

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA PEDAGOGICKÁ
KATEDRA PEDAGOGIKY

**Vyrovnání se s odchodem blízkého člověka
v hospici pro pozůstalé s vyznáním a bez vyznání.**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Bc. Vlasta Sýkorová

**Sociální politika a sociální práce, obor Sociální práce
(2011 - 2013)**

Vedoucí práce: Mgr. Radomír Bednář

Plzeň, 2013

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a zdrojů informací.

Plzeň, 21. března 2013

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji svému vedoucímu Mgr. Radomíru Bednářovi za pomoc při stanovení tématu a hlavních cílů mé práce, za podnětné rady a připomínky a za čas, který mi při odborném vedení mé diplomové práce věnoval.

Dále děkuji zaměstnancům a dobrovolníkům Hospice sv. Lazara v Plzni a zejména pak děkuji všem nemocným a jejich rodinným příslušníkům za spolupráci, trpělivost a čas v jejich nelehkém životním období a za jejich poznatky, postřehy a připomínky, které jsem využila v praktické části své diplomové práce.

Obsah

OBSAH.....	5
ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST.....	12
1 EXISTENCIÁLNÍ ANALÝZA A LOGOTERAPIE.....	13
1.1 Vznik existenciální analýzy.....	13
1.2 Teorie existenciální analýzy.....	13
1.3 Koncept existenciální analýzy podle V. E. Frankla.....	14
1.4 Smysl a vůle ke smyslu.....	15
1.5 Existenciální analýza v paliativní péči.....	16
1.6 Existenciální analýza a náboženství.....	17
2 VÍRA.....	19
2.1 Základní charakteristika křesťanské víry.....	20
2.2 V co věří křesťané.....	20
2.3 Spirituální potřeba nemocných, umírajících a doprovázejících.....	21
2.4 Pastorece.....	21
2.5 Modlitba.....	23
2.6 Svátost.....	23
3 UMÍRÁNÍ A SMRT.....	25
3.1 Postoje ke smrti a umírání v minulosti.....	25
3.2 Postoje ke smrti a umírání od 20. století po současnost.....	25
3.3 Definice umírání.....	26
3.4 Fáze umírání.....	26
3.5 Naděje umírajících a doprovázejících.....	28

3.6 Úzkost ze smrti.....	29
3.7 Věda a smrt	29
3.8 Víra a smrt.....	30
4 HOSPICE, HOSPICOVÉ Hnutí A HOSPICOVÁ PÉČE.....	32
4.1 Hospicové hnutí a paliativní medicína.....	32
4.2 Vznik hospiců	33
4.3 Co je hospic.....	34
4.4 Současná situace hospiců v ČR.....	35
4.5 Hospic sv. Lazara v Plzni.....	38
5 DOPROVÁZENÍ UMÍRAJÍCÍCH	40
5.1 Prožívání, potřeby a péče o umírající a doprovázející	40
5.2 Podpora pozůstalých po smrti	41
5.3 Období post finem.....	41
5.4 Zármutek a truchlení	42
5.5 Co pomáhá pozůstalým vyrovnat se se ztrátou	43
5.6 Poradenství po smrti blízkého.....	44
5.7 Sociální podpora.....	45
5.8 Duchovní podpora.....	45
METODOLOGICKÁ ČÁST	47
6 UMÍRÁNÍ A DOPROVÁZENÍ V SOUVISLOSTI S VYZNÁNÍM A BEZ VYZNÁNÍ	48
6.1 Otázky, které si kladu při své práci sociálního pracovníka.....	48
6.2 Cíl výzkumu	48
6.3 Charakteristika výzkumného vzorku.....	49
6.4 Průběh výzkumu	49
6.5 Použité metody sběru dat	49
PRAKTICKÁ ČÁST	51
7 KAZUISTIKY	54

7.1 Kazuistika č. 1	54
7.2 Kazuistika č. 2	56
7.3 Kazuistika č. 3	57
7.4 Kazuistika č. 4	59
7.5 Kazuistika č. 5	60
7.6 Kazuistika č. 6	61
7.7 Kazuistika č. 7	63
7.8 Kazuistika č. 8	64
7.9 Kazuistika č. 9	65
7.10 Kazuistika č. 10	67
8 POLOSTANDARDIZOVANÉ ROZHOVORY	69
8.1 Otázky pokládané doprovázejícím v polostandardizovaném rozhovoru	69
8.2 Odpovědi doprovázejících	70
9 DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ	76
9.1 Odpovědi zaměstnanců a spolupracovníků	76
ZÁVĚR	78
SHRNUTÍ	80
SUMMARY	82
LITERATURA	84
PŘÍLOHA 1	88
PŘÍLOHA 2	90

Motto

„Smrt není pro nás ničím, neboť pokud žijeme, není přítomna, a když je přítomna, již zde nejsme.“

Ze Samu Epikúros

Ježíš řekl:

„Já jsem vzkříšení a život. Kdo věří ve mne, i kdyby zemřel, bude žít. A každý, kdo žije a věří ve mne, neumře navěky.“

Bible, Jan 11, 25

Úvod

Život a smrt. Dvě slova - dvě témata, která spolu úzce souvisejí a přesto jsou tak odlišná. Přestože každý člověk je do života obdarován jiným charakterem a vlastnostmi, každý máme rozdílné názory, různá přesvědčení a naše vloh a koníčky nás činí odlišnými, přece jen se najdou určité oblasti lidského života, které nás v ledasčem spojují. Jednou z takových oblastí je touha po odhalení tajemna. Při vyslovení slova tajemství není snad jediného člověka, který by neměl nastražené uši a nebyl zvědavý. To ale jen do té doby, dokud se nejedná o téma smrti. Ta je pro nás také tajemná, ale v naší společnosti stále ještě tabuizovaná. Děláme, jako kdyby neexistovala a nejraději bychom ji zrušili. Důvod je jediný – bojíme se, protože se osobně dotýká každého z nás. Znamená konec našeho snažení, naší radosti. Při pomyšlení na naše nebytí prožíváme úzkost, závrať a hrůzu (Längle, Sulz, 2007).

Smrt je ale jedinou jistotou v životě člověka. Je tedy přirozenou součástí života. Existuje celá řada filosofických a náboženských tézí, které se snaží odpovědět na otázky týkající se života a smrti. Jedním z filosofických systémů, který je používán v praxi, je existenciální analýza Viktora Emanuela Frankla. Je to systém, který mě oslovil již před mnoha lety, když jsem si řešila svoji životní situaci a stal se mi oporou při hledání odpovědí na některé otázky, týkající se života a smrti spolu s jedním typem náboženství, a to křesťanstvím. Proč právě křesťanství? Je to proto, že většina lidí, které jsem měla tu čest doprovázet, byli právě křesťané.

Základním cílem mé diplomové práce je popsání problematiky sociální práce s umírajícími a jejich pozůstalými v hospicové péči, hledání a nastínění problematické oblasti kvality péče, týkající se umírání věřících a nevěřících a hledání možností pro další zkvalitnění péče v hospicích a dalších zařízeních sociální a zdravotní péče, kde se pracovníci setkávají s umírajícími. Je určena nejen sociálním pracovníkům, ale i pracovníkům v pomáhajících profesích a všem lidem, kteří o tuto problematiku mají zájem, chtějí získat více informací a také se zamyslet nad hodnotami, které ve svém životě vyznávají. Věřím, že myšlenky uvedené v této práci mohou být oporou lidem, kteří se setkávají s vážným onemocněním, umíráním a smrtí tak, jako jsou oporou mně a mým kolegům z hospice. Toto téma má pro mě hloubku a mystiku, neboť je nám umožněno pozorovat změny v lidských životech, máme možnost přinášet pokoj do těžkých chvil umírajících i jejich blízkých a tím obohacovat své životy. Jako sociální pracovník hospice jsem velmi vděčna za práci, kterou dělám, za

naplňování svého života při doprovázení pacientů a utěšování jejich blízkých, kdy díky svým znalostem a zkušenostem mohu nabídnout pomoc k přechodu z pocitu smutku a deprese k vyrovnání se s danou situací, k pokojnému přijetí toho, co život dává i bere. Neboť k životu patří i smrt a smrt dává životu smysl.

„Může smrt opravdu zrušit smysluplnost života? Naopak. Neboť co by se stalo, kdyby náš život nebyl konečný v čase, nýbrž časově neomezený? Kdybychom byli nesmrtelní, mohli bychom právem odsunovat každé jednání do nekonečna, nezáleželo by na tom vykonat je právě nyní, mohlo by být zrovna tak dobře vykonáno teprve zítra nebo pozítří, za rok nebo za deset let. Takto však, tváří v tvář smrti jako nepřekročitelné hranici své budoucnosti a ohraničení svých možností nacházíme se pod nátlakem, abychom využili času svého života a nenechali bez užitku projít kolem sebe jedinečné příležitosti, jejichž konečný souhrn pak tvoří celý život.“ (Frankl, 1996)

V teoretické části diplomové práce se zaměřuji na vymezení pojmů existenciální analýzy, víry a samotného umírání, které jsou velmi důležité pro účel této práce. Zde vycházím především z knih a popisů jednotlivých autorů. Největší část myšlenek čerpám od Viktora Emanuela Frankla, kterého jsem si vybrala za „svého životního průvodce“. Také v této části práce popisuji vývoj hospiců a současnou situaci v hospicové péči v České republice, týkající se doprovázení umírajících a pomoci pozůstalým.

V metodologické části diplomové práce popisuji způsob vytvoření vzorku a zvolenou techniku sběru dat, kterou je kvalitativní výzkum, a to polostandardizovaný a narativní rozhovor a zpracování kazuistik pacientů Hospice sv. Lazara v Plzni a jejich blízkých. Věnuji se zde umírání a doprovázení dvou skupin. První skupina je složena z nemocných a jejich blízkých, kteří jsou bez vyznání a skupina druhá je složena z nemocných a jejich blízkých, kteří jsou praktikující věřící. U vybraného vzorku pracovníků Hospice sv. Lazara použiji dotazníkové šetření.

V první části praktické části diplomové práce zpracuji pět kazuistik pacientů a jejich blízkých, kteří jsou bez vyznání a pět kazuistik pacientů a jejich blízkých, kteří jsou praktikující věřící. V této části se zaměřím na hledání odpovědi na otázku, zda je pro osoby věřící jednodušší vyrovnání se s odchodem blízkého člověka a zda je pro ně duchovní podpora v hospici dostačující. Ve druhé části praktické části se zaměřím na názory pracovníků hospice, kteří se věnují doprovázení umírajících a pomoci jejich blízkým s vyrovnáním se se ztrátou.

Na závěr diplomové práce se zaměřím na vyhodnocení stanovených cílů a na potvrzení či vyvrácení předpokladu, zda je pro osoby s vyznáním jednodušší se vyrovnat se ztrátou svého milovaného a v případě potvrzení tohoto předpokladu, jakým způsobem.

Teoretická část

1 Existenciální analýza a logoterapie

„Kdo se táže po smyslu života, klade otázku špatně. Otázky nám pokládá život a na nás je, abychom na ně odpovídali.“

V. E. Frankl

V této kapitole se věnuji existenciální analýze a logoterapii, základnímu konceptu V. E. Frankla, smyslu a vůli ke smyslu. Dále zde nastíním vztah existenciální analýzy k paliativní péči a k náboženství.

1.1 Vznik existenciální analýzy

Zakladatelem existenciální analýzy a logoterapie je Viktor Emanuel Frankl (1905 – 1997) – vídeňský neurolog a psychiatr, který vychází z psychoanalýzy S. Freuda a individuální psychologie A. Adlera. Franklův koncept posouvá do centra pozornosti duchovní dimenzi člověka a doplňuje tím redukcionistický pohled na člověka v psychoterapii. Tvrdí, že vedle „vůle ke slasti“ a „vůle k moci“ nesmí být opomenuta u člověka „vůle ke smyslu“ (Lukas 2002). Podle Frankla je existenciální analýza teoreticko-výzkumný směr, který je zaměřen na ontologickou stránku lidské existence. Logoterapie je pak psychoterapeutickou metodou vycházející z existenciální analýzy a představuje její praktické uplatnění. Její název lze odvodit ze slova logos, což znamená smysl a je tedy zaměřena na odhalení smyslu lidského života. Frankl nechce nahradit dřívější směry psychoterapie svou logoterapií. Chce ji pouze doplnit a nadstavit, chce přispět k pravdivějšímu obrazu celého člověka jako bytosti duchovní existence (Frankl, 1997).

1.2 Teorie existenciální analýzy

Existenciální analýza se děje na dvou úrovních. Na úrovni teoretické, jako obecná existenciální analýza a na úrovni osobní, jako osobní personální existenciální analýza.

Obecná existenciální analýza se pokouší zodpovědět obecné otázky: co je dobrý a naplněný život, co je k němu potřeba a jaké podmínky a předpoklady musí být splněny, aby člověk mohl smysluplně existovat sám se sebou i s celým světem. Obsahem obecné existenciální analýzy jsou tedy pojmy jako „existence“, „smysl“, „hodnoty“, „svědomí“ a další.

Personální existenciální analýza je praktickým uplatněním obecné existenciální analýzy a vztahuje výše uvedené otázky na osobní existenci jednotlivce. Jako psychotherapeutická metoda analyzuje podmínky existence a obsah smyslu konkrétního člověka.

Frankl používal pojem logoterapie pro celou svou teorii a tak do tohoto pojmu zahrnoval také existenciální analýzu. V tomto pojetí viděl logoterapii jako myšlenkovou stavbu stojící na třech pilířích (Lukas 2002). Těmito pilíři jsou: svobodná vůle, vůle ke smyslu a smysl života.

- Svobodná vůle je základnou obrazu člověka. Přestože tato svobodná vůle může být nemocí, nezralostí nebo senilitou omezena nebo může být dokonce vyrušena, nic to nemění na její základní existenci.
- Vůle ke smyslu naznačuje, že každý člověk je oživován úsilím a touhou po smyslu.
- Smysl života vyjadřuje přesvědčení, že život má bezpodmínečný smysl, který se za žádných okolností neztrácí, ale může se vymykat lidskému pochopení.

1.3 Koncept existenciální analýzy podle V. E. Frankla

Franklova existenciální analýza je jedním z přístupů k poradenskému a terapeutickému zvládnání životních problémů i některých druhů duševních a psychosomatických poruch. Doplnjuje jiné přístupy o hledisko duchovních motivů a schopností člověka jako bytosti nadané sebereflexí, svědomím, svobodou volby a odpovědností. Východiskem této koncepce je pojetí životního smyslu jako základní podmínky lidské motivace k životu za rozmanitých, příznivých i nepříznivých podmínek a okolností. Člověk tedy podle Frankla žije plně a zdravě tehdy, je-li jeho rozhodování a počinání smysluplným odpovídáním na otázky a výzvy, které mu přináší život a má-li pro co žít. Ztráta této životní kvality v podobě nenalezení nebo ztráty životních hodnot v podobě překážek v jejich nalézání a uskutečňování bývá mnohdy zdrojem duševní, tělesné nebo společenské patologie člověka (Frankl, 1996).

Podle Frankla znamená být člověkem být odpovědným. Existenciální analýza vede člověka k vědomí jeho odpovědnosti, která je zde chápána jako neutrální pojem, který sám o sobě neurčuje komu a za co. Výkladem existenciální analýzy je pokus odpovědět na otázku po smyslu tohoto bytí. Dochází k tomu, že smyslem bytí je „být odpovědným“ (Frankl, 1997).

Podle Frankla je člověk jako jednota navzdory rozmanitosti. Je to jednota těla, duše a ducha (Frankl, 1997). Do oblasti tělesné patří všechny tělesné fenomény, buněčné tkáně, orgány a jejich funkce. Do oblasti duševní patří kognitivní, emocionální a sociální oblast člověka. Tyto dvě oblasti tvoří psychofyzickou oblast což je oblast, kterou se od svých počátků zabývala psychologie. Třetí oblast je oblast duchovní a je přítomna pouze u lidí. Jejím typickým znakem je svoboda.

Odvracenou stranou svobody je vždy odpovědnost. Duchovní dimenze umožňuje člověku uskutečňovat akty vůle. Je dimenzí plánování a utváření života, vnímání hodnot a lásky, citlivosti k otázkám smyslu, svědomí a religiózních zkušeností. Je také dimenzí umělecké intuice, vědecké inspirace a zdrojem kulturního vývoje (Lukas, 2002).

1.4 Smysl a vůle ke smyslu

Lidská potřeba smyslu života, která přesahuje jakýkoliv čin v lidském životě, je pro všechny lidi společná, avšak pro každého jiná, neboť každý se nachází v jiném stadiu přijímání hodnot a postojů. Důležité je i sdílení zkušeností, protože pro člověka je důležité povzbuzení, že podobné situace prožívají i ostatní lidé.

Vůlí ke smyslu nazývá Frankl to, co je v člověku frustrováno v případech, kdy propadá pocitu nesmyslnosti a životní prázdnoty (Frankl, 1999). Hledání smyslu je u člověka primární silou. Smysl, který člověk hledá, je jedinečný a zvláštní tím, že jej každý člověk může a musí naplnit sám. Jen v takovém případě nabývá významu, který uspokojí vůli ke smyslu. Jestliže je u člověka vůle ke smyslu zmařena, může tato existenční frustrace vyústit v neurózu (Frankl, 1994).

Podle Frankla může člověka do hloubky jeho duše naplnit jedině vůle ke smyslu a právě na základě této vůle je člověk uzpůsoben k tomu, aby hledal a naplňoval smysl, ale také aby se setkával s jinými lidmi. A právě naplňování a potkávání dává podle něj člověku důvod ke štěstí i k rozkoši (Frankl, 1998). V životě jde o hledání smyslu, ten nemůže být dán, nýbrž musí být nalezen, protože dávat smysl by směřovalo k moralizování (Frankl, 1998).

Smysl můžeme objevit trojím způsobem (Frankl, 2007):

- prostřednictvím činu, kdy každá prospěšná činnost obsahuje skrytý smysl.
- prožitím hodnoty, což je prožití jakéhokoliv obohacujícího či povznášejícího zážitku
- změnou postoje k utrpení, kdy utrpení provází lidskou existenci a je třeba k němu zaujmout statečný postoj.

Jen na otázku po posledním smyslu lidského utrpení není možné odpovědět intelektuálně, nýbrž „...odpovědí je celá naše existence“ (Frankla, 1997).

Jelikož je každá situace v životě výzvou a předkládá k vyřešení určitý problém, měla by být otázka po smyslu položena úplně jinak. „*Správně pochopenou otázkou smyslu života neklade člověk životu, nýbrž život člověku. Člověk by se neměl tázat, co je smyslem jeho života, ale vzít vážně konkrétní otázky, které mu klade v každé chvíli život. Pravou odpovědí na tyto otázky je odpovědnost za vlastní život ve zcela konkrétních situacích a jimi daných úkolech*“ (Frankl, 1994).

1.5 Existenciální analýza v paliativní péči

„*Člověk je připraven a ochoten přijmout jakékoliv utrpení, jakmile a dokud je schopen v něm vidět nějaký smysl.*“

V. E. Frankl

V paliativní péči je využívána existenciální analýza a logoterapie pro pochopení dosavadního života a uspořádání hodnot. U pacientů s těžkým onemocněním nebo onkologickou diagnózou pomáhá vyřešit jejich vnitřní psychické konflikty a čelit těžké životní zkoušce – přijetí vlastního konce života.

Nezměnitelný osud, vůči kterému člověk nemůže nic udělat, jen k němu zaujmout postoj, dělí Frankl na tragickou triádu utrpení, viny a smrti. Jakékoliv utrpení dává člověku šanci, aby na něm vyrostl, vnitřně uzrál a změnil sebe sama (Frankl, 1997). Vina je promeškáním realizace smysluplné odpovědnosti na výzvu dané situace a může se stát podnětem k osobnostnímu dozrání a nápravě toho, co jsme udělali špatně. Vina vzniká tehdy, jestliže jsme neudělali něco, co jsme udělat mohli. Vinou není to, pokud jsme něco chtěli

udělat dobře, ale vyšlo to špatně. Vina je vždy spojena s odpovědností, proto nás nejvíce mrzí to, co jsme neudělali. Smrt nemůže vzít našemu životu již uskutečněné hodnoty. Ve smrti člověk už nemá nic k použití – k dispozici, žádné tělo a žádnou duši. „*Ve smrti se člověk sám stal filmem, je svou historií, jak tou, která se mu stala, tak tou, kterou vytvořil*“ (Frankl, 1997). Z toho plyne, že cílem je uvědomění si odpovědnosti, které má člověk vůči své konečnosti, která se projevuje v lidské smrtelnosti. Kdyby byl člověk nesmrtelný, mohl by nechat nevyužity všechny možnosti. Nezáleželo by tedy na tom, co kdy udělá.

Tato tragická triáda je denně přítomna u všech pacientů v hospici, se kterými jsem měla tu čest prožít s nimi poslední dny. Pro většinu z nich je v popředí před fyzickou bolestí a je velmi důležité, aby si toto všichni blízcí a zaměstnanci hospice uvědomili. Velkou pomocí pro těžce nemocné pacienty je tedy pozorné a účastné naslouchání, je to naslouchání tomu, co říká ono duchovní v člověku (Lukas, 2002).

1.6 Existenciální analýza a náboženství

Podle Frankla religiozita je skutečná jen tam, kde je také existenciální. To znamená, že se člověk pro ni rozhodne sám a není k ní jakýmkoliv způsobem dotlačen. K tomuto existenciálnímu hledisku přistupuje ještě jedno hledisko, a to hledisko bezprostřednosti. Skutečná religiozita, která má být existenciální, musí mít čas, aby mohla spontánně vyklíčit. V těchto věcech by se nemělo nikdy na člověka naléhat. Již Freud mluvil v podobných souvislostech a poukázal na to, že terapeutický efekt uvědomění neuvědomovaných obsahů stojí a padá se spontánností tohoto uvědomování. Analogicky to platí dokonce i pro religiozitu – jen spontánně zpracované uvědomění vede k uzdravení a jen spontánní průlom u neuvědomované religiozity může přispět ke spáse (Frankl, 2007).

Lékaři a ostatní zdravotnický personál se nemají zajímat o náboženské otázky z titulu svého povolání. Pokud se jedná o světonázorové otázky, pak jsou lékaři i ostatní zavázáni k bezpodmínečné toleranci. Je sice možné požadovat, aby byli nezaujatí vůči religiozitě u svých pacientů, ale nikoli jako lékaři a zdravotníci, ale jako lidé, kteří jsou sami věřící a na těchto věcech zainteresovaní.

