

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



Doprovázení umírajících

Bc. Simona Hechtová

Vedoucí práce: Prof. PhDr. Anna Hogenová, CSc.

Praha 2009

Prague college of psychosocial studies



Allompanying of dying person

Bc.Simona Hechtová

The Diploma Thesis Work Supervisor: Prof.PhDr.AnnaHogenová,CSc.

Prague 2009

ANOTACE

Cílem diplomové práce Doprovázení umírajících je vysvětlení tělesných, duchovních i duševních potřeb umírajících a dlouhodobě nemocných, a to jak na teoretické tak i praktické úrovni. Autorka momentálně již druhým rokem pracuje jako zdravotně sociální pracovník v léčebně dlouhodobě nemocných. Je původním vzděláním porodní asistentka, ale dohromady již patnáct let pracuje s dlouhodobě nemocnými lidmi, povětšinou se jedná o nemocné trpící onkologickým onemocněním. Ve své práci jasně formuluje potřeby umírajících, ale také jak je u lůžka umírajícího prakticky naplňovat. Vysvětluje zároveň, jaké psychoterapeutické postupy používá a proč není její vlastní postoj ke smrti negativní. V praktické části na čtyřech případových studiích umírajících pacientů zároveň dokazuje, že její teoretické uchopení problému se v praxi setkává s pochopením ze strany umírajícího, jeho rodiny i ošetřujícího personálu a má pozitivní vliv na průběh samotného doprovázení umírajícího na jeho poslední cestě.

KLÍČOVÁ SLOVA

- smrt
- umírající
- doprovázení umírajících
- bolest
- duše
- duševní a duchovno
- spiritualita
- péče o dlouhodobě nemocné
- ošetřovatelství
- paliativní péče
- strach
- potřeby umírajících

ANNOTATION

The aim of the thesis Accompanying of dying persons is an explanation of corporal, spiritual and psychic needs of dying and longstanding ill persons both on the theoretical and practical levels. The authoress has been working at present as far back as her second year as health social worker in a medical institution for longstanding ill persons. Her original education is midwife, but she has been working for in all fifteen years with longstanding ill people, prevailingly with patients suffering from oncological disease. She clearly formulates not only the needs of dying human beings, but also how to fulfill them besides. She brings out, at the same time, what kind of psychotherapeutical procedures are applied in her work and, last not least, why her own approach to death is not a negative one. In the practical part of her study, she proves, herewith, in four case studies of dying patients, that her theoretical appropriation to the problem meets in practice comprehension from the side of the dying person, his family and treating staff and positively influences, by itself, on the course of accompanying of the dying person on his last way.

KEY WORDS

- death
- dying person
- accompanying of dying person
- pain
- soul
- psychic and spiritual
- spirituality
- care for longstanding ill persons
- nursing
- paliative care
- fear
- anxiety
- needs of the dying person

Čestné prohlášení

„Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně a cituji v ní veškeré prameny, které jsem použila.“

20. dubna 2009 v Praze

Bc. Simona Hechtová

Poděkování

Na tomto místě děkuji Prof.PhDr.Anně Hogenové,CSc. za poskytnuté rady, podporu a inspiraci při vedení této magisterské práce.

Obsah

ÚVOD	8
1 SMRT NENÍ TO POSLEDNÍ	10
1.1 Smrt nemusí bolet	14
2 ZÁKON DUALITY	15
2.1 Vědět vs. věřit	17
2.2 Dvojnost v medicíně.....	19
3 PACIENT JAKO ZÁKAZNÍK.....	21
3.1 Osobitý přístup	22
3.2 Hledání optimální cesty	24
4 UMÍRAJÍCÍ PACIENT	25
4.1 Dlouhodobě nemocný a umírající	26
4.2 Potřeby a práva dlouhodobě nemocných a umírajících.....	28
4.2.1 Potřeby spirituální dimenze	32
5 DUCHOVNO U LŮŽKA UMÍRAJÍCÍHO	35
5.1 Spiritualita a náboženství	36
5.1.1 Duchovní a duševní v křesťanské spiritualitě.....	38
5.1.1.1 Co je to duchovní	40
5.1.1.2 Co je to duševní	42
6 DOPROVÁZENÍ UMÍRAJÍCÍHO.....	44
6.1 Potřeba duchovního vedení	46
7 PRAKTICKÁ ČÁST – KAZUISTIKY.....	48
7.1 Úvod ke kazuistikám	52
7.2 Příběh první: Strach z bolesti	53
7.3 Příběh druhý: Smrt jako tabu	66
7.4 Příběh třetí: Mám Boha	74
7.5 Příběh čtvrtý: Není důvod umřít	78
ZÁVĚR.....	91
PŘÍLOHY.....	95
SEZNAM POUŽITÝCH PRAMENŮ	96

ÚVOD

Považuji za nezbytné ihned na začátku vysvětlit, proč je má práce napsána Ichformou, což zdaleka není obvyklý a standardní postup. Vyžádalo si to osobní ponoření do problému. Bez toho, aniž bych nepracovala se svými osobními prožitky, emocemi a vzpomínkami, nemohla by tato práce nikdy vzniknout.

Vyučila jsem se ke zrodu člověka, tedy v porodnictví, leč během života si mě vybrala profese jiná, a to na opačném konci. Již patnáct let pracuji s dlouhodobě nemocnými lidmi, provázím je na jejich cestě v průběhu léčby a doprovázím (nelze-li již jinak) v době umírání. Povětšinou se jedná o nemocné postižené onkologickým onemocněním. Nejen s nimi se poslední rok setkávám jako zdravotně sociální pracovník v léčebně dlouhodobě nemocných v Nejdku, kde je mé aktuální působiště. To, co jsem léta prožívala a činila automaticky a přirozeně, rozvíjím navíc v posledních letech i v souladu se svými aktuálně nabytými teoretickými znalostmi. Ve své každodenní psychoterapeutické praxi aplikuji cíle a metody Daseinanalýzy, jejímž cílem je mimo jiné učinit smrtelnost služebnicí životní plnosti.

Během svého života a událostí v něm jsem poznala, že zrod a smrt člověka mají mnoho společného. Jedná se o tutéž životní danost ve dvou krajních pólech. I když zemřít bývá v porovnání se zrodem mnohem snazší. Jedním z mých posláních je být při tom, když umírající nikoho nemá a potřebuje blízkost druhého člověka, potřebuje spolusdílet svou situaci, připravit se na ni a přijmout ji. Pomáhat vést umírajícího průběhem jeho vyhasínání beze strachu, utrpení a s úctou k němu a jeho přáním až do samého konce. S jistotou převést umírajícího na „druhý břeh“-doprovodit.

Cílem mé práce však není přesvědčit o výše zmíněných skutečnostech kohokoliv, ani třeba dokázat existenci duše. Také není mým úkolem v terminálním stadiu měnit myšlení lidí, vnášet jim chaos do jejich poznaného, vyvracet jejich náboženská přesvědčení, dokazovat něco, co nejsou sami schopni

přijmout. Cílem mé práce je vysvětlit můj postoj, tedy vnímání této problematiky a popsání mé práce u lůžka umírajícího. Na teoretické úrovni se hodlám zmínit o způsobech myšlení náboženského charakteru, se kterým se velmi často při své práci setkávám. V praktické části chci poukázat na to, že je důležité respektovat jakoukoliv víru, stejně jako způsob umírání u člověka nevěřícího. Zvláštní pozornost věnuji pomoci příbuzným a blízkým, kteří mají před sebou nelehký úkol - odpoutat se od ‚svého‘ člověka a nechat ho jít. Jím stojím po boku a podporuji jejich snahu vyrovnat se se smrtí blízkého. Bohužel žádný z nich netuší, jak těžké je dát ‚sbohem‘ - se mnou se to učí.

Svou prací bych chtěla zároveň poukázat na význam doprovázení a jeho důležitost v životě každého z nás. Lidé zabývající se touto profesí musejí umět postupnými kroky odtabuizovat téma smrti a pomoci živým i umírajícím přijmout i tuto součást života jako něco normálního, přirozeného a smysluplného. Žádný z nich to ale nemůže dělat bez vlastního poznání a pochopení.

Kéž by i tato práce přispěla svým zrnkem pravdy k tomuto dílu.

1. SMRT NENÍ TO POSLEDNÍ

Sama původně porodní asistentka, později vzdělaná v duchu alopatické medicíny na lékařské fakultě v Plzni, jsem byla vždy člověkem ateistickým. Klasický karteziánský typ, který uznával jen to, co bylo uchopitelné, dalo se poznat smysly, bylo měřitelné a hmatatelné. I kdyby bylo něco bytí jen tušené, nebylo po mnoho let pro mne přijatelné. Mé materialistické pojetí světa bylo z mého pohledu neotřesitelné.

Přesto se mi přihodilo něco, co můj postoj k životu a poznání změnilo. A to ve chvíli, kdy jsem jej ztrácela, možná i krátce ztratila. Svůj zážitek nepovažuji za produkt hypoxie mozku ani nepřijímám žádné jiné vysvětlení, kterými se medicína snaží vysvětlit ony pro ni záhadné jevy. Jevy, které se udály již mnoha lidem v různých životních situacích a všechny byly zatím připsány projevům nervové soustavy. Můj vjem byl zcela čistý, vnímala jsem svou existenci mimo své tělo, na které jsem viděla, mohla se zároveň dotýkat svých blízkých a mluvit na ně, avšak nikdo mě neslyšel ani necítil. Nebyla jsem si schopna uvědomit, co se stalo, nechápala jsem, oč se jedná. Sebe sama jsem viděla cele s tělem, mohla jsem si prohlížet své ruce, nohy, které jsem de facto již neměla. Slyšela a viděla jsem vše, co se kolem mne dělo, ale zároveň i to, co se dělo mimo tento prostor - třeba u nás doma, u mých příbuzných a nebo přátel. Zažila jsem pocit přebývání tam a všude zároveň a v jediném okamžiku. Prožila jsem pocit bezčasovosti. Mluvila jsem s někým, i když jsem ho neviděla, dostávalo se mi informací, varování i vysvětlení, nevím odkud. Neviděla jsem žádné světlo ani tunel. Bylo to zvláštní, úlevné, a neskutečně krásné. Žádný prožitek v lidském těle není s tím, co jsem tehdy pocítila, srovnatelný. Alespoň pro mne.

Pochopila jsem to, o čem jsem si později přečetla v díle Aristotela. Byl to on, kdo tvrdil, že duše nemůže být subjektem, že je něčím, co nemá přesný tvar. Duše tak nějak po svém prostupuje vše a Aristoteles k tomu říká: „Kdyby totiž oko bylo živou bytostí, jeho duší by byl zrak, neboť ten je pojmovou podstatou

oka. Oko je látkou zraku, jakmile ten zanikne, není to již oko, leč podle jména, jako oko, jež je vytesané z kamene nebo oko namalované. Co však platí o části, musí platit o celém těle, neboť jako část se má k části, má se celé vnímání k celému vnímajícímu tělu jako takovému.“(ARISTOTELES, *O duši*. Praha: Petr Rezek 1996, s. 47) „Tělo bez duše, oko bez zraku, vnímání bez duše nejsou ničím, protože pojem těla, pojem oka, pojem vnímání je v duši a ta není žádným subjektem. ‚Pojmové určení nemá ukázat jen, že něco jest, nýbrž má obsahovat také důvod a má vysvětlovat,‘ tvrdí dále Aristoteles, tedy že subjekt nemůže být vymezen jen jako logický protiklad objektu, jak se to stalo v implikacích známé věty Cartesiovy ‚Cogito, ergo sum!‘ Pojem musí obsahovat nejen ontologický zřetel, ale musí také vysvětlovat a udávat důvod věci. Novověké metodické myšlení se však zakládá pouze na tom, co je formální a logické v užším smyslu.“ (A. HOGENOVÁ, *K filosofii výkonu*. Praha: Eurolex Bohemia, 2005, s. 263)

Ve svých výzkumech o mnohá staletí později narazil na pozoruhodné fenomény i proslulý lékař Carl Gustav Jung. Jsou jimi mimo jiné telepatie či jasnovidnost. Poznáním nepopíratelné existence těchto tajemných funkcí nevědomí (na duchovní cestě se později stávají funkcemi vědomými) postřehl, že projevy prostoru a času jsou v nevědomí pozoruhodně nejisté. Jakmile člověk zpětně vkročí do oblasti vědomí, prostor a čas nabývají svého obvyklého (plynouceho) charakteru a vědomí je opět izolováno ve své subjektivitě. Z poznání jednoho z největších psychologů je patrné, že čas má ‚dva rozměry‘, které se navzájem nepopírají ani neohrožují. Poklidně existují jeden v druhém jako duše v hmotném těle, jako plod budoucího dítěte v těle matky. Tuto vlastnost času ve vědomí a v nevědomí je schopen si uvědomit prakticky každý člověk, který se vážně zabývá svými sny.

Ze školních lavic jsem si kdysi přinesla názor, že prostor a čas tkví v samotné podstatě přírody. Později pod tlakem teorie relativity Alberta Einsteina

jsem pochopila, že čas je výtvořem intelektu, a tím jsem se více sblížila s východní filozofií, která tvrdí, že prostor a čas jsou pouhé výtvořy mysli. V dřívějších dobách jsem se nikdy nezajímala o tuto problematiku a nikdy jsem žádnou literaturu podobného druhu ani nečetla. Po mém zážitku bylo všechno jinak. Od té chvíle nepřestávám být v kontaktu s něčím, co mě přesahuje. I proto jsem začala hledat ve snaze pochopit a porozumět.

Výklady některých druhů náboženství jsem zamítla; jsou podle mého názoru neúplné a nelogické. Nevysvětlují smysl, nabádají povětšinou jen ke slepé víře. Ve všech učeních, kterými jsem se se od té doby probírala, jsem nacházela pouhý zlomek pravdy, kousek mnou poznaného, ale nikdy v úplné celistvosti a logické návaznosti. Jakoby (a o tom jsem přesvědčena) existovala jedna pravda, jedna skutečnost, jedna podstata věci, která byla různými náboženskými směry vytržena z kontextu a bylo k ní přidáno jen to, čím si vykladači z egoistických důvodů chtěli nárokovat právo na moc. Kus pravdy, okolo které se tančí ‚rituální tanec‘. Takže nakonec zjistíte, že na každé nauce je něco pravdivého, něco podstatného, ale nikoliv celistvého.

Proto nejsem přívržencem žádného náboženství ani sekty. Přesto vím, že smrt není konečnou fází života, vím, že vjem po smrti není produktem úhynu nervové soustavy, jelikož již mnohokrát od té doby prožívám mimotělní zážitky a v žádném případě se nejedná o projevy hypoxie mozku, ani se nedějí ve stavu ohrožení organismu.

A také mi bylo umožněno poznat, že jsou určité záležitosti, souvislosti a děje, které můžeme pochopit svým rozumem, promyslet je a dokázat vysvětlit. Každý dle svého stupně rozumových schopností. Celistvého poznání a pochopení však nelze nikdy dosáhnout jen cestou racionální analýzy. Je to vždy jen polovina pochopeného jevu tak, jak je v duálním světě dáno - vše je ve dvojnosti. Protikladem rozumové složky je tudíž intuice a to, co rozum již není schopen pojmut, se děje již v jiné rovině vnímání - v rovině intuitivní. Tato složka

schopností člověka je poměrně zakrnělá a v posledních staletích nebyla vůbec rozvíjena, jelikož jednoznačně převládlo čistě rozumové, materiální myšlení. Proto tolik nerovnováhy, která trápí v současné době lidstvo se všemi svými negativními důsledky. Vždyť rovnováha je zákonem všehomíra!

Intuitivní vnímání se podle mého bude v budoucnosti (blízké i vzdálenější) rozvíjet a čím dál více lidí bude umět probouzet tuto schopnost člověku danou tak, aby vše mohlo být pochopeno v celistvosti, úplnosti, rovnovážně a tedy nejbližší pravdě.

Pochopení věcí a problémů nad hranice rozumového vnímání se děje v meditacích. Ne však v těch, o kterých se dnes běžně mluví a které jsou spíše zábavou či relaxačním cvičením. Není to tak snadné. Ke správné meditaci musí být člověk zralý, připravený na jistém stupni vývoje pochopení a musí být velmi ostražitě veden. Důsledky špatně prováděných meditací mohou mít až fatální následky, což je možné doložit několika konkrétními příklady. V tomto stavu může člověk pochopit nepochopitelné a stejně tak prožít i svoji vlastní smrt. Mnoho složitých otázek, které nelze žádným přijatelným způsobem vysvětlit, lze pochopit a poznat pouze touto cestou. Jednou z těchto otázek je například bezčasovost. Tímto způsobem učinil všechna svá poznání Einstein i mnoho slavných vědátorů a filosofů, a proto se v jejich dílech objevuje ta původní podstata, ta jedna pravda, která se jako červená nit táhne všemi těmi díly a je v nich poznatelná a objevitelná. Ať už jsou napsány jednoduše nebo velmi složitě. Dospěla jsem k závěru, že všichni nezávisle na sobě došli k témuž. A čím rovnovážnější cestu zvolili, tím blíže se ocitli pravdě. Také proto není můj postoj ke smrti negativní.

1. 1 Smrt nemusí bolet

Nepřijímám smrt jako tragedii, jako něco strašného. Je to součást přirozeného životaběhu ve smyslu vzniklo-li něco a stalo se zjevným, pak zcela zákonitě musí zaniknout s tím, že v poznané nekonečnosti bytí nejde o zánik úplný a definitivní, jedná se o transformaci hmoty. V jiném uskupení existuje nadále svým vlastním životem a jak bylo poznáno, v procesu donekonečna se opakujícím a vedoucím po spirále vzhůru. Právě proto nemusí být doprovázení umírajících vždy smutnou a tragickou událostí a nemusí ho provázet tolik bolestného smutku. Proto také mne tato práce nevysiluje a nehrozí mi vyhoření. Považuji ji za velmi prospěšnou a důležitou s tím, že pokud se podaří převést člověka na druhý břeh smířeného, bezstarostného, beze strachu a bolesti, prožívám dobrý pocit ze své práce, který mne motivuje. Dobře vím, že to, jakým způsobem opustí hmotný svět, je pro mého pacienta výsostně důležité, jelikož se může vyhnout mnoha negativním pocitům včetně úzkosti a zmatenosti.

Mohu tak činit jen proto, že jsem se sama zbavila strachu z vlastní smrti. Tím zmizely automaticky modifikace všech strachů, kterými jsem dříve trpěla, jelikož jsem poznala, že byly jenom různými variantami téhož - strachu ze smrti. Můj mimotělní prožitek byl samoozdravující. Díky němu jsem mohla postoupit ve svém vývoji.

Umírající člověk má právo procházet involučními změnami organismu se všemi jeho projevy. Nechutenství, omezení příjmu tekutin, zaujímání embryonálního postavení končenin, choulení se a spánku. To klade velký důraz na citlivost ošetřujícího personálu: vycítit tu správnou chvíli, kdy stimulace, aktivita a aktivní nabízení jsou již obtěžujícím faktorem v procesu blížícího se konce a pacienta by zatěžovaly, bolely a ztěžovaly mu prožívání jeho odchodu. Tato kontraproduktivní činnost, kterou mohu pozorovat u personálu i u blízkých

nemocného, není ničím jiným než nepřijetím fyziologického procesu umírání a odchodu, kdy personál tento stav vnímá jako vlastní profesionální selhání (tedy že jeho ošetrovatelské intervence nebyly dostatečně úspěšné a efektivní), rodina má pak tendenci negativně hodnotit péči o něj a sama přebírá iniciativu do svých rukou, aby nemocného za každou cenu stimulovala a aktivizovala. V obou případech se jedná o projevy sobectví, bez ohledu na pocity, přání a potřebu nemocného opustit tento svět.

V takových situacích pracuji jak s pacientem, tak personálem i jeho rodinou. Vzhledem k dobru pacienta je mou povinností dostatečně vysvětlit situaci a přimět okolí k pochopení, že nastal čas, kdy nemocný není mutabilní, ale přesunul se již do režimu paliativního. Tento režim má svá pravidla, jejich nerespektování nutně vede k ubližování a trápení nemocného. V těchto chvílích je mým výsostným úkolem dovést pacientovo okolí k pochopení, že vše, co se děje, je normální a přirozené. Přesvědčit je, že nyní už jen můžeme napomáhat tomu, co je správné a úlevné pro nemocného, a nepodporovat to, co je důležité z našeho pohledu, co je naším přáním, co je projevem nepřijetí konce, co nevypovídá o našem vztahu a empatii k nemocnému, nýbrž a pouze o našem egocentrismu.

2. ZÁKON DUALITY

Žijeme v duálním světě. Na tom jediném se snad všichni bez ohledu na vyznání, přesvědčení či úroveň poznání shodneme. Vše má svůj protipól. Každý agonista má svého antagonistu, každá látka má zároveň svou protilátku, každá funkce pracuje v obou protikladných směrech, prostě ve všem nacházíme dvojnost - jak ve hmotě, tak ve funkci, a zrovna tak v psychice. Vždyť také existenciální směr Daseinanalýza, ze které vycházím a kterou ve své každodenní práci aplikuji, hovoří o návratu k celostnímu vnímání. Ne náhodou se Dasein směr překládá

jako ‚pobyt‘, bytí teď a tady. Z toho vyplývá, že nenajde-li člověk rovnováhu ve svém myšlení a nepřiblíží se středu, má problém. Pak nastává porucha. Tato zákonitost platí pro vše, co existuje, včetně medicíny. Jsou-li všechny látky, hormony a síly v rovnováze, tělo je funkční. Jakmile jedna ze složek převládne, vychýlí se z rovnováhy, nastává problém, projevující se poruchou funkce - nemocí. Jedním ze smyslů bytí je tedy hledání rovnováhy mezi těmito póly.

Je to jeden ze zákonů projeveného života – dvojnost neboli dualita. Např. vlastnost činění známe jako dobro a zlo, v zákoně projeveného bytí stojí vedle sebe zrození a umírání. Naše myšlení, náš myšlenkový princip je také dvojný, vyjevující se v myšlení vnější a vnitřní bytosti. Vnitřní myšlení, tedy vše co bylo, je uloženo v našem podvědomí a do našeho vnějšího myšlení vstupuje jako intuitivní vliv. Vnější myšlení je rozumové. Jeho podstata se vyvíjí ze zkušeností vědomého prožívání současného života. Vnější a vnitřní myšlení mají stejnou hodnotu a oprávněnou nutnost. Jsou-li v rovnováze, zaručují člověku správný životní názor, tedy moudrost. Samotný rozumový princip nabízí hodnocení hmatatelných okolních faktů, avšak bez širších a v čase vzdálených důsledků. Nese nebezpečné rozumářství, úzký hmotářský názor, chytrost bez korekce, tedy to, co můžeme nazvat ‚slepým věděním‘. Samotný intuitivní princip přináší proti tomu naivní a slepé věření, lehkověrnost nekontrolovanou fakty či životními zákonitostmi. Slepé věření deformuje ducha a ubíjí hmotné prostředí, obojí je nežádoucí. Podívejme se na dějiny a zastavme se u středověku, kdy slepé věření bylo ve společenském žebříčku dosazeno na stupeň nejvyšší. Vědění lidí ovládala nekontrolovatelná naivita. Tehdejší představitelé vzdělanosti uvažovali na svých kongresech např. o tom, zda andělé mají šedé nebo bílé peří, zda mají sandály nebo chodí bosí, zda Adam měl pupek...

