemuž říkáme smrt, lze mytologizovat představou dalšího společného života, ať už v Hádu, v pekle, či v ráji. Je to nejstarší a nejčastější forma lidského úsilí vyrovnat se s konečností života. Nejde ale jen o definitivní konec života, o smrt, o urnu. Lidé většinou umírají postupně, slábnou, stárnou. (Norbert, 1998)

Smrt je individuální zánik organismu, tedy také člověka. V jistém slova smyslu se dá říci, že člověk umírá od narození. Geneze smrti je podmíněna životem a život je umožňován smrtí. Biologové hovoří o programu života, který je střídán smrtí, anebo o programu smrti, k jehož spuštění dojde poté, kdy byl vyčerpán program života. (Haškovcová, 2007)

2.1.3. Jak jde smrt s námi životem

Smrt znamená něco jiného pro dítě, dospívajícího, dospělého a staršího člověka. Jinak jí v různém věku rozumíme, jinak se zaměštnáváme myšlenkami na ni, jinak se těmto myšlenkám bráníme.

„Kojenec neví o smrti nic, ale zná děs ze samoty, opuštěnosti a vnitřního chaosu, zmatku nebo prázdnoty a tento děs je, jak se domníváme, podobný tomu, co si bezděčně představíme pod pojmem „smrt“ Předpokládáme, že tato archaická zkušenost v pozdějším vývoji člověka zabuduje do strachu ze smrti, jak jej znají dospělí. Batole už má bohatší zkušenost se svým tělem a dovede mít o sebe strach, zde tedy máme další složku pojmu smrti a strachu z ní.“ (Říčan, 2004)

Předškolní dítě už moc dobře zná slovo smrt. Smrt se objevuje i jako oblíbené téma v pohádkách, bezpochyby i proto, že dítě zajímá, často si na ni spontánně hraje. Ale jak to bývá, pohádky mají většinou dobrý konec, proto dítě vnímá smrt jako proces, který se dá vrátit. Vždy existuje nějaká možnost, živá voda, kouzla, polibek.

„V mladším školním věku se dítě pomalu přibližuje pochopení, že smrt je nevratná událost. Nedokáže si však představit, že by mohl zemřít i někdo z jeho blízkých nebo ono samo. Kolem osmého roku se mohou objevit myšlenky na smrt spojené se strachem. To signalizuje nové vývojové stadium v poznání smrti. (Má-li ovšem dítě více zkušeností se smrtí, např. je-li delší dobu v nemocnici na oddělení mezi smrtelně nemocnými dětmi, vyvíjí se po této stránce rychleji, a dokážeme-li tento vývoj výchovně vést, může to pro ně být i pozitivní přínos.) Střízlivý realista se dovede nadchnout hrdinskou smrtí. V tom se jeho osobní zájem pozoruhodně kryje se zájmem společnosti: Společnost mu vštěpuje ochotu riskovat za mimořádné situace (ve vzdálené budoucnosti) život – a dítě získává cosi jako stavební materiál, ze kterého staví svůj ochranný val proti strachu ze smrti. Po desátém roce už děti suicidují, i když velmi vzácně.“ (Říčan, 2004)

Věk devíti let je kognitivním bodem pochopení všeobecnosti a nevyhnutelnosti smrti. Přesto již sedmileté dítě má realistické představy o vztahu mezi smrtí, pohřbem, apod., je schopno vyslovit i přání, aby bylo raději mrtvo, má-

li nějaké problémy. Teprve kolem jedenácti let se začínají představy dětí blížit představám dospělých lidí. (Chaloupka, 1983)

Adolescentní člověk rozvíjí svůj intelekt a citlivost i v zápase s tématem smrti. Chápe vážnost, kterou smrt dává. Zároveň je ale tímto tématem mnohem zranitelnější než dříve, ale také i později, kdy už s ním bude nově vyrovnán.

Mladá dospělost už chápe smrt druhého člověka nově a hlouběji, strach o něj je neuniknutelnou a tragickou dimenzí milostné intimity. Brzy nato pak nabývá smrt své nejhroživější podoby, hrůza ze smrti vlastního dítěte je součástí rodičovského citu oznažuje česká dramatička Fischerová.

V období krize středního věku se téma vlastní smrti objevuje s novou naléhavostí, kde je spojeno s „bilancí poločasu“. Od čtyřicátých let se pak už vlastní smrt naléhavěji připomíná tělesnou involucí, nemocemi a stále častějším umíráním vrstevníků. Psychologicky je stále méně důležité, kolik let uběhlo od okamžiku narození, ale je stále více důležitější, kolik času ještě zbývá, žít v tělesné i duševní aktivitě, v určitém sociálním zařazení. (Říčan, 2004)

Délka dosavadního života získává nový význam: vděčnost, radost z toho, co bylo dáno. Dožitá šedesátka ve zdraví je už i pádným důvodem k radosti. Většina lidí si přeje zemřít především bez bolesti a strachu, nejlépe ve spánku, aniž by věděli, že umírají. Jsou ale lidé, kteří si přejí prožít svou smrt, rozloučit se se svými blízkými, případně přijmout útěchu od duchovního a snad i vzdorně čelit v boji zblízka, nevyhnutelnému konci své existence. (Říčan, 2004)

2.1.4. Tabuizace smrti

Tabuizace vychází ze slova tabu neboli něco zapovězeného, vyňatého ze všedního užívání. Haškovcová mluví o tzv. tabuizaci smrti, kdy je smrt vytlačena z běžného života. Současný životní trend zaměřený na životní sílu a „věčné mládí“ vytlačuje otázky smrti na okraj společenských diskuzí. Lidé neumírají v rodinném kruhu, tudíž ostatní členové rodiny nejsou na smrt zvyklí. Jedinec se začíná vyrovnávat se smrtí až ve chvíli svého vlastního konce. (Haškovcová, 1990)

Tabuizace smrti nesouvisí jen se strachem hovořit o tomto tématu, ale i s životním stylem člověka. Haškovcová (2007) pozoruje, že „smrt je vnímána jako

nutný, ale nepatřičný fenomén, který se vlastně nehodí do světa ovládaného vědou, technikou a médii, do světa, který je posedlý mládím, sexem, úspěchem a hromaděním hmotných statků. Smrt je skrývána, je vhodné o ní mlčet, a nahlas je žádoucí opakovaně ujišťovat sebe i druhé, že v blízké budoucnosti zvítězíme i nad příčinami dnešních nemocí.“

Stále je ještě zvykem v moderní době smrt tabuizovat, ale na straně druhé však z každodenní zkušenosti víme, že nás smrt provází téměř na každém kroku (obětí násilí, dopravní nehody, terorismus apod.) a to dokonce i v přímém televizním přenosu, kdy je s klidem pozorujeme v obývacích pokojích. Moderní člověk chce na smrt zapomenout, proto ji různě maskuje, ohlupuje sebe i druhé lidi. Směje se prostoduchým filmům, kde komicky umírají lidi, sleduje detektivky a o hororech ani nemluvě. (Jankovský, 2003)

Smrt byla, je i bude vždy neoddělitelnou součástí našich životů, pouze se změnil přístup k ní. Dříve, ještě za generace našich rodičů a prarodičů, nebyla smrt v těžké nemoci či smrt v útlém věku natolik vzácná jako dnes. Setkání se smrtí bylo relativně časté, přirozené a nepřekvapující. Často se umíralo doma, v rodinném kruhu za asistence všech generací v rodině. Členové rodiny měli úlohu utěšitelů a podpory na poslední cestě. Zároveň si takto na přítomnost smrti sami zvykali a lépe tak chápali smrt jako nedílnou součást života. Dnes se přístup změnil. Fenomén životního stylu zaměřený na výkon a „věčné mládí“ vyžaduje po jedinci neustále plné nasazení, jakoby popíral přirozenost stárnutí, vytlačil smrt z očí veřejnosti. Smrt či stárání, jakožto fyzická a psychická nemohoucnost, je často vnímána jako „selhání“ jedince, které se netýká nás všech. Haškovcová mluví až o případech ageismu, tedy o snaze odmítat až nenávidět staré a nemohoucí lidi. (Haškovcová, 1990)

Někteří psychologové, sociologové i antropologové, kteří se zabývají tematikou smrti, zastávají názor, že smrt je v současné společnosti tabuizována, jiní mají názor opačný. Podle Juppa a Waltera proměnily vztah ke smrti a truchlení ve 20. století dvě světové války, ve kterých zahynuly miliony lidí. Především druhá světová válka pozvedla znechucení ze smrti, o které se postupně přestávalo mluvit. Smrt se stávala sociálním tabu. (Psychologie dnes, 11/2011)

Podle sociologa Anthony Giddense o smrti nemluvíme, protože považujeme za samozřejmé, že se jí lidé bojí. Tento strach souvisí s odklonem od tradiční kultury předků, kdy žilo více generací ve stejné domácnosti, a mohli se tak cítit jako součást komunity. Oproti tomu současný individualismus způsobuje, že člověk vnímá jako jednotku sebe, nikoli celou rodinu. „Naši předkové vnímali smrt jako součást celkové zkušenosti lidské existence. My smrt vnímáme jako selhání,“ píše Ted Harrison v knize Druhá strana smrti. (Psychologie dnes, 11/2011)

2.2. Paliativní péče

2.2.1. Co je paliativní péče

Vymezení a povahu paliativní (hospicové) péče zásadním způsobem nastínila zakladatelka novodobého hospicového hnutí C. Saundersová v memoárové reflexi svého přístupu a svých motivací: „ *Uvědomila jsem si, že potřebujeme lepší nejen kontrolu bolesti, ale celkovou péči. Lidé potřebovali prostor, aby byli sami sebou. Zavedla jsem pojem „celková bolest“ (celkové utrpení, total pain), neboť jsem pochopila, že umírající lidé trpí bolestí nejen tělesnou, ale také spirituální, duševní či sociální, které všechny se musí léčit.*“ (Kalvach, 2010)

Paliativní péči se rozumí cílevědomá, komplexní kvalifikovaná podpora lidí se závažným, příčinně neléčitelným a život zkracujícím onemocněním (zdravotním stavem) a také rodin těchto lidí. Obvykle jde o pokročilá stadia infaustních onemocnění spěchajících ke smrti, tedy o podporu a péči v délce několika týdnů až měsíců. Někdy se ale nemocný dostane ke kvalifikovanému poskytovateli paliativní péče až ve fázi bezprostředního umírání (agonální fáze). Jindy, zvláště u neonkologických onemocnění s obtížným odhadem životní prognózy, jde o podporu a péči podstatně delší, někdy až přechodnou při zhoršení stavu či v krizích. (Kalvach, 2010).

Paliativní péče:

- Poskytuje úlevu od bolesti a jiných tíživých projevů nemoci
- Přitakává životu a umírání pokládá za normální proces

- Nemá za cíl smrt ani urychlovat, ani odsouvat
- Integruje psychologické a duchovní aspekty péče o pacienta
- Nabízí podpůrný systém, aby pomohla pacientům žít až do smrti tak aktivně, jak je to jen možné, podpůrný systém, který má rodinám pomoci vyrovnat se s pacientovou nemocí a se ztrátou blízké osoby
- Poskytuje cestou týmového přístupu pomoc odpovídající potřebám pacientů a jejich rodin, včetně poradenství při zármutku, je-li třeba
- Usiluje o zvyšování kvality života a může mít také pozitivní vliv na průběh nemoci
- Je indikována od počátku nemoci ve spojení s jinými terapeutickými postupy, které mají prodloužit život, jako je chemoterapie nebo ozařování a zahrnuje i zkoumání potřebná k lepšímu pochopení a zvládnutí lékařských komplikací. (Payneová, Seymourová, Ingletonová, 2007)

V pojetí péče o umírající lidi se prolínají a někdy střetávají dva přístupy:

- Přístup humanistický, který usiluje o optimální péči a podporu pacientů a jejich rodin, vychází z vědomí celkového utrpení pacientů, některých specifických potřeb a ohrožení umírajících lidí a jejich rodin a také z vědomí neuspokojivosti běžného nemocničního umírání. Dále usiluje o smysluplnost zbývajících času.
- Přístup fiskální, který usiluje o stabilitu veřejných rozpočtů včetně zdravotní péče a o její zlevnění, o snížení neúčelných nákladů na marnou léčbu v posledních měsících života, vychází z vědomí, že nejvyšší náklady na zdravotní péči se obvykle vynakládají v posledním roce pacientova života – zdánlivě tedy marně. (Kalvach, 2010)

Paliativní péče, včetně mobilní hospicové péče, by měla být ve srovnání se stávající obvyklou úrovní péče o umírající „účelným nadstandardem“. Cílem je kvalitní péče o každého umírajícího člověka. Je správné, aby byla i méně nákladná než marná léčba neúměrně zatěžující pacienta, ale snížení nákladů na léčbu a péči nesmí být nikdy primárním cílem. (Kalvach, 2010)

2.2.2. Kde se paliativní péče poskytuje

Paliativní péče, alespoň její obecná forma, by se měla poskytovat (měla by být dostupná) všude tam, kde se umírající lidé vyskytují a kde si přejí být ošetřováni, jsou-li pro to splněny základní podmínky. Existuje tak:

