

Význam edukace při doprovázení umírajících

Eva Šimková

Bakalářská práce
2015/2016



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2015/2016

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Eva Šimková**
Osobní číslo: **H13211**
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Význam edukace při doprovázení umírajících**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti thanatologie, gerontologie a vývojové etapy stáří.

Příprava metodiky empirické části, zpracování projektu výzkumu a stanovení výzkumného problému.

Realizace kvalitativního výzkumu formou rozhovorů s vybranými respondenty.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

FUNK, Karel. Provázení stářím a umíráním, aneb, O prolínání obou světů. Vyd. 1. Praha: Malvern, 2014, 319 s. Adam a Eva. ISBN 978-80-87580-70-7.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. Thanatologie: nauka o umírání a smrti. 1. vyd. Praha: Galén, 2000, 191 s. ISBN 80-7262-034-7.

ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Vyd. 2. Praha: Portál, 2014, 377 s. ISBN 978-80-262-0644-6.

VÁGNEROVÁ, Marie. Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2007, 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.

VÁVROVÁ, Soňa. Doprovázení v pomáhajících profesích. Vyd. 1. Praha: Portál, 2012, 159 s. ISBN 978-80-262-0087-1.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Renata Polepilová**

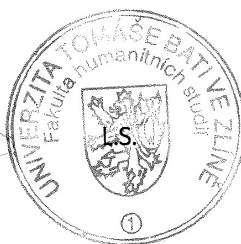
Centrum výzkumu FHS

Datum zadání bakalářské práce: **6. ledna 2016**

Termín odevzdání bakalářské práce: **27. dubna 2016**

Ve Zlíně dne 6. ledna 2016


doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 6.1.2016

.....


1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevdělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zaměřuje na oblast thanatologie, konkrétně na potřebu a význam edukace v této oblasti z pohledu přímých účastníků procesu umírání. Přímými účastníky jsou myšleni samotní umírající, jejich rodinní příslušníci a profesionálové péči o umírající zajišťující. Naše práce je především zaměřena na rodinné příslušníky a blízké umírajících. Thanatologie je celospolečensky opomíjená vědní disciplína, protože jejím předmětem výzkumu je životní etapa považovaná za nejméně příjemnou. Je ovšem nedílnou součástí lidského života a i na přístupu k ní a dostatečné informovanosti záleží, jak bude umírajícími i jejich blízkými prožívána.

Teoretická část bakalářské práce se zabývá thanatologií jako vědním oborem. Vymezuje základní pojmy a objasňuje její vznik a vývoj v historických souvislostech.

Dále se práce zabývá stářím jako životním obdobím, se kterým thanatologie nejvíce souvisí. Nabízí popis stáří, jako závěrečné životní etapy z hlediska vývojové psychologie. Hledá souvislosti s touto životní etapou a možností edukace v oblasti thanatologie. Na základě vymezení teoretických východisek předkládá práce empirický kvalitativní výzkum. Cílem výzkumu je zjištění, zda zúčastnění procesu umírání pociťují absenci edukace v oblasti thanatologie, zda by ocenili teoretickou přípravu.

Klíčová slova:

Thanatologie, edukace, stáří, smrt, umírání, životní krize, rodina

ABSTRACT

This bachelor thesis is focused on the thanatology. It is specific for the need and meaning of education in this area from the view of the dying people, their relatives or the nursing staff. Our work is especially focused on the relatives of the dying. Thanatology is not very socially accepted science because its subject of research is decided to be the less pleasant life period. However, it's inseparable part of live. It has significant influence on the perception of the process of dying from the perspective of dying and their loved ones.

Theoretical part deals with thanatology as a science. It defines basic terms and clarifies its formation and evolution in historical coherency.

This bachelor thesis further addresses with age as a period of live which is the most associated to this science. It also describes age from the psychological point of view and strives to find continuity between this live period and thanatology. It offers quality empirical research which goal is to discover if dying would appreciate previous theoretical preliminary.

KEY WORDS

Thanatology, education, age, death, dying, life crisis, family

Motto:

„Život měříme příliš jednostranně; podle jeho délky a ne podle jeho velikosti. Myslíme víc na to, jak život prodloužit, než na to, jak ho opravdu naplnit. Mnoho lidí se bojí smrti, ale nedělají si nic z toho, že sami a mnoho jiných žijí jen položivotem, bez obsahu, bez lásky, bez radosti.“

Tomáš Garrigue Masaryk

Poděkování:

Děkuji všem blízkým a přátelům za velkou podporu...

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	11
I TEORETICKÁ ČÁST	13
1 THANATOLOGIE	14
1.1 THANATOLOGIE A ZÁKLADNÍ POJMSLOVÍ	14
Smrt – vymezení pojmu.....	14
Umírání – vymezení pojmu	15
Hospicová péče – vymezení pojmu	15
Paliativní péče – vymezení pojmu.....	15
Dystanázie, eutanazie – vymezení pojmu.....	16
Bolest – vymezení pojmu	16
1.2 THANATOLOGIE V HISTORICKÝCH SOUVISLOSTECH	16
1.3 HOSPICOVÁ PÉČE.....	19
1.3.1 Ambulantní hospice a hospicová služba	20
1.3.2 Lůžkové hospice.....	21
1.3.3 Hospicový stacionář	21
2 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ	22
2.1 VYMEZENÍ POJMU STÁŘÍ Z POHLEDU PSYCHOLOGIE.....	22
2.2 STÁŘÍ A UMÍRÁNÍ.....	28
2.3 DOPROVÁZENÍ UMÍRAJÍCÍHO.....	28
3 EDUKACE V THANATOLOGII	30
3.1 VÝZNAM RODINY V PROCESU UMÍRÁNÍ	30
3.2 CÍLE EDUKACE V OBLASTI THANATOLOGIE	31
3.3 ŠKOLENÍ DOBROVOLNÍKŮ	32
3.4 SKUPINOVÁ PRÁCE JAKO POMOC PEČUJÍCÍM	33
II PRAKTICKÁ ČÁST	34
4 METODOLOGIE VÝZKUMU	35
4.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM A VÝZKUMNÉ CÍLE.....	35
4.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	36
4.3 STRATEGIE VÝZKUMU	36
4.4 TECHNIKA SBĚRU DAT A METODY ANALÝZY DAT.....	36
4.5 POPIS ZKOUMANÉHO VZORKU.....	37
4.6 OTÁZKY K ROZHOVORŮM.....	38
5 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	44
5.1 VÝZKUMNÉ OTÁZKY - ODPOVĚDI PARTICIPANTŮ	45
5.2 HLAVNÍ A DÍLČÍ CÍLE VÝZKUMU – ZHODNOCENÍ	46
ZÁVĚR	48

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	49
SEZNAM TABULEK.....	51
SEZNAM PŘÍLOH.....	52

ÚVOD

V bakalářské práci jsme se rozhodli zpracovat problematiku thanatologie, konkrétně potřeby informovanosti v této oblasti, edukace, její míru, formu a zaměření. Orientovali jsme se na přímé účastníky procesu umírání, rodinné příslušníky a blízké osoby, kteří doprovázeli umírající až do jejich posledních chvil života. Umírání se může týkat jakékoliv věkové skupiny, ale vzhledem k tomu, že nejpočetnější skupinou jsou senioři, zaměřili jsme se v naší práci právě na tuto skupinu.

Thanatologie je věda o smrti a umírání. Jde o vědní disciplínu na okraji zájmu, přestože je přirozenou součástí lidského života. Umírání je v současnosti silně tabuizováno. Vzhledem ke zvyšujícímu se věku dožití a rostoucímu počtu seniorů v dnešní populaci je ale tématem stále více aktuálním.

Od dřívějšího přístupu, kdy umírající prožil konec svého života v domácím prostředí se svými nejbližšími, se v posledních desetiletích přešlo k institucionalizaci. Umírání probíhá především v nemocnicích, domovech seniorů, hospicích a dalších podobných zařízeních. Vše je provázeno neosobním přístupem způsobeným nedostatečným personálním zajištěním v těchto zařízeních. To způsobuje traumatizující zážitky pro umírající i jejich rodiny. Dříve se koloběhu života a všeho s ním souvisejícím účastnili přirozeně všichni členové rodiny. Každý byl s procesem umírání seznámen, srozuměn a považoval jej za smutnou, ale přirozenou životní událost. Dnešní společnost je především zaměřena na kult mládí, zdraví a dokonalosti. Rodiny jsou umíráním a smrtí zaskočeny, neví si s nimi rady. Řeší dilema, zda vyjít vstříc stále častějším přáním umírajících odejít v klidu domova, nebo zvolit pohodlnější cestu. Přirozeně většina umírajících by upřednostnila odejít z tohoto světa v domácím prostředí, v blízkosti svých nejbližších.

Je to cesta velmi náročná jak po psychické, tak i po fyzické stránce. Většina rodin netuší, co očekávat, jak dlouho vše bude trvat a co vše je potřeba připravit. Proto jsme se v naší práci zaměřili na zjištění potřeby informovanosti rodin v této oblasti, na jejich představu o způsobu, obsahu a realizaci přípravy. Příprava a edukace v této oblasti by ale neměla být soustředěna pouze na seznámení s materiálními a zdravotnickými potřebami. Měla by se zaměřit i na psychiku, prožívání a usnadnění prožitku pro všechny tak těžkého a významného. Cílem by mělo být dosažení smíření se s celou situací a její přijetí. Namísto plýtvání energií na hledání viníků a sebelítosti je potřeba se plně zaměřit na maximální možnou kvalitu konce života, a to jak fyzickou, tak i psychickou.

Jako problém v této oblasti vidíme možnou neochotu přijetí reality. „Strkání hlavy do písku“ a neochotu se edukaci vůbec věnovat. Proto bude velmi důležité přesvědčit zúčastněné o významu a přirozenosti tohoto vzdělávání, stejně jako je to třeba u přípravy k porodu a rodičovství.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 THANATOLOGIE

Thanatologie je vědní disciplína zabývající se smrtí a umíráním. Jde o vědu interdisciplinární, věnují se jí nejen lékaři a zdravotníci, ale i psychologové, sociologové, biologové či teologové. Thanatologie souhrnně označuje znalosti a dovednosti související s problematikou smrti a umírání. Název této vědy je odvozen od jména Thanatos, které se objevuje v řeckém bájesloví jako jméno boha smrti a smrtelného spánku. (Haškovcová, 2007, str. 17)

1.1 Thanatologie a základní pojmosloví

Thanatologie je obor opomíjený a veřejnosti příliš neprezentovaný. Smrt, přestože je přirozenou součástí života, byla odsunuta do pozadí zájmu. Společnost zaměřená především na mládí, krásu, výkon a vitalitu, se tomuto tématu vyhýbá. Přitom každý člověk se s touto životní etapou setká, nikdo jí není ušetřen. Současná medicína je zaměřena na výhry a smrt je považována za prohru, nikoli za přirozenou součást lidského bytí. Hlavními tématy, kterými se thanatologie zabývá, jsou smrt a umírání, hospicová péče, paliativní péče, distanzace, eutanazie a právo na smrt, bolest, důstojné umírání, domácí model umírání, institucionální model umírání, péče o pečující a další.

Smrt – vymezení pojmu

Smrt je zánik živého organismu. Patří nedílně k člověku jako ukončení jeho života. Jde o jedinou jistotu, před kterou není vyhnoutí. Vyvolává v nás strach a obavy. Týká se každého z nás, ale nejvíce se s ní setkají a zajímají se o ni zdravotníci.

Klinickou smrtí se označuje smrt, při níž dochází k zástavě dechu a činnosti srdce. Tyto funkce lze okamžitou resuscitací v některých případech obnovit.

Za konečnou smrt je podle Světové zdravotnické organizace od roku 1968 považována biologická smrt mozku. Mozková smrt je stanovena tehdy, kdy EEG ukazuje, že nejdůležitější části mozku již nejsou funkční. V případě nemožnosti vyšetření na přístroji jsou známky smrti rozděleny na jisté a nejisté. Mezi nejisté patří zástava dýchání, činnosti srdce, nevybavování zornicového reflexu. Jisté známky smrti tvoří změny, jež mění tělo a jsou nazývány posmrtnými změnami. Patří k nim např. posmrtná bledost, posmrtné chladnutí těla, posmrtné skvrny, posmrtné tuhnutí těla atd.

Dříve (na rozdíl od doby dnešní) byla tematika smrti obvyklá, byla centrem života, umíralo se častěji než dnes a téma smrti bylo v rodinách běžné. (Kelnarová, 2007, str. 12, 13)

Umírání – vymezení pojmu

Před smrtí probíhá proces, který má různou podobu a délku, rozdílný způsob prožívání a nevyhnutelně spěje k ukončení života. Tohoto procesu se účastní nejen umírající, ale i jeho nejbližší okolí. Umírající se musí vyrovnat nejen s často velmi nepříjemnými doprovodnými jevy tohoto procesu, ale i se skutečností, že jeho síly jsou u konce a život je završen.

Podle rychlosti průběhu tohoto procesu rozlišujeme rychlou smrt a pomalé umírání. Příkladem rychlé smrti může být smrt v důsledku úrazu či autonehody. Bývá provázena překvapením až šokem. Naopak pomalé umírání může znamenat dlouho trvající bolest a utrpení umírajícího spojené s problémy jeho blízkých. Současně však přináší možnost připravit se na odchod v klidu a prověřit trpělivost, lásku a obětavost. ((Kelnarová, 2007, str. 10, 11)

Hospicová péče – vymezení pojmu

Jde o ošetrovatelskou péči o pacienta s terminálním onemocněním, kterou poskytují specializovaná zařízení označovaná jako hospic. Nejde již o léčbu, ale laskavou péči, tišení bolesti a doprovázení umírajícího a jeho nejbližších. (Kelnarová, 2007, str. 50)

Paliativní péče – vymezení pojmu

Paliativní přístup znamená souhrn základních vědomostí a dovedností, které využívají zdravotníci, starající se o nemocné v terminálním stadiu onemocnění. Spočívá ve schopnosti rozlišit fyzické a psychické příznaky, zajistit jejich řešení, schopnost porozumět tomu, co umírající a jeho rodina prožívá.

Specializovanou paliativní péči poskytují zdravotníci, kteří jsou proškoleni a mají zkušenosti v péči o umírající. Bývají poradci nemocných i jejich blízkých a mohou poskytovat odbornou ošetrovatelskou pomoc. Nejdůležitější je léčba bolesti a psychologická, sociální a duchovní pomoc v procesu umírání. Pacient trpí depresemi, úzkostmi, strachem a beznadějí, proto má velký význam i vzájemné dorozumívání a verbální i neverbální komunikace mezi ošetrujícími a nemocným v terminálním stadiu. (Kelnarová, 2007, str. 46 - 48)

Dystanázie, eutanazie – vymezení pojmu

Dystanázie – stav, kdy je jasné, že smrt člověka je neodvratná, přesto je ale stále oddalována. Jde o tzv. zadržanou smrt. Díky rozvoji medicíny, zejména po konci 2. světové války, dochází k prodloužení délky života. Smrt se odsouvá a zemřít je považováno vlastně vždy za předčasné a nevhodné. (Haškovcová, 2007, str. 33)

Eutanazie – ukončení utrpení nebo umírání při beznadějně prognóze pacienta – cílené usmrcení. V České republice je zakázaná. Pasivní eutanazie – jde o nenasazení léčby prodlužující život, když nemoc jednoznačně směřuje ke smrti. (Student a kol., 2006, str. 82, 83)

Bolest – vymezení pojmu

„Bolest je komplexní fenomén, který má jak kognitivní, tak emocionální složku. Jde o velmi nepříjemný subjektivní pocit, který prožívá člověk individuálně.“ (Mikšová a kol, 2006)

Celková bolest prožívaná v souvislosti s paliativní péčí se skládá:

- z bolesti fyzické – lze ji definovat i rozpoznat lépe, než složky ostatní,
- z bolesti sociální – je spojena s utrpením spojeným s tušením ztráty a s odloučením od rodiny a přátel,
- z bolesti emoční – zahrnuje komplex pocitů jako duševní otřes, otupělost, hněv, smutek, úzkosti, deprese,
- z bolesti spirituální – utrpení spojené s pocitem ztráty nejhlubšího já, strachu z neznáma a ztráty smyslu. (Munzarová a kol., 2008, str. 12)

Zdravotnický personál musí naprosto akceptovat bolest umírajícího a jejím zmírňováním se musí snažit, aby se nemocný cítil co nejlépe. (Kelnarová, 2007, str. 59)

1.2 Thanatologie v historických souvislostech

„Každému, kdo se zrodí, je do vínku dána také smrt. Život člověka je podmíněn smrtí a smrt je podmínkou života. Každý živý tvor je podřízen biologickým zákonitostem, ze kterých se nelze vymanit, které nelze popřít a nad kterými nelze zvítězit. Jediné, co může

člověk udělat, je, že bude respektovat svoji konečnost, a z tohoto prostého faktu vyvodí také závěry pro svůj konkrétní život.“ (Haškovcová, 2007, str. 23)

Smrt a umírání je přirozenou součástí života. Tak jako bez zrození, tak i bez umírání by život nebyl možný. V průběhu historie lidstva se pohled na umírání a přístup k němu měnil. Dříve se lidé dožívali nízkého věku, dětské a kojenecké úmrtí bylo velmi časté. Pozemský život byl často velmi těžký, smrt byla častou a běžnou součástí života. Lidé věřili, že nic horšího, než život, je už nemůže potkat. Proto i na umírání často hleděli jako na vykoupení a cestu ke klidu. Rituál umírání nebrali jako konec, ale přechod k něčemu novému, lepšímu. Neexistovala zařízení, kde by lidé umírali. Ukončení života probíhalo doma za účasti těch nejbližších. Důležitou pomocí v procesu umírání byl, a i v současnosti je, křesťanský přístup. Obřady a rituály dávají umírajícím i jejich blízkým možnost zklidnění a zakotvení ve vypjatých emocionálních situacích. (Haškovcová, 2007, str. 23, 24)