Chceme-li poznávat čistou pravdu bytí, chceme-li se ubírat čistou a rovnou duchovní cestou, chceme-li se ve svém základním životním postoji a myšlení vyvarovat omylů a chyb, které by nás vháněly do přírodních zákonů odrazu a tím

do zbytečných životních útrap, pak se musíme nad tímto problémem zamyslet. Musíme kriticky zrevidovat běžné lidské myšlení, i když to u mnohých z nás vzbudí zpočátku pocit nevole.

2. 1 Vědět vs věřit

Porovnejme pojmy ‚vědění‘ a ‚věření‘ tak, jak s nimi bylo zacházeno dřív a zamysleme se nad tím, jak je tomu dnes. Nejprve tedy intuitivní pól, který se projevuje ‚věřením‘. Slepá víra a naivní nazírání v minulosti vždy deformovaly základní filosofické nauky. Slepá a naivní víra brzdí vývoj jednotlivců i celku. Jen ona umožňuje tak hluboké deformace, jaké známe např. u fanatiků. Zamysleme se nad dosavadními náboženskými kulty. Jak málo je v nich jasných přírodních a životních, tedy duchovních zákonů! Všichni se zoufale drží slepé víry, protože z neznalosti duchovních zákonů nemohou pochopit pravdu. Uvědomme si například, kolik je k mání na každém rohu sektářské a tzv.duchovní literatury. Nemůže nám ujít fakt, že drtivá většina z nich se jen přehrabuje v některé z dávno známých nauk. Autoři píší stále jen o tomtéž se všemi přenášenými chybami a naivitami. Jen tomu dávají jinou formu, ale stále zde rezonuje nevědomost. Jindy se autoři přidržují dějinných událostí, které se nedají dokázat. A lidé, leckdy ti velmi citliví, u kterých převažuje cit nad rozumem, mají tendenci těmto knihám a výkladům přisuzovat nadpřirozený význam a domnívat se, že i oni sami jsou osobami výjimečnými. Mnozí z nich, zvláště jsou-li podporováni obdivem neznalých lidí ze svého okolí, věří, že k nim mluví ‚Bůh‘. Pak své citové vjemy píší do různých naivních a smyšlených pojednání a šíří je dál. Snad by bylo dobře, kdyby se každý tzv.věřící člověk, tedy člen nějaké víry, sekty nebo volného náboženského směru, pokusil nestranně si zrevidovat svůj náboženský postoj a

články své víry. Nejde přece o to rozbít pracně postavené, ale o to, aby člověk poznával pravdu a zbavil se ponižující závislosti na naivních názorech, které jsou podepřeny jen slepou vírou.

Slepé ‚vědění‘ je stejně tak nebezpečné. A jeho nebezpečnost zvláště dnes, kdy mu velká část lidí podléhá, velmi rychle narůstá. Žijeme v době analogické s temným středověkem, avšak na opačném konci myšlenkových souřadnic. Zatímco tehdy vládlo slepé ‚věření‘, dnes je to slepé ‚vědění‘. Slepě vědoucí se od slepě věřícího liší asi tak, jako se liší lidé s pokaženým zrakem. Dalekozraký vidí v dálce stromy a může popsat tvar jejich korun a jejich seskupení v les. Vidí města, může popsat jejich urbanistiku. Krátkozraký člověk vidí jen malou vzdálenost od sebe, ale dobře vnímá detaily. Nevidí krásu stromu a lesa, nevidí urbanistické založení města, ale vidí detaily listu a stromu, jeho tvar a žebrování. Ten dalekozraký je, obrazně řečeno, člověk slepé víry. Vidí to, co je v dálce, ale uniká mu detail, smysl a účelnost. Ten krátkozraký zobrazuje člověka slepě vědoucího, který může prostudovat detaily, jejich charakter a tvar, ale uniká mu jejich postavení v celku, unikají mu širší a hlubší zákonitosti, návaznosti jednoho na druhé. Obojí nazírání je vadné, protože není v rovnováze. Slepě vědoucí se raduje, že může rozpitvat věci. Pitvá a kombinuje na okrajích skutečnosti. Raduje se z detailního poznání, raduje se z nových vynálezů, které z těchto detailních poznatků vznikají, ale nevidí široké souvislosti a daleké důsledky. Proto tolik dnešních vynálezů, nad kterými lidstvo jásá, mu vlastně v budoucnu může škodit a někdy již škodí. A mnohdy přímo v samých základech jeho bytí.

Odnepaměti se však lidstvo též snaží duchovní vědu studovat a přijít jí na kloub. Touží poznávat a porozumět zásadním a podstatným životním pravdám. Aby však vybědlo z podstatných chyb a omylů minulosti, je nutné poznat nejprve životní zákonitosti, zákonitosti podstaty a geneze, zákonitosti ducha. Být v myšlení kritický, tedy nebát se vzepřít starým pověrám, výmyslům a

lehkověrnému nazírání, zůstat věrný životní pravdě. Nechtít jenom věřit, ale chtít též vědět, tak aby naše ‚věřím‘ a ‚vím‘ bylo ve stálé rovnováze.

2. 2 Dvojnost v medicíně

Také medicína, která věky poznává tělo, tedy hmotu a její zákonitosti, došla k závěru, že vše, co v těle jest a funguje, existuje ve dvojnosti. Moderní medicína se bohužel vychýlila z rovnováhy, uhnula z cesty a pod tíhou ratia se ocitla pod diktátem technického pokroku. Z logiky věci není dost dobře možné, aby dospěla ke správnému cíli.

Ano, oproti dřívějším časům umíme mnohem lépe diagnostikovat, mnohem dříve odhalíme chorobu, umíme prozkoumávat oblasti, které byly (a není to tak dávno) jen tušené, umíme vše monitorovat, měřit, a rozkládat na daleko drobnější elementy. Medicína zaznamenala obrovský technický posun. S tímto pokrokem se také posunula i statistická čísla. Jestliže umíme nemoc poznat v mnohem ranějším stadiu, lidé postiženi touto chorobou statisticky přežívají delší dobu. Ale jen statisticky, fakticky se nezměnilo vůbec nic. To, k čemu se medicína stále nedostala, je prvotní příčina onemocnění. Jen popisuje důsledky nějaké příčiny, o které se vyjadřuje jako ‚nemoc neznámé etiologie, projevující se...‘. Ale kdyby znala příčinu onemocnění, působila na ni a nastolila rovnováhu, pak by nemusela léčit současným způsobem (tj. potlačováním důsledků projevené poruchy, které není nikdy bez vedlejších účinků). Někde jakousi poruchu potlačíme do přípustné normy, ale už nechceme vnímat, že na straně druhé poškodíme vedlejšími účinky a interakcemi funkcí naprosto jinou, která se časem vyjeví.

Dnešní medicína je medicínou chronicky nemocných pacientů bez poznaných příčin onemocnění. Dnes je již výjimkou umírající člověk stářím, který

zcela přirozeně odchází ze světa postupným vyhasínáním fyziologických funkcí a umírá, jelikož jeho organismus prostě sešel opotřebením. Valná většina dnešních seniorů umírá v důsledku nějaké choroby. To není přirozené, to není v souladu s přírodou. Bohužel se domnívám a neustále ve své praxi přesvědčuji, že tento trend v medicíně nastavil farmaceutický průmysl. Obchodujeme s nemocí, a proto to nemůže být jinak. Bohužel žijeme v době zajaté v přesvědčení, že kdo má peníze, má moc a kdo má moc, určuje cestu. Dokud nenastane v myšlení a pohledu na lidské zdraví zásadní průlom, nevede tato cesta k žádnému kladnému řešení. Přejde čas, kdy léčba bude stále nákladnější. Nemocí a chronicky nemocných bude přibývat, peněz v systému naopak dramaticky ubývat. Nebude, kde brát. Žijeme ve zlomové době, kdy se důsledky duchovní nerovnováhy jasně projevují ve všech oborech a kdy je potřeba se zastavit, přehodnotit a přiblížit se ve svém myšlení ideálnímu středu.

3. PACIENT JAKO ZÁKAZNÍK

Nutnost ekonomického úspěchu všude a ve všem může na druhou stranu ve zdravotnických zařízeních vyvolat pozitivní efekt. S rozvojem medicínských a informačních technologií a víceméně všeobecnou dostupností odborných informací může v konkurenčním boji o pacienta, erudované zaměstnance i ekonomický úspěch vítězit jen takové zařízení, jehož konkurenční výhoda nebude založena na technickém vybavení, ale na znalostech, schopnostech a kreativitě zdravotnického personálu. Troufám si tvrdit, že to není daleké očekávání, ale nejbližší budoucnost. A jsem si jista, že v ošetrovatelství to nebude jinak. Schopnost sester myslet kriticky a kreativně se stává jedním z rozhodujících faktorů při budování optimálního léčebného prostředí. Takového, které má šanci svým pacientům či klientům výhledově prospět a posloužit až do samotného konce. Lékařská péče se v současném českém zdravotnictví ale zaměřuje především na potřeby dimenze fyziologické. V případě, že je onemocnění úzce a prokazatelně spjato s onemocněním psychickým, bude takové pracoviště schopno uspokojit pacienta i v těchto dimenzích. Mnohokrát již zaznělo, že člověk je nejen tělo, ale i duše, potřeby duchovní jsou však stále ještě opomíjeny. Pochopitelně není možné požadovat, aby se zdravotníci stali duchovními amatéry. Pomoc nespočívá v přesvědčování o smyslu toho, co nemocný prožívá jako obtížné, bolestné, nespravedlivé... Spíše spočívá v doprovázení nemocného na cestě, na které se mu mění a objevují nové hodnoty. Pouze komplexní přístup k nemocnému zaručí zvládnutí požadovaných změn, případně procesu reakce na onemocnění.

Řekne-li se pacient, vyvolává to povětšinou stále ještě ve zdravotnících i laicích představu člověka neschopného podílet se na rozhodování o svém životě, člověka závislého na pomoci a úsudku těch, kteří o něj pečují. U některých pacientů tomu tak může být, u jiných nikoliv. Zkusme to jinak. Zkusme uvažovat o pacientovi jako o zákazníkovi, který má právo zformulovat své přání a očekávat, že bude jeho ‚zakázka‘ včas a důkladně vyhotovena. To ale u zdravotníků

předpokládá radikální změnu přístupu k nemocnému. Nejde již jen o uspokojování potřeb, které vnímá zdravotník nebo sociální pracovník jako důležité, ale o potřeby, které jako prioritní vnímá sám nemocný. Je třeba si uvědomit, že na dosažení nejvyššího potenciálu nemocného se podílí poskytovatel péče i pacient. Oba svým dílem.

3.1 Osobitý přístup

Jak už bylo řečeno: schopnost sester myslet kreativně napomáhá vytvoření optimálního léčebného prostředí. Takového, které má šanci svým pacientům či klientům výhledově prospět a posloužit až do samotného konce.

O nový přístup se aktuálně snaží i mí kolegové v LDN Nejde a já s nimi. Naše režimy vycházejí ze standardů ústavní léčebně preventivní ošetrovatelské péče. V rámci těchto standardů se pacienti v jednotlivých režimech dále člení obvyklým způsobem do ošetrovatelských kategorií. Smyslem režimů je jednak metodické vedení (odlišné priority) a také rozdílné rozvrstvení kompetencí. Během svého pobytu mohou pacienti přecházet z jednoho režimu do druhého obdobně jako mohou přecházet mezi ošetrovatelskými kategoriemi. Zdůvodnění daného režimu a jeho změny je součástí pacientovy dokumentace. Pokud není primárně zodpovědnou profesí lékař, provádí přiměřené zápisy o stavu pacienta ošetrovatelský personál. U pacientů s primárně ošetrovatelskou zodpovědností je tým ústavních lékařů k dispozici v pozici konsiliařů. Bez ohledu na režim a a primární zodpovědnost je každý pacient v den přijetí vyšetřen ústavním lékařem, který potvrdí volbu režimu a rozepíše farmakoterapii, případně kontrolní vyšetření požadovaná překládajícím (resp. odesílajícím) pracovištěm. Jednou týdně se konají ústavní geriatrické konference za účasti ošetrovatelského personálu, který představuje lékař, vrchní sestra, staniční sestra, rehabilitační pracovník, nutriční terapeut a psychosociální pracovník. Zde se hodnotí průběh pobytu každého pacienta a vyladuje se další postup včetně indikování neakutních konsiliárních vyšetření (např. psychiatrických) a programu propuštění.

Jednotlivé typy režimů:

- 1) ošetrovatelský
- 2) rekonvalescentně rekondičně rehabilitační
- 3) intermediární (intervenční)
- 4) sociální
- 5) paliativní

Pozn.: U pacientů v každém režimu se pracuje multidisciplinárně ale s prioritou jiného profesního zaměření, ne u všech je dominující lékař, v některých je pouze kontrolním či dohlížejícím subjektem.

Nutnost osobitého přístupu tak, jak se o něj snažíme také my v LDN Nejde, nejlépe vysvětluje Doc. MUDr. Zdeněk Kalvach CSc., přední český gerontolog. Právě on je v naší léčebně externě zaměstnán a podílí se zde na nastavení nového pilotního projektu v péči o pacienty v LDN. Doc. MUDr. Kalvach tvrdí: „Stále trvá vertikální polarita lékařů jako šéfů a ‚nižších zdravotnických pracovníků‘, mezi něž se jaksí automaticky počítají magistři ošetrovatelství, fyzioterapie, psychoterapeuti...Všichni jsou podřízeni bílému mágovi. Tím je však zaděláno na kritický problém ve stárnoucí populaci chronických chorob. Podpora lidí s chronickým zdravotním postižením, dlouhodobým stonáním, disabilitou včetně pokročilé geriatrické křehkosti, i lidí umírajících, je z povahy a podstaty procesu věcí zdravotně-sociální, týmovou a nikoli dominantně lékařskou. To relativizuje roli lékařského lídra, produkujícího mnohdy především fonendoskopové vizity, narůstající výčet chorob, polypragmazií a komplikace samoučelných vyšetření. Neboť za kvalifikaci pro lékaře v tzv.následné péči se dnes běžně nepovažují profesní příprava a profesní zdatnost (...), nýbrž neprofesní osobní vlastnosti a city, včetně mateřského protekcionismu či lásky k churavým, neduživým a umírajícím...“

3.2. Hledání optimální cesty

Já pracuji v LDN Nejdek jako psychosociální pracovník, tj. zdravotnický pracovník zaměřený na sociální problematiku pacienta včetně jeho širšího okruhu (rodiny a známých). S rodinou pracuji ve smyslu psychoterapeutického poradenství u pacientů těžce nemocných, jimž nemoc nezvratně zasáhla do života a narušila zaběhlý styl života pacienta i jeho příbuzných. Ve vzájemné spolupráci hledáme nový úhel pohledu na změněnou situaci, pracujeme společně na novém postoji k životním hodnotám a k samotnému pacientovi. Hledáme nový smysl, motivaci a životaschopnost s maximálně možnou dosažitelnou sebeobsluhou. Dále je mou pracovní náplní psychoterapeutická intervence u těžce nemocných a umírajících v paliativním režimu, kdy se podílím na doprovázení umírajícího pacienta a pracuji s jeho pozůstalými, včetně poradenských služeb, které se této problematice týkají. Součástí je příprava pacienta na blížící se konec, příprava jeho nejbližších, opora v průběhu přechodu a pomoc pozůstalým se s nově vzniklou situací vyrovnat včetně poradenství ohledně sociálních záležitostí po smrti.

Nemocný často potřebuje pečujícího, který by byl nejen u hledání, ale byl by i oporou na cestě. Jelikož jde vždycky každý sám a jeho cesta je jedinečná, neopakovatelná a specifická, nelze na cestu druhého vstoupit. Můžeme však stát blízko a být pevným bodem ve chvíli, kdy pacient tápe a nerozumí. Naše jistota a vnitřní klid přinášejí zklidnění i umírajícímu. Ví, že je v té situaci sám, ale vedle stojí někdo, kdo tomu rozumí, chápe a není zneklidněn - to pacienta posiluje. Není žádnou pomocí nořit se s nemocným do jeho propasti. Pak se oba nacházíme v situaci, kterou nezvládají již dva. Pak se strach i negativní prožitek násobí.

4. UMÍRAJÍCÍ PACIENT

Světová zdravotnická organizace navrhla roku 1947 následující širokou definici zdraví: „Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, který je výsledkem souladu ve vzájemném působení organismu a prostředí. Zdraví není jen pouhá nepřítomnost nemoci, ale je stavem fyzické, psychické a sociální pohody.” (KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, L., OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovateľstvo I.* Martin, Slovenská republika: Osveta, 1995. s. 86)

Holistický pohled na zdraví (pojem holistický či holismus jsou odvozeny z řeckého slova *holos*, které znamená *celek*) zahrnuje celou osobnost, což znamená, že vidí člověka celistvého se všemi jeho aspekty životního stylu - tělesnou zdatností, zvládáním stresu, citlivostí k prostředí, sebehodnocením a duševna. Zdraví tedy předpokládá ideální rovnováhu mezi všemi hlavními součástmi bytím - tělem, myslí a duší - spolu s prostředím a vším a všemi, které potkáváme. Nevzít v úvahu některý výše uvedený aspekt, znamená oslabit své zdraví (srov. KOMÍNKOVÁ, H. *Duchovní potřeby hospitalizovaných pacientů.* <http://www.hospice.cz/hospice1/index1.php>.13.1.2005)

Psychologové vnímají zdraví jako pocit vyrovnanosti, klidu a pohody se zaměřením na vyrovnanou a klidnou náladu, pozitivní emoce, stav psychické pohody osobnosti, interakce v souladu se společností, ve které se jedinec pohybuje. Psychické zdraví znamená žít normální, plnohodnotný a aktivní život podle individuálních představ jedince.

Křesťanský pohled na zdraví se ztotožňuje s moderní WHO definicí. Nikdy v ní pochopitelně nechyběla dimenze duchovní. „Ke zdraví patří stránka tělesná, duševní i duchovní, celý mravní život člověka, jeho životní styl, jeho vztah k druhým lidem a k závažným hodnotám života i k prvnímu a poslednímu zdroji jeho života - k Bohu.“ (HALÍK, T., *Sedm úvah o službě nemocným a trpícím.* Brno: Cesta, 1993. s.11)

Z řečeného je tedy jasné, že ryze medicínský, ale i psychologický a křesťanský pohled mají hodně společného - nemoc vnímají jako stav, resp.

poruchu v normálním fungování celého jedince jako bytosti biologické, sociální a psychologické.

Hovoříme-li o nemocných lidech, máme často na mysli lidi akutně nemocné. Každý z nás akutní nemoc zná. Rychle vrcholící symptomy vedou pacienta k lékaři, který stanoví diagnózu a léčbu. U akutního onemocnění člověk nepřemýšlí o případných životních změnách, nemoc dlouhodobě nezasahuje do jeho běžného života. Ve více či méně krátké době se dostaví změna (uzdravení), která obvykle znamená návrat k původní úrovni zdraví člověka. Proto akutně nemocný člověk necítí většinou potřebu zamýšlet se nad svou spirituální dimenzí, necítí touhu něco hledat. Takové onemocnění není dostatečně silným impulsem pro rozvoj duchovní dimenze. Ale i takové onemocnění může přerůst v onemocnění s trvalými následky, v onemocnění chronické či dlouhodobé.

Chronicky nemocný člověk si na počátku své nemoci nemusí uvědomit, že se svou nemocí bude žít dlouho a s velkou pravděpodobností až do smrti. U chronických klientů může být velmi častým jevem střídání období bez potíží s obdobími relapsů nemoci. Chronicky nemocných přibývá. Jedním z důvodů je stárnutí populace, ale podílejí se na této skutečnosti i ekologické vlivy, životní styl člověka, jeho způsob myšlení. Současná medicína umí diagnostikovat mnoho onemocnění, nezná však jejich říčinu, tudíž nemůže působit kauzálně, a tak nás jen dál ‚zásobuje‘ chronicky nemocnými lidmi. Ti jsou schopni díky farmaceutickému průmyslu přežívat dlouho. Ptá se však někdo po kvalitě takového života?

4.1 Dlouhodobě nemocný a umírající

Z literatury není zřejmé, kdo je zahrnut pod termín ‚dlouhodobě nemocný‘, zároveň z ní však vyplývá, že dlouhodobě nemocný člověk trpí obvykle chronickým onemocněním nebo je postižen nějakou chorobou (deformitou) dlouhodobě a mnohdy trvale. Toto onemocnění výrazně zasahuje do života člověka a on ztrácí vzhledem k opakovaným atakám choroby a častým

hospitalizacím své soukromí. Vlivem nemoci dochází obvykle k narušení soběstačnosti - je odkázaný na pomoc druhých. Ať už je to rodina, přátelé nebo profesionálové. Může dojít i ke změně role, kterou člověk ve svém životě doposud zaujímal, a to jak v rodině tak ve společnosti. Vnímání života a přístup k němu začne být dřív nebo později odlišný. Dlouhodobé onemocnění znamená vždy znevýhodnění. Člověk potřebuje své onemocnění přijmout jako součást své identity. Musí se s ním naučit žít, chce-li dosáhnout optimální kvality života. A není výjimkou, že dlouhodobé onemocnění změní nejen aktuální prožívání člověka, ale také jeho reakce, vlastnosti a složky osobnosti.

Pokud se jedná o pacienta s velmi vážným, případně smrtelným onemocněním, dochází povětšinou k jedné konkrétní reakci: na počátku onemocnění se setkáme s popíráním a bagatelizací choroby. Proč? Sebepojetí člověka se utváří v dětství a je poměrně stálé, i přestože se v čase samozřejmě vyvíjí. Jestliže dojde vlivem nemoci k situaci, kterou si člověk neumí zařadit, nastupují obranné mechanismy, nebo-li vnitřní strategie. Jejím prostřednictvím nemocný řeší své vnitřní rozpory a vyrovnává se s aktuální zkušeností. Mechanismy zahrnují nejen psychickou, ale i spirituální dimenzi. Velice přehledně tyto fáze popsala Elizabeth Kubler-Rossová ve své knize *Hovory s umírajícími* (Srov. KÜBLER-ROSSOVÁ, E. *Hovory s umírajícími*. Hradec Králové: Signum Unita, 1992) Reakci na pravdu o stavu nevléčitelné nemoci rozdělila do 5 fází:

Negace - zavírání očí před skutečností a osaměním

Agrese – zloba a vzpoura

Smlouvání - vyjednávání

Deprese - smutek

Smíření - souhlas

Každý člověk je jiný, a proto se jednotlivé fáze výrazně liší a mají různou intenzitu a délku trvání. Nejedná se o proces, v němž by jednotlivé kroky následovaly v uvedené posloupnosti. Výše uvedené fáze se mohou prolínat, střídat i během jediného dne, nemocný se může vracet zpět a někdy dokonce některé z nich nemusí prožít vůbec. Podle některých autorů, např. Křivohlavého a

Vymětala (viz níže), může být proces rozšířen o další dvě fáze - úzkost a strach a truchlení. Dlouhodobé onemocnění chápe nemocný jako osobní ohrožení a začne pociťovat úzkost, strach má pak většinou konkrétní obsah, např: Zůstanu závislý na péči jiných? Každý nemocný trpí určitými pochybnostmi, protože nikdy neví, co ho čeká. Prožívá úzkost v závislosti na nepříjemných změnách a při tušení dalších potíží, jež mu nemoc může přinést. Srovnáme-li strach s úzkostí, je ona prožitkem nepříjemnějším. Na rozdíl od strachu si totiž člověk neuvědomuje její příčinu. Člověk může prožívat strach reálný, pochopitelný, ale také nereálný a pro druhé nepřiměřený. Jak už jsem řekla, všechny formy strachu jsou transformací strachu ze smrti. Dojde-li člověk ve svém životě k vnitřní svobodě, zbaví-li se strachu ze smrti, otevře se mu nový prostor, ve kterém všechny jeho aspekty náležejí lásce. Nikoliv ve smyslu obecně chápaném, ale v lásce sama k sobě - být tady a teď sám se sebou.

