

MASARYKOVA UNIVERZITA
FAKULTA SOCIÁLNÍCH STUDIÍ
KATEDRA SOCIÁLNÍ POLITIKY A SOCIÁLNÍ PRÁCE



**Postoj pomáhajících pracovníků ve vybraném hospicovém zařízení
ke smrti a jejich způsob zvládnání stresu z všudypřítomné smrti**

Bakalářská práce

Autor: Marie Šumberová

Vedoucí práce: Mgr. Zdeňka Dohnalová

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a uvedla v ní veškerou literaturu a ostatní informační zdroje, které jsem při jejím vypracování použila.

V Brně dne 31.5. 2011

.....

Marie Šumberová

Děkuji vedoucí své práce Mgr. Zdeňce Dohnalové za odborné vedení, cenné připomínky a za trpělivost. Také děkuji všem pomáhajícím pracovníkům vybraného hospicového zařízení za ochotu a poskytnutí rozhovoru. Dále děkuji své rodině za vytrvalou podporu.

Obsah

1. Úvod.....	5
2. Teoretická část	7
2.1 Postoj ke smrti.....	7
2.1.1 Postoj	7
2.1.2 Postoj ke smrti a umírání	8
2.1.3 Tabuizace smrti	11
2.2 Paliativní péče	12
2.2.1 Principy paliativní péče.....	12
2.2.2 Hospicové hnutí.....	13
2.3 Pomáhající pracovníci hospicového zařízení	15
2.3.1 Pomáhající pracovník	15
2.3.2 Představení pomáhající pracovníků v hospici, kde byl výzkum realizován	16
2.3.3 Požadavky na výkon profese pomáhajícího pracovníka v hospicovém zařízení.....	17
2.3.4 Emoční práce.....	19
2.3.5 Míra sebeobětování a nutnost přijetí vlastních hranic	21
2.3.6 Syndrom vyhoření	22
2.4 Zdroje stresu při práci s umírajícími a možnosti jeho zvládnutí	22
2.4.1 Vybrané teorie o vzniku stresu	22
2.4.2 Zvládnutí stresu	25
3. Metodologická část.....	28
3.1 Hlavní výzkumná otázka	28
3.2 Dílčí výzkumné otázky	28
3.3 Výzkumná metoda.....	28
3.4 Jednotka zkoumání a jednotka zjišťování.....	29
3.5 Dotazovací technika a technika sběru dat.....	29
3.6 Operacionalizace výzkumných otázek	30
4. Empirická část – analýza rozhovorů a dílčí závěry	33
4.1 Význam smrti pro dotazované osoby	33
4.2 Proměna postojů a myšlení po určitém čase práce v hospici.....	36
4.3 Míra ztotožnění s myšlenkami paliativní péče a hospicových zařízení	38
4.4 Reakce při setkání s umírajícími pacienty a příbuznými pacientů.....	39
4.5 Zátěž a stres v práci s umírajícími a pozůstalými	42
4.6 Metody v boji proti stresu	45
5. Závěr.....	47
6. Diskuze a doporučení	50
7. Bibliografie	52
Anotace.....	54
Rejstřík jmenný.....	55
Rejstřík věcný.....	56

1. Úvod

Málokterá oblast lidského života s sebou přináší tolik otazníků jako právě jeho poslední úsek – umírání a smrt. Kolik uměleckých děl se pokusilo smrt nějakým způsobem ztvárnit a kolik sil vynaložíme, abychom ji oddálili, když už jsme zjistili, že se jí nemůžeme vyhnout. Na jednu stranu jsme jí fascinováni, na druhou se jí děšíme. Každý se ve svém životě musí potýkat s otázkami lidské smrtelnosti, ale možná více než kdokoliv jiný, jsou to právě pracovníci, kteří bezprostředně umírající v jejich posledních chvílích doprovází, tedy často pracovníci hospiců.

Práce s preterminálně a terminálně nemocnými pacienty má svá specifika. Často bývá považována pro pomáhající pracovníky za stresující, ale na druhou stranu, jak uvádí mnoho autorů¹, i velmi obohacující a cennou životní zkušeností. Péči o umírající v hospicovém zařízení může být ohrožena duševní pohoda a psychická vyrovnanost pomáhajících pracovníků vlivem častého setkání se smrtí, zároveň však jsou pracovníci nuceni čelit otázkám lidské smrtelnosti, které jim mohou dopomoci k rozvíjení vlastní osobnosti

V následující práci proto hledám odpověď na otázku *jaký je postoj pomáhajících pracovníků ve vybraném hospicovém zařízení ke smrti a co jim pomáhá zvládat stres z všudypřítomné smrti?*

Domnívám se, že získané poznatky mohou usnadnit pomáhajícím pracovníkům² vybraného hospicového zařízení vyrovnat se se svými pocity při práci s umírajícími a v neposlední řadě i umožnit všem těm, kteří poskytují podporu pracovníků v přímé péči (supervizoři, psychologové atp.) lépe porozumět pocitům těchto osob a pomoci jim v prevenci syndromu vyhoření, depresí či úzkostí.

Text práce je rozdělen do tří dílčích celků. V teoretické části popíši pojmy souvisejících s hlavní výzkumnou otázkou. Metodologickou částí připravuji půdu pro výzkum, věnuji se zde tedy zvolení vhodné metody, popisu výzkumné jednotky, dotazovací techniky a techniky výběru dat. Součástí je i operacionalizace dílčích výzkumných otázek. Výsledky provedeného výzkumného šetření jsou prezentovány a analyzovány v empirické části. V závěru své práce zodpovím hlavní výzkumnou otázku.

V neposlední řadě bych ráda objasnila, proč jsem za téma své bakalářské práce zvolila pro mnohé zřejmě ponurou a smutnou tematiku smrti z prostředí hospiců.

¹ Např. Ross (1995), Parkes, Relfová, Coudricková (2007), Jankovský (2003)

² Tento pojem je blíže popsán v kapitole 2.3

Přestože smrt je fenomén, se kterým se setkáváme v určité podobě téměř denně (např. ve zpravodajství, knihách), je to oblast, které se snažíme v běžných rozhovorech s ostatními lidmi vyhýbat a bojíme se, že by se také jednou mohla týkat i nás samotných a našich blízkých. Právě z těchto důvodů však sledávám tuto problematiku přínosnou a vhodnou k prozkoumání. Samotná problematika hospiců mě zaujala především díky heslu paliativní péče tvrdící, že *není důležité naplnit život dny, ale dny životem*. Citát se pro mě stal impulsem k dalšímu zkoumání toho, jak nahlíží na fenomén smrti ti, kteří se s ní v rámci své práce setkávají každý den.

Abych lépe pronikla do prostředí hospiců, rozhodla jsem se zde vykonat měsíční praxi v rámci studia na FSS MU na katedře SPSP, díky které jsem měla možnost přijít do kontaktu jak se samotnými pacienty, tak i personálem. Věřím, že získané zkušenosti budu moci v této práci uplatnit.

2. Teoretická část

V teoretické části se věnuji objasnění pojmů souvisejících s hlavní výzkumnou otázkou, která zní: *Jaký je postoj pomáhajících pracovníků ve vybraném hospicovém zařízení ke smrti a co jim pomáhá zvládat stres z všudypřítomné smrti?* Postupně se budu zabývat možnými postoji člověka ke smrti, hospicovým hnutím, úlohou pomáhajících pracovníků v hospicových zařízeních a jejich možnostmi zvládnutí stresu ze smrti.

2.1 Postoj ke smrti

V textu rozvíjím témata smrti a umírání; jedná se o základní pojmy mé práce. V následující kapitole se zaměřím především na to, jaké místo ponechává současná společnost smrti a jaký k ní zaujímá postoj. Míra, kterou pronikla smrt do současného lidského vědomí, vypěstovaný vztah společnosti k tomuto tématu či otevřenost k diskuzi o této problematice, může značně ovlivnit způsob, jak se bude pomáhající pracovník vyrovnávat se smrtí.

2.1.1 Postoj

Postoj je „*hodnotící vztah vyjádřený sklonem ustáleným způsobem reagovat na předměty, osoby, situace a na sebe sama*“ (Hartl, 2010, s. 431). Fishbein a Ajzen (in Hayesová, 2003) zdůrazňují, že postoje jsou naučené predispozice. Vytváříme si je tedy během našeho života. Stejného názoru je i Kohoutek (2002), který se domnívá, že postoje se u člověka vytvářejí jako důsledek sociální determinace v průběhu ontogeneze. Naše rodina, přátelé, sociální okolí, ale i média tedy do jisté míry ovlivňují a utvářejí naše postoje. Hayesová (2003) si přesto všímá, že můžeme najít skupinu autorů, tvrdících, že postoje jsou z velké části vrozené. Tito autoři si všímají toho, že některé osobní rysy, které tvoří základ postojů, nám jsou vrozené.

V psychologické literatuře³ se rozlišují tři složky postojů, a to sice kognitivní (stupeň vědomosti o předmětu), behaviorální (tendence jednat ve smyslu existujícího postoje) a afektivní (vyjadřuje emoční vztahy vzhledem na předmět postoje) (Kohoutek, 2002, s. 189). Naše jednání ale i emoce budou tedy do značné míry ovlivněny tím, jaké informace a jaké množství poznatků máme o situaci či předmětu.

³ např. Kohoutek (2002), Hayesová (2003), Atkinson (2003)

Postoje se odlišují od jiných stavů svoji hodnotovou složkou. Hodnoty⁴ mohou představovat důležité kritérium k rozpoznání postojů dané osoby. Kohoutek (2002, s. 189) si však zároveň všímá možného úskalí, když tvrdí, že: „*Člověk vždy nevyjadřuje navenek svůj pravý, vlastní a ryzí vtaħ, ale vyjadřuje postoj, který je považován za sociálně žádoucí nebo o kterém se domnívá, že je či bude v dané společnosti preferován.*“ Postoje tedy nelze úplně oddělit od skupinového mínění.

2.1.2 Postoj ke smrti a umírání

Existenciální psycholog Yalom (in Marková, 2010) se domnívá, že již ve velmi raném věku se vytváří náš vztah ke smrti a ilustruje to na příkladech, kdy např. dojde k náhlé změně chování dítěte, které objeví mrtvého ptáčka. Později, zhruba mezi 11. a 13. rokem, začínáme rozumět tomu, že lidský život je konečný (Přidalová, 1998). Marková (2010) se domnívá, že nejdůležitější na vývoji postoje ke smrti je to, jaký postoj ke smrti zaujímají rodiče. Pokud si dítě všimne, že rodiče hovory o smrti rozčilují či zúzkostňují, nebude se jich více ptát a buď se bude snažit vyrovnat se skutečností smrti samo, nebo ji vytěsni.

Dnešní doba je navíc poznamenána tabuizací smrti, kdy se snažíme tématice smrti vyhýbat (o tomto fenoménu pojednává podrobněji další kapitola), a je tak těžké přijmout smrt jako přirozený konec života. Špatenková (2008, s. 12.) uvádí, že smrt „*připomíná všem jejich bezmocnost, neschopnost smrti čelit a bojovat s ní, ale také vlastní konečnost. Kromě toho je každé setkání s někým, koho zasáhla smrt blízkého člověka bolestivou konfrontací s možností, že by se to mohlo stát také nám.*“ Smrt druhé osoby tedy poukazuje na naši vlastní smrtelnost a bezmocnost a často v nás vzbuzuje nejistotu a obavy. I to je možná jeden z důvodů, proč se tématům smrti a umírání vyhýbáme a proč se bojíme pohledu na umírající.

Marková (2010) si všímá, že setkání se smrtí probíhá především u mladé generace ve virtuálním, nikoli reálném světě. Denně jsme díky médiím konfrontováni s utrpením, bolestí a smrtí. Marková (2010, s. 16) to popisuje následovně: „*V prostředí počítačových her, kde nepřátelé umírají po stovkách, ve filmech, kde je smrt často spojena s množstvím krve a dramatickými okolnostmi, ve večerních zprávách, kde jde buď o násilí, nebo nešťastnou náhodu.*“ To, že se smrtí se nesetkáváme osobně, ale pouze v medializované podobě, která se často velmi liší od skutečnosti a smrt zde není představována jako přirozený konec života, může mít za následek strach ze smrti (a strach ze smrti opět povede k tomu, že se budeme snažit tématům o ní vyhnout, dostáváme se tedy do jakéhosi začarovaného kruhu). Haškovcová (2000, s. 14) si všímá,

⁴ Hartl (2004) uvádí, že hodnota je vlastnost, kterou člověk přisuzuje určitému objektu, situaci, události nebo činnosti ve spojitosti s uspokojováním svých potřeb a zájmů.

že „umírání a smrt děsí jinak z dálky než z blízka a že být u „věci“, nebát se konfrontace s úzkostí a neštěstím druhého, je strategicky výhodnější, než si „hrůzu“ domýšlet z povzdálí.“ Přidalová (1998) cituje stoického filozofa Senecu, který napsal, že člověk se může zbavit strachu ze smrti tehdy, když na ni bude pořád myslet, protože jen toho, co je nám známe, se nebojíme. Přesto však stoikové dávali i jinou radu, jak čelit obavám z konce života: „Nemysli na smrt! Když jsi tu, není tu smrt, až tu bude smrt, nebudeš tu ty! Nemáte tedy spolu nic společného.“ (in Špidlík, 2010, s. 191). Jistě, strach ze smrti je do určité míry nutný a přirozený a bez něho bychom asi zbytečně riskovali se svými životy, ale nesmí dorůst do té míry, aby nás ochromoval.

Postoj ke smrti je ovlivněn mj. místem úmrtí. Zatímco dnes dle statistik⁵ umírají lidé nejčastěji v nemocnicích, domovech pro seniory a podobných institucích, dříve většina nemocných trávila poslední dny svého života doma, často v blízkosti svých nejbližších. Podle Kalvacha a kol. (2004) ¾ všech úmrtí se odehrají v nemocnicích, LDN a domovech pro seniory. V hospicích dochází méně než k 1 % úmrtí.

Postupem času se ale setkání lidí se smrtí odosobnilo, tzn. zatímco dříve se o umírajícího starala rodina, smrtelně nemocný měl často kolem sebe své blízké, a někdy dokonce i sousedy, dnes jejich přítomnost u umírajícího není tak častá. Na tento fakt poukazuje Milese (in Matochová, 2009, s.163): „Dříve byli členové rodiny nejbližšími společníky, kteří poskytovali umírajícímu příbuznému fyzickou péči a duchovní doprovod. Dnes je v této roli nahrazují profesionálové. V rodinách se lékařské umírání považuje za událost pro pacienta, organizovanou někým jiným, na niž se blízcí přijdou jen podívat, místo, aby ji prožili a poučili se z ní.“ Rodiny jsou dnes navíc menší a zvláště ve velkých městech žijí izolovaně, chybí tedy dříve výrazná komunitní pospolitost, a tím i podpora (Marková, 2010).

Ariès (2003) se domnívá, kořeny tohoto jevu sahají do počátku 20. století, kdy se smrt stává ryze soukromým aktem. V důsledku hospitalizace smrtelně nemocných je pak odsunuta i sama rodina. Následkem nedostatku zkušenosti se smrtí, s umíráním obecně lidé ztrácí schopnost doprovázet umírající během jejich posledních dní, stejně tak jako schopnost postarat se po smrti o jejich tělo. Tento fakt může souviset i s postupně ubývajícými rituály, které umírání a smrt doprovázely⁶.

Nejistota, co od umírajícího očekávat, jak se v dané situaci zachovat, je jednou z příčin našeho zvyku vyhýbat se otázkám smrti. Téma je citlivé a vyvolává nejrůznější emoce. Ty vedou k jisté paradoxní situaci v naší kultuře: na jedné straně se o smrti moc

⁵ Sláma se Špinkou (2004) uvádějí, že 70 % lidí umírá ve zdravotnické či sociální instituci. Současně dodávají, že 80 % dotázaných ve výzkumu veřejného mínění uvedlo, že si nepřejí v tomto prostředí zemřít.

⁶ Podle některých autorů jako např. Parkes, Relfová, Coudricková (2007), Kubíčková (2001) rituály doznaly určité krize.

nemluví, na druhé straně jsme jí ale mnohdy fascinováni (horory, úvahy o posmrtném životě, zprávy o lidském neštěstí, atd.).

Dnešní doba se vyznačuje postupující sekularizací (Přidalová, 1998). Různá náboženství se vyjadřují k otázkám konečnosti lidského života a smyslu utrpení. Nejrozšířenější náboženství v Evropě, křesťanství, ve smrti nevidí definitivní konec života, ale pouze přechod do života věčného. Dává tedy člověku naději, že smrt neznamená konec lidského života. Marková (2010, s. 17) se domnívá, že: „*lze obecně říci, že tomu, kdo vyznává Boha, jako milujícího Otce, který stvořil a řídí tento svět a běh dějin i mého konkrétního života, se ze života odchází jinak, než tomu, který tuto víru nesdílí. A podobně může tato víra pomáhat i blízkým umírajícího a pozůstalým.*“ Víra proto může být v období umírání bližního velikou útěchou. Ztrátou této naděje a útěchy se smrt stává děsivou událostí a myšlenky na ni jsou raději odsouvány (Přidalová, 1998). Někteří věřící, ale právě v utrpení svém nebo ostatních zažívají její krizi. Kubíčková (2001, s. 102) k tomu píše: „*je těžké vidět Boha jako milujícího a ochraňujícího otce tváří v tvář smrti blízkého člověka, ani víra v možnost opětovného shledání nepomáhá truchlícím překonat zármutek nad jeho ztrátou.*“

Další zajímavou skutečností, která může mít vliv na prožívání smrti je stále se prodlužující délka umírání vlivem rozvoje nejrůznějších technologií, nových léků atp. Medicína se nám tak může zdát všemocná a myslíme si, že odstranila smrt z našich životů. Haškovcová (2000, s. 31) píše, že „*nesamozřejmost života je vystřídána nesamozřejmostí smrti.*“ Podobně výstižně se vyjadřuje i Skopalová (2010), když tvrdí, že se do našeho povědomí vštípila myšlenka, „že neumíráme proto, že jsme „smrtné bytosti“, ale umíráme „na něco“ . Dříve tedy při neexistujících lécích a vyšetřovacích metodách, které zjistí nemoc ještě v ranném stádiu, neexistovaly takové šance a naděje k uzdravení, a jak si všímá Přidalová (1998), lidé se museli prostě se smrtí smířit, zatímco dnes se jí snaží utéct, protože jí utéct často. Náš život se díky pokroku v medicíně sice stává delším, ale umírání také. Díky tomuto jevu máme tak velmi rozvinuté vědomí naší smrtelnosti (Payneová, Seymourová, Inglitenová, 2007).