Povinnosti používat náboženská hlediska vůči nemocným věřícím nemají nikdy lékaři jako lékaři, ale pouze jako věřící. Právo k tomu mají ale jen potud, pokud jsou sami věřící neboť nenábožensší lékaři by nikdy neměli využívat náboženství jako více či méně vhodný

prostředek k terapeutickým účelům. To by totiž znamenalo degradovat náboženství na něco, co je dobré pouze k udržení zdraví či k uzdravení (Frankl, 2007).

Náboženství je jev týkající se člověka a je pouze jedním z jevů, s nímž se logoterapie a existenciální analýza setkává. Jinými slovy můžeme říci, že pro logoterapii a existenciální analýzu může být náboženství pouze objektem zájmu a nikoliv stanoviskem. Cílem psychoterapie je duševní uzdravení – cílem náboženství je spása duše (Frankl, 2007).

Náboženství není pojistkou proti životním krizím, ale čelí jim nadějí, vírou a láskou, tedy hodnotami, které jim žádná sekulární psychologie nemůže nabídnout. Náboženství tedy člověku hodně dává, ale na druhé straně také hodně požaduje a proto má využívat poznatky psychologie a stejně tak dobrá psychoterapie se má inspirovat duchovními hodnotami, které přináší náboženství. Obě tyto cesty obnovy duševní a duchovní rovnováhy musí respektovat svá specifika a odlišnosti.

2 Víra

Celé dějiny církve prostupuje mnohotvárná služba potřebným. Již od počátku křesťanství nalezneme bezpočet těch, kteří vzali velmi vážně Kristův příkaz lásky. Projevem jejich víry je pomoc bližním. Vidíme je starat se o nemocné v nemocnicích, špitálech, útulcích, táborech pro malomocné, ve městech zachvácených zhoubnými epidemiemi i na bitevních polích posetých zraněnými.

Církev, v níž se křesťanství historicky realizovalo, vidí sama svou existenci ve čtyřech základních rovinách:

- koinonia – společenství, kdy křesťanská víra není jen osobním přesvědčením a světonázorem, ale patří k ní od počátku silný sociální motiv vzájemnosti,
- liturgie – bohoslužba, což znamená veřejné shromáždění podle tradice a určitých pravidel,
- martyrium – svědectví, kdy křesťan chápe svou víru jako osobní setkání, vztah se vzkříšeným Kristem, který zásadním způsobem ovlivnil jeho život, což nemůže smlčet svému okolí (v některých dobách toto vedlo až k mučednictví),
- diakonie – služba praktické pomoci chudým a nemocným, kterou tvoří otevřené společenství lidí, vyznávajících křesťanskou víru.

Také Evropa je založena na křesťanských základech, v naší zemi je nejvíc rozšířena katolická víra a tak to vnímáme i v Hospici sv. Lazara.

Vznik křesťanství se datuje od počátku našeho letopočtu a odvozuje se od osoby Ježíše Krista. Ježíš Kristus je ten, ke kterému se vztahují všichni křesťané, i když u nás se především jedná o katolíky. Ježíš byl praktikující žid. Vztah židů ke smrti je od křesťanů odlišný, Židé stále čekají na Mesiáše, Ježíše Krista jako Božího syna nepřijali. Ježíš je podle křesťanské víry první, který vstal z mrtvých a podle věroučného učení církve, ten, který usedl po Boží pravici. A to se odstáváme k tomu, co je vlastně hypotézou mé práce – přijímá věřící člověk skutečnost, že mu jeho blízký nebo on sám umírá stejně nebo odlišně?

2.1 Základní charakteristika křesťanské víry

Základní charakteristikou křesťanské víry jsou odpovědi na Boží čin a na Boží sebezjevení. Obsahem křesťanské víry je to, co Bůh skrze lidi (Mojžíše a proroky) v izraelském národě a pak skrze svého syna Ježíše sdělil lidem a co jim nabídl k jejich záchraně.

Víra a především uvěření v Krista spasitele je dar. Člověk, který přijme tento dar a je pokřtěn se vydává na cestu poznání křesťanské víry pomocí Bible, tedy Písma svatého starého a nového zákona.

Centrálním bodem křesťanské víry je postava Ježíše z Nazareta, nazývaného Kristus. Jako Boží syn přišel, aby lidem zvěstoval Boží království, blízké zvláště chudým, slabým, ztrápeným a nemocným – ale nejen jim. Za hříchy všech lidí trpěl na kříži. K lidem nejenže promlouvá, ale svou zvěst o Božím království i praktickou pomoc dosvědčuje tím, že uzdravuje nemocné a vyhání démony. Kristus se za nás dobrovolně vydal, aby nám pomohl ke spáse a ke smíření s Bohem.

Modelem křesťanského pohledu na svět je Ježíšovo jednání. Stal se vzorem toho, jak by měl člověk v životě jednat, jaké by měl volit hodnoty. „... *jestliže Bůh nás tak miloval, i my se máme navzájem milovat*“ (1J 4,11). Tím, že se za nás vydal, se máme i my vydávat za druhé. Člověk by měl usilovat o ztotožnění s Ježíšem tak, jak již činili apoštolové – Ježíšovi učedníci, kteří jej všude následovali a konali podle jeho vzoru. Všichni, kdo vstupovali a vstupují k Ježíši do učení, slyší jeho zřetelný pokyn: „*Budte milosrdní, jako je milosrdný Váš Otec*“ (L 6,36/Ž 68,20).

2.2 V co věří křesťané

Víra v Boha je základním předpokladem víry křesťana. Křesťan věří, že Ježíš Kristus, syn Boží, je spasitel, který těm, kteří v něj uvěří, dává svého svatého Ducha a účast na svém životě. Křesťan tedy vyznává Boha Otce, jeho syna Ježíše a Ducha svatého jako jednoho Boha ve třech osobách – Trojici.

Ježíšovy činy a příkaz k lásce přijalo společenství prvotní církve jako ústavní prvek nově darovaného života. „V Kristu Ježíši nezáleží na tom, je-li někdo obřezán či ne; rozhodující je víra, která se uplatňuje láskou“ (Ga 5,6). Biblická láska – to není jen pouhá

zamilovanost, ale znamená něco výsostnějšího – lásku praktickou, tzn. zájem o druhé, snaha dívat se na druhé, něco pro ně udělat. To je náplní života.

„Mistře, které přikázání je v zákoně největší?“ On mu řekl: „Miluj Hospodina, Boha svého, celým svým srdcem, celou svou duší a celou svou myslí.“ To je největší a první přikázání. Druhé je mu podobné: „Miluj svého bližního jako sám sebe.“ Na těchto dvou přikázáních spočívá celý Zákon i Proroci“ (Mt 22, 36-40).

Pravá láska je tedy Bůh, ten, který se k nám sklonil ve svém synu Ježíši Kristu. Ten, který byl ve své velikosti vysmíván, zatracován, křížován. On sám se nevyhnul ničemu z naší lidské bídy a bolesti. Bůh za nás obětoval toho, kterého vyvolil a miloval. Kristova láska je láska Boží i lidská a my se mu svým lidstvím můžeme přiblížit. Mít někoho rád tedy znamená zcela konkrétní vidění člověka takového, kterého stvořil Pán Bůh a za kterého se obětoval Ježíš Kristus.

2.3 Spirituální potřeba nemocných, umírajících a doprovázejících

Spirituální potřeby nejsou jen záležitostí konce života, ale pro moji práci jsou nejvíce v popředí, neboť v případě nemocných v hospici se právě existenciální otázky a úvahy o smyslu života stávají tím nejdůležitějším. V některých případech více důležitých než samotné zvládání nemoci a bolesti. To, že se o spirituálních potřebách mluví především v souvislosti s umíráním, je tedy velmi opodstatněné. Většina nemocných v hospici začíná přehodnocovat dosavadní žebříček svých hodnot a začíná řešit otázky, které nikdy předtím vážně neřešil a možná ani o některých vůbec neuvažoval. Každý člověk v takové chvíli potřebuje vědět, že mu bylo odpuštěno a že jeho život měl smysl (Svatošová, 2008).

2.4 Pastorační péče

Duchovní rozměr péče o nemocného spočívá jednak v tom, že okolí akceptuje duchovní stránku nemocného člověka, a také v tom, že se aktivně stará o naplnění jeho duchovních potřeb. Pastorační péče v nemoci a umírání přichází v určitém momentu také do času krize člověka. Sužují ho obavy, ohrožení, přicházejí však i nové možnosti naplnění běžného života.

Na vlastní kůži člověk zažívá věci, kterých se třeba celý život bál a vyhýbal se jim. Každého člověka čas nemoci nebo umírání poznamená nějakou vnější či vnitřní proměnou, která významně ovlivní jeho život. Setkává se s hranicemi svých vlastních možností, své vlastní konečnosti. Toto postavení člověka konfrontuje s otázkou po naší identitě, po smyslu naší situace, po Bohu.

Pastorační péče v nemoci a umírání vychází toho, že člověk není vnímán jen jako ten, kdo má nemocné tělo, ale jako jedinečná bytost žijící v určitém prostředí, v určitých společenských vztazích, s určitým systémem hodnot, se svou minulostí, přáními, očekáváními a především se vztahem k Bohu, ať již pojmenovaným, žitým či plachým.

Pastorační péče vidí člověka v jeho bídě i důstojnosti, v situaci, která je neopakovatelná a často mezní – proměňující trvale či zásadně lidský život. Základní uváděnou definicí pastorační péče je: „... je službou k víře a životu z víry“ (Smolík, 1991).

Pastorační péče má také podobu osobního opatrování věřícího člověka duchovním. Tato péče má podobu osobního zájmu o daného člověka. Hlavním zdrojem pomoci je evangelium. Důraz je kladen na posílení víry, naděje, nalezení bezpečí v Bohu v bolestných nebo konečných chvílích lidského života. A jak dodává Josef Smolík: „Boží péče o člověka, kterou má pastýřská péče dosvědčovat, může být pochopena a přijata jen tehdy, když ji doprovází slovo a když jejím posledním cílem je víra.“ (1991)

Pokud jde o pastýřskou péči v případě péče o umírající, jde hlavně o to pomoci umírajícímu přijmout nevyhnutelnou skutečnost, vyrovnat se s ní, nejen ji akceptovat, ale pomoci ke smíření s tím, co přichází. Je to duchovní zvěstování Božího poselství.

Pastorační pracovník je tím, kdo má pro druhé slovo naděje a povzbuzení, s kým je možné se poradit a kdo je schopen se postarat o některé praktické záležitosti, jichž už nemocný či umírající schopen není.

Křesťanské pojetí služby potřebným vyrůstá z příkladu a pověření Ježíše Krista. „Ježíš usedl, zavolal svých Dvanáct a řekl jim: „Kdo chce být první, buď ze všech poslední a služebník všech.“ Pak vzal dítě, postavil je doprostřed nich, objal je a řekl jim: „Kdo přijme jedno z takových dětí v mém jménu, přijímá mne; a kdo mne přijme, nepřijímá mne, ale toho, který mě poslal“ (Mk 9, 35-37).

Cílem a účelem pastýřské péče je společenství s Pánem Bohem ve víře. Je to osvobození od strachu a obav z odtržení od Pána Boha. Je to také osvobození od zajetí našeho vlastního lidského „já“, návrat k prameni života do společenství s naším Otcem, které je

umožněno tím, co Ježíš Kristus vykonal. Biblických textů, které se dají uchopit jako pastorační příběh, je mnoho. Pastorační asistent je musí číst a promýšlet, musí je mít zvnitřně tak, aby je mohl věrohodně a opravdově předávat dál.

2.5 Modlitba

Nepostradatelným zdrojem síly a pomoci nejen pro nemocné, ale i jejich blízké či personál, je právě modlitba. Pomocí modlitby je možné se setkat s Bohem, a to na kterémkoliv místě a v kteroukoliv dobu. Modlitba vede nemocného a jeho blízké k uvědomění, že mohou Bohu otevřít celé svoje srdce, dát průchod všem svým pocitům i otázkám a nic neskryvat. V modlitbě nachází nemocný a jeho blízcí úlevu, posilu a naději. Mnozí těžce nemocní, umírající i doprovázející dokážou v modlitbě zpracovat i přijmout situaci, ve které se ocitli a nést osud, který by se jinak unést dal jen stěží.

V době, kdy se nemocný již není sám schopen modlit, je velmi užitečná modlitba druhého člověka. V Hospici sv. Lazara věřící personál zahrnuje modlitby za pacienty do své každodenní činnosti. Já sama, ač nevěřící, pokud doprovázím umírajícího, cítím potřebu jej doprovodit slovy. Není to žádné čtení z Bible ani naučené modlitby, ale jsou to slova, která vychází přímo z mého srdce, vedené empatií, pokorou a úctou.

2.6 Svátost

Svátosti jsou jednou z cest mezi Bohem a člověkem. Bůh vychází vstříc člověku a člověk přichází k Bohu. Člověk má skrze svátosti účast na Božím životě. Katolická církev odvozuje z Bible sedm svátostí: křest, biřmování, svátost kněžství, svátost smíření, svátost nemocných, svátost manželství a svátost Těla a Krve Kristovy (Eucharistie). První tři svátosti lze přijmout jen jedenkrát v životě, neboť jejich přijetí poznačuje duši nesmazatelným znamením – je trvalé. Ostatní svátosti se přijímají opakovaně a svátost manželství lze přijmout opakovaně pouze v případě smrti jednoho z manželů (Kašparů, 2001).

Aby svátost byla účinná, rozhodně potřebuje účast člověka. Setkání s Bohem ve svátosti je podobné setkání s lékařem. Od lékaře dostane nemocný lék, ale pokud jej neužívá, léčba se mine účinkem. Svátosti nepůsobí jako mávnutí kouzelným proutkem. Bylo by opravdu

pošetilé se domnívat, že po svatbě v kostele mají manželé zaručené bezproblémové manželství nebo že biřmováním se z člověka stává kvalitní osobnost po všech stránkách (Kašparů, 2001). V péči o nemocné to znamená z hlediska kněze také to, že když je na místě duchovní rozhovor, neměl by kněz zneužívat udílení svátostí jako prostředek k úniku před rozhovorem.

Z hlediska péče o nemocné v hospici se nejvíce dostává do popředí svátost nemocných, eucharistie, svátost smíření a v některých případech i svátost křtu.

Svátost křtu je základní a první svátostí, bez které nelze přijmout žádnou další svátost. Je vstupní branou k životu v Duchu. Křtem je člověk osvobozen od dědičného hříchu. Mnoho lidí se zamýšlí nad tím, zda je křest nezbytný ke spáse člověka. Katechismus se k tomu vyjadřuje takto: „*Bůh spojil spásu se svátostí křtu, nicméně On sám není na své svátosti vázán*“ (Katechismus katolické církve, 1995).

Svátost smíření je synonymem pro zpověď. Pokud člověk v sobě pocítí vinu, může ji buď potlačit nebo se vyznat. Pro věřícího člověka je svátost smíření ustanovena jako pomoc pro vyznání viny a v mnohém se podobá psychoanalýze.

Eucharistie je centrem života křesťana – nejnaternějším spojením s Bohem (Kašparů, 2001). Zprávu o ustanovení této svátosti najdeme v evangeliu při poslední večeři Krista se svými učedníky večer před ukřižováním. Pokud se nemůže nemocný účastnit mše, může svaté přijímání (Tělo Kristovo) přinést kněz nebo pověřený pastorační asistent. Pouze ale člověku pokřtěnému, jehož svědomí není zatíženo těžkým hříchem.

Svátost nemocných může udělit pouze kněz. Tato svátost je velmi často chápána nesprávně jako svátost pro ty, kteří mají těsně před smrtí. Ale tak tomu není. Spojování svátosti nemocných se smrtí je zapříčiněno především dřívějším označením „poslední pomazání“. Proto může také pouhá přítomnost kněze v nemocnici vyvolávat dojem, že smrt je blízko. Svátost nemocných ale může člověk přijmout vícekrát za život. Může o ni nemocný požádat třeba i před plánovanou operací pro lepší kondici ducha, duše i těla (Kašparů, 2001).

3 Umírání a smrt

Smrt je jednou z neovlivnitelných událostí v životě člověka. Těžké na tom je, že člověk nemůže zpětně zhodnotit péči, která mu byla věnována po dobu umírání, ale dalo by se říci, že paliativní a hospicová péče se stala jakýmsi synonymem pro „dobrou smrt“. Psychologická péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci se hlavně zabývá pomocí při připsuštění si smrti jako blížící se reality a pomáhá vyrovnávat se s nemocí, blížící se smrtí a pomáhá při krizích vlastní existence. Dále umožňuje zvládat intrapsychické a intrapersonální konflikty nemocného a přemáhá různé psychické symptomy jako je úzkost a deprese (Payne, 2007).

Smrt je stav, který nám umožňuje žít náš život autenticky. Je to vlastně pohled, že smrt představuje pozitivní příspěvek k životu a tento fakt se nepřijímá snadno. Avšak život bez pomyšlení na jeho konečnost ztrácí na celém svém smyslu a intenzitě.

3.1 Postoje ke smrti a umírání v minulosti

Smrt a umírání je jedno z nejzákladnějších lidských témat. Každá kultura a každá doba se s tímto tématem vyrovnává jinak. Každá doba a kultura hledá jeho smysl jinak. Vždycky však těžce a bolestně (Říčan, 2004). V průběhu historického vývoje lidstva je tato problematika velmi úzce spjata s vývojem náboženského pojetí, filozofického poznání, etického cítění a sociokulturního rozvoje dané společnosti.

V minulosti byla průměrná délka života o hodně kratší, umírání bylo bez léků a dostatečného ošetření bolesti. Avšak přítomnost druhých při umírání člověka byla samozřejmostí. Umírání bylo v dřívějších dobách poměrně veřejnou záležitostí, obyčejní lidé žili více spolu a vedle sebe. Narození i smrt byly brány a prožívány jako běžná veřejná společenská událost.

3.2 Postoje ke smrti a umírání od 20. století po současnost

Pohled na umírání a smrt není dnes již tolik běžný jako v minulých dobách. To nám dává snadněji v životě na tyto fenomény zapomenout. Velkým problémem naší doby je právě neschopnost a neochota pomáhat a pečovat o umírající tak, jak to nejvíce potřebují. Smrt

druhého člověka nám totiž připomíná naši smrt vlastní. Člověk dnes umírá institucionalizovaně, nikoliv však ritualizovaně (Haškovcová, 1996).

Lidé dnes velmi zřídka umírají doma a teprve během pohřbu mají příbuzní možnost se se svým zesnulým rozloučit. Haškovcová (2000) ale upozorňuje na rozmáhající se praxi pohřbů bez obřadu. Pokud už se pohřeb koná, většinou se nedoporučuje dětem se jich účastnit. Úpadek rituálů v mnohých případech smrt dokonce popírá a nenabízí pozůstalým možnost důstojného a klidného rozloučení. Podle kněží, s nimiž jsem měla možnost hovořit, by rituály spojené se smrtí měly dodat sílu k překonání krize, pomoci připustit a zpracovat strach z umírání a smrti samotné, umožnit novou orientaci a nastavení na novou situaci. Během dvacátého století v západní společnosti nastal posun a došlo zde k odklonu vlivu náboženství a výrazně klesl význam rituálů. Nedostatek pohřebních rituálů a rituálů truchlení ve společnosti může znamenat, že pozůstalí nemají dostatečnou útěchu a podporu ve chvíli, kdy se na počátku snaží vyrovnat se smrtí svého blízkého. V minulosti usnadňovaly různé rituály období truchlení. Dnes nepoznáme, kdo se vyrovnává se smrtí blízkého člověka, a když už to náhodou víme, upadáme do rozpaků a nevíme, jak se chovat. V podstatě se pozůstalým vyhýbáme.

3.3 Definice umírání

Umírání je období před smrtí, které má různou délku, různou podobu a je různě prožíván. Je to proces zcela individuální a jedinečný. Pojem umírání je v lékařské terminologii skutečně synonymem terminálního stavu. Definice terminálního stavu uvádí, že dochází k postupnému a nevratnému selhávání důležitých vitálních funkcí tkání a orgánů, jehož důsledkem je zánik individua, tj. smrt. Terminální stav můžeme chápat jako vlastní umírání. Pojem umírání ale v žádném případě nemůžeme redukovat pouze na terminální stav (Haškovcová, 1991).

3.4 Fáze umírání

„Jediné, co bude důležité, až odejdeme, budou stopy lásky, které tu po nás zůstanou.“

Albert Schweitzer

Předmětem sociální práce v hospici je klient blízko svého konce. Vědomí vlastní konečnosti, která se blíží či nastává, se mění postoj člověka a jeho prožívání ve vztahu k sobě i ke svým blízkým a svému okolí. Člověk v procesu umírání prochází fázemi, které jsou v psychiatrickém slova smyslu obrannými mechanismy k posílení v extrémně těžkých životních situacích. Specifika fází vyrovnávání se se smrtí velmi dobře popsala E. Kübler-Ross na základě svých mnohaletých zkušeností s umírajícími pacienty. Její model poukazuje na charakter duševního dění nevléčitelně nemocných pacientů a jejich blízkých (Kübler-Ross, 1992).

Co věřící člověk prožívá tváří tvář tomu, když se dozví, že on nebo někdo z jeho blízkých onemocněl nevléčitelnou nemocí? Jsou stadia, o kterých mluví Kübler-Ross, stejná pro věřícího člověka i pro nevěřícího nebo jiná? Podle ní většina umírajících lidí reaguje na sdělení, že jsou nevléčitelně nemocní, odmítavě a prostě tomu nevěří. V podstatě tak reaguje skoro každý. Vždyť všichni bez výjimky jednoho dne zemřeme. Ale kolik z nás si je ochotno to připustit. Toto popření může být i k něčemu užitečné, je možné, že lidská psychika se odmítá smířit s možností smrti prostě proto, aby zmobilizovala další energii pro život. Jako by to, o čem nebudu mluvit, prostě nebylo. Lidé se snaží tento fakt vytěsnit z vědomí do nevědomí, jestliže tuto skutečnost přestanu vnímat, prostě nebude. Popření vlastně tlumí šok, neboť vytváří určitý odstup mezi vyslechnutím špatné zprávy a reakcí na ni.