4.2 Potřeby a práva dlouhodobě nemocných a umírajících

Potřeby dlouhodobě nemocných pacientů mají dimenze fyziologické, psychologické, sociální i spirituální. Uspokojení potřeb ve všech čtyřech dimenzích je ale předpokladem nejen pro život pacientů, ale i zdravých lidí a jejich šťastný a spokojený život. Problém nastává v okamžiku, kdy člověk onemocní a není již schopen tyto potřeby sám uspokojovat. Co mu tedy opravdu chybí? Jaké jsou jeho potřeby? Jan Vymětal definoval tyto potřeby ve své knize *Základy lékařské psychologie* takto: „Potřeba je něco, co člověk s různou mírou nutnosti, a proto i naléhavosti vyžaduje k životu.“ (VYMĚTAL, J. *Základy lékařské psychologie*. Praha: J.Kocourek, 1994. s.31)

Známý americký psycholog Abraham Harold Maslow (1908-1970) konstatuje, že pokud se člověku podaří naplnit všechny úrovně, jeho úsilí o další

seberealizaci i nadále pokračuje. Podle Maslowa existují ještě dvě potřeby, které nejsou v této hierarchii specificky uvedeny, a to potřeba vědět a potřeba porozumět. Pro lepší přiblížení můžeme vidět potřeby jako pyramidu o vícero patrech. Na nejzákladnější úrovni jsou potřeby, které umožňují člověku přežít, tedy potřeby fyziologické. Pokud člověk saturuje tyto potřeby, nastupují k uspokojení potřeby vyšší, mezi nimi potřeba bezpečí a jistoty. Dalšími potřebami jsou ty sociální, představují nutnost někam a k někomu patřit. Další stupeň patří potřebám vztahujícím se na ego, tedy na sebepojetí, sebeúctu či kladný vztah k sobě. Na vrcholku pyramidy jsou pak potřeby rozvíjející osobnost, tj. potřeby seberealizační. Přestože Maslow nemluví o čtyřech dimenzích člověka, z jeho modelu je zřetelné, že tyto dimenze do hierarchie potřeb začleňuje. I když používá jiných výrazů k popisu posledních dvou stupňů, jde vlastně o potřeby duchovní dimenze. Maslow tvrdí, že lidé, kteří usilují o uspokojení svých potřeb, jsou zdravější, šťastnější i vytrvalejší. Jiné rozdělení potřeb nabízí Jan Vymětal. Potřeby dělí do různých kategorií na tzv. primární, tj. převážně vrozené, či sekundární, tj. vzniklé a utvářené na základě zkušeností.

I když se má práce v největší míře týká duchovního rozměru dlouhodobě nemocného člověka a člověka umírajícího, je potřeba si uvědomit, že všechny tyto dimenze jsou propojené, nelze je od sebe oddělovat a jsou na sobě závislé. Je nezbytné pohlížet na člověka v jeho celistvosti, a proto je potřeba se o těchto dimenzích zmínit, jelikož jsou jeho neoddelitelnou součástí.

Z praktického pozorování jsem usoudila, že nejdůležitější potřebou těchto lidí je uspokojení potřeby spánku a absence bolesti, tedy fyziologické dimenze. Spánek v jeho kvantitě i kvalitě patří k důležitým. Nemocní mají zvýšenou potřebu spánku, jejich normální rytmus spánku a bdění je narušený. Ve spánku organismus regeneruje a získává sílu. Z rozhovorů s nemocnými dále vyplynulo, že nejčastější příčinou jejich nespavosti je blízkost jiných lidí, bolest, potíže s vyprazdňováním nebo dýchací potíže. Při dlouhodobé deprivaci a nespokojení této potřeby dochází postupně k rozkladu osobnosti.

Co se týká bolesti, na nejobecnější úrovni nerozlišujeme, zda se jedná o

bolest fyzickou nebo psychickou. V literatuře lze nalézt nepřeborné množství pokusů o to jak bolest popsat. „Bolest je to, co říká nemocný a existuje, když to nemocný tvrdí.“ (SOFAER, B. *Příručka pro zdravotní sestry. Bolest*. 2.vyd. Praha: Grada Publishing, 1997.s.23) „Bolest je složitý jev, signalizující hrozbu tkáňového poškození, je to integrovaná ochranná reakce a smyslová zkušenost s utrpením.“ (SOFAER, B. *Příručka pro zdravotní sestry. Bolest*. 2.vyd. Praha: Grada Publishing, 1997. s.23).

Philips Yancey se ve své knize *Kde je Bůh, když to bolí?* zabývá otázkou, v čem je to jiné, když je trpící člověk křesťan. P. Yancey konstatuje, že bolest není velkým Božím nedopatřením. Schopnost vnímat bolest je dar. Dar, který nikdo nechce. Bolest by mohla být podle něj vnímána jako komunikační síť, neboť síť čidel bolesti má jediný cíl - ochránit nás před zraněním. Bolest si vyžaduje pozornost, která je zásadní pro uzdravení. Musí to bolet, abychom byli donuceni jednat. Většina z nás hledá příčinu bolesti dříve, než se rozhodne, jak na ni reagovat.

Z hlediska zaměření mé práce bych do psychologické dimenze především zahrnula potřebu respektování lidské důstojnosti a potřebu bezpečí. Obě tyto dimenze jsou důležité pro pochopení člověka jako bytosti jedinečné a neopakující se, a to naprosto nezávisle na stavu jeho tělesné schránky. Důstojnost si lze spojit s pojmy jako úcta, autonomie nebo ovládnutí. Chceme-li poskytovat péči ve všech čtyřech dimenzích, které zachovávají a posilují důstojnost, je třeba věnovat více času pochopení toho, co si pod tímto pojmem představujeme. V rámci studie *Důstojnost a starší Evropané (Srov. Důstojnost a starší Evropané, Respektování lidské důstojnosti*. Internet. Verze z 14. 2. 2005. Možno najít na: www.cestadomu.cz) je důstojnost mixem zásluh, mravní síly a osobní identity. Důstojnost zásluh je popisována jako společenský statut; lidem jsou často připisovány role v souvislosti s postavením ve společnosti (postavení člověka v mnohých společnostech závisí na jeho ekonomickém a sociálním postavení). Dlouhodobě nemocní mohou být vyřazeni z tohoto začlenění, pak mohou prožívat (a velmi často i prožívají) ztrátu důstojnosti. Důstojnost mravní síly tkví v důrazu na mravní autonomii či integritu každého z nás. Lidé, kteří jsou schopni žít

v souladu se svými mravními zásadami, pocíují důstojnost. Důstojnost mravní síly se může vyskytovat v různé míře, může být vysoká, nízká nebo žádná. Důstojnost osobní identity souvisí se sebeúctou a odráží osobitou identitu jednotlivce. Osobní identita zahrnuje integritu vědomí vlastního já, fyzickou identitu, začlenění do společnosti a schopnost nalézat smysl ve svém životě, svých činech a dění, na němž je člověk účasten. Důstojnost osobní identity může být narušena v intimitě člověka (ponechání obnaženého během úkonů jako je mytí, oblékání či cvičení). Tyto újmy mění identitu dané osoby. Výsledkem může být vnímání sebe jako pasivního objektu. Je-li si člověk vědom důstojnosti osobní identity, má pocit úplné lidské bytosti, což mu umožňuje nalezení smyslu vlastního života. Nemocní mohou být vystaveni změnám v jejich vzhledu, čímž může dojít k těžkým změnám identity. Pokud dochází k přehlížení osobní identity, může to vést k narušení osobní integrity, k prožitkům hanby, ponížení či degradaci vlastního já v pacientových očích.

Já považuji za výsostnou (a pro svou práci za nepostradatelnou) důstojnost typu ‚Menschenwurde‘. Tento německý výrok popisuje typ důstojnosti, který odkazuje k hodnotě člověka jako lidské bytosti. Dává opodstatnění mravnímu požadavku vyjadřování úcty a respektu všem lidským bytostem, bez ohledu na jejich sociální, psychický, spirituální nebo fyziologický stav. Důstojnost není otázkou toho, co lidé cítí nebo co uznává mravní kultura té které společnosti, důležité je, že vyrůstá z obecného pojetí lidství.

Potřeba citové jistoty a bezpečí pod vlivem nemoci narůstá. Nemocný zažívá více nepříjemností a jeho možnost k uspokojení potřeby bezpečí je daleko menší, respektive nemocný není v této oblasti zcela soběstačný. Mnohdy se cítí silně ohrožen a z toho vyplývá větší potřeba citové podpory, která by mu napomohla zvládnout danou situaci. Závažné onemocnění je značnou zátěží, jež vyvolává obranné mechanismy různého druhu. Jedním z nich je zvýšená fixace na blízké lidi a s tím související větší potřeba citové jistoty. Mnohdy může mít až regresivní charakter, nemocný touží, aby jeho blízcí u něj byli, drželi jej za ruku, neopouštěli jej v těžké situaci. Pokud je nemocný svým onemocněním vyčerpaný a jeho potřeba není trvale uspokojena, může být apatický a ztrácet zájem o okolí a

své blízké (Srov. VÁGNEROVÁ ,M. *Psychopatologie pro pomáhající profese* 3.vyd. Praha: Portál, 2002).

Základní sociální potřebou je dle některých autorů (A.H. Maslow, H.A. Murray) rovněž potřeba styku s jedinci, kteří hrají v životě člověka významnou roli. Důsledkem nenaplnění této potřeby je pocit osamělosti. Není divu, že dlouhodobě hospitalizovaný trpí tím, že nemůže dostatečně rozvíjet a udržovat vztahy s rodinou a přáteli. Potřeba interakce s lidmi, kteří jsou člověku blízcí a jsou pro něj důležití, je nepostradatelná a v období dlouhodobé nemoci dramaticky vzrůstá. Bezprostředně mu může pomoci empatický ošetřující personál. Těsné interpersonální vztahy dávají nemocnému pocit bezpečí, protože ve složité situaci se může obrátit o pomoc k lidem, o nichž ví, že mají o něho starost a že jsou ochotni mu pomoci.

4.2.1 Potřeby spirituální dimenze

Člověk se vyrovnává se zátěží a nemocí tělesně, duševně i duchovně. Jak již bylo řečeno, potřeby sociální, psychické a duchovní nelze přesně vymezit a oddělit, jelikož jsou navzájem propojeny a svými závažnými důsledky pro člověka se budou vždy vzájemně prolínat. Proto některé z níže uvedených potřeb mohou patřit nejen do oblasti duchovní dimenze, ale také do oblasti sociální nebo psychologické.

V oficiální medicíně se v zemích bývalého východního bloku uspokojování potřeb duchovní dimenze často pomíjí. O vlivu spirituality (duchovnosti) na zdraví a nemoc se málo ví a ještě méně se ví o tom, jak potřeby duchovní dimenze uspokojovat. I když denodenní praxe ukazuje, že potřeba uspokojení spirituálních potřeb se v období nemoci a ve stáří zvyšuje. K pochopení tématiky celkového problému uspokojování duchovních potřeb může napomoci kniha profesora Jara Křivohlavého *Pastorální péče*, kde je řečeno, že potřeba saturované identity vyžaduje mít uspokojivě vyřešenou otázku typu: Kdo jsem? Proč tu jsem ? Jaký je smysl mého života? (srov. KŘIVOHLAVÝ, J., *Pastorální péče*. Praha:Oliva,

2000). U dlouhodobě nemocného člověka může bohužel často dojít ke ztrátě identity a tedy i ztrátě smyslu života, a je proto nesmírně důležité podpořit jej, aby pochopil a smířil se – sám se sebou, se svým životním příběhem, se svými dávnými křivdami...

Zdravý člověk má touhu uspokojovat spirituální potřebu štěstí, radosti a uspokojení, dlouhodobě nemocný řeší její protipól: hledá smysl utrpení: „Proč zrovna já? I já mám přece právo na štěstí. Jsem o tolik horší než můj soused?“ V své knize *Když se zlé věci stávají dobrým lidem* rabín Herold Kushner vysvětluje, že se naučil přijmout Boží lásku, ale pochybuje o Boží moci. Jinak řečeno Bůh je dobrý, nerad nás vidí trpět, ale nemá dost síly, aby napravil všechny problémy světa. Bůh by chtěl pomoci, ale nemůže. Je v tomhle možné hledat útěchu? Jak píše ve své knize renomovaný český duchovní Tomáš Halík: „Pocit nesmyslnosti nemoci patří právě k největší tíži života.“ (HALÍK. T. *Sedm úvah o službě nemocným a trpícím*. 1.vyd.Brno: Cesta, 1993. s. 23) Smysl utrpení neleží na povrchu, trpící člověk ho musí vždy hledat. Podle T. Halíka věřící člověk hledá v Bohu: „Věřícímu člověku se otevře nesmírně důležitý prostor k hledání a přijetí smyslu utrpení, k vnitřnímu zpracování. Tímto prostorem je modlitba a rozjímání o Kristově utrpení“. (HALÍK. T. *Sedm úvah o službě nemocným a trpícím*. 1.vyd.Brno: Cesta, 1993. s. 25) Bohužel, jak ve své praktické části poodhalím, křesťanské přijímání utrpení není samospasitelné. Věřící člověk leckdy obdobná vysvětlení přijímá bez potřeby rozumět, avšak to v nejtěžších chvílích mnohdy nestačí. Tehdy jde totiž o mnohem hlubší a složitější zákonitosti, kterým je třeba porozumět, pochopit a poznat je. Nerovnováha mezi věřím a vím se pro umírajícího stává nepřekonatelným úskalím. V praktické části mé práce se tento jev objeví - slepé přijímání věřím způsobuje v důsledku nerovnováhy umírajícímu velké problémy.

I dlouhodobě nemocný má spirituální potřebu dosáhnout úspěchu, dokonalosti a pravdy. Jde o potvrzení vlastní hodnoty, tedy o snahu o poctivé přijetí minulosti i přítomnosti, o potřebu nepropadnout depresím a frustraci, tedy snahu akceptovat sám sebe se všemi svými slabostmi a nedokonalostmi. Potřeba pravdy je jasná - znamená zjistit, jak se věci mají. Nemocný má právo na pravdu,

má právo rozhodnout o tom, kdy a v jaké podobě pravdu uslyší. Má právo vykřičet svoji úzkost, beznaděj i strach. Pro pečujícího to znamená bezpodmínečně přijímat jeho negativní emoce. Nemocný má také právo myslet na smrt. Reakce ošetřujících není vždy terapeutická. Do určité míry mohou svým přístupem a povzbuzujícími slovy bránit pacientovi v tomto vyjádření a tím vyvolávat v nemocném pocit viny. Na druhé straně je nutné si uvědomit, že ne každý má sílu pravdu slyšet, a proto se jí nedožaduje. Úskalí žít ve lži a přání být klamán se opět odráží v praktické části mé práce.

Nemocní mají i potřebu spravedlnosti, zejména spravedlivých mezilidských vztahů. Nemocný chce vědět, kdo o něj pečuje. A pro pečující je nutné pochopit, že komunikace a jejich přítomnost může být stejně důležitá jako utěšující lék. Laskavost, dotek, poskytnutí pomoci či rozhovor často účinek léku posilují, nejsou-li dokonce lékem samy. Nemocný si rovněž potřebuje udržet nebo upravit svůj vztah se svými nejbližšími. Potřebuje vědět, že má možnost řešit a vyřešit své léta neřešené problémy, že příbuzní a přátelé ho v jeho těžkých chvílích neopustí a že v případě potřeby unesou i smutek. A to že bude spravedlivé. Zdravotnické či sociální zařízení uspokojení těchto potřeb musí nejenom umožnit, ale také zajistit.

Dlouhodobě nemocný pacient má i potřebu krásy a je samozřejmé, že to, jak vypadá pokoj nemocného, svědčí o vztahu nemocného a jeho pečujících k životu. Květina, obrázek na stěně, jiná než bílá barva v interiéru podporují pocit spokojenosti a vytvářejí optimální léčebné prostředí. Možnost obklopit se vlastními věcmi, které připomínají domov, zaručuje nemocnému pocit sounáležitosti se svými blízkými.

V neposlední řadě je velmi důležitá i potřeba stimulace - jen ti, kteří jsou stimulováni, plně žijí. Pokud nemocný zůstane byť jen v částečné izolaci, bez vnějších popudů, bude postupně chátrat, tedy ,umírat'. Radio, televize, knihy, filmy a setkání s přáteli, možnost kontaktu se svými zvířecími mazlíčky, radost z toho co ještě může, i když spoustu možností již ztratil, jsou důležitými aspekty v péči o nemocného.

5. DUCHOVNO U LŮŽKA UMÍRAJÍCÍCHO

Náš svět je v současné době sekularizovaný a víra v Boha ustupuje víře v sebe, ve vlastní schopnosti, ve vyšší já apod. Za patnáct let praxe u lůžek umírajících jsem ale nabyla přesvědčení, že jednou z nejvýraznějších, ne-li dominujících potřeb je v těchto posledních okamžicích lidského života potřeba mystéria, tajemna, tedy toho, co člověka přesahuje. Je to logické, protože se strachem ze smrti se rodíme, žijeme s ní po celý život a každý z nás je schopen blížící se smrt vycítit. Touha po onom tajemnu a uspokojení této potřeby snižuje úzkost a defacto je to vlastně lék. Lék, na který má každý umírající právo. A je tedy víc než pochopitelné, že většina lidí bez ohledu na to, zdali během života v Boha věřila či nikoli, se s blížící smrtí jeho pomocí dovolává. Mnohdy to ani nedělají vědomě. Duchovno, neboli spiritualita, je to poslední, v čem může umírající ještě najít smysl a je to také to poslední, co mu zbývá.

Spiritualita jako taková má dimenze dvě (na nich se shodují teologové i laici) - vertikální a horizontální. Uspokojení touhy duchovní dimenze může být vyjádřeno v horizontální rovině vztahem k sobě a ostatním lidem, čili službou, láskou, důvěrou a nadějí, kreativitou nebo pocitem vděčnosti. Na vertikální rovině představuje rozvíjení transcendentního vztahu k Bohu či Vyšší síle nebo Autoritě. Člověk, který nerozvíjí spiritualitu ve vertikální rovině, ji může prožívat v rovině horizontální a může mít dokonce hlubší duchovní prožitek než ten, který dává přednost vztahu vertikálnímu. Přesto většina lidí potřebuje mezi horizontální a vertikální rovinou rovnováhu. (Srov. ŠKRLOVI, P. a M., *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha: Advent-Orion, 2003. s. 434). Otázkou je, zdali dlouhodobě nemocný má možnost tyto potřeby uspokojovat v obou rovinách a chápou-li pečovatelé důležitost jejich uspokojení.

5.1 Spiritualita a náboženství

Spiritualita a náboženství jsou pojmy zcela odlišné, ale na sebe navazující. Spiritualita je nadřazená a naplňují ji všichni, kteří své duchovní prožitky a potřeby ve vlastním systému představ nepotlačují. Můžeme se setkat s nevěřícími v Boha, a přitom jim není cizí myšlenka na život po smrti a existence duše tak, jak to ve svých praxech a na základě svých osobních zkušeností popisuje praktická lékařka a zakladatelka hospicového hnutí v Čechách Marie Svatošová (Srov. SVATOŠOVÁ, M., Duchovní služby si budují společenský kredit. IZN ročník 52 4.2, s. 24). Nicméně pro dlouhodobě nemocné pacienty může být členství v náboženském společenství stejně, ne-li více, důležité. Uspokojení potřeb duchovní dimenze se často stává prioritní záležitostí člověka, který prochází reakcí na své onemocnění.

„Ve spiritualitě jde o hledání něčeho co je mimo naši moc. Ne vždy se musí jednat o Boha, ale například o otázku pravdy nebo hledání smyslu života. Duchovní péči nelze ztotožňovat s náboženskými potřebami věřících.“ (VANIČKOVÁ, K., Spirituální potřeby seniorské populace v ČR. Verze: 14. 2. 2005. Možné najít na: www.hospice.cz). Tento výrok Mgr. K. Vaničkové nabádá k rozlišení spirituality a náboženství, i když obě tyto složky duchovní dimenze se mohou, ale nemusejí překrývat. Náboženství je na rozdíl od spirituality vírou, která se vztahuje ke konkrétní náboženské tradici a často souvisí s tradičními církvemi. Náboženství má zpravidla ve svém vztahu k Bohu jasně organizovaný systém, má svou věrouku, rituály i denní povinnosti věřícího. Náboženství může být vnímáno, jako nástroj k pochopení a vyjádření duchovna prostřednictvím hodnot nebo rituálu a náboženských aktivit. (Srov. ŠKRLOVI, P. a M., *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha: Advent-Orion, 2003. s. 434). Některé životní události mohou narušovat rovnováhu duchovní dimenze člověka natolik, že může dojít ke stavu duchovní nouze - ztráty smyslu života, touhy žít či tvořit.

V sekulární perspektivě je spiritualita vnímána jako sada pozitivních hodnot, jako je láska, poctivost nebo pravda, kterou si jedinec zvolil a která se

ultimátně stává pokusem v životě člověka a vytváří ‚originální uspokojení‘. Tyto hodnoty mají schopnost motivovat člověka k naplnění jeho osobních potřeb, cílů a tužeb a vedou k dosažení seberealizace. Spiritualita člověka může být podpořena schopností dávat a zažívat doteky péče (starosti o někoho) a důvěrnými projevy. Může být také uspokojována fyzickou zkušeností jako je naslouchání hudbě, požitky z umění, literatury, smích, emocionální výlevy nebo sexuální uspokojení. (srov. SHART-HOPKO, N., C., *Spirituality and Health Care, Issues in Delivering Care*.1979. s.373)

Pohled na ošetrovatelskou péči podle Florence Nightingalové byl založený na spirituální filosofii, jak vyplývá i z její knihy *Suggestions for Thought*. (srov. SHART-HOPKO, N., C., *Spirituality and Health Care, Issues in Delivering Care*.1979. s.373). Spiritualita pro ní znamenala rozvíjení odvahy, empatie, vnitřního pokoje, kreativity a jiných charakteristik Boha - Božích kvalit. Florence Nightingalová věřila, že fyzické uzdravení je přirozený proces regulovaný přírodními zákony a vše, co musí ošetrovatel udělat je pomoci nemocnému dostat se do nejlepší kondice, aby na něm mohla příroda pracovat.