- Paliativní péče v domácím prostředí, na níž se podílejí kromě pečující rodiny: mobilní hospice – kvalifikované multidisciplinární týmy odborníků specializovaných na hospicovou péči a agentury domácí péče (home care) řízené praktickým lékařem.
- Paliativní péče v pobytových zařízeních, např. v domovech pro seniory
- Paliativní péče v lůžkových zdravotnických zařízeních, kterými mohou být: hospice (zařízení specializovaná na paliativní péči), nemocnice, zařízení tzv. následné péče – např. léčebny pro dlouhodobě nemocné (LDN), psychiatrické léčebny. (Kalvach, 2010)
- Služby odborné paliativní péče nabízejí opravdu velkou řadu možností, od jediného odborného ošetřovatele pro všestranný multidisciplinární tým. Služby odborné paliativní péče rozvinuly řadu různých forem, mezi jinými hospitalizační jednotky (hospice), nemocniční týmy, komunitní týmy, ambulantní kliniky, denní péči, respitní péči, služby podpory při ztrátě blízkého člověka, doplňkové terapie, poradenskou a psychologickou podporu a duchovní nebo náboženskou útěchu. (Payneová, Seymourová, Ingletonová, 2007)

2.2.3. Kdo poskytuje paliativní péči

Kvalitní, respektive opravdová paliativní péče je vždy týmová, multioborová. Paliativní tým mobilního hospice nebo paliativního oddělení by měl ideálně hrát také roli konzultanta či koordinátora péče pro odborníky, kteří poskytují obecnou paliativní péči nebo ošetřovatelskou péči. Spolupráce s praktickými a ošetřujícími lékaři by měla být samozřejmostí. (Kalvach, 2010)

V sestavení výčtu těch, kdo poskytují paliativní péči, se skrývá jisté nebezpečí, které mohou někteří lidé přehlížet. S vědomím této výhrady zmíním širší přehled typů poskytovatelů placené či neplacené paliativní péče. Pracovníci v hospicové péči: Jedná se o lidi, které pečují o pacienta (rodiny, přátelé,

sousedé), o ošetrovatelskou péči, na které se podílí specializovaní ošetrovatelé, péči lékařskou, kde pacientům nabízí pomoc praktičtí lékaři, odborníci na paliativní medicínu i specialisté v jiných oborech lékařství. Dále bych uvedla péči sociální (sociální pracovníci), duchovní péči, kde můžou docházet kněží, pastorační asistenti, péči terapeutickou, kam patří pracovní terapeuti, fyzioterapeuti, odborníci na řečovou a jazykovou terapii, arteterapii, dramaterapii, muzikoterapii a další. Nemůžeme zapomenout na psychologickou péči, kdy se pacientům věnují poradci, kliničtí i zdravotničtí psychologové, psychoterapeuti, spolupracující psychiatři. Také musím uvést specializovaný personál (odborníci na výživu, dietologové, farmaceuti), podpůrný personál (pomocníci ošetrovatelů, administrativní a domácí personál, lidé pečující o domácnost, řidiči) a dobrovolné pracovníky. (Payneová, Seymourová, Ingletonová, 2007)

Je žádoucí až nezbytné, aby jednotlivé pečující profese dobře chápaly své kompetence, znaly zásady péče ostatních profesí a byly schopny alespoň v elementární podobě vzájemně zastupovat, což zvyšuje flexibilitu systému i zabezpečení klientů, ale aby také dobře věděly, kdy a proč je možné či dokonce nezbytné konzultovat či povolát příslušnou další profesi, což zvyšuje kvalitu, bezpečnost a ucelenost paliativní péče (Kalvach, 2010)

Cornerová (2003) rozlišuje mezi dvěma typy ošetrovatelů pracujícími v odborné paliativní péči – těmi, kdo mají postkvalifikační vzdělání v paliativní péči a poskytují pacientům přímou péči v různém prostředí, včetně hospiců s trvalým pobytem a domácností pacientů, a specializovanými klinickými ošetrovateli. Tato druhá ošetrovatelská role zahrnuje převážně osobní kontakt s pacienty, většina z těchto ošetrovatelů neposkytuje „bezprostřední“ fyzickou péči, ale nabízí pacientům podporu a informace. Pracují rovněž mimo samotnou oblast péče – věnují se její koordinaci a nabízejí odborné rady nespécialistům, například praktickým lékařům a ošetrovatelům. Jejich práce slouží k zavádění lepších standardů paliativní péče prostřednictvím rozšiřování ověřených postupů a obecných zkušeností. (Payneová, Seymourová, Ingletonová, 2007)

2.2.4. Východiska paliativní péče

Paliativní péče vychází z několika zdrojů, z nichž žádný nesmí být opominut – jde minimálně o východiska etická (eticko-filozofická), právní, medicínská,

ekonomická, organizační. V následujícím textu se bude věnovat eticko-filozofickým východiskům.

Eticko-filozofická východiska

Vymezují základní rámec paliativní péče, jejíž rozsah v něm je pak dán ekonomickými možnostmi.

1. Ochrana lidského života

Základním etickým východiskem hospicové péče je absolutní hodnota a bezpodmínečná ochrana lidského života v duchu Alberta Schweitzera, a to i ve specifických podmínkách umírání. Přístup k dlouhodobě umírajícímu člověku může být z hlediska zdravotní péče teoreticky několikery:

- Bez reflexe umírání a jeho specifických potřeb – přístup k umírajícímu člověku se v zásadě neliší od přístupu k jiným nemocným lidem, zájem zůstává soustředěn na oborově příslušnou odbornou problematiku, dominuje boj s chorobou, odvracení či alespoň zadržování smrti, provádění diagnostických, léčebných, rehabilitačních ošetrovatelských úkonů. (Kalvach 2010) Problematika umírání a smrti se často „pro zjednodušení“ vytěšňuje a tabuizuje, jak už jsem se zmínila ve výše uvedené kapitole.
- Aplikace paliativní péče
- Zkracování života s utrpením – eutanazie (vědomé ukončení bolestného trpícího života lékařem na přání pacienta.), asistovaná sebevražda, zanedbání péče s neúměrným odstupováním od potřebné podpory. V ČR nelegální.

2. Nepřijatelnost eutanazie

Pro paliativní péči je zásadně důležité odmítnutí eutanazie, všech forem zkracování života umírajících lidí. Kromě jiných důvodů si musejí být právě v hospicové péči pacienti naprosto jisti, že k nim, jak zdůrazňoval V.E.Frankl, vždy a za všech okolností přichází lékař či jiný podpůrný zdravotník, a nikoliv kat ani ten, kdo nad nimi „zlomil hůl“.

V souvislosti s odmítnutím eutanazie je třeba důsledně odlišovat: podání léků s cílem bezprostředně ukončit či opakovaným podáním významně zkrátit život

umírajícího člověka (eticky i právně nepřijatelné eutanatické jednání) a podání léků v dávce nezbytné k tlumení závažných obtíží, zvláště ovoidů k léčení bolesti. (Kalvach, 2010)

3. Více než odstupování od léčby a pouhé tlumení bolesti

V užším pojetí jde jistě o zmírnění utrpení. V rozhodujícím pojetí jde však o víc – o maximální možné naplnění obecných lidských (existenciálních) potřeb, a to u člověka ve specifické situaci končícího života, blížící se smrti, komulovaného utrpení i omezení soběstačnosti, možností sebeobsluhy a kompetentnosti rozhodovat o dění i o sobě samém.

4. Paliativní péče mezi tlumením obtíží a invazivními intervencemi

Hospicová péče je typicky medicínské „rozhodování za nejistoty“. Standardy a odborná doporučení mohou poskytnout vodítko a podporu, jejich působnost je však omezená. A protože se paliativní péče bezprostředně týká „života a smrti“, patří paliativní nejistota k nejtíživějším v celé medicíně: kdy je punkce, antibiotika a jiné podpůrné intervence ano, a kdy již ne, kdy je nahradit symptomatickým tlumením obtíží. (Kalvach, 2010)

5. Důstojnost a dignitogeneze

Důstojnost patří k základním hodnotám lidské existence a považuje se za nejvyšší hodnotu související s kvalitou života podmíněnou zdravotním stavem, zdravotním pojištěním a poskytováním zdravotnických či sociálních služeb. Je jí třeba nejen chránit, ale také rozvíjet. Proces cílevědomého chránění, obnovování a posilování důstojnosti, především u lidí znevýhodněných zdravotním postižením, v rámci zdravotních a sociálních služeb, lze označit jako dignitogenezi = důstojnost.

Nerespektování důstojnosti, především osobní identity, je trýznivé a má závažné důsledky. Právě ztráta respektu a sebeúcty, „ztráta tváře“, závažné narušení životního a hodnotového konceptu může vést u závažně chronicky nemocných lidí až k sebevraždě. (Kalvach, 2010)

6. Podpora autonomie a respektování vůle klienta

Podle D.Sýkorové „je osobní autonomie složitý jev zahrnující nezávislost a svobodu, tj. soběstačnost jedince ve vztahu k vlastním zdrojům, jeho možnosti, schopnost a vůli využít šancí a voleb, které se mu nabízejí, samostatně se rozhodovat a svá rozhodnutí v daném sociálním prostředí prosadit či realizovat,“ (Kalvach, 2010)

Ztráta či ohrožení autonomie patří k nejčastějším a nejzávažnějším problémům umírajících lidí a tím i k nejzávažnějším úkolům pro paliativní péči. Ústavní pobyty autonomii omezují ze samé své podstaty, terénní služby, včetně domácího hospice, by ji měly naopak podporovat. (Kalvach, 2010)

2.3. Hospic a hospicová péče

2.3.1. Hospic

V současnosti je v České republice 280 lůžek v 10 hospicích. „Světová zdravotnická organizace uvádí, že minimální potřebný počet hospicových lůžek je 5 na 100 000 obyvatel. A to je ještě podmíněno plošně fungující sítí domácí hospicové péče, která u nás až na výjimky není. Přepočteno to znamená pro celou ČR přes 500 lůžek,“ říká ke kapacitě hospicové péče Mgr. Robert Huneš, ředitel hospice v Prachaticích. (Zdravotnické noviny, Čermák)

Hospic je specializované zařízení, poskytující tzv. paliativní péči, tedy péči zaměřenou na úlevu od bolesti, kterou postupující nemoc přináší, na rozdíl od standardní lékařské (kurativní) péče zaměřené na léčbu nemoci.

V principu to znamená, že před tím, než se těžce nemocný člověk dostane do hospice, byly vyčerpány všechny ostatní možnosti léčby. Hospic je určen pro terminálně nemocné. Neslibuje uzdravení, ale také nebere naději. Neslibuje vyléčení, slibuje léčitelnost. Před tím, než se nemocný dostane do hospice, měl by být o svém stavu informován. Bohužel, to se tak někdy nestává, což pak ztěžuje situaci jak pacientu samotnému, jeho rodině, tak i odbornému týmu v hospici.

Myšlenka hospice vychází z úcty k člověku jako jedinečné a neopakovatelné bytosti, a z jeho potřeb: biologických, psychologických, sociálních a duchovních.

V hospicích je akcentován duchovní rozměr péče, který obyčejně v nemocnicích chybí. Proto jsou standardně jako součást profesionálních týmů v hospicích navíc přítomný sociální pracovník, psycholog, teolog. Přijímání jsou ovšem všichni nemocní bez ohledu na vyznání. Podobně je to i s personálem. V Čechách i na Slovensku jsou zakladateli hospiců církve nebo řády.