Další formou popření je odmítání dodržovat předepsanou životosprávu. Lidé v tomto stadiu mohou zoufale doufat, že budou-li se chovat, jako by bylo všechno v pořádku, skutečně tak tomu bude. Mohou mít strach, že když si svůj problém připustí, pustí ho do vědomí – tuhle zátěž tělo nezvládne, problém se stane „skutečným“. Většina lidí nedokáže okamžitě přejít ze stavu popření, ve kterém celý život setrvávají, k plnému uvědomění si nadcházející smrti. I přátelé a známí mohou popírat smrt. Lidé, kteří umírají, ve skutečnosti ale smrt přijímají blízcí se smrt snadněji než jejich okolí. U umírajícího může popření vyjadřovat snahu o spolupráci se svými blízkými, naději, že je tak ušetří bolesti, či strach, že ho opustí.

Lidé potřebují nějaký čas, aby uvykli myšlence, že jsou nevléčitelně nemocní. Ať už i nadále doufají, že se uzdraví, nebo ne, nakonec se musí vyrovnat s realitou své situace – avšak toto uvědomění může nějakou dobu trvat.

Nakonec, píše Kübler-Ross (1992), může být umírající člověk být připraven hovořit o svých pocitech. Obyčejně k tomu dochází pozdě večer nebo v časných ranních hodinách, kdy

si všichni připadáme nejosamělejší a proto asi blíže k smrti. Tuto zkušenost by potvrdila většina zdravotních sester v našem hospici. Pokud se jim podařilo dát nemocnému najevo, že jsou mu nablízku, že mají čas, pak většinou umírající člověk opustí svou negaci a přestane popírat realitu.

Další z reakcí, které, v lidech nakonec může vyvolat představa vlastní smrti, je smlouvání. Kübler-Ross (1992) tuto reakci popisuje jako uzavření „dočasného příměří“. Umírající člověk v podstatě říká: Dobrá, přijímám, že musím umřít – ale ne hned!

Deprese bývá nejčastější reakcí smrtelně nemocných lidí a jejich blízkým se pravděpodobně nejhůře zvládá. Dochází k ní, když si umírající člověk uvědomí, že jeho smrt je opravdu nevyhnutelná. Žádný další doktor, žádný vztek na nemocnici, žádné smlouvání se světem už to nezmění. Podle některých odborníků může tato reakce nastat hned, jakmile se člověk dozví, že mu hrozí blízká smrt a může trvat do té doby, než skutečně umře. Ale i v tomto případě se může prolínat s jinými reakcemi a emocemi.

Ze své zkušenosti a zkušeností svých kolegů jsem přesvědčena, že umírající si v drtivé většině případů přejí vědět pravdu. Někdy přímo, někdy jen náznakem – citelně sdělenou, dávkovanou, ale neberoucí naději – ale pravdu. Lékaři v hospicích se ji museli naučit sdělovat, protože jinak by ztráceli důvěru svých nemocných.

3.5 Naděje umírajících a doprovázejících

Přestože duchovní, duševní a sociální pomoc má být nemocnému a jeho rodině dostupná již od počátku dlouhé cesty od narození ke smrti, všechny problémy se určitým způsobem aktualizují ve faktickém závěru života.

Člověk, který umírá, potřebuje naději. Chce se ráno probudit s nadějí, že dnešní den bude lepší, že se něco změní, třeba jen to, že neumře v nesnesitelných bolestech. Pokud nemocný ví, že se nemůže uzdravit, musí si začít vytvářet jiné cíle – dosažitelnější. Budou sice menší, ale stále v nich bude naděje. Třeba se jen těšit na vnoučata, na jaro, na usmívající se sestřičku apod. Proto je nejvíc důležité povzbuzovat a dávat naději zrovna těžce nemocným, protože naděje je vlastně tím jediným, co mají, co jim zbývá. Když u nich totiž jakákoliv naděje vymizí, nemají se o co opřít (Svatošová, 2008).

3.6 Úzkost ze smrti

Smrt je záhadou našeho života, týká se každého z nás osobně, může přijít kdykoliv, nikoho z nás nevynechá. Neustále žijeme v její blízkosti. Na toto setkání se smrtí nejsme vnitřně připraveni. Proto je smrt odmítána, smrti se bojíme a ještě větší strach máme z umírání.

Hrůza ze smrti je všudypřítomná a velká a to tak, že člověk vynakládá značnou část své životní energie za popírání smrti samotné (Haškovcová, 1991). K největším zdrojů utrpení umírajícího člověka patří vedle bolesti a strachu opuštěnost a prázdnota (Kalvach, 2010).

Umírající lidé se připravují na rozloučení s celým svým životem. Vlastně opouštějí svou minulost, přítomnost i budoucnost. Jak se přibližují smrti, uvědomují si, že jejich vzpomínky a jejich minulé prožitky do určité míry umřou s nimi. Eriksonův citát o tomto období říká – „*Jsem to, co po mně zůstane.*“ Nikdo s jistotou neví, jestli si umírající člověk může tyto vzpomínky a prožitky vzít až za hrob, proto se umírající smiřuje se ztrátou všeho, co činilo jeho život smysluplným a cenným. Umírající se také loučí se svou přítomností, se všemi lidmi, které zná, se všemi oblíbenými činnostmi, s každodenním požitkem z dobrého jídla, z četby knihy, z poslechu oblíbené hudby. Potřebuje čas, aby tyto své ztráty oplakal a aby se s nimi rozloučil.

3.7 Věda a smrt

Člověk věří, že existuje ještě něco po tomto životě. Dává mu to smysl žítí a naplnění. Ne všichni nemocní a umírající jsou však věřící. Proto se mi jeví jako potřebné se zabývat možnostmi doprovázení jak pro nemocné věřící, tak pro nemocné nevěřící.

Smrt má svoji vlastní vědu – thanatologii. Kromě ní se však smrti věnuje i celá řada dalších disciplin. Funkční podstatou umírání a smrti se zabývá medicína a biologie. Vzhledem k tomu, že i přes velký rozvoj a výzkum medicína vždy nedokáže člověka vyléčit, je velmi významnou rozrůstající se vědou paliativní péče, která umožňuje poskytovat pacientům v terminální fázi velkou úlevu a tím jim zkvalitňuje zbytek života. S touto možností se však objevuje dilema, kdy začít paliativní péči uplatňovat. V historii lékařství můžeme pozorovat vývoj samotné definice smrti. Od doby, kdy člověk dodýchal a zemřel až k současným popisům klinických úmrtí (Baštecká, 2003). Další vědou je teologie, která vysvětluje smrt

nejčastěji jako přechod do posmrtného života. Málakteré náboženství si neklade nárok na vysvětlení „posledních věcí“. Také sociologie se zabývá postoji vůči smrti jako možnosti poznat jeden ze základních rysů života společnosti. Zabývá se významem smrti pro společnost, roli umírajícího jedince, tématem tabulace smrti a zkoumá pojetí smrti jako součást socializace jedince. Antropologie také přináší zajímavé informace o tom, jak se která kultura vypořádávala se skutečností smrti. Různé rituály a zvyky, udržované ve společnosti v této souvislosti nám mohou pomoci lépe pochopit, jak významná smrt pro lidstvo je i jaké mají lidé představy o posmrtném životě. O další vědě - psychologii a existenciální analýze jsem již pojednávala.

Formy doprovázení, stejně jako tlumení obtíží, se mohou a musejí měnit s časem, pokrokem i s kulturními okruhy. To nejpodstatnější však zůstává. Důležitá je jistota pacienta, že může vzít někoho blízkého či vstřícného za ruku. Je to stejně důležité, jako pacientova jistota, že dosáhne úlevy od trýznivých obtíží, ať už opiem, morfinem nebo náplastí (Kalvach, 2010).

3.8 Víra a smrt

Z pohledu křesťanské filozofie a teologie je smrt odloučení duše od těla. Předpokládá princip či formu života – duši, která je duchovní podstaty, a proto se nemůže rozpadnout, je nesmrtelná (Brabec, 1991).

Poznat Boha způsobem, jakým poznáváme hmotný svět, není v silách člověka. Boha nikdy nikdo neviděl, lze ho poznat jedině ve vztahu. Bůh se nedá nastudovat, ale je možné mít s ním niternou osobní zkušenost. Kdyby na životě věřících bylo víc poznat, jak obrovskou hodnotou víra je, lidé by se víc začali o Boha zajímat (Svatošová, 2012). Neexistuje totiž žádný hřích, který by Bůh nebyl ochoten odpustit, pokud svého provinění člověk upřímně lituje a o Boží odpuštění opravdu stojí. *„Nalomenou třtinu nedolomí a doutnající knot neuhasí.“* (Mt 12, 20)

Odchod je dějem, který se netýká jen těla, ale i duchovního života. Je-li tento odchod možno charakterizovat jako „boj“ v oblasti tělesné i duševní, pak je možno jej charakterizovat i jako „boj“ v oblasti duchovní. O tom, co znamená „boj víry“ v nejtěžším úseku života, víme mnohé z Bible. V popisu posledního boje Pána Ježíše Krista nečteme jen o negativních věcech jako je bolest, nespravedlnost, krutost a zahanbení. Pán Ježíš Kristus zemřel, aniž by

se u něho projevila zloba a nenávisť. V popisu najdeme i světlo naděje – když se modlil v Getsemane, zjevil se mu anděl z nebe a dodával mu síly (Křivohlavý, 1991).

Až do nedávné doby byly spirituální potřeby nemocných většinou tabu. Není proto divu, že většina zdravotnického personálu si neví s takovými potřebami nemocných rady. Právě v průběhu vážné nemoci se člověk začíná zabývat životně důležitými otázkami po smyslu vlastního života. Každý člověk v takové situaci potřebuje vědět, že mu bylo odpuštěno a také sám má potřebu odpouštět. Nenaplněnost této potřeby se rovná skutečnému stavu duchovní nouze (Svatošová, 2012).

Nerespektování postojů a potřeb nemocných je nebezpečné zejména u těch s infaustní prognózou. U nich duchovní potřeby vystupují do popředí a bývají jejich prioritou. Velmi často jde o potřebu usmíření, uzdravení vztahů, jak s lidmi, tak s Bohem (Svatošová, 2012). Proto je velmi důležité včas sdělení nepříznivé prognózy nemocným, aby jim bylo umožněno začít včas bilancovat. Pro všechny doprovázející je velmi důležité umět naslouchat, aniž by se museli vzdát své víry či nevíry, svých životních hodnot a preferencí. Nemusí souhlasit se spiritualitou druhého, ale musí je respektovat, protože jeden druhého nemohou omezovat ve svobodě, na kterou má každý člověk právo.

4 Hospice, hospicové hnutí a hospicová péče

V této kapitole se věnuji hospicovému hnutí, hospicové péči a hospicům v České republice. Jako příklad zde uvádím Hospic sv. Lazara v Plzni. Je to z toho důvodu, že v tomto hospici mám tu čest pracovat a velkou inspirací k vybrání tématu a napsání této práce mi byli právě pacienti a všichni lidé doprovázející tyto pacienty jejich poslední životní etapou.

4.1 Hospicové hnutí a paliativní medicína

Hospicové hnutí je v naší zemi prakticky jediným reprezentantem paliativního přístupu k umírajícím. Moderní medicína se orientuje výrazně na úspěšnou léčbu somatických onemocnění, lékařům a zdravotníkům se dostává vysoce kvalitního vzdělání zaměřeného na úspěšný boj s nemocí. V okamžiku, kdy tato orientace a zaměření přestávají fungovat, propadají lékaři a zdravotníci skepsi. Mnozí jsou rozladěni z neúspěchu a mají pocit prohry. Pacienti, kterým už není možno z lékařského hlediska pomoci, bývají odsunuti a izolováni. Je jedno, zda v samostatném pokoji nebo oddělení plentou. Umírající si většinou přejí přítomnost druhého člověka, ale tento způsob se ve zdravotnických zařízeních stále ještě nikterak významně nepraktikuje. V naší společnosti chybí rituál. Je třeba smrt přijmout a zlidštit. Je třeba hledat nový a vhodný rituál, který by byl přijatelný a který by respektoval kombinaci tradičního, domácího modelu umírání a moderní lékařské formy pomoci a péče (Haškovcová, 2000).

Vím, že je velmi těžké si přiznat, že již nastal konec v léčbě nemoci a že další léčba umírajícího zatěžuje, vždyť mnozí umírající a jejich příbuzní očekávají zázrak až do úplného konce. Pokud se ale nemoc dostane do neperspektivní fáze a člověk vstoupí do procesu umírání, měla by léčba kurativní ustoupit léčbě paliativní. Umírajícímu a jeho blízkým by měla být nabídnuta jiná pomoc – utišující léčba a péče, jinými slovy paliativní medicína. Tento program realizují představitelé hospicového hnutí po celém světě.

Pojem „hospicová péče“ se překrývá s pojmem „paliativní péče“. Paliativní péče je zaměřena na program medicínský, u hospicového programu je často zdůrazňován aspekt psycho-sociální či spirituální. A to i přesto, že paliativní péče v sobě obsahuje i psycho-socio-spirituální komponenty a hospicová péče se opírá o tišení bolesti.

Přesné hranice a kritéria pro odklonění kurativní léčby a přechod na paliativní režim bude třeba v budoucnosti jasněji specifikovat a definovat. Medicína by měla být zdrženlivá a rovnovážná, zápas s chorobou by měla vyvažovat vědomím, že její úlohou není učinit tělo nesmrtelným, ale pomoci prožít omezený čas co nejzdravěji (Haškovcová, 2000).

U paliativního způsobu léčby se sice neodstraní nemoc, subjektivní stav pacienta se však přesto zlepší. Paliativní péče smrt významně neurychluje ani neoddaluje. Důležitou zásadou, která je v hospicové péči uplatňována, zní: „Pomáhat v umírání ANO, pomáhat k smrti NE.“ V tom se hospicové hnutí zřetelně vymezuje vůči poskytování eutanázie (Svatošová 2008).

Paliativní péče tedy mírní bolest a jiné symptomy nemoci, přibírá i psychologický, sociální a spirituální aspekt péče, věnuje si i péči o rodinu nemocného, a to jak v období umírání, tak i po pacientově smrti.

4.2 Vznik hospiců

„Termín hospic, který byl původně používán ve středověku pro tzv. domy odpočinku, znamená útulek nebo útočiště“ (Haškovcová, 2000). Slovo hospic má svůj základ v latinském hospes, hospitis a odtud hospitium, což znamená pohostinství, hostinný dům, ale také hostinec, hospoda. Hospitalizovat tak znamená přijmout hosta do nemocnice neboli hospitálu.

Ve středověku v dobách křížových výprav vznikaly hospice podél cest, po nichž putovali poutníci, vedly do Svaté země. Většinou byly zřizovány řeholníky, popř. laickými bratrstvy. Poutníci se zde mohli zastavit a odpočinout si. V hospicích jim bylo poskytnuto potřebné ošetření, strava i duchovní podpora. Mnohdy byli natolik vyčerpáni strastmi putování, že zde umírali.

Podle Haškovcové (2000) hospice později zanikly a myšlenka na ně ožila teprve v polovině 18. století, kdy byla v Dublinu z iniciativy Mary Aikdenhead otevřena zvláštní nemocnice pro umírající. Byla nazvána Hospic a poskytovala péči odpovídající principům sesterské charity.

Moderní hospicové hnutí se opírá o myšlenky a dílo Cicely Saunders, zakladatelky hospicového hnutí, která si získala úctu, obdiv i mezinárodní věhlas pro svůj příspěvek v péči

o zmírnění utrpení umírajících. V polovině minulého století ještě umírali lidé často zanedbání a v ubohých podmínkách, ačkoliv medicína jako věda dosáhla velkého pokroku v mnoha oblastech. Výzkumu ohledně tišení bolesti umírajících se však žádná disciplína nevěnovala. Tato svízelná situace umírajících spolu s osobní zkušeností motivovala zdravotní sestru a sociální pracovníci Cicely Saunders a stala se jí životní výzvou. Pomohla jí ujasnit si základní potřeby umírajících a možnosti, jak tyto potřeby naplnit. Její práce představuje počátek moderní paliativní léčby chronických bolestí a je průkopnicí v prevenci bolesti u onkologických onemocnění. Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin.

4.3 Co je hospic

Hospic tedy přichází na řadu ve chvíli, kdy medicína již vyčerpala veškeré cesty vedoucí k vyléčení. Jeho místo je tam, kde je potřeba citlivě vnímat osobnost člověka v konečných stádiích – většinou onkologického onemocnění, to je v závěrečných fázích života.

Osobně jsem přesvědčena, že člověk by měl trávit poslední chvíle života mezi svými blízkými – tam, kde je mu nejlépe, neboť donedávna o umírajícího pečovali rodinní příslušníci doma. Smrt byla přiznávána. Přítomny smrti bývaly i děti, nemocný jim dával své požehnání a loučit se chodili také sousedé. Tak byla léčena bolest sociální. Umírající věděl, že umírá. Vyslovoval poslední přání a loučil se s rodinou, tím byla léčena bolest psychická. Kněz udělovat svátost nemocných a tím byla léčena bolest spirituální. Mnohdy ale tyto rituály byly u umírajícího doprovázeny velkými fyzickými bolestmi.

Dle Behra (2008) se toto týkalo německých pacientů, začátkem 20 století umíralo 80% lidí doma. Jako protiklad umírá dnes 80% lidí mimo domov, z toho 58% v nemocnici, 30% v pečovatelských ústavech. Na popud Nadace německých hospiců byla provedena anketa o postoji k umírání. V centru pozornosti stála otázka, jaká přání lidé mají v případě vlastního umírání. 60 % dotázaných udalo, že chtějí rychle a náhle zemřít. 20% lidí se touto myšlenkou vůbec nezabývá a 12% vyslovalo přání umírat vědomě a s doprovodem.

Dnešní pomocí – alternativou domácího modelu umírání, která poskytuje všechny tyto služby, může být pro umírající hospic. Ten zabezpečuje intenzivní lékařskou a ošetrovatelskou péči o tělesné potřeby nemocného, bolest psychická je léčena nejen

farmakologicky, ale také nabídkou služeb psychologa, psychoterapeuta a celého týmu hospicových zaměstnanců i dobrovolníků. Není zde zapomenuto ani na bolest duchovní, která je zajišťována návštěvou duchovních různých církví podle potřeby nemocného.

Hospic přichází na řadu ve chvíli, kdy medicína vyčerpala veškeré možnosti a není možná péče v domácím prostředí. Zdravotně sociální péče, kterou hospice poskytují, se označuje termínem paliativní. Orientuje se nejen na zdravotnickou a ošetrovatelskou činnost, ale snaží se vhodně naplňovat volný čas pacienta např. četbou, rozhovorem, tvůrčími aktivitami i bohoslužbami. Hospicová péče si klade za cíl vysokou kvalitu života až do jeho konce. Ideálem je, aby člověk umíral bez bolesti fyzické, psychické, sociální a spirituální a s vděčností za život, který mu byl dán. Hospicová péče vychází z úcty k člověku jako neopakovatelné lidské bytosti – z křesťanského pohledu na něj.

4.4 Současná situace hospiců v ČR

Současná platná legislativa v ČR nepracuje s termínem zdravotně-sociální péče. Tuto situaci pojmenovávají i různé studie veřejných orgánů, ale zatím nekonají potřebné a dostatečné kroky k nápravě této situace: „Závažný je mýtus o oddělitelnosti zdravotních a sociálních služeb u osob se závažnou disabilitou, s křehkostí či se závislostí. Kromě jiného vede i k mýtu o neměnnosti tradičního pojetí a uspořádání služeb a institucí, které je zajišťují...“ (Kalvach, 2006). V tomto ohledu je chápáno financování péče – odděleně zdravotní a sociální a z tohoto důvodu je pro hospice v dnešní ekonomické situaci velmi těžké shánět potřebné finance tak, aby nemocní a umírající netrpěli žádným diskomfortem. V hospici nelze léčit odděleně jen zdravotní nebo jen sociální část umírajícího. Není možné oddělit léčbu fyzických bolestí od bolestí sociálních, duševního nebo dokonce duchovního strádání. Důležitá je zde „léčba“ osamělosti, opuštěnosti, strachu z umírání, obav z toho, co bude, ale i péče o doprovázející a pozůstalé.

Hospic je tedy specifickým zařízením, kde se prolíná péče zdravotní a péče sociální a je třeba, aby v ČR byl tento druh péče plně akceptován - aby MPSV a MZČR vzájemně spolupracovaly. Český právní systém neobsahoval do roku 2006 termín „hospic“ a „paliativní péče“. Změnu přinesla až novela Zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění, která vstoupila v platnost 3. 7. 2006 a která v §22 nově zavádí: „Zvláštní ústavní péče - péče paliativní lůžková. Léčba paliativní a symptomatická o osoby v terminálním stavu

poskytovaná ve speciálních lůžkových zařízeních hospicového typu.“ Hospice jsou registrovány jako zdravotnická zařízení, ale v rámci nezbytné komplexní péče je poskytována zdravotní péče a sociální práce souběžně.

V současné době se v naší zemi hospicová péče rozšiřuje stále více. Když se člověk postaví tvář v tvář smrti, je to pro něj velmi znepokojující. Lidé hledají jakouci duchovní oporu, ať už ve formě jakéhosi boha nebo pomoci druhého člověka. Lidé začínají chápat, že se jedná o velmi důležitou péči, neboť nevyléčitelné onemocnění a proces umírání je v podstatě „onemocněním celé rodiny“. Takováto nemoc má velké důsledky psychologické, sociální, finanční, popřípadě duchovní, jak pro samotného nemocného, tak pro jeho rodinu. Celostní přístup a komplexní péče o umírajícího ta musí soustředit pozornost a péči i na jeho blízké a to i v době doprovázení a truchlení. I toto je důvod, proč hospice poskytují rozsáhlé poradenské služby.