V letech, které následovaly, se ošetrovatelství snažilo získat stabilitu profese a svojí ojedinělou znalostí a schopností pečovat o nemocné. Péče o potřeby spirituální dimenze ztratila na své důležitosti a byla dokonce i záměrně ignorována až do 80.let minulého století. Přestože od 60.let minulého století existuje 26 důležitých - hlavních ošetrovatelských teorií a konceptů, jen 14 z nich zahrnuje duchovní dimenzi. Ale pouze dvě z nich jasně přiznávají, že spiritualita má dopad na zdraví člověka.

V roce 1978 NANDA vydala sborník ošetrovatelských anamnéz, ve kterém se poprvé objevily ošetrovatelské diagnózy týkající se duchovní dimenze (srov. SHART-HOPKO, N., C., *Spirituality and Health Care, Issues in Delivering Care*.1979. s.377).

V českém vydání Ošetrovatelské diagnózy se týkají duchovní - spirituální rovnováhy- možnosti podpory a duchovní- spirituální tísně (srov. ČERVINKOVÁ, E., a kol., *Ošetrovatelské diagnózy*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví 2001. s.7) Ošetrovatelská diagnóza

týkající se spirituální rovnováhy má následující definici: „Duchovní rovnováha je stav, v němž se navenek projevuje vnitřní proces vývoje a rozvoje duchovních složek osobnosti a jejich harmonického propojení, které pramení z vnitřních sil člověka“. (ČERVINKOVÁ, E., a kol., *Ošetřovatelské diagnózy*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví 2001. s.7) I přestože jsou i v České republice studentky a zdravotní sestry seznámeny s těmito diagnózami, v praxi nedochází k jejich uplatnění a pacienti se ocitají v duchovní nouzi. K té může dojít ve spojitosti se separací kulturních a náboženských praktik - rituálů, v případě, kdy jsou životní hodnoty a principy nemocného ohroženy nebo v případě hlubokého utrpení. (srov. SHARTS-HOPKO, N., C., *Spirituality and Health Care, Issues in Delivering Care*. 1997. s 373)

5.1.1 Duchovní a duševní v křesťanské spiritualitě

Otázka vymezení duchovní a duševní kvality člověka, je vlastně otázkou týkající se bytostné konstituce člověka. V křesťanském kontextu je třeba vzít v úvahu také vztah člověka jako stvořené bytosti k Bohu, který je pro lidskou osobu konstitutivní skutečností. Tento vztah, včetně jeho teologického rozměru, je naznačen ve stěžejní teologicko-antropologické vizi obsažené v první kapitole Genesis: „Bůh stvořil člověka, aby byl jeho obrazem, stvořil ho, aby byl obrazem Božím, muže a ženu je stvořil.“ (Gen 1,27)

Nauka o člověku, jako božím obrazu byla dále rozvinutá svatým Pavlem (Řím 8,29 Kor 15,47, Kor 3,18) a pozdější patristickou tradicí, zejména v díle svatého Irenea. Člověk –boží obraz, ja zároveň tělem, duší i duchem. Přípodobnění člověka k obrazu v teologii svatého Pavla představuje životadárnou část na božím životě, nikoli vnější podobu, jak vyplývá z následujícího textu k Římanům: „Které předem vyhlédl, ty také předem určil, aby přijali podobu jeho Syna, tak aby byl prvorozený mezi mnoha bratřími, které předem určil, ty také povolal, které povolal, ty také ospravedlnil, a které ospravedlnil, ty také uvedl do své slávy.“ (Řím 8,29-30)

Oba předeslané texty se zabývají fundamentální hodnotou lidské bytosti, která je ustavena jejím vztahem k Bohu a jejího konečného určení, jež je naznačeno metaforou obrazu. Vědomí hodnoty lidské osoby a smyslu jejího bytí pak tvoří podklad pro další křesťanskou antropologickou reflexi a základ, ve kterém se lze sjednotit při respektování rozdílných názorů, které vznikaly v průběhu teologické spekulace na téma konstituce lidské bytosti.

Pro biblickou antropologii je charakteristický důraz kladený na podstatnou jednotu člověka. Vědomí podstatné jednoty je tedy Písmem doloženým pilířem každé historicky následující teologické výpovědi člověku. Výrazy pro tělo a duši neoznačují strukturální složky lidské bytosti, nýbrž celou osobu. V pozemském rozměru hovoří o těle (hebrejsky *basar*) a rozumí jím celého člověka v jeho otevření se ke světu. V nebeském rozměru pak hovoří o duši, či duchu (hebrejsky *nefeš*) a rozumí opět celého člověka v jeho vztahu k Bohu.

Pohled na člověka může být označen jako dichotomický, popisující dva základní způsoby bytí člověka.

Různost názorů však vzniká v pozdější exegetické tradici při snaze o rozlišení mezi duševním a duchovním principem. Tradice se opírá o předpoklad existence třech základních principů v člověku, a to tělesného, duševního a duchovního. Jedná se nejen o jejich vymezení, nýbrž také o charakter jejich vzájemných vztahů. Uvedená koncepce je označována jako trichotomická a rozvíjí se v helénistickém prostředí, ovlivněném platonismem, který zdůrazňuje nesmiřitelnost hmoty a ducha. (Srov. BOUBLÍK, V. Teologická antropologie. 1. vyd. Kostelní vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2001.s.61.)

Právě v charakteru vztahů mezi jednotlivými principy vidíme hlavní rozdíl mezi myšlením biblickým a patristickým. Biblická antropologie chápe duši a tělo jako dva módy bytí, které můžeme přirovnat ke dvěma stranám jediné mince, zatímco patristická tradice má tendenci rozumět uvedeným principům spíše jako jednotlivým součástem, ze kterých je člověk složen.

Nedospíváme tedy k naprosté jednoznačnosti v pojmech duchovního a duševního, a to již v samotných základech teologicko-antropologické reflexe. Napětí mezi oběma základními koncepcemi jako alternativními pohledy v rámci

křesťanství, stejně jako napětí mezi křesťanskými a jinými filozofickými výklady konstituce člověka vytvořilo výzvu a prostor pro teologické zpracovávání otázek tělesného, duševního a duchovního v mnoha variantách od antiky až do současnosti. Z výše uvedeného tedy vyplývá, že bude třeba za každých okolností velmi pečlivě posuzovat kontext, ve kterém jsou tyto pojmy užívány a v případném dialogu si ujasnit, jak jsou jednotlivým stranami chápány či definovány.

5.1.1.1 Co je to ‚duchovní‘

V trichotomickém pojetí, podle kterého je člověk tvořen tělem, duší a duchem, je duch chápán jako lidský prvek, který je předpokladem možnosti otevření se působení Ducha svatého. Tento předpoklad je odůvodněn jistou podobností mezi lidským duchem a Duchem svatým.

V dichotomické koncepci pak výraz duch naznačuje takový postoj lidské bytosti jako božního stvoření, ve kterém se člověk v celé totalitě otevírá Duchu svatému.

Metaforické objasnění vztahu mezi Duchem a lidským duchem se nalézají v evangelijním podobenství o vinném kmeni a ratolestech, ve kterém je vylíčena ve vzájemné, vztahu jejich odlišnost i jednota. (Jan 15)

Pro obě biblická pojetí ducha je charakteristická právě otevřenost, která je u svatého Pavla postavena do kontrastu s tělesným jako tíhnoucím k uzavřenosti a zdánlivé soběstačnosti. Otevřenost představuje schopnost i uskutečnění vztahu, a to vztahu tvořícího naši identitu. Duch svatý je zde představen jako nezasloužený dar, daný zdarma Bohem. Je principem věčného života a základem svatosti člověka, neboť mu zprostředkovává účast nesvatosti Boží.

Vše, co je tedy v křesťanském kontextu označováno adjektivem ‚duchovní‘, se takovým stává pro svůj vztah k Duchu svatému. Jádrem křesťanské duchovnosti je přebývání Ducha svatého v člověku. Duchovní život je v křesťanovi založen svátostným křtem a vyvíjí se podobně, jako organismus ze zárodku. (Srov. ALTRICHTER, M., *Duchovní a duševní*. Velehrad: Refugium, 2003. s. 17)

Promýšlením vztahu mezi lidským duchem a Duchem svatým se věnovaly

dvě teologické tradice již v patristické době.

První z nich užívá pro označení rozumu-ducha pojmu *nous*, který je však významem blízký spíše latinskému termínu *spiritus*. *Nous* představuje něco jiného než pojmy *mens*, *ratio* či *intellectus*, které jsou v latině užívány k označení rozumové schopnosti člověka. Představuje nadracionální, intuitivní či charismatickou inteligenci, která není prodloužením racionality, ale je spíše jakýmsi okem rozumu, nejvyšším bodem, jenž v duši člověka uchovává *eikón*, obraz Boží. Tento duch, *nous*, je schopen duchovního poznání, to znamená poznání skrze lásku.

Uvedená reflexe vychází z propojení teologické spekulace s mystickou praxí, ve kterém je pravá láska k Bohu ztotožněna s poznáním a je aktualizací pravé moudrosti. Zde nacházíme také teologické zdůvodnění vysoké hodnoty kontemplativní modlitební praxe církve. (TENACE, M., *Vybrané kapitoly z antropologie*. Velehrad: Refugium, 2001. s.29-33)

Druhá tradice klade na první místo srdce, ve kterém spatřuje centrum duchovního života a poznání. Sem musí křesťan sestoupit, a tento střed musí spojit s rozumem. Teprve srdce představuje dynamický princip člověka, který oživuje intelekt.

Je středem, ve kterém se uskutečňuje sjednocení s Bohem. Z uvedeného vyplývá, že srdce nepředstavuje primárně cit, tak jako na pouhý cit nelze redukovat křesťanskou lásku.

Sjednocení srdce a *nous* pak představuje čisté srdce zbavené vášní (Srov. ŠPIDLÍK, T., *Spiritualita křesťanského východu*. Velehrad: Refugium, 2002. s.86), které je ontologickým středem nadpřirozeného života. Výrazy, které tuto duchovní realizaci popisují v teologické tradici Východu jsou ‚jednota ducha a srdce‘ a ‚sestoupení ducha do srdce‘. Z charakteru jejich spojení vyplývá nemohoucnost ducha bez spojení se středem- srdcem i slepota srdce, které postrádá osvětlení duchem.

5.1.1.2 Co je to ‚duševní‘

Z hlediska trichotomické antropologie svatého Pavla, rozvinuté svatým Irenejem a dalšími Otcí, je tedy každý člověk obrazem Božím jako tělo duše a duch. Hřích však tuto původní podobnost zastřel. K přiblížení se původní kráse ja zapotřebí spolupráce (synergie) s Bohem. Lidé se stávají duchovními svou účastí na Duchu. Toto chápání duchovnosti a jejího růstu je ryze teocentrické. V myšlence synergie však v sobě zahrnuje a také předpokládá, veškerou snahu člověka spolupracovat s Bohem a jeho milostí. Podle Altrichtera tato synergie není možná v případě, když je člověk zaujat sám sebou.

„Vlastní naplňování a uspokojování: kroužení kolem *psyché* (*circulus vitiosus*): příjemný hřích, který nás opanuje svou ‚justifikovatelnou potřebnost‘ působí růst psyché- která-si-stačí“. Vytváříme pak kopie pneumaty.

Jednota nepředstavuje smíšení hodnot, nýbrž pozvání „Ducha-pro-nás“ do otevřené „psyché-pro-Něho“. (ALTRICHTER, M., „Duchovní“ a „duševní“. Velehrad: Refugium, 2003.s.30-31)

Toto období teocentrického myšlení je však vystřídáno v kulturních dějinách obdobím antropocentrickým, započatým již v renesanci. Uvedená změna je charakteristická zřetelným přesouváním důrazu od božského k lidskému, a to ve všech oblastech života. Od teologie se postupně přecházelo k filosofii, pozornost se odkláněla od nadpřirozeného směrem k přirozenému, což v důsledku podnítilo intenzivní rozvoj přírodních věd. Z teologického a transcendentního porozumění člověku a jeho podstatě jsme se přesunuli na pole antropologické a imanentní. V praxi to znamená, že v současné době člověk hledá odpovědi na podstatné filosofické a existenciální otázky spíše uvnitř svých lidských hranic.

Dnešní člověk se často chápe jako duše a tělo, ovšem tato duše má spíše rozumový charakter, a to nikoli ve smyslu *nous*, nýbrž ve smyslu intelektu či *mens*. Duše tělo již nemají vztah k náboženskému či teologickému rozměru.

Moderní vědy o člověku postrádají potřebné nástroje a kategorie k pochopení nadpřirozeného života v člověku a posouvají jej často do oblasti,

kteřá se jeví jako nejbližší transcendentnu, tedy do oblasti intelektu.

Výraz ‚duše‘ vyjadřuje nadále také vše, co není tělem a získává stále více psychologický význam, až po ztotožnění duše s psyché. Tělesnému aspektu lidské bytosti odpovídá svět hmotný a porozumění tomuto tělu se přesouvá stále důrazněji na pole medicíny. Nehmotné, včetně svých nejvyšších projevů, ja zahrnuto do sféry psychického, které je předmětem především psychologie, sociologie a dalších antropologických věd. (Srov. ŘÍČAN,P., *Psychologie náboženství*. Praha: Portál, 2002.s.42) Pod toto psychické pak spadají otázky volní, citové, intelektuální a odvozeně také duchovní, protože duchovno je redukováno na záležitost intelektu, citu a vůle. Důsledky ztotožnění duchovního a psychického můžeme pozorovat ve ztotožňování duchovní praxe s psychickým cvičením. Modlitbu například nahrazuje meditace, pochopená jako koncentrace s následným vyprázdňením obsahu mysli.Tato a jiné často eklektické metod, převzaté z různých náboženských tradic, bývají mnohokrát užívány izolovaně mimo původní kontext například v psychoterapeutické praxi. Jsou chápány jako soubor technik, které mají za úkol působit na psychiku a v tomto duchu je s nimi také nakládáno. V této praxi jasně vystupuje uzavřenost prožívání uvnitř lidského světa, důraz na soběstačnost a výkonnost, kakkoli subtilní by se na tomto poli mohla jevit.(Srov.RUPNIK,M., *Uvedení do duchovního života*. Velehrad: Refugium,2003.s.11-14)

6. DOPROVÁZENÍ UMÍRAJÍCÍHO

S blížícím se koncem, čím dál častěji a usilovněji se upínají oči umírajícího na každého, kdo projde kolem jeho lůžka. Bojí se oslovit, čeká zda si ho někdo všimne. Jak silný vliv je v tomto gestu, protože není personálu, který by ho nezaregistrovat. Ale většinou dělají, že nevidí, dívají se jiným směrem, nechťejí se potkat pohledem, omezují chození na takový pokoj v době, kdy umírající ještě aktivně vnímá. Odpovědí je, že nemají tomu člověku co říci, čím omluvit jeho situaci a používat omšelé klišé se dnes již ani jim nechce. A přitom je tato chvíle tak důležitá v životě člověka! Není třeba si myslet, že mu musíme něco sdělit, ale je třeba zaregistrovat jeho nevyřčenou prosbu, najít si čas a posadit se u lůžka, jelikož komunikace je to jediné, co může nemocného v tuto chvíli vysvobodit. Nemusíme mluvit, musíme hlavně naslouchat a vnímat otázky, které nám umírající ve své výpovědi vlastně klade. Potřebuje mít jasno v tom, co celý život přijímal, jaký k tomu zaujímal postoj, že neubližoval, že je se všemi vypořádán... Potřebuje ujistit, že se nic neděje, že vše je přirozené a že není důvod k obavám. Že nepřijde nic horšího, že vy jste ten, kdo pochopil a zůstanete do poslední chvíle bez náznaku neklidu a posloužíte jako pevný neochvějný bod v jeho momenálním chaosu.

Jen díky komunikaci a to ať verbální či nonverbální, poskytnete umírajícímu možnost se zorientovat, porozumět sobě samému a uspořádat si myšlení, které bude z hlediska jeho norem smysluplné a přijatelné. Když se vyhnete chlácholení, vaše přítomnost nabývá naprosto věrohodného a důvěrného charakteru, který člověka přesvědčí, že víte v čem je jeho problém, pochopili jste, a přesto zůstáváte neznepokojeni. Pak mohou být vaše slova přijímána jako fakta, umírající věří vaší opravdovosti a pravdě, což je to jediné, co působí jako balzám na jeho duši, jediné v čem najde klid.

Umírající pacient má výsostné právo na komunikaci. Komunikace je podstatou péče o člověka. Je jednou z nejdůležitějších služeb, které lze

nemocnému nabídnout.

V první fázi terapeutického rozhovoru, kterou Jaro Křivohlavý nazývá ‚sblížením‘ (Srov.KŘIVOHLAVÝ,J., *Křesťanská péče o nemocné*.Praha: Advent,1991.s.17) dochází k několika krokům - přístup k nemocnému, představení, nabídka pomoci, vyjádření ochoty naslouchat. Toto umění sblížit se s nemocným a umění naslouchat se odráží v následujících biblických verších: „Pán Ježíš pohlédl na něj s láskou a řekl...“ (Mar.10,21), „Odpoví-li kdo dřív, než vyslechl, toť pošetilost a hanba pro něj.“ (Přísl.18,13). O umění mluvit: „Řeč vlídná je vlastní medu, lahodná duši a uzdravení kostem.“(Přísl.16,24), „Vlídná řeč odvrací rozhořčení.“ (Přísl.15,1), „Měkký jazyk láme kosti.“ (Přísl.25,15)

Druhou fází rozhovoru nazývá profesor Křivohlavý ‚Společný sestup do hlubin‘ (KŘIVOHLAVÝ,J., *Křesťanská péče o nemocné*.Praha: Advent,1991.s.17 s.39) Doprovázející má nesnadný úkol - především být s daným člověkem a bez naslouchání toho není schopen. „Kdo poslouchá rady je moudrý. Když je k prozíravosti veden moudrý, nabývá poznání. Kdo domluvy nenávidí, je tupec.“ (Přísl. 12,15 a 21,11 a 12,1). Podle profesora Křivohlavého je naslouchání kvalitativně odlišnou činností oproti slyšení. „Slyšení je fyziologická činnost. Naslouchání je psychologickou činností. Jde při ní o správnou interpretaci slyšeného.“ (KŘIVOHLAVÝ,J., *Pastorální péče*. Praha: Oliva, 2000.s.26)

Úkolem naslouchání je zajistit směřování hybných sil člověka. Většinou se o nich dozvídáme sledováním činnosti jedince - chování a jednání člověka, nikoli jen ze slovních či mimoslovních projevů. Nestačí jen zjistit směřování k těm či oněm hodnotám. Pak je třeba to danému člověku sdělit, pomoci mu, aby si to ujasnil a viděl „odlišnost jeho a biblického směřování“. (KŘIVOHLAVÝ,J., *Pastorální péče*. Praha: Oliva, 2000. s.26)

Proč je třeba naslouchat, slyšet a pochopit? Protože ten, kdo nám něco říká, sděluje nejen to, co si myslí a co cítí, ale především to, co chce, abychom věděli. Ne vždy je nemocný v citově napjatém stavu schopný svými slovy vyjádřit své

opravdové potřeby. Proto je nutné vnímat jeho emocionální stav, jeho chování, jednání - výraz obličeje, hlasový projev, gesta či držení těla a dávat pacientovi naprostou svobodu rozhodování. Nenutit ho, ale nabízet mu vidění situace v jiném světle. To vše se musí dít v atmosféře vzájemné důvěry, kde vlídný zájem a laskavé slovo mají utěšující účinek, kde nemocný cítí, že někdo o něho má opravdový zájem. Ti, kteří se setkávají s dlouhodobě nemocnými, radí: „Zkuste se vžít do situace nemocného, do jeho myšlení i citového stavu. Přistupujte a komunikujte s nemocným tak, aby neměl obavy typu jsem ztracen, odepsán, není mi pomoci...“ Pokuste se vždy uspokojit pacientovy potřeby.

Ve třetí fázi rozhovoru můžeme využívat povzbuzující biblická slova. I v naší společnosti, která je převážně ateistická a agnostická, je možné využít zpracování biblických veršů doplněných hudbou i obrazy půvabné přírody, které osloví všechny smysly nemocného těla (Srov. KŘIVOHLAVÝ, J., *Křesťanská péče o nemocné*. Praha: Advent, 1991.s.44-50) „Ať se Vaše srdce nechvěje a neděsí.“ (Jan 14,27) „Nejsi sám. Jsem s Tebou, praví Hospodin! Neboj se, vždyť já jsem s Tebou, nerozhlížeš se úzkostlivě, já jsem Tvůj Bůh. Dávám Ti odvahu, pomoci ti budu, budu tě podepírat pravicí spravedlnosti své. Já jsem hospodin, Bůh tvůj, držím tě za pravici a pravím ti: Neboj se, já jsem tvá pomoc.“ (Iz 43,10 a 13)

6.1 Potřeba duchovního vedení

Shrneme-li předchozí úvahy, vidíme, že křesťanský duchovní život představuje kvalitativní krok v oblasti péče o psyché. Má charakter otevřenosti, prostoru pro setkání s Duchem, něčím nad námi, něčím neuchopitelným, zákonem, či silou, ať pojmáno jakkoli. Není tedy jen výsostnou cestou věřícího, ale ve chvílích umírání oslovuje i celoživotního ateistu. Na konci totiž není stav

dokonalosti chápaný jako vrchol morálního, intelektuálního nebo asketického úsilí, nýbrž přebývání Ducha v nás, v našem bytostném středu. Bez ohledu na víru či nevíru cítí každý nutnost být sám se sebou, se spojením s vlastním já a slyšet jeho hlas.

Z tohoto pojetí můžeme vyvodit účel a potřebnost duchovního vedení člověka v jedné z jeho stěžejních životních situací, kterou závažné onemocnění a blížící se smrt bezesporu jsou. Závažné, existenciální situace - krize jsou zpravidla doprovázeny dezorientací, znejasněním vnímání a fragmentací dosavadní celistvosti života. Člověk může reagovat neobvykle, až vyhroceně, a děje se tak na základě změn v navyklých způsobech vnímání sebe, své osobní historie i obklopujícího světa. Zpochybněné a destabilizované je zapotřebí uvést do nového celku, hledat nové interpretace, nalézt novou harmonii. Krize v sobě vždy skrývá možnosti dalšího vývoje a to především v oblasti duchovní.

Aniž bych chtěla zlehčovat užití psychologických prostředků, kterými lze tuto situaci zpracovávat v rámci nespécifické či cílené psychoterapie, nebo se zříkat jejich využití, je zapotřebí vidět těžiště duchovního vedení především ve světle spirituálního, nikoli terapeutického záměru. Tímto záměrem se duchovní vedení také kvalitativně odlišuje od ostatních forem péče o nemocného a v tomto směru můžeme duchovní vedení považovat za nezastupitelné a ničím nenahraditelné.