V thanatologické literatuře⁷ se tak objevují tvrzení jedněch autorů upozorňujících na postupné vytěsňování smrti z lidského vědomí (Ariès, 2000, Haškovcová, 2000, Přidalová, 1998) vedle postřehů autorů jiných, že totiž jsme si dobře vědomi naší smrtelnosti (Payneová, Seymourová, Inglitenová, 2007). Z toho plyne, že si často úmyslně nepřipouštíme fakt konečnosti lidského života. Hlavní problém vidím

⁷ Thanatologie je definována jako „*interdisciplinární obor o smrti a o všech fenoménech, které jsou s ní spojeny*“ (Haškovcová, 2000, s. 142).

v tom, naučit se přijmout tuto konečnost a smířit se s ní. K tomu je zapotřebí mimo jiné otevřít toto téma k rozhovoru a neuchovávat ho nadále v pozici tabuizovaných témat.

2.1.3 Tabuizace smrti

Tabuizace smrti nesouvisí jen se strachem hovořit o tomto tématu, ale i s životním stylem. Haškovcová (2000, s. 22) pozoruje, že *„smrt je vnímána jako nutný, ale nepatřičný fenomén, který se vlastně nehodí do světa ovládaného vědou, technikou a médií, do světa, který je posedlý mládím, sexem, úspěchem a hromaděním hmotných statků. Smrt je skrývána, je vhodné o ní mlčet, a nahlas je žádoucí opakovaně ujišťovat sebe i druhé, že v blízké budoucnosti zvítězíme i nad příčinami dnešních nemocí.“* S existující souvislostí mezi kultem mládí, krásy, úspěchu a tabuizací smrti souhlasí Jankovský (2003), když tvrdí, že tyto hodnoty ovlivňují kvalitu života, a proto otázky po smyslu utrpení, bolesti či nemoci, jsou považovány téměř za nevhodné.

Parkes, Relfová, Coudricková (2007) vidí důsledek tohoto fenoménu oddalování smrti v západním světě v neschopnosti lidí vyrovnat se s ní. Další autoři jako např. Harvinton nebo Becher (in Skopalová, 2010) zdůrazňují, že masivní popření smrti má závažné důsledky pro celé lidstvo v podobě sociálních patologií.

Přidalová (1998) si všímá, že můžeme najít skupinu autorů, kteří nesouhlasí s tvrzením, že společnost jako celek smrt popírá. Spíše se domnívají, že tabuizace smrti je determinována sociálně a geograficky. Jsou to tedy pouze určité skupiny lidí, které se tématům smrti a umírání vyhýbají. Blauner (in Přidalová, 1998) se domnívá, že v době, kdy medicína dosáhla takového pokroku, a umírá se tedy ve vyšším věku, nepostrádáme zemřelé tak, jak tomu bylo dříve a hmotná situace rodiny není do takové míry zasažena. Walter (in Přidalová, 1998) nevidí příčinu tabuizace smrti ve společnosti, jako ve zdravotnictví a médiích. Další argument ukazuje ne fakt, že lidé se smrti báli odjakživa, a proto není dnešní situace nijak výjimečná (Přidalová, 1998).

I když přijmeme tyto argumenty, které jsou nepochybně logické, musíme přesto připustit, že dříve byla smrt v životě lidí více přítomná (umírání doma a často i v mladém věku) a rodina se dovedla častěji o umírajícího postarat.

Částečná detabuizace byla započata přibližně v 70. letech 20. století (Haškovcová, 2010). Je však třeba v tomto trendu pokračovat, zvláště z toho důvodu, že může přímo přispět ke zlepšení péče. Odbourává se jí strach rodiny pečovat o umírajícího doma, navíc tato detabuizace přinese pracovníkům kromě lepšího porozumění umírajícím pacientům také možnou cestu ke zvládnutí svých pocitů, alespoň v tom, že se budou moci svěřit ostatním. (Sdílené utrpení, poloviční utrpení.)

Zde má velký úkol do budoucna paliativní péče⁸. Ta totiž může přispět k uzdravení a kultivaci společnosti, díky tomu, že se nezaměřuje primárně na vyléčení pacienta, ale na kvalitu jeho života a na posílení jeho přirozených vazeb (Sláma, Špinka, 2004). Hledání kvality života umírajících vede společnost k úvahám o hodnotě každé lidské osoby, i té zdánlivě nejbezpečnější. Mnoho autorů se shoduje (např. Sláma, Špinka, 2004; Kalvach a kol., 2004), že to, kolik prostoru vymezuje společnost tématům smrti a umírání svědčí i o celkovém společenském klimatu.

2.2 Paliativní péče

Naštěstí lze vypožorovat v oblasti péče o smrtelně nemocné značné změny vedoucí k důstojnějšímu umírání a ke zkvalitnění posledních dnů pacientova života (Matochová, 2009). Velký podíl má na tomto jevu paliativní péče, která napomáhá i k návratu vnímání smrti jako součásti lidské existence. Jedná se o moderní a rychle se rozvíjející obor lékařství⁹, který dle definice Světové zdravotnické organizace z roku 2002 představuje *„přístup zlepšující kvalitu života pacientů a jejich rodin, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožující nemocí, prostřednictvím předcházení a zmírňování utrpení pomocí včasného zjištění, vyhodnocení a řešení bolesti a dalších fyzických, psychosociálních a duchovních potíží.“* (O organizaci paliativní péče, 2004, s. 22).

Paliativní péče se tedy na rozdíl od kurativní péče nesnaží uzdravit nemocného člověka (to ani již není mnohdy možné), ale jejím cílem je zajistit klidný, důstojný a bezbolestný odchod ze života, a to v ideálním případě za pomoci rodiny a nejbližších.

2.2.1 Principy paliativní péče

Paliativní péče se snaží o zkvalitnění posledních dnů, týdnů či měsíců pacientova života, usilují o tzv. dobrou smrt, což je podle definice amerického Institut of Medecine *„smrt, při které je odstraněno a zmírněno všechno ovlivnitelné utrpení a stres pacientů, jejich blízkých a také těch, kteří o pacienta pečují. Vše se děje s respektem k přání pacienta a jeho rodiny a v rozumné míře jsou respektovány klinické, kulturní a etické standardy“* (in Kalvach a kol., 2004, s. 10).

Dobrou smrt však nesmíme zaměňovat s eutanázií, která se překládá také jako dobrá smrt. Paliativní péče nepředstavuje urychlení smrti ani jakýsi eufemismus pro pasivní eutanázii. Uplatňuje se tak zásada: pomáhat v umírání - ano, pomáhat ke smrti –

⁸ Paliativní péči je věnována kapitola 2.2

⁹ Zákon č. 95/2004 Sb. uznává existenci samostatného specializačního oboru „Paliativní medicína a léčba bolesti.“ (Sláma, Špinka, 2004)

ne (Matoušek, 2005). Jak tvrdí Haškovcová (2000, s. 32): „*Oddalovat smrt je ušlechtilý a vysoce hodnotný čin. Nebrat na vědomí konečnost lidského osudu je projevem lidské i profesionální neodpovědnosti, která se vymstí a to nejméně dvakrát.*“ Za prvé jsou podle Haškovcové (2000) paliativní péče zahajovány pozdě, jelikož nejsou zohledněny pacientovy potřeby, za druhé pracovníci projevují přílišnou aktivitu a dochází k dystanázii.¹⁰ Cílem je tedy „netrápit“ umírajícího „nadměrnou péčí“, ale zajistit mu klidný a smířený odchod ze života. „*Lékaři se na jedné straně musí snažit udržet život, na straně druhé si musí uvědomit nevyhnutelnost smrti a v tu pravou chvíli dovolit nemocnému odejít* (Svatošová, 1998, s. 26). Pacient má tak možnost uzavřít svou životní kapitolu např. smířením se s rodinou a se svou nemocí. Je proto nutné chápat tento typ péče z pohledu její filozofie, kdy smrt je vnímána jako zcela přirozený proces, nemůžeme ji ani urychlit ani oddálit. Důraz je tedy kladen více na kvalitu než délku života (viz motto práce: „Není důležité naplnit život dny, ale dny životem.“).

Jedním z důvodů, proč panuje nedůvěra v paliativní péči je již zmíněná tabuizace smrti, neschopnost přijmout smrt jako součásti našeho života: ta je vnímána jako něco negativního co je nutné ze života odstranit, proto se snažíme všemi možnými prostředky smrti zabránit¹¹ a nechceme si připustit, že nemocný jednou zemře. Smrt bereme často jako selhání medicíny. Není to však tak snadné opustit kurativní péči a přejít na do péče paliativní. Může nás provázet strach, že jsme pro pacienta neudělali vše, nevyzkoušeli jsme všechny léky atp., jakoby čekáme na zázrak.

2.2.2 Hospicové hnutí

Péče o preterminálně a terminálně nemocné pacienty je úzce spojena s hospicovým hnutím, které zaznamenalo v posledních desetiletích obrovský rozvoj. Hospicovou péčí, jež tvoří nezbytnou součást péče paliativní, lze poskytovat ve třech hlavních formách: domácí hospicová péče, stacionáře a lůžkový hospic.¹² Důraz je kladen na to, aby pacienti hospiců věděli, že nebudou trpět nesnesitelnou bolestí, za všech okolností bude respektována jejich lidská důstojnost a v posledních chvílích nezůstanou osamoceni (Svatošová, 2005). Filozofie hospice nás také učí, že není nic prapodivného ani děsivého o umírajícího pečovat, napomáhají tak k již zmíněné kultivaci společnosti.

Nutno poznamenat, že pro přijetí pacienta do hospice existují velmi přísná kritéria, která kontroluje několikačlenná komise. Toto opatření má za cíl zachovat

¹⁰ Pod pojmem dystanázie se rozumí tzv. zadržena smrt. Jedná se o snahu zachovat nemocného za každou cenu co nejdéle při životě.

¹¹ Samozřejmě je nutné snažit se zabránit úmrtí, ale současně je nutné přijmout fakt konečnosti lidského života, aby pacient mohl prožít své poslední dny kvalitně. Pokud je tedy smrt neodvratná, je vhodné přejít na paliativní péči.

¹² Srov. Hospice.cz. O důstojném životě terminálně nemocných [online]. [cit. 5.10.2010]. Dostupné na World Wide Web: <http://www.hospice.cz/hospice1/hospic.html> a <http://www.hospice.cz/hospice1/paliativ.html>

prvotní myšlenku hospice (místo pro pacienty v terminálním stádiu) a neudělat z něj léčebnu dlouhodobě nemocných¹³. Komise zkoumá, zda postupující nemoc ohrožuje pacienta na životě, je nutná paliativní léčba a péče, jestli pacient nepotřebuje akutní ošetření nebo léčbu nemocniční a zda už domácí péče nestačí nebo není možná (Svatošová, 1998).

Hospice jsou zdravotními institucemi¹⁴ a mají nezastupitelné místo v poskytování podpory nejen samotným umírajícím, ale také jejich rodinám, a to dokonce i po smrti pacienta (např. jsou organizovány setkání pozůstalých). „*Hospicová péče se liší od běžné nemocniční péče tedy také tím, že nekončí smrtí pacienta. Je-li potřeba, pokračuje péčí o pozůstalé.*“ (Svatošová, 2005, s. 204).

Kvalitní péče o smrtelně nemocné pacienty u nás tedy existuje ale nedostává se všem potřebným¹⁵. Ročně u nás umírá kolem 105 000 lidí a pouze 1 % se dostává specializované paliativní péče (Sláma, Špinka, 2004). Samozřejmě, že hospicová péče není určena pro všechny umírající a již bylo upozorněno na kritéria výběrové komise, ale pro mnoho lidí, pro které by byla paliativní péče vhodná a kteří na konci života trpí bolestmi, zažívají pocity opuštěnosti, úzkosti, strachu nebo nemají nikoho, kdo by se o ně mohl postarat, by větší kapacita hospice (domácího/lůžkového) představovala úlevu. Přispět ke zlepšení této situaci je jedním z velkých a náročných úkolů paliativní péče i samotných pracovníků v hospicových zařízeních.

¹³ Z výroční zprávy zařízení, ve kterém byl realizován výzkum, je možné zjistit, jaká je průměrná délka pobytu pacientů:

do 7 dní 37 %, 8–14 dní 20 %, 15–21 dní 11 %, 22–28 dní 7 %, 29–35 dní 6 %, 36–42 dní 2 %, 43 a více dní 17 %.

¹⁴ Od roku 2006 jsou hospicová zařízení legislativně zakotvena v zákoně č. 48/1997Sb. o veřejném zdravotním pojištění §22 s názvem: „*Zvláštní ústavní péče – péče paliativní lůžková. Léčba paliativní a symptomatická o osoby v terminálním stavu poskytovaná ve speciálních lůžkových zařízeních hospicového typu.*“ U Markové (2010) nacházíme tvrzení, že hospice jsou zdravotními i sociálními institucemi. Sociální služby poskytované v hospicích však nejsou zakotveny v zákoně 108/2006 Sb. o sociálních službách. Hospice jsou tak momentálně zdravotnická zařízení, která ve většině případů poskytují také sociální služby podle § 37, 44, 52 zákona 108/2006 Sb. Na základě registrace některé z těchto služeb žádají o dotace MPSV, kraje a obce v dotačních řízeních. Ale nemají na tyto dotace právní nárok a postavení hospiců je zde nejisté, proto Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče usiluje o včlenění hospicové péče v oblasti sociálních služeb do zákona č. 108/2006Sb. o sociálních službách.

¹⁵ Matochová (2009) uvádí, že stav paliativní péče v České republice nedosahuje úrovně paliativní péče ve vyspělých zemích a jako překážky k vyšší kvalitě uvádí : nedostatečné vzdělání ošetřujícího personálu, nedostatečná kvalita personálu, nedostatky v komunikaci s nemocným a jeho rodinou, nedostatečné financování péče o umírající, nefungující efektivní systém domácí péče, nesprávné rozdělení kompetencí v péči o terminálně nemocné, chybějící systémová a legislativní podpora péče.

2.3 Pomáhající pracovníci hospicového zařízení

V této kapitole představím pomáhající pracovníky hospice a zamyslím se nad náročností této profese, která je navíc často provázena nemalými požadavky, jimž není snadné dostát.

2.3.1 Pomáhající pracovník

Pomáhající pracovník je pracovník působící v pomáhající profesi. Pavel a Helena Hartlovi (2010, s. 445) mezi tyto profese řadí ty, „*jejichž teorie, výzkum a praxe se zaměřují na pomoc druhým, identifikaci a řešení jejich problémů a na získávání nových poznatků o člověku a jeho podmínkách k životu tak, aby mohla být pomoc účinnější; patří sem lékaři, zvláště psychiatři, psychologové, sociální pracovníci, speciální pedagogové, šířeji i fyzioterapeuti, balneologičtí pracovníci apod.*“ Hartl (2004) zároveň uvádí společné znaky těchto profesí, mezi které patří mimořádná psychická zátěž, odpovědnost a riziko pro vlastní duševní zdraví. Tohoto názoru jsou i další autoři, např. Jankovský (2003, s. 158), který tvrdí, že: „*poměrně náročné požadavky na pomáhající profese mohou představovat pro některé pracovníky nepřiměřenou zátěž, jež může vést, ve spojení s psychickou, emocionální, popř. i fyzickou náročností výkonu takového povolání, až k naprostému vyčerpání.*“ To, že jsou na pracovníky pomáhajících profesí kladeny specifické nároky zdůrazňuje stejně tak i Matoušek (2003) a připojuje, že pro výkon takovéto profese je nutná určitá fyzická a psychická zdatnost, inteligence, přitažlivost pro klienty, důvěryhodnost, komunikační dovednosti a empatie. Zdůrazňuje tak nutnost osobnosti se specifickými charakterovými vlastnostmi. Stejně tak uvažuje Kopřiva (2006), který je názoru, že v pomáhajících profesích je hlavním nástrojem pracovníkova osobnost. Zdůrazňuje existující vztahový rámec mezi klientem a pomáhajícím pracovníkem. Lidský vztah, či spíše osobní vztah totiž, dle Kopřivy, u jiných profesí nehraje tak důležitou roli. Klient potřebuje důvěřovat, cítit se bezpečně a být přijímaný.