Historicky významná je v této oblasti také změna vztahu mezi lékařem a pacientem. Dříve šlo o vztah osobní, lékaři znali svou moc i své často omezené možnosti. Proto jejich práce nebyla výhradně zaměřena na vyléčení pacienta, ale tam, kde již viděli, že jejich moc končí, nastupovala péče o umírajícího. V tomto případě již šlo především o ohleduplnost, laskavost a zmírnění utrpení. Naopak dnes se moderní medicína snaží o zachování života za každou cenu. Mnohdy jde již jen o fungování základních tělesných funkcí, ale kvalita života je téměř nulová. (Haškovcová, 2007, str. 19, 20)

Ovšem idylické umírání, jak ho známe z literatury, nebylo v té době samozřejmostí. Ne vždy byly rodinné vztahy v pořádku, mnoho umírajících rodinu vůbec nemělo. Problémem byla i možnost docházení lékaře do rodiny. Lékařů byl nedostatek a mnoho rodin nemělo dostatek peněz na zaplacení lékařského ošetření. Tam, kde ale byly alespoň omezené možnosti, probíhalo umírání za útěšné přítomnosti rodinných příslušníků, kteří si péči o umírajícího rozdělili. Velkou psychickou pomocí byl nápomocen i kněz a často i sousedé a známí. Umírající znal svou roli a tam, kde byly odborné prostředky omezené, byla péče nahrazena laskavostí a vlídností. (Haškovcová, 2007, str. 27)

V přístupu k umírajícím byl historicky významný přechod od domácího modelu umírání k modelu institucionálnímu. Domácí přístup byl dříve naprosto běžný, každý s ním byl seznámen a se smrtí smířen. Byl provázen zaběhanými rituály a obřady, které dávaly umírání řád a vytvářely z něj tak přirozenou součást života. Postupně se však začal vyvíjet model umírání institucionálního. Pacienti, mezi kterými byli i umírající, byli umístováni do

chudobinců, chorobinců a špitálů. Umírajícím nebyla v počátcích poskytnuta žádná speciální péče, pouze byli odděleni plentami. Později byly pro umírající vyhrazeny samostatné pokoje. Tento přístup měl však špatný vliv na psychiku pacientů, protože převoz na tento pokoj byl chápán jako poslední etapa bez šance na naději. To traumatizovalo jak umírající, tak těžce nemocné pacienty. Rodina byla z účasti na umírání téměř vyloučena, protože nemocniční přístup vyžadoval klid, a návštěvy byly povoleny pouze dva dny v týdnu. Tak umírající odcházeli ze světa v osamění bez možnosti být se svými blízkými. (Haškovcová, 2007, str. 29, 30)

Historie ošetřovatelství je spojena se jménem anglické ošetřovatelky Florence Nightingalové, autorky *Knihy o ošetřovatelství*, která v češtině vyšla v roce 1874. Významné je také otevření první zdravotnické školy na území Rakouska-Uherska, České ošetřovatelské školy, ve stejném roce. (Haškovcová, 2007, str. 29, 30)

V poslední době se s vyvinutím nových účinných léků a léčebných postupů stala problémem i tzv. **dystanázie** neboli zadržovaná smrt. Jde o přístup, kdy se udržuje život za každou cenu. Nerespektuje se přirozený čas pro ukončení života. (Haškovcová, 2007, str. 30, 31)

Léčba a prodloužení života je velkým úspěchem, a to především v oblasti infekčních onemocnění, nádorových onemocnění a transplantací orgánů. Nesmí jít ale o udržování života tam, kde již život nemá svou hodnotu. (Haškovcová, 2007, str. 30, 31)

„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. Poprvé tehdy, když nejsou včas a náležitě zohledněny potřeby člověka, který právě vstoupil do procesu umírání. Druhé zrady se v dobrém úmyslu dopouštějí zdravotníci tím, že bývají hyperaktivní. Oni jsou totiž bez ohledu na profesní kategorii školení na vítězný boj s nemocí. Stále intervenují ve prospěch života, který nezadržitelně odchází, a tvrdošjně se snaží zvrátit neblahý stav věcí. Používají všech metod a technik, které ještě mají k dispozici, a prakticky nenechají člověka v klidu zemřít.“ (Haškovcová, 2007, str. 32)

Optimálním přístupem k umírajícím je **paliativní medicína**. Jde o tzv. útěšnou medicínu, která nabízí pomoc umírajícím i jejich blízkým. Jde o léčbu ve chvíli, kdy již na nemoc nestačí kurativní léčba. V tuto chvíli je nejdůležitější tišení bolesti, léčba doprovodných symptomů a pomoc s řešením psychologických, sociálních a duchovních problémů. Cílem

paliativní medicíny je do posledních chvil zachování co největší kvality života nemocného i jeho rodiny.

Paliativní péče:

- podporuje život a považuje umírání za normální proces,
- neurychluje ani neoddaluje smrt,
- poskytuje úlevu od bolesti a jiných symptomů,
- začleňuje do péče psychické a duchovní aspekty,
- vytváří podpůrný systém k zajištění co nejaktivnějšího života až do smrti,
- pomáhá rodině vyrovnat se s pacientovu nemocí a zármutkem po jeho smrti.

Paliativní medicína jako obor se postupně vyvíjí. V České republice byla při Společnosti pro výzkum léčby bolesti České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně založena Sekce paliativní medicíny. Jednou ročně probíhá Brněnský den paliativní medicíny. Principy paliativní péče jsou zařazeny do výuky zdravotnických škol i lékařských fakult. (Haškovcová, 2007, str. 34, 35)

V praktické rovině paliativní medicínu nabízejí speciální zařízení – **hospice**.

Jde o anglický výraz pro útulek či útočiště. Původně byl používán ve středověku pro tzv. domy odpočinku určené pro unavené poutníky. Nabízely nejen nocleh, ale i služby ranhojiče. V tomto smyslu později zanikly a navrátilo se k nim až 18. století, kdy byla v Dublinu zřízena zvláštní nemocnice pro umírající nazvaná Hospic. Rozvoj dalších specializovaných zařízení pro umírající nastal ovšem až ve století dvacátém, především po druhé světové válce. (Haškovcová, 2007, str. 39).

1.3 Hospicová péče

V České republice jsou hospice spojeny se jménem lékařky **Marie Svatošové** a jejich rozvoj začal v roce 1993. Marie Svatošová je také zakladatelkou občanského sdružení pro podporu domácí péče a hospicového hnutí **Ecce homo**. (Haškovcová, 2007, str. 42)

Zastřešující organizací pro paliativní a hospicovou péči je Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, založená v roce 2005. Významné je v této oblasti také Národní centrum domácí péče České republiky v Praze a Centrum pro léčení a výzkum bolestivých sta-

vů ve Fakultní nemocnici v Praze Motole. Den 8. října 2005 byl poprvé vyhlášen Dnem pro hospice.

Hospicová péče je rozdělena na péči v lůžkovém zařízení, v denním stacionáři a v domácím prostředí pacientů.

Do hospicové péče je zapojována i rodina umírajícího. V případě příznivého vývoje a zlepšení stavu pacienta je nahrazována **péčí kurativní**. V opačném případě nastupuje **péče terminální**, která je již službou poslední. Pobyt v hospicových zařízeních bývá kombinován s pobytem v domácím prostředí, vše s přihlédnutím k aktuálnímu zdravotnímu stavu nemocného. Hospicové služby nabízejí zajištění důstojného, kvalitního a po zdravotní stránce maximálně komfortního závěru života umírajících. Součástí je respektování přání a potřeb pacientů. (Haškovcová, 2007, str. 42).

1.3.1 Ambulantní hospice a hospicová služba

Hlavním cílem hospicové péče je umožnit umírajícím dožít život v domácím prostředí. Pouze pokud to nejde, přichází na řadu péče v lůžkovém hospici. Těžištěm hospicové služby je tedy ambulantní sféra. Jde o službu, která nabízí kompletní péči doma. Jde o 24hodinovou pohotovostní službu, kdy celý tým profesionálů i dobrovolníků musí být vybaven znalostmi, zkušenostmi a možnostmi především pro léčbu bolesti a kontrolu symptomů. Pro pečující rodinu nabízí odreagování a úlevu. Součástí je i psychosociální péče. (Student a kol., 2006, str. 93-95)

První specializovaná mobilní jednotka byla u nás založena v roce 2001. Šlo o iniciativu Hospicového občanského sdružení Cesta domů v Praze. V počátcích šlo o poradnu domácí hospicové péče, na tu navázal Domácí hospic. Od roku 2005 je Cesta domů Ministerstvem zdravotnictví ČR zařazena mezi nestátní zdravotnická zařízení. Název Cesta domů má dvojí význam. Jednak návrat k Bohu a také ve smyslu informace o tom, že péče o umírající je směřována do domácího prostředí. Hlavním úkolem je zajistit domácí péči o umírající na území Prahy. Služba je spojena i s dalšími aktivitami, jako:

- telefonická poradna
- půjčovna speciálních pomůcek
- klub Podvečer
- veřejná specializovaná knihovna,

- ediční a edukační činnost
- webový a informačně-poradenský portál www.umirani.cz.

(Haškovcová, 2007, str. 66, 67)

1.3.2 Lůžkové hospice

Pro širokou veřejnost je synonymem paliativní péče lůžkový hospic. Prvním hospicem u nás je Hospic Anežky České v Červeném Kostelci. Ten následovala řada hospiců dalších (v Praze, Plzni, Litoměřicích, Rajhradě, Brně, Olomouci atd.) (Student a kol., 2006, str. 8)

Hospicové lůžkové zařízení nabízí poměrně malou lůžkovou část – obvykle do 25 lůžek. Nachází se zde i vzdělávací centrum s poradnou. Prostředí je příjemné a více než nemocnici připomíná domov. Je zcela přizpůsobeno potřebám umírajících. Pacienti mají volnost, oblékají se do civilních šatů a zapojují do života v hospici. Denní hygiena je také uzpůsobena přáním a potřebám nemocných. I dobu jídla si pacienti určují dle svých potřeb. K dispozici je i zahrada umožňující pobyt v přírodě. Návštěvy jsou umožněny neomezeně, možná je i trvalá přítomnost jednoho z příbuzných. Velká pozornost je věnována paliativní péči, proto jsou zde k dispozici pomůcky, které v jiných zdravotnických zařízeních nenajdeme. Jsou zde přijímáni nemocní, kteří potřebují intenzivní paliativní péči, ale hospitalizace v nemocnici není nutná a péče v domácím prostředí již není zvládnutelná. (Haškovcová, 2007, str. 49)

1.3.3 Hospicový stacionář

Péče stacionáře nabízí oddálení umístění pacienta v lůžkovém hospici a nabízí možnost pobývat v domácím prostředí. Péče je omezena na několik hodin denně, obvykle je pacient přijat v ranních hodinách a odchází odpoledne. Doprava je zajišťována rodinou. (Haškovcová, 2007, str. 58)

2 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ

Proces umírání a vše s ním související je spojeno především s lidmi ve vyšším věku a starými, jako zákonité ukončení jejich životní cesty. Jde o přirozenou součást života, která je nevyhnutelná pro každého člověka. Proto se v této kapitole zaměřujeme na věkovou skupinu, které se zkoumané téma nejvíce týká.

2.1 Vymezení pojmu stáří z pohledu psychologie

Stáří je z hlediska vývojové psychologie poslední etapou lidského života. Dělí se na dvě části – období **raného stáří** a tzv. **pravé stáří**.

Tato životní etapa je náročná a komplikovaná sama o sobě. Navíc ji stěžuje současný postoj společnosti ke stáří a starým lidem, který je spíše negativní. Stáří je chápáno jako období, kdy již člověk chátrá, ztrácí své schopnosti. Jeho zkušenosti v rychlém vývoji společnosti a techniky nemají význam. Pro společnost přestává být přínosem, je chápán spíše jako přítěž. Hodnoty společnosti, které velkou mírou podporují i média, jsou postaveny na výkonu, vzhledu, mládí a svěžesti. Do toho všeho starý člověk nezapadá a jeho hodnota je chápána jako nízká a projevuje se odmítáním a někdy až odporem ke starým lidem. Takové názory prosazuje tzv. **ageismus**. Tento postoj bohužel generalizuje, nerozlišuje a za méněcenné považuje všechny staré lidi bez ohledu na jejich individualitu. (Vágnerová, 2007, str. 308)

Rané stáří (60 – 75 let)

Stáří je etapou života označovanou jako post vývojová. Člověk začíná bilancovat, získává životní moudrost a nadhled, ale současně dochází k úbytku sil a k fyzickým změnám, které pomalu směřují ke konci lidského života. V období raného stáří jsou tyto změny však ještě poměrně málo výrazné a zůstává zachována přijatelná kvalita života.

Hlavním úkolem v raném stáří je smíření se s nástupem této životní etapy, její přijetí a adaptace na ni. Člověk musí přestat usilovat o zachování mládí za každou cenu a naopak respektovat všechna specifika stáří, a to jak v oblasti tělesných změn, tak i v oblasti psychické. Důležité je najít smysl života, který má starý člověk ještě před sebou. Většinou jde o to, že pod vlivem vědomí své konečnosti dochází ke snaze využít zbývající čas co nejlépe. Řešit a zaměřovat se na to, co je skutečně významné, radovat se z toho, co funguje a je v pořádku, a přijmout to, co nelze změnit.

Podle E. Eriksona (1963) je z hlediska psychologických teorií hlavním úkolem období stáří přijetí svého života a pochopení jeho smyslu, **dosazení integrity**. Starý člověk potřebuje nahlížet na svůj život pozitivně a s uspokojením. Musí jej chápat jako završený a naplněný. Musí se srovnat se svými činy, úspěchy i neúspěchy, přijmout sebe takového, jaký je. Být k sobě upřímný. Potom je také schopen smířit se s koncem svého života. Důležitý je pocit smysluplného využití životních možností. Smysl starý člověk již nenachází v pokračování své existence, ale v pokračování svého díla prostřednictvím následujících generací – dětí, vnoučat, pravnoučat. Svůj život je schopen vidět z nadhledu a jako součást většího celku, jako díl v mozaice. Důležité je také přijetí reality, kompromisu, který je jiný, než byly původní představy a ideály. (Vágnerová Marie, 2007, str. 299,300)

V období stáří dochází k pocitu ztráty užitečnosti a potřebnosti. To vede ke sníženému sebevědomí. Proto v tomto období často směřování a aktivity míří k tomu, aby byl člověk někomu prospěšný a užitečný, nejčastěji svým rodinným příslušníkům. Staří se snaží pomáhat mladým, nebo naopak, pokud jsou ještě schopní, nacházejí smysl svého života v péči o někoho blízkého nemohoucího.

Ztráta dosavadních schopností a kompetencí je významným faktorem zhoršování pocitu kvality života. Proto je důležité kladení důrazu na kompetence, které zůstaly zachovány, a podporování soběstačnosti tam, kde to jen trochu jde.

Velký význam v tomto životním období má i skupina lidí, ke které starý člověk patří. Rodina, blízcí přátelé, příp. jiná společenství dávají člověku pocit jistoty a sounáležitosti. V této životní etapě je člověk velmi citlivý na projevy nepřízně, přízně či pospolitosti.

Dalším faktorem přispívajícím k pocitu jistoty je teritorium starého člověka. Potřebuje žít v prostředí, které je pro něj známé, a ke kterému má vytvořeno citové pouto. Vzhledem ke snižujícím se schopnostem je náročné přivykání jakýmkoliv změnám v této oblasti.

Spokojenost či nespokojenost s těmito okolnostmi mají velký vliv na zdravotní stav starého člověka. Např. po umístění do některého ze zařízení pro seniory může dojít ke zhoršení zdravotního stavu, v lepším případě dočasnému. Může však dojít i k situaci, že starý člověk tuto životní změnu vůbec nezvládne, ztrácí smysl svého života a pod vlivem okolností umírá. (Vágnerová, 2007, str. 307)

Rozlišuje se pět různých modelů přístupu ke stáří:

1. Člověk, který své stáří plně přijímá, je aktivní a optimistický.

2. Člověk, který chápe realitu svého věku, je optimistický, ale závislý na druhých, pasivní, s nízkým sebehodnocením a ambicemi.
3. Člověk, který odmítá přijmout realitu stáří. Je přehnaně aktivní a snaží se své omezující se schopnosti a soběstačnost popírat.
4. Člověk, který vidí svůj věk reálně, z toho však vyplývá negativismus a pesimismus. Je přiměřeně aktivní, ale svou vnitřní nespokojenost může projevovat agresí a nenávisť k mladým.
5. Člověk silně pesimistický, který na svůj život rezignoval, je pasivní a depresivní a od života již nic příjemného neočekává. (Vágnerová Marie, 2007, str. 447)

Tělesné změny ve stáří

Tělesné změny jsou ovlivňovány dvěma faktory:

1. **Genetické dispozice**, tedy dědičné dispozice k určitým onemocněním a odolnosti organismu. Jde o nastavení organismu, které určuje, kdy tělo stárnout začíná, jak bude stárnutí probíhat a jak dlouhý bude mít člověk život. V určité době se u člověka aktivují geny, které mají vliv na spuštění stárnutí a na jeho průběh. Předpokládá se ovšem, že vliv těchto genů je kombinován s vlivy vnějšího prostředí.
2. **Vnější faktory** – jde o faktory, které mohou genetickou dispozici zhoršit, nebo naopak popřít a zlepšit. V tomto případě má vliv např. životospráva, dostatečná pohybová aktivita v průběhu celého života, kvalita prostředí, ve kterém člověk žil, míra stresu, která na člověka působila. (Vágnerová Marie, 2007, str. 311, 312)

K hlavním tělesným změnám stárnoucího člověka patří zhoršená pohyblivost v důsledku opotřebení kloubů, zhoršená jemná motorika. Dále slábnoucí zrak i sluch. Stárnoucí člověk pod vlivem hormonálních změn ztrácí i chuť na sexuální aktivity. Řídnou a vypadávají vlasy, snižuje se síla a elasticita kůže. Zpomaluje se metabolismus. Slábne srdeční aktivita. V důsledku toho všeho člověk ve stáří zvládá stále menší zátěž, zvyšuje se jeho unavitelnost. To může přinášet psychické problémy, pocity méněcennosti a zbytečnosti.