Z předešlých úvah je možné vyvodit, že vztah mezi nemocným a tím, který vede, by měl mít charakter společného solidárního bytí. Neměl by se omezovat pouze na udílení rad či předkládání pravd. Mohl by být přirovnán spíše k situaci dvou poutníků na cestě, kteří směřují v rozhovoru k modlitbě i mlčení ke společnému cíli. Na této cestě se oba učí společně rozumět smyslu.

Protože pro tento vztah je stěžejní svobodný prostor, který se zde otvírá mezi oběma lidmi i tím, co přesahuje, měl by být charakteristický bezvýhradným uznáním druhého člověka, nasloucháním jeho zkušenosti, přijetím jeho zjevení.

Přijetí a uznání již samo v sobě zahrnuje respektování bolesti, zmatku i bloudění druhého (Srov. AMBROS,P. *Fundamentální pastorální teologie*. 2.přepřac. vyd.Díl 1., Pastorální teologie, Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2002.s.117-119)

7. PRAKTICKÁ ČÁST – KAZUISTIKY

Paliativní péče je přístup, který zlepšuje kvalitu života pacientů, kteří čelí problémům souvisejícím s život ohrožujícím onemocněním, a jejich rodin. Jde o prevenci a zmírňování utrpení časnou identifikací, precizním zhodnocením a pečlivou léčbou bolesti i ostatních obtíží tělesných, psychosociálních a spirituálních, tzv. celkového utrpení. Pro potřeby tohoto doporučení se paliativní péčí zvláště rozumí akceptování přirozeného umírání bez zadržování smrti a s důrazem na symptomatickou úlevnou léčbu. Nedílnou součástí paliativní péče je podpora blízkých osob.

"Zásady" paliativní péče, které vycházejí ze shrnutí všech dostupných pramenů byly v naší léčebně dlouhodobě nemocných v Nejdku nastaveny tak, že respektují legislativní rámec poskytování zdravotní péče v ČR a v žádném případě nesmějí být chápány ani naplňovány v rozporu s platnou úpravou zákonných norem.

Cílem těchto "Zásad" je poskytnout doporučení odborného postupu, srozumitelné zaměstnancům i pacientům a jejich rodinám, do doby, než budou přijaty standardy paliativní péče na celostátní úrovni.

Doprovázení umírajících tak, jak je uvedeno v teoretické části mé diplomové práce, je mi umožněno právě díky nastavenému standardu paliativní péče o soma v naší LDN. Především není možné kvalitně doprovázet umírajícího, když není uspokojena potřeba absence bolesti.

1. Paliativní péče je poskytována se souhlasem pacienta, v případě jeho nekompetentnosti se souhlasem jeho opatrovníka či nejbližších příbuzných, u osamělého nekompetentního pacienta na základě odborného konsensu multioborového ošetrujícího týmu daného pracoviště.
2. Nezbytným předpokladem zavedení paliativní péče s ukončením pokusů o zadržování smrti a s odstoupením od jiné než symptomatické léčby je podrobný zápis v dokumentaci (paliativní epikríza) s rozbohem zdravotního stavu pacienta a jeho prognózy.
3. Paliativní péče zvláště zahrnuje:
 - pečlivé monitorování, dokumentování a zmírňování obtíží; alespoň 2-3x denně jsou hod: určeny a dokumentovány: vědomí pacienta, bolest, psychický stav (úzkost, deprese), nauzea se zvracením, jiný subjektivní dyskomfort a také přání pacienta
 - vytváření podmínek pro uspokojení individuálních přání a potřeb pacienta včetně průběžného kontaktu s rodinou při zajištěném soukromí (jednolůžkový hospicový pokoj)
 - vytváření podmínek pro osobní asistenci či dokonce nepřetržitý ošetrvatelský kontakt
 - omezení všech rušivých procedur včetně rehabilitace a aktivizace, pokud si je pacient nepřeje
 - omezení diagnostických aktivit včetně krevních odběrů na nezbytné minimum zdůvodněné konkrétním symptomatickým prospěchem pacienta, nikoli dokumentováním vývoje choroby
 - individuální výběr a úprava potravy i podávání jídla (čas, počet) podle možností a přání pacienta
 - nabízení potravy bez jejího nucení a s vyloučením umělého vyživování

enterálního (nasogastrická či nasojejunální sonda, PEG) i parenterálního (intravenózní infuze)

- omezení příjmu tekutin na objem vyžadovaný pacientem, u bezvědomých pacientů na maximálně 1000 ml denně nitrožilně či podkožně (tzv. hypodermoklýza)
 - omezení farmakoterapie pouze na symptomatické, úlevové léky
4. Zvláštní pozornost je věnována tlumení intenzivní bolesti: bazální dávky jsou podávány podle pevného časového schématu a případná průlomová bolest je tlumena podle potřeby. Volba preparátů odpovídá doporučení Světové zdravotnické organizace (trojstupňový přístup). Základním lékem nádorové bolesti je morfin, zvláště u seniorů se nepodává pethidin (Dolsin), u bezprostředně v ústavní péči umírajících lidí se obvykle nepodávají transdermální ani depotní perorální preparáty, nýbrž parenterální injekční morfin.
 5. Při podávání vyšších dávek opiátů je věnována cílevědomá pozornost vyprazdňování pacienta (projímadla stimulující střevní stěnu, např. Guttalax, v kombinaci se salinickými projímadly, odchod stolice se dokumentuje v dekurzu.
 6. Při intenzivní a jinak nezvládnutelné dušnosti je v terminálních stavech podávána oxigenoterapie (4-6 l/min) při pomalé kontinuální infuzi morfinu.
 7. Aktivní pozornost je věnována úzkosti, deliriím a jiným neklidovým stavům pacienta včetně zneklidňujícího chrčivého dýchání v agonální fázi. Z léku se využívá především morfin a haloperidol, midazolam (Dormicum).
 8. Neztížitelná bolest a/nebo dušnost jsou v agonální fázi indikací k analgosedaci.
 9. Při zvracení agonálního pacienta se kromě antiemetik s výhodou k

navození úlevy a prevenci aspirace využívá nazogastrální sonda.

10. Krevní převody jsou v rámci dlouhodobější paliativní péče (životní prognóza v měsících) u symptomatických pacientů se závažným anemickým syndromem možné, ale při bezprostředně terminálních krvácivých komplikacích se nepodávají.
11. Kardiopulmonální resuscitace se v rámci paliativní péče neprovádí.
12. Paliativní péče vyžaduje soukromí i plný kontakt bez vyloučení - např. pokoj s osobní asistencí
13. Příbuzní mohou očekávat přiměřené informace, průběžný kontakt a podporu i po úmrtí. Způsob a časnost informování o úmrtí jsou domluveny s rodinou (je-li to možné). Nejobvyklejší je telefonické vyrozumění lékařem po nesporném konstatování smrti, a to bez časové prodlevy (kromě doby od 00.00 do 7.00 hodin, není-li domluveno jinak).
14. Podrobná farmakoterapie symptomů agonálního stavu včetně analgosedace je zpracována doplňkem tohoto standardu.

7.1 Úvod ke kazuistikám

Všechny uvedené kazuistiky jsou aktuální z posledního roku mého působení v LDN Nejdek. Vybrala jsem záměrně vzorek čtyř různých umírajících: Věřícího a celoživotně praktikujícího křesťana, nevěřícího, který se pro smrt sám rozhodl, věřícího v nějaký přesah, ale nikdy nepraktikujícího a nevěřícího s tím, že umírá bez znalosti diagnózy.

Není náhodou, že se v mém vzorku objevují 3 ženy a jeden muž. S doprovázením mužů je to obtížnější než se ženami. Mezi muži a ženami v procesu umírání je rozdíl. Muže často nedoprovázím. Nedávají mi k tomu příležitost. Dokud jsou ještě při životě, laškují, předvádějí se a předstírají hrdiny, když se pak zlomí jejich stav, jsou většinou nepřístupní, nevrlí a někdy agresivní. Nikoho nechtějí a přitom vím, že se bojí mnohdy více než ženy. Téma smrti si ale neradi připouštějí i v době, kdy je bezprostředně neohrožuje.

Rovněž mám ze své praxe zkušenost, že věřící se smrti obávají často mnohem více než nevěřící. V poslední fázi však již bývá téměř nepodstatné, zdali je člověk věřící či nikoliv, ve většině případů se k prosbě o pomoc Boha s blížící se smrtí upínají všichni.

Doprovázení se častěji daří s určitým stupněm zralosti a vyspělosti umírajícího, ale není výjimkou, že i člověk původně nezralý během velmi krátké chvíle, tváří v tvář blížící se smrti, udělá obrovský posun.

Všechno mé poznání a následné konání vychází z mnohaletých zkušeností s těžce nemocnými a umírajícími, z velkého daru empatie a intuice, kterou jsem vybavena. Každý nemocný se stane středem mého zájmu a vždy dokáži trpělivě vyslechnout jeho příběh. Podaří-li se navázat důvěryhodný vztah s nemocným, cítí-li se nemocný v mé blízkosti bezpečně, promlouvá mezi řádky i o těch problémech, které jsou jeho tzv. třináctou komnatou. Úspěšnost mé práce spočívá

v tom, že nesmím přehlédnout, kdy jsou byt jen malinko dveře do této komnaty pootevřené, aniž by si to musel pacient sám uvědomovat, zachytit hlasy jeho duše a najít ten správný klíč. U každého znovu a poprvé. Jen tento pomyslný klíč mi pomáhá vejít s nemocným do těchto prostor a usnadnit mu orientaci v nich. Byt by to mělo být jen slabé světlo, které by nemocnému, potažmo umírajícímu, pomohlo rozeznat třeba jen obrysy.

Někdy klíč k úspěšnému řešení nenacházím v člověku samotném, ale v jeho okolí, ať to jsou blízcí, či pečující. I je musím zahrnout do příběhu nemocného, neboť jsou jeho nedílnou součástí.

Každé takové poznání člověka s doprovodem je úlevné a očišťující. Mnohdy může nemocný potkat sám sebe teprve až před smrtí a o to mi v mé práci jde. Z tohoto důvodu ji pokládám za velmi důležitou a potřebnou. Procesem umírání neslouží nemocný jen sám sobě, ale i svému okolí.

7.2 Příběh první: Strach z bolesti

Pacientka Jana, 68 let

Do LDN Nejdek přijata v září 2008 na základě diagnostikovaného onkologického onemocnění s primárním nádorem na slinivce břišní a metastázami do vzdálených orgánů k paliativní, tedy pouze symptomatické péči.

Základní charakteristika pacientky

Prodělala běžné dětské onemocnění, jinak nikdy vážněji nestonala. Pracovala jako úřednice na správě sociálního zabezpečení. Již 10 let vdova, své manželství popisuje jako šťastné. Kuřačka, se zájmem o literaturu, přírodu a filosofii. Nyní již ve starobním důchodu. Svůj volný čas trávila procházkami, četbou, pohybově byla aktivní, scházela se s kamarádkami. Z manželství má dvě dcery, z nichž jedné se zabila v 19 letech jediná dcera. Tato událost se v rodině stala před 10 lety. Od té doby udržuje intenzivnější kontakt s dcerou, která prožila neštěstí. S druhou

dcerou se nestýká. Dcera paní Jany nebyla několik let psychicky v pořádku, se ztrátou dcery, která se zabila v zahraničí při autonehodě se nemohla mnoho let smířit.

Asi před rokem paní Janu začalo bolet v zádech. Šla ke svému praktickému lékaři, který ji naordinoval léky proti bolesti. Když bolest neustupovala, chodila pravidelně na opichy zad a na rehabilitaci. S občasnou mírnou úlevou navštěvovala lékaře rok. Po roce se bolesti staly nesnesitelnými, a tak byla přijata do nemocnice k podrobnějšímu vyšetření.

U pacientky byl diagnostikováno onkologické onemocnění s primárním nádorem na slinivce břišní a metastázami do vzdálených orgánů. Vzhledem k rozsahu onemocnění nebyla možná již žádná kurativní intervence. Pacientce byla v nemocnici sdělena diagnóza a byla přeložena do LDN k paliativní, tedy pouze symptomatické péči.

Seznámení se s dokumentací a rodinou

Než jsem pacientku navštívila a přivítala ji, seznámila jsem se se zdravotnickou dokumentací. Měla jsem možnost promluvit i s jednou z dcer, která mi podala o pacientce informace. Dcera mi vysvětlila s jakou diagnózou k nám maminka přišla, že je o svém stavu informována. Nechala na sebe kontaktní telefon s tím, že kdyby se cokoliv dělo, zavoláme si. Domluvily jsme se, že bude za maminkou chodit na návštěvy, kdykoliv bude moci a rovněž v případě, že si to bude pacientka přát.

Než jsem paní Janu navštívila, ujasnila jsem si, že cílem mého kontaktu je seznámení, navázání vztahu a získání informací od pacientky. Konkrétně jsem chtěla zjistit, jak přijala svou diagnózu, v jakém je momentálním stavu zdravotním, jak se cítí a s jakým očekáváním přišla do naší léčebny. Mým záměrem bylo, abych všechny informace od pacientky získala spontánním rozhovorem, který nepůsobí cíleně a nevytváří nátlak na pacientku, aby působil zcela neformálně.

Setkání první: Monitorování

V době přijetí byla pacientka plně orientovaná, chodící a soběstačná. Měla nastavenou léčbu bolesti, v případě zhoršení možnost přidání dalšího léku a zvýšení dávky. Při příjmu jsem se s pacientkou seznámila, představila se a uvedla svou funkci sociálního pracovníka a psychoterapeuta. Slíbila jsem jí, že až se zabydlí, seznámí s ostatním personálem, rozhlédne se kolem a zjistí řád našeho oddělení a pohodlně se usadí, že za ní přijdu a promluvíme si. Ochotně souhlasila. Na první dojem nepůsobila jako pacientka v terminálním stadiu onemocnění, nebyla patrná ani žádná kachexie nebo úbytek na váze, výraz obličeje byl normální, pacientka byla příjemná a t.č. si na nic nestěžovala.

Druhý den odpoledne, spíše později, kdy je na oddělení největší klid a ještě to není doba spánku, jsem za paní Janou zašla. Dovolila se, že si mohu přisednout na židli k její posteli a zeptala se, zda má náladu a chuť se mnou mluvit. Přikývla a usmála se. Všimla jsem si, že má na nočním stolku položené knihy, ale převážně lékařské. Medicínský slovník, Domácí lékař. Zeptala jsem se, jestli začala studovat medicínu a ona odpověděla, že ne, že si jenom překládá lékařské zprávy. Tak jsem jí nabídla pomoc. Podala mi propouštěcí zprávu z nemocnice a několik lékařských zpráv od praktického lékaře, když tam chodila na opichy. Propouštěcí zprávu z nemocnice jsem znala, jelikož druhá kopie byla v dokumentaci. Zeptala jsem se, proč byla k nám do LDN přeložena. Řekla mi, že má rakovinu slinivky a že už jí má všude, a že se tím nedá nic dělat. Že jí to takto řekli v nemocnici v Karlových Varech.

„A věříte tomu?“, zeptala jsem se.

„Ano“, odpověděla.

„Chcete mi říct, jak se vám to celé přihodilo? Od kdy jste měla zdravotní problémy, jakého druhu a kdy jste vyhledala lékaře?“

Položila se na bok do lůžka a začala mi vyprávět celý ten příběh od začátku s bolestmi zad a jak se rok chodila léčit se zády, A až teď, kdy už je onemocnění pokročilé, bylo správně diagnostikováno. Zeptala jsem se: „Když všechno víte, vše vám řekli, co potřebujete přeložit z těch lékařských zpráv?“

„Já nevím, co tam vlastně hledám, asi jsem ztratila důvěru k lékařům, tak chci vědět, jestli je tam napsáno přesně to, co řekli i mně.“

„Myslím, že je velmi malá pravděpodobnost, že by vám řekli něco horšího, než je skutečnost a do zprávy by napsali pozitivnější informace.“

„Ne to ne, to si nemyslím,“ zakroutila hlavou.

„Pokud by tam napsali ještě něco horšího, než vám řekli, změnilo by to něco?“, reagovala jsem.

„Nevím, máte pravdu, asi ne.“

Pochopila jsem, že tápe a potřebuje ukázat cestu ven: „Ve vašem stavu není důležité, co je nebo není napsáno ve zprávě, ale to jak se cítíte. To je rozhodující,“ sdělila jsem pacientce.

„Ano, rozumím vám, cítím hrozný svíravý tlak kolem žaludku a celá jsem taková stažená. Mám ledové ruce, nohy a nos, je mi zima a ráda bych se vyspala, už několik nocí pořádně nespím,“ začala paní Jana popisovat své pocity. Evidentně se jí na to už dlouho nikdo nezeptal. Zajímalo mě, proč nespí. „Já mohu ležet jenom na jednom boku a jak se ve spánku pohnu jinak, tak mě probudí silná bolest, tady napravo a vystřeluje do zad, a ty záda pak krutě bolí. Když se mi někdy podaří udržet stejnou polohu celou noc, tak spím.“ Jak povídala, sahala si do místa levého podžebří a rukou přejížděla do míst na zádech, kam bolest vystřeluje. „Máte léky na spaní a proti bolesti?“ Jmenovala je všechny.

Vrátila jsem se k ‚překladu‘ lékařské zprávy. „No, to už mě ani moc nezajímá, máte pravdu, nakonec je to jedno, co tam stojí.“ Zeptala jsem se, zdali očekávala, že ve zprávách najde naději. „Ne, nečekala, já vím, že žádnou nemám. Myslíte si, že ty bolesti už před rokem souvisely s touto nemocí?“ Odpověděla jsem, že je to pravděpodobné. Pacientku zajímaly podrobnosti: „Kdyby mě doktor neléčil na záda a poslal mě do nemocnice rovnou, tak to nemusel takto skončit?“ Odpověděla jsem, že se to dá velmi těžko říct, že rakovina slinivky je v počátečních stadiích velmi obtížně diagnostikovatelná. Mnohdy není vidět ani z CT vyšetření, ani z ultrazvuku. Ložisko nádoru může být uloženo tak, že je téměř nezjistitelné a přijde se na něj, až když onemocnění pokročí a začne dělat problémy.

„Chtěla byste ještě o tom dál mluvit?“ Pacientka odmítla s tím, že má všeho plnou hlavu, že možná zítra. Zeptala jsem se, zdali jí vyhovuje hodina jako ta dnešní, že příští den dorazím. odpověděla, že bude ráda, ale ví, že mám hodně práce a nechce zdržovat. Uklidnila jsem jí, že je všechno v pořádku, že se každému novému pacientovi věnuji stejně a že přijdu ráda.

Než jsem odešla, poprosila mě: „Paní Simono, dostanu něco na noc proti bolestem a na spaní?“ Slíbila jsem, že vše ověřím u sestřiček.

První dojmy a zhodnocení psychického stavu pacientky

Z našeho setkání jsem usoudila, že paní Jana není v bezprostředním preterminálním stadiu, že trpí strachem a úzkostí, což se prezentuje somatickými potížemi, které popisuje a že potřebuje o své nemoci mluvit. Hledá chybu, která se stala v době předešlého léčení a trpí bolestmi, které ji velmi trápí a zřejmě tuší, že v případě její prognózy se budou ještě stupňovat. Po tomto rozhovoru, jsem se šla podívat do dokumentace, abych zjistila, jaké léky proti bolesti má v tuto chvíli pacientka naordinované a připravila jsem se na to, že další den bych chtěla otevřít otázku jejích největších obav a ujasnit si s ní další postup, který ji můžeme v LDN nabídnout. Rovněž jsem se hodlala pokusit najít společně odpovědi na otázky, které si nedovolila ještě položit. Bylo jasné, že je plná pochybností, jen nebyla o lecčems připravena během prvního setkání mluvit.

Vzhledem k současnému stavu pacientky, který nebyl bezprostředně preterminální, jsem se rozhodla, že nebudu iniciovat hovory o smrti, pokud se o tom paní Jana nezmíní sama. Nabyla jsem dojmu, že v současné chvíli není otázka smrti bezprostředně aktuální, daleko větší problém jsem cítila se zpracováním sdělené diagnózy a s vyrovnáním se a přijetím nové situace. S tímto cílem jsem navštívila pacientku druhý den.

Setkání druhé: Problém bolesti

Nevypadala moc spokojeně, z výrazu obličeje soudím, že má bolesti, rukou se hladí pod žebry, leží na boku. Na dvoulůžkovém pokoji je sama.

„V noci jsem nespala“, hlásí, „jsem celá rozlámaná a bolest mne přešla asi jenom

na hodinku.“

„Řekla jste si o lék proti bolesti?“

„Ano, ale zabralo to jenom na chvíli.“

„Máte náladu si dnes povídat? Jestli vám není dobře, potřebovala byste spíše spát, mohu přijít jindy.“ Pacientka mě ubezpečila, že lepší už to nebude a že je ráda, že jsem tady. Před chvílí prý odešla dcera. „Máte dceru?“ „Ano dvě, ale ta druhá se mnou nemluví, nestýkáme se mnoho let. Něco mi nemůže odpustit. Paní Simono, v noci, jak jsem nemohla spát, tak jsem přemýšlela o tom, že se vás chci na něco zeptat. Řeknete mi ale upřímně pravdu?“

„Budu-li ji znát, tak ano.“

„Kdyby mi zjistili dříve tu rakovinu slinivky než se to takhle rozlezlo, měla bych nějakou šanci na uzdravení? Existuje léčba?“ Chvilku jsem se odmlčela. „Prakticky ne, bohužel. Jistě budou nějaké výjimky u náhodného záchytu, kdy se na nádor přijde při operaci z jiného důvodu, pak snad, ale já jsem se ještě z žádným úspěšným případem nesetkala. Zním jednoho významného českého lékaře, který říká, že u rakoviny slinivky je největším štěstím dozvědět se diagnózu co nejpozději.“

„No, takže je to vlastně dobře, že jsem to nevěděla dřív. Na zázraky nevěřím, takže není co řešit.“ Nesouhlasila jsem. „Jste tady a musíme se domluvit na nějakém postupu jak dál, co pro vás bude nejpříjemnější a nejpřijatelnější. Jak můžeme nastavit podmínky, abychom zmírnili nebo zcela omezili vaše trápení.“ Paní Jana přiznala, že je to její černá můra. Že má z bolesti hrozný strach. Že už si ji užila dost a bojí se, že se to bude zhoršovat, to že si ani neumí představit. Ubezpečila jsem ji, že určitě není žádný důvod, aby musela trpět bolestmi, dnes už existuje tolik druhů léků a kombinací, že se jistě tento problém podaří úspěšně vyřešit. „To byste byla moc hodná, stále na to myslím a mám hrozný strach.“

Kdykoliv bude pro vás bolest nesnesitelná, zavolejte si sestřičku a požádejte ji o lék. Ona se vždy má možnost s paní doktorkou poradit a já bych vám zítra řekla, jak to s těmi léky vypadá.“

„To by bych byla ráda. Přijdete zítra?“ Ubezpečila jsem pacientku, že určitě.