Hospic je součástí širšího konceptu medicínské péče známé jako paliativní medicína. Jaká forma hospicové péče se v každé zemi vyvine, záleží na místních zákonech, způsobu financování zdravotní péče a v neposlední řadě na výši myšlení lidí, kteří o těchto věcech rozhodují. Tam, kde má kvalita života nemocného přednost před ekonomickým aspektem, se dá předpokládat, že i hospicová péče je rozvinutá více. Jak uvádí MUDr. Svatošová ve své knize, bylo také zjištěno, že všude, kde vznikly hospice, bylo časem zaznamenáno výrazné zlepšení péče o umírající i v nemocnicích. (Svatošová, 2010)

2.3.2. Hospicová péče

Myšlenka hospice vychází z úcty k životu, respektuje člověka jako jedinečnou a neopakovatelnou bytost. Smyslem hospicové péče není jen tzv. terminální péče, tedy péče in finem, ale naplnit dny životem a ne život naplnit dny. Jedná se o doprovázení nemocného, ale také jeho blízkých. Hospice nespouštějí ze zřetele rodinu ani po smrti pacienta a věnují se jí podle potřeby nadále. (Jankovský, 2003)

Hospicová péče má tři formy:

- Domácí hospicovou péči, kterou lze realizovat pouze v situaci, kdy existuje fungující rodinné zázemí. V takovém případě může být ideální formou péče, neboť je pacient v prostředí, které důvěrně zná.
- Stacionární hospicovou péči, jež spočívá v denních pobytech nemocných v tzv. stacionáři. Pacient je přijat ráno a odpoledne se vrací zpět domů. Důvodů pobytu ve stacionáři může být několik, např. diagnostický, psychoterapeutický, léčebný a přirozeně respitní (odlehčit rodině).
- Lůžkovou hospicovou péči. Ta je způsobena pro krátkodobé a zpravidla opakované pobyty nemocných. Pacienti jsou k pobytům přijímáni v situacích, kdy to jejich zdravotní stav vyžaduje. Pokud je hospic naplněn, je zapotřebí dát přednost těm pacientům, u nichž lze předpokládat, že jejich

nemoc povede v brzké době ke smrti, neboť jim je hospicová péče určena přednostně. Případná protekce musí být vyloučena (Jankovský, 2003)

Hospicová péče z hlediska časového podle Svatošové (2008)

| | |
|---------------------|---|
| OBDOBÍ (prae finen) | Péče a doprovázení nemocného a jeho blízkých od okamžiku zjištění závažné diagnózy až po nástup terminálního stavu (viz fáze podle Kübler- Rossové) |
| OBDOBÍ (in finen) | Péče a doprovázení nemocného a jeho blízkých během terminálního stavu, tj. umírání v užším slova smyslu |
| OBDOBÍ (post finen) | Kromě péče o tělo zemřelého, doprovázení pozůstalých podle potřeby i dlouhodobě, zpravidla po dobu 1 roku |
| POZOR | CHYBOU by bylo hospic chápat pouze jako péči v období „in finen“! |

Požadavkům hospicové péče musí odpovídat technické, materiální a přirozeně též personální vybavení. Zaměstnanci hospice by měli disponovat specifickými osobnostními dispozicemi, přičemž významné místo náleží dobrovolným pracovníkům. Především jejich zásluhou se hospic podobá více příjemnému prostředí domova než nemocnici. (Jankovský 2003)

2.3.3. Hospicové hnutí

Anglický výraz hospic znamená útulek nebo útočiště. Termín byl původně používán ve středověku pro tzv. domy odpočinku. Vyhledávali je zejména unavení poutníci směřující do Palestiny. Pobyli v nich zpravidla několik dní, aby nabrali čerstvé síly na další úsek obtížné a daleké cesty. Řádně se vyspali, najedli, napili a ošetřili bolavé nohy. Středověký hospic poskytoval v elementární úrovni vše, co můžeme moderní terminologií nazvat bio – psycho – sociálním a spirituálním komfortem.

Hospice později přirozeně zanikly a myšlenka na ně oživila teprve v polovině 18. Století, kdy byla v Dublinu a Corku z iniciativy Mary Aikdenheadové otevřena zvláštní nemocnice pro umírající. Byla nazvána Hospic a poskytovala péči odpovídající principům sesterské charity.

V roce 1967 byl otevřen v Londýně první hospic moderního typu s názvem St. Christopher's Hospice. V současné době je nazýván „mateřským domovem“ hospicového hnutí.

Historie hospiců v České republice je poměrně krátká. První oddělení paliativní péče bylo otevřeno 2.11.1992 na Moravě v rámci nemocnice TRN v Babicích nad Svitavou u Brna. O vznik prvního hospice v Čechách se zasloužila lékařka Marie Svatošová, která již v roce 1993 založila občanské sdružení pro podporu domácí péče a hospicového hnutí s výstižným názvem Ecce homo.

Na většinu stávajících hospiců navazují také nejrůznější projekty vzdělávání a rozvoje hospicové péče, některé další zdravotnické organizace vykazují takové aktivity samostatně. Např. Sdružení poskytovatelů hospicové péče v ČR, Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, kde jako prezidentka působí Marie Svatošová, Národní centrum domácí péče České republiky, Centrum pro léčení a výzkum bolestivých stavů. (Haškovcová, 2007)

První české zkušenosti s hospicem

Marie Svatošová ve své knize z roku 2008 Hospice a umění doprovázet vymezuje na základě svých zkušeností základní pravidla hospicové péče.

- **Zásadně nelhat** – sdělit nemocnému pravdu a nevzít naději je kus umění. Hodně se v tom chybje. Mnoho lékařů neřekne nemocnému nic, anebo ho naopak zahltní spoustou informací v příliš krátkém čase. Kdo chce pracovat v hospici, nesmí se bát s vážně nemocnými mluvit i o smrti. Ne když chtějí zaměstnanci, ale tehdy, kdy to nemocný sám potřebuje. Úkolem zaměstnanců je brát nemocného vážně a pomoci mu odpověď hledat, nikoliv mu ji předkládat, nebo dokonce moralizovat. Zásadně nemocným nelžou, dokážou přiznat, že nejsou všemocní. Cílem doprovázení je pomoci nemocnému a jeho blízkým co nejrychleji a nejšetrněji projít nepříjemnými fázemi, které popsala Elisabeth Kübler-Rossová a pomoci jim dozrát do fáze smíření, akceptace. Pokud to shrnu, právě sdělení pravdivé diagnózy, samozřejmě při zachování naděje, pomohlo už mnoha lidem překvapivě zmobilizovat poslední síly k možná největšímu a nejdůležitějšímu životnímu rozhodnutí a činu.
- **Zbavit nemocného strachu** – může jít o strach z umírání, bolesti, ztráty lidské důstojnosti, přímo o strach ze smrti. Jedině, jak mohou pomoci nemocnému je tak, že mu zaměstnanci slíbí, že jeho bolest zvládnou, za

každých okolností bude respektována jeho důstojnost a že ho v žádném případě neopustí.

- **Pracovat týmově, spolupracovat s rodinou** – uspokojit všechny potřeby nemocného a vytvořit kolem něj atmosféru lásky, klidu a pokoje samozřejmě nemůže jen jeden člověk, byť měl kvalifikaci sebevětší. Týmová práce, zahrnující kromě zdravotníků i duchovního, psychoterapeuta, ale i nemocného a jeho rodinu a přátele, je naprosto nezbytná. Princip týmové práce je v hospicové péči velmi důležitý, bez ohledu na to, zda je poskytována v hospici či doma nebo v nemocnici. "
- **Nesnížit se k alibistickému jednání** – dovolit nemocnému odejít. Nepomáhat ke smrti, ale pomáhat v umírání.
- **Nepodceňovat spirituální potřeby pacienta** – je smutnou skutečností, že spiritualita v našem zdravotnictví je často velké tabu. Spirituální potřeby pacienta nejsou totéž co potřeby psychologické, s nimiž bývají obvykle zaměňovány. Jde o hlubší a osobnější angažovanost ve sdílení se s pacientem na té nejhlubší úrovni, to vyžaduje samozřejmě i větší míru soukromí. Zkušenosti z našich hospiců potvrzují známou pravdu, že priority potřeb pacienta se v průběhu nemoci mění. Jestliže na začátku onemocnění jsou v popředí zájmu pacienta jeho potřeby tělesné, v terminálním stadiu jsou to, kromě potřeby zvládnout bolest, právě potřeby spirituální.

2.3.4. Pracovníci služeb paliativní a hospicové péče

Paliativní a hospicová péče by měla být poskytována prostřednictvím multidisciplinárního týmu, který je sestavený tak, aby mohl poskytnout, jak fyzickou, psychologickou, tak sociální a duchovní podporu a péči a dokázal využívat nejrůznější schopnosti a dovednosti v rámci mezioborového týmového přístupu. Toto platí pro všechny duhy poskytované péče, nejen paliativní. Avšak práce v týmu poskytujícího paliativní péči má ještě navíc svá specifika, kterými jsou účast dobrovolníků a rodiny nemocného. (O organizaci paliativní péče, 2004)

Základem multidisciplinárního týmu poskytující paliativní péči by měl být tvořen lékaři různých profesí, zdravotními sestrami, sociálními pracovníky, rehabilitačními pracovníky, psychology, psychiatry, duchovními, dalšími

pracovníky dle potřeby, patří sem i sám nemocný, členové rodiny a dobrovolníci s přáteli. (Sláma, 2007)

Osobnostní požadavky na členy paliativního týmu:

- schopnost vyrovnávat se s umíráním, smrtí a zármutkem
- schopnost pružně samostatně a rozvážně jednat v nečekaných situacích
- psychická stabilita i v krizových situacích
- schopnost pečovat o vlastní duševní hygienu a předcházet syndromu vyhoření
- předpoklady pro týmovou práci (včetně tolerance a schopnosti přijímat kritiku a řešit konflikty)
- schopnost interdisciplinární týmové práce s ostatními profesionálními členy týmu i s dobrovolníky
- schopnost komunikovat s pacienty a rodinnými příslušníky osobně i prostřednictvím telefonu
- umění napomáhat integraci rodinných příslušníků do poskytované péče
- schopnost citlivě doprovázet pozůstalé (Sláma,hosp.tým, 2007)

Dobrovolníci

Dobrovolníci představují nedílnou součást multidisciplinárního paliativního týmu. Zapojení dobrovolníků je nezbytné nejen z důvodů ekonomických, ale především obohacuje paliativní péči o ducha vzájemnosti, bez něhož ztrácí tento druh péče jeden ze svých nejdůležitějších rozměrů. Výběr dobrovolníků, specializovaný výcvik, řízení, supervize a zařazování do chodu mobilní paliativní péče je veden koordinátorem dobrovolníků. Dobrovolníci jsou lidé, kteří se rozhodli ve svém volném čase a podle svých možností pomáhat v paliativní oblasti.

Osobní kvalifikace dobrovolníka:

- vhodná motivace k dobrovolné práci
- vyrovnanost s nemocí, umíráním a smrtí
- schopnost empatie
- dobré komunikační schopnosti
- tolerance k věkovým, kulturním, náboženským a osobnostním diferencím

- schopnost vymezení a respektování hranic odpovědnosti za jednotlivé oblasti
- schopnost týmové práce
- schopnost péče o sebe
- psychická stabilita a pružnost v krizových situacích
- schopnost prohlubovat své znalosti a vzdělávat se (Ondřej Sláma, hosp. tým 2007)

2.4. Zvládání stresu a zátěže

2.4.1. Co je stres, příznaky stresu

O. Kondáš konstatuje, že stresem rozumíme změny, které vznikají v psychologických regulačních mechanismech a činnostech jako reakce na působení různých stresorů, k nimž dochází při stresových situacích. K tomuto tvrzení nás H. Basowitz upozornil na to, že „bychom stres neměli chápat jako něco, co na organismus dopadá jako kámen na zem. Stres je reakcí organismu na interní a externí procesy, které dosahují takových hodnot, že přetěžují fyziologické kapacity organismu.“ (Křivohlavý, 1994)

Příznaky stresu dle publikace vydané Světovou zdravotnickou organizací

- Fyziologické příznaky – bušení srdce, bolest a sevření za hrudní kostí, nechutenství a plynatost v oblasti břicha, časté nucení k močení, sexuální impotence nebo změny v sexuální touze, změny v menstruačním cyklu, migréna, vyrážka v obličeji, nepříjemné pocity v krku, dvojité vidění a obtížné soustředění
- Emocionální – prudké a výrazně rychlé změny nálad, nadměrné trápení s věcmi, které nejsou zdaleka tak důležité, neschopnost projevit emocionální náklonnosti, zvýšená podrážděnost
- Behaviorální – nerozhodnost a do značné míry i nerozumné nářky, zvýšená absence, nemocnost, pomalé uzdravování po nemoci, nehodách, úrazech, zvýšené množství vykouření cigaret za den, zvýšená konzumace alkoholických nápojů (Křivohlavý, 1994)

2.4.2. Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření hrozí každému zdravotníkovi, ale může postihnout i členy z rodiny, kteří se dlouhodobě a bez možností odpočinku a vystřídání starají doma o své nemocné. Jde o jakýsi druh vyčerpání a únavy, kdy už člověk všechno dělá jako robot, jakoby přes kopírák, bez zájmu, potěšení, už se nedokáže ani radovat a smát, nemůže druhým už nic dát, protože sám je na dně.

Od počátku proto hospicová zařízení věnují pozornost maximální péči prevenci syndromu vyhoření, a jak je vidět, vyplatí se to. Základem je dobrý výběr personálu, nemá smysl přijímat lidi, kteří nejsou vyrovnáni se svou vlastní smrtelností a odmítají se nad tím vážně zamyslet. Dalším důležitým faktorem v prevenci je také se bránit rutině. Neustále si vymýšlet nové pracovní postupy, stále vylepšovat prostředí a také si umět odpočinout, pobavit se a odreagovat. Bez smyslu pro humor by to rozhodně nešlo. Marie Svatošová si myslí, že *„ten kdo práci v hospici nebere jen jako službu, ale jako dobrodružství, a to dobrodružství lásky a účasti na něčem, co nás nekonečně přesahuje, ten nevyhoří nikdy. Ten totiž velmi často prožívá v hospici radost, která „není z tohoto světa“. A ta je zdrojem další síly a další energie, o kterou se může dělit a kterou může rozdávat.“* (Svatošová, 2008)

2.4.3. Copingové strategie, obranné mechanismy

Jak se vyrovnat se stresem

- Měřítkem od Carvera, je teorie, na základě stupnice, která má 15 podbodů. Níže jsou uvedeny některé body z této teorie.
- Aktivním zvládáním je proces s aktivními kroky, aby se lidé pokusili odstranit nebo alespoň obejít stresor. Toto lze učinit při zvýšeném úsilí a snažení se, se situací vyrovnat po menších krocích.
- Přemýšlet o tom, jak se vypořádat se stresem. Plánování zahrnuje vytváření akčních strategií a přemýšlení o tom, jaké kroky využít, aby se problém co nejlépe zvládl.
- Potlačení interferujících aktivit. To znamená dát další projekty stranou, ve snaze vyhnout se příliš velkému rozptylování jinými událostmi.