Pro pomáhající pracovníky je dále charakteristická práce s lidmi a individuální posouzení jejich životní situace, aby mohla být následně poskytnuta pomoc všem potřebným. Jankovský (2003, s. 157) zdůrazňuje, že jde mnohem více o službu a poslání než rutinní práci: „*Samotné vědomosti, byť jsou jakkoliv nutné, nestačí k samotnému výkonu povolání. Služba druhým vyžaduje určité osobní dispozice a mnohdy i ochotu přinášet oběti.*“

Oblast zájmu zmíněných profesí je nesmírně široká, a není proto snadné uvést jejich jednoznačnou definici. Je spíše nutné se omezit na výčet jednotlivých profesí a znaků s rizikem, že bude některý z nich opomenut. Zobecníme-li rysy jednotlivých

pomáhajících profesí, můžeme nadále za pomáhající profese považovat ty, jejichž cílem je pomoci druhým lidem zvládnout náročnou životní situaci za pomoci specifického vztahu mezi pomáhajícím pracovníkem a klientem.

2.3.2 Představení pomáhajících pracovníků v hospici, kde byl výzkum realizován

V hospici jsou uspokojovány nejen pacientovy potřeby biologické, ale i psychologické, sociální a spirituální (Výroční zpráva zařízení, kde byl realizován výzkum). Je zřejmé, že všechny tyto požadavky nemůže zajistit pouze jeden typ pracovníka, a proto, aby byla péče komplexní, pracuje v hospici multidisciplinární tým. Ten je tvořen hlavně lékaři, zdravotními sestrami, ošetřovateli a fyzioterapeuty pro zajištění potřeb biologických. Pro uspokojení psychologických potřeb je zde především psycholog. Dobrovolníci, kteří jsou řízeni koordinátorem dobrovolníků, tvoří jakýsi přechod mezi psychologickými a sociálními potřebami. Ležáková (2010) si je vědoma nutnosti dobrovolníků v hospici a jejich významu v pomoci personálu, který se sám nemůže věnovat klientům, tak jak by bylo potřeba a ilustruje to popisem jejich práce: *„Naslouchají klientům a sdílejí s nimi jejich problémy a starosti. V souladu s hospicovou myšlenkou, nenechat je v tomto stavu osamocené, sedí u jejich lůžka, polohlasně se modlí¹⁶, nebo je jen drží za ruku a chladí čelo mokrou žínkou.“* (Ležáková, 2010, s. 55). Podobně se vyjadřují i autoři ve výroční zprávě zařízení, kde byl realizován výzkum: *„Dobrovolní spolupracovníci jsou v hospici vítáni. Pomáhají nemocným v naplňování volného času. Dobrovolníci se podílejí i na pomocných pracích v rámci provozu hospice – pomoc v půjčovně pomůcek, pomoc při organizaci různých akcí – osvětových, kulturních, úklidových.“* (Výroční zpráva zařízení, kde byl realizován výzkum)

Sociální potřeby dále zajišťují sociální pracovníci s velmi pestrou pracovní náplní: od sociálně právního poradenství přes zajištění kontaktu s rodinou nemocného až po podporu v době truchlení.

Spirituální potřeby se snaží naplňovat na přání pacienta pastorační asistent spolu s knězem a řeholními sestrami. Zde je ale kladen důraz na zcela svobodnou volbu nemocného. *„Duchovní péče je nabízena a poskytována svobodně s respektem k individuálnímu charakteru.“* (Výroční zpráva zařízení, kde byl realizován výzkum)

Tento výčet profesí samozřejmě není definitivní a nelze ani říci, že určitý pracovník zajišťuje pouze danou potřebu. I psycholog by si měl všimnout, zda jsou uspokojeny všechny biologické potřeby pacienta a naopak i lékař by měl být zároveň

¹⁶ Ležáková (2010) se zde snaží ze svých zkušeností přiblížit obecně činnost dobrovolníků v hospici. Jak je dále v této kapitole řešeno duchovní péče je nabízena svobodně, s ohledem na přání pacienta a stejně tak i nevěřící dobrovolníci jsou do hospice přijímáni.

psychologem, jak ostatně tvrdí i Payneová, Seymourová, Ingletonová (2007, s. 155) : „*Pacienti vkládají do zdravotníků v zařízeních odborné paliativní péče velké naděje a očekávají od nich, že budou nejen odborníky na kontrolu symptomů, ale prostřednictvím dobré komunikace budou umět poskytovat psychickou a emoční podporu.* Dobrý tým se tedy musí doplňovat, sdělovat si nové poznatky a především se vždy snažit o zlepšení péče.

Úlohou týmu je také vzájemná podpora v této náročné profesi. „*Tým, který nenaplní potřeby svých vlastních členů, se bez ohledu na to, jak je úspěšný při uspokojování potřeb druhých, brzy rozpadne.*“ (Parkes, Relfová, Coudricková, 2007, s. 25) Je potom evidentní, že tým, který má problémy nemůže dlouhodobě poskytovat svým pacientům kvalitní péči.

2.3.3 Požadavky na výkon profese pomáhajícího pracovníka v hospicovém zařízení

Na výkon profese pomáhajícího pracovníka v hospicovém zařízení jsou kladeny vysoké požadavky a může být velmi nesnadné, někdy dokonce nemožné, těmto požadavkům dostát.

Fisherová (in Payneová, Seymourová, Ingletonová, 2007) se domnívá, že pro odborníky pracující v paliativní péči jsou v komunikaci s pacienty zásadní následující oblasti schopností:

1. Diagnostické a posuzovací schopnosti
2. Kvalifikovaná reakce na pacientovy potřeby a pocity, jako jsou potřeba reflektující zpětné vazby, napomáhání vyjadřování emocí, potřeba rozpovídat se, schopnost přijetí silných emocí, jako je zlost nebo sklíčenost
3. Umění vyhovět jejich potřebě být informován a mít odpovědi na jejich otázky

Výkon profese pomáhajícího pracovníka v hospici vyžaduje jak osobní dispozice, tak důkladnou přípravu ve formě kvalitního vzdělání. Dle Jankovského (2003, s. 141) by takový pracovník měl být „*člověkem zralým, moudrým a dobře připraveným.*“ Každodenní setkání s umírajícími a se smrtí totiž vyžaduje schopnost vypořádat se s existenciálními otázkami. Jednou z podmínek, aby se pomáhající pracovníci mohli dobře starat o umírající pacienty v paliativní péči je, že musí sami porozumět smyslu paliativní péče a být si vědomi konečnosti lidského života. Dostáváme se tak do jakéhosi kruhu: abychom se naučili pečovat o terminálně nemocné, zvládli tuto psychicky náročnou situaci, potřebujeme se s touto problematikou vyrovnat. Abychom se vyrovnali se smrtí, není možné utíkat před touto skutečností. Jedno přímo ovlivňuje druhé. Jak uvádí Haškovcová (2000), každý zdravotník přistupuje k umírajícím podle

toho, jak on sám rozumí fenoménu umírání a smrti. Je proto nutné projít pečlivou přípravou na zaměstnání. To potvrzují slova Vávrové s Polepilovou (2010, s. 73): „*Pracovník, jak zdravotnický, tak specialista v sociální péči, který se denně sekává s doprovázením umírajících a jejich příbuzných, a to v průběhu umírání i bezprostředně po smrti blízkého, by měl být na svoji role dobře odborně i emočně připravený.*“ Přesto však se podle průzkumu 90 % dotázaných mladých lékařů cítí být nepřipraveno komunikovat s nevléčitelně nemocnými a jejich rodinami (Sláma, Špinka, 2004). Haškovcová (2000, s. 151) se ale domnívá, že „*ani ta nejlepší možná příprava nevyloučí psychickou zátěž, která je logickým důsledkem práce s umírajícími.*“

Přístup k umírajícím je samozřejmě ovlivněn i mnoha jinými faktory, ne jen tím, jak pomáhající pracovník chápe fenomén smrti a umírání. V kapitole o postoji ke smrti bylo již psáno o dalších faktorech, např. vlivu rodičů na formování postoje ke smrti či o vlastní otevřenosti se tomuto tématu.

Vyrovňávání se smrtelností lidské bytosti je samozřejmě nelehký a bolestný proces. Jako podpora a motivace pro kvalitní práci (a hlavně pak ocenění) mohou všem sloužit slova Matochové (2009, s. 165), že „*umírání nemusí být provázeno strachem, nesnesitelnou bolestí a nesmyslným utrpením.*“

Jedním z nepsaných pravidel je, že pomáhající pracovník by měl být milý a za každých okolností by se měl umět ovládnout. Hovoří se někdy o „*tyranii přívětivosti*“, kterou Streetová (in Payneová, Seymourová, Inglitenová, a kol., 2007, s. 656) charakterizuje jako „*kulturu, která předpokládá, že člověk ‚bude milý‘, nebude se rozčilovat, bude se hodně usmívat, bude mluvit příjemným tónem, i když si později hodlá na dotyčného stěžovat, nedá na sobě znát, že si myslí, že ten druhý je nespravedlivý, a vždycky bude klást druhého člověka na první místo, přestože ví, že je to ‚uživatel.*“ Tato tyranie přívětivosti je nebezpečná především tím, že brání svobodnému vyjadřování pocitů, a tím následně i kritice, která je nutná pro reflexi a zlepšení péče. Dochází tak k přetvářce, nedůvěře v ostatní pracovníky a kvůli možnému rozporu mezi našimi pocity a naším jednáním i ke stresu (Payneová, Seymourová, Inglitenová, a kol., 2007).

Je proto nezbytné pěstovat v hospici prostředí otevřené pravdě, nejen pravdě vůči pacientů, ale i vzájemně mezi členy personálu. Na velmi zajímavý problém upozornily Parkes, Relfová, Coudricková (2007). Domnívají se totiž, že existují jisté idealizované představy péče v hospicových zařízeních. V případě, že pracovník byl do hospice přilákán takovouto představou, může dojít k ostrému střetu očekávání s realitou a následně tak také ke zklamání. Ve stejném duchu se vyjadřuje i Svatošová (1998, s. 33): „*Není-li někdo schopn a ochoten nazývat věci pravými jmény a v určitých*

situacích jako jediný možný cíl si stanovil důstojné a klidné umírání, v hospici neobstojí. Nutně půjde z jednoho zklamání do druhého.“

2.3.4 Emoční práce

Smrt zůstává nepochybně vždy výjimečnou událostí, což potvrzují např. tato slova: *„Bez ohledu na to, jak často k smrti dochází, ji nelze brát nikdy jako samozřejmost. Pro pacienta, rodinu a ošetřující personál stále zůstává děsivou událostí.“* (Parkes, Relfová, Coudricková, 2007, s. 6). Smrt nás tedy většinou nenechává lhostejnými a pomáhající pracovníci v hospici jsou vždy konfrontováni se silnými emocemi. Pohled na umírající, na jejich trápení, bolesti, trpící rodinu, ale i usmíření na konci života, radosti umírajících, atp. vyvolávají nejrůznější reakce a hospic tak bývá považován za silné emoční prostředí. Málokdo je vůči utrpení imunní a pracovníci mohou prožívat například strach (Co když se i já jednou stanu tak bezmocným? Co když i já onemocním? Co když selžu ve své práci?), zklamání (Snažil jsem se, ale stejně se to nepovedlo.), osamocení (Nikdo nerozumí mým obavám.), bolest, zármutek (Zemřel.), pochybnost či výčitky (Neměl/a jsem se od něj odházet.) a mnoho dalších. Samozřejmě pracovníci prožívají i pozitivní emoce jako radost (Nakonec zemřel tak, jak si přál, v blízkosti rodiny.), naději (Existuje možnost, že se i o mě někdo postará na konci života.), zadostiučinění (Moje práce má smysl, přece jen jsem někomu pomohl/a.).¹⁷ Pocity se navíc mohou velmi rychle měnit, kumulovat, což samo o sobě bývá velmi zatěžující.

Mohlo by dojít k omylu, pokud bychom tvrdili, že daná emoce je výhradně dobrá nebo špatná. Pocit sám o sobě není dobrý ani špatný, ale může se dobrým nebo špatným stát. Emoce tvoří součást lidské přirozenosti, a z tohoto hlediska se na ně musíme dívat a pracovat s nimi. Dokonce i strach a zármutek je nutné vnímat jako něco přirozeného, nutného a do určité míry i kladného a pokud chceme zůstat umírajícím a pozůstalým prospěšní musíme tyto emoce přijmout a pochopit. (Parkes, Relfová, Coudricková, 2007)

Samotné emoce nemusí představovat problém, spíše naopak. Problémem však je, když nejsou ventilovány. Jak bylo již v práci zmíněno, k zadržování emocí může do značné míry přispět „tyranie přívětivosti“. Pokud v sobě pracovník zadržuje tyto pocity, může se to samozřejmě projevit i na kvalitě jeho práce. *„Především zvládání emocí spojených s umíráním a smrtí je důležitým předpokladem pro kvalitní a efektivní doprovázení umírajících a jejich rodinných příslušníků.“* (Vávrová, Polepilová, 2010, s. 72).

¹⁷ srov. Umírání [online]. [cit. 19.10.2010]. Dostupné na World Wide Web <http://www.umirani.cz/bezreakce-dospelych-na-zarmutek.html> nebo Kubičková (2001, s. 112).

Ne všichni ale vyjadřují svoje emoce snadno: „*Pečující, kteří si svou profesi založili na představách o nezištné lásce nebo hrdinských bitvách proti nástrahám bolesti a smrti, bohužel mnohdy hůře vyjadřují emoce, které považují za „sobecké“ nebo „dětské“. V důsledku toho se chovají, jako kdyby neměli žádnou potřebu pociťovat nebo vyjadřovat smutek, vztek, pocit viny a strach, které jsou normálními reakcemi na ztráty, kterým je každý člověk vystaven.*“ (Parkes, Relfová, Coudricková, 2007, s. 32)

Neschopnost vyjádřit své pocity (např. zármutek) však nemusí mít kořeny pouze v pečujícím, ale může být způsobena i okolím. Kubíčková ve své knize cituje Doku, který mluví o „méněcenném žalu“, ke kterému dochází z důvodu nedostatečné sociální podpory. Společnost si totiž často neuvědomuje, že i zdravotnický personál může prožívat pocity zármutku nad zemřelým pacientem (Doka hovoří o „méněcenném vztahu“ mezi pacientem a lékařem), a proto mu neposkytuje podporu (Doka in Kubíčková, 2001). Přesto podle různých autorů lékaři a sestry reagují na smrt svého pacienta vysoce emotivně (Haškovcová, 2000).

Jelikož každý z nás je zcela individuální, budeme také na úmrtí reagovat odlišným způsobem. Naše reakce jsou ovlivněny mnoha faktory, které se týkají jednak nás samotných, jednak zemřelé osoby. Tyto faktory ve své knize shrnula Kubíčková (2001).

Tabulka 2.3.1 zobrazující determinanty reakce na úmrtí

Determinanty vztahující se k zesnulému	Determinanty vztahující se k truchlícímu
Příbuzenský poměr Věk zemřelého Faktory vztahu (stupeň závislosti, jistota vazby....) Okolnosti úmrtí (anticipováno, vražda...)	Pohlaví Věk truchlícího Osobnostní faktory (emoční, sociální zralost, extroverze introverze...) Předcházející zkušenost se smrtí a truchlením Náboženské přesvědčení Sociokulturní faktory Rodinné faktory Sociální podpora (sociální kontakty nebo sociální izolace) Sekundární stresy

(Zdroj Kubíčková, 2001, s. 43)

Reakce na setkání s umírajícím člověkem nebo již zemřelým se mohou projevit v několika úrovních. Určité změny lze pozorovat v několika rovinách: emocionální (úzkost, strach, atd.) fyziologické (nedostatek energie, potíže s dýcháním, přecitlivělost, atd.), behaviorální (poruchy spánku, nošení předmětů, které zemřelého člověka

připomínají, atd.), a v neposlední řadě v rovině myšlení (halucinace, pocit, že zemřelá osoba je stále přítomná, atd.)¹⁸

2.3.5 Míra sebeobětování a nutnost přijetí vlastních hranic

Jak již bylo zmíněno, u pomáhajících pracovníků se sice předpokládá značná schopnost empatie a soucitu s druhými lidmi, ale je nutné vzít v úvahu i názor Haškovcové (2000), která se domnívá, že k problémům dochází, když je nezvládnuta schopnost vymanit se z identifikace s druhými. Musíme se naučit naslouchat starostem svých bližních, ale stejně tak důležité je, aby se pomáhající pracovníci nebáli o pomoc požádat a přijmout ji. *„Pro všechny, kteří poskytují péči, je důležité, aby měli sami jasno v tom, jaký druh odevzdání ve své profesi je rozumný, bezpečný a přínosný a jaký je naopak nerozumný, nebezpečný a nevhodný.“* (Hawkins, Shoet, 2004, s. 31) Není totiž v lidských možnostech stále jen obdarovávat druhé, sami potřebujeme vydanou energii znovu doplnit. Chceme-li pomáhat druhým, musíme se naučit pomáhat také sami sobě. Není možné radit druhým, když si sami nevíme rady, usmívat se na druhé, když sami na sebe máme vztek, nechat druhé vyplakat, když sami zadržujeme slzy.