Mění se i zevnějšek člověka, ne však u všech stejnou měrou a stejnou rychlostí. Faktem ovšem je, že pod vlivem těchto změn začíná být člověk okolím brán jako starý a okolí se k němu začíná takto i chovat. V některých případech může být změna zevnějšku velmi vý-

razná, začne vypadat úplně jinak, než dříve. Pro zachování sebeúcty je proto důležité, aby stárnoucí člověk o sebe dbal a pečoval o sebe. Na změnách zevnějšku je velmi patrné to, jaký je celkový fyzický a psychický stav člověka. Z důvodu rezignace člověka, příp. pod vlivem demence či jiného onemocnění může docházet k úpadku osobnosti, který se projevuje i nezájmem o vlastní vzhled. (Vágnerová Marie, 2007, str. 314)

Psychické změny ve stáří

Ve stáří dochází ke strukturálním i funkčním **změnám mozku**, které mají vliv i na zhoršení psychických funkcí. Typickým projevem je úbytek mozkové hmoty, tzv. atrofie. Úbytek ovlivňuje zhoršení funkcí v příslušných oblastech mozku. Dochází především ke zhoršení paměti a schopnosti koncentrace. Mozek starého člověka funguje jinak, než dříve. Mladý mozek při zpracovávání informací zapojuje specializovaná centra. Ve stáří funguje mozek komplexněji, dochází k souběžnému zapojování pravé i levé mozkové hemisféry. V případě atrofie, úbytku mozkové hmoty, přebírají funkce jiné části mozku.

Dochází ovšem i ke změnám, které nejsou jen biologickými důsledky stárnutí mozku. Úbytek kompetencí u seniorů je okolím do jisté míry akceptován, nároky a požadavky na ně se snižují, ubývá povinností. K tomu se přidává i pohodlnost. To vše způsobuje, že dochází k psychickým změnám, které jsou **podmíněny sociálně**. (Vágnerová 2007, str. 316, 317)

Staří lidé jsou pomalejší, zpomalují se jejich **reakce**. Zhoršuje se proces **zpracování informací**, dochází ke ztížení a zpomalení **rozhodování**, na vše potřebují delší dobu, než dříve. Vliv na zpomalení myšlení a jednání má i tzv. reakce na chybu. Mají obavy ze selhání, proto jsou opatrnější a pomalejší, bývají citliví na svá selhání. **Zpomalení** má vliv na to, že potřebují až dvojnásobek času na zvládnutí určitého úkolu. Významná je i rychlá unavitelnost starých lidí.

Poznávací procesy a zpracování informací komplikuje také zhoršení **smyslové funkčnosti**. Zhoršuje se zrak i sluch a starý člověk potřebuje více času a specifické podmínky pro příjem informací. Musí se o hodně víc soustředit, používá kompenzační pomůcky. To vše má vliv i na psychiku. Kompenzační pomůcky mohou způsobovat **sociální handicap**. Zátěž a únava z namáhavého získávání informací přinášejí často podrážděnost, napětí, sklon výbuchům, nebo naopak úzkosti a deprese. Vztahovačnost a podezíravost jsou také důsledkem problémů v komunikaci. (Vágnerová, 2007, str. 318, 319)

Pozornost. V důsledku stárnutí organismu dochází ke ztrátě schopností souvisejících s pozorností. Udržet pozornost, eliminovat to, co je nepodstatné, a soustředit se na důležité, přenášet pozornost z jednoho na druhé – to vše je s přibývajícím věkem stále těžší. Záleží také na druhu činnosti. U činností opakujících se je udržení pozornosti jednodušší, než u činností nových.

Paměť. Stárnutí je spojené také s problémy s pamětí. Slábne nejen schopnost ukládání informací a zapamatování, ale i vybavování si dříve uložených. Typické jsou především obtíže s epizodickou pamětí. Starší lidé mají problém zapamatovat si např. zda jedli, či zda si vzali léky. Méně je pokles paměťových funkcí znatelný u paměti sémantické, která uchovává obecné informace a znalosti. Tato paměť může částečně kompenzovat problémy s ostatními typy paměti. Události ze vzdálenější minulosti si starší lidé vybavují lépe, i když ne vždy přesně. Problémy s pamětí jsou dány geneticky, závisejí také na aktuálním zdravotním stavu a vliv má i celoživotní postoj člověka ke vzdělávání a duševní činnosti.

Rozumové funkce. Dochází ke změnám v rozumových funkcích. Patrný je hlavně pokles fluidní inteligence. Zpracování nových informací a podnětů je pomalé a vyvozování závěrů a reaktivnost je nepružná. Krystalická inteligence zaznamenává změny mírnějšího rázu. Již uložené informace, vytvořené návyky a reakce zůstávají, jejich používání je však méně pružné.

Myšlení starých lidí se vyznačuje některými **typickými znaky**. Nemají rádi změny a až dogmaticky trvají na známých a ověřených způsobech uvažování a reagování. A to často i bez ohledu na jejich smysluplnost. Pramení to z již zmiňované zhoršené schopnosti chápání, obtížnému orientování se v nových věcech a tím problematickému přizpůsobování se novinkám. Naopak uklidňující jsou rutina, stereotypy, rituály a pravidelný režim. (Vágnerová, 2007, str. 20-29)

Proměny emocionality. V období raného stáří dochází ke zklidnění prožívání emocí. Starý člověk je klidnější, vyrovnanější. Částečně se projevuje větší dráždivost některými podněty, ale prožitá zkušenosti a nadhled umožňují klidné zvládnutí emocí i schopnost preventivního přístupu k nepříjemným pocitům. Změna se projevuje i u potřeb a způsobu jejich uspokojování a mění se i některé povahové vlastnosti. (Vágnerová, 2007, str. 249)

Na počátku stáří je stále ještě silná potřeba seberealizace. V pozdějším stáří však již lidé projevují menší zájem o okolní svět, více se zaměřují na sebe, své problémy a starosti,

a osud druhých je již příliš nezajímá. Stárnoucí člověk se stává introvertnějším a hůře se nadchne pro nové. (Langmeier, Krejčířová, 2006, str. 207)

Pravé stáří (75 a více let)

Toto životní období je typické výrazným nárůstem problémů a komplikací vyvolaných zhoršujícím se zdravotním stavem a celkovým úpadkem osobnosti. Vyskytují se většinou dvě varianty průběhu tohoto období. Starý člověk se buď vyznačuje moudrostí, nadhledem a vyrovnaností se svou životní etapou, nebo je naopak v celkově špatném stavu projevujícím se celkovým fyzickým i psychickým úpadkem. Hlavním úkolem této části života je zvládnání přibývajících těžkostí a ztrát a udržení přijatelného životního stylu s maximální mírou soběstačnosti a pocitem celkové pohody. Velký význam má udržení příp. vytvoření nových sociálních kontaktů a vztahů. Také zachování sebeúcty, pocitu užitečnosti a smysluplnosti je v tomto období velmi důležité.

Tělesné změny v tomto období jsou již většinou markantní, v rámci zdravotního stavu se již nezaměřujeme na nepřítomnost nemoci, ale na maximální zachování soběstačnosti a pocitu spokojenosti. Nejčastějšími zdravotními komplikacemi jsou **cévní mozkové příhody, demence, onemocnění Alzheimerovou nemocí** a onemocnění **pohybového aparátu**.

Průvodním jevem tohoto období je výskyt **depresí** vyvolaných pocitu beznaděje, nedostatečnosti, závislosti a neužitečnosti.

Nadále dochází ke zhoršování sluchových a zrakových funkcí, zhoršování paměti. Nastává další pokles fluidní inteligence a zhoršování inteligence krystalické. Dále klesá intenzita emočních prožitků.

V oblasti socializace se prohlubuje pocit osamění a izolace. Staří lidé často již nemohou vycházet ven, tráví čas většinou osaměle. Další těžkostí v tomto období je vyrovnání se s nutností umístění do zařízení pro seniory, pokud již starý člověk samostatný život nezvládá a rodina nemá možnost nebo zájem se o něj postarat. Přivykání na nové prostředí, nové lidi a nové situace je často velmi těžké. Přispívá k tomu i zhoršená schopnost komunikace způsobená špatným sluchem, pomalým uvažováním a chápáním. Částečným řešením může být služba pečovatelské služby v domácím prostředí. Pokud již ani tato pomoc

nestačí, nastupuje umístění do domova pro seniory příp. jiného podobného typu zařízení. S tím přichází pocity ztráty autonomie, soukromí, soběstačnosti a tušení blížícího se konce. (Vágnerová, 2007, str. 404-420)

2.2 Stáří a umírání

„Smrt může být různá: tragická, tichá nebo dramatická, náhlá nebo naopak dlouho ohlašovaná. Ať jsou její konkrétní formy jakékoliv, i ona je a měla by být znovu respektována jako sociální akt, jako událost, která se vždy týká více lidí než pouze umírajícího.“ (Haškovcová, 2010, str. 319)

Umírání v současné době probíhá především v institucích jako v nemocnicích, hospicových zařízeních či domovech seniorů. Téma smrti a umírání je tabuizováno, většinou se jím nikdo nechce zabývat. Staří lidé, kteří jsou již většinou se svou konečností smířeni, o smrti mluví častěji a berou ji již jako přirozenou a očekávanou. Postoj ke smrti závisí na míře spokojenosti s naplněním svého života, na útrapách, které jsou nuceni snášet, i na postoji vytvořeném díky své víře. Strach nemívají většinou ze smrti samotné, ale z utrpení s umíráním spojeným. Strach ze smrti mívají více muži než ženy. Také věk ovlivňuje míru strachu. Čím je člověk starší, tím obvykle menší strach ze smrti pociťuje. Významným tématem je také hledání a nalezení smyslu smrti.

V bezprostřední blízkosti smrti se mění i **potřeby člověka**. Narůstá potřeba **citové jistoty a bezpečí**. Velký význam má zachování pocitu **sebeúcty**. Velkou pomocí je i získání pocitu **přesahu vlastní existence**, poznání smyslu své existence v pokračování dalšími generacemi.

2.3 Doprovázení umírajícího

„Být tu“ je hlavním úkolem práce doprovázejícího. Podstatné jsou především:

- **Aktivní naslouchání**, kdy jde nejen o vnímání, ale i pochopení, co nám chce být sděleno. Vnímat nejen běžné potřeby umírajícího, ale i jeho touhy, úvahy a přání.
- **Respektování intimity**, které je hlavním předpokladem důvěry. Stejně jako diagnóza i rozhovory s umírajícím jsou chráněné profesionálním tajemstvím.

Úkolem doprovázejícího je vyslechnout, sdílet a pomoci s tím, co je v jeho možnostech a kompetenci. Není žádoucí umírajícího k něčemu přesvědčovat či do něčeho tlačit. (Hatoková, 2013, str. 79)

„Lidský vztah je určující složku kvality doprovázení, neboť jeho způsob a formu primárně ovlivňuje osobnost doprovázejícího. Prostředí vytváří pouhou kulisu na pozadí lidského vztahu. Citlivý přístup a upřímnost pak budou patřit v rámci lidského vztahu k základním složkám sociálně inteligentního doprovázení.“ (Vávrová, 2012, str. 93)

Ne každý umírající o doprovázení stojí, jsou takoví, kteří chtějí odejít sami, v tichosti a vlastním vnitřním rozjímání. Toto je nutno respektovat. (Hatoková, 2013, str. 79)

„Některý odcházející chce být sám a snad si v klidu cosi rekapitulovat či bilancovat, jiný naopak touží po přítomnosti někoho blízkého nebo alespoň vlídného. Roli blízké osoby na sebe mnohdy bere i zaměstnanec přímé péče, tedy sestra nebo pečovatelka. Často se u některého umírajícího touha po samotě a po něčí blízkosti střídá, to bychom měli umět vypořádat a reagovat na to.“ (Funk, 2014, str. 138)

V rámci práce doprovázejícího je důležité nezapomínat na své hranice. Sdílení, empatie a pomoc je možná pouze tehdy, kdy doprovázející dokáže oddělit svůj život a svou osobu od osoby umírajícího. Bez tohoto vymezení hranic by práce doprovázejícího dlouhodobě nebyla možná a zvládnutelná. (Hatoková, 2013, str. 81)

3 EDUKACE V THANATOLOGII

Edukace v oblasti thanatologie je téma známé především zdravotníkům a ostatním profesionálům, pro které jsou smrt a umírání součástí jejich profese. Méně se v této oblasti vzdělávání orientuje na laickou veřejnost, která se také se smrtí a provázením umírajícího setkává a informace by v tomto směru potřebovala a využila.

3.1 Význam rodiny v procesu umírání

Rodina je pro většinu lidí nejdůležitějším článkem a největším zdrojem pocitu jistoty v jejich životě. Zvláště na konci životní cesty, kdy je člověk nejvíce bezbranný a zranitelný, má pro něj rodina velký význam. Potřeba citové jistoty a bezpečí v průběhu umírání klade rodinu na přední místo při zajištění uspokojení této významné potřeby. Nejde ovšem pouze o zajištění pocitu jistoty, ale často i možnost dořešení a uzavření vztahových záležitostí, které umírající člověk a mnohdy i jeho rodinní příslušníci považují za nedokončené. Toto uzavření napomáhá ke klidnému odchodu starého člověka ze světa.

Umírání člověka prochází jak u něj samotného, tak u jeho nejbližších několika typickými fázemi. Informovanost o přirozenosti a obvyklosti takového průběhu napomáhá těžkou životní situaci lépe zvládnout. (Model fází reakce na zprávu o nevyhnutelné smrti jedince se poprvé objevil v knize americké psycholožky Elisabeth Kübler-Rossové „On Death and Dying“.)

1. Fáze – *šok/popírání*. Umírající popírá zjištěnou skutečnost blížícího se konce života. Reaguje psychickou labilitou a pokouší se přesvědčit sebe i okolí, že diagnóza nemoci je mylná. Úkolem této fáze je získání času na to, aby se nemocný dokázal smířit s bolestným zjištěním. Často končí až tehdy, když se zdravotní stav zhorší a dochází k oslabení.
2. Fáze – *vzpouora/hněv*. Období odmítavých emocí – vztek, hněv, hledání viníka. Obracení se k otázkám: „Proč právě já a ne ti špatní...“. „Za co mě Bůh trestá...“. Dochází k sebeobviňování a zároveň vnitřní vzpouře proti celému světu. Je nutné být trpěliví, obrnit se a nebrat si útoky osobně.
3. Fáze – *smlouvání/vyjednávání*. Hledání jiné alternativy, jiné možnosti léčby, vyjednávání se smrtí. Jde o období naděje, kdy se umírající snaží najít vše dostupné, obvykle z oblasti alternativní léčby, co by nemoc odstranilo. Obvyklé je

i smlouvání s Bohem. Důležité je nebrat nemocnému naději, ale také nedávat naději falešnou.

4. Fáze – *rezignace/deprese*. Obavy, vzpomínky, otázky, smutek. Po předchozích bojích dochází k únavě a vyčerpání. Nemocný přijímá realitu a začíná si uvědomovat, co ještě může stihnout, a co již nezvládne. Přichází smutek z loučení se s lidmi, vzpomínkami, plány... V této fázi má velký význam nalezení smyslu života umírajícího. Důležité je nechat ho vypovídat a naslouchat.
5. Fáze – *přijetí/smíření*. Dochází ke smíření se se smrtí a pozitivní přijetí průběhu svého života. Vyrovnaní se, smíření a pochopení toho, co bylo. V této fázi je důležité umožnění vypořádání nevyřešených záležitostí, především vztahových. Loučení, uzavírání a tiché doprovázení k nevyhnutelnému konci umírajícího.

(Hatoková, 2013, str. 73-75)

3.2 Cíle edukace v oblasti thanatologie

Edukace v oblasti thanatologie je obvykle jako součást studia zdravotnických oborů a lékařských věd. Studenti medicíny a středních zdravotnických škol bývají seznámeni se základními pojmy souvisejícími se smrtí a umíráním:

- *Fenomén smrti*: smrt jako přirozená součást lidského života, smrt v historických souvislostech a filozofické pojmání smrti.
- *Proces umírání*: otázky délky umírání, bolestivosti tohoto procesu, historické pohledy, doprovázení, umírání v zařízeních kontra domácí prostředí.
- *Zadržovaná smrt*: její příčiny a řešení tohoto problému.
- *Paliativní medicína*: její základní principy.
- *Eutanazie*: legislativa, postoje, současný stav ...
- *Zármutek a žal*: význam jejich přirozeného prožití.

(Haškovcová, 2007, str. 144)

Nutnost vzdělávání v oblasti thanatologie v případě odborníků, s jejichž prací umírání bezprostředně souvisí, je nepopíratelná. Otázkou zůstává, zda a nakolik je významné vzdělá-

vání v tomto směru i v případě laické veřejnosti, na běžných středních školách a především u rodinných příslušníků doprovázejících své umírající blízké.

V tomto případě by cílem mělo být především odtabuizování tématu smrti a umírání. Dále usnadnění průběhu procesu doprovázení umírajících svými nejbližšími. Významné jsou informace o praktických záležitostech jako potřebných pomůckách a postupech, ale i informace související s legislativou a sociálním systémem pomoci podporované a zajišťované státem. Obrovský význam má psychická pomoc a podpora, kterou by edukace měla nabízet.

3.3 Školení dobrovolníků

Velkou pomocí v doprovázení umírajících je dobrovolnická činnost. V rámci této činnosti dochází k jejich přípravě a proškolení. Dle Hatokové (2007, s. 175) dochází ke školení dobrovolníků ve čtyřech základních blocích.

První blok vede koordinátorka, která uvede do problematiky paliativní péče, důvody vzniku, náplň práce dobrovolnické skupiny i jejich práva a povinnosti.

Ve druhém bloku lékařka seznámí dobrovolníky s typy nemocí, se kterými se při doprovázení obvykle setkají. Informuje také o vedlejších účincích podávaných léků a jejich vlivu na umírající.

Třetí blok vede psychologka, která seznámí s potřebami a osobnostmi nemocných a hlavními zásadami provázení. Nezbytnou částí je i předání informací o psychohygieně a prevenci syndromu vyhoření.

Duchovní ve čtvrtém bloku přiblíží účastníkům význam duchovních potřeb umírajících a kompetence dobrovolníků v této oblasti.

Součástí školení je samozřejmě i prohlídka oddělení, kde by dobrovolníci měli pracovat.