- Pozitivní reinterpretace a růst výkladu stresující transakce pozitivním způsobem, díky čemuž pomáhá osobě pokračovat v řešení problému.
- V některých situacích je důležité se držet zpět
- Vyhledat si co nejvíce informací
- Důležitá morální podpora
- Náboženství hledá pohodlí, útěchu. Velmi důležitá duchovní stránka života
- Humor přispívá ke zlepšení situace. S pomocí humoru se dá přehodnotit celý pohled na věc.
- Zaměření na odlehčení emocí je tendence soustředit se na cokoli jiného.
- Alkohol a drogy pouze otupí pocity spojené s expozicí stresoru (vlastní překlad, Laura Riolli)

Obranné mechanismy

Je to jakýkoliv druh činnosti včetně myšlení a cítění, jehož účelem je odvést pozornost a povědomí o nepříjemném či zahanbujícím faktu nebo skutečnosti, která vzbuzuje úzkost.

Objevení obranných mechanismů se dnes považuje za poměrně neoriginálnější příspěvek od Sigmunda Freuda k našemu porozumění nepřiměřeným způsobům chování lidí. S. Freud sám objevil a popsal celkem devět druhů obranných mechanismů.

Jde o represi (vytěsnění obtížných situací a nepříjemných zážitků z vědomí), regrese (ústup do vývojově mladšího studia), sebeobviňující chování, chování, které je v protikladu k tomu, co by daná osoba ve skutečnosti nejraději dělala, odčinění chyby opravou původního jednání, projekce (promítání vlastních záměrů do volní atmosféry druhých lidí), introjekce (promítnutí údajů zvenčí do vlastního nitra), sociální izolace (vyhýbání se styku a jednání z druhými lidmi), formování opačných postojů, než daná osoba ve skutečnosti zaujímá. (Křivohlavý, 1994)

3. VÝZKUMNÁ ČÁST

Výzkumná část je z první řady věnována cíli celé práce. Hlavní výzkumné otázce, která je v této práci ústřední, dílčím výzkumným otázkám, jejich operacionalizaci pro upřesnění dílčích výzkumných otázek a detailnějšímu náhledu do problému. Etickým zásadám výzkumu, popisu typu výzkumu, respondentům z vybraného hospicového zařízení a technice sběru dat. Jedná se o metodologické údaje. Hlavní úsek výzkumné části je samotný výzkum, kde se budu věnovat odpovědím na dílčí otázky na základě analýzy rozhovorů, která probíhá již od prvního shromažďování údajů (první rozhovor se zaměstnancem hospicového zařízení).

3.1. Cíl výzkumu

Jelikož není v České republice téma hospicové péče tolik probádané a společnost v kolika případech neví o možnostech, které jsou umírajícím lidem dostupná. Také si stojí za názorem, že nemocniční a hospicová zařízení se mezi sebou zcela nijak neliší. Je mým hlavním cílem přiblížit populaci přístup zaměstnanců v hospicovém zařízení ke své práci, jejich postoje ke smrti a zvládnutí stresu spojeným se smrtí.

3.2. Výzkumné otázky

3.2.1. Hlavní výzkumná otázka

Hlavní výzkumná otázka mé bakalářské práce zní: *„Jaký je postoj pomáhajících pracovníků ke smrti ve vybraném hospicovém zařízení a co jim pomáhá zvládat stres spojený s umíráním a se smrtí?“*

3.2.2. Dílčí výzkumné otázky

Po stanovení hlavní výzkumné otázky, kterou si obvykle určujeme jako zastřešující, vypsaly dílčí otázky, které upřesňují hlavní výzkumnou otázku a snaží se ji detailně obsáhnout a více se přiblížit k celému jádru problému. Níže uvádím pět dílčích dotazů, které jsem si zvolila pro získání přesnějších informací.

Jedná se o tyto otázky:

1. Co pro zaměstnance hospicového zařízení znamená samotná smrt?
2. Jaké reakce v zaměstnanci vyvolává setkání s umírajícími pacienty a pozůstalými?
3. Změní se pohled pracovníka hospicového zařízení na smrt během doby, kdy pracuje v hospici?
4. Vnímá zaměstnanec práci s umírajícími jako stresovou a zátěžovou? (Popř. vnímal ji tak někdy?)
5. Jaké metody v boji proti stresu pracovník hospicového zařízení používá? (Popř. co způsobuje, že nepocituje stres ze smrti?)

3.3. Výzkumný vzorek

Výzkumný vzorek byl vybrán pomocí účelového vzorkování. Bylo to pro mě obtížné, v celých jižních Čechách je jen jeden hospic, který má svá lůžka. Jelikož jsem v tomto zařízení čtyři roky pracovala a v období psaní bakalářské práce mi zde ležel pradědeček, rozhodla jsem se vyhledat jiný hospic. Vyhledala jsem si po internetu e-mail na hospicové zařízení, které leží na východě jižních Čech, a kontaktovala jsem je. Jedná se o domácí hospic, který se od hospicového zařízení tolik neliší. Obě zařízení mají za cíl, aby umírající člověk dožil svůj život v okruhu blízkých a v poklidu bez bolesti.

Výzkumný soubor je tvořen čtyřmi respondenty, se kterými byly provedeny rozhovory. Protože mi to přijde osobnější, dala jsem každému respondentu pseudonym.

První respondent vykonává v hospici funkci zdravotní sestry. Je ve věku 42 let a budeme ji v práci jmenovat Annou. V hospicovém zařízení pracuje teprve jedna a půl roku, ale zkušenosti s pacienty získala již v nemocničním zařízení, ve kterém působila celých devatenáct let. Až po smrti svého otce objevila hospic a změnilo ji to celý život.

Druhý respondent pracuje v hospicovém zařízení jako sociální pracovnice. Bylo jí 38 let. V mé práci ji budu říkat paní Eva. V hospicovém zařízení pracuje 3 roky, o trochu déle než paní Anna.

Dalším respondentem je vrchní sestra, která v zařízení pracuje také 3 roky jako paní Eva. Je jí 38 let a až po zkušenostech s úmrtím klientů a svých blízkých se naučila brát smrt jako přirozenou součást lidského života. Rozhodla jsem se, že ji budu v mé práci jmenovat Hankou.

Poslední respondent pracuje v hospicovém zařízení nejdéle. Celých 16 let působí jako lékařka. Její pseudonym je paní Monika. Svěřila se mi v průběhu rozhovoru s tím, že je pro ni nejtěžší vidět umírat mladého člověka a vědět, že mu nedokáže nijak pomoci, „jen“ mu v jeho posledních chvílích ulevit.

Samotné rozhovory probíhaly v jednom týdnu na jaře roku 2013. Jelikož se hospicové zařízení nachází celkem daleko od mého bydliště a nebylo možné dojíždění, na týden jsem odjela.

3.4. Operacionalizace dílčích otázek

Operacionalizace převádí obecný koncept ke skutečnostem smyslově vnímatelným a obsaženým ve zkušenosti (empirii) jedince, stručně řečeno převádí jevy na indikátory. (prezentace ze semináře Výzkumy v knihovnách, Teorie výzkumu 2011)

Dle Jeřábka (1992) v knize „Úvod do sociologického výzkumu“ je operacionalizace definovaná jako „cesta od pojmů a teorie k empiricky zjistitelným údajům, ukazatelům, znakům.“

Níže v tabulkách uvádím operacionalizaci dílčích otázek, které jsem si určila.

Tab. 1

Význam smrti pro dotazovanou osobu

Zamýšlíte se nad vlastní smrtelností?

Máte pocit, že smrt je ve společnosti tabuizována?

Zdá se Vám náročné hovořit o smrti v pracovním kolektivu?

Zdá se Vám náročné hovořit o smrti mimo pracovní kolektiv?

Co pro Vás představuje smrt?

Tab. 2

Proměna pohledu na smrt po určitém čase práce v hospici

Jak dlouho již v hospici pracujete?

Ovlivňuje práce v hospici nějak Vaše myšlení, jednání či žebříček hodnot?

(Popř. Vnímáte nějakou souvislost mezi nástupem do hospice a proměnou vašeho myšlení, jednání, žebříčku hodnot?)

Tab. 3

Reakce při setkání s umírajícími pacienty a pozůstalými

Jaké emoce ve Vás umírající pacienti vyvolávají?

Jak na Vás působí setkání s pozůstalými?

Máte možnost vyjádřit své emoce (na pracovišti i mimo něj)? Jak je vyjadřujete?

Popište mi prosím, jak nejčastěji jednáte s umírajícími a pozůstalými?

Jak Vás připravila škola na práci s umírajícími?

Jaké vlastnosti jsou podle Vás nutné pro vykonávání této práce?

Tab. 4

Zátěž a stres v práci s umírajícími a pozůstalými

Co pro Vás znamená práce v hospici?

Popište mi, co ve Vaší práci považujete za nejnáročnější?

Co považujete za možné zdroje stresu v práci s umírajícími? Týkají se některé konkrétně Vás samotných?

Práce s umírajícími a jejich pozůstalými bývá považována jako náročná a stresová. Vnímáte ji také tak? (popř. Vnímal/a jste ji tak někdy?)

Tab. 5

Metody v boji proti stresu

Jak se vyrovnáváte s náročností profese pomáhajícího pracovníka v hospicovém zařízení?

Co Vám osobně v boji proti stresu pomáhá?

Nabízí Vám nějakou formu podpory samotné zařízení?

Kde nebo u koho nejvíce a nejčastěji hledáte pomoc? Je to rodina, spolupracovníci, okolí? (Máte i ve svém okolí lidi, se kterými se může na tato témata rozhovořit?)

3.5. Typ výzkumu

Jelikož po obtížnostech, které jsem uváděla v popisu vzorku, jsem měla jedinou možnost provádět výzkum v malém domácím hospici. Více než čtyři respondenty jsem k dispozici pro rozhovory neměla. Bylo by složité v této problematice provést kvantitativní výzkum, proto se jedná o výzkum kvalitativní.

Po určení hlavní výzkumné otázky jsem si, jako vhodnou metodu zkoumání zvolila kvalitativní výzkum, který chápeme jako: *„přístup, který pro popis, analýzu a interpretaci nekvantifikovaných či nekvantifikovatelných vlastností zkoumaných fenoménů naší vnitřní nebo vnější reality využívá kvalitativních metod.“* (Michal Miovský, 2006) Miroslav Disman uvádí, že kvalitativní výzkum je *„nenumerické šetření a interpretace sociální reality“*. Negativní definici uvádí metodologové Glaser a Corbinová (1989), kteří za něj považují jakýkoliv výzkum, jehož výsledků se nedosahuje pomocí statistických metod nebo jiných způsobů kvantifikace. Pro zajímavost bych chtěla uvést definici jednoho významného metodologa jménem Creswell, kterou zveřejnil ve své knize Hendl (2005). Popisuje kvalitativní výzkum jako: *„proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích z koumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.“* Na závěr bych zmínila jednu ze základních charakteristik, kterou Hendl (2005) vložil do své knihy: *„ Kvalitativní výzkum se provádí pomocí delšího intenzivního kontaktu s terénem nebo situací jedince či skupiny jedinců. Tyto situace jsou obvykle banální nebo normální, reflektují každodennost jedinců, skupin, společností nebo organizací.“*

Tato výzkumná metoda má jak své přednosti, tak i své nevýhody. Hendl (2005) mezi výhody kvalitativního výzkumu řadí *„ podrobný popis a vhled při zkoumání jedince a skupiny, umožnění studovat procesy a navrhovat teorie, zkoumání fenoménu v přirozeném prostředí“*, ale jak jsem již uváděla i kvalitativní výzkum má své nedostatky jako: výsledky jsou snadno ovlivněny výzkumníkem a jeho preferencemi, analýza dat a jejich sběr dat jsou často časově náročné, ale také se může stát, že získaná znalost nemusí být zobecnitelná na populaci a do jiného prostředí.

3.6. Sběr dat

3.6.1. Výzkumná metoda a analýza dat

„Jestliže je primárním záměrem získání takových typů dat, jako jsou informace o názorech, postojích, záměrech, přáních, nebo jestliže se chceme dozvědět, jak daný člověk porozuměl situaci, potom bude rozhovor nenahraditelnou metodou“ uvedl Ferjenčík ve své knížce *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Po prostudování typologie rozhovorů jsem se rozhodla použít pro sběr dat polostrukturovaný rozhovor, který se vyznačuje předem připravenými otázkami. Respondent na tyto otázky může odpovědět zcela volným směrem a může si sám vybrat styl odpovědi.