Práci v hospici zajišťuje multidisciplinární tým, který poskytuje komplexní péči – bio-psycho-socio-spirituální. Tvoří jej lékaři, zdravotní sestry, ošetřovatelé nebo pečovatelé, sociální pracovníci, duchovní, pastorační asistenti, psychologové nebo psychoterapeuti, administrativní a technicko-hospodářští pracovníci a také dobrovolníci. Předmětem sociální práce v hospici je nemocný blízko svého konce. Vědomí vlastní konečnosti, která se blíží či nastává, mění postoj člověka a jeho prožívání ve vztahu k sobě i ke svým blízkým a svému okolí. V hospici platí, že žádný odborník se nemůže omezit pouze na svou specializaci. Všichni by měli zaujímat celostní pohled. K tomu je musí vést především empatie a jejich vnitřní přesvědčení, že svou práci vykonávají dobře. Žádné studium a žádné povolání nepřipravuje člověka na to, aby se vyrovnal s vlastním umíráním a umíráním jiných lidí (Student, 2006). Co se týká samotné práce sociálního pracovníka v hospici, tak jeho rozsah a činnosti velmi přesahují kapacitu jeho pracovního úvazku. V hospici není chápán jako úředník, protože základem jeho individuální práce je vztah, důvěra a vytváření pocitu bezpečí a jistoty, které patří k těm nejzákladnějším potřebám našich nemocných a jejich blízkých.

Historie hospicové péče v České republice se datuje od roku 1993, kdy bylo založeno lékařkou MUDr. Marií Svatošovou občanské sdružení pro podporu domácí péče a hospicového hnutí ECCE HOMO. Marie Svatošová stála také u zrodu prvního hospice u nás. Byl to Hospic Anežky České v Červeném Kostelci, otevřený v roce 1996. Další dva hospice byly otevřeny v roce 1998 – byly jimi Hospic Štrasburk v Praze Bohnicích a Hospic sv. Lazara v Plzni. V témže roce byla založena také Asociace poskytovatelů hospicové a

paliativní péče. Její prezidentkou se stala MUDr. Marie Svatošová, kterou ve funkci nahradil v roce 2012 Ing. Jakub Forejt. V současné době v ČR poskytuje péči nemocným 16 hospiců.

Svatošová (2008) rozlišuje tři formy hospicové péče, které jsou v odborné literatuře uváděny i jinými autory. Jedná se o domácí hospic, stacionáře – denní hospic a lůžkový hospic.

Nejžádanější formou dle mé zkušenosti bývá forma domácí hospicové péče, ale tato forma péče není vždy ideální. Jednak nepostačuje nemocnému a jednak předpokládá určitou úroveň rodinného zázemí, které často schází nebo se dlouhou péčí o nemocného vyčerpá a unaví.

Další formou péče o nemocné je stacionář. Jedná se o denní pobyty v hospici, kam je pacient ráno přijat a odpoledne nebo večer, dle možností pečující rodiny, se vrací domů. Tento způsob připadá v úvahu jen u nemocných, kteří zvládají denní přepravu do zařízení a bydlí v okolí hospice.

Lůžkový hospic je aktuální zejména tehdy, když předchází dvě formy péče o nemocné nestačí nebo nejsou k dispozici. V případě, že se nemocnému zlepši jeho zdravotní stav, může se vrátit do domácí péče. Lůžkový hospic je poměrně malé zařízení, které má zpravidla kolem třiceti lůžek. Podle Haškovcové (2000) se v hospicích pravidelně nachází vzdělávací centrum s poradnou. Pokoje jsou vybaveny telefonem, dle možností zařízení televizí a pro všechny nemocné jsou k dispozici společenské prostory a zahrada. Součástí běžného vybavení hospice je také kaple a místnost posledního rozloučení. Návštěvy příbuzných jsou na rozdíl od nemocničních zařízení povoleny nepřetržitě a běžný hospicový režim je zcela přizpůsoben potřebám jednotlivých nemocných.

Pro srovnání uvádím typické úkoly a metody hospicové sociální práce v Německu tak, jak je vidí Behr (2008). Ve své knize popisuje, v čem spočívá psychosociální a poradenská práce a péče: být kontaktní osobou při strachu a obavách, vypořádat se s blízcím se umíráním nebo se zhoršením zdravotního stavu nemocného, zprostředkovávat pohovory s pozůstalými, podporovat je v zármutku, poskytovat poradenství v sociálně právních otázkách, podporovat při vyplňování formulářů a žádostí, při ustanovení závěti, poskytovat emocionální podporu, podporovat děti a mladistvé a naslouchat.

4.5 Hospic sv. Lazara v Plzni

Jak jsem se již v úvodu této práce zmínila, pracuji jako sociální pracovník v Hospici sv. Lazara v Plzni. Mám tedy k tomuto zařízení velmi blízko a vzhledem k tomu, že mi moje práce zcela naplňuje a dává smysl mému životu, jsem si mohla vybrat téma, které mi zajímá, je mi blízké a jak doufám, osloví čtenáře této práce. K životu patří umírání a nikdo z nás neví, kdy zemře. Jediné, co s jistotou víme, je to, že náš život bude končit umíráním a umírání smrtí. Přeji si proto, aby každý z nás si alespoň občas uvědomil, že život je dar a záleží jen na nás, jak s tímto darem budeme zacházet, abychom v poslední fázi svého života nelitovali, že jsme tento dar promarnili.

Za myšlenkou na zřízení hospice v Plzni stál evangelický farář Luděk Korpa a ředitel diecézní charity v Plzni pan Ing. Jiří Lodr. Obrovskou podporu měl projekt také na Magistrátu města Plzně, který hospici pronajal budovu a přispěl na opravu jednou třetinou. Zbývající dvě třetiny poskytlo Ministerstvo zdravotnictví ČR. Za zmínku také stojí fakt, že zahájení provozu hospice bylo doprovázeno nepochopením a nesouhlasem místních obyvatel. Budova je umístěna v zástavbě činžovních domů na Slovanech ve Sladkovského ulici a lidé z okolí dokonce sepsali petici proti zřízení a otevření hospice v jejich sousedství. Toto je dokladem toho, že je smrt stále v naší společnosti vytěšňována a tabuizována. V současné době je již hospic obyvateli přijímán a dokonce mnozí obyvatelé již své příbuzné do hospice umístili.

V letošním roce oslaví Hospic sv. Lazara 15 let od svého otevření. Byl otevřen pro nemocné jako třetí hospic v České republice dne 1. dubna 1998. Toho dne byla podepsána smlouva s Všeobecnou zdravotní pojišťovnou a tím byl zahájen provoz.

Budova hospice je pětipatrová a vzhledem k tomu, že je to upravený starý činžovní dům, je zde využito každé místo. Ve srovnání s nově vybudovanými hospici není zde takový prostor, který by si toto zařízení zasloužilo, ale jak říkají zaměstnanci, klienti i „obyčejní“ návštěvníci – tato budova je prochnuta příjemnou atmosférou a je zde „cítit pozitivní duch“. V pátém patře jsou umístěny kanceláře, lékařský pokoj a denní místnost pro personál, kde se mohou občerstvit a zregenerovat pro další práci s nemocnými. První až čtvrté patro je určeno pro nemocné. V každém patře je pět jednolůžkových pokojů a jeden dvoulůžkový, který se dá oddělit posuvnou stěnou tak, aby každý nemocný měl svůj klid a prostor. V prvním patře je zimní zahrada a terasa, které slouží pro všechny obyvatele a návštěvníky hospice. V přízemí se nachází recepce, sociální pracovník, místnost pro ergoterapii a arteterapii, ubytovna pro stážisty a studenty. Je zde také velmi příjemně zařízená

kaple, kterou oddělují shrnovací dveře od společenské místnosti. V suterénu se pak nachází důstojně zařízená místnost posledního rozloučení a ostatní provozní místnosti.

Všechny pokoje jsou vybaveny tak, aby poskytly maximální pohodlí pro nemocné a jejich blízké. V každém pokoji je elektrická polohovací postel s antidekubitní matrací, skříň, stolek, stůl, křesla. Dále je na každém pokoji samozřejmostí televize, rádio, WiFi připojení, telefon. Na většině pokojů je také přistýlka, aby doprovázející osoba mohla v případě potřeby s nemocným zůstat i přes noc. Na pokojích nechybí ani obrázky a květiny, které zde dotvářejí příjemnou atmosféru. Pokoje je možno, po domluvě s personálem, dozařadit i o osobní věci a vybavení nemocného.

Personál hospice je vybírán velmi pečlivě na základě konkursního řízení. O nemocné se zde starají dvě stálé lékařky, po jedné sociální pracovnice, rehabilitační pracovnice a psychoterapeutka, která je zároveň pastorační asistentkou. Ve dvanáctihodinových směnách se zde střídá na třicet zdravotních sester a ošetřovatelů. Do hospice dochází duchovní pravidelně dvakrát týdně a mimořádně na vyžádání nemocného. Také se zde střídají dobrovolníci, kteří dělají nemocným společnost nebo se starají o chod hospice – starají se o květiny, o knihovnu, zašívají prádlo apod. Ti všichni se velmi snaží a usilují o co nejpříjemnější prožití poslední fáze života nemocných a o co nejlepší péči pro pozůstalé – tak, aby se jim hospic stal především „domovem“ a ne jen dalším zařízením.

Jak již bylo uvedeno v předchozím textu, v paliativní a hospicové péči profesně působí především lékaři, zdravotní sestry, fyzioterapeuti, psychologové, sociální pracovníci a duchovní. Tito všichni se ocitají tváří v tvář lidem, kteří trpí progresivní nevléčitelnou nemocí. Měli by proto mít vědomosti a dovednosti z oboru paliativní péče, aby mohli nemocnému zaručit nejlepší možnou kvalitu života a jeho blízkým poskytnout přiměřenou oporu. „Tato profesionální pomoc se dostává ke slovu tehdy, kdy ostatní způsoby, jimiž lidé řeší své problémy, selhávají a tam, kde končí možnosti běžné mezilidské pomoci“ (Úlehla, 1999).

5 Doprovázení umírajících

V předešlé kapitole jsem se věnovala hospicové péči a konkrétnímu hospici. V této kapitole se budu věnovat období, kdy vejde povědomost nemocnému a jeho blízkým o tom, že do jeho života vstoupila nemoc, která jej ohrožuje na životě, tedy období „prae finem“ a „in finem“ (Haškovcová, 2000). Také Kübler-Ross ve svých publikacích hovoří o umírání v širokém pojetí, tedy prae finem a in finem a ne pouze o terminálním období umírajícího – fázi in finem, o kterém je medicínské pojetí.

V souvislosti s poskytováním pomoci vážně nemocným a umírajícím se hovoří o doprovázení. Nemocný hledá pomoc v situaci, kterou nelze nijak změnit. Neočekává tedy změnu toho, co je dáno, ale chce mít někoho, kdo mu bude pomáhat vše snášet a zvládat. Nemocný od doprovázejícího očekává, že mu poskytne své schopnosti a dovednosti zvládat těžké situace a nezalekne se ani těch nejdůležitějších témat. Doprovázející nabízí přijetí a poskytuje pevnou oporu (Úlehla, 1999).

Ze statistiky Hospice sv. Lazara v Plzni vyplývá, že průměrná délka hospitalizace je 28 dní za rok 2012. To je ale pouhá statistika. Vzhledem k tomu, že za rok 2012 v tomto hospici zemřelo 179 lidí, mohu sdělit, že mnoho umírající bylo do zařízení přivezeno již velmi pozdě a z toho důvodu nebylo v možnostech doprovázejícího personálu a mnohdy i blízkých lépe poznat potřeby a přání těchto umírajících. Hospicová péče může u každého nemocného trvat různě dlouhou dobu, a to od několika měsíců po pouhých několik málo hodin. Minimální délka péče, kterou Hospic sv. Lazara v Plzni poskytl v roce 2012, byla pouhých 5 hodin.

5.1 Prožívání, potřeby a péče o umírající a doprovázející

„Člověk může přijít o všechno kromě jediného: nikdo mu nemůže vzít poslední lidskou svobodu vybrat si za jakýchkoliv okolností svůj vlastní přístup, svou vlastní cestu.“

V. E. Frankl

Doba umírání je jak pro odcházejícího člověka, tak pro jeho blízké, dobou krize, strachu, úzkosti a nejistoty. Tyto pocity jsou doprovázeny pocitem naprosté bezmoci a u některých dokonce pocitem viny. Nemocní mají různé druhy strachu – z bolesti, ze ztráty

kontroly nad svým tělem, strach ze samoty, z neznámého a v neposlední řadě ze samotného umírání a smrti.

U některých vážně nemocných se může objevit i hněv a agrese (Vyměnal, 2003). Někteří nemocní mají potřebu dokončit svoji práci a své plány, jak ve vztahu k lidem, tak ve vztahu k věcem. Musí se vyrovnávat se ztrátami a odpoutat se od svých blízkých (Křivohlavý, 2002). Nemocní jsou mnohdy konfrontováni s otázkou po smyslu, a to jak po smyslu své nemoci a svého utrpení, tak také s otázkou po smyslu celého svého života. Každý nemocný, blížící se smrti vstříc, svým vlastním způsobem vtiskuje svému umírání jedinečnost. Smrt je tak jedinečná, jak jedinečný je každý člověk. Cesta umírání je pro každého člověka jiná, je jeho vlastní a liší se od všech ostatních, přestože je všem ostatním podobná.

5.2 Podpora pozůstalých po smrti

Člověk se celý život na něco připravuje – na narození dítěte, na jeho první krůčky, na vstup do školy. Studiem se připravuje na povolání. Člověk se stále na něco připravuje, a pokud to nevyjde, má obvykle druhý a případně i další pokus. Tohle vše ale neplatí, pokud se příprava týká smrti – ať už své vlastní nebo našich blízkých. Na to se nedá nikdy připravit a neexistuje ani žádný opravný pokus.

Doprovázející nemocných v hospicích to nemají vůbec jednoduché. Na jedné straně se od nich očekává doprovázení umírajícího, na druhé straně oni sami potřebují být doprovázeni. Jim je také nutno pomoci ke smíření a to co nejdříve, aby mohli zbývající čas s nemocným prožít co nejintenzivněji. Jen tak je možno zmírnit jejich utrpení a naznačit, kudy dál (Svatošová, 2008).

5.3 Období post finem

„Láska je to poslední a nejvyšší, k čemu se člověk může vzepnout. Chápu, že člověk, i když mu už na tomto světě nezbývá vůbec nic, může být blažený, byť jen na okamžik, když se ve svém nejhlubším nitru odevzdá obrazu milovaného člověka.“

V. E. Frankl

Období post finem je charakteristické péčí o mrtvé tělo a zahrnuje též péči o pozůstalé. Velkým problémem tohoto období je způsob, jak sdělit zprávu o úmrtí příbuzným, pokud nejsou osobně přítomni. Sdělení prostřednictvím telefonu může být pro blízké šokující událostí i přesto, že úmrtí očekávali. Pozůstalí zpravidla chtějí vědět, jaké byly poslední chvíle života jejich blízkého a trpí výčitkami, že nebyli přítomni u lůžka v době skonu.

Z hlediska péče o pozůstalé je v oprávněně nárokovaném rozhovoru možné předejít patologickým formám zármutku a žalu. „Ritualizace způsobu předávání informací je nutná, neboť usnadní nejbližším pozůstalým unést právě prožívanou extrémní ztrátu“ (Haškovcová, 2002).

Blízkým je v hospici umožněno setrvat u těla zemřelého, jak dlouho potřebují, než se tělo odveze pohřební službou. K tomu slouží místnost posledního rozloučení. V takové chvíli přichází k pozůstalým i uvědomění si reality samotné smrti. Nutný je velmi citlivý přístup k jedinečnosti prožívání v této situaci. Respektování duchovních potřeb a rituálů je zde samozřejmostí.

Pohled na mrtvé tělo je obvykle zkušeností, která přináší více kladů než záporů. Čas takto strávený pomáhá pozůstalým přijmout smrt, přestože se může jednat o velmi bolestnou událost. Předpokládá se, že pozůstalý snáze přijme skutečnost smrti svého blízkého, pokud může vidět zemřelého (Baštecká, 2005).

5.4 Zármutek a truchlení

Blízcí, kteří byli umírajícímu nejbližší, naposled jej pohladili po ruce a poděkovali za jeho život, zůstávají najednou opuštěni. Jsou naplněni sklíčeností a žalem, jsou naplněni lítostí a smutkem. Žal vyjadřuje jejich vnitřní bolest a může postihnout nejen psychiku, ale i tělesné zdraví. Žalem je možno i onemocnět. Zcela přirozeným projevem žalu je pláč a nářek. Tomu by nemělo být bráněno, neboť pláč pomáhá uvolnit vnitřní napětí (Křivohlavý, 1991). Čas zármutku není časově ohraničen jako sám život. Cesta zármutkem může být nesmírně dlouhá a těžká – zármutek se objevuje již dříve, než dojde k úmrtí. Je potřeba hodně trpělivosti a vytrvalosti. Člověk si nepomůže tím, že bude problémy popírat nebo naopak se utápět v bolesti. Je potřeba dopřát všemu potřebný čas a nikam nespěchat.

Chceme-li pomoci člověku, který je zarmoucen nad ztrátou svého blízkého, je dobré se pokusit porozumět tomu, co se v něm v takové chvíli děje. On prožívá něco, co je možno

chápat jako pocit, že se něco stalo, co nemohl a nebyl schopen nijak ovlivnit – vymyká se to jeho možnostem. Je to pocit bezmoci, marnosti a nemožnosti zvládnout největší překážku v životě – smrt.

To, co člověk nemůže přijmout, to je skutečnost, že není v lidských silách tomu zabránit, změnit to, co se stalo. Když to člověk přijme, když vyzná svoji bezmocnost, dostane se ze zajetí zotročujícího zármutku a žalu (Křivohlavý, 1991).

Při vši tíži situace opuštění může ten, kdo doufá v Boha, věřit, že není opuštěn. (Iz 43,1-5) Nejen to. Může věřit tomu, co vyjádřil apoštol Pavel (1 Kor 10,13): „*Pán Bůh nedopustí, abyste byli podrobeni zkoušce, kterou byste nemohli vydržet, nýbrž se zkouškou vám připraví i východisko a dá vám sílu, abyste mohli obstát.*“

Období akutního žalu trvá zhruba kolem šesti týdnů a zahrnuje kromě času úmrtí a pohřbu také období nutné pro biologickou přestavbu organismu truchlícího pozůstalého. V židovském myšlení představovalo čtyřicet dní plnost času a v řadě kultur nalezneme čtyřicet dní povinného smutku. Obecně by se dalo říci, že proces truchlení probíhá zhruba jeden rok, který si pozůstalý prožil bez zemřelého. Má totiž za sebou všechna výročí a svátky, cyklus se začíná opakovat. Ale i následující druhý rok je důležitý, neboť události se uzavírají a začíšťují (Baštecká, 2005).

5.5 Co pomáhá pozůstalým vyrovnat se se ztrátou

„Všechno má určenou chvíli a veškeré dění pod nebem svůj čas.... Je čas plakat i čas smát se, čas truchlit i čas poskakovat....“

Bible

Při smrti blízkého se ukazuje pocit naší vlastní identity. Odejdou-li naši blízcí, je to jako bychom ztratili část své vlastní identity a část sebe sama. Situace při odchodu nám blízkého člověka je příznivá pro osobní zamyšlení se nad nejzávažnějšími otázkami života a smrti – nad správností zaměření našeho vlastního život. Tuto příležitost je ale možno i propást. Záleží na každém z nás, jak se k tomu postavíme. Porozumět mystériu smrti znamená pochopit zároveň i život.

Každý člověk prožívá události spojené s umíráním a se smrtí jinak a také na ně odlišně reaguje. Každý je jiný v tom, zda připouští emoce a dává jim průchod, zda chce mluvit o

zemřelém, zda pocítuje potřebu blízkých kontaktů apod. Reakce a způsoby truchlení jsou různorodé. Jsou i lidé, kteří navenek žádný smutek neprojevují, ale neznamená to, že žádný žal nemají.

V minulosti měly rituály spojené s úmrtím dodat sílu k překonání krize, pomoci zpracovat strach, umožnit novou orientaci a nastavit novou situaci. Období truchlení usnadňovaly rituály, neboť po tuto dobu byl pozůstalý chráněn. Během dvacátého století nastal v západní společnosti odklon od vlivu náboženství a výrazně klesl význam rituálů. Nedostatek pohřebních rituálů a rituálů truchlení může znamenat, že truchlící lidé nemají dostatečnou útěchu a podporu ve chvíli, kdy se na počátku snaží vyrovnat se smrtí svého blízkého.

V dnešní době truchlící člověk nemá ve společnosti místo. Dnes nepoznáme, kdo se vyrovnává s úmrtím blízkého člověka, a když to víme, upadáme do rozpaků, jak se chovat. Truchlícím se vyhýbáme (Soukupová, 2006).

5.6 Poradenství po smrti blízkého

Ztráta blízkého člověka vrhá pozůstalé do osamocení a beznaděje. Žal, který prožívají, je úplně přirozenou reakcí, se kterou se duše snaží vyrovnat s bolestnou ztrátou, a proto péče o pozůstalé patří ke standardním službám všech hospiců. Někdy stačí jen rozhovor při kávě bezprostředně po smrti, někdy se jedná o několik návštěv a rozhovorů. Někdo si vystačí s telefonickým rozhovorem a ujištěním, že vše bylo tak, jak být mělo. Tyto služby v Hospici sv. Lazara v Plzni jsou většinou naplňovány sociálním pracovníkem a psychoterapeutem.

Po každém úmrtí je blízkým zaslána kondolence s vyjádřením účasti v jejich bolesti. Pozůstalí jsou také zváni na pravidelná setkání pozůstalých, která se konají několikrát do roka spolu s bohoslužbou a malým občerstvením. Pro většinu z nich je to hodně důležité, zvláště oceňují zápis zemřelých do „Knihy živých“. Z některých se dokonce stávají i dobrovolníci či pravidelní sponzoři.

5.7 Sociální podpora

Člověk je tvor společenský. Nežije v izolaci, v izolaci není, ani pokud je nemocný a tak by v samotě ani neměl umírat. Nemocný většinou stojí o návštěvy a velmi je potřebuje. Ale ne vždy a všechny. Měl by mít právo si návštěvy sám vybírat a všichni by ho měli respektovat. Nejsilnější vazby má nemocný obvykle s rodinou (Svatošová, 2008).

Nemocný potřebuje se svým okolím komunikovat a to i v období, kdy svůj život završuje. Pokud již nelze komunikovat slovně, postačí prostá přítomnost doprovázejícího – mlčení, držení za ruku, lehké dotyky a pohlazení.