(Hatoková, 2013, str. 175-176)

Zavedený systém školení by se mohl stát vodítkem a inspirací pro sestavení seminářů zaměřených na školení rodinných příslušníků a blízkých umírajících.

3.4 Skupinová práce jako pomoc pečujícím

Jednou z forem pomoci osobám pečujícím o své umírající blízké může být tzv. skupinová práce. Všichni máme ze svého života zkušenosti s různými druhy skupin. Skupiny jsou pro náš život velmi důležité. Sdílení společných zážitků a zkušeností může být velkou pomocí pro ty, kteří potřebují oporu a pochopení v jakékoliv náročné životní situaci. Skupiny mohou být velmi přínosné lidem, kteří jsou díky aktuální životní situaci velmi zranitelní. Umožňují jim navrácení životní energie a pocitu kontroly.

V našem případě jde o práci se skupinami pečujících. Je známo mnoho příkladů skupiny pečujících. Jde např. o konzultační skupiny či psycho-edukační programy. Velký význam mají i tzv. svépomocné skupiny. Na rozdíl od představy, že skupiny potřebují vedení, většina svépomocných skupin v oblasti paliativní péče funguje pro členy a provozují ji členové sami, a to s minimální nebo žádnou odbornou podporou.

V současné společnosti může umírání a truchlení vyvolávat pocity osamělosti. Právě ve skupinách může pomocí diskuze dojít k vyvrácení názoru, že umírání je výhradně osobní, soukromá zkušenost, o níž jiní lidé nechtějí nic slyšet. (Firth, Luff, Oliviere, 2007, str. 201, 202)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODOLOGIE VÝZKUMU

Vzhledem ke zvolené problematice a cíli výzkumu jsme zvolili kvalitativní typ výzkumu. Problematika doprovázení při umírání je natolik individuální, citlivá a hloubková, že tento typ výzkumu považujeme nejen za vhodný, ale i jediný možný.

4.1 Výzkumný problém a výzkumné cíle

Výzkumným problémem jsou postoje respondentů k procesu doprovázení při umírání v domácím prostředí a jejich názor na možnost edukace v oblasti thanatologie. Zajímají nás postoje a názory osob, které doprovázení při umírání v domácím prostředí samy zažily, a jsou v této oblasti laiky. Tzn., že nejde o profesionální zdravotníky ani pečovatele.

Hlavním cílem našeho výzkumu je zjistit, jaké názory mají respondenti na možnost doprovázení umírajících v domácím prostředí a na možnost edukace v této problematice.

Z hlavního cíle vyplývají **cíle dílčí**, které jsou:

- zjistit, zda po prožitém doprovázení v domácím prostředí by respondenti tuto možnost znovu zvolili,
- objasnit, v čem vidí přínos doprovázení v domácím prostředí,
- objasnit, v čem vidí negativa doprovázení v domácím prostředí,
- zjistit, zda by uvítali a ocenili možnost edukace v oblasti thanatologie,
- zjistit, jaký mají názor na zařazení thanatologie do výuky středních škol,
- zjistit, jaký mají postoj k problematice eutanazie,
- zjistit, jaké mají zkušenosti a názory na prostředky paliativní péče.

Problematika doprovázení blízkých osob při umírání se ve společnosti znovu stává aktuální. V historii bylo doprovázení běžnou součástí lidského života. Procesem institucionalizace se proces umírání odlidštil a tabuizoval. Proto jsme se zaměřili na otevření této problematiky a zkoumání aktuálních postojů a názorů v této oblasti.

4.2 Výzkumné otázky

Výzkumný problém a výzkumné cíle, které jsme si stanovili, jsou podkladem k vytvoření výzkumných otázek. Z těchto otázek budeme vycházet a budou stěžejní pro formulování konkrétních otázek v rozhovorech s účastníky našeho výzkumu.

Výzkumnými otázkami naší práce jsou:

1. Jaký je názor doprovázejících na možnost doprovázení při umírání v domácím prostředí?
2. Jaká pozitiva vidí doprovázející v doprovázení při umírání v domácím prostředí?
3. Jaká negativa vidí doprovázející v doprovázení při umírání v domácím prostředí?
4. Jsou doprovázející ochotni tuto životní událost v případě potřeby zopakovat?
5. Jaký mají doprovázející názor na edukaci v oblasti thanatologie?
6. Využili by doprovázející možnost edukace v oblasti thanatologie?
7. Jaký mají doprovázející názor na možnost zařazení thanatologie do výuky středních škol?
8. Jaký mají doprovázející postoj k eutanazii a volbě léků proti bolesti?

4.3 Strategie výzkumu

Cílem našeho výzkumu jsou názory a postoje doprovázejících osob v souvislosti s procesem doprovázení při umírání v domácím prostředí. Potřebujeme získat subjektivní názory na tuto problematiku. Protože jde o téma intimní a citlivé, ve kterém se potřebujeme dostat do hloubky problému, zvolili jsme variantu získat informace prostřednictvím kvalitativního výzkumu.

4.4 Technika sběru dat a metody analýzy dat

Jako metodu sběru dat jsme zvolili hloubkový polostrukturovaný rozhovor. Jde o metodu, kterou vzhledem ke zkoumanému tématu a vybranému vzorku respondentů považujeme za nejvhodnější.

Jako metodu analýzy dat jsme použili tzv. otevřené kódování. „Kódování obecně představuje operace, pomocí nichž jsou údaje rozebrány, konceptualizovány a složeny novým způ-

sobem. Při otevřeném kódování je text jako sekvence rozbit na jednotky, těmto jednotkám jsou přidělena jména a s takto nově pojmenovanými „označenými“ fragmenty textu potom výzkumník dále pracuje.“ (Švaříček, Šed'ová, 2007, s. 377)

4.5 Popis zkoumaného vzorku

Zkoumaný vzorek je složen z osob, které osobně prožily doprovázení umírajícího v domácím prostředí. Jde o osoby různých věkových skupin a obou pohlaví. Částečně jde o laiky, částečně o profesionály, kteří se péčí o seniory zabývají ve svém profesním životě. V tomto případě jde o pracovnice v sociálních službách, konkrétně v péči o seniory. U některých respondentů jde o prožitek ojedinělý, někteří se s doprovázením umírajících setkali vícekrát.

Každý respondent byl před rozhovorem seznámen s účelem získávání informací. Samozřejmostí byla dohoda o diskrétnosti a mlčenlivosti v souvislosti se získanými citlivými informacemi. Každý z respondentů vyslovil souhlas s použitím rozhovoru pro účely vypracování bakalářské práce. Vždy jsme se dohodli na čase a místě konání rozhovoru s respektem k preferencím dotazovaných. Velký význam pro nás měl pocit pohody, intimity a důvěry ze strany dotazovaných.

Tabulka 1 - přehled zkoumaných osob

Participant	Věk	Pohlaví	Doprovázená osoba
JS	41	Žena	Tchán
PK	52	Muž	Matka
VK	44	Žena	Babička
KS	32	Žena	Babička
AB	40	Žena	Matka

4.6 Otázky k rozhovorům

1. Po vaší zkušenosti, doprovázeli byste blízkého umírajícího znovu?
2. Co považujete za pozitivní zkušenosti z doprovázení svého blízkého?
3. Co považujete za negativní zkušenosti?
4. Uvítali byste ve vaší tehdejší situaci možnost získání informací ohledně doprovázení?
5. Jaké informace by to byly a jakou formou by vám vyhovovalo je získat?
6. Jaký máte názor na možnost zařazení edukace v oblasti thanatologie do výuky středních škol?
7. Jak nahlížíte na srovnání doprovázení umírajícího v domácím zařízení a doprovázení institucionální?
8. Jaký je váš názor na eutanazii (po osobním prožitku s umíráním blízké osoby)?

9. Jaký máte názor na paliativní péči - zvolili byste mírnější prostředky, nebo raději morfium i za cenu, že způsobuje selhání životně důležitých orgánů, což je v konečném stadiu hlavní příčinou úmrtí?

KATEGORIE	KÓDY	ÚRYVKY
Doprovázení doma	Zopakování	<p>„No jistě, ano“, „bych se asi určitě nerozmýšlela“, „určitě bych do toho znovu šla“</p> <p>„Rozhodně“. „Vzpomínám na to s velikou úctou a láskou, byl to velice takový silný zážitek“</p> <p>„Určitě ano“, „v tom mám jasno“, „vůbec bych se nerozmýšlela“</p>
	Přínos	<p>„jsem si ujasnila svoje životní priority“,</p> <p>„co je vlastně důležité v tom životě“,</p> <p>„jsem pomohl, že, mámě“, „schopný to zvládnout“, „dokážu zvládnout, jo, fakt se o toho člověka takhle starat“, „byla do posledních chvil“,</p> <p>„Že jsme se rozloučili“, „prožili velmi intenzivně“, „jsme si řekli věci“, „vztah se nám prohloubil“</p>
	Negativa	<p>„negativní chování třeba u těch, prostě když přijeli prostě ti pohřebáci, ti doktoři, tak to jejich chování“, „nikde tam nebyl ani sebemenší posun k lepšímu“, „den ode dne horší a horší“, „reakce těch rodinných členů“,</p>

KATEGORIE	KÓDY	ÚRYVKY
Edukace	Potřeba informací	<p>„hodně prospěšné“, „do toho spadne po hlavě a neví, co má dělat a neví na koho se obrátit, absolutně jsou bezradní“, „V každém případě, to jako jednoznačně“,</p> <p>„informace se mi těžko jako sháněly“,</p> <p>“určitě jo“, „jak to bude třeba postupovat“,</p> <p>„nikdo nebyl schopný mi žádné informace dát“,</p> <p>“chyběly spíš tady ty zkušenosti, co se týče takového toho základního zdravotnického, jako co tady toto obnáší a co jako na to.“,</p> <p>„naprosto ztracení“,“ nemají se na koho obrátit“,</p>
	Jakým způsobem	<p>„nějakých přednášek“, „v nemocnici třeba jako na LDNce“, „určitě, už od začátku“, „komplexně“, „setkání někoho, kdo už tohle prožil“,</p> <p>„osobní setkání, semináře“, „předání přes toho člověka“, uvítala domácí hospic</p>
	Středoškoláci	<p>„myslím, že to je zbytečné“, „v tomto věku, že to přijde až později“, „nedovedu si úplně představit, jak ty děcka, které jsou vlastně na startu života, jak by k tomudle přistupovali, jo, že by se měli začít učit o konci života,“ já už bych to dala na základky“, „že je to běžná součást života“, „nejsou na to naprosto připravení.“, „ Ta společnost smrt nepřijímá.“</p>

KATEGORIE	KÓDY	ÚRYVKY
Forma doprovázení	Instituce:	
	Pozitiva	„trvale žije v tom, jakože v instituci a už jako je tam jak když doma“, „personál, který ví, co má, v jakých situacích dělat a pomůže té rodině“, „zklidní tu rodinu“, „doktoři měli vědět nejlíp, co udělat“, „není tak emocionální“, „není tak psychicky náročné“, „dá mu určitě lepší péči“ „rodina byla pod dohledem někoho, kdo je trochu usměrní.“
	Negativa	„za plentou, neosobní“, „lidi umírají prostě sami.“, „počítat, že odpoledne ještě tam musím jít“, „taky to není úplně jednoduché jo“, „je u cizích“, „napasovat na ten chod toho zařízení“
	Domácí prostředí:	
	Pozitiva	„jednoznačně je to lepší“, „známém prostředí“, „blízké věci“, „při sobě ty rodinné příslušníky“, „ví, že je mu líp“, „doma, určitě, určitě doma“, „se stará jenom o toho svého blízkého“, „se lidé přizpůsobují tomu člověkoví“, „víc vycházeno těm potřebám“, „mají mnohem hlubší vazbu, než ti ošetřovatelé“,
	Negativa	„hůř rozpoznává jako ty stavy“, „horší, jo, co se týče psychiky“
	Hospicové služby	„Uvítala bych služby domácího hospice“, „možnost té podpory, že máte kam zavolat, zkonzultovat ty bolesti, ten stav, že tam přijede ta sestra, lékař, jo, dle samozřejmě situace, to je neuvěřitelná podpora.“

KATEGORIE	KÓDY	ÚRYVKY
Eutanazie	Souhlas	„nezaslouží žít prostě v bolestech“, „neodsuzuju tu eutanázii“, „ošetřit, aby to nebylo jako zneužitelné“, „život se zbytečně neprodlužuje“, „rozhodně pro“, „mít právo jakoby rozhodovat“, „trpí jak on, tak hrozně ta rodina“, „dostat šanci odejít důstojně“
	Nesouhlas	„hrozně těžko asi“, „spíš ne“, „říkám ne“, „Legalizovat ne, ale ty možnosti, jak odejít z tohoto světa důstojně, jsou“

5 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Na základě našich zjištění jsme dospěli k závěru, že všichni participanti považují doprovázení umírajícího blízkého člověka v domácím prostředí za samozřejmost a přirozenost.

Hlavní přínos spatřují ve splnění přání umírajícímu odejít v kruhu rodiny a pocit vlastního naplnění z této poslední služby umírajícímu. Srovnání si vlastního žebříčku hodnot je také jedním z často zmiňovaných přínosů doprovázení. Důležitá je také možnost rozloučení, sdílení konce života, vyřikání si nedořešených vztahových záležitostí, jejich uzavření a umožnění tak klidného odchodu vyrovaného umírajícího člověka.

Z této životní zkušenosti u všech převažují pozitivní prožitky. Navzdory psychické i fyzické náročnosti participanti hodnotí zkušenost s doprovázením jako smysluplnou, pozitivní a hodnotnou. Negativní jsou pouze zážitky okrajové a netýkají se doprovázení samotného, ale spíše reakcí a chování osob, se kterými se při této příležitosti setkali, jako např. zdravotnický personál, nebo ostatní členové rodiny.

Všichni dotazovaní by v případě potřeby nechali svého umírajícího blízkého dožít doma znovu a znovu by se zhostili úlohy doprovázejícího. Zkušenost s doprovázením považují za přínosnou jak pro sebe, tak pro umírajícího a v případě volby by neváhali a opět zvolili domácí péči. Za významnou považují i podporu a budování soudržnosti celé rodiny.

Všichni se shodli na tom, že velmi výrazně pocítovali nedostatek informací týkajících se doprovázení a bez váhání by možnost edukace v této oblasti uvítali. Upřednostňovali by ústní formu předání, možnost setkání s lidmi, kteří již tuto zkušenost mají za sebou a mohou se o ni podělit a poradit. Nejbližší by většinou participantů byl model seminářů ať už jednorázových, nebo opakovaných. Také od ošetřujících lékařů a zdravotnického personálu by účastníci výzkumu uvítali více informací a pomoci. Přínosné by bylo i získání informací například formou letáček či brožurek, které by mohli obdržet přímo v nemocnici nebo jiném zařízení, které umírajícího do domácího ošetřování předává. Za velmi významnou je považována služba hospicová, především ambulantní.

Co se týká dotazu na zvažované zařazení edukace v oblasti thanatologie do výuky středněškolských studentů, většina účastníků výzkumu se k tomuto návrhu stavěla negativně. Studenty středních škol považují za příliš mladé a s malými životními zkušenostmi na to, aby je toto téma mohlo zajímat a edukace mohla být pro ně přínosná. Pouze jedna participantka

vyslovila jednoznačný souhlas s tímto návrhem, dokonce by určitou formu edukace navrhovala ještě dříve, již na školách základních.

Celkově je tedy možno doprovázení v domácím prostředí zhodnotit jako pozitivní a potřebu edukace doprovázejících jako žádoucí, potřebnou a postrádanou.

Při srovnání institucionálního a domácího doprovázení umírajících našli dotazovaní negativa i pozitiva u obou forem. Jednoznačně však u všech vítězí forma doprovázení v domácím prostředí.

V otázce eutanazie převažuje souhlas. Zajímavé je, že s eutanazií souhlasili účastníci výzkumu, kteří jsou v doprovázení laiky, kromě jedné, která byla proti. Naopak participantka, která je v tomto směru profesionálem, s legalizací eutanazie zásadně nesouhlasí. Nejpřijatelnější formou pro dotazované je eutanazie nepřímá, formou pomalého dosažení nefunkčnosti orgánů podáváním silných léků proti bolesti, nebo naopak nepodání léků a tím urychlení konce života umírajícího.

Co se týká paliativní péče a tišení bolesti, všichni jednoznačně vyzdvihují význam maximálního možného komfortu ve smyslu zajištění bezbolestnosti a důstojného ukončení života. Maximální možné tlumení bolestí je participanty jednoznačně upřednostňováno před podáváním šetrnějších méně účinných léků tišících bolest. Priorizováno je přání umírajícího.

5.1 Výzkumné otázky - odpovědi participantů

1. Jaký je názor doprovázejících na možnost doprovázení při umírání v domácím prostředí?
 - Všichni participanté možnost doprovázení v domácím prostředí upřednostňují a považují za správnou.
2. Jaká pozitiva vidí doprovázející v doprovázení při umírání v domácím prostředí?
 - Jako hlavní pozitiva doprovázející vidí možnost poslední služby umírajícímu a příznivé působení známého prostřední a blízkých na umírajícího.
3. Jaká negativa vidí doprovázející v doprovázení při umírání v domácím prostředí?
 - Jako negativa doprovázející spatřují nedostatek informací a zkušeností s doprovázením umírajícího.

4. Jsou doprovázející ochotni tuto životní událost v případě potřeby zopakovat?
 - Všichni doprovázející jsou ochotni doprovázení v domácím prostředí v případě potřeby zopakovat.
5. Jaký mají doprovázející názor na edukaci v oblasti thanatologie?
 - Všichni doprovázející by edukaci v oblasti thanatologie pro potřeby doprovázejících uvítali.
6. Využili by doprovázející možnost edukace v oblasti thanatologie?
 - Všichni doprovázející by možnost edukace využili.
7. Jaký mají doprovázející názor na možnost zařazení thanatologie do výuky středních škol?
 - Zařazení edukace do výuky středních škol považuje většina dotazovaných vzhledem k věku a životním zkušenostem středoškoláků za bezúčelné a zbytečné.
8. Jaký mají doprovázející postoj k eutanazii a volbě léků proti bolesti?
 - K možnosti eutanazie nemají dotazovaní jednoznačný postoj. Větší část participantů eutanazii schvaluje a její legalizaci by uvítala, druhá část je zásadně proti eutanazii. U léků proti bolesti by jednoznačně všichni dotazovaní upřednostnili účinnost léků před jejich šetrností k organismu.