Je proto nezbytné přijmout fakt konečnosti lidských možností, což je však jeden z nejtěžších a nejdéletrvavějších úkolů. Dle Hawkinse a Shoeta (2004, s. 33) tomu dokonce často brání sami profese když *„povzbuzují své adepty k rozvoji představy o osobě jako o těch, kdo hrdinsky pomáhají a mohou nepřetržitě dávat druhým, řešit jejich problémy, prožívat jejich bolesti, naplňovat jejich potřeby a sami zůstat silní a šťastní.“* Jistým úskalím může být také to, že asi nejčastější motivací k výběru tohoto povolání je touha pomáhat (již v názvu pomáhající profese se slovo objevuje), a z tohoto důvodu si toto povolání často vybírají altruisticky orientovaní lidé. Altruismus je samozřejmě nesmírně ušlechtilá vlastnost, ale pojí se k němu i určitá rizika, a to zejména v nesprávně odhadnuté míře obětavosti. Pracovníci všech pomáhajících profesí musí tedy přijmout fakt, že jsou jen prostředkem k pomoci a ne ztělesněná pomoc. Hawkins a Shoet (2004) si uvědomují, že toto přijetí svých jistých omezení je nesmírně těžký úkol, ale zároveň v něm vidí možnou cestu osvobození od nebezpečných pocitů nemohoucnosti a všemohoucnosti. Nakonec je nutné si uvědomit, že lidský, ne hrdinský přístup nakonec pacienti ocení nejvíce. Svatošová (2005), se tak domnívá, že pomáhající pracovník by měl být nejen odborníkem, ale především člověkem. Za tím se skrývá nutnost být upřímný, neskrývat své pohnutí a nevystupovat jako „profík“.

¹⁸ srov. Umírání [online]. [cit. 19.10.2010]. Dostupné na World Wide Web <http://www.umirani.cz/bezne-reakce-dospelych-na-zarmutek.html> a Kubičková (2001, s.112)

2.3.6 Syndrom vyhoření

Přijetí osobních hranic je i nutný předpoklad v prevenci proti syndromu vyhoření. Ten je charakterizován jako „*druh stresu a emocionální únavy, frustrace a vyčerpání, k nimž dochází v důsledku toho, že sled (nebo souhrn) určitých událostí týkajících se vztahu, poslání, životního stylu nebo zaměstnání dotyčného jedince nepřinese očekávané výsledky.*“ (Rush, 2003, s. 7)

Syndrom vyhoření se projevuje se celou řadou příznaků, a to jak po stránce fyziologické (insomnie, únava...) tak psychické (deprese, bezmoc, ztráta radosti ze života). I když tento jev postihne v určité míře a podobě velkou část pracovníků, je třeba se mu snažit předcházet, neboť jeho následky mohou vést k zhoršení péče o pacienta, rodinným problémům, alkoholismu, zneužívání práškům, drog a v nejhorším případě i k sebevraždě. Jako prevence může sloužit např. rotace odpovědnosti mezi pracovníky, delší dovolená, supervize, změna aktivity, zajištění dostatečného množství personálu, přiměřenou délka pracovní doby a pěstováním realistického pohledu na práci, tj. nemít přehnaná očekávání a nároky (srov. Jankovský 2003, Haškovcová 2000, Špateková 2008).

2.4 Zdroje stresu při práci s umírajícími a možnosti jeho zvládnutí

2.4.1 Vybrané teorie o vzniku stresu

Hlavním specifikem práce v hospicích je každodenní setkávání s umírajícími a se smrtí, což s sebou přináší neodlučitelnost stresu a emocí. Pracovníci se potýkají s utrpením nemocných, jejich blízkých, ale často i vlastním.

Vachonová (in Payneová, Seymourová, Inglitenová a kol., 2007) je považována za hlavní autorku o stresu v paliativní péči. Její teorie klade důraz především na soulad mezi člověkem a prostředím. Hlavním zdrojem stresu v paliativní péči podle ní nejsou pacienti, nýbrž pracovní prostředí a pracovní role ošetřovatele. Ke stresu tak v zásadě dochází, když „*požadavky prostředí překračují schopnosti člověka nebo když prostředí není s to uspokojit jeho potřeby.*“ (Vachonová, in Payneová, Seymourová, Inglitenová a kol., 2007, s. 652) Podobně myšlenou definici podává Paulík (2010), který zároveň odkazuje na Hladkého a kol. Ti se domnívají, že ke stresu dochází tehdy, dojde-li k rozporu mezi požadavky, jimž je subjekt vystaven a kterým musí dostát (tzv. expoziční faktory) a osobnostními dispozicemi pro zvládnutí kladených nároků (tzv. dispoziční faktory). Dostát nárokům společnosti na pomáhající pracovníky a mnohdy ani vlastním představám na tuto profesi není lehké. Pracovník tak může snadno nabýt

dojmu, že selhal. Již samotné nároky jsou stresovou záležitostí, nejen případné selhání. Je proto nutné znovu upozornit na nutnost důkladné přípravy pomáhajících pracovníků. Tato příprava, i když nemůže zcela vyloučit přítomnost stresu, jej může do velké míry alespoň eliminovat.

Za stresové však nelze považovat pouze obtížné situace, ale i samotná reakce na stres může být stresová. V tomto chápání je přínosný pohled Nakonečného (1998), který rozlišuje stres jako vnější situace a stres jako vnitřní psychofyziologický důsledek této situace.

Lazarus a Folkmanová (in Payneová, Seymourová, Inglitenová a kol., 2007) se snaží dát odpověď na otázku, proč je pro někoho daná situace stresová a pro druhého nikoli. Podle jejich názoru záleží vše na našem osobním hodnocení a vyhodnocení celé situace. *„Stresující události jsou ty, jejichž hodnocení signalizuje ohrožení, výzvu nebo zranění, takže stres není ani tak výsledkem charakteristik tkvicích v situaci, jako v hodnocení této situace daným člověkem.“* (Lazarus a Folkmanová in Payneová, Seymourová, Inglitenová a kol., 2007, s. 654). Lazarus a Folkmanová tedy nekladou na rozdíl od Vachonové (in Payneová, Seymourová, Inglitenová a kol., 2007) takový důraz na okolní prostředí, jako spíše na subjektivní hodnocení celé situace.

Tento pohled je blízký např. pro Bennerovou a Wrubelovou (in Payneová, Seymourová, Inglitenová a kol., 2007), které tvrdí, že je-li ohroženo to, na čem člověku záleží dochází ke stresu. Dle Atkinsona (2003) vedou ke stresu ty události, jež by mohly ohrozit naši tělesnou nebo duševní pohodu. Atkinson si zároveň všimá, že jako stresové vnímáme události, které mají tři charakteristiky: neovlivnitelnost, nepředvídatelnost a míru, ve které představují výzvu pro hranice našich schopností.

Podle McNamarové a kol. (in Payneová, Seymourová, Inglitenová a kol., 2007) stres často souvisí s ohrožením schopnosti ošetřovatele poskytovat péči v duchu sdílených hodnot. Lze sem tedy přiřadit i onu tyranii přívětivosti jako jeden ze zdrojů stresu (viz kapitola 2.3.3).

Další zdroj stresu může představovat rozpor mezi hodnotami pomáhajících pracovníků a společností. Již byla v práci zmíněna problematika tabuizované smrti. *„Zatímco společnost obecně chápe smrt negativní zážitek, paliativní ošetřovatelé přijali hodnotový systém, který staví význam smrti do pozitivnějšího světla a dělá z ní přirozenou součást života, jež není veskrze negativní. Paliativní ošetřovatelé se v důsledku toho cítí izolovaní a zdá se jim, že je ostatní nechápu.“* (Payneová, Seymourová, Inglitenová, a kol., 2007, s. 658) Následně tak pro ně může být obtížné vzniklý stres vyventilovat, jelikož okolí odmítá hovořit o této problematice nebo se nedokáže vžít do pocitů pečujícího.

Existuje tedy shoda, že zdroj stresu není jen v samotné práci s umírajícími, pohledu na smrt, konfrontaci s tématy smrti, nevyrovnanosti s vlastní smrtelností, ale často právě v okolí a strachu z profesionálního selhání. Velice pěkně shrnuly zdroje stresu v paliativní péči ve své knize Payneová, Seymourová Inglitenová a kol., tento přehled je uveden v tabulce 2.4.1. Zdroje stresu jsou rozděleny do tří hlavních skupin: okolní prostředí, samotný pacient a pracovníková osobnost.

Tabulka 2.4.1 zobrazující zdroje stresu v paliativní péči

Faktory spojené s prostředím	Faktory spojené s pacientem	Osobní faktory
Špatné pracovní podmínky Nedostatečná pracovní příprava Nedostatečná příprava na požadavky péče Nedostatek času na oddech nebo zármutek Slabé nebo negativní vztahy mezi personálem Vysoká míra organizačních změn Nedostatek podpory nebo uznání ze strany managementu Střet nebo nevyjasněnost rolí Změna role Vysoká míra nejistoty	Překrývání rolí s členy rodiny Povaha pacientovy nemoci Emoční stav pacienta Emoční stav rodiny Povaha smrti	Často se uvádějí demografické proměnné, ale jejich vztah ke stresu není jasný Rozpory mezi ideály Pocity nedostatečnosti Osobnostní poruchy Identifikace s pacientem Poskytování péče, která není optimální Nahromaděný zármutek

(Zdroj: Payneová, Seymourová, Inglitenová a kol., 2007, s. 653)

Pracovníci jsou často vystaveni stresovým situacím nejen na pracovištích, ale i v jiných oblastech života, např. rodinné záležitosti (problematické rodinné vztahy, složitá finanční situace atd.), různé aktivity (např. příprava dovolené).¹⁹ Stresy se tak mohou kumulovat a jejich zvládnutí může být o to náročnější.

Přesto však nelze stres označit vždy jako zcela negativní jev, naopak jeho přiměřená míra může člověka aktivovat (John, Kühlinger, 2006). Nakonečný (1998, s. 546) tvrdí, že *jistá míra stresu je „osobnost zocelujícím“ činitelem za předpokladu, že jedinec má životní perspektivy, oporu ve svém nejbližším sociálním okolí a je schopen mobilizovat svůj psychický potenciál ke zvládnutí stresové situace, což souvisí s životními perspektivami.*

¹⁹ Janke (in Nakonečný, 1998) rozdělil stresory, tedy podněty vyvolávající stres, do pěti hlavních skupin: 1. Vnější stresory (hluk, sensorická deprivace, situace nebezpečí), 2. Překážky v uspokojení primárních potřeb (spánku, jídla, odpočinku), 3. Zátěže při výkonu (časová tíseň a nadměrné požadavky, ale i nízké požadavky spojené s monotónní prací), 4. Sociální stresory (sociální izolace, mezilidské konflikty a problémy), 5. Konflikty (nutkavé rozhodování, nejistota v pokusech o zvládnutí úkolu).

2.4.2 Zvládání stresu

Existuje nepřehledné množství způsobů, jak čelit náročným situacím a každý si musí zvolit ten, který jemu samotnému nejvíce vyhovuje. Jen tak lze předejít nežádoucím jevům, které často doprovázejí psychický náročný a stresový situace. Důsledkem stresu mohou být nejrůznější psychosomatická onemocnění jako např. podrážděnost, agresivní impulsy, napjatý výraz obličeje, neurotické zlozvyky, nespavost, poruchy koncentrace pozornosti a myšlení atd. (Nakonečný, 1998)

Payneová, Seymourová, Inglitenová a kol. (2007) ve své knize shrnuly způsoby, které mohou pomoci čelit stresu v paliativní péči. Jejich vypracované strategie uvádíme v následující tabulce.

Tabulka 2.4.2 zobrazující strategie zvládání stresu

V rámci jednotky paliativní péče	Individuální
Týmová práce a týmová soudržnost Takový výběr personálu, který zajistí soulad mezi prostředím a osobou Profesní rozvoj/vzdělávací program Dostupnost klinické supervize	Využívání poradenství Účast v podpůrné skupině Pravidelná klinická supervize Střídání rolí nebo odpočinek od role Další vzdělávání Mimopracovní zájmy Vyváženost práce a života doma Nácvik Náboženské přesvědčení Chápání osobních hranic Pocit dobře zvládané práce Nalezení smyslu v práci

(Zdroj: Payneová, S., Seymourová, J., Inglitenová, Ch. a kol., 2007, s. 664)

Dalším autorem, který se zajímal problematikou stresu je Lazarus (in Nakonečný, 1998). Ten vypracoval koncept zvládnutí stresu (tzv. coping) a hovoří v něm o dvou rovinách (stylech): intrapsychicky orientovaný styl (přehodnocení situace a emocí, které byly vyvolány) a styl orientovaný na vnější problém (hledání řešení, hledání sociální podpory, přetvoření situace nebo únik ze situace). Atkinson (2003) tyto roviny nazývá zaměřením na problém (Jak změnit situaci nebo se jí vyhnout?) nebo na emoce. Pokus o usměrnění emocí může být negativní (alkoholismu), anebo pozitivní (odpočinek, sport, mimopracovní aktivity).

Právě odpočinek tvoří jednu z hlavních součástí duševní hygieny, kterou si pomáhající pracovníci musí nezbytně osvojit, aby svou profesi vykonávali kvalitně a hlavně dlouhodobě. Bartko (1980, s. 255) píše: „Nelze si myslet, že člověk změní přírodní zákony. V myšlení, práci a životě člověka vůbec by se měl projevovat rytmus přírody, od jarního pučení přes letní rozkvet, podzimní sklizeň až k zimnímu odpočinku.“ Odpočinek je tedy naprosto přirozenou součástí života, která může přinést plody v podobě obdarování druhých. Změníme-li na nějakou dobu prostředí, odpoutáme

se od pracovních starostí a dobytou energii a optimismus je možné následně předávat ostatním. Odpočinek by měl být jak pasivní (spánek), tak aktivní (např. učení se cizím jazykům, sport, kultura).

Další z možných způsobů ventilování emocí může představovat supervize. Hess (in Hawkins, 2004 s. 59) ji rozumí „čistou mezilidskou interakci, jejímž obecným cílem je, aby se jedna osoba, supervizor, setkávala s druhou osobou, supervidovaným, ve snaze zlepšit schopnost supervidovaného účinně pomáhat lidem.“ Tato pomoc může mít mnoho podob. Kadushin (in Hawkins, 2004) hovoří o třech základních funkcí supervize: vzdělávací, podpůrná a řídicí. Funkce vzdělávací pomáhá k rozvoji dovedností a schopnosti porozumět. Podpůrná funkce napomáhá ke zvládnutí emocí, a konečně funkce řídicí slouží ke kontrole kvality práce. Kvalitní supervize by tedy měla umožnit získat pracovníkovi přiměřený odstup od klienta, nadhled nad určitým případem, a vést tak vést ke zlepšení práce.

Přesto však mnoho pracovníků zažívají ze supervize strach, přistupují k ní s nedůvěrou, způsob vedení seminářů jim nevyhovuje a následně nepřináší očekávaný výsledek. Špatenková (2008, s. 38) se domnívá, že je to z toho důvodu, že „*supervize je vnímána jako kontrola („ jak to dělám špatně“), a nikoliv jako pomoc a podpora („ abych to dělal ještě lépe“).*“ Bylo by tedy chybou vidět v supervizi jen její řídicí funkci a opomíjet přitom ostatní její vlastnosti.

Existuje velké množství způsobů vedení supervizi (např. balintovské skupiny, skupinové, individuální supervize), ale stejně důležitá jako organizovaná supervize je i autosupervize a reflexe vlastní práce.

Nakonečný (1998) dodává, že „coping“ souvisí s řadou činitelů, za hlavní však považuje osobnostní faktory (odolnost vůči stresu, jeho emocionální a kognitivní zvládnutí) a dále je to zázemí stresované osoby. Právě fungující lidské vztahy slouží jako významný zdroj podpory při zvládnání náročných situací. Tento důraz je zcela logický, uvědomíme-li si, že člověk je tvor společenský, jeho životní příběh se odehrává v kontextu druhých lidí. Je součástí společenských struktur a vazeb. „*Sociální integrace, sociální začlenění člověka do sociální struktury je významnou determinantou jeho psychické pohody a zdraví. Prostřednictvím sociálních vazeb k druhým osobám, skupinám a širší společnosti je jedinci přístupná sociální opora, tj. jakýsi sociální fond, ze kterého lze čerpat v případě potřeby, systém sociálních vztahů, jejichž prostřednictvím se člověku dostává pomoci při snaze dostat nárokům a dosáhnout cílů.*“ (Kebza, 1999) Tato vazba na ostatní dává člověku pocit bezpečí a jistoty, že je možné se o někoho opřít nebo požádat o pomoc.

Sociální oporu může jedinci poskytnout fungující sociální síť, tvořená například rodinou, přáteli, sousedy nebo kolegy, která může pomoci projít těžkou životní situací, čelit závažným otázkám, jednoduše pomáhá sdílet životní příběh (vypovídání se, sdílení odpovědnosti za rozhodnutí atp.). Naopak k velkým problémům dochází nefunguje-li sociální síť (např. pokud jsou problémy v rodině, v práci je nepřátelská atmosféra).

Je však někdy obtížné svěřit své starosti svým blízkým z mimopracovního prostředí, a to zvláště v době, kdy je smrt tabuizovaná. McNamarová a kol. (in Payneová, Seymourová, Inglitenová a kol., 2007, s. 658) uvádějí, že „*někteří ošetřovatelé měli pocit, že mimo prostředí paliativní péče nemohou o své práci otevřeně mluvit, protože lidé nechtějí být v sociálních situacích konfrontováni se smrtí.*“ Dochází tak k problému, neboť se pomáhající pracovníci dostávají do izolace od určitých sociálních prostředí, jako např. od rodiny, přátel, se kterými by měli jinak možnost trávit čas a odreagovat se od své práce (Payneová, Seymourová, Inglitenová a kol., 2007). Příčinu není možné hledat pouze v tabuizaci smrti. Do velké míry je tento fakt způsoben i existencí rozporu mezi hodnotami paliativní péče a hodnotami sdílenými společnostmi. Ta totiž často chápe smrt jako něco negativního, zatímco pomáhající pracovník v hospicu se snaží o dobrou smrt a o krásný konec pacientova života. Ten však může být pro mnohé oxymoronem.