Specializovaná paliativní péče usiluje o snížení nepříznivého dopadu obtížné situace nemocného a jeho blízkých. Součástí této péče je zhodnocení sociální problematiky, která zahrnuje rodinné zázemí a další sociální vazby nemocného – jeho komunikační omezení, finanční podmínky a případně dostupnost jiných forem hospicové, paliativní či ošetrovatelské péče. Dalším cílem je konkrétní pomoc při řešení praktických sociálních problémů vzniklých v souvislosti s vážným onemocněním.

5.8 Duchovní podpora

Na konci svého života nebudeme souzeni podle toho, kolik jsme získali diplomů, kolik jsme vydělali peněz nebo kolik jsme vykonali velikých věcí. Budeme souzeni podle: „Byl jsem hladový a dali jste mi najíst. Byl jsem bez domova a ujali jste se mě.“

Matka Tereza

V zařízení specializované péče je důsledně respektován hodnotový systém a náboženské přesvědčení každého nemocného. Až do nedávné doby byly spirituální potřeby nemocných převážně ve zdravotnictví více méně tabu. S tímto se potýkají i hospice ve světě. Mnoho vysokoškolsky vzdělaných lékařů pokládá spiritualitu za soukromé téma a pokládají ji za věc kněží. Spirituální potřeby nemocných nejsou ale totéž, co potřeby psychologické, s nimiž bývají často zaměňovány. Jde o hlubší a osobnější angažovanost ve sdílení se s pacientem na té nejhlubší úrovni. To vyžaduje i větší míru soukromí a z tohoto důvodu jsou jednolůžkové pokoje v hospicích nutností (Svatošová, 2008).

Duchovní podpora a doprovázení mohou mít mnoho různých podob, které jsou určeny kulturním a náboženským prostředím nemocného a jeho blízkých, jejich zvyky a chápáním smyslu života (Kalvach, 2010). V této oblasti je velmi důležité respektovat výslovná přání nemocného, doprovázet jej v jeho tázání, pomáhat mu validovat jeho končící život. Ubezpečovat jej, že jeho život měl smysl a stál za to. Pomáhat mu ve smíření, v zoufalství i ve strachu ze smrti. Toto vše nemusí poskytovat jen duchovní, ale všichni doprovázející, ať už zaměstnanci hospice či blízcí nemocného.

V Hospici sv. Lazara tak, jako je tomu i v jiných hospicích v ČR, je k dispozici nejen duchovní, který je platným členem týmu zaměstnanců hospice, ale je zde možnost požádat i duchovní z jiných církví podle přání nemocného či jeho blízkých. V hospicích neexistuje ignorování spirituálních potřeb nemocného a vždy je respektována svobodná vůle člověka.

METODOLOGICKÁ ČÁST

6 Umírání a doprovázení v souvislosti s vyznáním a bez vyznání

Ve své diplomové práci se zamýšlím nad tím, zda je snazší doprovázet umírající a vyrovnávat se se smrtí pro lidi bez vyznání nebo pro lidi s vyznáním, kteří mají možnost náboženských rituálů.

Pracuji jako sociální pracovník v Hospici sv. Lazara v Plzni a denně se setkávám tváří v tvář bolesti, umírání, smrti, ale i naději, laskavosti a lásky. Při své práci se setkávám s umíráním a doprovázením jak lidí praktikujících víru, tak i lidí, kteří jsou náboženstvím „nedotčeni“.

6.1 Otázky, které si kladu při své práci sociálního pracovníka

Jako člověk bez vyznání se setkávám nejen s lidmi nevěřícími, ale i s lidmi, pro které je víra jednou z nejvýznamnějších potřeb v životě. Při rozhovorech s takto věřícími nemocnými se mi naskytá možnost nahlédnout do jejich nitra, dotknout se intimních témat, které se dotýkají tak často tabuizovaných otázek, týkajících se posledních chvil života lidského ...

Z těchto rozhovorů mi vytanuly otázky, při kterých se zamýšlím nad tím, zda je pro lidi s vyznáním lehčí se vyrovnat se očekávaným koncem života či ne.

6.2 Cíl výzkumu

Hlavním cílem mé diplomové práce je odpovědět na otázku, zda je rozdíl mezi odchodem blízkého člověka v hospici pro pozůstalé s vyznáním a bez vyznání. Primární motivací mé diplomové práce je, že se s danou problematikou denně setkávám v rámci své práce, která je v první řadě založena na komunikaci s těžce nemocnými – umírajícími pacienty a jejich nejbližšími, kteří je doprovázejí.

Pro svoji diplomovou práci jsem si zvolila kvalitativní metodu výzkumu, neboť jsem měla k dispozici jen malý výzkumný vzorek. Hospic sv. Lazara, tak jako ostatní hospice

v ČR, je malé zařízení a vzhledem ke své specifické práci není možné zapojit většinu nemocných a jejich blízkých do takového výzkumu.

6.3 Charakteristika výzkumného vzorku

Osoby, které jsem vybrala do svého výzkumu, jsou umírající (dnes již zesnulí), kteří využili Hospice sv. Lazara v letech 2011 a 2012 pro svoji závěrečnou část svého života, a jeden jejich nejbližší. Jedná se celkem o deset umírajících s nejbližším doprovázejícím, z čehož polovinu tvoří lidé bez vyznání, čtyři dvojice jsou katolíci a jedna dvojice jsou judaisté.

6.4 Průběh výzkumu

Přestože pracuji v Hospici sv. Lazara, vyhledat jednotlivé respondenty nebylo jednoduché. Vzhledem ke specifiku hospicového zařízení jsem byla nucena respondenty vytipovat a oslovit velmi citlivým způsobem. K tomu bylo zapotřebí získat od nich důvěru, poznat je osobně i ve vztahu chování doprovázený - doprovázející a trávit s nimi poměrně hodně času. U všech respondentů jsem plně respektovala závažnost jejich situace a jejich rozhovory jsem pouze písemně zaznamenávala. Také údaje, které považovali za velmi osobní a svěřili je v rozhovoru „pouze mně“ v této práci neuvádím. Jména respondentů jsou u nemocných pozměněna a doprovázející nazývám pouze příbuzenským poměrem k nemocnému.

6.5 Použité metody sběru dat

Jednalo se o následující metody sběru dat:

- Narativní rozhovor u osob nemocných – umírajících

Tato metoda kvalitativního výzkumu znamená, že respondent není konfrontován se standardizovanými otázkami, nýbrž je povzbuzován ke zcela volnému vyprávění. Významy, které dotazovaní přikládají svým zkušenostem, je totiž možné adekvátně interpretovat pouze

na pozadí celé biografie (Hendl, 2005). Průběh rozhovoru jsem si po jeho ukončení zaznamenávala pro zpracování kazuistik.

- Řízený polostandardizovaný rozhovor u osob doprovázejících

Tato metoda byla použita u respondentů – doprovázejících osob, neboť rozhovor se nedal opakovat, byl veden po předem určených částech, závisejících na aktuálním stavu nemocného. Odpovědi na otázky jsem si zaznamenávala čárkováním pro vyhodnocení do mé praktické části.

- Dotazník u zaměstnanců Hospice sv. Lazara

Pro účely zjištění přístupu zaměstnanců k péči o nemocné a umírající ohledně otázky vlastního vyznání jsem použila jednu z technik kvantitativního výzkumu – dotazník. Souborem písemně formulovaných otázek jsem za relativně krátkou dobu získala informace od téměř veškerého personálu Hospice sv. Lazara, přičemž jsem výrazněji nenarušila jejich vlastní práci s nemocnými.

PRAKTICKÁ ČÁST

Pro většinu lidí, kteří prošli hospicem, ať už jako nemocní, doprovázející, zaměstnanci nebo jen náhodní návštěvníci, prostředí hospice vybízí k přemýšlení o životě a smrti. Většina těchto lidí začne uvažovat nad tím, jak nám může být naše umírání vlastní stejně tak jako náš život.

V prostředí hospice se nám honí hlavou mnoho otázek. Je smrt skutečně něčím tak hrozným a absurdním, že by bylo lepší na ni nemyslet a nemluvit o ní? Je opravdu smrt tak nežádoucí součástí našeho bytí, že by bylo lepší chovat se, jako by jí vůbec nebylo? Je pravdou, že je smrt naprostým koncem všech našich myšlenek a činů, že se s ní prostě nedokážeme smířit? Nebo se můžeme se svým umíráním postupně spřátelit a otevřít se mu s důvěrou, že se nemáme čeho obávat? Je možné připravit se na smrt se stejnou pečlivostí, s jakou se naši rodiče připravovali na naše narození? Můžeme očekávat smrt jako přítelkyni, která nás chce přivítat domů?

Mám příležitost se nad těmito otázkami zamyslet a rozebrat je i z pohledu nejen svého, ale i některých nemocných, kteří se ke mně s důvěrou obracejí se svými obavami či představami o konci života. To vše mi velmi pomohlo při psaní této diplomové práce, kdy jsem čerpala z převážně z rozhovorů již zemřelých nemocných.

Velmi cenné postřehy mám i od paní N., která je stále ještě naší pacientkou a pro potřeby mé práce mi poskytla i svolení k publikování jejích fotografií z pobytu v hospici.



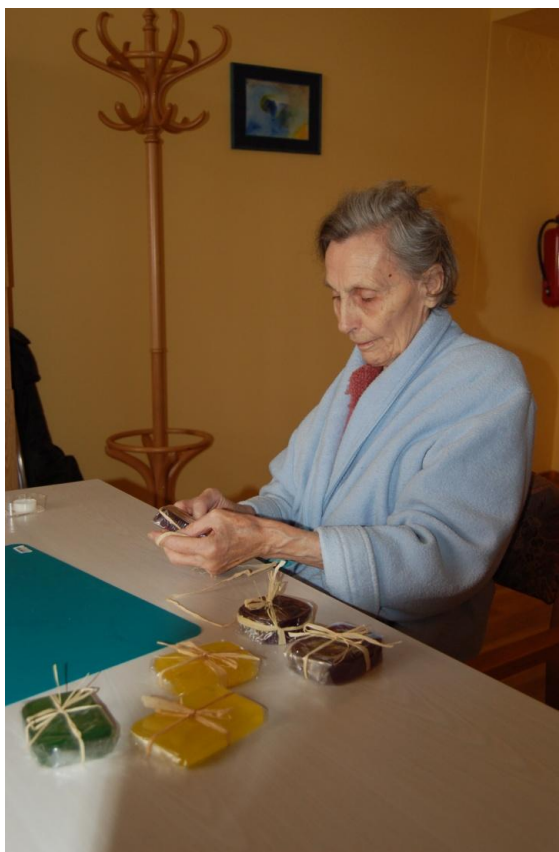
Obrázek 1: paní N. krájí jablka na jablečný závin



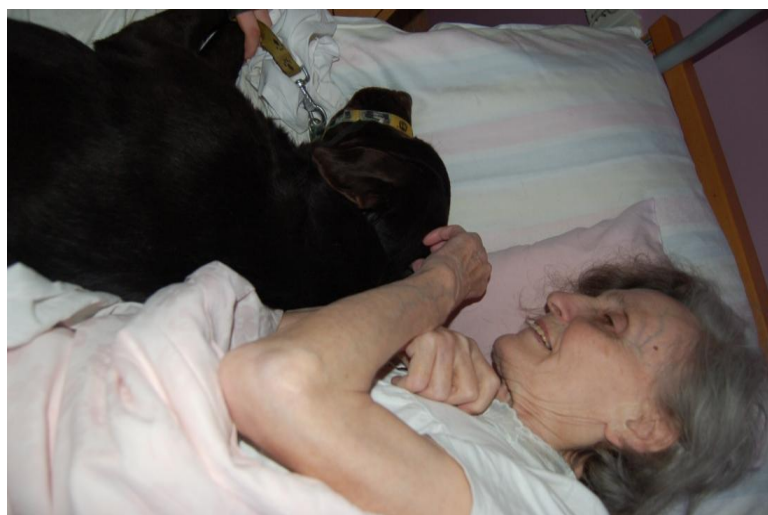
Obrázek 2: paní N. se zajímá o dění kolem sebe



Obrázek 3: paní N. na Vánočních trzích 2012



Obrázek 4: paní N. balí vyrobená mýdla



Obrázek 5: paní N. při canisterapii

7 KAZUISTIKY

7.1 Kazuistika č. 1

Paní Milena (54 let) byla hospitalizována v hospici od konce května 2012 po dobu 75 dní. Do hospice byla přeložena z FN Plzeň z geriatrického oddělení, neboť veškerá dostupná medikace byla již bez efektu a bylo rozhodnuto o paliativní léčbě z důvodu progresu adenokarcinomu rekta a velké bolesti.

Víra: Praktikující katolička

Doprovod: Maminka – praktikující katolička

Rodinná anamnéza:

Paní Milena byla zdravotní sestrou, ale v roce 2000 onemocněla a od roku 2002 byla v plném invalidním důchodu. Tatínek jí zemřel v 73 letech na leukemii, maminka je zdráva a je jí nyní 77 let. Paní Milena má o dva roky starší sestru a jediného syna, kterému je 31 let – oba jsou zdraví. Nikdy nekouřila a nepila alkohol. Po rozvodu žila se svou matkou a synem v rodinném domku.

Diagnóza:

St. po totální abdominální hysterektomii s oboustrannou adnexektomií pro dobře diferencovaný adenokarcinom děložního hrdla, st. po axiální sigmoideostomii pro ileosní stav při sekundárním adenokarcinomu rekta, vysoce aktivní lokální recidiva tumoru v pánvi vlevo, centrálně nekrotická metastáza v oblasti jaterní kapsuly, podezření na drobnou meta v levé plicí, st. p. polypektomii tračnicku, st. p. flebotromboze LDK, toxická polyneuropati DK po chemoterapii.

Průběh hospitalizace:

Od příjmu byla u paní Mileny zahájena analgetická terapie pro velké bolesti. Nemocná byla zcela imobilní, inkontinentní a vyžadující celodenní ošetrovatelskou pomoc při všech úkonech. Po celou dobu hospitalizace byla orientována osobou, místem i časem. Paní Milena byla velice milá, usměvavá a měla ráda všechny lidi kolem sebe. Byla velmi mírná, pokorná. Za každou, byť jen malou, službu uměla krásně poděkovat, za každý ošetrovatelský úkon se personálu velmi omlouvala. Nechtěla nikomu přidělovat práci a mrzelo ji, že nemůže se obsloužit sama.

Průběh doprovázení:

Paní Milena byla velmi přátelská a skromná. Přestože měla velké bolesti, na personál se usmívala, o vše žádala s prosbou a nikdy nezapomněla nikomu poděkovat. U jejího lůžka se střídala při odpoledních návštěvách sestra s maminkou, občas přišel syn, který z důvodu svého zaměstnání neměl prostor pro častější návštěvy. U lůžka paní Mileny jsem byla velmi často a ona byla vděčná za každou návštěvu. Potřebovala společnost a hlavně se svěřovala se svými obavami ohledně své nemoci. Ze smrti měla velký strach. Uklidňovala ji především společnost maminky, často si spolu také telefonovaly.

Paní Milena byla také klidnější při modlitbách, kdy se u jejího lůžka modlil věřící personál nebo farář při svých návštěvách hospice. Jinak byla paní Milena velmi úzkostlivá a v přítomnosti mé nebo ošetřující lékařky či dalšího personálu, který si s ní mohl povídat, dávala najevo své obavy a velmi smlouvala – nemohla se vyrovnat se svou nemocí, hledala stále odpověď na otázku, proč právě ona. Z důvodu velkých bolestí chtěla lékařka navýšit dávky opioidních analgetik, ale paní Milena chtěla být stále v bdělém stavu. Nechtěla více spát, bála se smrti tolik, že raději chtěla trpět bolestmi. Až na naléhání maminky, která se postupně začala vyrovnávat s tím, že její dcera odejde, se nechala přesvědčit a lékařka mohla jejím bolestem trochu ulevit. Přesto paní Milena vždy po probuzení potřebovala u sebe společnost, aby se mohla svěřovat se svým strachem ze smrti. Jednoho sobotního odpoledne za přítomnosti maminky a modlící se ošetřovatelky odešla. Její umírání nebylo lehké, bylo velmi neklidné – zdálo se, že paní Milena stále smlouvá a nechce odejít...

Maminka paní Mileny byla velmi ráda, že měla možnost svoji dceru držet při posledním výdechu. V žádném případě to pro ni nebylo jednoduché, ale smrt dcery přijala už jen proto, že bylo ukončeno její dlouhé a velmi bolestné utrpení. Za svoji dceru nechala sloužit mši.

Paní Milena se rozhodla přijmout svátost nemocných, které předcházela svátost smíření. Ale i při přijetí této svátosti bylo zřejmé, že u ní nedošlo ke smíření se s daným zdravotním stavem a přijetím prognózy nemoci, že stále setrvává ve stadiu smlouvání. Na návštěvy kněze však čekala s velkou radostí, otevřenému rozhovoru o smrti se vyhýbala. Přijetí svátosti pomazání nemocných pro ni bylo spíše úpěnlivým přáním, že se zdravotní stav může zázrakem zlepšit, než přijetím posily k odchodu na věčnost.

7.2 Kazuistika č. 2

Paní Eva (78 let) byla hospitalizována v hospici od poloviny dubna 2012 po dobu 29 dní. Do hospice byla přeložena z Domova pokojného stáří sv. Alžběty v Plzni, kde žila několik let z důvodu darování svého bytu synovi, který ji vystěhoval. Paní Eva onemocněla rakovinou v roce 2004, ale od roku 2011 byla již indikována jen léčba symptomatická a paliativní.

Víra: Praktikující katolička

Doprovod: Syn – nepraktikující katolík s omezeným zájmem o matku.

Rodinná anamnéza:

Rodiče paní Evy nikdy vážněji nestonali a zemřeli, když byli v důchodu. Paní Eva byla již dvacet let vdova, dříve pracovala jako švadlena a s manželem vychovala dva zdravé syny. Synové se po smrti otce nepohodli a s matkou zůstal jen starší syn. S mladším synem se paní Eva od manželovy smrti neviděla. Po smrti manžela onemocněla diabetem a před osmi lety ji byla amputována pravá noha. O rok později jí byl voperován kardiostimulátor.

Diagnóza:

St. p totální abdominální hysterektomií s adnexektomií, omentektomií pro středně diferencovaný serosní cystadenopapilokarcinom levého ovaria, koronární ateroskleróza s trvale zavedeným kardiostimulátorem, arteriální hypertenze, diabetes mellitus I. typu s mnohočetnými komplikacemi a st. p amputaci PDK.

Průběh hospitalizace:

Paní Eva byla přijata pro velké bolesti břicha a zvracení. Onkologem byla doporučena jen symptomatická péče a ta byla v hospici ihned zahájena spolu s oxygenoterapií. Bolesti nemocné, která byla zcela imobilní, inkontinentní a vyžadovala trvalou péči, byly tlumeny opioidy s dobrým efektem. Po celou dobu hospitalizace byla orientována osobou, místem i časem.

Průběh doprovázení:

Paní Eva byla velmi skromná a vděčná pacientka za veškerou péči. Měla ráda návštěvy a hovory s personálem i dobrovolníky. Mimo personál ji navštívila pouze dvakrát sociální pracovnice z Domova pokojného stáří sv. Alžběty. Také byl za ní několikrát její starší syn, ale pouze pro peníze. Paní Eva mi vyprávěla o svém životě, který nebyl nikterak jednoduchý, ale vždy se s ním dokázala vypořádat tak, jak nejlépe uměla. Největší problémy a samotu však

pocítila po smrti svého manžela, kdy velmi těžce onemocněla. Podle jejích slov čerpala sílu ve víře, která jí pomáhala vše překonávat. Jejím velkým přáním bylo ještě jednou vidět mladšího syna a poprosit ho za odpuštění. Její starší syn však s tímto nesouhlasil, a přestože jsem s paní Evou byla domluvena, že setkání zprostředkují, nakonec se neuskutečnilo. Na přání nemocné jsem od kontaktování mladšího syna upustila, neboť paní Eva se velmi omlouvala a styděla za chování svého staršího syna, který byl proti tomuto setkání. Bylo vidět, že se paní Eva velmi bojí staršího syna a jejím přáním byla pouze smrt. Přestože měla velké fyzické bolesti, bylo vidět, že bolest psychická je pro ni daleko horší a nesnesitelnější – měla potřebu se usmířit a nechat si odpustit. Smrti se nebála, měla vše velmi dobře srovnáno, těšila se na setkání s manželem a svými rodiči. Jedno pondělní dopoledne se vyzpovídala knězi, který jí udělil svátost nemocných, a v odpoledních hodinách zemřela klidná a smířená.

Starší syn se s matkou rozloučit nepřišel. Přišel si pouze pro zůstatek matčiných uložených peněz a přeplatek za pobyt v hospici.

7.3 Kazuistika č. 3

Paní Vendulka (67 let) byla hospitalizována v hospici od poloviny října 2011 po dobu 17 dní. Do hospice byla převezena pečující rodinou, kdy pro velké bolesti nebylo již možno o nemocnou pečovat v domácím prostředí.

Víra: Konvertující katolička (pokřtěná v době hospitalizace)

Doprovod: Vnuk – praktikující katolík

Rodinná anamnéza:

Otec paní Vendulky zemřel v 64 letech na mozkovou mrtvici a maminka v 82 letech bez vážnějšího onemocnění. Nemocná je vdaná, má zdravé dvě sestry – 70 a 63 let, a také dvě zdravé dcery ve věku 42 a 38 let. Paní Vendulka pracovala jako úřednice a před třiceti lety byla u ní provedena hysterektomie. Od té doby byla pouze sledována, ale ozařování ani jiná léčba indikována nebyla. Chemoterapie byla doporučena teprve před sedmi měsíci, ale bez efektu. Nemocná nikdy nekouřila, kávu a alkohol pila jen příležitostně. Žila v harmonickém manželství.

Diagnóza:

Středně diferencovaný karcinom pochvy s prorůstáním do močového měchýře a do konečníku, st. p zevní radikální konkomitantní chemoradioterapii pánevní lymfatiky, pochvy, třísels se zvýšením dávky v oblasti tumoru, st. p akutním selhání ledvin, hypothyreóza, depresivní poruchy.

Průběh hospitalizace:

Paní Vendulka byla přijata na žádost rodiny, která o ni příkladně pečovala. Z důvodu celkového zhoršení stavu, velkých bolestí a indikování symptomatické a paliativní léčby jejím ošetřujícím lékařem byla přijata do hospice, kde byla tato léčba zahájena. Rychlá progresse jejího zdravotního stavu vyžadovala celodenní ošetřovatelskou péči. Nemocná byla velmi slabá, pouze ležící, ale orientovaná všemi kvalitami – osobou, místem i časem.