5.2 Hlavní a dílčí cíle výzkumu – zhodnocení

Hlavním cílem našeho výzkumu bylo zjistit, jaké názory mají participanté na možnost doprovázení umírajících v domácím prostředí a na možnost edukace v této problematice. Všichni dotazovaní považují doprovázení v domácím prostředí za nejlepší variantu jak pro umírajícího, tak i pro jeho blízké. Po svých zkušenostech by možnost edukace jednoznačně uvítali a využili. Nedostatek informovanosti v této oblasti považují za jednu z hlavních komplikací péče o umírající doma.

Dílčími cíli našeho výzkumu bylo:

- zjistit, zda po prožitém doprovázení v domácím prostředí by respondenti tuto možnost znovu zvolili,

- objasnit, v čem vidí přínos doprovázení v domácím prostředí,
- objasnit, v čem vidí negativa doprovázení v domácím prostředí,
- zjistit, zda by uvítali a ocenili možnost edukace v oblasti thanatologie,
- zjistit, jaký mají názor na zařazení thanatologie do výuky středních škol,
- zjistit, jaký mají postoj k problematice eutanazie,
- zjistit, jaké mají zkušenosti a názory na prostředky paliativní péče.

Z našich zjištění vyplývá, že:

- všichni dotazovaní by doprovázení v domácím prostředí zvolili znovu,
- hlavním přínosem tohoto doprovázení je příznivý vliv domácího prostředí a intenzivní blízkosti rodinných příslušníků na psychiku umírajícího,
- za hlavní negativum je považována nedostatečná informovanost o doprovázení umírajícího,
- možnost edukace v oblasti thanatologie by byla velmi vítaná a využívaná,
- v zařazení edukace do výuky středních škol dotazovaní vzhledem k životní nezralosti středoškoláků nevidí smysl,
- většina dotazovaných by v případě nutnosti možnost eutanazie využila, část z nich je však zásadně proti eutanazii,
- prostředky paliativní péče považují všichni dotazovaní za nezbytné a všichni by volili léky s maximální účinností tištění bolesti pro zajištění co největšího možného komfortu umírajícího.

ZÁVĚR

V našem výzkumu jsme se především zaměřili na zjištění přístupu k možnosti edukace v oblasti thanatologie. Jednoznačně jsme zjistili, že edukace v této oblasti by byla nejen vítaná, ale velmi potřebná. Nedostatek informací je jedním z hlavních problémů osob doprovázejících své blízké umírající. Pro praxi bychom doporučili odborné proškolení v oboru psychologie zdravotnického a ošetrovatelského personálu, který se s umírajícími a jejich blízkými setkává nejčastěji a jejichž přístup k umírajícím i jejich rodinám je zásadní. Kromě předávání praktických informací jde především o citlivý a profesionální přístup v průběhu umírání i v době po odchodu umírajícího. Velký význam mají v tomto případě psychohygiena a prevence syndromu vyhoření, které zabrání vzniku nezájmu a odlidštění přístupu ošetřujícího personálu. Informovanost doprovázejících bychom doporučovali zprostředkovávat formou základních písemných informací, např. letáčků či brožurek. Ty by kromě praktických rad měly obsahovat kontakty na organizace a hospicové služby, které mohou rodinám doprovázení svých blízkých usnadnit. Jde především o služby mobilních hospiců a pečovatelských služeb domácí péče, psychologickou pomoc, organizace zajišťující speciální pomůcky a podpůrné telefonické linky. Další doporučenou formou edukace je organizování seminářů pro doprovázející. Tyto semináře by mohly organizovat přímo hospicová nebo zdravotnická zařízení, která mají s péčí o umírající zkušenosti. Semináře by mohly probíhat formou jednorázových akcí nebo pravidelných setkání, kdy seminář proběhne v několika částech a rodiny tak získají opakovanou možnost podpory a pomoci.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2., přeprac. vyd. Praha: Galén, 2007, 244 s. ISBN 9788072624713.
2. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 9788024613185.
3. ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007, 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0.)
4. KELNAROVÁ, Jarmila. *Tanatologie v ošetrovatelství*. Brno: Littera, 2007. ISBN 978-80-85763-36-2.
5. STUDENT, Johann-Christoph, Albert MÜHLUM a Ute STUDENT. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Jinočany: H & H, 2006. ISBN 80-7319-059-1.
6. MIKŠOVÁ, Zdeňka, Marie FRONKOVÁ a Marie ZAJÍČKOVÁ. *Kapitoly z ošetrovatelské péče*. Aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006. *Sestra (Grada)*. ISBN 80-247-1443-4.
7. HATOKOVÁ, Mária a kolektív. *Sprevádzanie chorých a zomierajúcich*. *Dobrovolníctvo v nemocnicích, a paliatívnych zariadeniach*. EQUILIBRIA, s.r.o., 2013. ISBN 978-80-8143-125-8
8. FIRTH, Pam, Gill LUFF a David OLIVIERE (eds.). *Ztráta, změna a zármutek v kontextu paliativní péče*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. *Paliativní péče*. ISBN 978-80-87029-21-3.
9. FUNK, Karel. *Provázení stáří a umíráním, aneb, O prolínání obou světů*. Praha: Malvern, 2014. *Adam a Eva*. ISBN 978-80-87580-70-7.
10. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9
11. LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006. *Psyché (Grada)*. ISBN 80-247-1284-9.
12. VÁVROVÁ, Soňa. *Doprovázení v pomáhajících profesích*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0087-1.

13. MUNZAROVÁ, Marta. *Proč ne eutanazii, aneb, Být, či nebýt?*. Vyd. v KNA 2. V Kostelním Vydří: Pro občanské sdružení Ecce homo vydalo Karmelitánské nakladatelství, 2008. ISBN 978-80-7195-304-3.

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - přehled zkoumaných osob

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA P I: ROZHOVOR Č. 1 PARTICIPANTKA „JS“ (41 let)

PŘÍLOHA P II: ROZHOVOR Č. 2 PARTICIPANT „PK“ (52 let)

PŘÍLOHA P III: ROZHOVOR Č. 3 PARTICIPANTKA „VK“ (44 let)

PŘÍLOHA P IV: ROZHOVOR Č. 4 PARTICIPANTKA „KS“ (32 let)

PŘÍLOHA P V: ROZHOVOR Č. 5 PARTICIPANTKA „AB“ (40 let)

PŘÍLOHA P I: ROZHOVOR Č. 1 PARTICIPANTKA „JS“ (41 let)

Datum rozhovoru: 29. 3. 2016

Chtěla bych se zeptat, po tom, cos zažila při doprovázení, jestli kdyby se v životě naskytla znovu ta situace, jestli bys do toho šla znovu?

No, šla. Jako, když by bylo potřeba, tak ano, jakože co se týká jako spíš jako rodiny, takhle na hospicu už bych asi třeba pracovat nechtěla.

Takže u těch nejbližších

U těch nejbližších. Ten hospic, ono je to takové hodně...ti lidi tam umírají jakože jakkdyž každý den a je to takové, po jako delší době je to jakože takové stresující, takové deprimující. Ne stresující, ale deprimující, takové prostě, když vidíš to umírání furt, jakože jo, to mně tam vadilo.

Šla bys do toho jen s lidma, ke kterým máš třeba silný citový vztah, jako rodina, anebo i rodinní příslušníci, ke kterým ty vztahy jsou sporné, a měla bys pocit, jakože bys to pro ně měla udělat. Jako že bys šla jenom z citu, nebo částečně z rozumu, že to považuješ jako za třeba morální.

Záleží...u těch nejbližších... No, takto, u těch nejbližších i u té širší rodiny spíš by záleželo, jako jak by chtěli oni, nebo jako prostě, no, tak, jak by chtěli oni, prostě protože je to takové, protože mnohdy se dá hůř dohodnout s těma lidma. Protože jsem se starala doma o toho dědu, tak vlastně babička, bylo hodně obtížné něco prosadit. Ona měla furt pocit, že je to špatně. A takže, záleželo by prostě na té dohodě, jak ti lidi jsou přístupní... když prostě ti hážou klacky pod nohy a myslí si, že je to pořád špatně a oni mají prostě pravdu, no tak tak je to tak to... A ještě, když tak třeba nad tím takhle teď přemýšlím, nevím, jestli bych se dokázala takto starat o manžela. No, jakože, nevím, jestli by mi to nevadilo, že by byl takový třeba.

To bys ucítila až v té situaci že, jestli ano nebo ne, že?

No, no, no, jako, ne že bych jakože nechtěla se o něho postarat, ale jestli bych to prostě zvládla. Vzhledem k tomu, že jsme vlastně životní partneři, a tak, že jestli bych to třeba dovedla. Víím, že třeba o máti, o tatínka jo, sourozenci, to tak, když si to představím, tak to, ale ten partner prostě, to si nedovedu představit. To asi až by vyplynulo z té situace, jak toto...

No, a když se k tomu vrátíš, tak co považuješ, co ti to přineslo pozitivního, co z toho ti do života dalo, že to považuješ jako přínos.

Hodně jsem si ujasnila svoje životní priority, jo, co je vlastně důležité v tom životě pro mě a co třeba, čím bych se třeba vůbec nezabývala, co neřeším, jo, tady jo, tady tohle hodně ...

No a z druhé strany zase, co jako bylo negativní, co na tom bylo nejmíň příjemné, nebo fakt vyloženě jako negativní, co ti dělalo zle, nebo, ne jenom jako by ten pocit v tu chvíli, ale třeba jako do toho života.

*Nic tak jako přímo takhle negativního že by jako do života mě to dalo, tak to ne, jakože tak ty nějaké ty pocity, ale vnímala jsem kolikrát **negativní chování třeba** u těch, prostě **když přijeli** prostě ti **pohřebáci**, ti **doktoři**, tak to **jejich chování**, že prostě no, nevím, no na jednu stranu je to jejich obrana, že, oni to prostě berou jako kus něčeho, už to prostě, jakmile člověk umře, už to přestává být jakože člověkem, už to berou prostě, jako když, prostě, kus nějakého nábytku, když to řeknu s nadsázkou. Je to na jednu stranu jejich obrana, aby je to povolání nesešlo, ale na druhou stranu zase jako přece jenom to byl člověk a měli by to brát trošičku prostě s citem, jo? Ale myslím si, že třeba kolikrát i nám se stává, že prostě pak tě to povolání, že nás tak semele, že prostě, jo, že si to ani neuvědomujeme, že se tak chováme.*

A kdyby se tě někdo zeptal, ze známých, zvažoval by, jestli si toho člověk má doma nechat, nebo ne, tak co bys mu doporučila, nebo co bys mu na to řekla?

*Záleží na tom, v jakém by byl stádiu. Já teď tady toto řeším s babičkou a ona je natolik ještě prostě schopná a všechno a doma je taková opuštěná a smutná, jo, že prostě, že bych ju klidně třeba, teďka jsme zvažovali, že bysme ju někam dali, z toho důvodu, aby byla ve společnosti, jo, že aby nebyla pořád doma sama a prostě bez toho kontaktu. Ale když by to byl člověk, který už má před sebou já nevím, pár týdnů života, tak pokud by to šlo, tak bych si ho chtěla **nechat doma**. Zrovna tak třeba, když tak o tom teď přemýšlím, tak třeba teď bych tu babičku někam dala do domova, ať je ve společnosti, ať si vlastně ještě ten život užije s těma svýma vrstevníkama, aby pořád prostě nebyla doma sama. Ale potom třeba, když by na to přišlo, tak bych si ji třeba vzala zpátky, no, nebo bych to nějak střídala, jo.*

No, a jaký máš názor na to, nakolik by byla prospěšná při tom doprovázení pro rodinné příslušníky možnost nějaké teoretické přípravy, že by mohli někde se o tom dozvědět víc, aby věděli, co, do čeho jdou, co budou potřebovat, třeba ty psychologické věci...?

*Já myslím, že by to bylo **hodně prospěšné**, protože spoustu rodin do toho **spadne** tak jakože **po hlavě** a neví, co má dělat a **neví na koho se obrátit**, absolutně jsou **bezradní** a ono je to i možná dané i tím, že ty rodiny třeba to tak jako nechcous slyšet, že ten jejich příslušník je špatný, že třeba může umřít, že tohle, oni to tak nějak odsouvají a myslím si, že by to bylo potřeba, jo, prostě.*

A máš představu, jakou formou by to mohlo být?

*Nějaké, já nevím, prostě, asi **nějakých přednášek**, jo, prostě zajímavých, někde prostě v kavárně, klidně třeba tady tak jako prostě, nebo já nevím, **v nemocnici třeba jako na LDNce***

prostě taky by to šlo. Prostě nějaká přednáška, nějaká tahle, i možná *nějaké stránky* přímo, tady o tomto: *nevíte co a jak, obraťte se, seznamte se zavčas...* Jo, aby to vůbec to ta smrt a umírání je takové hodně ještě... už ne tolik, ale přece jenom je to takové hodně tabu a myslím si, že je to *přirozené*, že to *patří k životu*, že by se o tom mělo *víc vědět*. No, a takže ta edukace je úplně jako *namístě*.

Jak se díváš na srovnání doprovázení umírajícího v domácím prostředí a doprovázení v institucích?

No, já myslím, že *jednoznačně je to lepší pro toho umírajícího doma*. Protože je v tom *známém prostředí*, a vlastně zná to tam a všechno jak když takové ty *blízké věci*, blízké jemu milé věci má jakoby při sobě, to prostředí je mu známé a má *při sobě ty rodinné příslušníky*, takže myslím si, že to domácí prostředí je, jednoznačně jakože, lepší. Výjimka je třeba když ten vlastně umírající *trvale žije v tom, jakože v instituci a už jako je tam jak když doma*, že vlastně ani třeba v rámci demence nevnímá, že by měl být třeba někde jinde, tak pokud to zařízení zase se přizpůsobí individuálním požadavkům toho, té rodiny toho umírajícího a co nejvíc mu to příjemní, tak si myslím, že to je tak jakože *přípustné podle mého názoru, jo?* Jednoznačně bych zavrhl takové to *za plentou, neosobní*, třeba na těch LDNkách a tam, že takovýto *lidi umírají prostě sami*. To se mi nelíbí.

No a vidíš nějakou výhodu naopak toho institucionálního oproti tomu domácím prostředí?

No, tak je to tam takové, že často třeba ta rodina je si taková, jakože neví, je bezradná, jestli něco neudělala špatně a tak, takže přece jenom v té instituci je výhoda, že je tam takový jakože *profesionální personál*, který ví, co má, v jakých situacích dělat a *pomůže té rodině*, že ju prostě ujistí, že to dělá správně, *zklidní tu rodinu*, prostě aby neprodělala zbytečně nějakou paniku a tak v tomto spatřuju třeba výhodu.

A zase z druhé strany nevýhodu v tom domácím prostředí?

Nevýhodu v domácím ... no tak nemám, nevím, co bych teď řekla za nevýhodu v domácím prostředí. Vítězí ta domácí péče. Už jenom třeba když jsou už i ty mobilní hospice, tak dneska taky, že můžou chodit do těch rodin a pomáhat, to je taky takové ulehčení, ale jo, prostě *jednoznačně domácí prostředí vidím jako nejlepší*, pokud to ide.

Když jsi zažila tu bezprostřední zkušenost s umíráním a s tím, co všechno to doprovází, jaký máš názor na eutanázii?

No, tak, já bych řekla, že je to prostě hodně individuální, že, zažila jsem hodně, že lidi jakože trpí a člověk prostě neví, neví, jak jim prostě pomoci, jak aby netrpěli, jo když mnozí si to ještě třeba uvědomují, tak už by chtěli prostě umřít, jo a takto, takže myslím si, že prostě si člověk

jako lidská bytost *nezaslouží žít prostě v bolestech* jo a jako trpět pro nic za nic, jako, nebo prostě trpět, tak jako *neodsuzuju tu eutanázii*. Samozřejmě nedá se to takhle říct, že každý starý nemocný na umřítí, že by prostě se mu měla ta eutanázie jakože poskytnout, ale je to prostě velice individuální na zvážení i té rodiny, jo, možná by to šlo třeba nějak ošetřit dopředu, dokud ještě ten starý člověk, nebo ten umírající člověk dokud ještě je schopný se nějak nad tím zamyslet tak, že by se mohlo sepsat nějaké prohlášení – přeju si, jo, jako že si tu eutanázii přeje, jo, nebo takto, nějak to prostě *ošetřit, aby to nebylo jako zneužitelné*.

Nebo třeba že by to nebylo přímo usmrcení, ale neprodlužování toho života...?

No, ano, no, taky se to dá. Nebo někteří třeba teďka někteří lidé mají, jakože když třeba dojde k zástavě, nechcou být resuscitováni, že nechcou být prostě na umělé jakože výživě, tak to je vlastně taky svým způsobem jakkdyž druh bych řekla eutanázie, že ten život se *zbytečně neprodlužuje*, no, ale já to spíš tu otázku tvoji vnímám, jakože takto třeba, že když se mu podá větší dávka nějakého prostě léku, třeba morfinu a vlastně že dojde prostě jako k zástavě srdce a prostě že ten člověk už je, jako že prostě umírá. Takže spíš to беру takhle tu tvoji otázku.

Takže tvůj názor je, že za určitých okolností, které by musely být prověřené, tak ano.

Ano, pokud ten člověk jo, říkám, protože jsou lidé, když třeba trpí hlavně tou rakovinou, takže oni umírají v hodně velikých bolestech a berou tisíce, jakože buď jakože injekce, takže pokud oni trpí v těch bolestech, tak bych dala mu větší dávku toho léku, aby prostě ten pacient jako usnul a zkrátila to jeho trápení.

No a poslední otázka: Jaký máš názor na paliativní péči, v tom smyslu, jestli bys zvolila při péči o umírající raději mírnější prostředky na tlášení bolesti, nebo raději morfium, které je velice účinné, ale zase za tu cenu, že způsobuje selhání životně důležitých funkcí, čímž vlastně je hlavní příčinou úmrtí? Tím pádem člověk neumírá na to onemocnění, ale umírá vlastně na ten důsledek toho morfia.