Ať už si pomáhající pracovník vybere jakýkoliv způsob v boji proti stresu: od kulturních akcí až po práci na zahradě, je třeba, aby jej skutečně a hlavně pravidelně aplikoval, a to především jako prevenci a ne až jako léčbu. Jen tak totiž může zabránit psychosomatickým problémům a naopak se i tak náročná profese pomáhajících pracovníků stane uspokojením a přinese ono osobnostní zrání.

K rozvoji osobnosti může vést i přiřazení smyslu nějaké obtížné události. Pokud se nám podaří dát jí určitý smysl (např. najdeme význam našeho utrpení, bolesti, kterou kolem sebe vidíme), stává se situace o něco zvladatelnější. „Léčbu smyslem“, logoterapii, navrhl Frankl (in Jankovský, 2003), který přesto, že prošel koncentračním táborem, se odvážil říci, že nás utrpení činí bohatšími a mocnějšími. Lukasová (1998, s. 85) vidí v přiřazení významu prostředek k posílení, když tvrdí, že „*žádné utrpení nemůže zdolat člověka, který je ochoten smysl tohoto utrpení hledat a není myslitelná žádná ztráta, ve které by se nedala najít nějaká možnost smyslu.*“ Zakotvení ve smyslu tedy výrazně napomáhá zvládat náročnou profesi pomáhajících pracovníků. Budou-li si pomáhající pracovníci dostatečně vědomi smyslu své práce, bude je více uspokojovat, lépe budou snášet její náročnost a předejdou tak mnohým problémům, a to nejen psychickým.

3. Metodologická část

Metodologická část je věnována dílčím výzkumným otázkám, jejich operacionalizaci, popisu výzkumné metody, jednotkám zkoumání a zjišťování, dotazovací technice a technice sběru dat.

3.1 Hlavní výzkumná otázka

Hlavní výzkumná otázka této práce zní: *Jaký je postoj pomáhajících pracovníků ke smrti ve vybraném hospicovém zařízení a co jim pomáhá zvládat stres z všudypřítomné smrti?*

3.2 Dílčí výzkumné otázky

Na základě práce s literaturou při psaní teoretické části a v návaznosti na hlavní výzkumnou otázku vplynuly následující dílčí výzkumné otázky:

1. Co pro Vás znamená smrt?
2. Jaké reakce ve Vás vyvolává setkání s umírajícími pacienty a pozůstalými?
3. Změnil se nějak Váš pohled na smrt během doby, kdy pracujete v hospici?
4. Jak se ztotožňujete s myšlenkou paliativní péče a s myšlenkou hospicových zařízení, kde je tato péče uskutečňována?
5. Vnímáte práci s umírajícími jako stresovou a zátěžovou? (Popř. Vnímali/a jste ji tak někdy?)
6. Jaké metody v boji proti stresu používáte? (Popř. Co způsobuje, že nepociťujete stres ze smrti ?)

3.3 Výzkumná metoda

Vhodnou metodou bude díky povaze hlavní výzkumné otázky kvalitativní zkoumání. Kvalitativním výzkumem rozumíme „*jakýkoliv výzkum, jehož výsledků se nedosahuje pomocí statistických procedur nebo jiných způsobů kvalifikace.*“ (Strauss, Corbinová, 1999, s. 10). Hendl (2005, s. 50) uvádí definici kvalitativního výzkumu významného metodologa Creswella, který jej charakterizuje jako „*proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.*“

I mým cílem je nezůstat pouze na povrchu problému, ale proniknout do jeho hloubky, hledat porozumění a příčinné souvislosti. K odhalení a porozumění tomu, co je podstatou jevů slouží právě kvalitativní metody (Strauss, Corbinová, 1999). Je možné jít do hloubky problému, protože podle Dismana (2000) kvalitativní výzkum obsahuje mnoho informací o malém počtu jedinců (na rozdíl od kvantitativního, kde je uvedeno méně informací o větším počtu jedinců).

Tuto metodu volím i z toho důvodu, že se jedná o poměrně neprobádané téma a kvalitativní výzkum mi umožní formulování nových hypotéz a teorií. V neposlední řadě usiluji o získání co nejkompexnějšího obrazu problematiky. Dle Hendla (2005, s. 51) jde o „*integrováný pohled na předmět studie, na jeho kontextovou logiku, na explicitní a implicitní pravidla, která figurují v dané oblasti.*“

Jsem si samozřejmě vědoma i nedostatků kvalitativního výzkumu. Hendl (2005) mu vytýká, že jeho výsledky představují sbírku subjektivních dojmů. Při provádění kvalitativního výzkumu je zároveň třeba mít na paměti, že generalizace na populaci je obyčejně obtížná, ne-li nemožná. Generalizace však není mým cílem, chci pochopit postoj ke smrti pomáhajících pracovníků v konkrétním hospicovém zařízení.

3.4 Jednotka zkoumání a jednotka zjišťování

Jednotkou zkoumání je postoj pomáhajících pracovníků ke smrti ve vybraném hospicovém zařízení a jejich způsob zvládnání stresu z všudypřítomné smrti.

Jednotkou zjišťování jsou pomáhající pracovníci vybraného hospicového zařízení. Rozhovory byly provedeny celkem s šesti respondenty, kteří v hospici vykonávají různé funkce (zdravotní a zároveň řádová sestra, vrchní sestra domácího hospice, ošetřovatelka, pastorační asistentka, sociální pracovnice, psycholog a koordinátor dobrovolníků). V hospicovém zařízení se pracují v průměru pět až šest let. Respondenti souhlasili s nahráváním rozhovorů na diktafon a byli ujištěni v tom, že bude zachována jejich anonymita.

3.5 Dotazovací technika a technika sběru dat

Výzkum bude realizován formou rozhovorů²⁰. Kvalitativní rozhovory se liší především mírou své standardizace, tj. liší se do jaké míry jsou otázky a jejich pořadí závazné (Reichel, 2009). Pro svůj výzkum jsem zvolila techniku polostrukturovaného rozhovoru, protože usiluji o získání určitého srovnání v odpovědích mezi pomáhajícími pracovníky. Jelikož pocházejí ze stejného pracoviště a jsou nuceni čelit obdobným problémům, mohu klást i podobné otázky. Z těchto důvodů nevolím

²⁰ V práci používám pojmy rozhovor a interview analogicky.

nestrukturalizovaný rozhovor. Zároveň však chci ponechat respondentům jistou volnost, nahlédnou na daný problém z jejich pohledu, v jejich interpretaci a jazyce. Velký prostor je ponechán samotným respondentům, aby oni sami otevírali nové možnosti zkoumání v dané oblasti. Proto se mi jako vhodný nejeví ani rozhovor strukturovaný, kde jsou již určeny otázky, které je třeba položit, stejně tak jako jejich pořadí.

Naopak polostrukturovaný, jinak také rozhovor podle návodu, se vyznačuje tím, že tazatel má připraven určitý návod, soubor otázek nebo témat, která jsou předmětem rozhovoru. S otázkami i jejich pořadím lze nakládat relativně volně, zaměření zůstává, ale více se dbá na možnost respondenta sdělit výzkumníkovi svoje osobní zkušenosti a perspektivy (Hendl, 2005). Reichel (2009, s. 112) se domnívá, že „*polostrukturovaná varianta interview v zásadě kombinuje výhody a minimalizuje nevýhody krajních forem rozhovoru, tj. volného, nestrukturovaného a strukturovaného rozhovoru. Jistá volnost se jeví jako vhodná k vytvoření přirozenějšího kontaktu tazatele s informantem, do jisté míry se dají akceptovat jeho osobnostní specifika, komunikace může lehčeji plynout atp. Na druhé straně jistá, byť nevelká míra formalizace ulehčuje utřídění údajů a jejich případné vzájemné srovnávání atp.*“

Účastníci rozhovorů jsou vybíráni tak, aby byly ve výzkumu zastoupeny různé pomáhající profese. Již jsem upozornila na to, že jsem v daném zařízení vykonávala školní praxi, část zaměstnanců jsem tedy znala a mohla s nimi uskutečnit rozhovor. Tito zaměstnanci mi pak doporučovali další respondenty.

3.6 Operacionalizace výzkumných otázek

Význam smrti pro dotazovanou osobu

- Zamýšlíte se nad vlastní smrtelností?
- Máte pocit, že smrt je ve společnosti tabuizována?
- Zdá se Vám náročné hovořit o smrti v pracovním kolektivu?
- Zdá se Vám náročné hovořit o smrti mimo pracovní kolektiv?
- Co pro Vás představuje smrt?

Proměna pohledu na smrt po určitém čase práce v hospici

- Jak dlouho již v hospici pracujete
- Ovlivňuje práce v hospici nějak Vaše myšlení, jednání či žebříček hodnot?
- (popř. Vnímáte nějakou souvislost mezi nástupem do hospice a proměnou vašeho myšlení, jednání, žebříčku hodnot?)

Míra ztotožnění s paliativní péčí a hospicovými zařízeními

- V čem vidíte přínos holistického přístupu k pacientovi?
- Jak se vyrovnáváte s rozporem dvou názorů, kdy podle jednoho je třeba se snažit za každou cenu bojovat o vyléčení pacienta a podle druhého je lepší již zanechat léčby?

Reakce při setkání s umírajícími pacienty a pozůstalými

- Jaké emoce ve Vás umírající pacienti vyvolávají?
- Jak na Vás působí setkání s pozůstalými?
- Máte možnost vyjádřit své emoce (na pracovišti i mimo něj)? Jak je vyjadřujete?
- Popište mi prosím, jak nejčastěji jednáte s umírajícími a pozůstalými?
- Jak Vás připravila škola na práci s umírajícími?
- Jaké vlastnosti jsou podle Vás nutné pro vykonávání této práce?

Zátěž a stres v práci s umírajícími a pozůstalými

- Co pro Vás znamená práce v hospici?
- Popište mi, co ve Vaší práci považujete za nejnáročnější?
- Co považujete za možné zdroje stresu v práci s umírajícími? Týkají se některé konkrétně Vás samotných?
- Práce s umírajícími a jejich pozůstalými bývá považována jako náročná a stresová. Vnímáte ji také tak? (popř. Vnímali/a jste ji tak někdy?)

Metody v boji proti stresu

- Jak se vyrovnáváte s náročností profese pomáhajícího pracovníka v hospicovém zařízení?
- Co Vám osobně v boji proti stresu pomáhá?
- Nabízí Vám nějakou formu podpory samotné zařízení?
- Kde nebo u koho nejvíce a nejčastěji hledáte pomoc? Je to rodina, spolupracovníci, okolí? (Máte i ve svém okolí lidi, se kterými se může na tato témata rozhovořit?)

Demografické a osobní údaje

Při analýze rozhovorů budu zjišťovat, zda postoj ke smrti nebyl ovlivněn následujícími faktory:

- Pohlaví

- Věk
- Náboženské vyznání
- Funkce v hospicovém zařízení
- Jak dlouhou dobu již tuto funkci vykonávají v hospicovém zařízení

4. Empirická část – analýza rozhovorů a dílčí závěry

V této části práce odpovídám na dílčí otázky na základě analýzy rozhovorů.

4.1 Význam smrti pro dotazované osoby

V následující podkapitole shrnu odpovědi respondentů na otázky: Zamýšlíte se nad vlastní smrtelností? Máte pocit, že smrt je ve společnosti tabuizována? Zdá se Vám náročné hovořit o smrti v pracovním kolektivu? Zdá se Vám náročné hovořit o smrti mimo pracovní kolektiv? Co pro Vás představuje smrt?

Všichni respondenti shodně vypovídají, že se zamýšlejí nad tématy smrti a umírání, i nad svou vlastní smrtelností. Je to především z toho důvodu, že se smrtí se setkávají na rozdíl od většinové společnosti neobvykle často a nelze se před ní schovávat, ignorovat ji. Pomáhající pracovníci se setkávají s umírajícími, jejich příbuznými a mezi pracovníky se o smrti také hovoří, jak o tom vypovídá respondent č. 1: *„Je nutné se nad tím zamýšlet, protože tady se člověk se smrtí setkává opravdu asi každodenně. Nebo ne asi každý den, že by se setkal s někým zemřelým, ale možná tak jáněvím obden, že pracuje s pozůstalými nebo s lidmi, kteří se právě dozvěděli, že jejich příbuzný má před sebou několik dnů, týdnů života. Takže na toto téma často hovořím i se svými klienty.“*

Dva respondenti dokonce upozorňují, že není možné tuto práci vykonávat bez toho, aniž by se člověk vyrovnal se svoji vlastní smrtelností. *„Já si myslím, že to je právě první podmínka práce s umírajícími, že člověk musí přemýšlet nad vlastní smrtelností a musí být vyrovnán s tím, že sám je smrtelný a že jednoho dne zemře.“* (Respondent č. 4)

Pro žádného respondenta nebylo náročné hovořit o smrti se svými kolegy. Dle respondenta č. 6 je to z toho důvodu, že všichni dělají jednu práci. V neposlední řadě se jedná o silné téma, které jakoby zatlačuje ty ostatní. Z tohoto hlediska je velmi přínosný postřeh respondenta č. 5., který s vtipem poznamenává, že se jako pracovní kolektiv ani neumí moc bavit o ničem jiném. I když uvedený respondent považuje za důležité bavit se o svých soukromých věcech, všímá si, že se tak moc neděje. Mezi sebou si pracovníci hlavně předávají zkušenosti a sdílí své pocity. Zajímavá je výpověď respondenta č. 2, pro kterého je náročné hovořit o smrti na pracovišti ne se svými kolegy, ale s pacienty a příbuzným: *„ Pořád mám tendenci z toho rozhovoru utéct, jakoby se mu vyhnout a musím se vůlí přinutit, ne nesmíš z toho rozhovoru utéct, musíš*

s tím člověkem mluvit. Musíš ho vyslechnout, musíš nějak reagovat, protože je to potřeba. A když se mi to podaří, tak jsem ráda, že jsem neutekla. Asi utíkám čím dál míň, považuji to za zbabělý, ale ze začátku to asi u mě bylo hodně.“

Další otázka zjišťovala, zda se zdá pomáhajícím pracovníkům náročné hovořit o smrti mimo pracovní kolektiv. Zde se pomáhající pracovníci dělí do dvou skupin, pro jedny to problém nepředstavuje, pro druhé ano.

Většině respondentům se nezdálo náročné rozvinout toto téma ani ve společnosti. Část dotazovaných osob uvádí, že je to z toho důvodu, že smrt k životu prostě patří. *„Mimo práci se mně to náročné nezdá, vím, že jsou lidé, kteří se tady této tématice vyhýbají. Tím, že člověk vidí, že smrt je normální součástí života, tak mi nedělá problém o ní hovořit.“* (Respondent č. 1) Další dva respondenti viděli v rozhovoru o smrti s lidmi mimo pracovní kolektiv možnost předávat poselství hospice a paliativní péče. Zaznamenala jsem tedy i touhu a nadšení k otevření tohoto tématu. Respondent č. 2: *„Mně vyloženě dělá radost mluvit o hospici, jako ne o smrti, to se tam ale taky promítne, jako když je to hospic, ale říct těm lidem, co jsou mimo, jak je to tady dobrý, jak tady se staráme o ty lidi, jak je máme rádi, jak si jich vážíme, co všechno pro ně můžem udělat a co není venku, co třeba mně chybí v nemocnicích. [...]a tohle chci sdělit těm laikům a těm lidem, co by mohli být dobrovolníci, aby přišli a aby to viděli.“*

Dvěma dotazovaným osobám se zdá náročné hovořit o smrti mimo pracovní kolektiv a téma smrti ve společnosti neotvírají, protože to dle jejich názoru není možné. Okolí tato témata nezajímají a nechtějí o nich hovořit. Mají tak podobnou zkušenost, kterou popsala McNamarová a kol. (viz teoretická část s. 27), že totiž lidé nechtějí být konfrontováni se smrtí. Respondent č. 5 uvádí: *„... nezasvěcený člověk se moc nechce bavit o smrti a znám to i z vyprávění pozůstalých, když mají potřebu sdílet. Měli jsme jednu pacientku a ten manžel o nic pečoval dost doma a když chtěl mezi kolegy z práce opakovaně hovořit, to prostředí to nebralo, nedali mu prostor, aby se o tom bavili a já to taky tak vnímám. Smrt se vytěsňuje. Jako třeba z okruhu mých přátel nebo známých se zeptají, ale do důsledků málo kdo to chce slyšet.“*

Toto zjištění, že většina respondentů je schopna hovořit o smrti mimo pracovní kolektiv, je překvapivé, protože všichni zároveň zdůrazňují, že smrt je ve společnosti tabuizována. Možná k tomu určité vysvětlení podává respondent č. 1, který se domnívá, že záleží, jak má kdo toto téma tabuizované. Pokud ho pomáhající pracovník tabuizované nemá, o smrti může celkem bez problému hovořit. Dotazované osoby přítomnost tabuizace vnímají především ve strachu okolí pečovat o smrtelně nemocného, ve strachu, aby nemocný pacient nezemřel doma a ve strachu hovořit o smrti. Zároveň si ale všimají, že se situace mění ve chvíli, když lidem vážně onemocní

někdo z příbuzných. Strach být v blízkosti umírajícího se snižuje postupně s tím, jak roste jejich osobní zkušenost s nemocnými a umírajícími. Výstižná je odpověď respondenta č. 3: „...jako by se báli mluvit o tomto tématu, když třeba řeknu, kde pracuji, tak už mají takový odstup. Třeba bych se i ráda o tom bavila, ale cítím, že ani nenavazují na to téma, cítím, že nechtějí. Něco jiného je, když už mají třeba nějakého příbuzného nemocného, ale dokud ne, tak jako by se báli.“ Člověk se tedy většinou vyhýbá problematice umírání, dokud jí nemusí čelit (ať již se týká přímo jeho, anebo blízký člověka). To potvrzuje i respondent č. 5: „Dokud je člověk plnej síly, tak nemá potřebu řešit tyto věci.“ Pomáhající pracovníci si tabuizaci ve společnosti tedy uvědomují a dotýká se i jich (lidé se bojí pečovat o pacienta, utíkají od rozhovorů), zároveň je ale nenutí ve většině případů k tomu, aby se tématu smrti na veřejnosti vyhýbali.