Průběh doprovázení:

Nejvíce času strávila na pokoji s manželem a vnukem. Manžel byl velice nemluvný, bál se o svoji ženu, nevěděl, jak by jí měl pomoci a nevěděl, jak a o čem s ní mluvit. Vnuk přicházel denně po škole. Navštěvoval třetí ročník vysoké školy a chodil rozmlouvat s babičkou. Vnuk byl věřící – jediný v rodině. Vzhledem k jeho víře a postoji k životu mu babička velmi ráda naslouchala.

Při mém rozhovoru s paní Vendulkou jsem se dozvěděla, že vnuk jí dodával sílu od samého počátku její nemoci. Z tohoto důvodu se sama začala o víru zajímat a tím si byla s vnukem velice blízká. Při našem rozhovoru se mi svěřila, že uvažuje o křtu. Vše měla pro sebe vyřešeno a srovnáno. O tři dny později se nechala v našem zařízení pokřtít – jejím kmotrem se stal vnuk. Za čtyři dny odpoledne skonala za přítomnosti svého milovaného vnuka.

Průběh onemocnění paní Vendulky byl z hlediska zdravotního jasně daný, ale to, že dokázala být oporou svému muži, bylo dáno tím, že v posledních dnech svého pozemského života uvěřila v Boha, přijala svátost křtu a konvertovala ke katolické víře. Odcházela s vědomím, že se na věčnosti setká se svými rodiči. Podpora jejího vnuka byla pro ni velmi důležitá. Na jejím případě se ukazuje fenomén postmoderní doby, dříve k víře v Boha přiváděli děti rodiče a prarodiče, dnes je tomu naopak.

7.4 Kazuistika č. 4

Paní Hana (78 let) byla hospitalizována v hospici od vánočních svátků roku 2011 po dobu 51 dní. Do hospice byla přijata na žádost dcery pro nezvládání bolestí v domácím prostředí.

Víra: Praktikující judaismus

Doprovod: Dcera – praktikující judaismus

Rodinná anamnéza:

S paní Hanou se od dětství život moc nemazlil. V osmi letech byla deportována do koncentračního tábora, kde zahynuli oba její rodiče spolu se starším bratrem. Po válce žila u vzdálených příbuzných. V pětadvaceti letech se vdala, narodila se jí zdravá dcera, Když bylo dceři sedm let, paní Hana ovdověla. Celý život zůstala již sama s dcerou. Pracovala jako dělnice ve Škodových závodech. Nikdy nekouřila, nepila alkohol ani kávu.

Diagnóza:

Inoperabilní tumor levé ledviny, blíže neurčený s generalizací do skeletu, divertikulární nemoc tlustého střeva po resekci sigmoidu z roku 2007, glaukom a varixy dolních končetin bez vředu nebo zánětu.

Průběh hospitalizace:

Při přijetí do hospice byla paní Hana spolupracující, orientovaná a velmi vstřícná, přestože byla unavená, stěžovala si na nechutenství, hubnutí a bolesti. Byla velmi bledá, ale chodící s oporou a kontinentní. Připouštěla velké klidové bolesti a úzkost.

Průběh doprovázení:

Paní Hana přišla k nám do hospice jako chodící pacientka, která se čile zajímala o okolní dění. Vyjadřovala se k situaci v politice, jak v komunální tak i v celostátní. Sama říkala: „*Víte, proč mám tak vysoký důchod, já jsem byla za komunistů zavřena, já jsem velký nezbedník, víte, já jsem kradla.*“ Ale až po nějakém čase se začala otevírat a mluvit o tom, z jakého důvodu měla opravdu vysoký důchod. Jako židovské dítě místo do školy nastoupila s rodiči do vlaku do Terezína, kde byla hned oddělena od maminky, byli rozděleni muži, ženy a děti. Povídala o letech strávených tam, jak když jenom zahlédly uniformu příslušníka SS, utíkaly se s dětmi schovat. Několikrát měli být celá rodina odesláni z Terezína jinam. Poprvé byla nemocná ona a tak se transport odložil, podruhé byl nemocný tatínek, který tam byl zaměstnán v truhlářské dílně a měl dodělávat velkou zakázku a tak opět neodjeli. Napotřetí

měli odjet před koncem války, kdy se celý Terezín vylidňoval. Tatínek řekl, že bez manželky neodjede a tak mu jeho nadřízený napsal lísteček, že zůstávají. Paní Hana vypravovala, jak po přečtení lístku byla Němka, která hlídala vězenkyně vzteklá, lístek roztrhala, ale z Terezína neodjeli. Pamatovala si útržky ze svého dětství, které mi vyprávěla. Jak se strašně styděla za žlutou hvězdu, když ještě chodila s maminkou po Plzni a schovávala se za ni. Jak si až teď uvědomuje, že maminka měla ještě větší hvězdu na svém oblečení, jak celou dobu v Terezíně neměla ani kousek ovoce a zdálo se jí o chuti třešní.

Z Terezína se vrátila a s nikým z židovské obce se nekontaktovala, ani své dceři o pobytu v Terezíně nepovídala. Vyprávěla mi, že až v dceřiných patnácti letech, když se jednou dcera ušklíbala nad obědem, z ní naprosto nechtěně vylítlo, že co by za to dala, kdyby se mohla dříve dosyta najíst a že teprve tehdy dceři pověděla, jaké věci tam zažila. Strach a úzkost v ní zůstaly po celý život, nikomu už neřekla, že je židovka.

Ke konci svého života říkala, že by moc chtěla věřit tomu, že se shledá s rodiči a manželem, že se jen bojí, že po smrti nebude nic. Bála se umírání, bolesti, stála o tělesný kontakt, o to, aby ji někdo z ošetřujícího personálu držel za ruku. Nechtěla obtěžovat dceru, celý život jí chránila před nepříjemnými věcmi, zemřela tiše za přítomnosti ošetřovatelky.

7.5 Kazuistika č. 5

Pan Karel (68 let) byl hospitalizován v hospici od začátku dubna 2012 po dobu 77 dní. Nemocný byl na žádost rodiny přeložen z MN Privamed Plzeň k paliativní symptomatické péči.

Víra: Praktikující katolík

Doprovod: Manželka – praktikující katolička

Rodinná anamnéza:

Matka pana Karla zemřela v 84 letech na zástavu srdce, otec zemřel v 65 letech na následky autonehody. Má dva zdravé mladší sourozence, je ženatý a s manželkou mají dvě zdravé dcery. Celý život pracoval jako řidič autobusu. Onemocněl před třemi lety. Již dvacet let nekouřil, alkohol pil příležitostně a kávu denně.

Diagnóza:

Tumor jater, v.s. meta kolorektálního karcinomu, vaskulární parkinsonismus, drobná ischemie vpravo hemisferálně s poruchou řeči, arteriální hypertenze, diabetes mellitus 2. typu od r. 2005, drobný adenom pravé nadledviny, st. p nízké přední resekci rekta pro dobře diferencovaný adenokarcinom rekta, prorůstající do svaloviny, bez metastatického postižení 10 nalezených uzlin, sigmoideorectoanastomóza, hyperplazie prostaty.

Průběh hospitalizace:

Od přijetí byl stav pana Karla závažný i z hlediska parkinsonismu. Docházelo k postupnému zhoršování celkového zdravotního stavu s nutností celodenní komplexní ošetrovatelské péče. Výborná byla i spolupráce rodiny a za dobu hospitalizace se dvakrát podařilo splnit přání nemocného a mohl být propuštěn do domácího ošetřování přes víkend. Z důvodu zhoršování stavu, slabosti, nechutenství, progresu ikteru došlo k poruše vědomí a nastal exitus letalis.

Průběh doprovázení: Pan Karel během pobytu v hospici přijal životní svátost smíření a následně svátost pomazání nemocných. Při přijetí svátosti nemocných byla přítomna manželka a věřící ošetřující personál. Přes slzy, které manželka potlačovala, bylo na ní i na pana Karlovi znát, že jsou s daným stavem smíření a že přijali daný zdravotní stav s pokorou věřícího člověka (Job, 391-18).

Při smrti pana Karla byla manželka přítomna, držela ho za ruku a spolu s věřícím ošetřujícím personálem se modlila. Pan Karel odešel v klidu.

7.6 Kazuistika č. 6

Paní Marie (58 let) byla hospitalizována v hospici od poloviny února 2012 po dobu 40 dní. Byla přeložena z onkologického oddělení FN Plzeň pro neutěšený stav, neboť byla vyčerpána veškerá dostupná léčba. Z důvodu zhoršování celkového stavu bylo nutno zvyšování analgetik opioidního typu a po domluvě s rodinou byla nemocná předána do hospice.

Víra: Nevěřící

Doprovod: Manžel – nevěřící

Rodinná anamnéza:

Paní Marie byla jedináček, oba rodiče se nedožili důchodového věku, zemřeli v rozmezí dvou let na onemocnění srdce. Paní Marie prodělala v roce 2004 operaci bederní páteře a od té doby docházela na ambulanci bolesti pro výraznou bolest páteře. Pracovala jako zahradnice, nyní již byla ve starobním důchodu. Žila v harmonickém manželství na vesnici v rodinném domku a vychovala syna a dceru – oba jsou zdraví. Paní Marie kouřila 36 let, ale poslední 4 roky nekouří, alkohol nepila z důvodu požívání léků, kávu pila 2-3krát denně.

Diagnóza:

Nádorová expanze, v.s. světlobuněčný karcinom nejasné etiologie v pravém jaterním laloku s metastatickým postižením LU jat. hilu s osteolytickými ložisky v obratlových tělech Th a L páteře, podezření na generalizaci do plic, patologická fraktura krčku pr. humeru, arteriální hypertenze, anémie při základním onkologickém onemocnění, st. p operaci bederní páteře pro diskopatii, st. p operaci tříselné kýly vpravo.

Průběh hospitalizace:

Při přijetí byla paní Marie při vědomí, byla orientovaná, klidná, ale velmi unavená. Ještě při počátku hospitalizace ve FN se paní Marie snažila alespoň dojít na toaletu, ale po ozáření postižené páteře, které bylo bez většího efektu a úlevy od bolesti, se její stav začal rychle zhoršovat. Hlavní potíží byly masivní otoky dolních končetin a paní Marie přestala téměř chodit. Paní Marie si velmi přála být doma, ale nabízená služba HOME CARE není v jejich bydlišti nabízena v takovém rozsahu, který by pro ni byl vhodný.

Průběh doprovázení:

Vzhledem k tomu, že jsem paní Marii a jejího manžela znala osobně, mohla jsem být více účastna při její hospitalizaci. Manžel paní Marie se bál budoucnosti bez manželky a před každou svou návštěvou se dotazoval na její stav, neboť se bál, že při jeho návštěvě mu manželka zemře. Oba se mi svěřovala s obavami o toho druhého a přáli si ujištění, že budu u umírání paní Marie. Ta byla velmi skromná, nechtěla „obtěžovat“ personál, ale při jejím zhoršování zdravotního stavu byla za každý kontakt velmi ráda.

U jejího lůžka jsem strávila velmi času jen tím, že jsem paní Marii držela za ruku. Při každém pokusu se vzdálit, když jsem si myslela, že usnula, paní Marie procitla a prosila mi, abych ještě neodcházela. Jednoho dne po snídani začala být velmi úzkostná a požádala sestřičku, aby mi zavolala. Přišla jsem k jejímu lůžku a paní Marie se mi svěřila se svou obavou, že má „podivný pocit“ a velmi se bojí, ale neví přesně čeho. Prosila mi, abych od jejího lůžka neodcházela. Seděla jsem u ní tři hodiny a hladila ji, ke konci jsem ji držela za

ruku a ona pomalu odcházela. Po chvilkách vždy procitla a velmi slabým hlasem se dotazovala, zda u ní jsem a žádala, abych jí stále držela za ruku. To jsem dělala, měla jsem už pocit, že jí moje držení musí bolet, ale ona zřejmě již můj dotek necítila.

Zemřela v poledne, ale ještě mi stačila poděkovat. Chvilku po jejím skonu přišel její manžel, který byl rád, že nebyla v poslední chvíli sama. Rozloučil se s manželkou za mojí přítomnosti.

7.7 Kazuistika č. 7

Paní Zdeňka (102 let) byla hospitalizována v hospici od začátku roku 2012 po dobu 198 dní. K ošetrovatelské péči byla přijata na žádost neteře, neboť paní Zdeňka žila v bytě sama a k neteři se přistěhovat nechtěla, aby nerušila a nezatěžovala její rodinu.

Víra: Nevěřící

Doprovod: Neteř – nevěřící

Rodinná anamnéza:

Paní Zdeňka byla z pěti dětí. Její rodiče zemřeli stářím a čtyři starší sourozenci zemřeli také ve vyšším věku. Byla vdaná a bezdětná, ovdověla v padesáti letech a již zůstala sama. Pracovala jako účetní v malém podniku do svých šedesáti let.

Diagnóza:

Fraktura rami sup.et.inf.ossis pubis I.sin., Gonarthrosis I.sin., arteriální hypertenze, osteoporóza – mnohočetné lokalizace, renální dysfunkce susp. vaskulární etiologie, prerenální složky při subhydrataci, anemie v.s. sekundární, ICHDK.

Průběh hospitalizace:

Veškeré informace a vyprávění od paní Zdeňky jsem získala na základě písemných otázek, neboť paní byla neslyšící. Byla převážně ležící, chodila málo a pouze s oporou chodítka a jen za přítomnosti ošetrovatele. Paní Zdeňka byla orientována osobou i časem, místem pouze částečně. Její vyprávění bylo podle všeho validní, neboť jsme se spolu opětovně vracely k určitým pasážím.

Průběh doprovázení:

Nemocná byla v dětství pokřtěná, ale víru v dospělém věku nepraktikovala. Velmi stála o přítomnost personálu, domlouvala se pomocí psaného textu. Návštěvy kněze ale přijala

s povděkem, zpočátku spíše jako společnost, než duchovní podporu. Po určitém čase přijala svátost smíření i svátost pomazání nemocných. Odešla v naprostém klidu, smířená.

V jejím případě si troufnu říci, že byla smířená se svým zdravotním stavem již před návštěvou kněze, domnívám se, že v tom sehrál roli její věk i povahové rysy. Měla smysl pro humor, stále se zajímala o okolní dění, když dostala silnou lupu a zjistila, že v domě je rozsáhlá knihovna, strávila většinu času čtením, při kterém vypadala nesmírně spokojeně.

7.8 Kazuistika č. 8

Pan Jiří (66 let) byl hospitalizován v hospici od září 2011 po dobu 76 dní. Byl přeložen z interní kliniky FN Plzeň, kde byl opakovaně hospitalizován, ale z důvodu ukončení léčby pro velké bolesti byl přeložen k symptomatické a paliativní péči.

Víra: Nevěřící

Doprovod: Manželka – nepraktikující katolička

Rodinná anamnéza:

Matka pana Jiřího zemřela v padesáti letech na onkologické onemocnění, otec zemřel o sedm let později na infarkt myokardu. Starší sestra pana Jiřího je zdráva. Pan Jiří je potřetí ženatý, z prvního manželství má dvě zdravé děti, se kterými se nestýká.

Diagnóza:

Spinocelul. karcinom rekta s paliativní terminální sigmoideostomií, intraduktální papilární mucinosní tumor pankreatu, st. p ERCP s pal. drenáží stenózy choledochu, trvalý kardiostimulátor od roku 2008 pro atrioventrikulární blokádu prvního stupně, chronická ischemická choroba srdeční, st. p infarktu myokardu, dorzalgie, zbytnění prostaty – hyperplasia prostatae, presbyakuze – stařecká nedoslýchavost.

Průběh hospitalizace:

Pan Jiří byl vitální, snažil se aktivně rehabilitovat- chůzí s doprovodem. Při zavedené terapii byl spokojený, bolesti neměl, přiznával ale postupně se zvyšující únavu a slabost. Opakovaně s ním byly vedeny pohovory ohledně jeho zdravotního stavu. Průběh doprovázení: pacient se dožadoval opakovaných vyšetření, která nesouvisela s jeho onkologickým onemocněním. Zvláště trval na kardiologické kontrole. Rozhovor s lékařkou, která mu vysvětlila, že toto vyšetření není nutné, bral velmi úkorně. Sám na otázku, jak se mu

daří, odpovídal: “...*jak se mi může dařit, když mám jít pod kytičky.*“ Návštěvy kněze zpočátku přijímal velmi rezervovaně. Postupně se rozpovídal o svém dětství, o tom, že byl před druhou světovou válkou organizován ve skautském oddílu. Po válce vstoupil do komunistické strany a víru nepraktikoval. Po rozhovorech s knězem a hlavně jednou věřící ošetřovatelkou vykonal životní svátost smíření a přijal eucharistii. Poté přijal také svátost pomazání nemocných. Zpočátku jsem měla u něho pocit, že je to spíše – co kdyby mi to pomohlo ve vyléčení, zázraky se přece stávají.

Postupem času stále více slábl, ale stále si přál být dovážen na mše v naší hospicové kapli. Při rozhovorech se začal více otevírat, najednou jsme zjistili, že pán pracoval na ministerstvu vnitra a s duchovní rovinou života se během života moc nezabýval a v podstatě ani zabývat nemohl. I v osobním životě nebylo všechno jednoduché, současná žena byla jeho třetí ženou a děti měl z prvního manželství. Jejich vzájemný vztah byl složitý, pán si velmi přál, aby u něho byli současně, ale k tomu přes snahu ze strany jeho ženy nedošlo.

Jeho žena po smrti manžela přijala celoživotní svátost smíření a začala chodit pravidelně do kostela, někdy přijde i na mši v hospici.

7.9 Kazuistika č. 9

Paní Vlasta (61 let) byla hospitalizována v hospici od listopadu 2012 po dobu 86 dní. Do hospice byla přeložena k symptomatické léčbě z léčebny Janov na svoji vlastní žádost, neboť jí nevyhovoval denní režim v léčebně a největší problém měla s tím, že byla nucena být na pokoji s dalšími třemi těžce nemocnými pacientkami. V léčebně byla přijata již podruhé po neúspěšné dimisi, kdy doma nezvládala sebeobsluhu a uvědomovala si svoji bezvýhodnou situaci a osamělost.

Víra: Nevěřící

Doprovod: Syn – nevěřící

Rodinná anamnéza:

Její otec zemřel v 89 letech, matka zemřela v 72 letech na karcinom žaludku a matka matky zemřela v 76 letech na karcinom močového měchýře. Její o pět let starší sestra žije a je zdráva. Paní Vlasta byla dvacet let rozvedená a má jednoho zdravého syna, který žije s přítelkyní v jiném městě a s matkou se mnoho nestýká. V minulosti nebyla nikdy vážněji

nemocná a pracovala jako úřednice v pojišťovně. Nyní byla ve starobním důchodu. V mládí kouřila denně asi 15 cigaret, alkohol i kávu pila jen příležitostně.

Diagnóza:

Invazivní duktální karcinom v HVK levého prsu o průměru 33 mm dle USG, s dalším morfologickým neověřeným ložiskem 20 mm retromamillárně s patologickými mikrokalcifikacemi v celém HZK, regrese ložiska HVK na průměr 10 mm, progresse erysipeloidního karcinomu levého prsu (7/09), st. p. levostranné mastektomii s revizí levé axily s nálezem středně diferencovaného invazivního duktálního karcinomu mléčné žlázy, s metastatickým postižením 6 uzlin z 8 nalezených, masivní lymfedém LHK od 3/10, metastatický proces kožní hrudní stěny vlevo, st. p. bilat. drenáži pleurálního výpotku, st. p. zevním paliativním ozáření levé stěny hrudní a axily, st. p. flebotrombóze PDK v 8/11, autoimunitní thyreoditis se substituční léčbou od 8/11.

Průběh hospitalizace:

Při přijetí byla paní Vlasta při vědomí, mobilní, orientovaná a spolupracující. Byla též plačtivá, výrazně anxiodepresivně laděná a psychicky dekompenzovaná. Z pohovoru bylo zřejmé, že u ní narůstají zejména obavy, co bude dál vzhledem k problematické sebeobsluze. Udávala, že potřebuje pomoc druhé osoby nepřetržitě, negativně na ni působilo psychosociální pozadí – osamělost. Aktuálně se paní Vlasta dostávala do fáze smlouvání – udávala, že potřebuje zařídit ještě mnoho dalších věcí, řešila zejména problematiku existenční a důchodovou. Chtěla podstoupit chemoterapii, kterou před ukončením léčby několikrát odmítla, ale v současné době již nebyla možná indikace k této léčbě. Při nedostatku sociálního kontaktu se její stav výrazně zhoršoval. Z tohoto důvodu byla s nemocnou probrána její situace a tato problematika byla řešena v rámci psychosociální pomoci. Paní Vlastu také velmi sužovala progresse kožních metastáz na přední stěně hrudníku a velký lymfedém LHK. Silné bolesti si vyžádaly terapii analgetiky opioidního typu. Pomocí intervence psychoterapeuta a s podporou psychofarmak byl duševní stav nemocné postupně stabilizován. Nemocná získala postupně důvěru v ošetřovatelský personál a zapojila se velmi aktivně do činnosti na oddělení.

Průběh doprovázení:

Paní Vlasta byla pokřtěná jako malé dítě, byla i u prvního svatého přijímání. V dospělosti víru nepraktikovala. Měla za sebou dvě nepovedená manželství, svoji nemoc brala jako velikou křivdu, stále se ptala proč právě já? Přesto, že její maminka i babička byly

praktikující katoličky, ona návštěvu kněze odmítala, stále opakovala, že je na to ještě dost času. Tuto větu opakovala i během večera, kdy umírala. Přijel k ní její syn, ale smrtelný zápas byl velmi těžký, syn situaci, kdy maminka i přes velké dávky morfia hlasitě naříkala, nezvládl a odejel. Zatelefonoval alespoň své tetě, sestře pacientky, která stihla přijet do hospice. Společně pak s nevěřící ošetřovatelkou byla u paní Vlasty, když skonala.