Zase je to ... záleží, jak ten člověk je bolestivý, jak má moc velké bolesti. Jo, protože v mnohých případech ta bolest je opravdu velká a zabírá jenom to morfium, a tím jo, a ty dávky se vlastně musí postupně zvyšovat jo, aby vůbec tu bolest nějakým způsobem utišilo, jo takže prostě, jako ano, myslím si, že to morfium je opodstatněné, zvláště u lidí, kdy ví, že opravdu umřou, že je to nevyhnutelné, že vlastně ten konec se nedá tomu nějak zabránit, že ta nemoc je opravdu nevyhléditelná, tak to morfium prostě jenom jak když zkrátí to jejich utrpení, jo, jako. Já bych to neváhala, jakože je to určitý druh jak když bych hodně to přirovnala k té eutanázii, že vlastně mu zkrátíš to utrpení.

Určitě by se měl zohledňovat názor toho umírajícího, že když by třeba řekl, že chce méně tisíců prostředky, protože věří třeba ještě v nějakou šanci ...

No, ano může, ale tito lidé většinou už jsou na tom tak, že oni si sami nedovedou říct, že oni, ta bolest je natolik paralyzuje, že oni upadnou do takové jak když prostě bych řekla agonie, že oni postě ten svět jako možná vnímají, ale už nedokážou ze sebe velice nic nějaké kloudné slovo vypravit, takže, jo a je vždycky vidět když se zvýší ta dávka morfia, nebo se podá to morfi-um, tak to, tak to, tak oni se vlastně zklidní, jo, takže je to i takové jak by řekla, i proto okolí je to takové prostě jak když pozitivní, nebo ulevující, že vidí, že ten umírající prostě jak když se zklidní a jak když odchází v klidu. A navíc vlastně ty dávky toho morfia, to vlastně se nedá jenom tak někde koupit, to je prostě na předpis, všechno je hlídané, evidované, takže ono se to zase tak nedá zneužít, jo.

No a jak probíhá ta indikace, to rozhoduje ten lékař, kolik toho morfia, jestli dát a kolik, nebo ten lékař až po konzultaci třeba s rodinou, protože třeba nemá tu kompetenci, aby o tom rozhodoval.

Lékař, lékař přijde, jako většinou to nepředepíše normálně obvodní lékař, většinou to musí nějaký lékař, co se zabývá tou paliativní péčí, nebo třeba lékař v hospicu, je to ten mobilní hospic, nebo ten hospic, který jako je zařízení a on vlastně rozhodne, jak vysoké dávky. Začíná se od malých dávek a potom se postupně zvyšují. Je to podle hmotnosti a podle toho, jak ten člověk má, každý člověk má jiný práh bolesti, takže podle toho, jak on to vnímá.

A upozorňuje třeba na ty negativní důsledky při té indikaci?

Ano, jo, že jakože prostě, že ti lidé bývají více spavější, jo, potom přestanou přijímat potravu, přestanou potom jakože třeba i pít, jo, že prostě když ty dávky se prostě zvyšují a to, takže ten člověk odchází. Na toto všechno oni upozorňují a je to všechno taky po konzultaci potom buď s tím nemocným, teda s tím umírajícím, anebo více méně s tou rodinou, která se o něho stará.

PŘÍLOHA P II: ROZHOVOR Č. 2 PARTICIPANT „PK“ (52 let)

Datum rozhovoru: 11. 4. 2016

Po vaší zkušenosti, doprovázeli byste blízkého umírajícího znovu, kdyby bylo potřeba?

No jistě, ano.

Co považujete na té zkušenosti za pozitivní, co vám to dalo?

Pozitivní... to, že tak jsem pomohl, že, mámě a taky jsem jaksi zjistil, že vlastně jsem schopný to zvládnout.

Co považujete za negativní z té zkušenosti?

No to mě nic nenapadá jako... mě nic nenapadá.

Není nic takového, co by vyloženě, co jste prožívali, tak jestli tam bylo něco takového, co byste nechtěli už nikdy opakovat, nebo co, z čeho jste byli třeba rozčarování, co pak jako bylo moc nepříjemné, nebo jestli jste byli z některých lidí třeba zklamaní kolem sebe, jak třeba reagovali na to?

Ne, já tady v tomhle nevidím nic, mě nenapadá nic, já opravdu nevím...

Tak tím líp, to je zas dobře pro vás...

Kdybyste byli teda znovu v té situaci, uvítali byste možnost, kdyby vám někdo poskytl ucelené informace ohledně tohoto?

V každém případě, to jako jednoznačně. To bylo jako vlastně, no dá se říct, že toto bylo špatně jako kdyby od začátku, no, že jsem nevěděl... ty situace... ty informace se mi těžko jako sháněly.

A jaké ty informace byste ocenili v té době a jakou formou třeba, máte představu, jak by to mělo, odkud to pobrat?

Tak ta forma je celkem jedno jo, jestli písemně, nebo ústně jestli tak otázka je tak braná...

Třeba nemocnice kdyby organizovala při tom předání toho klienta, pacienta...?

Ano, tak určitě, už od začátku, nebo nejlépe ještě předtím, jo, už před tím, abych se na to mohl připravit ...

Třeba nějaký kurz takový, nebo písemné materiály, co by vám líp pasovalo?

V podstatě to je celkem jedno, no, jestli písemně, nebo možná písemně, ale hlavně určitě před tím, ať je čas na to nasmlouvání se s těma firmama, které se o to budou starat, které budou pomáhat k tomu ošetřování.

A ohledně čeho ty informace by byly nejpotřebnější, jako, jestli zdravotnické, nebo psychologické, aby člověk si s tím poradil...

Komplexní, no tak, od umývání, od nějaké té lékařské péče doprovodné k tomu, prostě kompletně všechno co je potřeba, co se toho týká, to je zbytečně vyjmenovávat.

No a jaký byste měl názor na to, kdyby se do výuky středních škol měla zařadit tady tato věc...?

No já si myslím, že to je zbytečné, ještě ...

Proč si myslíte, že to je zbytečné?

Protože ten věk je ještě takový malý, no nízký na to, aby, nebo takhle, asi se nedostane k tomu hned tak někdo v tomto věku, že to přijde až později.

Jak vnímáte rozdíl mezi institucionální péčí o umírající a domácím prostředím? V čem vidíte výhody a nevýhody u obou dvou těch možností?

No, výhody jakože v nemocnici a tak, jsou v tom, že by ti doktoři měli vědět nejlíp, co udělat v jakoukoliv danou dobu, že jsou vlastně na to vzdělání. A co se týče jako domácího prostředí, tak je to logicky lepší spíš pro toho pacienta, to v první řadě, pak tím pádem i pro toho, kdo se o něj stará, že ví, že je mu líp. A ty nevýhody v tom domácím jsou snad takové, že člověk třeba, zvláště ze začátku, hůř rozpoznává jako ty stavy. Hlavně teda ze začátku, pak je to, pokud ten stav je setrvalý, tak už se člověk do toho dostane a je schopný se v tom už jako orientovat.

A co se týká tak třeba vztahově a citově, připadá vám třeba těžší mít toho člověka doma, nebo těžší, kdyby ho měl v tom zařízení, kde by chodil za ním se jenom dívat?

Když jsem tam jezdil za maminou, tak to taky vlastně nebylo nic jednoduchého. To jsem musel s tím nějak počítat, že odpoledne ještě tam musím jít, jo, nemohl jsem se jakkdyby nějak... taky to není úplně jednoduché jo, tam jezdit a jsou tam spíš takové sklony že, ježiš tak půjdu zítra nebo tak, že třeba to přeložím a tak, jo ale na to ošetřování je lepší, když jsou dva určitě, protože tím pádem se vystřídají a to starání je o to jednodušší. Takže si myslím, že doma, určitě, určitě doma.

Pak když to skončilo, vnímal jste třeba, že jste rád, že jste to tak udělal i kvůli takovému nějakému svědomí, nebo jakoby vracení tomu člověku?

To určitě, ale ty výčitky, že jsem něco neudělal, jsou furt jako. Že jsem něco ještě mohl udělat, co jsem neudělal, že jsem tu maminu nehodil do auta a ještě se s ňou neprojel tady po okolí, tak jak jsem to chtěl udělat, ale jakési výčitky jsou, ale si myslím, že, jako neptám se nikoho, protože vím, že by mi odpověděl: jo, udělals všechno, ale tak člověk nikdy neudělá jako úplně všechno. Asi ten pocit, že jsem mohl udělat víc, určitě...

Člověk když je v té situaci, tak spoustu věcí ani třeba nedomyslí, že, v tom stresu?

No je to těžší, je to, je to v podstatě těžší tím, že člověk je furt, permanentně v tom jakože stresu.

Takže to vás spíš napadlo až potom, jo?

Nenene, toto já už jsem vymýšlel, protože já jsem furt vymýšlel něco, jak té mamince to jako zpříjemnit, tak v tom ne, ale že jsem třeba to neudělal zrovna, třeba tady tohle. Totiž ono to úplně nebylo jednoduché s těma kapačkama. No ale mohlo se to zkusit no. Ale zas člověk neví, jestli by to bylo pro ni úplně to nejlepší, zase ji vrátit zpátky do postele jo po tady nějakém tom zážitku. Já vím, kterou cestu měla nejradši, tak tu jsem jí chtěl jako s ňou sjet. Ale zase to byla cesta, kdy to měla nejradši s tátou, když jezdili autem, takže taky jsem to nevěděl, i když mohl jsem to udělat.

A jaký máte názor na eutanázii?

To je těžko...pokud si ten člověk sám rozhodne, tak... jako myslíte tuhle otázku, v tomhle směru
Tak já bych řekla třeba z pohledu toho prožitku, co jste zažil s tou maminkou, jestli byste, kdyby ona, kdyby to bylo tak těžké, že kdyby ona moc chtěla, jestli byste stál o to, aby to bylo legalizované? Anebo třeba i z pohledu svého, kdyby člověk byl v takové situaci, jestli by chtěl, aby měl takovou možnost...

No v tom případě s tou mojí maminkou, no takhle k tomu nikdy nedošlo do takovéto situace, kdy bych o tom přemýšlel já nebo máti, takže jsem o tom nikdy tak jako nepřemýšlel.

A kdyby vás požádala? Kdyby to bylo legalizované, souhlasil byste s tím? Vnitřně jak to máte nastavené?

No, hrozně těžko asi.

Mně to přijde jako, že to někdo má nastavené tak, že rezolutně ne, někdo zas... to fakt záleží na tom, jak to člověk vnímá, jak je člověk třeba věřící...

*Já věřící nejsem jako takhle oficiálně, ale asi ne, asi těžko. Možná kdybych se do té situace dostal, kdybych se musel rozhodovat, tak bych o tom asi nějak víc přemýšlel, *ale spíš ne, spíš se přikláním, že ne.* Jedině kdyby... ne, já vůbec si to...já vůbec nemám na to sílu se k tomu...*

A u sebe třeba, kdybyste to musel řešit u sebe? Asi záleží na tom, v čem by člověk byl, že, co by prožíval, jak třeba moc by to bylo třeba bolestivé nebo nesnesitelné?

Tak ono se to dá furt tlumit těma lékama, ale jak říkáte, že jsou třeba ty vedlejší účinky, že by se, já si myslím, že pokud ta situace je tak nevratná k tomu lepšímu opravdu, jako že už je to, že už je to jako opravdu ty orgány a všechno už je na tom tak špatně, že řešit to spíš tou eutanázií jakože utišujícíma lékama až jakože vlastně jakoby dokonce. Já myslím, že ta šance je taková, že i kdybych se uzdravil, tak jakoby napůl, že pak by ty orgány byly jakoby dobré než by se to ničilo lékama a že jako by se to až tak zlepšilo, že by to byla škoda to ničit těma lékama, já si myslím, že taková situace v takových těch vážných případech asi už nebývá. To už je na hranici zázraku a ty zázraky ať se raději dějou dřív o něco.

A je fakt, že zas se dívat na toho člověka, jak trpí, tak tam už se fakt neřeší nějaké orgány, tam už se řeší jenom, aby to bylo snesitelné.

Přesně tak, aby to bylo snesitelnější a aby člověk si ho vlastně neusmrtil, když to tak řeknu. Ale já jsem se do té situace s máti nedostal, tak, a navíc pak tam ten konec, to vzalo hodně rychle, že máti už třeba spala i dva dny, jo že vlastně v podstatě už o sobě ani nevěděla a jenom dýchala ... ale pak se probudila a byla zase v pohodě.

A ona si byla vědomá toho, jak je to vážné ten její stav?

Máti určitě věděla, jak je to vážné. My jsme to sice spolu nikdy tak jako neprobírali, ale ona byla velký bojovník.

Já už jsem ji znala právě jenom tady, a někdy mi připadalo, když tak, jednak toho člověka neznám, jak reagoval před tím, a někdy mi přišlo, že byla tak jako ... že třeba možná ani nechápala pořádně. Ale ono možná je to i tím jak byla třeba z těch léků...

Ale jinak ona měla hlavu úplně perfektní, ona mi řekla, jo, když jsem něco hledal v kuchyni nebo ve špajsce, je to tam a tam, jo, takže ona měla jako úplně perfektní hlavu. A navíc ona byla tady hrozně ráda jo, ji to drželo, ona kdyby bydlela v činžáku, tam kde bydlela před tím, jo, před těma třema rokama, tak už by dávno nebyla. Ona tady byla nadšená šíleně.

Tak ten konec zase měla na druhou stranu, že jste ji vzali sem, tak to bylo supr.

Jo, jo, ta možnost byla, takže, že, já tady mám dílnu, takhle vždycky ráno na mě čekala, už mi ukazovala zelený čaj uvařený, jo.

Tak vás měla po ruce a ona tady měla i ty kamarádky, že?

Navíc ona se velice rychle skamarádila. Ona se, hodně ji to drželo, psychika úžasná věc na tady toto.

PŘÍLOHA P III: ROZHOVOR Č. 3 PARTICIPANTKA „VK“ (44 let)

Datum rozhovoru: 12. 4. 2016

Po vaší zkušenosti s doprovázením, kdyby bylo potřeba v rodině doprovázet blízkého znovu, šli byste do toho znovu?

No, ono záleží na tom, co nějak to doprovázení jakože předchází, jo, protože my tím, že ta babička měla vlastně tu Alzheimerovu chorobu, takže to bylo takové jako hodně těžké, jo. Ale pokud bych se měla rozhodovat třeba o tom, jestli dochovám svoji vlastní maminku, protože to byla babička, nebo tatínka, a bylo by to jeho přání, tak bych se asi určitě nerozmýšlela jako, určitě bych do toho znovu šla jako.

A z té zkušenosti, kterou jste zažili, co považuješ za pozitivní zkušenost, co ti to dalo do života.

Posunulo mi to hranice, jako jo, že kdyby mi třeba před, já nevím, třema čtyřma rokama někdo řekl, že to, co jsme defakto jakkdyby dokázali, dokážu zvládnout, jo, fakt se o toho člověka takhle starat a podřídit tomu veškerý soukromý život vlastně defakto všechno, jo, tak bych tomu možná ani nevěřila. Ale ono nešlo jenom o ten čas, ono šlo i o ty věci, které člověk musí prostě dělat.

Hmmm, člověk zvládne víc, než si myslí o sobě, že?

No, to určitě.

No, a kdyby ses na to podívala z té opačné stránky, co zase negativního, co považuješ za negativní z té zkušenosti?

Mě strašně ubíjelo, že čím víc jsme se snažili, jako kdyby, tak neviděli jsme nikde žádný výsledek. Jako když to řeknu tak jako škaredě, jo, že jsme se mohli snažit sebevíc, ale nikde tam nebyl ani sebemenší posun k lepšímu jako jo.

Chybí ta pozitivní odezva, jak třeba když vychováváš děcko, tak je to taky dřina...

Přesně tak, to jsem si vždycky říkala, že na to budu pohlížet tak, protože ona ta babička už potom pak ve finále na tom takhle byla, že, jak malé děcko. Tak jsem si ve finále říkala, že aby to nebylo pro mě tak těžké, že se k ní budu chovat jak k malému dítěti prostě jo. Ale právě u toho malého dítěte člověk vidí aspoň nějaké miniaturní posuny, kdežto u toho nemocného starého člověka už to bylo den ode dne horší a horší. Tak to bylo asi prostě nejhorší.

No a v té době, ocenili byste, kdybyste měli možnost získat informace třeba dopředu o tom, o praktických věcech, o tom co vás čeká, bude čekat, co si nachystat, bylo by to potřeba?

Určitě jo, protože já třeba vůbec nevím, co bych si počala, kdybych neměla tu kamarádku, která vlastně v tomhle chodí, vyzná se v tom, dokázala mi poradit, jo, protože mě třeba překvapilo, když jsem se zeptala, když už se vědělo, že ta babička je tak nemocná a zeptala jsem se doktora, jako, jak to bude třeba postupovat nebo pokračovat, jo, tak nikdo nebyl schopný mi žádné informace dát, a každý jenom strašně kroutil hlavou nad tím, že tu babičku chceme dochovat doma, jako, jo, že prostě, že s takovým postižením bysme ji určitě měli dát do nějakého zařízení nebo do nějakého domova, jako jo, ale nikdo mi neřekl takové nějaké kusé informace jo, že postupně bude přestávat mluvit, bude přestávat chodit, nebude vnímat... tak to jo, ale jak se k tomu člověku chovat, nebo co to bude všechno obnášet, to mi nikdo neřekl, a to mě strašně mrzelo.

Takže by to byl fajn. No, a kdyby ta možnost byla, já jsem se chtěla zeptat, jaké ty informace by bylo potřebné, to už jsi teď vlastně řekla... a jakou formou by sis to třeba představovala, že by to byl fajn?

Já bych klidně si zašla i na nějaké setkání někoho, kdo už tohle prožil, kdo už to má za sebou, něco jako formou seminářů třeba, jo? Možná bych to uvítala víc, než já už potom jsem zjistila, že paradoxně jsem v té době neměla moc čas vysedávat na internetu, že nějaké tady tyhle informace a zkušenosti se dají získat i na internetu, ale já osobně bych fakt preferovala nějaké osobní setkání, semináře...