Zamýšlení se nad smrtí a netabuizování tohoto tématu vede k utvoření si určitého názoru na smrt. Zároveň pohled na ni měl u všech respondentů podobné rysy. To může souviset s tím, že se jednak pracovníci mohou ovlivňovat, a jejich názory se tak mohou vyvíjet (již bylo řečeno, že smrt je na pracovišti velmi častým předmětem rozhovoru) a jednak práce v hospici přitahuje podobné typy pracovníků (podmínka vyrovnání se smrtí, velká část pracovníků je nábožensky založena, pomáhající pracovníci musí do určité míry přijmout filozofii hospice, která se vyjadřuje i ke smrti). Ke smrti bylo nejčastěji přistupováno jako k přirozené součásti života. Uvádím názor respondenta č. 4: „Já si myslím, že smrt je zákonitý jev, který patří k životu, jednou život začíná, jednou končí, tady tento pozemský.“ Tento postoj může souviset tím, že respondenti nemají toto téma tabuizované. Domnívám se, že i podstatnou roli zde hraje fakt, že dotazované osoby pracovaly v hospici poměrně dlouhou (nejkratší doba byla 2 roky, průměr 5-6 let) a do určité míry se s faktem smrti musely vyrovnat. Respondent č. 3 potvrzuje, že se v hospici zaměstnanci mění poměrně často a ten, kdo tuto práci nemá jako poslání, zde nevydrží dlouho. Velká část respondentů smrt popisují jako setkání s Bohem nebo/a s lidmi, o které pečovali. Tento pohled je s velkou pravděpodobností ovlivněn tím, že většina respondentů se označila za věřící. Otázku týkající se náboženského vyznání jsem u naprosté většiny dotazovaných pomáhajících pracovníků nemusela klást, jelikož se sami na svoji víru odvolávali.

Zda hospic přispěl k utvoření tohoto pohledu na smrt odpovídá další oddíl otázek.

4.2 Proměna postojů a myšlení po určitém čase práce v hospici

V této podkapitole analyzuji odpovědi na tyto otázky: Jak dlouho v hospici pracujete? Ovlivňuje práce v hospici nějak Vaše myšlení, jednání či žebříček hodnot? (popř. Vnímáte nějakou souvislost mezi nástupem do hospice a proměnou vašeho myšlení, jednání, žebříčku hodnot?)

Respondenti pracují v hospici v průměru 5-6 let, nejkratší doba byla 2 roky, naopak nejdelší 10 let. Všechny zároveň nějakým způsobem ovlivňuje fakt, že pracují v hospici. Již výše jsem uvedla, že hospic má vliv na to, aby se nějak více zamýšleli nad tématy smrti a umírání a nad svoji vlastní smrtelností. Jak se však změnil pohled respondentů na samotnou smrt? Tři respondenti díky práci v hospici zjistili, že smrt není nic hrůzostrašného a přestali se jí bát. Respondent č. 5: *„Já jsem se třeba za ty roky přestala bát rakoviny. To, co mě dřív děsilo, že bych onemocněla rakovinou, toho už se teď nebojím a myslím si, že ani smrti se nebojím.“* Od strachu ze smrti jim pomohlo především to, že měli možnost poznat umírání a smrt z blízka. (Podobně tedy jako se příbuzní bojí často pečovat o umírajícího, dokud nevstoupí do jeho blízkosti, tak i část respondentů popisuje tento strach z neznámého.) Výstižně o tomto fenoménu vypovídá respondent č. 3: *„Předtím jsem si to nedovedla představit, jak člověk umírá [...]. Předtím jsem se i bála, dejme tomu toho zemřelého, ale když člověk při tom je, tak jako kdyby to všechno padá.“*

Jak přítomnost u umírajícího může umenšovat respondentův strach ze smrti? Dva respondenti vypovídají, že sami více přemýšlí nad tím, jak budou umírat. Respondent č. 2 vidí v umírajících jakýsi vzor a doufá, že když to zvládl ostatní, že on taky. Pro dalšího respondenta bylo důležité pochopit, že umírání není jen bolest, ale je to část života (někdy nemalá), kdy lze zažívat i radost. *„Před tím umíráním je ještě určitý úsek života, není to jenom něco chmurného, bolavého, nepříjemného, jako tam se dá zažít aji na lůžkových hospicích, tak i doma spoustu radostného, veselého. My se opravdu často smějeme, i s těma pacientama, i s tou rodinou a zajímavý je třeba a nejednou se mi to stalo, že i při oblíkání toho zemřelého se můžeme smát, není to jako něco s neúctou, ale ta radost i v té bolesti je důležitá nebo ten smích.“* (Respondent č. 5) Vzhledem k tomu, že všichni respondenti uvádějí vysoký standard péče o pacienty v hospici a o naplňování jejich potřeb (holistický přístup), domnívám se, že tato zkušenost jim také pomáhá zvládat strach ze smrti. Pomáhající pracovníci jsou totiž ve většině případů svědky tzv. dobré smrti a to i je samotné může utvrzovat v naději, že i o ně bude jednou dobře postaráno.

Naproti tomu lze postavit výroky respondentů, které by mohli strach ze smrti naopak podporovat. Respondenti si uvědomují, že nelze vždy úplně ztlumit bolesti, mnozí pacienti navíc nejsou vyrovnáni se smrtí a umírání je potom náročnější a ne každý pacient to zvládá.

Ne všichni respondenti mají pocit, že by práce v hospici výrazně ovlivnila jejich pohled na smrt. Respondent č. 2 uvádí, že samotný pohled na smrti nebyl změněn prací v hospici, ale prožitkem vlastní těžké nemoci. Část respondentů byla již s otázkou své smrtelnosti nějakým způsobem vyrovnána, věděli „do čeho jdou“.

Jindy si pohled na smrt nesou hlavně ze své rodiny, přesto však i hospic měl pro ně jistý význam, jak uvádí respondenti 1 a 5. Ti tvrdí, že se jejich pohled na smrt změnil v tom smyslu, že jim již nepřipadá děsivá. Respondent č. 1: *„Já si myslím, že mě to trošku ovlivnilo, i když asi základy tady tohoto postoje jsem získala ve své původní rodině, kdy také bylo samozřejmostí, že se o nemocné pečije doma a že prarodiče umírají v domácnost, pokud je to teda ze zdravotnického pohledu možné. Takže myslím si, že už si to především nesu ze své primární rodiny. Ale určitě tady ta práce v hospici mně nějak pomohla v tady těch věcech se utvrdit.“*

Z předchozího tedy plyne, že hospic pomohl podstatné části dotazovaných osob osvobodit se od nějakého strachu. Další změny v myšlení či jednání byly patrné v těchto dvou oblastech:

Dva respondenti uvedli, že vnímají proměnu v mezilidských vztazích a to především v důležitosti vztahu a ve větší toleranci. Respondent č. 2 popisuje svůj vztah s manželem: *„Strašně moc si toho vážím, že třeba sedím s manželem u snídaně a můžeme spolu snídat, tak si uvědomím vždyť to je tak bezvadný, tamten člověk už nemůže*

Druhou oblastí, kterou práce v hospici silně poznamenala respondenty je, že si začínají něčeho více vážit a přehodnotili důležitost věcí. Jeden respondent uvádí, že si nyní více váží zdraví, jiný se méně rozčiluje na drobnostech: *„Myšlení mně hospic ovlivnil určitě. Jako když jsem třeba doma bazírovala na nějaké blbosti jako třeba, že ten polštářek musí být tak a ne tak a kvůli tomu jsem třeba vynadala manželovi. No, tak teď si říkám proč, vždyť je to zbytečný.“* (Respondent č. 2)

4.3 Míra ztotožnění s myšlenkami paliativní péče a hospicových zařízení

Tato kapitola přináší shrnutí odpovědí na následující otázky: V čem vidíte přínos holistického přístupu k pacientovi? Jak se vyrovnáváte s rozporem dvou názorů, kdy podle jednoho je třeba se snažit za každou cenu bojovat o vyléčení pacienta a podle druhého je lepší již zanechat léčby? Domnívám se, že postoj pomáhajících pracovníků k hospicovým zařízením a celkově k paliativní péči může pomoci zjistit, jak jsou pracovníci vyrovnáni s lidskou smrtelností a jak přijímají fakt, že lidský život jednou skončí.

Všichni respondenti považují holistický přístup za naprostý základ péče o pacienta. Za všechny uvádím odpověď respondenta č. 5: *„Pokud člověk léčí jen to tělo, tak vlastně neléčí dobře. Tělo je opravdu ten komplexní celek.“* Současně jsou i názoru, že potřeby pacienta jsou zde velmi dobře uspokojovány a skutečně je péče poskytována v duchu holistického přístupu.

Na problém dystanázie dva respondenti nemají žádný názor, nemusí se s ní vypořádávat, protože se dle jejich názoru týká výhradně lékařů. Další dva respondenti ji však vnímají jako problematickou. Objevila se obava, aby lékaři skutečně rozpoznali vážnost situace, podstatnou roli v důvěře hrál věk lékařů, a tím i jejich zkušenosti. Současně bylo upozorněno na to, že lékaři jsou školeni pro to, aby uzdravovali, ne proto, aby dochovávali lidi ke smrti, a proto je pro ně náročné zanechat léčby. Jeden z respondentů tak upozornil na rozšířený pocit všemocné medicíny (viz teoretická část s. 10) Jindy bylo poukázáno na neustále se měnící zdravotní stav pacienta, a tím i na problém jeho stav dobře zvážit.

U všech respondentů lze vypořádat veliké nadšení hospici a paliativní péčí. Respondent č. 2 uvádí: *„Když třeba mám nějaký známý a chci je potěšit a ujistit je, že život není až tak těžkej a že se dá, no tak říkám: jděte k nám, tady je tolik hodnejch lidí, tady na Vás budou všichni hodní a běžte dělat dobrovolníka, tím moc získáte, takže fandím tomu hrozně, tomu hospici a všemu, co se okolo toho dělá. Strašně tomu fandím.“* Zároveň část respondentů uvádí, že se v této práci našlo a v porovnání s jinými zařízeními vidí veliký rozdíl. Respondent č. 6: *„Našla jsem to, co jsem hledala, protože já jsem pracovala v nemocnicích a to, co jsem hledala, jsem tady našla, myslela jsem si, že už taková zdravotnická péče neexistuje, ale tady jsem zjistila, že to existuje a jsem za to ráda.“* Nadšení z práce dokazuje nepřímě i jejich názory o vysoké kvalitě prováděné péče.

4.4 Reakce při setkání s umírajícími pacienty a příbuznými pacientů

Respondenti se zamýšleli nad svými reakcemi při setkání s umírajícími a jejich příbuznými pomocí otázek: Jaké emoce ve Vás umírající pacienti vyvolávají? Jak na Vás působí setkání s pozůstalými? Máte možnost vyjádřit své emoce (na pracovišti i mimo něj)? Jak je vyjadřujete? Popište mi prosím, jak nejčastěji jednáte s umírajícími a pozůstalými? Jaké vlastnosti jsou podle Vás nutné pro vykonávání této práce? Jak Vás připravila škola na práci s umírajícími?

Pro všechny dotazované osoby bylo náročné zamyslet se nad emocemi, které se v nich probouzejí při setkání s umírajícími a jejich příbuznými. Jejich škála byla velmi široká, zaznívaly jak kladné tak záporné emoce a byly ovlivněny různými faktory. Nelze je proto naprosto zobecnit. V rozhovorech zazněly pocity a postoje jako radost, smutek, něha, vztek, pokora, odevzdanost, pokoj či soucit.

Emoce dotazovaných pomáhajících pracovníků byly ovlivněny přístupem rodiny k pacientů: jak se o své příbuzné rodina stará a jak je smířena s nemocí blízkého člověka. Pestrou škálu pocitů popisuje respondent č. 1: *„Někdy to možná může být i vztek, to třeba když člověk vidí, že ten příbuzný odmítá o toho nemocného pečovat nebo třeba když člověk vidí, že ten partner, který pečuje o toho nemocného tou situací velmi trpí. Ale někdy je to zase třeba i radost, protože člověk se zde setkává i s velmi krásným vzorkem populace, kdy se třeba setkávám i s mnoha rodinami, které velmi krásně pečují o své příbuzné. Když vidím s jakou fantazií všechno nachystají pro toho nemocného, tak to mně dělá radost.“* Velký vliv rodiny na prožívání emocí pomáhajících pracovníků může spočívat v tom, že rodinní příslušníci jsou považováni za nejbližší pacientovy osoby, mají určitou povinnost se o něho postarat, ztráta blízkého se jich ve většině případů dotkne nejcitelněji a jejich psychický stav se výrazně odráží na stavu pacienta.

Dalším výrazným faktorem, který ovlivňuje pocity respondentů, je to, v jaké situaci se pacient nachází a jaké je jeho rozpoložení. Pro dotazované osoby bylo důležité, jak je se svým zdravotním stavem smířen sám pacient, jaká je jeho prognóza (je-li krátkodobá, dlouhodobá, jak se nemoc bude vyvíjet), jaké mají vztahy s rodinou, jak jsou připraveni na smrt. Právě pacientova odevzdanost, bezmocnost často vyvolávají v respondentech emoce. Respondent č. 2 to popisuje následovně: *No většinou asi něhu, protože jsou takový křehoučký, takový zranitelný jednak a jednak tam už necítím takovej ten boj. Tam už ten člověk se tak poddává nemoci, protože už cítí, že už tam toho mnoho nenadělá.“* V neposlední řadě záleží na vztahu k pacientovi. To popisuje především respondent č. 6: *„když mám k někomu bližší vztah, tak je to mnohem těžší, když mám k někomu takovej normální, obyčejnej vztah, tak je to jednodušší.“* Vztah k pacientovi

považuje za důležitý i jiný respondent , který se domnívá, že je lepší, když pacienti jsou v hospici delší dobu a může být navázán určitý vztah. Pomáhající pracovníci tak často za vytvoření hlubšího vztahu platí daň v podobě obtížnějšího loučení se zemřelým pacientem.

Téměř všichni respondenti mají nějakou možnost své pocity vyjádřit či spíše mají osobu, které se mohou bez problému svěřit. Současně považují za důležité své emoce vyjadřovat a jak tvrdí jeden respondent, bez toho by tuto práci snad ani dělat nemohl. Respondent č. 2 k možnosti vyjádřit své emoce uvádí: *„No já mám pár lidí, kterým to říct můžu. Jsou lidi, kterým to neřeknu, jednak třeba proto, že s nima nejsem tak blízko, a nebo tam necítím tu odezvu, ale mám tady pár lidí, kterým to říkám, protože to potřebuju.“* Jeden respondent se nepovažuje za emoční typ a nemá takovou potřebu o svých emocích hovořit. Za důležitější považuje hovořit o pacientech a jejich proměně po dobu, kdy jsou v hospici. Jednou z dalších příčin nesdělovat své emoce druhým lidem může být také jev popsán Parkes, Relfovou, Coudrickovou (viz teoretická část s. 20), kdy pečující považují své emoce za „sobecké“ nebo „dětinské“.

Přístup k pacientům a jejich rodinám je dle slov pomáhajících pracovníků velmi individuální. Přesto lze vyzorovat určité vzorce chování:

Pro dva dotazované pracovníky bylo důležité poskytnout rodině podporu, vytvořit prostor, kde rodina může vyjádřit své emoce a kde pomáhající pracovník bude jednak prožívat utrpení spolu s rodinou a jednak se ji bude snažit uklidnit a ujistit. *„My se jim právě snažíme pomoci, aby mohli třeba vyjádřit svoje emoce, co prožili. Takže vlastně vždycky se ptám na to, jak to prožili, jaké to pro ně bylo, když chtějí, tak na to mohou odpovědět. [...] někdy se jich taky ptám i na ostatní členy rodiny, jak to prožívají. Protože často sem třeba přijdou děti, kterým třeba zemřel rodič, takže se ptám třeba jak to prožívají, aby měli třeba možnost vyjádřit obavy, které mají o ty jiné členy rodiny.“* (Respondent č. 1) Dotazovaní pomáhající pracovníci se také snaží rodinu nějakým způsobem informovat, např. poskytnout praktické informace – to je úkol především sociálních pracovníků (vyřizování pohřbu, sociální dávky, atd.). Část respondentů si uvědomuje, že je někdy potřebné pomáhat rodině, aby se smířila s vážným zdravotním stavem příbuzného a vést ji k pravdivému pohledu na situaci. Respondent č. 4 uvádí: *„Mým úkolem je, abych jim byla pomoci a pomáhala jim, aby i oni dokázali toho svého nemocného doprovázet a mohli ho propustit, aby dokázali mu poděkovat za život, za pěkné chvíle, odprosit, smířit se, co zůstalo otazníkem nevyřešeným a aby dokázali tomu umírajícímu říct: já ti dovoluji odejít.“* Respondent č. 3 upozorňuje, jak je tato fáze náročná: *„Nejhorší je, když třeba rodina nechce, abychom sdělovali diagnózu a teď moc nevíme, jak se k tomu postavit, protože my tady, hlavně*

teda doktorky, říkáme většinou pravdu. Tak někdy je to s těma rodinama opravdu problém. Většinou ten nemocný stejně ví, co mu asi je, nebo to aspoň tuší. Tak pozná, že ta rodina hraje jen nějaké divadlo.“

Další odpovědi nelze již zařadit, proto je uvádím zvlášť. Jeden respondent uvádí, že to, že je věřící ho vede k tomu, aby se za své pacienty modlil, aby zemřeli v klidu a dobře celou situaci zvládli. Jiný respondent uvádí, jak je pro něho náročné vést rozhovor s pacienty a jejich rodinami a uvědomuje si svoji tendenci vyhýbat se rozhovorům s nimi.