Polostrukturovaný rozhovor – pro tazatele obsahuje závazné schéma, které specifikuje okruhy a témata pokládaných otázek. Obvykle je možné měnit znění otázek a pořadí jednotlivých okruhů podle situace. Otázky je možné upřesňovat a vysvětlovat. V případě polostrukturovaných rozhovorů mohou být odpovědi o několika větech, kdy respondent vysvětluje a popisuje jev, na který je tázán. (viz Ježek, S.; Vaculík, 2006)

Mým cílem je zaměřit se na zkoumaný problém co nejvíce do hloubky a detailně ho popsat. Sama o sobě mám čtyřletou praxi jako dobrovolnice v jiném hospicovém zařízení. Zajímá mě, jaký mají zaměstnanci pohled na smrt a jak zvládají stres v různě vykonávajících funkcích v zařízení. Pomáhající pracovníci byli velmi vstřícní, vyzařovali vyrovnaností a ochotou každému pomoci. Jsem názoru, že pomáhající pracovníci si zaslouží obrovský obdiv. Jelikož toto téma není u nás nijak zvlášť prozkoumané, informovanost lidí v české republice o této možnosti péče je minimální.

Jak jsem již výše uvedla, kontaktovala jsem zařízení e-mailem. Aby nedošlo ke špatné domluvě, detailně jsem zaměstnancům vysvětlila, o jaký výzkum se bude jednat. Dala jsem jim k dispozici dílčí výzkumné otázky, čehož jsem si vědoma, že není správně a mohlo by to výzkum ovlivnit. Operacionalizaci otázek jsem ale nevedla. Rozhovory byly nahrávány na diktafon v délce trvání 45-60 minut. Text byl převeden do písemné podoby a dále analyzován pomocí otevřeného kódování. Jde o to, že jsem autentický text převedla do dat, kterým

jsem přiřadila pojmenování podle určitých významů. Při volbě kódu jsem si kladla otázku, která vypovídala o dané části textu. Po sebrání úplného seznamu kódů jsem je kategorizovala do nadřazených pojmů, které jsem následně mezi sebou porovnávala.

Ve výsledcích jsem uvedla i autentické výpovědi respondentů. Jejich výpovědi byly ve většině případů podobné. Z vlastní zkušenosti vím, že pomáhající pracovník vykonává práci s radostí a všichni mají jeden společný cíl. Nikdo z nich nevnímá náplň práce jinak. To jsem Vám chtěla ukázat na jejich výpovědích. Je možné, že mohlo rozvory ovlivnit předčasné odkrytí dílčích otázek, ale myslím si, že nedošlo ke skupinovému domlouvání a každý si svoji odpověď promyslel maximálně sám. V průběhu sběru dat jsem se řídila dle operacionalizace otázek.

3.7. Etické zásady

Je samozřejmé, že by se v tomto výzkumu nemělo opomenout ani na etické zásady spojené se sběrem dat. Hendl uvádí, že *„kvalitativní výzkumník se má věnovat etickým otázkám také se zřetelem k novým problémům, vznikajícím v souvislosti se zvláštnostmi tohoto typu výzkumu. Všimneme si stručně otázky soukromí, poučného souhlasu, emočního bezpečí, zatajení a reciprocity.“* Miovský (2006) uvádí, že *„významnými zdroji etických a mravních názorů pro českou psychologii se stal Tomáš Garyk Masaryk a další významní čeští filozofové první poloviny 20. století.“* Kdybychom měli uvést neobecnější dokument, který dává základní rámec diskusi o etice v jakémkoliv vědním oboru, stejně jako v jakémkoliv jiném odvětví lidské činnosti, je Miovským zmiňovaná *„Úmluva o ochraně lidských práv a lidských práv a lidských svobod“*.

Všem zúčastněným respondentům byl předložen informovaný souhlas (viz příloha 1), ve kterém podepisovali, že jsou informovaný o průběhu a okolnostech výzkumu, pokud jim budou otázky nepříjemné, mají svobodu odmítnutí a mohou kdykoliv ukončit spolupráci na projektu, jejich identita nebude odhalena nikomu dalšímu. V poslední řadě, že v žádném případě výzkum neohrozí jejich psychické zdraví.

3.8. Výsledky

V této části práce odpovím pomocí analýzy dat na dílčí otázky, které jsem si na začátku výzkumu určila.

3.8.1. Téma smrti

Tato kapitola obsahuje shrnutí odpovědí na následující podotázky: Zamýšlíte se nad vlastní smrtelností? Máte pocit, že smrt je ve společnosti tabuizována? Zdá se Vám náročné hovořit o smrti v pracovním kolektivu? Zdá se Vám náročné hovořit o smrti mimo pracovní kolektiv? Co pro Vás představuje smrt?

Všichni čtyři respondenti odpověděli, že se zamýšlí nad tématem smrti, umíráním a nepochybně nad svoji smrtelností. Je to především dáno tím, že pomáhající pracovníci přicházejí do kontaktu se smrtí každodenně. Uvědomují si, že je v dnešní době mezi lidmi smrt tabuizovaná. Jak vypovídá respondent paní Anna, i ona si musela najít cestu, aby na smrt nahlížela jiným způsobem: *„Pracuji ve zdravotnictví 19 let, o smrti jsem dříve moc nepřemýšlela. Vše se změnilo, když umíral můj tatka, tehdy ještě nebyl v Táboře hospic, tak umřel v nemocnici. Přišlo mi to v pořádku. Když umíral starý člověk, přišlo mi to přirozené, horší to bylo s mladými lidmi. Pak nastaly v mém životě změny (změna zaměstnání, státnice, trochu syndromu vyhoření) a já jsem měla trochu více času a objevila jsem tábořský hospic, což úplně změnilo můj život. Zúčastnila jsem se hodně přednášek o hospicové a paliativní péči. Dozvěděla jsem se spoustu nových informací, a jak člověk stárne tak si samozřejmě uvědomuji stále více svojí smrtelnost. Hlavně jsem poznala spoustu skvělých lidí, za což moc děkuji.“*

Ostatní tři respondenti vypověděli, že nelze pracovat v pozici pomáhajícího pracovníka, pokud člověk nebude brát smrt jako přirozenou součást života. *„Smrt je pro mě přirozenou, i když bolavou součástí života. Prožila jsem úmrtí nejen klientů, ale i několika mých nejbližších, naučila jsem se ji přijímat. Je to velký přínos pro moji profesi.“* (paní Eva)

Z výpovědí mi vyplynulo, že je proces umírání pro pomáhající profese přirozený, ač kolikrát si k němu člověk musí dojít pomocí životně náročné situace. Bylo znát, že všichni respondenti hovořili s klidem v duši.

Můžeme se zamyslet nad tématem tabuizace smrti. Je pravda, že v dnešní době mají lidé ze smrti strach, je to pro ně brána do neznáma. Nevědí co od konečnosti života čekat a proto se jí straní. Dva respondenti se shodli na tom, že pozorují ve společnosti postupem nastávajícího času mírné zlepšení. „*V sociologických, psychologických kruzích je to myslím hodně diskutované téma, ale co se týče roviny vztahů, běžné veřejnosti je smrt tabu, bojíme se jí.*“ Dle paní Hanky vládne ve společnosti kult mládí a krásy a smrt je odsuzována, jako by nebyla. Zaměstnanci se většinou potýkají s negativními reakcemi a zděšenými tvářemi veřejné společnosti, pokud o sobě prozradí zařízení, ve kterém působí jako pomáhající pracovník.

Žádnému z oslovených respondentů nedělá problém v pracovním kolektivu otevřeně hovořit jak o samotné blížící se smrti klientů, tak i o doprovázení pozůstalých. Berou smrt jako přirozené zakončení lidské existence. Probíhají v hospicovém zařízení porady multidisciplinárního týmu a různé supervize, jak týmové, tak individuální. Z rozhovorů vyplynulo, že zaměstnance mrzí dnešní doba a byli by rádi, kdyby se o smrti mluvilo otevřeně. Přece každý z nás ví, že náš život skončí, tak nač to před sebou skrývat. Už samotným problémem je, že se snažíme neustále někam spěchat a utíkat před vším. Pochopila jsem, že hospic je zařízení, které se nemocného a pozůstalé snaží připravit na každý krok, který v dalších dnech nastane. Nepřeje si, aby nastala situaci, na kterou nikdo z nich nebude alespoň zčásti připraven a bude zachována lidská důstojnost a úcta. To ve většině případů nemocniční zařízení v žádném případě nesplňují, jelikož v průběhu pobytu zcela nefunguje zdravá komunikace mezi doktory a pacienty s pozůstalými.

Pokud porovnáme náročnost komunikace mezi pomáhajícími pracovníky v týmu a komunikaci pracovníků mimo pracovní působiště. Tak se mezi sebou značně liší. Jak už jsme zjistili, rozhovory o smrti v kolektivu hospicového zařízení berou zaměstnanci zcela přirozeně, jsou sdílní a otevření. Je to tím, že mají v zaměstnání společný cíl. Být klientům jak psychickou, tak duchovní podporou a brát každého jako jedinečnou bytost. Naproti tomu komunikace mimo pracovní

kolektiv je už trochu náročnější, ale ne ze strany pomáhajícího pracovníka, ale ze strany posluchače, jak vypovídá paní Eva: „Nevnímám náročné mluvit o smrti z mé strany, ale vnímám, že je to náročné téma pro lidi kolem mne, pokud sami toto téma nezačnou, o svojí práci či bolesti umírání, smrti nehovořím. Snažím se téma přiblížit spíše - vážná nemoc v rodině, domácí pečování apod., Většinou lidé, kteří mají osobní zkušenost, chtějí na toto téma hovořit a sami je začínají.“ Jeden respondent vypověděl, že je velmi náročné mluvit o smrti ve společnosti, která s ní není smířená a připravená na cestu umírání. Je ale pravdou, že musíme na každou osobu nahlížet jako na individuum a proto se můžeme setkat s lidmi, kteří mají smrt tabuizovanou, ale také se společnostmi, která dokáže o smrti volně hovořit a vyjádřit svůj postoj k ní. Respondenti se shodli, že je smrt přirozenou a nedělitelnou součástí života. Je to odchod z pozemského života, který přináší bolest a ztrátu. U starých lidí berou smrt přirozeně, ale je těžké vidět umírat mladého člověka, ba dokonce malé dítě. Výpověď paní Moniky: „Smrt beru jako ukončení lidského života, opuštění blízkých. V případě neoncologického onemocnění je to přirozené vyústění cesty od narození, přes dětství, mládí, produktivní věk a stárnutí. U mladých lidí pro mě smrt představuje předčasné ukončení pozemské cesty, s mnohem náročnějšími požadavky na doprovázející (hospicový tým i rodinu), aby utrpení, spojené s odchodem, opouštěním, vyrovnáváním se s konečností života, bylo co nejmenší.“

Pokud bych měla shrnout pocity, které ve mně vyvolaly rozhovory na téma smrti. Pochopila jsem, že se vše odvíjí od samotné tabuizace smrti ve společnosti. Člověk si tím přidělavá akorát větší trápení v těžkých chvílích, které ve spojení s umíráním svého blízkého zažívá. Je tu ale fakt, že se moderní člověk se smrtí setkává mnohem častěji, než člověk žijící pár let zpátky. Smrt je k vidění všude kolem nás, vidíme ji v kině, televizi, při hraní počítačových her. Ale samotná smrt blízkých je schovaná za branami hospice a nemocničních zařízení, kde vše do rukou převezmou lékaři a pomáhající pracovníci. Proto tvrdím, že smrt v moderní době není zažitou realitou.

3.8.2. Proměna postojů

V této podkapitole hledám odpovědi na následující otázky: Jak dlouho již v hospici pracujete? Ovlivňuje práce v hospici nějak Vaše myšlení, jednání či

žebříček hodnot? (popř. Vnímáte nějakou souvislost mezi nástupem do hospice a proměnou vašeho myšlení, jednání, žebříčku hodnot?)

Dva respondenti ze čtyř oslovených pracují v hospicovém zařízení 3 roky, další respondent dělá pomáhajícího pracovníka v tomto zařízení rok a půl a poslední respondent vykonává tuto práci 3 roky, před tím ale pracoval na oddělení s geriatrickým profilem a terminálně onkologickými i neonkologickými pacienty 13 let, celkem jako pomáhající pracovník působí již 16 let.