Zhodnocení rozhovoru

Z našeho druhého setkání jsem vycítila, že není vhodné mluvit o budoucnosti a o konci, jelikož pacientka ještě nemá zpracované téma viny, hledá, kde kdo udělal chybu, a co by bylo, kdyby... Dle mého názoru je v této chvíli žádoucí reflektovat na její aktuální problém v danou chvíli, a tím je bolest a strach z bolesti. V takovém případě je nutné řešit s pacientem, co je momentálně aktuální a otázku „Co nastane?“ ponechat na později.

Zašla jsem za ošetřující lékařkou a vyžádala si konzultaci. Celý problém jsem jí vylíčila s tím, že jsem ji seznámila s mým záměrem spolupráce s pacientkou a požádala ji o návrh možností dalšího řešení analgezie v tomto případě. Obě jsme se shodly, že hlavním cílem je, aby byla medikamentózně nastavena tak, aby pacientka netrpěla bolestí a aby paliativní léčba měla co nejméně vedlejších účinků. Seznámila jsem ji se svým plánovaným postupem vedení této pacientky a ona souhlasila. Uvedla, že ve stejném duchu povede komunikaci s pacientkou při vizitách, čímž bude posílena důvěra a věrohodnost informací nás obou. S následujícím postupem péče jsem seznámila rovněž ošetřovatelský personál.

Zároveň jsem zjistila, jaká analgetika pacientka t.č užívá. Druhý den jsem před návštěvou pacientky prostudovala záznamy v lékařské a sesterské dokumentaci. Zjistila jsem, že somatický stav je beze změn.

Setkání třetí: O smrti

Pacientka sedí na posteli a chystá se odejít. Ptám se jí, kam má namířeno. „Zrovna jsem si chtěla jít zakouřit, je to někde u vás možné?“

„Ano, vemte si svetr a ponožky, je krásně, půjdeme si spolu sednout na terasu, tam můžete kouřit.“ Došly jsem spolu na terasu, bylo krásné odpoledne, z terasy je výhled do lesa. Usadily jsme se v křesílkách. Po chvíli pacientka povídá: „Víte, mám tady hodně času k přemýšlení, honí se mi hlavou celý můj život, jak je tolik

věcí v životě zbytečných, kolik stresu a stejně je to všechno jedno,“

„Jak hodnotíte svůj život?“

„Podívejte, já už jsem si život odžila a celkem spokojeně. Měla jsem hezké manželství, manžel mi už umřel, dcery jsou dospělé, mají svůj život, tak co. S manželem jsme hodně cestovali, rozuměli jsme si a hodně toho prožili. Můj život nebyl prázdný. Dcery mě už nepotřebují a kdybych byla těžce nemocná, nerada bych jim zůstala na krku. Jen nevím, jak tohle může trvat dlouho.“

„Bojíte se smrti?“

„Víte že ne, nebojím. Já mám strašnou hrůzu s umírání. Z těch bolestí a nevím, kdy bude konec.“

„Překvapilo mne, že se nebojíte smrti, s tím se u lidí často nesetkávám. Bát se je přirozené, s tím se přece narodíme a celý život se smrti bojíme.“

„Ano, dřív jsem měla ze smrti strach, ale od smrti vnučky se nebojím.“ Podivila jsem se a paní Jana mi začala vyprávět o rodinné tragédii: „Ta dcera, co za mnou chodí, určitě se s ní tady potkáváte, měla dceru, která se jí v devatenácti letech zabila v cizině v autě. To byla hrozná rána v naší rodině, měla jsem strach, že se dcera úplně zblázní. Myslím, že tohle u mě sehrálo velkou roli. Od té doby, co naše Daniela není, je mi jedno, kdybych umřela. Přestalo mi na mně záležet.“

„Co vám pomohlo přijmout tak těžkou událost?“

„Víra, že smrtí život nekončí.“

„Máte důvod si to myslet?“

„Cítím, že něco je. Tedy nechodím do kostela, nejsem ani křtěná, ale po smrti mého muže jsem se ním v noci dlouho setkávala, radil mi.“

„Myslíte ve snu?“

„Ano, mluvil se mnou a to nebyly sny, co se zdávají, vždy jsme spolu mluvili o nějakých problémech, které jsem zrovna řešila a on mi dával rady.“

„Poslouchala jste ho?“

„Ano vždy, i když to bylo přes odpor celé rodiny a někdy to vypadalo jako to nejhorší řešení, ale nakonec se ukázalo, že to bylo dobře.“

„Ještě jste s ním v kontaktu?“

„V poslední době už ne. Asi proto, že užívám ty léky proti bolesti a nejsem tak

vnímavá.“

„To je možné. Vaše dcera také věří?“

„Máte mě za divnou, že jo?“

„Ne vůbec ne, zajímá mě, co vyprávíte, mám podobnou zkušenost, ani pro mne smrt není definitivní.“

„Zemřel vám někdo blízký?“

„Ano, bylo jich mnoho, sama jsem se se smrtí potkala.“

„Byla jste na druhé straně?“

„Myslím, že ano. A jak to má ta vaše dcera?“ Pacientka začala vyprávět příběh, že kdysi, čtyři roky nazpátek, byla nemocná a dcera bydlela u ní doma, kdyby něco matka potřebovala. Spala ve vedlejší pokoji. „V noci za mnou přišla vnučka měla červenou sukni a bílou halenku a plakala a prosila mě, abych domluvila mámě, aby ji pustila. Věděla jsem, o čem mluví, ale nedokázala jsem si představit, že to dceři řeknu, nechtělo se mi vůbec tohle téma otevírat a začínat s tím, navíc by mě dcera měla za blázna. Když jsme ale spolu seděly ráno u snídaně, dcera vyprávěla, že se jí v noci zdálo poprvé od té havárie o Daniele a že jí to vyrazilo dech. Zeptala jsem se dcery, jestli si pamatuje dobře ten sen i co měla Danielka na sobě a ona řekla že ano. Tak jsem i já řekla, že se mi o ní zdálo a aby mi uvěřila, navrhla jsem dceři, abychom si každá to, co se nám zdálo, napsaly na papír včetně toho, co měla Daniela na sobě. Dcera souhlasila a pak byla v šoku, celá se rozklepala a plakala. Naše sny byly stejné včetně popisu oblečení. Jen svoji matku Daniela prosila, aby ji pustila, mě prosila o to, abych dceři domluvila. „Proto jsem si jistá, že existuje život po smrti,“ uzavřela své

vyprávění pacientka.

„A chtěla byste o tom něco vědět?“

„To jistě. Máte nějakou knihu?“

„Mám i knihu, ale také moc krásně zpracovaný film na DVD. Mohla bych vám ho pustit, je tam ukázáno přesně to, co jsem zažila i já, naprosto stejně. Musel to napsat někdo, kdo s tím má zkušenost.“

„No ráda bych ho viděla, ale bohužel, nevydržela bych celou dobu sedět u filmu.“

„Ale to nemusíte, mám přenosné DVD, pohodlně se uložíte v posteli a já vám

pustím film do sluchátek. To běžně pacienti využívají, pouštím jim různé filmy, každému, co má rád.“

„Šlo by to hned zítra? Tedy pokud mi nebude moc zle a budu schopná se soustředit.“

Nakonec jsem s pacientkou prodiskutovala léky, které bere proti bolesti. Vysvětlila jí, že ty její jsou první volbou z celé škály. „Dnes už je tolik druhů léků různých složení a dají se vzájemně kombinovat, že existuje stále možnost v případě nedostatečného účinku zvolit jiný a účinnější lék. Ve vašem případě je žádoucí, aby se nastavily léky tak, aby vás bolest nevyčerpávala a zároveň abyste se vyspala.“ Pacientka se ujišťovala, zdali je to opravdu možné. Ubezpečila jsem ji o tom, že ji nikdo nenechá zbytečně trpět.

„Vy jste mě tak uklidnila, strašně se mi ulevilo. Mám pocit, jako by se uvnitř mě něco rozpustilo. Mám krásný pocit, jsem úplně uvolněná.“

Dojmy se třetího setkání

Paní Jana patří mezi pacienty, kteří věří v další posmrtnou existenci. U takových lidí se setkávám často s otázkami, jak to vypadá v momentě smrti, co budou cítit, co se děje potom, co mají dělat, jak to tam funguje, s kým se uvidí. Pro tyto případy mám připravenou knihu Putování duše, kde je tato problematika srozumitelně popsána a jsou v ní odpovědi na všechny tyto otázky. Někteří jsou schopni ji číst sami, jiným z knihy předčítám. Nebo volím formu filmu, který také velice přesně zachycuje atmosféru existence po smrti tak, jak jsem sama měla možnost poznat. Někdy film pouštím po částech, protože někteří pacienti mají potřebu po shlédnutí kousku filmu o něm povídat a vysvětlit některé události, kterým třeba ne zcela porozuměli.

Setkání čtvrté: Jak ,to‘ funguje

Na tento rozhovor jsem si připravila DVD přehrávač, stoleček na postel, film Jak přicházejí sny (viz Příloha č. 1) a když jsem přišla k paní Janě, seděla připravená na posteli a jak jsem otevřela dveře, hlásila mi, že se vyspala celou noc bez prášku na bolest i na spaní a že se cítí skvěle. Dokonce si od včerejška ještě o žádný lék

na bolest neřekla. „Ráno po probuzení jsem psala dceři sms, jak moc dobře se cítím a že je mi báječně.“ Jen jsem se usmívala a pohládila ji.

Pustila jsem jí film, naučila ovládat DVD a odešla. Za dvě hodiny jsem se šla na pacientku podívat. DVD bylo vypnuté, spala. Ptala jsem se personálu, jestli dostala nějaké léky a ty sami s podivem potvrdili, že si od včerejška paní o žádný lék neřekla. Přišla jsem tedy dopoledne, abych zjistila, kolik toho z filmu pacientka viděla. Paní Jana byla spokojená, usmívala se a říkala: „Bylo to nádherné, viděla jsem to celé, musíte to určitě pustit také mé dceři. Už jsem jí o tom psala sms, to jí moc pomůže.“

„Vy jste rozuměla všemu co bylo v tom filmu?“

„Většinou ano, jen mi řekněte, jak je to s tím pohybováním se bez těla?“

„Přemísťujete se pomocí myšlenky. Myšlenka má sílu, je to energie a tak si musíte představit kam se chcete dostat a touto představou se přemístíte.“

„To ale každý hned po smrti neví, že ano?“

„Neví, obzvlášť ti lidé, kteří nepřijímají existenci po smrti.“

„Jak vnímají tu smrt?“

„Často je vyděsí, neví, co se stalo, nerozumí tomu. Po jejich tělesné smrti jim to nikdo nevysvětluje, nikdo k nim nemluví. Znáám jednoho lékaře v Praze, který k takovým lidem po smrti promlouvá a vysvětluje jim, co se s nimi stalo.“

„Aha, proto se otevírá okno, aby duše mohla ven.“

„Ano, ale nemuselo by se, protože se můžete pohybovat bez oken i bez dveří, můžete procházet kudy chcete.“

„Simono slibte mi, že až umřu, pro jistotu to okno otevřete, kdybych to náhodou neuměla, než se to naučím. A pustíte mi ten film zítra ještě jednou? Nepotřebujete to DVD pro někoho jiného?“

Následující den, jsem přišla na pokoj a paní Janě bylo špatně, hyperventilovala a prožívala úzkost. Sedla jsem si k ní a chytila za ruku.

„Nebojte se, zkuste se zklidnit.“ Dala jsem jí ruku před ústa, abych zmírnila projevy hyperventilace. Špatně dýchala. Šla jsem pro tonometr a změřila jí tlak. Byl v pořádku, jen puls byl rychlejší a slabší. Sedla jsem si vedle ní, namočila

žínku a dala jí na čelo studený obklad. „Nebojte se, to je dobré, nic vážného se neděje. To přejde.“ Asi po 20 minutách se uklidnila s tím, že se jí trochu ulevilo. Ptala jsem se na bolest, uváděla jen trochu tlak v břiše. Injekci nechtěla. Lehla si na bok s tím, že je unavená a že by chtěla trochu spát.

Řekla jsem, že přijdu později. Odešla jsem a za hodinu mi volaly sestry, že paní Jana zemřela.

Šla jsem za ní na pokoj, otevřela okno, jak jsem slíbila a mluvila na ni. Jak byla statečná a jak to všechno zvládla a dokázala. Ať si vzpomene na vše, o čem jsme spolu mluvily a že mi utekla nezvykle rychle. Rozloučila jsem se a popřála šťastnou cestu.

Závěr

Pacientka byla přijata do léčebny s prognózou života cca 3 měsíce, tedy pouze k paliativní ošetrovatelské péči a tlumení bolesti. Zнала svou prognózu a jejím dominantním problémem byl strach z nesnesitelných bolestí při umírání. Tento strach významně zhoršoval somatické potíže vyvolané nemocí, tudíž trpěla psychosomatickými bolestmi i v době, kdy vyvolávající příčinou nebylo progredující onemocnění. Vystihla jsem, že je to klíčový moment v tomto případě a že působením na psychiku a zmírněním či odstraněním strachu se utlumí i prožívání bolestivosti. Tedy bolest z důvodů základního onemocnění nebude zvyšována psychickým spasmem. Toto se stalo středem mého zájmu v práci s pacientkou.

Vím, že tím, že přijala svou smrt, dokázala se odpoutat, zbavila se strachu, mohla v klidu odejít. To se podaří takto málokomu. Proto jsem této kazuistice věnovala větší prostor s tím, že je svým způsobem výjimečná. Popsala jsem každý den pobytu paní Jany v LDN. Nikdo z nás nečekal, že její konec je od nástupu do zařízení tak blízko. Vzhledem k průběhu se domnívám, že stál za zmínku v celé jeho podobě. Podaří-li se lidem přijmout smrt, pustit se a pustí-li je jejich rodina, pak odcházejí rychleji než jiní, tedy bez protrahovaného a velmi těžkého umírání. A nemusejí zrovna věřit na existenci dalšího života.

Dcera po příchodu do LDN mi dala přečíst poslední smsky, které jí maminka poslala, kde psala jak je jí moc dobře, objala mne a poděkovala. Požádala mě o půjčení knihy a filmu, v čemž jsem jí samozřejmě vyhověla. Neplakala, byla šťastná, že maminka netrpěla a že se již určitě setkala se svou milovanou vnučkou. O Vánocích mi napsala přání, myslím, že tak už to bude každý rok.

7.3 Příběh druhý: Smrt jako tabu

Pacientka Marie, 78 let

Do LDN Nejdek byla přijata s diagnózou bilaterální stenóza renálních tepen s infaustní prognózou. Dožití tři měsíce.

Základní charakteristika pacientky

Vdova, z manželství má jednoho syna, se kterým a jeho rodinou bydlí ve společném rodinném domku. Syn je podnikatel, v rodině je dobré finanční zázemí. Manželství měla šťastné a spokojené, toužila ještě po jednom dítěti, ale bohužel se jí již nepodařilo otěhotnět. V posledních letech svůj čas trávila na zahradě domku, se psem a pravnoučaty, ke kterým má silnou citovou vazbu. Ráda četla a sledovala televizi. V LDN byla hospitalizována v říjnu 2008 po vyšetření v nemocnici v Karlových Varech, kde byla stanovena diagnóza s tím, že kurativní řešení není žádné a že ani dialýza by neřešila stav pacientky.

Seznámení se s dokumentací a rodinou pacientky

První kontakt jsem měla se synem, který mě seznámil s diagnózou maminky s tím, že je maminka informovaná o svém stavu. A že ji dává k nám do LDN zemřít. Tedy, bude se jednat o péči o pacienta v postupujícím terminálním stadiu, který t.č. není bezprostřední. Syn znal diagnózu matky do podrobností již z nemocnice. Věděl, že bude matka postupně chřadnout, ztrácet síly a její život odhadují na 3 měsíce. Syn se doma poradil s rodinou a došli k závěru, že celý den jsou všichni v zaměstnání a že by nebylo vhodné, aby maminka byla sama v domě bez dozoru. Že jí nikdo z členů rodiny nemůže dělat společnost a tak požádali praktického lékaře o doporučení k přijetí do LDN.

Dlouze mi vyprávěl o životě maminky, o ní a jejích vlastnostech.

Zdůrazňoval, že si přeje pro maminku jen to nejlepší a tedy, že má zájem o umístění na nadstandardním pokoji. Že neví co by sama dělala doma, že je pro ni lepší, aby byla mezi lidmi a měla péči k dispozici 24 hod. S jasným cílem jsme se rozloučili.

Setkání první: Monitorování

Navštívila jsem paní Marii na nadstandardním pokoji, kde byla sama, měla k dispozici WC a koupelnu v pokoji. Překvapila mě. Byla to velmi milá drobná paní, plně orientovaná a zjevně důsledná v péči o svůj zevnějšek. Od první chvíle byla mezi námi oboustranná sympatie. Na otázku, z jakého důvodu se k nám dostala a co očekává od hospitalizace u nás, odpovídala neurčitě. Stále jen zdůrazňovala: „Co by si se mnou doma počali, tam bych byla jako vězeň, oni jsou všichni celý den v práci. Tady se pořád něco děje, jsou tady lidi a budu rehabilitovat.“ Souhlasila jsem a sdělila jí, že kdyby jí vadila samota na pokoji, že bychom to mohli řešit nějakým dvoulůžkovým pokojem nebo přidáním pacientky na její pokoj. Odmítla.

Problémy s rodinou

V prvních dnech hospitalizace se objevili problémy s rodinou. Vnučák a vnučka pacientky se opakovaně dostavili do LDN a přemlouvali babičku, aby odešla domů, že přece nemůže zůstat v tomto ústavu, že je to u nás hrozné, ať si sbalí věci, že ji odvezou. Pacientka odmítala, opakovaně jí volali mobilním telefonem. Pacientka plakala a dožadovala se kontaktu se mnou. Žádala mě, abych jí pomohla, ať ji přestanou vnučata přemlouvat, že domů jít nechce, že se jí u nás líbí.

To byl pro mne signál, že rozhodnutí rodiny nebylo jednoznačné, že se zřejmě všichni názorově neshodli, nebo shodli a nyní prožívají pocity viny z odložení babičky, které neumějí zpracovat a přijmout. Zásadní pro mne byla

v tuto chvíli intervence u rodiny. Sjednala jsem si na ten den schůzku se synem.

„Co se mnou potřebujete řešit?“

„Domluvili jsme se spolu, že si přejete pro svou maminku jen to nejlepší, aby byla spokojená a netrápila se, na tom vám přece hodně záleželo, ne? Ale to, co se tady děje v posledních dnech, tomu vůbec neodpovídá.“

„Vy se na mě zlobíte, jste rozčilená?“

„Ne, jen nejsem spokojena, že jednáte v rozporu s naší domluvou, že na nás máte požadavky a nakonec je to vaše rodina, která svým jednáním činí babičku nešťastnou. Uvědomujete si to?“

„Ano, já jsem s nimi už mluvil, ale víte, to je těžké, u nás doma se o ničem jiném teď nemluví, pořád se dohadujeme jestli jsme sem babičku měli dát nebo ne, děti mi to vyčítají, ale starat by se o ni stejně nemohly. Já jsem z toho sám špatný, pořád o tom přemýšlím. Řekl jsem mámě, že kdyby se jí tady nelíbilo, ať kdykoliv zavolá že si pro ni přijedeme. Ale když se jí ptám tak mi říká, že se jí tady líbí.“

„Měl byste si uvědomit, že jste učinili společně nějaké rozhodnutí, předpokládám, že za souhlasu maminky a nyní, kdy ona tuto skutečnost přijala, vy ji zpochybňujete a váš vnitřní rozpor a vaše svědomí přenášíte na nemocného člověka, kterému chcete, jak říkáte, poskytnout jen to nejlepší.“

„Když já nevím jestli to nejlepší je právě to, že jsme ji dali do LDN.“

„To si musíte srovnat sám v sobě s tím já vám nemohu pomoci. Byl jste se zde předem podívat, mluvili jsme spolu o všem, co vaší mamince můžeme nabídnout. Měli jste čas na rozmyšlenou.“

Postupně se situace zklidnila, pacientka se zapojovala do společenských aktivit, byla veselá, spokojená, syn ji denně navštěvoval, nepravidelně se dostavovaly i vnoučata se svými dětmi. Paní Marie se na mne velmi upnula a často žádala, abych ji navštěvovala. Nikdy se mnou nemluvila o nemoci nebo o budoucnosti. Nebyla jsem si tak jistá, že je plně informovaná o svém zdravotním stavu. Vzhledem k tomu, že se cítila dobře a ve společnosti druhých se bavila,

nepovažovala jsem za důležité toto téma otevírat.

Když pacientka zjistila, že se platí za nadstandardní pokoj, měla s tím problémy a nevěděla, jestli v něm chce dál zůstat. Byla velmi nerozhodná a často tyto problémy chtěla řešit se mnou. Jak se má rozhodnout, jestli udělala správně atd. Pořád měla pocit, že by za sebe neměla utrácet tolik peněz, že by je měla raději posílat vnukovi, který na tom není finančně moc dobře.

Vždy jsem se jí snažila vést k tomu, aby se rozhodovala podle toho, jak to cítí a ne jaký názor na to mají jiní lidé. Také jsem jí řekla, že jestli celý život nebyla zvyklá utrácet za sebe, tak potom kdy jindy, když už to neudělá ani nyní. Vyhovíme jí v jakémkoliv rozhodnutí. Ještě nějaký čas setrvala na nadstandardním pokoji, ale pak nedokázala přijmout finanční výdaje a požádala o přeložení na dvoulůžkový pokoj k nějaké hodné paní, co si s ní bude povídat. Tohle přání jsem respektovala a bylo to v danou dobu možné.

Somatické potíže a blížící se smrt

Asi po měsíci hospitalizace se zdravotní stav pacientky začal zhoršovat, začala ztrácet soběstačnost, musela čím dál více využívat podpory personálu. Na Štědrý den si syn vzal maminku domů. Po návratu do LDN byl její psychický stav mnohem horší než před odchodem. Začala se uzavírat, začala přemýšlet o životě a bilancovat. Objevily se somatické potíže, které dle vyšetření byly vyvolané psychikou. Přišla chvíle, kdy si začala uvědomovat konečnost svého života. Z jejích reakcí jsem poznala, že by chtěla být s dětmi, mezi nimi, doma ve svém pokoji, ale že to není možné. To byl její zásadní rozpor. Neuměla přijmout ani odloučení, ani hospitalizaci. Začal se manifestovat strach ze smrti. Při každém somatickém problému, se paní Marii ulevilo, když jsme našly nějaké racionální vysvětlení (viróza, dietní chyba, dehydratace apod.) Pod tím byl strach ze selhávání ledvin a blížící se smrti. Potřebovala ještě čas, aby se vyrovnala. Všimla jsem si v dokumentaci, že výsledky laboratorních testů ledvinových funkcí nejsou

vůbec špatné a už vůbec ne natolik, aby se dalo hovořit o selhávání. Požádala jsem ošetřující lékařku, aby pacientku seznámila s těmi výsledky a vysvětlila jsem jí proč to žádám. Paní Marii se ulevilo, potíže odezněly, což bylo pro mne důkazem, že jsem správně odhadovala na psychosomatické potíže. Při dalších návštěvách měla potřebu vyprávět svůj životní příběh. Sedávala jsem u ní a jen naslouchala. Končila tím, že nakonec člověk skončí odložený a nepotřebný v LDN. Víc než lítost se začala projevovat deprese. Se spolubydlící si rozuměla, ještě měla zájem sledovat televizi, ale padala do stále větší uzavřenosti a apatie. Bála se smrti, ale mluvit o ní nechtěla. Tomuto tématu se vyhýbala.