Jak bylo řečeno v teoretické části, pracovníci by měli být na kontakt s umírajícími a jejich rodinami dobře odborně a emočně připravení. Přesto si však většina osob nemyslí, že by je škola připravila na práci s umírajícími a pozůstalými. Respondent č. 4: *„No škola ne, protože já jsem maturovala v pětasedmdesátém roce a to bylo tabu. Už je to dlouho, ale vůbec si to neuvědomuju, nepamatuju, určitě jsme se učili péči o zemřelý tělo, ale toto v té době určitě ne.“* Dva respondenti uvádějí, že nějaké základy získali v psychologii. Respondent č. 3: *„Něco málo jsme měli v psychologii, ale to bylo asi všechno. My jsme tam o té smrti moc nehovořili, až potom na praxi, když jsme chodili.“*

Práce v hospici vyžaduje jak určitou školní přípravu, tak i rozvinutou osobnost. Zjišťovala jsem, jaké vlastnosti považují respondenti za důležité pro výkon profese pomáhajícího pracovníka v hospici. Charakterové rysy pomáhajícího pracovníka ovlivňují reakce při setkání s umírajícími a jeho rodinou, ale domnívám se, že mají vliv i na nesení zátěže spojené s péčí o umírající a pozůstalé, o které bude pojednávat další podkapitola. Žádané vlastnosti byly opět velmi rozmanité. Již bylo řečeno, že je nutné být vyrovnán se svou vlastní smrtelností a nemít strach ze smrti. Žádoucí je i empatie a soucit, jak se domnívají další dva respondenti. Jeden z nich je přesvědčený, že často zaujímáme k soucitu špatný postoj a chápeme ho jako nepatřičný a nemístný. Za neméně důležitou považovali respondenti vypěstovat si jistou psychickou odolnost, klidnost a vyrovnanost. Respondent č. 1 to vysvětluje následovně: *„Určitá odolnost psychická, která myslím, že je potřebná ne ani z toho důvodu vyrovnávání se se smrtí samotnou, ale prostě tím, že pracujeme s lidma, kteří prožívají těžké životní období.“* Jiný respondent tuto vlastnost jako potřebnou odůvodňuje tím, že sestry zůstávají na oddělení často samy, bez lékaře a tak musí dokázat uklidnit příbuzné, dát jim nějakou jistotu. Dále zazněly požadavky na vztah k lidem, opravdovost, ale i to, že se pomáhající pracovník bude klást důraz na kvalitu života a nebude se již snažit pacienty uzdravovat. Za výhodu považuje jeden respondent i být věřící, a to z toho důvodu, že ho

víra posiluje. Domnívá se, že pro člověka, který není věřící je práce v hospici náročnější.

4.5 Zátěž a stres v práci s umírajícími a pozůstalými

Abych zjistila, jak vnímají respondenti práci v hospici z hlediska náročnosti a stresu, pokládala jsem tyto otázky: Co pro Vás znamená práce v hospici? Popište mi, co ve Vaší práci považujete za nejnáročnější? Co považujete za možné zdroje stresu v práci s umírajícími? Týkají se některé konkrétně Vás samotných?

Mým hlavním úkolem bylo zkoumat stres v souvislosti se smrtí a náročnost povolání z hlediska přítomnosti smrti. Přesto jsem však zjistila, co dalšího považují respondenti za obtížné. Části respondentů připadá práce náročná ve chvíli, když si s někým nerozumí a mezi kolegy je špatná komunikace. O tom vypovídá i respondent č. 2, který vnímá stres, pokud nastane rozpor mezi požadavky a možnostmi jejich naplnění (tj. když nemůže uspokojit poptávku svých kolegů po dobrovolnících). Práce je vnímána často jako fyzicky náročná, jak o tom vystižně vypovídá respondent č. 6: „*Fyzicky je to náročné, protože my ošetřovatelé děláme převážně s pacienty, tzn., že je polehujeme, umýváme je a to je strašně náročný, protože ty lidi jsou bezvládní, protože jsou ležící a někteří jsou třeba těžcí.*“ Podobně, má-li pracovník mnoho návštěv k pacientům a je zaneprázdněný, může tuto situaci vnímat jako stresovou. Práce v hospici klade vysoké požadavky na vlastní osobnost, jak uvádí jeden respondent „chce to celého člověka“, a proto za náročné považují schopnost rychle reagovat a zachovat klid. Problematicky je dále vnímána situace v českém zdravotnictví, kdy je striktně oddělený zdravotní a sociální systém

Všechny dotazované osoby uvádějí, že práce v hospici je nějakým způsobem náročná, a to často i v souvislosti se smrtí a utrpením, jak o tom vypovídá respondent č. 6. Přesto však část z nich ji nepovažuje za náročnější než jiná povolání a dokonce dva respondenti si dovedou představit i náročnější oddělení v nemocnicích.

Pro respondenty je obecně náročnější setkání s příbuznými pacientů než se samotnými pacienty. Často uvádějí, že je s příbuznými těžší komunikace, protože na rozdíl od pacientů nejsou s nemocí tak smířeni a situaci řeší daleko více. Respondent č. 1 tvrdí: *Tak emočně mně přijde nejnáročnější opravdu ta péče o pozůstalé. Když třeba přijdou lidi, kteří nebyli připraveni na ten odchod toho blízkého a které to tak hodně zaskočilo. Když člověk se opravdu setká s tím, že oni prožívají takovéto zoufalství, tak to je pro mě asi to nejtěžší.*“ Za náročné dále považují respondenti sdělování rodině úmrtí blízké osoby. Vzhledem k tomu, že úmrtí pacienta sděluje rodině pouze lékař,

respondenti mohou poukazovat na obtížnou situaci, která bezprostředně po sdělení následuje, a kdy jsou také již nuceni se pozůstalým věnovat.

Péče o příbuzné nekončí úmrtím pacienta, ale v určité podobě pokračuje i potom v rámci setkávání pozůstalých. Respondent č. 6 charakterizuje tato setkání jako poučná pro obě strany, rodiny prý přicházejí vyrovnanější a někdy vzniká i přátelský vztah. Domnívám se, že tato setkání nepomáhají jen samotným pozůstalým, ale i pomáhajícím pracovníkům, protože vlivem postupného smíření rodin s pacientovým úmrtím se může zlepšit i komunikace pomáhajících pracovníků s rodinou. Současně setkání pomáhají k detabuizaci smrti a domnívám se, že i k samotnému vyrovnání se s úmrtím, a to nejen u pozůstalých, ale i u pomáhajících pracovníků. Hovoří se totiž o prožitých hezkých i těžkých chvílích, je možné dát průchod emocím, a tím dochází ke zpracování události.

Nelze říct, že by respondenti zažívali v souvislosti s četností smrti nějaké velké stresy, stres se vyskytuje spíše příležitostně. To, jak náročná, či dokonce stresová se jim práce s umírajícími zdá, závisí především na následujících faktorech. Důležité bylo, jak jsou pacienti smíření s vlastním stavem. Respondent č. 1 potvrzuje, že je nejtěžší doprovázet pacienta v období, kdy není smířený se svou nemocí. Domnívám se, že tato situace je nesmírně psychicky náročná a klade na pomáhajícího pracovníka značné požadavky na komunikační dovednosti. V neposlední řadě může probouzet v pracovníkovi větší obavu z vlastního umírání, než když umírá pacient v klidu. Respondent č. 6 popisuje další dva faktory mající vliv na stres z práce s umírajícími: „*zažívám stres, když umírají hodně mladí lidi, tak je to pro mě hodně těžký a pak to doprovázení, když je hodně dlouhý.*“ Záleží tedy na věku pacientů a na délce doprovázení, protože doprovázení umírajícího je z celé péče o něj zřejmě nejvíce psychicky obtížné. Smrt mladého člověka bývá považována obecně za daleko stresovější, navíc respondent č. 6 je sám velmi mladý, a proto úmrtí mladého člověka v něm může probouzet strach, že i jemu se může něco stát a že smrt nepotkává jen staré lidi. Dále záleží na tom, kolik pacientů v daném období umírá. To vnímá respondent č. 2: „*Mně je někdy těžko tady z toho všeho, že už zas mně pacient umřel, že zas není paní, teď jsem u ní byla a za dva dny už je pryč. A když už je to po třetí nebo po čtvrtý, tak to na mě padne. To si říkám, vždyť kam ses to dostala, vždyť to je hrozný. To je bezútesný.*“ Myslím si, že pokud umírá záraz velké množství lidí, člověk nemá takovou možnost se s každým úmrtím vyrovnat.

Jak je možné, že téměř při každodenním setkání se smrtí, většina respondentů uvádí, že jim přesto práce v hospici nepřipadá nějak výrazně stresová? Respondent č. 1 to vysvětluje tak, že v hospici se pracuje s konceptem smrti, na rozdíl od některých

jiných oddělení v nemocnicích, jako např. LDN, kde smrt je tabuizována, přestože i tam lidé velmi často umírají. Druhé možné vysvětlení podává respondent č. 3, který tvrdí, že se k smrti musí „přičichnout“, aby člověk poznal, že není děsivá.. *„Určitě je náročná (pozn. práce v hospici), ale vydržet se to dá. Myslím, že víc se toho lidí bojí, než když se do toho pak jde. Určitě je to náročný, ale když už s tím do toho jdete, tak... To je poslání. Člověk si to nemůže dát, ten, kdo na to nemá, to prostě nemůže dělat dlouho. Také se nám tu teda dost mění zaměstnanci.“* S tímto tvrzením souhlasí i další respondent, který tvrdí, že každá práce stresuje do doby, než si ji člověk osahá a než se jí naučí. Pokud tedy někdo ještě nebyl u umírajícího, těmto tématům se vyhýbal, práce ho může stresovat (zde se tedy respondenti přibližují prvnímu vysvětlení o tabuizaci tématu).

Jiné vysvětlení předkládá respondent č. 5: *„Na to, na fakt samotné smrti se opravdu dá zvyknout. A hlavně pokud to člověk opravdu tak bere, že to patří k tomu životu, že je to ten závěr toho života. Takže teď určitě ne (pozn. nestresuje mě to), ze začátku jsem si myslela, že to bude, ale ne není to tak.“* Domnívám se, že toto vysvětlení souvisí s tím, že člověk, který jde do hospice by měl být nějakým způsobem vyrovnán s konečností lidského života. Vystávají mi však otázky, zda je možné vyrovnat se úplně se svoji smrtelností? Navíc v hospici umírají těžce nemocní pacienti, často ještě ne věku, kdy se smrt považuje za přirozenou.

Další vysvětlení, které by mohlo snižovat míru stresu ze smrti spočívá v dobrém kolektivu. Jak shodně respondenti popisují, pracovníci se v hospici vzájemně podpoří.

Za možné zdroje stresu pro nové pracovníky označili respondenti tyto: přítomnost umírání, rozpor mezi teorií hospice a praxí, neschopnost zvládnout praktické dovednosti (napichovat jehly atd..). Respondenti zároveň zdůrazňují, že praktické dovednosti se lze naučit, a tak stresu předejít a s rozporem mezi teorií a praxí hospice se zatím nesetkali.

Co pro respondenty znamená práce v hospici? Pro většinu z nich se jedná o školu života, cítí, že je tato práce nějakým způsobem obohacuje a rozvíjí. Toto tvrzení potvrzují i odpovědi respondentů na jiných místech výzkumu, kdy hovoří o proměně v žebříčku hodnot, v mezilidských vztazích a konečně i v samotném pohledu na smrt. Další respondenti vnímají práci v hospici jako radost posloužit i v těch posledních službách, umožnit prožít pacientům něco pěkného a ulevit jim od bolestí. Hospic také určitým dotazovaným osobám přináší vděčnost Bohu, naplnění, dobrý pocit a smysluplnost. Pro respondenty tedy práce v hospici znamená jednak službu, poslání, jsou to oni, kdo obdarovávají, ale jednak se cítí i oni sami obohacováni a uspokojováni.

4.6 Metody v boji proti stresu

V předchozí podkapitole bylo řečeno, že respondenti považují práci v hospici za náročnou. V další sadě otázek jsem zjišťovala, zda používají nějaké prostředky k odreagování a jaké. Respondenti za zamýšleli nad těmito otázkami: Jak se vyrovnáváte s náročností profese pomáhajícího pracovníka v hospicovém zařízení? Co Vám osobně v boji proti stresu pomáhá? Nabízí Vám nějakou formu podpory samotné zařízení? Kde nebo u koho nejvíce a nejčastěji hledáte pomoc? Je to rodina, spolupracovníci, okolí? (Máte i ve svém okolí lidi, se kterými se může na tato témata rozhovořit?)

Každá z dotazovaných osob má nějaký prostředek, místo či osobu, kde hledá podporu. Respondenti považují za důležité oddělovat práci a volný čas a snaží se to i uskutečňovat.

Odpovědi respondentů byly poměrně dobře kategorizovatelné. Nejčastěji respondenti čerpají sílu a hledají útěchu v tichu, popř. modlitbě, jak o tom vypráví respondent č. 1: *„...určitě mně pomáhá i zastavit se třeba ve chvíli ticha a uzavřít prostě všechny ty věci, svěřit Bohu všechny ty situace, s kterými se člověk potkal.“* Víra tak může dotazujícím pomáhajícím pracovníkům dodávat naději a posilovat je. Nezaznamenala jsem u nich tzv. krizi víry, o které hovoří Kubičková (viz teoretická část s. 10). Neméně významným místem bylo pro respondenty rodinné zázemí či komunita, kde člověk má možnost sdílet své obavy, ale i radosti. Respondent č. 5 se domnívá, že člověk z dobrého rodinného zázemí, kde vládne klid a radost, čerpá a pak pro něj práce v hospici nemusí představovat žádný problém. V oddělování volného času od pracovního slouží respondentům i dovolená, která je v hospici o dva týdny delší a samozřejmě koníčky jako sport, hudba, četba. Dva z respondentů vykonávají zároveň i jiné aktivity jako studium anebo pracují s dětmi ve volném čase. O tom, jak je možné oddělit volný čas od pracovního vypovídá respondent č. 6: *„Ale jo, dá se to, ale musím být hodně zaneprázdněná, což je třeba ta škola. Takže ta škola mě nutí k tomu, abych na to nemyslela, ale abych se třeba učila a připravovala na zkoušky.“*

Zařízení nabízí pomáhajícím pracovníkům jako formu podpory skupinové supervize. Ty má domácí a lůžkový hospic odděleně, na lůžkovém oddělení probíhají supervize zvlášť pro sestry a zvlášť pro ošetřovatele. Většina respondentů považuje supervize za užitečné a poučné. Je zde vytvořen prostor poradit se o problémech. Část respondentů ale supervize neuspokojují. Jeden respondent vypovídá, že se na supervizích neodreaguje, protože se tam řeší většinou věcné záležitosti, ne emoce. K supervizím se vyjadřuje i respondent č. 6: *„Jsou tady supervize, ale mě to nenaplňuje. My se nikdy nesejdeme všichni jak bychom měli, takže bychom nemohli vyřešit třeba*

všechno, co by nás tížilo. nevidím v tom žádnou perspektivu [...]. Přijde mi to trochu jako ztráta času, myslím, že to není úplně nejlepší. Mně vyhovuje třeba to spolčo jak máme, to je úplně něco jinýho, protože to je nepovinný a ty supervize jsou povinný, my jsem tam vlastně nucení, když už třeba máme volno.“

Jako další formy podpory od zařízení uvádí respondenti dobrý kolektiv a vytvoření příjemného prostředí. „*Já myslím, že nabízí (pozn. nějakou formu podpory), jednak vytvořením podmínek, lidským přijetím a snahou vytváření atmosféry pokoje a radosti.*“ (Respondent č. 4). Výzkum tedy nezjistil přítomnost tyranie přívětivosti v dotyčném hospicovém zařízení. Hospic dále organizuje nejrůznější akce, které se konají např. každý rok u příležitosti otevření hospice, dále táboráky a je možné jet i na vodu.

5. Závěr

Práce se zabývala tematikou umírání, smrti a stresu, který je s ní spojen. Teoretická část připravila zázemí pro analýzu dílčích výzkumných otázek, ze kterých vyplývá tato odpověď na hlavní výzkumnou otázku: „*Jaký je postoj pomáhajících pracovníků ve vybraném hospicovém zařízení ke smrti a co jim pomáhá zvládat stres z všudypřítomné smrti?*“

Dotazované osoby se setkávají s umírajícími téměř každodenně a smrt pro ně představuje téma hojně přítomné v jejich životě. Žádný z respondentů nemá smrt tabuizovanou. Dotazované osoby o smrti a své vlastní smrtelnosti přemýšlí a mnozí to dokonce považují za nutnou podmínku práce v hospici. Potvrzují tak teorii paliativní péče, že být si vědom konečnosti lidského života je podmínkou, aby se pomáhající pracovníci mohli dobře starat o umírající pacienty.