Velmi zajímavé mi přišly odpovědi na otázku, která se týká toho, zda ovlivňuje práce v hospici zaměstnancovo myšlení, jednání či jejich žebříček hodnot. Odpovědi respondentů byly velmi podobné. Paní Anna vypověděla: „*Určitě ano, při setkávání s konečností života, si uvědomuji, jak některé takzvané problémy nafukujeme a řešíme, ale že nejdůležitější jsou vztahy. To, zda si dokážeme říct důležité věci, odpustit si, mít se rádi a to jak v rodině, tak i jinde.*“ Paní Eva odpověděla shodným způsobem: „*Určitě mi práce v hospici ovlivňuje mé myšlenkové pochody. Vnímám čím dál silněji, že život je o vztazích, všechno ostatní je pomíjivé, důležité jsou prožitky, to jak jeden druhého vnímáme, to je síla, která nás v krizích drží, nebo podemílá nohy.*“ Pomáhající pracovníci vidí jako největší pozitivum života mezilidské vztahy, tvrdí, že je to základní kámen bytí. Podpora od blízkých lidí je v životě důležitá a co teprve ten hřejivý pocit, že nás má někdo rád a záleží mu na nás. „*Spoustu věcí, které jsem dříve řešila, neřeším. Mám daleko větší soucítění s pacientem, jeho rodinou. Vždy jsem dávala zdraví na první místo v žebříčku hodnot, a mám ho tam stále. Samozřejmě to hodně ovlivnila práce v hospici, v nemocnici tam je to většinou taková „továrna“, lidé mnohdy ani nestihnou říci, co je trápí, vše se bere jen po stránce, kde vás to bolí, ale nikdo se nezajímá o pacienta jako o člověka, s jeho rodinou, zájmy, s tím co dělal, čeho se bojí. Na všechno se dávají léky – úzkost, deprese, nespavost, zácpa, ale neptáme se.*“ (Paní Monika)

Všichni respondenti se shodli, že nevnímají nějakou souvislost mezi nástupem do hospice a proměnou jejich myšlení, jednání a žebříčku hodnot. Pro objasnění předkládám výpověď paní Hanky: „*Nemyslím si, že do hospicového týmu může zamířit člověk jako „tabula rasa“, a pak se postupně proměňovat vlivem práce s terminálně nemocnými. Domnívám se, že zde spíše hledají*

uplatnění lidé, kteří vnímají potřebnost péče o terminálně nemocné pacienty ať už na základě osobní zkušenosti, nebo zkušenosti se systémem, státem zajištěné zdravotní péče. Tak to bylo i u mě, směřování k paliativní péči u mě začalo již za dob studií, kdy jsem poznala, že v rámci medicíny je mé místo v geriatrici (od které je jen krůček k paliativní péči). Práce v hospici pak byla jen přirozeným vyústěním profesionálního i osobního směřování. Proto u sebe nevnímám proměnu myšlení po nástupu do hospice, ale už dávno před ním.“ I paní Anna odpověděla, že si nemyslí, že by v průběhu zaměstnání v hospicovém zařízení prošel nějakou proměnou. Spíše se jeho dosavadní vnímání zintenzivnilo.

Při pozorování respondentů v průběhu rozhovoru jsem zaznamenala, že hovoří více o své rodině a vztazích jako takových. Připadá mi z jejich výpovědí, že práce pomáhajícího pracovníka člověka naučí si více vážit věcí a lidí, které ho obklopují. Většinu volného času se snaží vynaložit co nejvíce sil, aby byli jako rodina pohromadě a nic mezi sebou neskrývali. Nejedná se pouze o rodinu, ale i blízké, přátele. Jejich celý žebříček hodnot je postaven na vzájemné komunikaci, která přispívá k lepším vztahům. I já jsem si mezi nimi přišla jako v jiném světě. Byli vstřícní a milí. Spolupracovat s nimi byla jedna velká radost.

3.8.3. Kontakt s pozůstalými

V této části měli respondenti za úkol uvažovat nad svými reakcemi, které prožívají při setkání s umírajícími pacienty a pozůstalými. Pomocí těchto otázek: Jaké emoce ve Vás umírající pacienti vyvolávají? Jak na Vás působí setkání s pozůstalými? Máte možnost vyjádřit své emoce (na pracovišti i mimo něj)? Jak je vyjadřujete? Popište mi prosím, jak nejčastěji jednáte s umírajícími a pozůstalými? Jak Vás připravila škola na práci s umírajícími? Jaké vlastnosti jsou podle Vás nutné pro vykonávání této práce?

Úzkost, pokora, lítost, smutek, strach, ale nejen tyto pocity, které jsem stihla zastihnout během rozhovoru, provází zaměstnance do posledního výdechu pacienta. Paní Eva vypovídá: „*Pokaždé prožívám soucit, něhu, potřebu být na blízku, mlčet nebo mluvit, to podle potřeb nemocného nebo jeho rodiny. Někdy, obzvláště pokud je to mladá žena s nedospělými dětmi, zažívám i existenciální úzkost a lítost nad osudem.*“ Pro respondenty bylo těžké se zamyslet nad

emocemi, které prožívají. Byla to pestrá škála pocitů a pohledů na situaci. Jak kladné emoce, jako je radost, něha, pokora, odevzdanost, tak i negativní emoce jako je vztek. Kolikrát dlouho přemýšlely nad tím, jaké pocity zvolit.

Setkání s pozůstalými je po každé jiné. Záleží na tom, zda je rodina se smrtí smířená nebo ji tabuizuje a odmítá o ní i pouhým slovem slyšet. Sama jsem měla možnost poznat hospicové zařízení a přístup k pacientům a pozůstalým z hlediska dobrovolníka. Na druhou stranu nyní prožívám těžkou situaci, kdy vidím přístup zaměstnanců právě k rodině, která doprovází svého blízkého do posledního vydechnutí. Poznala jsem, že doprovázet pradědečka v důstojném ukončení života je složité. Velmi nám pomáhající pracovníci hospicového zařízení usnadňují odchod našeho blízkého. *„Setkání s pozůstalými jsou pro mě velkou satisfakcí za náročnou práci s umírajícím v posledních dnech života. Bezprostředně po úmrtí, jsou setkání s nimi prosté jakékoliv „hry“, falše nebo stylizace. Jsou upřímná, autentická a vzájemně důležitá, pro pozůstalé – nejsou na to sami, pro nás to znamená, že jsme byli potřební a naše práce má smysl.“* (vypověděla paní Monika) Z tvrzení ostatních respondentů jsem pochopila, že je krásný pocit, který zaměstnanci cítí při setkání s pozůstalými. Jsou jim vděční za péči, která je nebo byla poskytována v průběhu pobytu v hospicovém zařízení. Cítí důvěru v zaměstnance, vděčnost za přítomnost, ale pokud není rodina smířená s konečností životních kolejí, je setkání s pozůstalými velmi náročné. Kolikrát dochází k obviňování, agresi a nepříjemným situacím, které vedou v zaměstnancích k úzkosti až depresi. Opak je ale pravdou, pomáhající pracovníci se maximálně pacientům věnují a dělají vše, aby jejich existenciální přístání bylo bez bolesti a s pocitem, že má kolem sebe lidi, kteří ho mají rádi.

Zaměstnanci hospicového zařízení jsou velmi empatičtí a jsou hlavní oporou rodině a pacientovi. Soucítí s nimi v každé situaci a nebojí se vyjádřit své emoce navenek, jak vypovídá paní Hanka: *„Emoce a možnost jejich bezprostředního vyjádření jsou důležitou součástí naší práce. Při jejich vyjádření ale musím mít ohled na pacienta a nezvyšovat jeho úzkostnou tenzi. Nesnažím se ale být ani neadekvátně veselá. Je-li ovšem čemu se zasmát, nebo nalézt úsměvný moment ve všednodennosti, tak to udělám.“* Paní Anna sdělila, že se nebrání prožívat emoce navenek, ale musí člověk myslet na to, aby žádným způsobem neobtěžovaly jak pacienta, tak jeho rodinu. Musí poznat vhodnou situaci. *„např. při*

umírání nebo po něm se nebráním slzám, nebojím se dojetí a věřím, že jsou i pro rodinu důležitější než nějaké fráze a tzv. profesionální odstup. Nejde samozřejmě o nějaké srdceryvné záchvaty pláče apod.“ Z rozhovorů vyplynulo, že pokud není vhodná doba na to, aby projevili své emoce, využívají tak týmové komunikace, kde si sdělují pocity, které v nich situace v rodině vyvolává. Je to součástí terapie, aby nedocházelo k syndromu vyhoření, depresím a úzkostem. Kolikrát je těžké i pro zaměstnance se vyrovnat se situací, kdy vidí umírat mladého člověka. Potřebují vzájemnou oporu. Být si vědomi toho, že na situaci nejsou sami a nebude jim dělat problém rodině a pacientovi pomoci.

Zajímalo mě, jak pomáhající pracovníci jednají s umírajícími a pozůstalými. Jelikož jsem provedla čtyři rozhovory se čtyřmi různými pracovníky s různou profesí. Bude zajímavé si přečíst výpovědi všech. Lékařka, paní Monika vypověděla: *„Umírající člověk v naší hospicové péči – pokud je ještě schopen vnímat – je informován o své diagnóze i prognóze, říkám mu, že bohužel nedokážu jeho nemoc vyléčit, ale mohu mu pomoci se spoustou potíží s nemocí spojených. Některé problémy jdou odstranit úplně, některé jdou zmírnit na snesitelnou úroveň. Upozorňuji ho, jak nejspíš trajektorie nemoci bude probíhat, co může očekávat a jak na to budeme reagovat. Snažím se získat jeho důvěru a zmírnit tenzi. Je-li ve fázi agrese, jsem hromosvodem jeho frustrací a očekávám přechod do fáze smíření. Není-li již pacient schopen adekvátně vnímat, komunikovat a hodnotit situaci, snažíme se co nejméně zatěžovat mluvou a spíše poskytovat komplexní ohleduplnou klidnou ošetrovatelskou péči. Obdobně, dle fáze onemocnění pacienta, vše vysvětlujeme doprovázejícím příbuzným. S těmi je ovšem mnohem více nutné komunikovat, opakovat, podporovat, ujišťovat o potřebě jejich blízkosti, péče i podpory.“*

Pokud se zamyslíme nad porovnáním nemocnice a hospicového zařízení. Přístup v nemocnici k pacientům je ve většině případů neosobní. Nemocniční kolektiv hledí u pacienta pouze na stránku fyzickou. Naopak, když si přečteme slova vrchní sestry, poznáme, že v hospicovém zařízení dbají i na stránku duševní (paní Hanka): *„S umírajícími s empatií a určitou něhou. Umírající jsou často křehcí a bezbranní jako miminka. Snažím se ke každému přistupovat individuálně, usnadňuje to skutečnost, že pečujeme o pacienty v jejich domácím prostředí, my jsme tam pouze hosté, oni jsou doma. To nám pomáhá lépe vnímat, jací byli a*

jsou ve vztahu ke své rodině, co mají rádi, co jim vadí. Důležitý je vztah s pečujícími, protože jsou to oni, kdo nesou břemeno celodenní péče, my jim pouze tzv. kryjeme záda. Snažíme se je maximálně podporovat, předvídat co může přijít a připravit je na danou situaci. Pomoci jim smířit se s umíráním jejich blízkého. Daří se to díky multidisciplinárnímu týmu. Jako zdravotníci zajišťujeme zdravotnickou péči. Využíváme naší sociální pracovníci, která rodině pomůže vyřídit příspěvek na péči, příp. poradí ve složité životní situaci - pečování ovlivňuje dramaticky chod rodiny, často je pečující ještě pracující a bojí se, že přijde o práci. Ve chvíli, kdy začne pečovat, třeba přijde o hlavní příjem a rodina se tudíž ocitá ve finančních těžkostech apod. Využíváme psychoterapeuta a duchovního při náročných existencionálních úzkostech, které se mohou objevit jak u pacienta, tak u jeho blízkých. Naše práce je týmová a každý přikládá svůj střípek ke společnému dílu.“ Je tedy pochopitelné, že tři respondenti se setkávají a jednají především s pacienty. S rodinou více komunikuje sociální pracovníce, ač celý tým se potýká se všemi situacemi a nejsou vymezeny žádné hranice. Všichni pomáhající pracovníci jsou dostupní pro celou rodinu i blízké a snaží se jim dodat sílu, aby celou situaci zvládli. Sociální pracovníce nahlíží na situaci především z jiné strany. „Z mojí pozice však spíše doprovázím rodinu, komunikuji s nimi v období umírání, po úmrtí - je to dle situace a navázaných vztahů, pomáhám vyřizovat "úřední záležitosti" - příspěvek na péči, pomůcky apod., ale je to hodně o emocích, mluvíme o tom, co prožívají, jaké změny prožili v souvislosti s nemocí, o změně jejich náhledu na život, co všechno se museli naučit a naučili během pečování, co opustili a co dokázali, (z hlediska vztahů i péče), s pozůstalými – hodně naslouchám, mluvíme o přípravě, průběhu pohřbu, jak celou situaci vnímají, plánech do budoucna.“ (paní Eva) Ale i sociální pracovníce si přijde za pacientem sednout, vzít ho za ruku a zeptat se ho, jak se cítí, pokud je schopný komunikovat. Zdravotní sestra se svěřila s tím, že je důležité nikomu nebrat naději a v porovnání s ostatními respondenty se shodla, že je nepříjemné, když se pacienti a příbuzní ptají, kdy nastane jejich poslední vydechnutí. Nikdy se nic takového nedá s přesností říci. Poznala jsem, že tým pomáhajících pracovníků si je vědom, jak v jaké situaci jednat a i pro ně bývá nepříjemné slyšet tak těžké otázky. Snaží se povzbuzovat a obdivovat rodinu a blízké, jak situaci zvládají, ale podporují i navzájem sebe. Snaží se dělat pro umírající pacienty a pozůstalé maximum a je pro ně vysilující a ke dnu stahující poslouchat otázky, na které nelze odpovědět.