Než jsem jela na dovolenou na hory, přišla jsem se sní rozloučit. Přála mi hezkou dovolenou a kladla mi na srdce, abych dávala pozor, ať se mi nic nestane. Odpověděla jsem, že budu dělat, co je v mých silách, riskovat že nebudu, ale i přesto se nemusím vyhnout tomu, že se něco stane. Ale že se smrti nebojím. Poprvé padlo tohle slovo.

„Vždyť máte dvě děti? Jste na ně sama? Já bych se hrozně bála“.

„Já ne, paní Marie, věřím, že v životě existuje řád, že není nic nahodilé a má-li to tak být, tak tomu nezabráním, a jestli mají mé děti vyrůstat bez matky a protloukat se takovou životní zkušeností, tak to tak bude a nemohu to nijak ovlivnit. Věřím, že by to pro ně bylo tak správné. Přece kvůli strachu nepřestanu žít. Dokud se lidé nezbaví strachu ze smrti, nemohou žít. Já sama jsem stála smrti tváří v tvář a věřte mi, nebylo to vůbec nepříjemné, vlastně jsem nikdy nic krásnějšího nezažila.“ Paní Marie kroutila hlavou, ale zareagovala spolubydlící, abych se rozpovídala více. „Teď už není čas, ale až se vrátím z dovolené, mohu vám to vyprávět,“ odpověděla jsem.

Napadlo mě, že bych mohla externalizací pomoci paní Marii překonat strach ze smrti. Toto téma pro ni je takovým tabu, že jsem si nedovedla představit jak ho otevřít a pomoci ji zmírnit tenzi. Ale přes druhou osobu by to šlo. Nebudu o smrti hovořit s Marií, „té se to přece netýká“, budu se o tom bavit s paní na

vedlejší lůžku, kterou to zajímá.

Rozhovory se spolubydlící

Po návratu z dovolené jsem chodila na pokoj k lůžku spolubydlící a ptala se paní Marie, jestli si máme jít povídat někam jinam, že by ji toto téma nemuselo být příjemné. Odmítla, chtěla abychom zůstaly s tím, že nás stejně nevnímá, že si bude číst. Vyprávěla jsem druhé pacientce o svém zážitku, popisovala, co jsem prožívala, jak jsem to vnímala, jak to funguje atd. Spolubydlící reagovala, že neví, možná to tak je, že nic takového nezažila, ale že ze smrti strach nemá. A že na Boha nevěří. „Kdyby přišla teď hned, tak je mi to jedno, život mám odžítej, veselej, tak co“.

Celou dobu našeho povídání jsem registrovala, že nás paní Marie pečlivě poslouchá a maskuje se za noviny, které drží obráceně. Na pokoj jsem dále chodila v optimistickém duchu, chovala se tak, že všechno je, jak má být a že ani zhoršené stavy paní Marie mne neznepokojují, že je to vše v pořádku. Vždy ji to uklidnilo, jelikož jsem se stala pro ní barometrem jejích pocitů v důsledku závislosti, kterou si na mě vypěstovala. Jednoho dne odjela do rodiny syna na oslavu narozenin. Když se vrátila, věděla jsem, že je zlomená. Syn mi říkal, že když jí odvážel, řekla, „zase mě vezeš do toho koncentráku“. To potvrdilo mou domněnku, že pacientka být v LDN nechce, ale cítí, že musí, že nemá jinou volbu. Tak jsem to řekla i synovi. Přesto trval na svém. „Nic jí u vás nechybí, má lepší péči, než bychom jí mohli poskytnout doma.“

„Ono nejde vždy jen o tu fyzickou péči, ale i má sebelepší duševní a duchovní podpora jí nenahradí rodinu, na kterou je fixovaná a strádání z odloučení je jejím jediným a prioritním problémem tady u nás.“

„Víte, ona babička trochu také komanduje, dělala to celý život.“

„Dobře, jen jsem cítila potřebu vám netajit, co vaše maminka prožívá, dál s touto informací můžete pracovat vy.“

„Vždyť jsem tady každý den!“

„Ano já vím.“

Očekávaný zlom nastal. Paní Marie definitivně pochopila, že naděje na změnu není, že je v LDN odsouzena čekat na smrt a že se s ní už smířila. Jejím přáním bylo, aby to bylo co nejdříve.

Rozhodnutí: Umřu

Pacientka se pro smrt rozhodla pevně a možná poprvé v životě nepotřebovala od nikoho druhého své rozhodnutí schválit. Byla poprvé sama sebou a skálopevně se rozhodla podle toho, jak to cítila jen ona sama. Pochopila jsem a rozuměla jí. Přestala jíst, pila jen minimálně. Celé dny ležela na posteli, ani se nehnula a měla zavřené oči. Nedala se přimět ke komunikaci. Jen jsme se držely za ruku, já jsem jí vyprávěla a kontrolovala, jestli vnímá a zda-li o to stojí. Dorozumívaly jsme se stiskem ruky. Nikdy si nepřála, abych odešla, aby byla sama. Ale ty oči neotevřela.

Podle laboratorních výsledků nebylo důvodu k selhání organismu, všechny parametry byly v normě odpovídající věku. Ledvinové parametry byly sice zhoršené, ale stále lepší než u lidí, kteří s mnohem horšími výsledky chodí venku. Rozhodla se zemřít, a tak zemřela. Uvnula a odešla. Jen jsem ji doprovodila. Očekávaný konflikt se synem po smrti maminky opravdu přišel. Ale ten nebyl o nás, ale o jeho svědomí a pocitech viny se kterými se musí vypořádat sám.

Závěr

Smrt z rozhodnutí existuje a není nijak vzácná. Jen se nepodaří každému. Je-li nemocný tzv. na hraně a rozhodne se, že zemře, přestane jíst a pít, brzy se dostaví rozvrat vnitřního prostředí organismu, a ten posléze selže. Pokud se ale nejedná o člověka na hranici mezi životem a smrtí a ten se přesto rozhodne zemřít stejným postupem, po několika dnech se začne nudit, vstane a žije dál.

Pacientka po celou dobu od svého rozhodnutí pospávala, ani z mimiky v obličeji či polohy na lůžku se nedalo soudit na bolesti či utrpení. Neplakala, nenaříkala, jen klidně a odevzdaně ležela, nepřijímala tekutiny ani jídlo. Nedostávala žádnou medikaci. Kdykoliv jsem s ní během odcházení komunikovala, ptala jsem se na strádání a bolest nebo přání. Vždy mi stiskem ruky signalizovala, že nic nechce a že jí nic nebolí. Validitu jejích odpovědí jsem zjišťovala kontrolními otázkami. Přestože se sama rozhodla a nepotřebovala žádné potvrzení správnosti svého rozhodnutí, nechtěla být sama. Posléze jsem u paní Marie již pobývala mlčky. Do posledních chvil jsme byly spolu, často když jsem chtěla odejít v domnění, že tvrdě spí, mě stiskem přidržela. Jen poslední den už byla její ruka natolik ochablá, že nebyla schopna stisku. Jsem si jista, že do poslední chvíle vnímala, že jsem u ní, což jí stačilo k potvrzení toho, že koná správně a že i já za jejím rozhodnutím stojím. Byla klidná.

Pro pacienty, kteří se rozhodnou ke smrti, je nezbytné podpořit jejich rozhodnutí pevným postojem bez zbytečných slov a vyloučení, respektovat jejich vůli a tím dát najevo, že ačkoliv je člověk před smrtí, neztratil v našich očích hodnotu a respekt a bereme jeho vůli zcela vážně. V případě, že vedle něj pevně setrváme do jeho konce, poskytneme mu pevnou oporu, která nedovolí připustit si pocit viny a pochyby o sobě, je to pro takové pacienty nejdůležitější.

7.4 Příběh třetí: Mám Boha

Pacientka Alžběta, 92 let

Do LDN Nejdek převezena z interního oddělení nemocnice Karlovy Vary s diagnózou aterosklerotická demence, deteriorace, kachexie, ztráta soběstačnosti; sociálně nazajištěna.

Základní charakteristika pacientky

Na ulici byla v září loňského roku nalezena v bezvědomí, dehydratovaná žena, se známkami malnutrice. Byla převezena na interní oddělení nemocnice Karlovy Vary, odkud byla po úpravě stavu v říjnu 2008 přeložena do naší léčebny.

Dle informací obyvatelů vesnice, kde byla nalezena, pracovala celý život jako služebná pana faráře, uklízela v kostele a z fary byla novými majiteli vyhnána na ulici s rancem osobních věcí, se kterými přijela i do LDN. Bylo v něm špinavé potrhané oblečení a obraz.

Pacientka byla orientovaná, velmi vystrašená až úzkostná, končetiny udržovala v křečovitě flexi. V pravé ruce držela malou dřevěnou sošku svatého Antoníčka, se kterou se i koupala, jelikož jí nešla sevřená dlaň otevřít. Neměla žádné příbuzné, manžela ani děti. Byla hluboce věřící.

Seznámení se s pacientkou

Komunikace s paní Alžbětou byla obtížná pro její silnou úzkost a sevření. Bála se lidí. Dalo by se to charakterizovat až jako sociální fobie. Uvědomila jsem si, že prioritním problémem této pacientky je strach a úzkost a že je zapotřebí pokusit se navázat kontakt. Zvolila jsem opakované krátké návštěvy v době, kdy už je na oddělení klid a neprobíhají žádné procedury.

Po tři následující návštěvy jsme si hleděly jen do očí. Hladila jsem ji po sevřené ruce s Antoníčkem a opakovala ji pomalu, že jsem Simona, že je v léčebně, kde má svůj pokoj a postel a že ji nikdo nikam nevyžene, že tady může

zůstat. Neřekla nic, jen se upřeně dívala. Oči měla hluboké, modré. Když jsem přišla další den znovu, zase jsem vše zopakovala a zeptala se jí, co má v té ruce. Poprvé odpověděla, že Antoníčka.

„Aha, tak ten vás chrání?“ Kývla.

„Určitě věříte i na ochranu Boží.“

Kývla a řekla, že se pořád modlí.

„A zač se modlíte?“

„Abych umřela.“

„Už byste chtěla jít?“

„Ano a nejde to, mám strach.“

„Čeho se bojíte?“

„Že za všechny chyby a hříchy budu potrestaná, že mě Bůh k sobě nepřijme.“

„Je Bůh milující? Všemilující?“ ptám se.

„Ano.“

„Pak nemůže být trestající, pak miluje vše a všechny bezpodmínečně.“

„Opravdu?“

„Ano, není dobro projevem Boha a zlo projevem ďábla, vše je součástí Boha, vše je božské. Proto ani zlo nemůže stát mimo něj, patří také k Bohu.“

„Opravdu?“

„Samozřejmě. Věříte přece na jednoho stvořitele?“

„Ano.“

„Pak vše, co jest, je on sám.“

„Děkuju, děkuju...“ Pacientka usíná.

Druhý den, jsem dostala kousek dortu od pacientky, která slavila narozeniny a rodina jí ho do léčebny přinesla. Šla jsem s dortem za paní Alžbětou.

„Dala byste si dort?“ Kývla. Navrhla jsem jí, že ji budu krmit a podávala jsem jí dort po lžičkách. Moc jí chutnal a s podivem snědla všechno. „Co slavíme?“, ptala se.

„Život, to že žijeme,“ povídám a usmívám se.

„Ale já už nechci žít.“

„O tom my nerozhodujeme. Ukažte mi toho Antoníčka.“ Kroutí hlavou že ne.
„Bojíte se, že by vás přestal chránit?“ Souhlasně kývne. „Můžu tady být?“, zeptá se mě najednou. „Tady u nás? Ano. Je to tady vaše postel, nikdo vás nevyžene.“
Zeptala se, kde je tatínek. Žel byl vojákem v Turnově. Vzpomněla jsem si na obraz, který měla pacientka u sebe při příjmu. Odešla jsem pro něj do ústavní šatny, byl na něm krásný mladý voják. „Je to tatínek?“, zeptala jsem se paní Alžběty.

Kývla, že prý byl moc hodný.

„Chránil vás?“

„Ano.“

„Postavím vám tatínka na stolek, abyste na něj viděla.“

Usmívá se. „Říkal mi Bětuško.“

„Paní Alžběto, tatínek vás ochraňuje pořád, nemusíte se bát.“

„Opravdu? Jsem Bětuška.“

„Opravdu, nic se vám nemůže stát, tatínek tady nad vám bude hlídat, můžete klidně spát a on vás ohlídá, nikdo vám už nemůže ublížit.“

Podala mi Antoníčka, a usnula.

Měla povolené ruce a natažené nohy. Na tváři lehký úsměv.

Chvilí jsem seděla u lůžka a prohlížela si malou kovovou sošku. Byla krásná, vyleštěná a ze spodu měla dutinu. V té dutině byla rulička dosti zašlého papíru, na kterém jsem velmi těžce přečetla:

Jsou kraje vyvrácených stromů
jsou města pobořených domů
jsou skelné oči svět již nevidící
jsou poranění Bohu žalující.

Zde sirotek svou matku marně hledá

zde staří o sousto a vodu prosí

oblek nemají, v zimě chodí bosí

Chybí léky všem chorým k uzdravení

a cizí vojsko všechno vůkol plení

Ptám se pro koho, za co bojujeme?
Vždyť jenom k smrti - dále nedojdeme
Nebude vítězů ani poražených
bude však nářek krutě postižených

Chrám jsme zbořili v sutiny kamení
na čele máme Kainovo znamení
Obraťme každý zbraň proti zlu v sobě
zabraňme v útoku pomstě a zlobě.

Tělem jsme na zemi myslí v podsvětí
vnuk vyřkne strašné nad námi prokletí.
Doba je ještě před lidmi daleká
než opět v sobě naleznem - člověka

M.Dolejší

Ukápla mi slza... Jak moudrá to byla žena. V duchu jsem za ni poprosila. Cítila jsem, že její čas se nachýlil a že je připravená. Brzy bude moci odejít. Položila jsem jí Antoníčka na deku vedle ruky a tiše odešla.
Ona v tu noc rovněž. Byla u nás sotva tři měsíce.

Závěr

Obecně si veřejnost myslí, že nejsnáze se umírá věřícím. Nepřikládají přece pozemskému životu žádný význam, žijí skromně a poslušně a za to je čeká po smrti ten ‚pravý život‘ v království nebeském. Člověk by očekával, že se tito lidé na smrt těší, protože věří, že pak bude něco mnohem krásnějšího. Ale i pro věřícího je blížící se smrt zkouškou. Zkouškou pevnosti jeho víry, která by měla být upevněna poznáním. Pokud se jedná jen o víru slepou, často v takto vypjaté situaci člověk selže a propadá strachu. Paradoxně mnohdy většímu, než jaký potká nevěřící, jelikož před smrtí zpytují svůj život a nejsou si zcela jisti, zda-li žili

správně, tedy podle představ Boha, a zda neublížili. Ta nejistota je tak velká, že mají hrůzu ze zjištění, že Pán, kterému obětovali celý svůj život, modlili se k němu, milovali ho, svůj život ukázali dle jeho přikázání, je třeba k sobě nepřijme a oni budou zavrženi do věčné temnoty. To je pro ně mnohem horší představa než samotná smrt. Takoví lidé potřebují mluvit o Bohu, ale o Bohu milujícím, ne trestajícím, o tom, že Bůh je láska. Potřebují zklidnit, že vše co udělali bylo správně, že bylo z Boží vůle a že každý má právo na chyby a že bez chyb neexistuje člověk. Že nás Bůh nestvořil dokonalé, ale k té dokonalosti musíme dojít a že bez chyb není poznání a tím nás Bůh vyučuje. Právě proto, že nás miluje. A že není rozdíl mezi křtěnými a nekřtěnými, že Bůh nedělá rozdíl mezi nikým. A že peklo neexistuje, protože by jej musel stvořit sám Bůh, že peklo si vytváříme jen my sami v našich myslích. A že platí Božský zákon, že čeho se bojíme, to přitahujeme a na co se díváme, to zmizí.

Při doprovázení věřícího není důležité jakou víru vyznává a v co věří. Není důležité, jestli s ním souhlasím a přijímám jeho přesvědčení. O mě tu vůbec nejde, a tak i kdyby byla víra umírajícího sebevíc pokřivená a zcestná, není umírání doba na to mu ji vymlouvat nebo s ním nesouhlasit. Naopak: jediným cílem je najít v jeho víře společně oporu a posílit ji.

7.5 Příběh čtvrtý: Není důvod umřít

Pacient Václav, 66 let

Do LDN Nejdek přijat v únoru 2009 s diagnózou recidivy onkologického onemocnění s rozsáhlými metastázami do skeletu.

Základní charakteristika pacienta

V bytě žil společně s manželkou, měli jednu dceru, která se o něj starala. Mezi jeho záliby patřila četba odborné literatury, zajímal se o ekonomii, v aktivním životě pracoval jako ekonom. Měl doma pejska, se který rád chodil na procházky, zajímal se o přírodopisné dokumenty. V červnu letošního roku doma upadl a pokálený a pozvracený byl převezen na neurologii do nemocnice Karlovy Vary. Jednalo o pacienta v minulosti s onkologickou diagnózou. Byl operován pro zhoubný nádor prostaty. Po celkovém vyšetření v nemocnici bylo zjištěno, že jde o generalizovaný proces onkologického onemocnění s rozsáhlými metastázami do skeletu. Jelikož nebylo možno dále v onemocnění kurativně pokračovat, pouze symptomatologicky, byl přeložen do naší léčebny, kde byl zařazen do paliativního programu.

Seznámení se s dokumentací a rodinou pacienta

Před přijetím pacienta mě navštívila jeho dcera, která chtěla seznámit se zařízením, podívat se, kam bude pacient uložen s tím, že požadovala nadstandardní pokoj. Byla velmi rozrušená z celé situace, která byla ještě komplikovaná složitými rodinnými vztahy v rodině s pacientovou sestrou, která zásadně nesouhlasila s umístěním bratra v léčebně.

Dcera mě seznámila se skutečností, že tatínek se nikdy nesmí dozvědět svou diagnózu. Původně věděl, že měl karcinom prostaty, ale nyní že žije

v domnění, že je vyléčený. Dcera si moc přála, aby se o recidivě nedověděl. Prý by to nebyl schopen přijmout a jeho stav by to zhoršilo. Nevěří v Boha ani na život po té a rodina by si přála, aby se před koncem života tatínek nestresoval. Oznámili mu, že je u nás na rehabilitačním pobytu a až se jeho stav zlepší, půjde domů. Pacient byl uveden do iluze, že je pouze na lázeňském pobytu.

Já osobně s tímto postupem nesouhlasila a snažila se dceři vysvětlit, že skutečnost většinou vypadá jinak, než si představujeme, že tento postup přináší více problémů než pozitiv. Pacient očekává zlepšování stavu a rovněž doufá, že dosáhne pokroků v soběstačnosti, což je u progredujícího onkologického onemocnění málo pravděpodobné. Pak bývá nemocný velmi rozladěn a stěžuje si na naši nedostatečnou péči a doufá v léčebný postup nebo intervenci, kterou mu již není možné nabídnout. Přesto dcera trvala na svém.

Setkání první: Monitorování

Přijali jsme pana Václava na nadstandardní pokoj. Přišla jsem ho, jak bývá obvyklé, přivítat a představit se mu. Sám mi hlásil, že je u nás na rehabilitaci a že by se chtěl na cvičení převlékat do teplákové soupravy. Souhlasila jsem s tím, že jsem seznámená s jeho přáním, které není problém respektovat a aby postupoval při rehabilitaci opatrně a pomalu. Byl to velmi příjemný pán, aristokratického vzhledu, dobře orientovaný.

Asi po 4 dnech pobytu u nás jsem navštívila pana Václava s cílem zjistit, jak se mu u nás líbí a jestli se naplňují jeho představy o pobytu u nás. Přece jenom mě zajímalo, zda-li si svůj zdravotní stav nedává do souvislosti s onkologickým onemocněním a nesnaží se vůlí překonat něco, co nedokáže přijmout. Zároveň jsem nechtěla, abych ho jakkoliv navedla na myšlenku tímto směrem.

Na pokoji ležel v teplákové soupravě a sledoval televizi.

„Tak jak se vám daří, pane Václave? Nehoní vás sestřičky moc?“

„Bolí mě v kyčli, dnes jsem nemohl pomalu ani dojít chodbu.“

„Takže honí, budu s nimi muset promluvit.“

„Ne, jsou na mě moc hodné, nenutí mě, jen jak jsem dlouho ležel a nehýbal se, tak teď nemám žádnou kondici a brzy se unavím.“

„V nemocnici s vámi nechodili vůbec?“

„Ne, já jsem nesměl, byl jsem na neurologii.“

„Tam se nesmí chodit? Naši pacienti po mozkových mrtvicích tam už stavějí v prvních dnech.“

„Já nejsem po mrtvici, já jsem měl nedokrvení mozku, a proto jsem doma upadl.“

„Takže vás asi vyšetřili, zda jste si nezpůsobil nějaká poranění a dokud neměli jistotu, tak jste preventivně ležel.“

„Ano, nic mi nenašli, všechno je v pořádku, jen nízký tlak, proto se mi motá hlava.“

„To by pomohl po ránu frňan.“

„No to bych bral, je to možné?“

„Snad ano, když vám dcera přinese něco dobrého, mohu vám to každé ráno dávkovat po náprstku, abyste se tady nemotal zase z jiných důvodů.“

Smál se a já odešla. Byla jsem si jistá, že o progresi svého onemocnění nic neví.

Kupodivu se v následujících dnech pacientův stav nehoršil, víra a vůle, snad i nevědomost, způsobily, že rehabilitace byla z větší části úspěšná a pacient byl za 3 týdny schopen sám chodit s chodítkem po chodbě. Požadoval propuštění, jelikož měl pocit, že účel jeho hospitalizace byl naplněn.

Po domluvě s lékařkou a dcerou jsem souhlasila a domluvily jsme propuštění. Dcera mě upozornila na to, že ona měla pravdu a že díky tom, že to tatínek neví, se mu daří dobře. Přesto jsem jí dala v den propuštění vizitku, kdyby cokoliv potřebovala, aby se ozvala.

O měsíc později: Má slepá ulička

Telefonuji z nemocnice Karlovy Vary, že by k nám přeložili ležícího imobilního pacienta v terminálním stadiu onkologického onemocnění k paliativní péči. Když jsem zjistila, o koho se jedná, ptala jsem se, zda s tímto překladem souhlasí dcera a zda je pacient seznámen se svým stavem. Dcera souhlasila, pacient seznámen nebyl.