Respondenti hovoří často o smrti se svými kolegy a většina je schopna otevřít tuto problematiku i mimo pracovní kolektiv, přestože všichni shodně uvádějí, že smrt je ve společnosti tabuizována. Vlastní postoj ke smrti a otevřenost tomuto tématu jsou důležitější a nezabrání většině dotazovaných pomáhajícím pracovníkům o smrti hovořit. Pokud tedy pomáhající pracovník nemá sám téma tabuizované, nedělá mu problém o něm diskutovat. Tabuizaci vnímají respondenti především ve strachu příbuzných pečovat o smrtelně nemocné. Ve shodě s teorií tak potvrzují fakt, že následkem nedostatku zkušenosti se smrtí a s umíráním lidé ztrácí schopnost doprovázet umírající během jejich posledních dní.

Smrt je vnímána respondenty jako přirozená součást života. V teoretické části bylo řečeno, že smrt druhé osoby poukazuje na naši vlastní smrtelnost a bezmocnost. Mám proto důvod domnívat se, že častý pohled na umírající může výrazně přispívat k uvědomování si vlastní smrtelnosti a vést tak k vyrovnání se se smrtí. Vzhledem k tomu, že respondenti se považují za věřící (praktikující i neprojektující), smrt pro ně představuje možnost opětovného setkání s lidmi, o které pečovali, a setkání s Bohem. U respondentů se tak objevuje křesťanský pohled na smrt, kdy věří v život po smrti.

Práce v hospici měla u části respondentů vliv na proměnu postoje ke smrti. Někteří uvádějí, že díky tomu, že se dostali do blízkosti umírajících, se jí přestali bát. Smrt je dle jejich názorů děsivá do té doby, dokud se jí člověk vyhýbá. Jakmile začne s umírajícími pracovat, nepřiměřený strach mizí. Velmi aktuální se tak zdají slova Haškovcové (viz teoretická část s. 8), která pozoruje, že postoj ke smrti je jiný a současně i méně děsivý v přímém kontaktu s ní, než při sledování z povzdálí, kdy se do ní začíná promítat naše fantazie. Další část respondentů má pocit, že jejich postoj ke

smrti je z části ovlivněn prací s umírajícími, přesto ale uvádějí, že základy svého postoje pochází z rodinné výchovy. Jeden z respondentů uvedl, že jeho postoj ke smrti nebyl přímo ovlivněn hospicem, ale hlavní vliv měl prožitek vlastní těžké nemoci.

Z pohledu paliativní medicíny je smrt vnímána jako zcela přirozený proces, nemůžeme ji ani urychlit ani oddálit. U všech respondentů jsem pozorovala velké nadšení a souhlas s touto filozofií. Proto z toho vyvozují, že nejsou výrazné rozpory mezi hodnotami dotazovaných pracovníků a hodnotami paliativní péče. Respondenti tak ke smrti přistupují v duchu paliativní medicíny. Z celkového pracovního nadšení usuzují i to, že dotazovaní pomáhající pracovníci vidí smysl své práce (v hospici dochází často ke smíření pacientů, na setkáních pro pozůstalé mají možnost pozorovat, jak se rodina vyrovnala s odchodem blízké osoby atd.), což jim může usnadňovat pohybovat se v prostředí, kde je často přítomná bolest a utrpení, a to nejen pacientů, ale i jejich rodin.

Druhá část výzkumné otázky zjišťovala, co pomáhajícím pracovníků ve vybraném hospicovém zařízení pomáhá zvládat stres z všudypřítomné smrti

Z výzkumu vyplynuly faktory, které mají vliv na to, jak dotazované osoby přistupují k pacientům, jaké při tom prožívají emoce a jak silný je u nich stres ze smrti. Důležitou roli hrála rodina, její přístup k nemocnému a hlavně to, do jaké míry je vyrovnána s vážnou nemocí blízkého člověka. Druhým významným faktorem byl samotný pacient. Roli zde hrál věk pacienta, jeho prognóza, délka pobytu v hospicovém zařízení, délka doprovázení a situace, kdy umírá současně více pacientů. Nejvýraznější zde ale byla opět smířenost nebo spíše nesmířenost, tentokrát pacienta se svoji nemocí. Nebyl-li tedy pacient nebo rodina vyrovnáni s vážností zdravotního stavu, respondenti tuto situaci hodnotili jako velmi náročnou. Domnívám se, že tato okolnost pacientova umírání může být stresová z toho důvodu, že pacient či rodina jsou ve špatném psychickém rozpoložení, které přenáší na pomáhající pracovníky, a dle pomáhajících pracovníků nedochází k dobré smrti, o kterou paliativní péče usiluje. V neposlední řadě měly význam vztahy mezi rodinou a pacientem a mezi pomáhajícím pracovníkem a pacientem

Výzkum přinesl pro mě překvapivý závěr týkající se míry stresu. Respondenti totiž nepovažovali práci s umírajícími za vyloženě stresující, jako stresové jsou spíše hodnoceny konkrétní případy. Všichni si ale uvědomují náročnost své profese i potřebu hledat nějaké odreagování, sdílet své pocity a oddělovat volný čas od pracovního. Jako formy a místa podpory zmiňují respondenti ticho, modlitbu, dobré rodinné zázemí nebo komunitu, nejrůznější aktivity a koníčky. Samotné zařízení nabízí podporu jednak ve

formě skupinových supervizí, na které se pohled v jejich užitečnosti liší, ale jednak i formou vytvoření dobré atmosféry a uváděny jsou i nejrůznější společenské akce.

6. Diskuze a doporučení

Symbolickým cílem mé práce je upozornit na to, že u pomáhajících pracovníků, kteří pečují o umírající v hospicovém zařízení, může být ohrožena duševní pohoda a psychická vyrovnanost vlivem častého setkání se smrtí. Aplikačním cílem práce je pomoci pomáhajícím pracovníkům vyrovnat se se svými pocity při práci s umírajícími. Výsledky výzkumu mohou být užitečné jednak pro pomáhající pracovníky ve vybraném hospicovém zařízení a jednak pro supervizory. Výzkum zjistil, že ne všem pracovníkům supervize vyhovují. Pro supervizory by mohly získané informace představovat určitý návod, jak supervizi směřovat. Zároveň zde vidím i jednu z možných oblastí dalšího zkoumání, kterého by se zúčastnilo více respondentů a otázky by směřovaly přímo k supervizi.

Realizovaný výzkum současně potvrdil nedostatečnost přípravy na školách pro budoucí práci s umírajícími a výsledky výzkumu jsou podobné s výzkumem uvedeným Slámou a Špinkou, kdy 90 % mladých lékařů se cítí být nepřipraveno komunikovat s nevléčitelně nemocnými a jejich rodinami (viz teoretická část s. 18). Proto by se tento poznatek mohl stát impulsem k úpravě vzdělávacích programů na zdravotních a sociálních školách.

Jiný výzkum by se mohl zaměřit na důvody rychle měnícího se personálu a v neposlední řadě by bylo užitečné provést srovnání postojů ke smrti pomáhajících pracovníků v hospicovém zařízení s jinými odděleními nemocnic (především LDN). Dle jednoho z respondentů se totiž v nemocnicích s konceptem smrti nepracuje v takové míře jako v hospicích a smrt je zde tabuizovaná.

V odpovědích respondentů bylo upozorněno i na velmi problematické striktní oddělení zdravotního a sociálního systému. Hospice jsou zdravotními zařízeními, ale přesto jsou zde často poskytovány i sociální služby. V práci bylo zmíněno úsilí Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče v úpravě dosavadní legislativy, výzkum tak toto úsilí může podpořit.

Výzkum byl zpracován pomocí kvalitativní strategie, jsem si tedy vědoma toho, že výsledky jsou obtížně zobecnitelné. Stejně tak si uvědomuji, že výsledky výzkumu mohou být ovlivněny nejrůznějšími faktory. Pomáhající pracovníci nemuseli vyjadřovat, co skutečně cítí, a to např. z důvodu strachu z profesionálního selhání, jelikož se jedná o poměrně citlivé téma. Zkreslujícím faktorem může být i pocit profesionality, kdy pomáhající pracovník považuje strach či smutek za selhání, popř. považuje za sobecké přitahovat na sebe pozornost, protože pozornost by měla být věnována umírajícím. Významným faktorem, který má zřejmě vliv na výsledky je i to,

že respondenti jsou věřící a v hospici pracují poměrně dlouho dobu. Je možné, že člověk, který je v hospici krátce bude mít zase jiný pohled na smrt.

7. Bibliografie

- Ariès, P.: *Dějiny smrti II*. Praha. 2003.
- Atkinson, R.: *Psychologie*. Praha. 2003.
- Bartko, D.: *Moderní psychohygienu*. Praha. 1980.
- Disman, M.: *Jak se vyrábí sociologická znalost : příručka pro uživatele*. Praha. 2000.
- Hartl, P., Hartlová H.: *Velký psychologický slovník*. Praha. 2010.
- Hartl, P.: *Stručný psychologický slovník*. Praha. 2004.
- Haškovcová, H.: *Thanatologie, nauka o smrti a umírání*. Praha. 2000.
- Hawkins, P., Shoet, R.: *Supervize v pomáhajících profesích*. Praha. 2004.
- Hayesová, N.: *Základy sociální psychologie*. Praha. 2003.
- Hendl, J.: *Kvalitativní výzkum : základní metody a aplikace*. Praha. 2005.
- Jankovský, J.: *Etika pro pomáhající profese*. Praha. 2003.
- John, F. Kühlinger, G.,P: *Jak úspěšně zvládat tlak a stres v práci*. 2006.
- Kalvach, Z.a kol.: *Umírání a paliativní péče v ČR*. Praha. 2004.
- Kalvach, Z., Sláma, O. *Vzdělání v paliativní péči*. Praha. 2004.
- Kebza, V.: *Sociální opora jako významný protektivní faktor*. 1999. [online]
Dostupné na World Wide Web: <<http://portal.lf1.cuni.cz/clanek-764-socialni-opora-jako-vyznamny-protektivni-faktor>> [cit. 15.10.2010]
- Kohoutek, R.: *Základy užití psychologie*. Brno. 2002.
- Kopřiva, K.: *Lidský vťah jako součást profese*. Praha. 2006.
- Kubičková, N.: *Zármutek a pomoc pozůstalým*. Praha. 2001.
- Ležáková, M.: O smrti a umírání. *Sociální práce / Sociálna práca*. č. 2, 2010.
- Lukasová, E.: *I tvoje utrpení má smysl*. Brno.1998.
- Marková, M.: *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha. 2010.
- Matochová, S.: *Etika a právo v kontextu lékařské etiky*. Brno. 2009.
- Matoušek, O.: *Slovní sociální práce*. Praha. 2003.
- Matoušek, O., Kodymová, P., Koláčková, J. a kol.: *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha. 2005.
- Nakonečný, M. : *Základy psychologie*. Praha. 1998.
- O organizaci paliativní péče doporučení Rec (2003) 24 výboru ministrů Rady Evropy členským státům*. Cesta domů, Praha. 2004.
- Parkes, M. C., Relfová, M., Coudricková, A.: *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*. Brno. 2007.
- Paulík, K. *Psychologie lidské osobnosti*. Praha. 2010.

- Payneová, S., Seymourová, J., Inglitenová, Ch. a kol.: *Paliativní péče: Principy a praxe*. Brno. 2007.
- Přidalová, M.: Proč je moderní smrt tabu? *Sociologický časopis*. č. 3, 1998.
- Reichel, J.: Kapitoly metodologie sociálních výzkumů. Praha. 2009.
- Rush, D. M.: *Syndrom vyhoření*. Praha. 2003.
- Ross, K., E.: *Odpovědi na otázky o smrti a umírání etický manuál pro mediky, lékaře a sestry*. Praha. 1995.
- Skopalová, J.: O smrti a umírání. *Sociální práce / Sociálna práca*. č. 2, 2010.
- Sláma, O., Špinko, Š.: *Koncept a paliativní péče v ČR*. Praha. 2004.
- Strauss, A., Corbinová J.: *Základy kvalitativního výzkumu : postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Boskovice. 1999.
- Svatošová, M.: *Hospic slovem a obrazem*. Praha. 1998.
- Svatošová, M.: Sociální práce s lidmi umírajícími v hospici. In Matoušek, O., Kodymová, P., Koláčková, J. a kol.: *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha. 2005.
- Špatenková, N.: *Poradenství pro pozůstalé*. Praha. 2008.
- Špidlík, T.: *Vatikánské promluvy s humorem*. Olomouc. 2010.
- Vávrová, S., Polepilová, R.: Výzkumné šetření o vzdělávání studentů pomáhajících profesí v oblasti thanatologie. *Sociální práce / Sociálna práca*. č. 2, 2010.
- Hospice.cz. O důstojném životě terminálně nemocných* [online]. [cit. 5.10.2010].
Dostupné na World Wide Web: <http://www.hospice.cz/hospice1/hospic.html> a
<http://www.hospice.cz/hospice1/paliativ.html>
- Umírání. Běžné reakce dospělých na zármutek* [online]. [cit. 19.10.2010].
Dostupné na World Wide Web: <http://www.umirani.cz/bezne-reakce-dospelych-na-zarmutek.html>

Anotace

Bakalářská práce se zabývá postojem pomáhajících pracovníků ve vybraném hospicovém zařízení ke smrti a jejich způsobem zvládnání stresu z všudypřítomné smrti. Text práce je rozdělen do tří dílčích celků. V teoretické části se věnuji faktorům majícím vliv na vytvoření postoje ke smrti, vysvětluji poslání paliativní péče a konečně zaměřuji pozornost na hospice, jedno z míst, kde k paliativní péči dochází. Soustředím se především na pomáhající pracovníky hospice a na specifika jejich práce, mezi která nepochybně patří častý kontakt s umírajícími a se smrtí a z toho vyplývající větší nároky na zvládnání stresu. Metodologickou částí připravuji půdu pro výzkum, který je zpracován pomocí kvalitativní metody. Výsledky uvedeného výzkumu jsou prezentovány a analyzovány v empirické části.

Rozsah slov: 17 805

Annotation

The present bachelor thesis deals with the topic of people working with the terminally ill patients, their approach to death and their ways to manage higher levels of resultant stress. The text of the study is based on research performed in a chosen hospice and it is divided into three units. The theoretical part concentrates on factors influencing the approach to death, explains palliative care's mission and focuses on specificity of the work in hospice surroundings, including a frequent contact with the dying and essential requirements for managing stress. The methodological part prepares the ground for research on the basis of a qualitative method. The results of the research are presented and analysed in the empirical part.

Rejstřík jmenný

Ajzen 7
Ariès 9, 10
Atkinson 23, 25
Bartko 25
Becher 11
Blauner 11
Corbinová 29
Coudricková 5, 9, 11, 17, 18, 19, 20
Disman 29
Doka 20
Fishbein 7
Fisherová 17
Folkmanová 23
Frankl 27
Hartl 7, 15
Hartlová 15
Harvington 11
Haškovcová 8, 10, 11, 13, 17, 18, 20, 22
Hawkins 21, 26
Hayesová 7
Inglitenová 10, 18, 22, 23, 24, 25, 27
Janke 24
Jankovský 5, 11, 15, 22, 27
John 24
Kadushin 26
Kalvach 12
Kebza 26
Kohoutek 7, 8
Kopřiva 15
Kubičková 9, 10, 19, 20, 21, 45
Kühlinger 24
Lazarus 23, 25
Ležaková 16
Lukasová 27
Marková 8, 9, 10
Matochová 9, 12, 14
Matoušek 13, 15
McNamarová 27, 34
Miles 9
Nakonečný 24, 25, 26
Parkes 5, 9, 11, 17, 18, 19, 20, 40
Paulík 22
Payneová 10, 17, 18, 22, 23, 24, 25, 27, 53
Polepilová 19
Přidalová 8, 9, 10, 11, 53
Reichel 29
Relfová 5, 9, 11, 17, 18, 19, 20
Rush 22
Seymourová 10, 17, 18, 22, 23, 24, 25, 27, 53
Shoet 21
Skopalová 10, 11
Sláma 9, 12, 14, 18
Strauss 29
Svatošová 13, 14, 18, 21
Špatenková 8, 26
Špidlík 9
Špinka 12, 14, 18
Vachonová 22
Vávrová 19
Walter 11
Yalom 8

Rejstřík věcný

- Coping 25, 26
Detabuizace 11
Dobrovolníci 16
Dystanázie 13, 38
Emoce 7, 9, 19, 20, 25, 31, 40, 41, 42,
Hospic 13, 19, 34, 35, 36, 37
Hospicové hnutí 13
Lékař 16
Pacient 13
Paliativní péče 6, 12, 13, 14, 17, 25, 27,
28, 34
Pastorační asistent 16
Pomáhající pracovník 15
Postoj 7
Postoj ke smrti 8, 9
Smrt 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 20, 23, 24,
27, 28, 30, 33, 35, 36, 37, 39, 43, 44
Sociální pracovník 15, 16
Strach ze smrti 8, 36, 37, 41
Stres 7, 12, 23, 24, 28, 31, 42, 43
Stresory 24
Supervize 22, 25, 26, 45
Syndrom vyhoření 22
Tabuizace smrti 11, 13
Thanatologie 10
Tyranie přívětivosti 18, 19, 46
Umírající 8, 9, 14, 17, 19, 31, 39, 41
Umírání 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 18, 19,
33, 35, 36, 37, 43, 44
Víra 10, 45
Zvládání stresu 25