Pokud se pozastavíme nad tím, zda měli pomáhající pracovníci možnost naučit se ve škole něco prospěšného k vykonávané práci. Z rozhovorů se ukázalo, že žádný z nich nevidí ani sebemenší přínos ze školy, kterou studovali. Myslí si, že je studium nepřipravilo na těžké situace, se kterými se v hospicovém zařízení setkávají a prožívají, ale jak vypověděla paní Eva: *„Přímo jsme nic o tématu smrti a práci s umírajícími neměli, ale po obecné rovině - z hlediska komunikace, základní krizové intervence, vedení rozhovoru - to určitě ano.“* Zdravotní sestra z hospicového zařízení se svěřila s výpovědí: *„Na zdravotní škole při ošetřovatelství jsme měly krásnou hodinu, když nám učitelka povídala o práci s umírajícími, pamatuji si, že mě to tenkrát dost dojalo, celý život si pamatuji jednu větu – nenechávejte umírajícího pacienta nikdy samotného, buďte s ním. Největší učitel je potom život sám, různé situace člověka formují.“*(paní Anna) Souhlasím s touto informací, myslím si, že žádný člověk, který si přeje vykonávat pomáhající profesi, není připravený prožívat a zvládat tak těžké situace bez toho aniž by si prošel předchozí zkušeností. Sám pomáhající pracovník si musí projít dlouhým formováním osobnosti. Můžou být k nápomoci i osobní zkušenosti s umíráním někoho z rodiny či blízkého člověka. Prožití smutku a zármutku po ztracení člověka, který nám byl blízký, pomůže pomáhajícímu pracovníkovi lépe se vžít do rodiny a blízkých, kteří doprovází svého rodinného příslušníka do konce jeho života. Je potřeba mít mnoho lidských vlastností pro vykonávání práce pomáhajícího pracovníka. Jak uvedla paní Hanka: *„Naše práce je týmová, každý člen multidisciplinárního týmu asi potřebuje trochu něco jiného, společná bude ale určitě empatie, komunikativnost, spolehlivost, samostatnost, schopnost týmové spolupráce a v neposlední řadě smíření se s vlastní smrtelností.“* Po porovnání výpovědí ostatních respondentů se všichni shodli s paní Hankou. Všichni na prvním místě zmínili empatii, kterou považují za nejdůležitější. Umění vžít se do situace, kterou prožívají jak rodinný příslušníci, tak i blízcí umírajícího člověka. Na druhou stranu, dokázat se vžít a soucítit s umírajícím pacientem, který neví, co ho do posledního svého dne čeká. Je důležité, aby pomáhající pracovníci sršeli optimismem a sebemenší pesimismu odsunuli do pozadí. Umírající člověk si zaslouží odejít ze světa důstojným způsobem a s pocitem, že svůj život prožil smysluplně a s lidmi, kteří ho celý život měli rádi.

Během rozhovoru jsem si všimla ještě dalších vlastností, které jsou určitě potřebné k profesi pomáhajícího pracovníka. Je to trpělivost, emoční stabilita, pokora, profesionalita, chuť do dalšího sebevzdělávání, přirozené sebevědomí, ale určitě bychom našli spoustu dalších vlastností, které jsme opomenuli.

3.8.4. Zátěž a stres

Tato část Vám poskytne odpovědi na otázky: Co pro Vás znamená práce v hospici? Popište mi, co ve Vaší práci považujete za nejnáročnější? Co považujete za možné zdroje stresu v práci s umírajícími? Týkají se některé konkrétně Vás samotných? Práce s umírajícími a jejich pozůstalými bývá považována jako náročná a stresová. Vnímáte ji také tak? (popř. Vnímál/a jste ji tak někdy?

Je krásné držet nemocného člověka v těžké situaci za ruku a vědět, že se cítí alespoň o trochu lépe. Ne po stránce fyzické, ale po té duševní. Každý pomáhající pracovník chápe svoji práci jiným způsobem. Paní Eva tvrdí: „*Je to práce s časem, který nemocným i jejich rodinám zbývá, podpora pečujícím, nemocným, pomoc přijmout situaci, hledání nových rolí, náplně v životě po úmrtí blízkého, důležitou roli vnímám v propojení lidí se stejnou zkušeností, vzájemné sdílení - svépomocná setkání.*“ Z výpovědí je vidět, že je pro zaměstnance práce pomáhajícího pracovníka velmi důležitá a dává jim smysl jejich života. Cítí radost z toho, že jsou nápomocný rodině, blízkým, ale především pacientovi, kterému se snaží jeho poslední chvílky zpříjemnit. Zdravotní sestra porovnávala práci v nemocnici s prací v hospicovém zařízení. Vypověděla, že je pro ni práce v hospicovém zařízení odpočinkem a přirovnala ji k jinému krásnému světu.

Je vidět, že vše pro pomáhající pracovníky není jednoduché a bez problémů. Kolikrát se musí poprat s mnoha komplikacemi. Globálně je tato práce velmi náročná. Jak pro mnohé po stránce fyzické, tak i duševní. Paní Eva vypověděla, že je pro něj kolikrát těžké: „*Respektování názoru rodiny, blízkých, pacienta, - odmítnutí péče a pomoci, kterou se jim snažíme poskytnout. Psychoterapie, odmítnutí komunikovat s druhými rodinnými příslušníky mezi sebou navzájem - uzavření se a osamělost.*“ Nejen komunikace s rodinou bývá těžká, pokud členové rodiny nejsou se smrtí smířeni. Paní Hanka bere za náročné: „*Komunikaci*

s některými lékaři, případně příbuznými pacientů. Např. praktický lékař nesouhlasí s péčí hospice, není ochoten předepisovat opiáty, pacient má silné bolesti a nechce do nemocnice. Ale nejen to mi přijde v naší profesi složité. Náročná je neustálá pohotovost na telefonu, vědomí, že jsem stále na příjmu, že rodina pacienta může kdykoliv zavolat a budu muset poskytnout pomoc odborníka.“ Z respondentů jsem vycítila strach z prvního setkání s pacientem. Neustále přemýšlejí nad tím, aby situaci dobře zvládli a dokázali pomoci jak pacientovi, tak i rodině. Mají strach při noční pohotovosti, že je vyzvánění telefonu nevzbudí. To vše může být zdrojem stresu u pomáhajících pracovníků, ale nejen to, jak vypověděla paní Hanka: „Může to být i vědomí, že bychom mohli pomoci, ale z různých důvodů nemůžeme. Např. rodina pacienta stále věří, že se pacient uzdraví, i když pacient umírá, nutí ho bojovat a hospic nepozvou, protože to by znamenalo, že ho odepisují. Dalším stresujícím faktorem může být situace, kde pacient a jeho rodina jsou každý v jiné fázi smíření dle Kübler-Rossové. Stav pacienta je velmi náročný, je neklidný, agresivní, nemůže spát, tím pádem i rodina nespí. Ano, všechny tyto situace vnímám a jsou pro mne samotnou stresující.“ Z dalších výpovědí vyplynulo, že za stresově možné situace zaměstnanci považují i to, když je pacient agresivní a nedokáže ovládat své emoce. Je s ním složitá spolupráce, tak jako s rodinou, která o pacienta vykazuje nezájem. To ale není vše, co pomáhající pracovníci považují za stresově náročné, jak odpověděla paní Anna: „Nedovedete si představit, jak je těžké zvládat situaci, kdy Vám před očima umírá mladý člověk. Nabíhají Vám myšlenky, jak je svět nespravedlivý. O to složitější je spolupráce s rodinou a blízkými, kteří se s touto nevyhnutelnou situací nejsou schopni smířit.“

Jsou situace, kdy zaměstnanec hospicového zařízení vnímá práci stresově náročnou. Může to být stav, kdy rodina umírajícího pacienta s pomáhajícími pracovníky nespolupracuje. Ale na druhou stranu paní Eva povídá: „Někdy je práce v hospici nesmírně obohacující, někdy je náročná. Záleží na tom, kdo umírá, jak on sám to vnímá, jak to vnímají jeho blízcí a rodina. Situace je vždy různá.“ Zdravotní sestra z hospicového zařízení říká: „Pokud bych měla srovnat práci zdravotní sestry v nemocnici, tak je obecně práce zdravotní sestry velmi náročná, stresová a stačí malá nepozornost a chyba a může dojít ke katastrofě. Práci s umírajícími a pozůstalými v hospicovém zařízení vnímám jako náročnou, ale ne

jako stresovou.“ (paní Eva) Z rozhovorů vyplynulo, že práce v hospicovém zařízení není stresová, ale spíše náročná. Za stresující je možno považovat agresivní jednání nesoudných pozůstalých, kteří se nedokázali smířit se smrtí svého blízkého a vztek si vybíjí na zaměstnancích hospice.

3.8.5. Metody v boji proti stresu

V poslední části odpovědí na dílčí otázky budeme mít možnost si přečíst výpovědi pomáhajících pracovníků na tyto otázky: Jak se vyrovnáváte s náročností profese pomáhajícího pracovníka v hospicovém zařízení? Co Vám osobně v boji proti stresu pomáhá? Nabízí Vám nějakou formu podpory samotné zařízení? Kde nebo u koho nejvíce a nejčastěji hledáte pomoc? Je to rodina, spolupracovníci, okolí? (Máte i ve svém okolí lidi, se kterými se může na tato témata rozhovořit?)

Každý respondent se vyrovnává s náročností profese pomáhajícího pracovníka v hospicovém zařízení jiným způsobem. Paní Hanka vypověděla: *„Někdy lépe, někdy hůře. Snažím se zachovat si odstup např. v případě jednání s lékaři, nebrat si věci osobně. Uvědomovat si vlastní kompetence a nepřebírat cizí. Komunikovat v týmu.*“ Paní Monika se vyrovnává s náročností profese tímto způsobem: *„Určením hranic svých možností a obhájení si jich před ostatními i sebou samým. Postavením židle života na čtyřech nohou, aby i po možném zlomení jedné nohy, zůstala židle rovně stát a nezhroutila se – rodina, přátelé, práce, koníčky, pobyt v přírodě, sport, čas s dětmi, kulturní zážitky, výstavy, hudba – to vše jsou možné nohy židle.*“ Po srovnání odpovědí se ukázalo, že důležitou činností pro jejich duševní klid je relaxace. Jak pohybem, četbou, setkáváním s přáteli, vzděláváním. Také sem zařazují komunikaci, která probíhá jak v týmu, tak i v rámci individuálních supervizí.

Je mnoho činností, které pomáhají zaměstnancům hospicového zařízení zvládat stres spojený náročností práce. Všichni respondenti se shodli na sportu, který jim dodává další potřebnou energii do pracovních dní. Mezi dalšími možnými činnostmi může být četba, včelaření, dlouhé procházky v přírodě, odpočinek, spánek, vzdělání, pořádání dětských letních táborů, posloucháním hudby, ale i vaření a společenské hry.

I samotné zařízení nabízí zaměstnancům určitou podporu. Jak vypověděla paní Monika: „*V rámci hospice se snažíme vyhnout syndromu vyhoření týmovými i osobními supervizemi, podporujeme sebe navzájem, známe své rodiny, zajímáme se o sebe i mimopracovně*“ Zaměstnanci mají kdykoliv možnost využít pomoc psychoterapeuta. Jak osobní a skupinovou supervizi, tak i pomoc psychoterapeuta berou pomáhající pracovníci jako obrovský přínos.

Ve většině případů, jak se ukázalo v rozhovorech, pomáhající pracovníci hledají pomoc a oporu ve svých rodinách a spolupracovnících. S přáteli si raději povídají na jinak zvolené téma, ač mají pár přátel, kteří se o téma hospicové péče upřímně zajímají a nacházejí v nich otevřené ucho i srdce. Věřící zaměstnanci vnímají i Boží pomoc a podporu ve své církvi. Myslím si, že je na jednu stranu správné v kruhu rodiny si od práce odpočinout a vypovídat se na terapiích. Dvacetičtyřhodinové soustředění se na práci by nepůsobilo na lidskou psychiku příliš vhodně. Proto jsou velkým přínosem individuální i skupinové terapie, které hospicové zařízení nabízí. Podle mého názoru, je i riziko příchodu syndromu vyhoření oddáleno.

4. DISKUSE

Smyslem této části je identifikovat a zobrazit některé situační proměnné, které hrají v tomto výzkumu významnou roli, a prostřednictvím jejichž manipulace by mohlo dojít k získání odlišných informací, a tak i výsledků a závěrů výzkumného šetření.

Výzkumným záměrem bylo popsat postoje pomáhajících pracovníků hospicového zařízení ke smrti a zvládání stresu spojeného s procesem umírání. Zvoleného cíle jsem se snažila docílit pomocí určení hlavní výzkumné otázky, kterou jsem si rozčlenila na dílčí výzkumné otázky a pomocí operacionalizace otázek jsem vedla rozhovory s pomáhajícími pracovníky. Musím přiznat, že jsem již při shánění respondentů měla mnoho komplikací, které výzkum pozastavily.