7.10 Kazuistika č. 10

Paní Jarka (56 let) byla hospitalizována v hospici od poloviny srpna 2011 po dobu 37 dní. Přeložena byla z domova, kde ji po posledním propuštění z onkologie FN v Plzni, ošetřoval manžel. Na onkologii bylo ukončeno předčasně pooperační ozařování vzhledem k předčasné progresi tumoru. Vzhledem k vysokým teplotám a progresi stavu manžel již nezvládal péči, ale s manželkou chtěl zůstat, proto požádal o umístění do Hospice sv. Lazara. Paní Jarka byla přijata k paliativní léčbě v den svých 56. narozenin.

Víra: Nevěřící

Doprovod: Manžel – nevěřící

Rodinná anamnéza:

Matka zemřela na začátku roku 2011 na srdeční selhání, když byla paní Jarka přijata k operaci tumoru mozku. Otec žije a je zdravý, sourozence paní Jarka neměla. S manželem vychovala dceru a syna, kteří jsou zdraví. Pracovala jako úřednice v peněžním ústavu od maturity a nikdy vážně nestonala. Byla velmi aktivní, chodila po horách, lyžovala, potápěla se, jezdila na kole.

Diagnóza:

St. p osteoplastické frontocentrální SMN kraniotomii vpravo s neradikálním odstraněním nádorového uzlu pravého frontálního laloku, zasahujícího do bazálních ganglií a postranní komory, st. p zavedení zevní drenáže komorového systému, arteriální hypertenze, st. p popliteokrurální trombóze LDK, diabetes mellitus II. typu v.s. po kortikoterapii.

Průběh hospitalizace:

Paní Jarka byla přijata ležící v celkově těžkém stavu. Podle manžela nemocná měla několik dní trvající febrilie a užití léků bylo bez výraznějšího efektu. Z počátku byla nemocná somnolentní, nereagovala na oslovení a nevyhověla ani jednoduchým výzvám. Jizvu po

kraniotomii měla zhojenou. Z důvodu nitrolební hypertenze byla zahájena antiedematózní th kortikoidy, po kterých se dostavilo částečné zlepšení zdravotního stavu. Nemocná byla stabilizována, byla změněna antibiotika a teploty ustoupily.

Paní Jarka opět začala poznávat své blízké a po krátkých chvilkách mohla s nimi hovořit. Po dvou týdnech se opět začal její zdravotní stav zhoršovat z důvodu progresu mozkového tumoru. Paní Jarka byla opět somnolentní, upadla do komatózního stavu a jednoho večera v klidu na lůžku za účasti své dcery naposledy vydechla.

Průběh doprovázení:

Paní Jarka byla nevěřící a velikou oporou pro ni byl manžel. Na nich obou bylo znát, že se mají i po mnoha letech manželství velmi rádi a přítomnost druhého jim dělá radost. Přestože paní Jarka nebyla se svým stavem smířená, chovala se velmi statečně, v některých chvílích to spíš vypadalo, že paní utěšuje pána než naopak. Její manžel se mi jednou při rozhovoru na zimní zahradě přiznal, že paní Jarka byla jeho první láskou, brali se po známosti ze střední školy, to, že mu odchází milovaná žena, bylo pro něho velmi těžké.

Paní Jarka snášela svůj stav velmi statečně, láska jejího muže jí velmi pomáhala. Zemřela jedné noci velmi těžce za přítomnosti dcery, neboť manžel nevydržel být přítomen u neklidného umírání své paní.

8 Polostandardizované rozhovory

S doprovázejícími příbuznými jsem měla možnost hovořit několikrát při návštěvách u lůžka nemocných, při kávě na terase nebo při jejich návštěvě u sebe v kanceláři. Vzhledem k jejich nelehkému období jsem měla možnost hovořit s nimi o jejich niterných pocitech a obavách, o jejich představách a tužbách a poslouchat jejich vyprávění o společném životě s nemocnými. Otázek jsem měla připraveno celkem devět a podle situace (někdy i opakovaně) jsem získávala odpovědi, které jsem si zaznamenávala pro pozdější vyhodnocení do mé diplomové práce. Mým cílem bylo zjistit potřeby doprovázejících v hospici a dále, zda určité rituály mohou pomoci při doprovázení a smrti.

8.1 Otázky pokládané doprovázejícím v polostandardizovaném rozhovoru

Otázka číslo:

1. Jakého jste vyznání?
2. Využijete možnosti trvalé přítomnosti u lůžka nemocného?
3. Využijete služeb duchovního v hospici?
4. Máte potřebu osobní modlitby s nemocným?
5. Jaké máte největší potřeby při doprovázení? (modlitba, vyrovnání se se strachem a umíráním, bohoslužba, rozhovor s duchovním, rozhovor s lékařem, rozhovor s ošetřujícím personálem, apod.)
6. Přejete si být s nemocným až do posledního vydechnutí?
7. Přejete si osobní rozloučení se zesnulým v hospici?
8. Jaké rozloučení se zesnulým plánuje v rodině? (zádušní mše, pohřeb žehem, pohřeb do země, bez obřadu, společné uložení urny, apod.)
9. Jak vnímáte péči v hospici a případně, co by bylo dobré zlepšit?

8.2 Odpovědi doprovázejících

Na otázku č. 1 odpověděli 4 dotázaní, že jsou katolíci, 1 žid, 3 doprovázející byli bez vyznání a 2 doprovázející odpověděli, že jsou sice pokřtěni, ale víru neprožívají a nikdy neprožívali.



Graf č. 1

Na otázku č. 2 odpověděli 4 respondenti, že rádi využijí trvalé přítomnosti u lůžka a že to byl jeden z důvodů, proč si vybrali pro doprovázení právě hospic. Dalších 6 dotázaných tuto službu nevyužije zejména z důvodů, že mají pracovní a rodinné povinnosti.



Graf č. 2

Na otázku č. 3 odpovědělo 5 dotázaných, že službu duchovního využije, z čehož byly 4 osoby věřící a 1 osoba nevěřící.



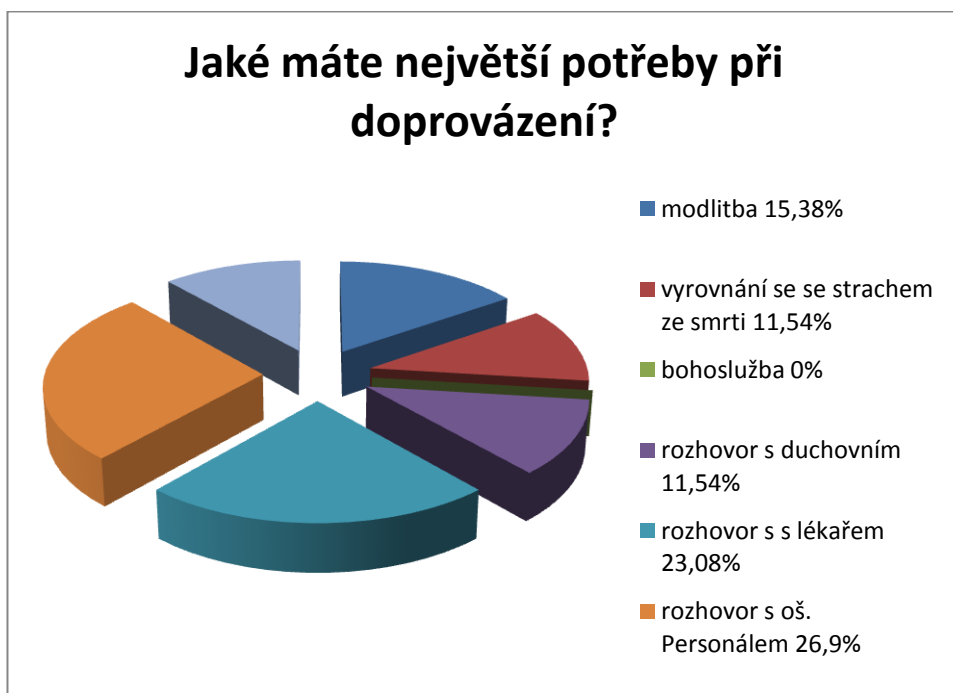
Graf č. 3

Otázka č. 4 měla stejnou strukturu odpovědí jako otázka předchozí.



Graf č. 4

Na otázku č. 5 měli respondenti možnost vybrat i více odpovědí, podle své niterné potřeby. Největší potřebou pro doprovázející byl rozhovor s ošetřujícím personálem a s lékařem, další významnou potřebou a to pro většinu věřících byla potřeba modlitby, další potřebou byla potřeba rozmluvy s duchovním (pro dotazované s vyznáním) a potřeba vyrovnání se se strachem ze smrti (pro dotazované bez vyznání).



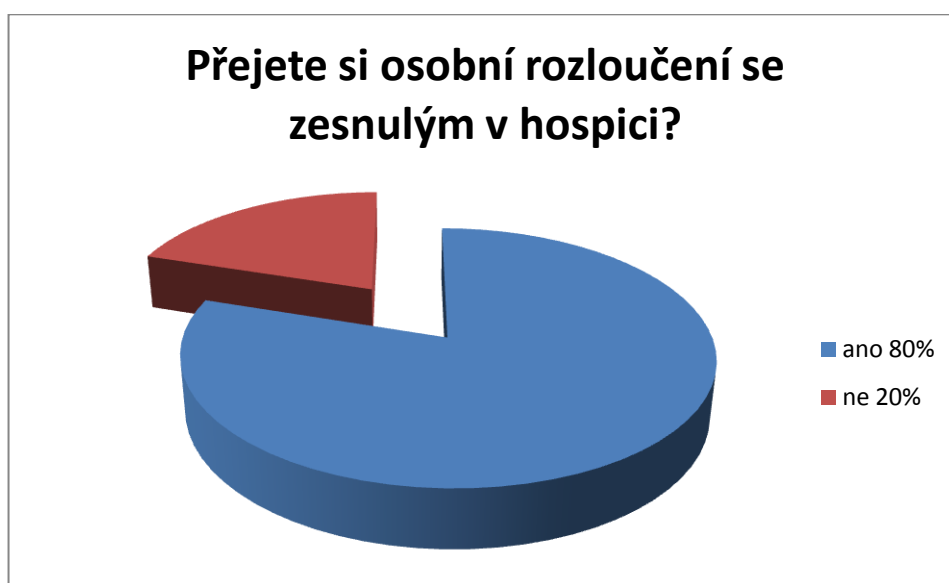
Graf č. 5

Na otázku č. 6 odpověděli kladně 4 dotázaní s vyznáním a 2 dotázaní bez vyznání. Ostatní 4 měli obavy z posledního vydechnutí.



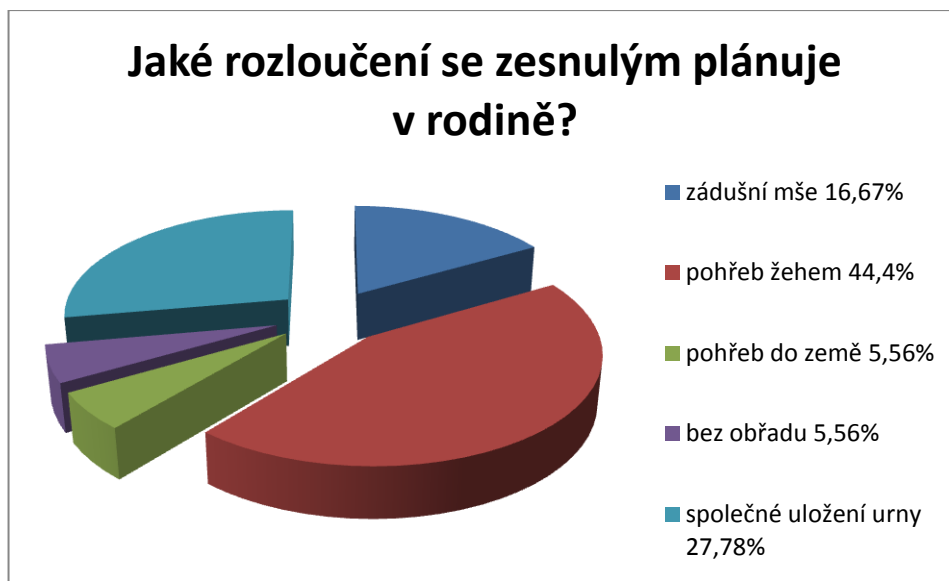
Graf č. 6

Na otázku č. 7 odpovědělo kladně 8 dotázaných. Dva dotázaní neměli k nemocným vřelý vztah již za jejich života.



Graf č. 7

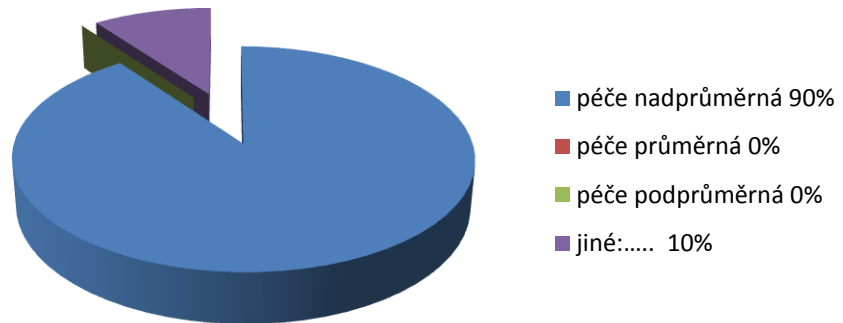
Otázka č. 8 měla možnost více odpovědí. Ač jsem si myslela, že dnes upadá možnost rozloučit se se zesnulými při pohřbu, u lidí, kteří si vyberou hospicové zařízení pro doprovod svých blízkých, toto zřejmě neplatí. V 8 případech se konal pohřeb žehem, v 1 případě pohřeb do země a pouze v jednom případě se nekonal žádný obřad. Ve třech případech u doprovázejících s vyznáním se konala ještě zádušní mše. Při pohřbu žehem se ve 2 případech u věřících konalo společné rodinné uložení urny a to samé se konalo ve 3 případech u rodin bez vyznání.



Graf č. 8

Na otázku č. 9 odpovědělo 9 doprovázejících, že péče v hospici je nadprůměrná, s péčí byli velice spokojeni. V jednom případě jsem odpověď nedostala, neboť doprovázejícímu bylo jedno, kde jeho matka zemřela.

Jak vnímáte péči v hospici a případně, co by bylo dobré zlepšit?



Graf č. 9

9 Dotazníkové šetření

Otázek, použitých v dotazníku (Příloha č. 1) pro zaměstnance a spolupracovníky Hospice sv. Lazara v Plzni bylo osm. První polovina otázek byla identifikačních a týkajících se vzdělání a víry. Ve druhé polovině jsem se dotazovala na zkušenosti personálu ohledně vyznání nemocných, o které pečují.

Dotazník jsem vytvořila pomocí programu Google Docs a rozeslala na e-mailové adresy. Dotazník obdrželo celkem 36 pracovníků hospice (zdravotní sestry, ošetřovatelé, lékaři, psychoterapeut, rehabilitační pracovník, technicko – hospodářští pracovníci zařízení), 2 kněží, 3 stážisté a 5 dobrovolníků.

Z celkového počtu 46 rozeslaných dotazníků se mi v požadovaném čase vrátilo všech 46 odpovědí. V celkovém počtu jich bylo uvedeno 49, ale tři dotazníky nebyly přiřazeny do grafů zřejmě z důvodu chybného duplicitního vyplnění.

9.1 Odpovědi zaměstnanců a spolupracovníků

Podle odpovědí na otázku č. 1 je zaměstnáno nebo spolupracuje s hospicem více jak tři čtvrtiny žen a téměř jedna čtvrtina mužů.

Z odpovědí na otázku č. 2 je zřejmé, že dvě třetiny respondentů jsou bez vyznání a pouze jedna třetina s vyznáním.

Odpovědi na otázku č. 3 ukázaly, že je zaměstnáno nebo spolupracuje s hospicem téměř polovina dotázaných se středním vzděláním, ať už všeobecným nebo odborným, jedna třetina všech dotázaných má vyšší odborné nebo vysokoškolské vzdělání.

Odpovědi na otázku č. 4 ukázaly, že v hospici jsou zaměstnáni nebo s ním spolupracují dvě třetiny lidí v rozpětí od 5 do 19 let. Jedna čtvrtina více jak 20 let a jen jedna desetina zde pracuje krátce do 4 let.

Odpovědi na otázku č. 5 ukázaly, že 52% dotázaných si myslí, že duchovní potřebu mají všichni nemocní bez ohledu na vyznání, 13% se domnívá, že tuto potřebu všichni nemocní nemají a 35% dotázaných si myslí, že duchovní potřebu mají jen někteří.

Na otázku č. 6 bylo možno použít několik odpovědí, týkajících se duchovních potřeb nemocných. Nejvíce - 34% dotázaných se domnívá, že největší potřeba je po odpuštění a

smíření, 30% je pro potřebu někomu sdělit strach z umírání, 20% potřebuje najít odpověď na otázku po smyslu utrpení a smrti, potřebu modlitby má 8%, dále následují 4% potřeby kněze, 3% potřeby bohoslužby a 1% nspecifikované jiné potřeby.

Na otázku č. 7 odpovědělo 44% dotázaných, že nemocní věřící snášejí nemoc a utrpení snadněji než nevěřící, 20% si toto nemyslí a 36% nedokážou odpovědět.

Otázka č. 8 se týkala toho, zda by těžce nemocný člověk měl vědět pravdu o své nemoci. 60% dotázaných se domnívá, že by to vědět měl, jen 4% jsou proti pravdě pro nemocného a 35% dotázaných si myslí, že je to individuální podle dané situace.

Vyhodnocení odpovědí prostřednictvím programu Google Docs je součástí této práce (Příloha č. 2).

ZÁVĚR

Lidé umírají. Věřící i nevěřící. A to nejenom těch několik, které osobně znám, nýbrž bezpočet lidí všude na světě, každý den, každou hodinu. Umírání je nejvšeobecnější lidskou událostí, něčím, co musíme podstoupit všichni. Umíráme však správně? Je pro nás smrt něčím víc než jen nevyhnutelným osudem, u něhož bychom byli raději, kdyby vůbec neexistoval? Nebo se naše smrt může nějak stát aktem naplnění, snad lidštějším, než je jakýkoli jiný lidský čin?

Nyní se vrátím k cílům své práce. Po dobu osmnácti měsíců jsem sbírala materiál, abych mohla potvrdit či vyvrátit svoje hypotézy. Z rozhovorů s nemocnými, doprovázejícími, kněžími, dobrovolníky, ale i podle téměř každodenní rozmluvy s ošetřujícím personálem jsem si mohla udělat představu. Pouze jen představu, neboť jak jsem se již několikrát ve své práci zmínila, každé umírání a smrt jsou jedinečné a neopakovatelné, zrovna tak, jako každý život je jedinečný a neopakovatelný. Také každé doprovázení je jiné a záleží na osobě, kterou doprovázíme, na čase, ve kterém ji doprovázíme, na našich životních zkušenostech a postojích v dané době a mnoha jiných okolnostech.

Možná by se mohlo zdát, alespoň z pohledu nás „zdravých“, že vyrovnávat se se smrtí je těžké pro každého umírajícího. Z uvedených rozhovorů ale vyplynulo, že pro nemocné umírající starší lidi, kteří jsou věřící, je vyrovnání daleko jednodušší. Cílem jejich duchovního života, zejména po umístění do hospice, je smíření se se svou vlastní smrtí, s Bohem, popřípadě se svými bližními. Sílu jim dodávají modlitby, návštěvy duchovního a nezapomíná se ani na udělování svátostí, a to zejména na svaté přijímání, svátost smíření a svátost pomazání nemocných. Také pro doprovázející věřící mají velký význam modlitby, návštěvy duchovních a pomoc personálu, bez ohledu na jejich vyznání či „nevyznání“.

Co se týká umírání mladších nebo mladých lidí s vyznáním, je to podobné, jako umírání nemocných bez vyznání – mají strach ze smrti a hůře se s ní vyrovnávají. Mladší nemocní s vyznáním většinou nejsou smíření se svou nemocí, hledají odpověď na otázku „proč právě oni“ – nejsou připraveni odejít, právě tak nejsou připraveni k odchodu lidé bez vyznání, s výjimkou lidí, kteří jsou staří a většinou osamocení. Práci v hospici pro všechny nemocné zajišťuje kvalitní personál, pro který víra v Boha není největší podmínkou pro práci s umírajícími. Personál tvoří lidé vlídní, pokorní, uctíví a empatičtí k pacientům i jejich

blízkým. Dokážou jim naslouchat a být vždy nablízku – samotným umírajícím až do jejich konce života.

Základním předpokladem pomoci bližním je chápání člověka jako bytosti s jedinečným a nezaměnitelným osobním posláním. Budeme-li takto chápat sebe i druhé, znamená to, že se k sobě budeme vzájemně chovat s úctou, porozuměním a pokorou a v tom případě není důležité, jakého vyznání jsme či nejsme.

Život člověka můžeme tedy vnímat jako cestu, po které kráčí, přičemž nezáleží na tom, jak je dlouhá, ale kam směřuje. Mnohdy se ale stane, že se člověk, často ani ne vlastní vinou, musí zastavit na křižovatce a změnit směr. Ten může mít podobu nemoci, osobních problémů, ztráty domova či ztráty blízkého. Domnívám se, že je důležité lidem v těchto situacích pomáhat bez rozdílu. V dnešním světě plném zla se na to dosti zapomíná, přestože podat někomu pomocnou ruku nevyžaduje až tolik úsilí.

SHRNUTÍ

Tato diplomová práce je zaměřena na umírání a doprovázení z pohledu lidí s vyznáním a bez vyznání.

V teoretické části popisuji existenciální analýzu a její význam s odkazem na práce Viktora E. Frankla, dále zde nastiňuji význam víry, modliteb a svátostí pro věřící. Další kapitola popisuje umírání a smrt z pohledu nemocných a doprovázejících v minulosti a nyní. V této kapitole čerpám převážně od E. Kübler-Ross. Dále popisuji situaci hospiců v České republice se zaměřením na jeden z nich, a to Hospic sv. Lazara v Plzni, ve kterém mám tu možnost a čest pracovat již třetím rokem. Poslední kapitola teoretické části je věnována doprovázení umírajících – jejich potřebám a podpoře, tak, jak nás to učí zakladatelka hospiců u nás, paní Marie Svatošová – můj osobní velký vzor. V celé teoretické části vycházím z práce různých autorů, kteří se touto tematikou zabývali a zabývají a dále z mých zkušeností z práce s nemocnými, umírajícími, doprovázejícími a pozůstalými v Hospici sv. Lazara v Plzni.