Hmm, ono je to i lepší, že, když je tam ta zpětná vazba...

Určitě, určitě, no, s někým kdo fakt ty zkušenosti má přímo.

No, a kdyby se zvažovalo, že by se zprostředkování tady těch informací základních, které souvisí s tím koncem lidského života, kdyby se to mělo zařadit do výuky středoškoláků, jaký bys na toto měla názor?

Ono je to těžko, já vzhledem k tomu, že doma toho středoškoláka mám, nedovedu si úplně představit, jak ty děcka, které jsou vlastně na startu života, jak by k tomudle přistupovali, jo, že by se měli začít učit o konci života, měli by se začít připravovat na to, že někomu ten život končí, tohle se mi nezdá moc. To si myslím, že oni mají teďka a kór v dnešní době, kdy mají tak obrovské možnosti, že oni mají ty myšlenky úplně někde jinde, že pro ně nějaké tady umírání nebo stáří, nebo tak ...

A ještě v té společnosti je kult mládí a kult všeho, co je zdravé, krásné, dokonalé, že pro ně to je, oni tohle odstrkují, že? To spíš až pro tu generaci, kde už se jich to týká, kde už jde o ty rodiče, kde už je ten osobní prožitek, tak tam by to mělo význam.

No, určitě, určitě jo.

Jak se díváš na srovnání domácí péče o umírajícího a péče, kterou nabízejí instituce, které se na toto zaměřují?

No, tak doma si myslím, že ta péče je lepší, protože člověk se stará jenom o toho svého blízkého, jo, kdežto si myslím že v nějaké té instituci ať je to nemocnice, ať je to domov důchodců, tak ač by třeba ti zaměstnanci chtěli tu péči mít kvalitnější a jinačí, tak oni mají jen určité možnosti, jo, takže musí to udělat v rámci těch svých možností, jo, takže si myslím, že se snaží co nejvíc tomu člověku ten odchod jakoby usnadnit, ale doma je prostě doma. Přece jenom ten člověk umírá v tom rodinném kruhu, jo, a tak je u cizích, jo, ač je ta péče třeba v té nemocnici, nebo v tom seniordomě nejlepší, jaká může být, furt jsou to cizí lidi jako jo, takže si myslím, že doma je doma, ač si myslím, že zase pro ty rodinné příslušníky, když to řeknu hnusně, to není tak emocionální a není to pro ně tak těžké, když ten člověk umírá někde v té nemocnici nebo takhle, jak když ho vidí prostě od rána do večera a ví, že už ten konec se blíží, ale nemůžou mu prostě nějak pomoci. Je to pro ně horší, jo, co se týče psychiky a tak, ale myslím si, že je lepší umírat prostě doma.

No a vidíš nějakou výhodu v tom institucionálním, když jsme si řekli, že ta domácí péče je určitě lepší, ale připadá ti oproti té domácí něco výhodnějšího?

Výhodnějšího jenom to, že to není tak psychicky náročné, že toho člověka nemáš furt před očima, jo, to vidím jako jedinou výhodu. Možná taky záleží na tom, proč ten člověk umírá, jo jestli je nějak opravdu jakože vážně nemocný, nebo takhle, tak ta instituce, třeba nemocnice, dá mu určitě lepší péči, jo. Má jiné prostředky. Může mu dát léky proti bolesti, jo, může tomu člověku nějak pomoci od té bolesti prostě, to doma jakože nemůžeš, takže zas bych to rozdělila, že záleží na tom, na co ten člověk tak nějak jakože umírá.

A taky možná záleží na povaze toho umírajícího, že třeba někdo, i když já si myslím, že většina lidí by zvolila doma, ale přemýšlím, jestli by se našel někdo, kdo by třeba právě díky té důvěře v tu profesionalitu by třeba radši zvolil třeba ten hospic, anebo nějaký kompromis.

Ano, nějaký kompromis, ale myslím si, že ale i spousta znám teda nějaké lidi, kteří právě třeba tohle vůbec nechcú, jo, že ty říkáš, že spousta lidí si zvolí radši být doma, ale já znám, třeba od kamarádek, rodiče nebo prarodiče, kteří právě kvůli tomu, aby takhle netrápili tu svou rodinu, si radši fakt zvolí tady nějaký ten hospic, nebo nějaký ten penzion, jo. Zaprvé mají pocit, že tam bude o ně třeba aj líp postarané kvůli tomu, že jsou nemocní, ale převážně kvůli tomu, že ta rodina to nemusí takhle vidět a takhle těžce to fakt prožívat.

Anebo to jsou takoví ...ti staří lidi mi někdy připadají, že k tomu přistupují, že nechcous cítit jako přítěž, že? Že oni těžko nesou, že jsou přítěží, že si to chtějí vyřešit sami za sebe.

A jaký máš po tom, co jste zažili doma umírání, jaký máš názor na otázku eutanazie?

Já bych byla rozhodně pro, jako, protože pokud si myslím, že ten člověk je při smyslech, zase, jsou nemoci a nemoc, ale myslím si, že pokud ten člověk je při smyslech, tak by měl mít právo jakoby rozhodovat, jo, pokud vidí, že opravdu ten stav už nebude lepší, a bude to jenom horší, a trpí jak on, tak hrozně ta rodina jako kolem něho, tak si myslím, že by měl mít tu možnost, si o svém životě jakože rozhodnout. On někdo říká, že si život nedal, takže nemá právo si ho ani jakože brát, jo, ale myslím si, že pokud je člověk svéprávný, tak by měl dostat možnost o tom, když to řeknu nadneseně, o tom svém těle nějak prostě rozhodovat a měl by dostat šanci odejít důstojně jako tady z tohoto světa. Takže já si myslím, že rozhodně ano.

Muselo by se to pořádně ošetřit, aby to nebylo zneužitelné, že?

Samozřejmě, o tom se taky hodně mluví, že by se to dalo zneužít, zas na druhou stranu, co se v dnešní době nedá zneužít, to je jedna věc, a na druhou stranu si myslím, že není problém to opravdu nějak prostě ošetřit, udělat nějaké nezávislé konzilium z lékařů, kteří prostě rozhodnou o tom, jestli ano, nebo ne. Myslím si, že s tím ošetřením, zvlášť tady u tohoto, u těchto závažných nemocí, by to neměl být zas až takový problém.

Takže si myslíš, podle toho co říkáš, že ty osobně, kdybys v takové situaci byla, tak bys byla pro? Že bys tam neřešila nějaké, třeba myslím, že s tím mají problém lidé, kteří jsou věřící...

Určitě, tak jak říkám, že sis ten život, prostě oni to berou tak, že sis ten život nedal, takže nemáš právo si ho ani jakože brát jako jo, ale já to zas beru jakože určitou formu sobeckosti, jo, že ač se ten člověk cítí sebehůř a tak, ta nemoc třeba postupuje a je na tom čím dál hůř, má obrovské bolesti prostě, jo, a může tady být klidně ještě v těch bolestech ze dva měsíce, že to zas beru jako určitý typ sobeckosti, že ho ta rodina prostě násilím drží, jo, jenom aby s náma tady ještě ty dva měsíce zůstal. Je to úhel pohledu, ale já to beru jako fakt takhle.

My to tak třeba právě máme v tom Alzheimercentru, a bavili jsme se o tom, že jsou tam lidé, kteří podle mě, kdyby se to nechalo na přírodě, tak už tady dávno nejsou, ale tím, že se jim dávají ty sondy a vlastně se to tělo udržuje při životě tady tímto, tak ten člověk, furt to tělo funguje, i když ta hodnota života už nemá absolutně žádnou kvalitu. Takže si myslím, že fakt, teď tam zrovna máme nového pána, a on přišel s tím, že má prohlášení, že pokud by se dostal do takové situace, takže odmítá sondy, odmítá ožívování, že prostě

chce nechat přirozený průběh, což se mi líbí osobně. Protože si myslím, že pak už to fakt je trápení pro všechny.

Jo, určitě, zaprvé a zadruhé je i spousta lidí, co vím případů, že třeba ten mozek už dávno nefunguje, nepracuje, ale stejně se prostě ti lidi udržují... Jo určitě bych byla pro, jako podle mě tohle, říkám, zaprvé je to mrhání penězma, opravdu, které by se daly využít úplně někde jinde, na lidech kteří ještě tu šanci nějakou ještě mají, jo, a za druhé je to strašné trápení jak toho člověka, tak té rodiny.

Já si myslím, že kdyby ten člověk měl možnost říct, tak by sám řekl, ať už to skončí...

Určitě, určitě.

Jaký máš názor, při léčbě bolesti při umírání, na to, takhle, existují dvě varianty, existují prostředky tlášení bolesti, které jsou šetrnější a šetří se organismus toho umírajícího, nebo jsou silné léky, jako morfiem, ale ty v konečném důsledku způsobují to, že člověk vlastně umírá na selhání životně důležitých funkcí, způsobené právě tím morfiem, takže ten člověk neumírá na to onemocnění, ale na toto.

No, když se nad tím tak zamyslíš, tak to je určitá legální forma eutanazie, jo, tak bych to brala, takže určitě než toho člověka nechat se trápit v bolestech, jo, tak radši mu ulevím, ať je mu líp, jo, i za tu cenu, že třeba fakt... stejně odejde, a jestli ti odejde za měsíc s menšíma bolestma a aspoň v trošičku větší pohodě, než aby tu byl tři měsíce s obrovským bolestma, jo, ale zemřel na to, na co má, stejně zemře, a já si myslím, že ve finále je úplně jedno, jestli na to, nebo na to

Myslíš, že by k tomu nemohl někdo přistupovat tak, že třeba je to sebrání šance, že třeba ještě by se ta nemoc mohla vyvinout, třeba obrátit a že vlastně tím, že se to tělo zlikviduje morfiem, že už se ta šance odebere?

Nejsem doktor, nedokážu to tak nějak jakože posoudit, ale myslím si, že pokud už jsou ty bolesti tak obrovské a ten člověk se tak trápí, že se přistoupí až k tomu morfiu, nemyslím si, že by někdo nasadil morfiem jenom, že by si chtěl ulehčit práci nebo aby toho člověka, že neexistuje nic jiného, co by ho té bolesti zbavilo, takže si myslím, že ,...

Ano, pokud je natolik způsobilý a svéprávný a schopný, tak by si to měl rozhodnout sám, určitě jo...

Já, když to беру za sebe, já určitě bych do toho morfia šla. Ale asi člověk by musel mít od těch doktorů potvrzení, že už je to fakt konečná, že už tam není šance... A teď ještě je otázka, jaký má kdo práh bolestivosti, že přestože by ti třeba řekli, že třeba ještě je naděje, ale ty bolesti už by byly tak silné, že možná v těch bolestech už tak má zamlžené všechno, že už je mu to všechno jedno, hlavně chce se zbavit bolesti.

Přesně tak, protože když tě něco tak strašně bolí, myslím si, že každá nemoc, takhle už třeba vážnější, potřebuje, aby ten člověk měl sílu bojovat, jo, protože můžou ti dávat tisíckrát naději, že se s tím dá ještě něco dělat, ale pokud ty nemáš sílu bojovat, tak si myslím, aspoň je to teda můj názor, že to tělo to stejně nezvládne, jo, a pokud tě něco tak strašně bolí, jo, a tak jak říkáš i ty, jako někoho začne bolet hlava, vezme si prášek a hotovo a někdo to fakt vydrží, jo, ale pokud už máš takové obrovské bolesti, že ani nemáš sílu bojovat, tak je to stejně na nic, přesně tak.

PŘÍLOHA P IV: ROZHOVOR Č. 4 PARTICIPANTKA „KS“ (32 let)

Datum rozhovoru: 14. 4. 2016

Po tvoji zkušenosti s doprovázením, kdyby bylo potřeba, šla bys do toho znovu?

Rozhodně. Vzpomínám na to s velkou úctou a láskou, byl to velice takový silný zážitek pro mě, z kterého víceméně doted' čerpám sílu. Byl to pro mě takový mír.

No, a když už jsme u toho, co ti to dalo pozitivního do života ta zkušenost?

No rozhodně mi to dalo to, že to nemusí být takový strašák, jak to většinou společnost vnímá, že spíš že ta smrt je téma o kterém nikdo nechce jako spíš mluvit a bere se to tak jakoby izolovaně, takže jsem zjistila, že to může být opravdu jako by pěkná součást toho života, jo, že. Nevnímali to teda tak všichni rodinní příslušníci, kteří byli u toho, pro některé to bylo spíš jako, že to bylo pro ně traumatické, ale já jsem to vnímala právě úplně jinak.

No a je něco, co ti to přineslo negativního, na co nerada vzpomínáš?

Nerada vzpomínám na ty reakce těch rodinných členů, kteří opravdu jako u toho brečeli a volali jakoby tu babičku zpátky a pro ně to bylo opravdu jako spíš trauma a pro mě to bylo jako, že odcházela v poklidu a věděla jsem, že v ten daný okamžik vnímá, že jsme všichni u ní a my jsme k ní mluvili, a když k ní promluvil vlastně bratranec, kterého ona měla nejraději, tak jako začala plakat, že jí normálně začaly téct slzy, přestože už jakoby nevnímala před tím. Takže byla vidět ta změna té reakce, jakože opravdu poznala, kdo je u ní, tak věřím, že i pro ni to bylo takové, jakože splněný sen, že umřela v rodinném kruhu.

No, a když bys měla možnost v té době, uvítala bys přístup k nějakým informacím, že by člověk na to byl víc připravený, že by věděl psychologické nějaké ohledně věci a praktické ...

No s téma psychologickým jsem neměla až takový problém, protože mě psychologie vždycky zajímala a tady toto téma mi nebylo cizí, ale s čím jsem tam měla já deficit, tak spíš mi chyběly takové ty zdravotnické dovednosti v tom směru, že babička vlastně když umírala, tak měla zápal plic a měla vysoké teploty a třeba ted' už bych něco udělala jinak, jo, že já už jsem to pak brala ke konci jako že, už jí nic nepodávejme, už jí nedávejme třeba ani nějaký mokrý hadr na plíce, protože už stejně jakoby umírá a ted' už bych to třeba si řekla, no, brala jsem to, abychom to jí spíš neprotahovali, no ale zpětně se na to spíš dívám tak, že i kdyby se jí mělo i na vteřinu ulevit, že jsme jí to měli ještě dát, víš. Že třeba mně chyběly spíš tady ty zkušenosti, co se týče takového toho základního zdravotnického, jako co tady toto obnáší a co jako na to.

Takže tento typ informací... A máš představu, jakou formou by ti to vyhovovalo, se dostat k těm informacím?

Asi *přes zdravotníka*, jakože který asi měl tu babičku předtím obvodák v péči, tak možná kdyby on spíš jako nás takhle víc vybavil, protože víceméně oni už nám ji dávali s tím, že opravdu už umírá, tak jako ať už shromáždíme rodinné členy, a ona byla doma, on tam za ní přišel, ale možná že nám mohl ještě on i říct, ale tak jako bude to *probíhat tak a tak* tak ještě *udělejte tohle* a *tohle*, jo.

A co třeba zkušenosti ještě nějakých jiných lidí, nebo třeba nějaké brožurky, kde by se člověk dozvěděl nějaké takové základní informace, co by ti tak bylo nejbližší?

Já si myslím, že nejbližší je vždycky to *předání přes toho člověka*, jo, že myslím si, že ideální je, když... nevím, jestli funguje *nějaká linka*, moje třeba kamarádka mi taky jakoby popisovala tohle, že třeba neví *kam se obrátit*, ale že by jí to spíš vyhovovalo jako přes ten *slovní projev*, aby jí někdo předal prostě stručně nějaké *informace*, jak *se chovat k umírajícímu*, protože někteří lidi s tím třeba opravdu nemají *zkušenost*, protože jejich rodinní příbuzní většinou umírají v nemocnici. Takže když se pak někdo rozhodne, že chce *dohovávat někoho doma*, tak třeba opravdu *neví, jak se k němu chovat, co a jak*. V tomto je velká *mezera ve společnosti*.

A jaký bys měla názor na to, kdyby se uvažovalo o zařazení do výuky pro středoškoláky tady toto téma. Že by se nějakým způsobem tady o tom oni informovali?

Já mám na to trochu morbidní názor, *já už bych to dala na základky*. Já si myslím, že by to, tím, že je to *součást života*, že by se to nemělo brát, že je na to nějaký věk až ideální. Protože když to podáš prostě *pravdivě a přizpůsobíš to tomu věku*, tak si myslím, že už i ty menší děti by to měly brát, *že je to běžná součást života*. Na základkách, jako celkově si myslím, že i na té základní škole by mělo být i *víc informované* o tom, jak vychovávat děti a tady ta výchova k rodičovství by měla začít taky mnohem dřív, jo, ale jiným způsobem než třeba je já nevím formou předmět rodinná výchova. Toto jsou takové dvě věci, které nejdou od sebe oddělit a v podstatě se o nich až tak nemluví a lidi nemají *dostatek informací*.

Jaký máš názor, srovnání péče o umírajícího v domácím prostředí a v prostředí institucionálním?

Tak určitě kdybych byla v kůži toho daného člověka, tak bych preferovala umírání doma, vzhledem k tomu, že si to přeje 90 % lidí, zemřít doma a pouze 10% se to daří, tak já bych preferovala tohle a bylo by to z toho důvodu, že v domově *se lidé přizpůsobují tomu člověku*, kdežto víceméně v tom zařízení se člověk musí nějak *napasovat na ten chod toho zařízení*. Tak v tom je ten hlavní rozdíl. Že určitě je *víc vycházeno těm potřebám* v tom domácím prostředí od lidí, kteří k tomu člověku *mají mnohem hlubší vazbu, než ti ošetřovatelé*.

No a v tom domácím vidíš něco negativního a v institucionálním pozitivního?

Tak určitě, pokavaď to ta rodina psychicky nezvládá, nedokáže tam mít ten odstup, tak v tom případě pokud se na to sami necítí a působí jim to velkou bolest, třeba by toho člověka spíše zneklidňovali a nešlo by jim umožnit, aby odcházel v klidu, jsou takové případy, kdy tam ti lidé brečí a prosí, neodcházej, nenechávej mě tady, tak v takovém případě je asi lepší, aby ta rodina byla pod dohledem někoho, kdo je trošku usměrní.