S prosbou o provedení rozhovorů jsem se obrátila na největší hospic v jižních Čechách, byla jsem zde odmítnuta z nedostatku volného času zaměstnanců. Později jsem sama přišla na to, že to bylo jediné dobře. Myslím si, že by mě, i pomáhající pracovníky příliš ovlivnil pobyt mého pradědečka v téhož

zařízení a nehledě na to, jsem zde čtyři roky pracovala jako dobrovolnice. Tímto jsem si i jistá, že rozhovory nebudou podávány z přátelství ze strany zaměstnanců. Proto jsem musela hledat dál, ač u nás v jihočeském kraji moc hospicových zařízení není. Na internetu jsem si vyhledala domácí hospic, který leží na východě jižních Čech. Trvalo měsíc, než mi na zprávu odpověděli, ale čekání se mi vyplatilo. Přijali moji žádost. Jen jsem cítila ze strany zaměstnanců strach z rozsahu rozhovorů, proto jsem se rozhodla, že jim zašlu předběžně dílčí výzkumné otázky. Uvědomuji si, že tento fakt mohl výzkum z části ovlivnit, ale myslím si, že zaměstnanci na dokonalé přípravě nelpěli. Žádné připravené poznámky u sebe k dispozici neměli. Je překvapující, zda jste si všimli v autentických rozhovorech, že jejich komunikace je velmi spisovná a sobě se podobající. Právě z tohoto důvodu jsem chtěla zanechat krátké úseky z rozhovorů v jejich původní formě. Sama ze své zkušenosti musím uznat, že za branami hospicového zařízení vykonávají tuto práci lidé, kteří mají stejný pracovní cíl a ve většině případů i přínos. Je to zcela nemožné, ale každému z vás by se také zdálo, že vnímají situace, které zaměstnání pomáhajícího pracovníka provázejí, zcela stejně. Zaměstnanci jsou v klidu duše vyrovnaní a slovo slabost pro ně v životě nehraje velkou roli, alespoň na venek.

Myslím si, že velkým přínosem pro psaní bakalářské práce byla má čtyřletá praxe v hospicovém zařízení. Dokážu nahlédnout na situaci i z hlediska pomáhajícího pracovníka a lépe chápat reakce a rozhovory zaměstnanců. Na druhou stranu je pravda, že v období psaní práce jsem se nacházela v těžké životní situaci, kdy mně a naší celé rodině odcházela ze světa pradědeček. Snažila jsem se odpoutat od emočního zaujetí, ale uvědomuji si, že v tak těžké situaci to úplně nešlo.

Mimo výzkum jsem se zajímala o informovanost lidí o možnostech v hospicových zařízeních. Zjistila jsem, že dnešní populaci se nedávají dostatečné informace o eventualitách, které se dají využít pro důstojné ukončení života svých blízkých. Jelikož u nás doba hospicových zařízení je celkem krátce, měla by se dát lidem šance lépe se k takovým zprávám dostat.

Z tohoto důvodu si myslím, že práce splnila svůj cíl. Vycházela z teoretické části a po přečtení má čtenář důležité informace o této problematice. Pro mnohé lidi to mohou být první slova, která o tomto zařízení mohli slyšet.

5. ZÁVĚR

V bakalářské práci píši o postojích pomáhajících pracovníků ve vybraném hospicovém zařízení ke smrti a jejich způsob zvládnání stresu. V teoretické části jsem se snažila nastínit základní pojmy, které se týkají problematiky smrti a umírání. Patří mezi ně smrt, umírání, tabuizace, paliativní a hospicová péče. Ve výzkumné části jsem se věnovala dílčím výzkumným otázkám, pomocí nichž jsem hledala odpověď na hlavní výzkumnou otázku: *„Jaký je postoj pomáhajících pracovníků ke smrti ve vybraném hospicovém zařízení a co jim pomáhá zvládat stres spojený s umíráním a se smrtí?“*

Oslovila jsem v hospicovém zařízení čtyři respondenty s různou profesí (lékařka, vrchní sestra, zdravotní sestra, sociální pracovníce). Všichni respondenti vypověděli, že je důležité pro tuto profesi nemít smrt tabuizovanou a být smířen se svou existenční konečností. Přece jen jsou zaměstnanci hospicového zařízení se smrtí v každodenním styku a je důležité, aby se o umírající pacienty dokázali dobře postarat a dovést je do jejich posledního vydechnutí s úctou a důstojným způsobem. Tímto tvrzením pomáhající pracovníci potvrdili teorie paliativní péče, kdy je hlavní podmínkou pro vykonávání této profese vyrovnanost se smrtelností člověka.

Respondenti se shodli na tom, že jsou pro ně velkým přínosem jak týmové, tak individuální supervize, které mají v zařízení k dispozici. O smrti mluví otevřeně jak mezi sebou v pracovním kolektivu, tak jim nedělá problém svěřovat se ve většině případu i své rodině. Svěřili se s tím, že nemají problém mluvit o problematice hospicové a paliativní péče i mimo pracovní kolektiv a rodinu. Berou smrt jako přirozenou a nevyhnutelnou součást života. Ale jak jsme se dozvěděli v teoretické části, smrt je ve společnosti často tabuizovaná. Proto respondenti uvedli, že o tématu smrti a umírání ve společnosti sami od sebe nehovoří, pokud nemají zájem druzí lidé. Myslím si, že právě každodenní kontakt s umírajícími pacienty přispívá zaměstnancům k samotnému vyrovnání se smrtelností.

Pokud si myslíme, že v souvislosti s nástupem do hospicového zařízení dochází u pomáhajících pracovníků k přeměně myšlení, jednání a žebříčku hodnot, jsme na omylu. Respondenti tvrdí, že zájem o paliativní péči měli už mnohem dříve, než věděli, že budou v hospici pracovat. Nástupem do zařízení se

jejich vnímání spíše zintenzivnilo. Uvědomili si, že mnohdy se zabývají zbytečnými věcmi. Přeci jen mezilidské vztahy jsou to nejdůležitější, co může být, vše ostatní je pomíjivé. Umět si říci, že se máme rádi, dokázat si odpustit a v těžkých situacích si být oporou. Důležité je to, jak jeden druhého vnímáme. Hospic nehledí u pacienta jen na stránku fyzickou, ale především na stránku duševní. Základním pilířem profese pomáhajícího pracovníka je komunikace s pacientem a rodinnými příslušníky, která v nemocničním prostředí chybí. Žebříček hodnot paliativní péče je ve většině případů autentický s žebříčkem hodnot zaměstnanců hospicového zařízení.

Z výzkumu vyplynul překvapující závěr. Zaměstnanci v hospicovém zařízení neberou svoji profesi celkově jako stresovou, ale spíše náročnou. Pracují v hospicovém zařízení s umírajícími lidmi rádi a bez zábran. Za stresovou situaci považují jedině agresivní chování pacientů a rodinných příslušníků, kteří nejsou s konečností lidského života smířeni. Jsou ve špatném psychickém rozpoložení, které přenášejí na zaměstnance hospicového zařízení.

Způsob chování a komunikace pomáhajících pracovníků k umírajícímu člověku a rodinným příslušníkům se výrazně liší. Zaměstnanec musí zvážit, které emoce v jaké situaci je vhodné použít, aby pacientovi a jeho blízkým neztěžoval jejich psychický stav. Na jedné straně stojí rodina, kde podle mého usouzení je důležité dbát na to, zda jsou blízcí s lidskou konečností smířeni. A na druhé straně máme samotného pacienta, kde je důležitých faktorů celá paleta. Záleží na věku pacienta a jeho prognóze. Pokud je umírající člověk ve stavu, kdy je schopný vnímat lidi kolem sebe, je podle mého názoru dobré s ním co nejvíce mluvit. Podrobně mu vysvětlit, jaké zdravotní problémy ho potkaly a přiblížit mu stavy, které ho budou pravděpodobně doprovázet v posledních chvílích. Ale pokud pacient stojí na druhém břehu a neudrží žádnou pozornost. Je lepší mu dopřát klid a zasloužený odpočinek.

Pomáhající pracovníci mají v této profesi nezastupitelnou úlohu, proto si myslím, že je přínosné informovat populaci o jejich schopnostech a dokázat ocenit jejich postoj k náplni práce. Tímto bych chtěla sdělit obyvatelstvu, že existuje možnost dovést své blízké do jejich konce důstojným způsobem a od úlevy

bolesti, co poskytuje paliativní péče, na rozdíl od standardní lékařské (běžné lékařské péče) péče zaměřené na léčbu nemoci.

6. LITERATURA

ČERMÁK, M. Naděje na dobrou smrt. Zdravotnické noviny. 2007. [online] [cit. 2013-04-04] Dostupné: <http://www.umirani.cz/detail-clanek/nadeje-na-dobr>.

HAŠKOVCOVÁ H. *Fenomén stáří*. Panorama, 1990. ISBN 80-7038-158-2.

HAŠKOVCOVÁ, H. Lékařská etika. Třetí rozšířené vydání. Praha: Galén, 2002. 280 s. ISBN 80-7262-132-7

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

HARTL, P., Hartlová H.: *Velký psychologický slovník*. Praha. 2010. ISBN 978-80-7367-686-5

HENDL J. Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2

HEWSTONE, Miles a STROEBE. *Sociální psychologie: Moderní učebnice sociální psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-092-5.

HŘÍBALOVÁ, M. Tabu sexu vystřídalo tabu smrti. *Psychologie dnes*. Praha: Portál 2011, č. 11.

JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: TRITON, 2003. ISBN 80-7254-329-6

JEŘÁBEK, H. *Úvod do sociologického výzkumu*. Praha, 1993. ISBN 80-7066-662-5

KALVACH Z. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty*. Praha, 2010. ISBN 978-80-904516-4-3.

KOHOUTEK, R.: *Základy užité psychologie*. Brno. 2002. ISBN 8021422033.

KŘIVOHLAVÝ J. *Jak zvládat stres* Praha: Grada Avicenum 1994. ISBN 80-7169-121-6

MIOVSKÝ M. Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. Psyché. ISBN 80-247-1362-4

NORBERT E. *O osamělosti umírajících*. Praha: Franze Kafky, 1998. ISBN 80-85844-39-7.

ŘÍČAN, P. *Cesta životem: Vývojová psychologie; přepracované vydání*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7367-124-7.

SEYMOUROVA, J. a INGLETONOVÁ, CH. SHEILA PAYNEROVÁ. *Principy a praxe paliativní péče*. Brno: Barrister & Principal 2007. ISBN 978-80-87029-25-1.

Seznam pojmů projektu KLÍČE PRO ŽIVOT [online]. 5. vyd. [cit. 2013-06-20]. Dostupné z: [http://userfiles.nidm.cz/file/KPZ/O_projektu/slovník-pojmu\(1\).pdf](http://userfiles.nidm.cz/file/KPZ/O_projektu/slovník-pojmu(1).pdf)

SLÁMA, O. *Standardy mobilní specializované paliativní péče v ČR: pracovní materiál*. Cesta domů, 2007.

SVATOŠOVÁ M. Co je to hospice? 2010 [online] [cit. 2013-04-04] <http://www.hospice.cz/otazky-a-odpovedi/co-je-hospic/>

SVATOŠOVÁ M. *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Karmelitánské nakladatelství, 2008. ISBN 978-80-7195-307-4.

Teorie výzkumu – stručně: prezentace ze semináře Výzkumy v knihovnách. In: Slideshare.net [online]. 2011 [cit. 2013-04-29]. Dostupné z: <http://www.slideshare.net/PARTSIP/prazova-vyzkumy2>

VÝROST, J. a SLAMĚNÍK, I. *Aplikovaná sociální psychologie I*. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-269-5.

Cizojazyčný zdroj:

RIOLLI L., SAVICKI V. *Coping Effectiveness and Coping Diversity Under Traumatic Stress*. American Psychological Association 2010. DOI: 10.1037/a0018041

7. PŘÍLOHY

PŘÍLOHA Č. 1: INFORMOVANÝ SOUHLAS

Název projektu: *Postoje pomáhajících pracovníků v hospicovém zařízení ke smrti a jejich způsob zvládnání stresu – bakalářská práce*

Autor projektu: Romana Šanderová

Univerzita, aprobace, ročník: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, psychologie, 3. ročník

Vážená paní,

obracím se na Vás se žádostí o spolupráci na výzkumném projektu, který je součástí výše zmíněné kvalifikační práce a jehož cílem je zjistit a popsat, postoje pomáhajících pracovníků v hospicovém zařízení ke smrti a jejich způsob zvládnání stresu. K získávání informací bude použita metoda rozhovoru, ze kterého bude pomocí diktafonu pořízen zvukový záznam. Tento audio záznam bude použit pouze pro účely výše uvedeného výzkumu a slouží výhradně jako pomůcka pro zachycení velkého množství informací, které budou během rozhovoru získány. Pokud s účastí na projektu souhlasíte, připojte podpis, kterým vyslovujete souhlas s níže uvedeným prohlášením.

Prohlášení

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném projektu. Řešitel projektu mne informoval o podstatě výzkumu a seznámil mne s cílem, metodami a postupy, které budou při výzkumu používány. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou použity jen pro účely výzkumu a že výsledky výzkumu mohou být anonymně publikovány.

Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou stejnopisech, každý s platností originálu, z nichž jeden obdrží moje osoba a druhý řešitel projektu.

Podpis účastníka

Podpis řešitele projektu

.....

.....