V části metodologické je popisována technika sběru dat. Pro moji diplomovou práci vzhledem k citlivosti tématu a malému vzorku osob jsem zvolila kvalitativní metodu výzkumu. Zaměřila jsem se na zpracování deseti kazuistik umírajících pomocí narativních rozhovorů, zaznamenaných do písemné podoby po ukončení těchto rozhovorů. K těmto umírajícím jsem přiřadila jejich doprovázející, se kterými jsem vedla polostandardizované rozhovory, které jsem následně taktéž zaznamenala do písemné podoby. Dále jsem pomocí dotazníkové metody provedla šetření u zaměstnanců a spolupracovníků Hospice sv. Lazara v Plzni. Následně jsem všechny údaje vyhodnotila.

Téma umírání a smrti, ať u lidí s vyznáním či bez vyznání, není pro mnohé nijak přitažlivé. Je spíše odstrašující a bolestivé. Je to téma, o kterém lidé neradi mluví, kterého se obávají a spojují si jej jen s bolestí a strachem. Když o tomto tématu mluvím s lidmi, kteří pracují v pomáhajících profesích v jiném zařízení, většina z nich souhlasně říká, že by v takovémto prostředí pracovat nemohli. Nedokázali by doprovázet umírající a těšit pozůstalé. Přesto jsou ale mezi námi i tací, kteří jsou pro tuto problematiku zapálení a pouštějí se do zakládání hospiců, pracují v nich a pečují o umírající a pozůstalé.

Mně osobně připadá tato práce spíše jako poslání. Připadá mi naplňující a smysluplná. Tato práce je také velmi obohacující, neboť umírající nemocní nás často mohou poučit o

odchodu z tohoto světa, když cítí a prožívají blízkost „onoho světa“. Právě od nich, od našich umírajících se často dozvídáme o skutečných hodnotách našeho života. Toto vše nás učí nebát se smrti a toho, co přijde po ní. To vše nám dává naději, že jednou – po překročení prahu tohoto světa, vstoupíme do přátelského prostředí, kde nás budou očekávat naši blízcí. Tuto naději máme všichni bez rozdílu – ať s vyznáním, či bez vyznání.

SUMMARY

This Dissertation project is focusing on the perspective of believers and non-believers on dying and accompanying the dying person.

The Theory part consists of existential analysis referring to the work of Viktor E. Frankl. Furthermore, I expand on the meaning of faith and beliefs, prayers and sacraments for believers. The following chapter describes dying and death from the perspective of accompanying persons in the past and now. This chapter predominantly draws on work of E. Kübler-Ross. Next, I describe the current situation of hospices in the Czech Republic with specific focus on one – St. Lazar Hospice in Pilsen, where I have been working for three years. The last chapter in the theoretical part is related to accompanying of the dying – their needs and support, just like my personal role model Marie Svatošová, the founder of hospices in the Czech Republic, teaches. The whole theoretical part is based on work that has been done in the field of this research and complemented with my own work experience with dying, accompanying and the bereaved at St. Lazar Hospice in Pilsen.

The Methods section describes data collection techniques. In my dissertation, I have chosen quantitative method in respect to the sensitivity of issue and a small sample. I focused on completion of ten case studies of dying using the method of narrative interviews, recorded into text afterwards. The dying were complemented with semi-standardized interviews of the accompanying persons, which were subsequently also recorded into a text format. Furthermore, I have used a questionnaire for the employees and associate workers at the St. Lazar Hospice in Pilsen. Final step consisted of data analysis.

The topic of death and dying is not very attractive to both believers and non-believers. In fact, it is rather dreadful and painful. It is a topic that people do not like to talk about, which they are scared of and connect it with pain and fear. When I mention this topic to other social workers employed in different institutions, the majority agrees that would not be able to do this profession. They would not be capable accompanying the dying and comforting the bereaved. Despite this fact, there are people with passion for this profession who are engaged in establishing hospices and work there and care for the dying and the bereaved.

I personally see this profession more as a mission. This profession is fulfilling and meaningful. It is also an enriching profession since we can learn a lot from the dying about the slow termination of our lives on this world, when they feel and anticipate the closeness of the 'afterlife'. Especially from our dying we learn about the real values of our life. All of this teaches us not to be afraid of death and what comes after. All of this gives us hope that one day – after crossing the shore of our existence on this world, we enter a friendly environment awaited by our close friends and family. All of us have this hope being a believer or not.

LITERATURA

ANDRYSEK, Oskar. *Mluv se mnou: kniha o vzájemné komunikaci pacientů, jejich blízkých, lékařů a sester*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, c2011, 147 s. ISBN 978-807-3452-575.

BAŠTECKÁ, Bohumila. *Klinická psychologie v praxi: psychosociální intervenční týmy*. Vyd. 1. Překlad Miloš Bič, Josef Bohumil Souček, Jindřich Mánek. Praha: Portál, 2003, 420 s. ISBN 80-717-8735-3.

BAŠTECKÁ, Bohumila. *Terénní krizová práce: psychosociální intervenční týmy*. Vyd. 1. Překlad Miloš Bič, Josef Bohumil Souček, Jindřich Mánek. Praha: Grada Publishing, 2005, 299 s. ISBN 80-247-0708-X.

BEHR, Andreas. *Aspekte hospizlicher Sozialarbeit: Palliative Sozialarbeit - ein Überblick*. Hamburg [Germany]: Druck Diplomica Verlag GmbH, 2008, 92 s. ISBN 978-3-8366-1082-7.

Bible: Písmo svaté Starého a Nového zákona (včetně deuterokanonických knih) : český ekumenický překlad. 16., (7. opr.) vyd. Překlad Miloš Bič, Josef Bohumil Souček, Jindřich Mánek. Praha: Česká biblická společnost, 2008, 1387 s. ISBN 978-80-85810-84-4.

BRABEC, Ladislav. *Křesťanská tanatologie*. Praha: Gemma89, 1991, 118 s. ISBN 80-85206-06-4.

Communio: mezinárodní katolická revue. ISSN 1211-7668.

DIGIULIO, Robert a Rachel KRANZ. *O smrti*. Překlad Eva Klimentová. Praha: NLN, Nakladatelství Lidové noviny, 1997, 154 s. Linka důvěry. ISBN 80-710-6210-3.

FRANKL, Viktor E. a [z německého originálu přeložil Josef HERMACH]. *A přesto říci životu ano: psycholog prožívá koncentrační tábor*. 3. vyd. Překlad Stanislav Koubek, Jiří Vander. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2006, 87 s. Linka důvěry. ISBN 978-807-1928-669.

FRANKL, Viktor Emil, Vladimír JOCHMANN a Elisabeth S LUKAS. *Člověk hledá smysl: úvod do logoterapie*. Vyd. 1. Překlad Z Trlík. Praha: Psychoanalytické nakladatelství J. Kocourek, 1994, 88 s. Psychoterapie (Psychoanalytické nakladatelství J. Kocourek), sv. 5. ISBN 80-901-6014-X.

FRANKL, Viktor Emil. *Lékařská péče o duši: základy logoterapie a existenciální analýzy*. Brno: Cesta, 1996, 237 s. ISBN 80-853-1950-0.

FRANKL, Viktor Emil, Vladimír JOCHMANN a Elisabeth S LUKAS. *Psychoterapie a náboženství: hledání nejvyššího smyslu*. 2. čes. vyd. Překlad Stanislav Koubek, Jiří Vander. Brno: Cesta, 2007, 87 s. ISBN 80-729-5088-6.

FRANKL, Viktor Emil, Vladimír JOCHMANN a Elisabeth S LUKAS. *Psychoterapie pro laiky: vybrané přednášky o logoterapii*. 2. čes. vyd. Překlad Vladimír Smékal. Brno: Cesta, 1998, 158 s. ISBN 80-853-1980-2.

FRANKL, Viktor E, Vladimír JOCHMANN a Elisabeth S LUKAS. *Teorie a terapie neuróz: hledání nejvyššího smyslu*. 1. vyd. Překlad Stanislav Koubek, Jiří Vander. Praha: Grada, 1999, 171 s. ISBN 80-716-9779-6.

FRANKL, Viktor Emil, Vladimír JOCHMANN a Elisabeth S LUKAS. *Vůle ke smyslu: vybrané přednášky o logoterapii*. 2. čes. vyd. Brno: Cesta, 1997, 212 s. ISBN 80-853-1963-2.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Laskavý doprovod aneb co je hospic*. Theologická revue Církve československé husitské. 1996, č. 2. ISSN 0139-7702.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. 3. rozš. vyd. Praha: Galén, 2002, 272 s. ISBN 80-726-2132-7.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Spoutaný život: kapitoly z psychoonkologie*. 1. vyd., česky 3. Praha: Lékařská fakulta Univerzity Karlovy, 1991, 331 s.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 1. vyd. Praha: Galén, c2000, 191 p. ISBN 80-726-2034-7.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, 407 s. ISBN 80-736-7040-2.

KALVACH, Zdeněk. *Bariéry a diskriminace seniorů ve zdravotní a sociální péči v ČR, In.: Postavení a diskriminace seniorů v České republice*. 1. vyd. Praha: Cesta domů, 2010, 134 s. ISBN 978-80-904516-4-3.

KALVACH, Zdeněk. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. 1. vyd. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2006, 139 s. ISBN 80-868-7852-X.

KAŠPARŮ, Jaroslav Max. *Malý kompas víry: (pro hledající, bloudící a nevěřící mladé lidi)*. 2., upr. vyd. Olomouc: Matice cyrilometodějská, 2001, 101 s. ISBN 80-726-6072-1.

Kompendium katechismu Katolické církve: (pro hledající, bloudící a nevěřící mladé lidi). Vyd. 1. Překlad Josef Koláček. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2006, 209 s. ISBN 80-719-5094-7.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O smrti a umírání.* Turnov: Arica, 1992, 251 s. Esotera. ISBN 80-900134-6-5.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O životě po smrti.* Turnov: Arica, 1992, 68 s. Esotera. ISBN 80-858-7899-2.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Křesťanská péče o nemocné.* Vyd. 1. Praha: Advent, 1991, 122 s.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Povídej-naslouchám: kniha o vzájemné komunikaci pacientů, jejich blízkých, lékařů a sester.* 1. vyd. Praha: Navrat, 1993, 105 p. ISBN 80-854-9518-X.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci: (pro hledající, bloudící a nevěřící mladé lidi).* Vyd. 1. Praha: Grada, 2002, 198 s. ISBN 80-247-0179-0.

LÄNGLE, Silvia, SULZ, Martha. *Žít svůj vlastní život: úvod do existenciální analýzy.* Vyd. 1. Překlad Karel Balcar. Praha: Portál, 2007, 181 s. Spektrum (Portál), 53. ISBN 978-807-3672-201.

LEWIS, C. *Svědectví o zármutku.* 1. vyd. Praha: Návrat domů, 1995, 60 s. ISBN 80-854-9555-4.

LUKAS, Elisabeth. *Lehrbuch der Logotherapie: Menschenbild und Methoden.* 2., überarb. Aufl. Editor Silvia Längle, Martha Sulz. Překlad Karel Balcar. München [u.a.]: Profil, 2002, 181 s. Spektrum (Portál), 53. ISBN 38-901-9533-4

LUKAS, Elisabeth. *Paliativní péče: principy a praxe.* 1. vyd. Editor Sheila Payne, Jane Seymour, Christine Ingleton. Překlad Ivo Lukáš. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007, 807 s. Paliativní péče, 53. ISBN 978-808-7029-251.

PAUL, Jan. *O štěstí v umírání.* 1. vyd. Brno: Barrister, 2011, 279 s. ISBN 978-808-7474-327.

PAYNE, Sheila, Jane SEYMOUR a Christine INGLETON. *Paliativní péče: principy a praxe.* 1. vyd. Překlad Ivo Lukáš. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007, 807 s. Paliativní péče. ISBN 978-808-7029-251.

SCHUBERT, Kurt. *Židovské náboženství v proměnách věků: zdroje, teologie, filosofie, mystika.* Vyd. 2. Překlad Jindřich Slabý. Praha: Vyšehrad, 1999, 285 s. ISBN 80-702-1303-5.

SMOLÍK, Josef. *Pastýřská péče.* Vyd. 1. Praha: Kalich, 1991, 264 s.

SOUKUPOVÁ, Tereza. *Psychologie dnes: Umíme ještě truchlit?*. Praha: Horák, a.s., 2006, roč. 12, č. 5. ISSN 1212-9607.

STUDENT, Johann-Christoph, MÜHLUM, Albert a [z německého originálu přeložil Marek ZIKMUND]. *Sociální práce v hospici a paliativní péče: principy a praxe*. Vyd. 1. Editor Sheila Payne, Jane Seymour, Christine Ingleton. Překlad Ivo Lukáš. Jinočany: H, 2006, 807 s. Paliativní péče, 53. ISBN 80-731-9059-1.

SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 6., dopl. vyd., (V KNA 1.). V Kostelním Vydří: APHPP, 2008, 151 s. ISBN 978-80-7195-307-4.

SVATOŠOVÁ, Marie. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 109 s. ISBN 978-802-4741-079.

ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem*. 2. přeprac. vyd. Praha: Portál, 2006, 390 s. ISBN 978-802-4741-079.

ÚLEHLA, Ivan. *Umění pomáhat: učebnice metod sociální praxe*. Vyd. 2., v Sociologickém nakl. vyd. 1. Praha: Sociologické nakl., 1999, 128 p. Studijní texty (Sociologické nakladatelství), sv. 20. ISBN 80-858-5069-9.

VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie: učebnice metod sociální praxe*. 3. aktualiz. vyd., 1. vyd. v nakl. Portál. Praha: Portál., 2003, 397 s. Studijní texty (Sociologické nakladatelství), sv. 20. ISBN 80-717-8740-X.

WHITTON, Joel L. *Život mezi životy: Vědecké zkoumání prostoru oddělujícího jednu inkarnaci od druhé*. 1.vyd. Brno: Bollingenská věž, 1992, 191 s. ISBN 80-900-2008-9.

Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění ze dne 7. března 1997

Dotazník pro zaměstnance a spolupracovníky HSL

Tento dotazník je anonymní a slouží k výzkumu diplomové práce.
Prosím o zakroužkování, popřípadě o písemné doplnění.
Za Váš čas při vyplňování dotazníku děkuji.

Vlasta Sýkorová

Pohlaví

- Žena
 Muž

Vyznání

- Ano
 Ne

Vzdělání

- Základní
 Vyučen(a)
 Střední všeobecné
 Střední odborné
 Vyšší odborné
 Vysokoškolské

Délka praxe

- Do 4 let
 5 - 9 let
 10 - 19 let
 20 a více let

Mají všichni nemocní duchovní potřebu?

- Ano
 Ne
 Jen někteří

Jakou duchovní potřebu podle Vás nejčastěji nemocní mají?

- Potřeba bohoslužby

- Potřeba kněze
- Potřeba modlitby
- Potřeba někomu sdělit strach z umírání
- Potřeba najít odpověď na otázku po smyslu utrpení a smrti
- Potřebu odpuštění a smíření
- Jiné:

Myslím si, že nemocní věřící snášejí nemoc a utrpení snadněji než nevěřící?

- Ano
- Ne
- Nevím

Měl by těžce nemocný člověk vědět pravdu o své nemoci?

- Ano
- Ne
- Je to individuální

Never submit passwords through Google Forms.

Používá technologii

 Google Drive

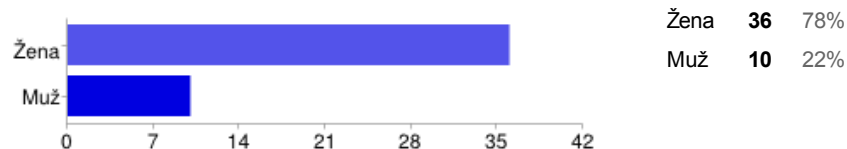
Obsah není vytvořen ani schválen Googlem.

[Nahlásit zneužití](#) - [Smluvní podmínky služby](#) - [Další smluvní podmínky](#)

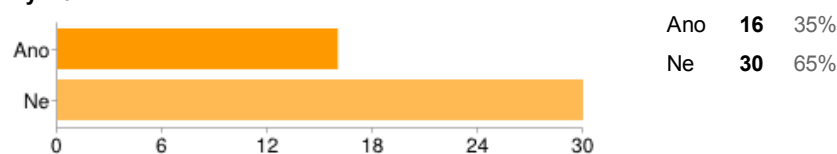
49 odpovědi

Souhrn [Publikovat analýzu](#)

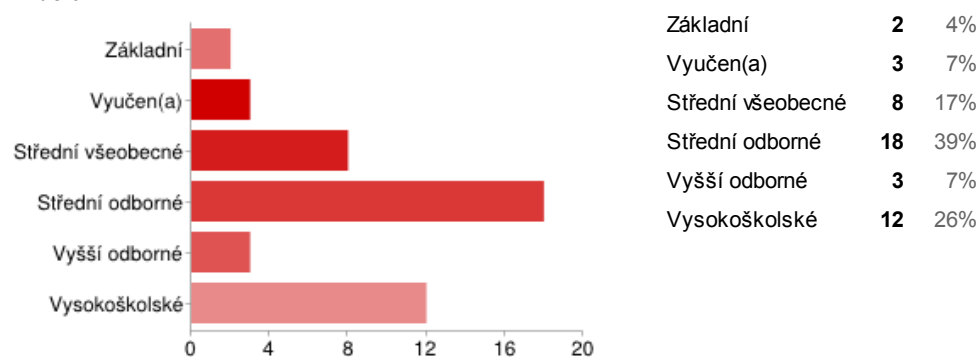
Pohlaví



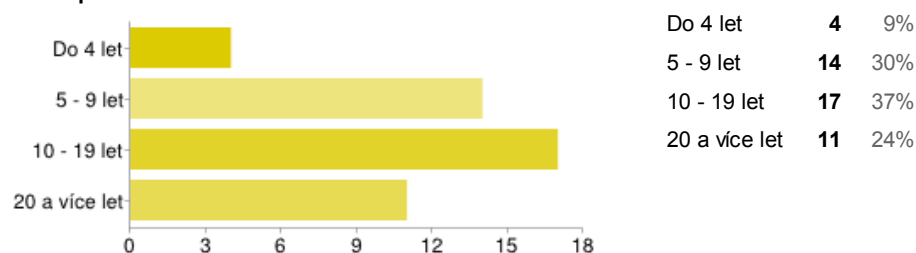
Vyznání

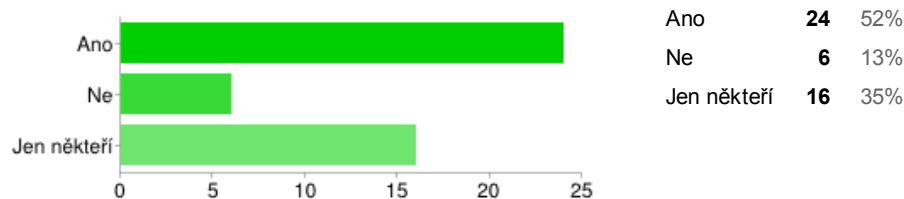
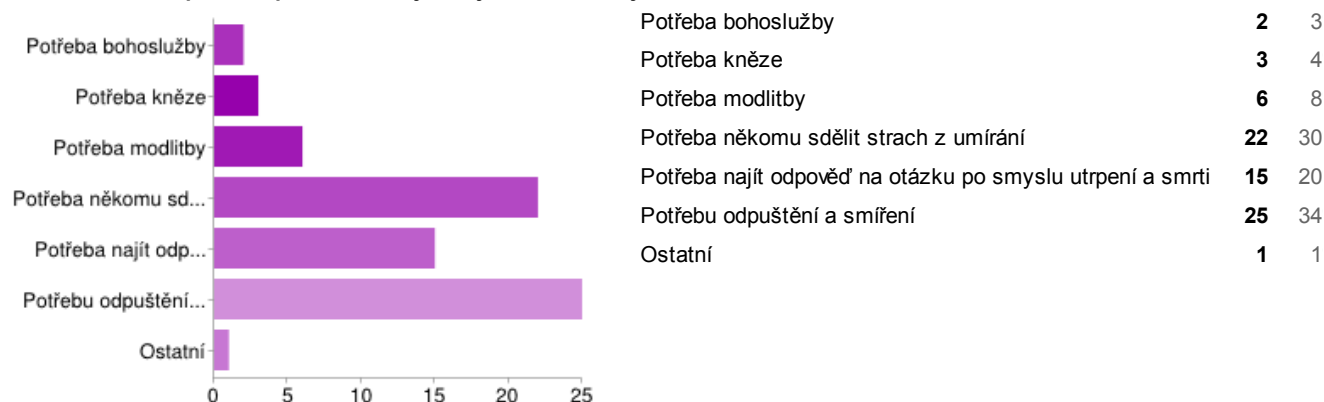
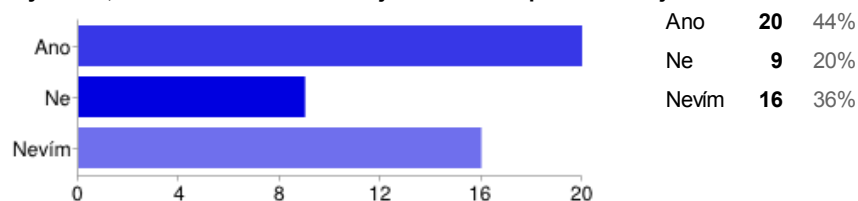
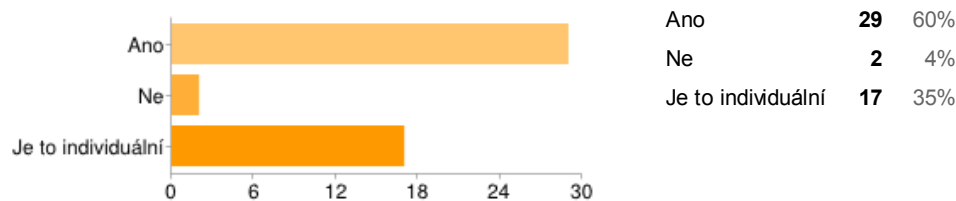


Vzdělání



Délka praxe



Mají všichni nemocní duchovní potřebu?**Jakou duchovní potřebu podle Vás nejčastěji nemocní mají?****Myslím si, že nemocní věřící snášejí nemoc a utrpení snadněji než nevěřící?****Měl by těžce nemocný člověk vědět pravdu o své nemoci?****Počet odpovědí za den**