A doma negativní?

Doma negativní, asi jenom v tom směru, že ti lidé nejsou až tak informovaní a některé věci úplně neví. Třeba týká se to toho, že, zrovna jsem se s tím setkala u kamarádky včera, že jim ten jejich umírající tatínek prostě přestal chtít pít, tak oni nevěděli, že se mu to má začít dávat stříkačkou, když to odmítá. Oni to brali, že když nechce, tak nechce. A nevěděli třeba, že nemají se už takhle ptát a dávat mu tu vodu prostě žanetou. Takže z toho byli překvapení. Tam je velmi malá informovanost o tom, protože ta tradice těch úmrtí doma byla přerušena někdy za doby komunistů se začali strkat ti lidé do nemocnic, takže v podstatě se jakoby přerušila a ti lidé už ty informace až tak nemají, nevím. Nemají s tím třeba osobní zkušenost, jak to bylo dřív po generace, že ti lidé umírali doma normálně a každý toho byl součástí a už pak trošku měl odporované co a jak, takže asi takhle.

No a druhá otázka, jaký máš názor na eutanázii?

Z mojího hlediska za mě ne. Já neříkám jako, určitě vím, že ti lidi mají veliké bolesti, ale já mám svou vnitřní spiritualitu, která se neslučuje s tímto názorem, že by ta eutanazie měla být umožněná. Spíš si myslím, že je to zase menší kvalita té paliativní péče, zase malá informovanost třeba, jo, že určitě už existuje taková škála těch tisících prostředků, že je umožněno, aby ten člověk to prošel až do konce a že je to v tomhle určitě jiné než dřív, kdy ty prostředky prostě nebyly, takže myslím si, že za mě ne. Neslučuje se to s mými morálními hodnotami. Něco jiného, u zvířete to беру asi trošku jinak, ale u toho člověka, toho беру jako duchovní bytost, která prostě je vícerozměrná, nemáme právo jakoby, ten důvod dycky, proč ten konec má takový, tam je z mojího hlediska a člověk nemá právo do toho zasahovat, může mu tím naopak třeba přitížit. Protože to zbereš mu zkušenost, kterou třeba jakoby ta duše na tom vývoji svém potřebuje.

Možná třeba tak jakoby to neprodlužování toho života...

To je taky jednoznačně jakoby proti v podstatě jakoby božím zákonům, když to vezmu z tohoto hlediska, protože jako podle mě člověk, který je dlouhodobě nutně na přístrojích, tak to už je taky proti jako životu. Něco jiného je, když se jedná o přechodnou záležitost, ale pokud je na tom někdo několik let, tak to nemá smysl. To neberu jako eutanázii, jo. Pokaď sám nedýchá,

byť by tam byl rok, dva, tak to je. A stejně bych se na to dívala i z hlediska toho, když ten člověk... Spíš si myslím, že je hodně na závalu, že někdo je v posledním stadiu rakoviny, má 90 let a oni ho stejně dají operovat. Že jde vidět, že spíš si tam pojišťovna chce, nebo lékaři si tam spíš potřebují prostě nahonit na takovém starém člověku v podstatě ty úkony, ale myslím si, že kolikrát to doporučí tu operaci rodina v okamžiku, kdy pro člověka by bylo lepší nechat ho v klidu odejít. Zbytečně, prostě, jako, když už tam není perspektiva, tak to vidím jako takové týrání lidí v podstatě. A je to hodně častý jev. Protože pak ten člověk v podstatě trpí ještě tím, že má bolesti, jizvy, já nevím, prostě po té operaci, jo, když ho rozřežou někde napůl, tak to taky často vidívám, že už hodně, hodně staré lidi operují, když už oni jsou v tak špatné kondici, že spíš je ta operace jako, jim ten konec ještě znechvalit.

A kdybys třeba měla, starala se o někoho a viděla bys, že trpí a moc by tě prosil, že by...

Neudělala bych to, na to nemám právo.

Kdyby to bylo třeba uzákoněné, že by to bylo povolené...

Nesouhlasím s tím, nee.

Ty bys nerealizovala, třeba mu zprostředkovat tu ...

Ne, ne, já si myslím, že je tam jednoznačně jako ten člověk fakt má důvod, proč toto má prožívat a v tomto souhlasím s tím křesťanským vnímáním, jo, že prostě se to dělat nemá, protože mu tím můžeš udělat zásah do toho jeho životního vývoje a prožívání. Myslím si, že v té škále těch prostředků, které dneska jsou, tak určitě existuje vždycky něco, co zabere. Navíc oni to mají v takových cyklech a všimni si toho, že často ti lidi mluví, že ono se před smrtí zlepšili a že byli třeba veselí a tak, jo, že ta nemoc má takové různé cykly. Že on jeden den tě může prosit bolestí, ať mu to ukončíš, a druhý den ti řekne, to je tak krásně, já jsem tak rád, že vidím ještě tam ten strom rozkvetlý a já su tak rád, že vidím ještě to svoje děcko, nebo vnouče... Jo, že ono to má různé cykly. A těsně před tou smrtí oni většinou se zlepší a odchází jakoby smířeně. Takže ty mu vezmeš tu možnost toho smíření, a toho, aby on odcházel absolutně připravený prostě na tu smrt.

No a poslední otázka: u tisících prostředků, upřednostňovala bys ty radikálnější, jako je morfiu, přestože zlikvidují orgány a člověk vlastně umírá už potom na tu destrukci těch orgánů, ne na to onemocnění, nebo raději mírnější formy tlášení té bolesti?

Já si myslím, že toto si má asi opravdu rozhodnout ten člověk sám. Pokažd' by řekl: mně to nestačí a bolí mě to, tak asi ta rodina určitě se nebude chtít dívat na to, jak kvílí někde v bolestech, jo, takže to je asi individuální a spíš je to o tom přání toho daného člověka.

Já se na to dívám ještě z toho pohledu, že třeba pokud ten člověk je ještě ochotný tu bolest snášet, třeba s vidinou toho, že ještě by, že třeba si žije ještě nějakou nadějí, jo, a nechce to tělo zhuntovat... Ale to si zase myslím, že záleží na tom, jakou má kdo hranici té bolesti.

Pokavad' by on sám vnímal, že to je snesitelné, tak si myslím, že není důvod zas jako jít proti jeho vůli. Pokavad' vidí, že je schopen projevovat, tak to až tak úplně nasilu né. Záleží zas aji jako taky na vývoji té nemoci a na druhu a tak. Asi bych úplně proti tomu morfiu zásadně nebyla, protože v podstatě si vezmeš, vezmi to tak, že to morfium se nedává z důvodu toho, že je to silně návykové, ale pokavad' má před sebou někdo pár dní, tak tam se ten návyk stejně nestihne vybudovat, jo. Ten se tam udělá určitě třeba za pár měsíců. Určitě věřím, že kdybych byla v kůži toho daného člověka, který by tak obrovské bolesti měl, tak je to podle mě mnohem lepší varianta, než eutanazie, že? Když se na to díváš takhle, tak lepší je mu dát to morfium, kterého ho takhle jako by v podstatě mu to zkrátí o pár dní, ale ne tak radikální zásah, jako je vlastně úplně odejmutí života, na které nemáme právo.

PŘÍLOHA P V: ROZHOVOR Č. 5 PARTICIPANTKA „AB“ (40 let)

Datum rozhovoru: 28. 6. 2016

Nejdřív bych se chtěla zeptat, po vaší zkušenosti, jestli byste doprovázela blízkého umírajícího v domácím prostředí znovu?

Určitě ano. K tomu nemám co dodat, jo jako, já v tom mám jasno. Mám vzdělání, mám tu zkušenost a vůbec bych se nerozmýšlela.

No, a co na té zkušenosti považujete za pozitivní, co vám to třeba dalo, co bylo přínosné pro vás, třeba pro rodinu nebo pro profesi?

No hlavně pro mě, že jo, bylo přínosné, že jsem s tím člověkem byla do posledních chvil a poskytla jsem mu z mé strany to, co jsem mu poskytnout mohla. Že jsme se rozloučili, to že jsme prožili velmi intenzivně několik posledních měsíců, že jsme si řekli věci, které bysme si nikdy nebyli schopni říct, protože kdybysem tu maminku dala do zařízení, tak bych to samozřejmě s ní nemohla jakoby prožívat, reagovat na to, co potřebuje, ten vztah se nám prohloubil, byly jsme si opravdu nesmírně blízké. Přesto všechno, jak to bylo náročné, tak to prostě dá oboum stranám.

A můžu se zeptat na takovou osobní věc, byl ten vztah takový intenzivní už předtím anebo třeba toto jakoby přispělo k tomu?

Ten vztah byl s mojí maminkou vždycky moc hezký a tohle jako bylo takové prostě ... Ale ještě jsme si jakoby řekly asi víc jakoby věcí, který bysme si možná jakoby ani neřekly. Ale nic to na tom nezměnilo, jakoby vztahově, že bysme jakoby celý život nebyly spolu a pak jsme si byly blíž, to ne, prostě ten vztah byl pěkný vždycky. Tohle byla taková moje služba jí, kterou jsem mohla poskytnout, vzhledem k tomu, že, prostě se to tak jako poskládalo. Mně se narodilo dítě a mně ji vrátili z nemocnice, takže jsme poslední tři měsíce spolu vlastně žili velmi intenzivně plus do toho ještě to miminko, který jako tam vnášelo takový jako možná, jako takovou nějakou naději, že ten život, přestože končí, tak ...

No a naopak třeba něco negativního, co byste si z toho vzala?

Nic. To jako bylo náročné, to jako náročné bylo. To bylo náročné fyzicky, to bylo náročné psychicky, ale když jste v tom procesu, jo, v té situaci, tak to neřešíte. A já jsem měla, já mám vzdělání, jaké mám, jo, takže já prostě jsem viděla umírat spoustu lidí, ale když jsou to lidé, ke kterým nemáte city, tak to prostě jde kolem vás, jo, dotkne se vás opravdu něco výjimečného, něco prostě, že třeba ty lidi ošetřujete dlouho, jo, že prostě si zvyknete na sebe, že prostě si vytvoříte nějaké vztahy, ano, nebo se vás dotýkají věci, který, když umírá někdo třeba stejně starý, tak si řeknete, jako to je průser, nebo děti, když vám donesou dítě šestiletý v náručí, kte-

rý umírá, který prostě je z něho hadříček, před chvílí bylo v pohodě, ale vdechlo žvýkačku a nikdo ji z těch dýchacích cest nemůže dostat, nikdo to hlavně nevěděl v tu chvíli... Jo, to jsou věci, který vás, prostě jo, i když je vám dvacet, já nevím, dva, tři, čtyři, pět, tak se vás prostě dotknou. Oni se vás dotknou vždycky, to musí se vás dotknout, i když je vám padesát, jo, ale běžně smrt se vás nějak nedotýká cizího člověka. To bysme se zbláznili, kdybychom... jo, to prostě tak berete, tam kde nejsou city, jo, někoho je vám v uvozovkách líto víc, někoho míň, jo, podle těch vztahů, které si vytvoříte za nějakou tu dobu, někdo je vám sympatičtější, někdo není, jo, to je prostě, jak to berete jo a nějaký, nějaký, něco tam je, každý to má nějak jinak pojmenované v tom ranečku, jo, je to jako jo... Někdo to jako jenom vezme, že člověk odešel, nebo prostě někdo vůbec nic, někdo to jako, tak jde a umřel, no a? A někdo, tam je nějaký smutek, nebo stín jakoby smutku, jo, tak jako někdo umřel. Záleží na tom, jak to kdo má nastavené.

No oni většinou lidi se zmiňují tady v té souvislosti o tom, že třeba ani nebyli zklamaní z nějakých těch vztahových věcí, ale s přístupem personálu třeba v nemocnici, anebo tak s takovou nějakou tou oporou, že z toho jsou třeba lidi zklamaní, že toho člověka jakoby v nemocnici dostanou a v podstatě jim nikdo moc ani neřekne, co si s ním doma počít...

Já to nemám, já to nemám, protože já prostě mám vzdělání zdravotnické, od čtrnácti let se v tom pohybuju, já prostě jako, jo, já na tohle nejsem schopná adekvátně, jo, já to mám prostě jinak nastavené, jo protože já to, nedokážu posoudit.

A kdybyste v té situaci byla znovu, uvítala byste větší přísun informací?

*Já bych uvítala, víte co, já bych tehdy **uvítala domácí hospic** a respitní péči. Protože já, kdybych neměla mého bratra lékaře, nevěděla jsem ty informace, které mám, tak třeba ta máma by umírala v hrozných bolestech, protože spolupráce s praktickým lékařem byla nula, jo. Ale protože jsem věděla, že můžu zvednout telefon a říct, chceme napsat tohle, tohle a tohle a budeme mít náplasti od bolesti, budeme mít toto, takhle to pořešíme, a ty bolesti ta máma nebude mít, tak to bylo v pohodě. Ale je to o tom, že máte ty informace, jo. Běžní lidi, když je nemají, tak jsou naprosto ztraceni. Chápu, že jsou **naprosto ztraceni**, protože **nemají se na koho obrátit**, praktický řekne, musíte vydržet, jo, my jsme rozepsali vám tyhle léky, tak prostě mu je dávejte... Nesmysl, když jsou bolesti, konec života, těch náplastí tam můžu nalepit deset, když na to přijde, jo, na toho člověka, když ty bolesti má, rozumíte. Ale jednak si musíte to dovolit, musí vám je někdo napsat a musíte prostě vědět, kam můžete jít. Ale tohle já zase nedokážu posoudit z toho laického pohledu.*

Kdybyste teda ty informace potřebovala, třeba tady v tomto směru, tak byste uvítala služby třeba toho hospicu?

Nikdo nebyl tady, je to pravda, že kdybych neměla ty informace, tak nebyl nikdo, kdo by mi pomoh.

Takže byste uvítala ty služby toho hospice?

Uvítala bych služby domácího hospice, mobilního, nikoliv jakoby stacionární hospic viz Malenovice a podobně, to v žádném případě, ale mobilní ano. Ta možnost té podpory, že máte kam zavolat, že máte možnost si jakoby opravdu s nima konzultovat ty bolesti, ten stav, že tam přijede ta sestra, lékař, jo, dle samozřejmě situace, to je neuvěřitelná podpora.

A třeba i nějaká možnost setkání s lidma, kteří už to třeba prožili?

Když vám někdo umírá? Nemám chuť se potkávat s někým, když vám osobně někdo umírá, odchází, ke kterému máte cit, vztah, v tu chvíli se setkávat s někým, komu někdo umřel, a nechat poslouchat, nebo nechat povídat někoho o tom, že to teda je těžké atd... Ne, to v žádném případě. Možná, ale já jsem člověk zase, jaký jsem, možná spíš jako ta péče, až ten dotyčný umře, pak s někým mluvit. Jako by promluvit, ale zase, jsem typ člověka, který spíš to asi probere s někým, kdo tu moji maminku znal, má tu možnost a jakoby tou vzpomínkou se pomůžu překousat přes ten stav, jakoby tou pozitivní vzpomínkou přes tu situaci, než..., ale chápu, že je dobré mít třeba takové ty služby, kdy doprovází pozůstalé někdo, ano, takový ten doprovod, že existuje, protože lidi se se smrtí svých blízkých hrozně těžko vyrovnávají, když nemají nikoho. A to doprovázení je fakt důležité, to si myslím, že tady by mělo být v daleko větší míře, viz doktorka Dorková třeba. Má to řešit doktor, když ví, že někdo umřel. Místo psaní lexaurinu, samozřejmě v určité chvíli to má svůj význam, ale pak má říct – víte, existuje taková služba, tady máte číslo, když budete chtít, tak jim zavolejte. Jo, to je jediná, nebo sestra v ambulanci praktického lékaře, to je možnost, jo. Neřešit to psychofarmakem, a řešit to tím, že budeme mluvit, povídat, ale i sdílet i jenom tím, že někdo vás vyslechne, anebo jen mlčíte a myslíte na tu osobu. To sdílení, to slov, to sdílení, to je důležité. Prostě sdílet ty pocity, které máte. A někdy to nemusí být pozitivní, já věřím, že když někdo umře, že můžete mít velmi negativních emocí nestrádaných. Může tam být vztek a ten tam je jako, jo. Třeba proč jsi umřel teď, proč jsi se nerozloučil se mnou.

Viděla byste smysl v tom, kdyby se výuka v oblasti thanatologie zařazovala už na střední školy, ale na ty běžné, ne na ty zdravotnické?

Do naší společnosti? Kam byste to chtěla zařadit? Myslím, že ty lidi nejsou na to naprosto připravení. Ta společnost smrt nepřijímá.

Jaký máte názor na eutanázii?

Jestli bych měla říct eutanázii ano nebo ne, tak říkám ne. Legalizovat ne, ale ty možnosti, jak odejít z tohoto světa důstojně, jsou, je potřeba je najít.

Jaký, máte názor na paliativní péči v tom smyslu, jestli dávat mírnější prostředky, anebo morfiu i za tu cenu, že dojde k selhání orgánů a už ten člověk vlastně nezemře na to onemocnění, ale na ty důsledky?

Je nutné to dávat tak, aby nikdo z těch lidí, kteří umírají, netrpěl bolestmi, to je důležité. Ne, jestli mírnější prostředky, nebo ... na každého funguje něco jiného, ano? A je potřeba to nakombinovat správným způsobem, tak aby nikdo, kdo umírá, žádné potíže necítil, netrpěl žádnou bolestí, protože je to zbytečné. V roce 2016 je opravdu zbytečné, aby lidi trpěli bolestí.

A setkala jste se s tím, že by se někdo pořád držel té naděje, že třeba ještě je šance a že by z toho důvodu odmítal ty drastické léky, které už by pak jakoby zlikvidovaly to tělo? Je někdo tak statečný, že by fakt šel do té bolesti?

Když mají ti lidi ukrutné bolesti, tak tam prostě nikdo si na nějakého hrdinu nehraje nebo v tady tomto smyslu. Všichni víme na konci, že umřeme...