Opět mne nejdříve kontaktovala dcera, s pláčem mi vyprávěla, jak se chtěla doma o tatínka starat, ale už to nebylo v jejích silách, onemocnění příliš pokročilo a ona si s ním neví rady a ani za pomoci Home care to nelze, tatínek trpěl bolestmi. Znovu jsem ji opakovala, že by bylo vhodné, aby tatínek znal pravdu, že na to má každý člověk právo. Stále nechtěla.

Přijali jsem pana Václava, opravdu na první pohled v terminálním stadiu onemocnění. Výrazně kachektického, s nastavenou morfiovou léčbou bolesti v náplastech, zcela nepohyblivého hlavně z důvodů pokročilého metastatického procesu v kostech. Vím, že je to jedno z nejbolestivějších záležitostí při onkologických onemocněních. Na nadstandardním pokoji nebylo volné místo, takže byl uložen na třílůžkový pokoj.

„Rád vás vidím“, řekl, když jsem za ním přišla na pokoj.

„Pane Václave, kam jste se to až procvičil?“

„No, jste moje jediná naděje. Nikde se mi tak nedaří jako tady u vás. Vy jste mě tady posledně dali dohromady a tak doufám, že jedině u vás se zase vzpamatuji.“

„Jak dlouho už nechodíte?“

„Asi dva týdny.“

„Dobře, uvidíme, co se s tím dá dělat, poradíme se celý tým.“

To jsou chvíle, kdy nevím co s tím, lhát nechci a ani neumím, navíc pacient sám za chvíli začne tušit, že není vše, jak má být, a budu-li mu podsouvat jakákoliv náhradní vysvětlení, ztratím jeho důvěru. Ale co s tím jeho očekáváním? Má cesta vede do slepé uličky. Ponechávám si čas a pokouším se zdravotní stav

neřešit a soustředit se na plnění pacientových aktuálních přání. Naštěstí je pan Václav měl. Chtěl, zda-li bych mu nemohla koupit hroznový cukr, smetanu, med, čokoládu. Komentoval to slovy, že se potřebuje vykrmit, dokud bude takhle vyhublý, že nebude mít sílu se postavit na nohy. Nebyl žádný problém mu nákupy zajistit. Ptala jsem se, jestli by nechtěl sledovat nějaký film, aby si zkrátil čas. Souhlasil a vybral si westernový žánr. Film na lůžku opravdu sledoval a moc se mu líbil, mluvili jsem spolu o něm.

Viděla jsem, jak bojuje, jak stále doufá a jak si nepřipouští, že by se věci mohly mít jinak. Ta vůle k životu byla ještě hodně silná. Byl vyhublý, hodně spavý po lécích, ale mentálně stále velmi bdělý, žádná obluzenost. Když se mě jednoho dne zeptal, jestli nemám zase nějaký film, řekla jsem mu, že mám teď volný jeden, který se mi hodně moc líbil, ale že si nejsem jistá, jestli by ho chtěl vidět.

Co by mi v něm mělo vadit?“

„Část filmu se odehrává v nemocničním prostředí, kdy dva lidé mají nevyлéčitelnou nemoc a rozhodnou se, že než zemřou, užijí si všechno to, co nestihli a vždy si ve svém životě přáli. Nakonec je to i dosti humorné.“

„Tak to přineste, to mi neublíží, nejsem žádnéj srab.“

Napadlo mě, že bych se přes film Než si pro nás přijde (viz Příloha č. 2) mohla přiblížit k tématu, o kterém ještě nepadlo mezi námi ani slovo. Jelikož se domnívám, že spánek je pro nemocného člověka velmi osvěžující a posilující a nikdy ho není dost, rozhodla jsem se, že film panu Václavovi nepustím navečer, ale druhý den dopoledne, abych měla dostatek času s ním eventuálně vzniklé otázky probrat, než mi skončí pracovní doba.

Debata o filmu

Druhý den jsem film přinesla a pan Václav ho pozorně sledoval.

„No bylo to dobrý, fakt si to užili.“

„Takhle by měl člověk umět žít celý život, a ne jen tehdy, když nad ním visí ortel“, řekla jsem.

„A vy to, Simono, umíte?“

„Přiznám se, že po některých zážitcích v mém životě se o to snažím a žije se mi mnohem lehčeji, i když mě potkávají těžké věci. Co vy byste dělal na místě těch chlápků ve filmu?“

„Já jsem nikdy neměl tak náročná přání jako oni, ale víte že nevím, ještě jsem o tom nepřemýšlel. Ale co bych teď asi tak mohl, vždyť ani neslezu z postele a jsem hodně unavený.“

„Třeba jste si v životě už všechna svá přání splnil.“

„To ne, ještě některým něco dlužím, ale to až se dostanu domů. Jak já se těším na domácí svíčkovou!“

Další den si pacient na vizitě stěžuje na nesnesitelné bolesti hlavy. Lékařka předepisuje zvýšenou dávku analgetik, ale pan Václav se dožaduje vyšetření. „To přece není řešení, přece to musí mít nějaký důvod, vy s tím nic nehodláte dělat? Věřil jsem vám. Paní Simono, přemluvte paní doktorku, ať mě s tím někam pošle.“

Další den pacient začíná postupně otékat v polovině obličeje a hůře se mu mluví. Lékařka se snaží vysvětlit problém jakými srůsty, které brání v odtoku lymfy. Cítím vzrůstající nedůvěru pacienta a také jsem si vědoma konce možností mé intervence, pokud bych si měla zachovat věrohodný vztah s pacientem. Nemám možnost pokračovat ve své práci. U pacienta postupně narůstá agresivita, kterou si vybíjí na personálu a personál si za mnou chodí stěžovat, abych situaci řešila.

Svou bezvýhodnou situaci jsem konzultovala s ošetřující lékařkou. Ta absolutně odmítá sdělení pravdy. Na můj argument, že já bez toho, aniž by byl pacient seznámen se svým stavem, nemohu pracovat dál, odpovídá: „Můžete ho utěšovat.“ Nesouhlasím a vysvětluji, že nemám čím pacienta utěšovat. „Každý člověk má intuici, i když pravdu nezná. Bojí se a má zkušenost je taková, že horší

jistota je lepší než nejistota. Bez pravdy se nemá šanci uklidnit, ani smířit, pro všechny bude jeho konec utrpením a bude protahované.“ Lékařka je věřící a argumentovala tím, že je to člověk, který nevěří v žádný přesah a že on tu pravdu neunes a že slovo dokáže zabít a ona že si to nevezme na odpovědnost.

Musela jsem hledat novou cestu, pacient se dožadoval mých návštěv na pokoji.

Lékařka se nakonec rozhodla, že pacienta pošle na CT hlavy, aby ho uklidnila.

Na chvíli to opravdu zabralo.

Uvědomila jsem si, že čas nazrál a pokud mám být přínosem pro umírajícího pacienta, tak je prioritní vyřešit otázku sdělení pravdy. Klíč k řešení tentokrát vězí v personálu. Mé rozhodnutí bylo: Jednej! Rozhodla jsem se přinést tento můj profesní problém do supervize, která se u nás v léčebně koná každou středu. Vrchní sestra, obě staniční sestry, lékaři obou stanic, vedoucí rehabilitace, nutriční terapeutka a já se pod supervizí Doc. Zdeňka Kalvacha, který u nás působí každou středu, setkáváme k vyřešení problematických a sporných diagnóz u pacientů a nastavení dalších léčebných intervencí. Přednesla jsem svůj problém a požádala o návrh řešení. Rozsáhlá diskuse o etických zásadách apod. i přes odpor lékařky skončila vítězstvím: Sdělte pravdu!

Jak cenná je pravda

Požádala jsem Doc. Kalvacha, aby byl nápomocen v této situaci, že spolu s ním a lékařkou zajdeme na pokoj, aby z pozice své autority sdělil pacientovi diagnózu. Doc. Kalvach souhlasil. Pacientovi sdělil, že jsme se celý tým sešli nad hodnocením jeho výsledků z vyšetření a že by mu rád sdělil nepříjemnou zprávu. Že v místech na hlavě, kde udává největší bolesti, jsou popisována ložiska nejasného původu, která by nemusela, ale mohla mít onkologický původ. Že se to nedá zcela jistě říci, jelikož by se musel získat vzorek a ten se odeslat na histologii, ale že vzhledem k tomu, že již prodělal onkologické onemocnění, tu jistá pravděpodobnost je. Pacient mlčel a poslouchal dál.

„Chtěl bych vám říci, že v současné době, bychom se hlavně zaměřili na mírnění těch krutých bolestí a nastavili léčbu tak, aby to pro vás bylo snesitelné a také abyste se v noci dobře vyspal. Jste velmi statečný a myslím, že společně se nám to podaří nastavit tak, aby jste se cítil co možná nejlépe.“

„Dobře pane doktore, děkuji, já jsem to stejně tušil.“ Všichni jsme odešli a já si velmi oddychla.

Druhý den jsem za pacientem nešla, z vizity jsem vyčetla, že nekomunikuje. Napadlo mě, že by to měla vědět dcera, pozvala jsem ji do léčebny. Vylíčila jsem jí události posledních dnů s tím, jak dopadl výsledek vyšetření a jak nezbytné bylo pro smíření se s blízcím se koncem, aby znal tatínek pravdu. Vysvětlila jsem jí, že situace byla už neudržitelná a že nadále lhát by nebylo v souladu ani se základní lidskostí. Plakala a bála se za tatínkem jít. Domluvily jsem se, že ho necháme teď v klidu vstřebat informaci, kterou už stejně v poslední době tušil a pak že ji zavolám, jak se situace vyvinula. Souhlasila.

Stav smíření

Třetí den po sdělení diagnózy jsem pana Václava navštívila sama. Nemluvil, byl depresivní, nechtěl se mnou komunikovat. Ostatní pacienti hlásili, že nechce mluvit s nikým. Řekla jsem mu, že kdyby měl pocit, že pro něj mohu něco udělat, ať pro mě nechá vzkázat, že za ním kdykoliv přijdu.

O další tři dny později mi personál hlásil, že pacient odmítá všechna analgetika. Zašla jsem za ním, posadila se u lůžka a požádala spolubydlící, aby nás nechali o samotě. Pán měl blok v ruce a tužku a v pololehu napsal: *Dám vám telefonní číslo na jedny mé známé, zavoláte jim, aby za mnou přišli?* Odpověděla jsem že ano. Zeptala jsem se, jestli se zlobí, že mu pan docent sdělil pravdu. Napsal, že je rád, že to věděl, že si snad stihne vyřídit nějaké záležitosti. Zeptala jsem se, jestli nemá žádné bolesti, že odmítá analgetika. Napsal, že ho všechno bolí méně, když je nemá, že je nechce, jen ať zařídím aby mu dávaly ty dva velké čípky, co dostává a

zabírají. Slíbila jsem že zařídím obojí. Domluvili jsme se, že když bude cítit velkou bolest, že si řekne o léky. Souhlasil.

Zatelefonovala jsem známým a požádala jsem je o návštěvu pana Václava, pokud možno co nejdříve. Pan Václav se velmi zklidnil a přestože slovně nekomunikoval, nebyl problém s ním trávit čas. Přestaly se objevovat odmítavé reakce. Zavolala jsem dceři, že může za tatínkem přijít, že je vše v pořádku a že jí teď bude potřebovat. Také se jí ulevilo.

Další dny jsem navštěvovala pacienta s tím, že jsem komunikovali, on písmem, já slovem. Ptala jsem se, jak se cítí. Napsal, že ho překvapuje, že mu funguje mozek normálně, jako by nebyl nemocný a že se cítí vyrovnaný. Znovu napsal, že je rád, že se může zařídit, jak potřeboval.

„To jsou ty dluhy, jak jste nedávno říkal?“

Kýve souhlasně a píše: *Mám ještě syna, nemanželského a u těch známých, co jste jim volala, mám schované peníze. Požádal jsem je, aby mi je donesli sem.*

„A donesli?“ *Ano, vzal jsem si z nich peníze na pohřeb a dal je rodině, aby se mnou neměli velké výdaje a ostatní peníze jsem jim svěřil s dopisem a vzkazem pro Matěje.*

„Původně jste měl všechny ty peníze pro syna?“ *Ano, ale chtěl jsem mu je dát, až mi dokáže, že alespoň půl roku pracuje. U mých známých mám jistotu, že to vyřídí za mě.*

„Je dobře, že takové ve své blízkosti máte.“ Kývá hlavou. „Je to teď pro vás snazší?“ *Ano ulevilo se mi. Měl jsem vůči synovi výčitky. „Vídáte se?“ Bohužel ne.*

„Vidíte, vaše dcera nechtěla nikdy dovolit, abyste znal pravdu, že byste to nikdy nepřijal a přitom vy jste velmi statečný člověk.“ *Obě s manželkou pořád přede mnou něco tajily, abych se nerozčiloval a podobně, ale nakonec já jsem jim to dělal taky.*

Chytila jsem ho za ruku a usmála se na něj, oba jsme věděli. Cítila jsem, že už potřebuje být sám. „Přijdu zítra.“ Kývl.

Cestou po chodbě jsem myslela na to, kolik je takových lidí, kteří lépe vědí, co je pro druhého správné a tím mu vlastně ubližují. Že nikdo nemůže vědět, co druhý unese a nikdo nemá právo za druhého rozhodovat. Kdyby pan Václav netušil nic, všechno, co po sdělení své diagnózy, tedy pravdy, podnikl, by se nestalo. Neulevilo by se mu a do poslední chvíle by bojoval o život v agresí a nesmíření, až by v delikvencím stavu s chrčivým dýcháním postupně odcházel, nevnímaje své okolí. Stejně tak, jak umírají lidé v nevědomosti.

Další den jsem seděla u lůžka, pan Václav měl zavedenou nasogastrickou sondu, jelikož nemohl pro otok polykat. Jídlo dostával na přání, kdy chtěl a napít také. Jeho oči už nebyly jasné. Vzдалovaly se.

Co hlava, bolí?, napsala jsem mu, nechtěla jsem rušit ticho. Napsal, že ani ne. *Překvapuje mě, že nemáte abstinenční příznaky, přece jenom jste byl už nějakou dobu na silných analgetických a nechal jste si je vysadit najednou a nic se neděje.* Napsal, že absták nemá, že by to poznal. Že nechce ani antidepresiva. „Pane Václave“, poprvé jsem promluvila, „ten proces nemusí pokračovat dramaticky rychle. To může nějaký čas trvat, to je velice individuální záležitost.“ Napsal, že by si přál, aby to šlo velmi rychle.

„Máte strach?“

Umírám poprvé a některé věci mě překvapují.

„A které?“

Třeba, že mi funguje mozek jako by mi nic nebylo. A co bude pak?

„Buď není nic a je to, jako když usnete a nic se neděje, nebo něco je a padnete do náruče někomu mnohem laskavějšímu, než je celý tento svět a to je bezva. Takže v obou případech dobrý.“

Jo dobrý.

Chytil mě za ruku, cítila jsem, že je rád, že není sám a že s ním neprožívám žádné drama. V ruce cítím, že je uvolněný.

„Kdyby přišly nesnesitelné bolesti, mohli bychom vám dát dostatečně silnou směs

léků s něčím, co by vás příjemně uspávalo, a k tomu trochu něčeho, aby se vám nedělalo špatně od žaludku. Tak byste si tady v klidu pospával, bez trápení.“

Ano, mám vás rád.

„Já mám ráda všechny. Touhle cestou půjdeme všichni, jiná neexistuje.“

Až budu pospávat, nenechávejte tady u mě sedět dceru, nechci, aby se trápila.

„A když bude sama chtít, bude vám to vadit?“

Ne, nebude.

„Chcete, abych za vámi chodila?“

Budu rád.

Další den jsem přišla a pan Václav vypadal, že spí. Sedla jsem si k němu a slyšela jak oddychuje. Chvilí jsem seděla a pozorovala ho. Zdálo se, že mu mizí otok z obličeje.

„Co je?“, Zašeptal.

„Nic, kontrola nálady.“

„Jestli jsem ještě živý, co?“

„No to vím, to se stačí podívat do počítače.“

Chytil se za hlavu.

„Nemáte žízeň?“

„Ne, jen sucho v puse. Nemohu odkašlat.“

Podala jsem panu Václavovi skleničku s vodou a misku, aby si mohl vypláchnout ústa.

„Já vůbec nespím, já všechno vnímám, jen nedokážu otevřít ty víčka.“

„Já vím, po těch lécích, co berete, mají lidé zvýšenou vnímavost zvuku, slyší trávu růst.“

„Jo, spím jen v noci, přes den to jen tak vypadá.“

„A bolesti?“

„Už jsem si řekl, měla jste pravdu, tu směs snáším mnohem lépe.“

„Tak nemluvte, ať se nevysilujete.“

„Přijďte večer.“

„Je večer.“

„Kolik je hodin?“

„Deset.“

„Vy máte službu?“

„Ne, jen hodně práce, kterou nestíhám a teď jsem si šla k vám odpočinout a dívám se, jak vám měsíc leze do postele.“

„Jak dlouho už jsem nemocný?“

„Nevím, celkem u nás jste třetí týden.“

„To je ale blbá nemoc.“

Pochopila jsem, že mozek už nepracuje, jako když je zdrav, pomalu se ztrácí orientace. Přestává sledovat realitu.

Ráno jsem zavolala dceři, jestli se chce s tatínkem rozloučit, že by měla přijít, že brzy přijde jeho čas. Přišla dopoledne a seděla u něj, až do odpoledne, kdy se nadechl naposledy. Odešel ve spánku a jen Václav, já a jeho přátelé známe jeho tajemství.

Závěr

Nejsnáze odcházejí lidé, kteří smrt přijmou, přestanou bojovat, jsou připraveni k odchodu. Také je musí pustit jejich rodina. Ti umírají většinou rychle. Nejhůře umírají lidé, kteří neznají pravdu, kteří do poslední chvíle čekají na zázrak a kteří nikdy nepřestali bojovat. Takové umírání je těžké a dlouhé. I nesmířená rodina drží svým přáním člověka při životě a nedovolí mu odejít, apeluje na něj, aby bojoval, nevzdával to, jedl, cvičil... A přitom to všechno je to, co umírajícího trápí ještě víc. Už nemůže a nechce, potřeboval by jít..

ZÁVĚR

Cílem mé práce bylo popsání nutnosti osobního přístupu u lůžka umírajícího tak, aby byl jeho odchod co nejméně bolestivý pro něj i jeho rodinu. Snažila jsem se na praktické i teoretické rovině dokázat, jak moc je důležité respektovat tělesné, duševní i duchovní potřeby umírajícího a že i konečná fáze života může být hluboce smysluplná pro všechny zúčastněné. Zároveň jsem se na čtyřech případových studiích svých pacientů v LDN Nejdek snažila prakticky dokázat, že rozvoj péče tímto směrem je více než žádoucí a že je možný (a podle mého názoru na výsost důležitý a nutný) ve všech zdravotnických zařízeních s paliativní péčí. Tedy za předpokladu, že budou nastavena jistá pravidla a postupy ošetřujícího personálu.

Zajímavé je, že většina dotázaných lidí na otázku, kde by chtěla umírat, odpoví, ve svém prostředí v blízkosti těch nejmilovanějších. Praxe je však naprosto opačná. Současná situace umírajících lidí, kteří ve většině umírají v institucích, vede k zamyšlení srovnávat situaci s umíráním člověka doma. Možná, že v dřívějších dobách, byli lidé v myšlení determinováni tradicí a náboženstvím a ani neuvažovali jinak, než že se svým umírajícím pobýli ve svém obydlí, na jeho přání přivolali kněze. Pokud umírající trpěl silnými bolestmi a laické prostředky pomoci selhávaly, byl povolán ještě lékař, který nemocnému podal injekci morfia. Ti, kteří měli rodiny, prostě neumírali opuštěni, umírání bylo sociálním aktem. Rodinní příslušníci se podíleli na pečovatelské roli a poskytovali i psychickou podporu, což jim umožňovala víra. Důležité bylo, že umírající svou roli znal.

Každý z členů rodiny se během života setkal s umíráním a se smrtí a viděl tedy, jak vypadá smrt z blízka. Včetně dětí. Bylo to něco přirozeného. Intuitivně poskytovali umírajícímu vhodnou péči dle jeho momentálního stavu. Byli

výbornými pozorovateli. Když už nemocný nemohl jíst, podávali jen vývar, poté jen bylinné čaje až nakonec pouze vlhčili ústa. Zcela automaticky, bez jakýchkoliv znalostí toho, co je pro umírajícího vhodné, což se bohužel v mnohých zařízeních dnes nerespektuje. Prostředí, kde umírající pobýval, uzpůsobovali tak, aby bylo co nejpříjemnější, bez ostrého světla, v teple. Po smrti se tiše s modlitbou rozloučili a v duchu tradice otevřeli okno, aby duše mohla ven, tělo omyli, zatlačili oči, podvázali bradu a mrtvého ustrojili. Pak byl po dobu tří dnů vystaven ve vyzdobeném pokoji, aby se s ním mohli přijít rozloučit ostatní známí a sousedé.

Konfrontace se smrtí v dětství i v dospělosti nebývá u dnešních lidí častá. Proto v dnešním člověku vše kolem umírání vzbuzuje strach a úzkost, pocity bezradnosti, že nejsou rodinní příslušníci schopni postarat se o potřeby umírajícího dostatečně profesionálně, bojí se, že nezvládnou doprovodné projevy umírajícího, a tak raději předávají péči o svého blízkého do rukou profesionálů s tím, že dílem chtějí na procesu umírání participovat.

Model umírání v institucích má svůj vývoj. Nejdříve byli umírající soustředěni do tzv. chorobinců nebo špitálů na mnohalůžkové pokoje. Bezprostředně umírajícímu se poskytl soukromí bílou plentou. Ta byla v pozdějších dobách vyměněna za samostatný pokoj, pokoj pro umírající. Převoz pacienta na tento pokoj se stal postrachem všem nemocným. Jelikož medicína uplatňovala akt milosrdné lži a nemocným nebyla sdělována pravdivě jejich diagnóza, vedlo to k větší frustraci a strachu a pacient usuzoval na vážnost svého stavu dle manévrů s ním. Pokud se příbuzní dožadovali častějšího kontaktu s umírajícím, tak jedině na svolení a získání takzvané propustky, protože návštěvy byly povoleny jen ve středu a v neděli - další negativní fenomén. Jakmile byl někdo navštěvován v jiné dny než ve středu a v neděli, bylo všem včetně nemocného jasné, že je zle. A postupně tak vnikl model, který přetrvává do současnosti: dnešní člověk umírá sám, mezi cizími pacienty, v péči profesionálů,

kteří jsou pro něj stejně cizí jako on pro ně.

Příbuzní odsunuli těžce nemocného do nemocnic v naději, že medicína zabráni smrti svými nejvyspělejšími poznatky nebo zajistí důstojný odchod ze života. Bránit smrti se medicína opravdu snaží a stále nenašla tu správnou hranici, do kdy je u nemocného žádoucí kurativní postup a kdy by měla zahájit paliativní péči. Jakoby smrt byla její prohrou, jakoby chtěla dokázat svou všemohoucnost... Do poslední chvíle se snaží držet pacienta při životě. Jaksi jí uniklo, že už nepostupuje humánně, v souladu s lidskostí a přirozeností, ale že provádí něco, čemu se říká dystanázie. Dystanázie, nebo-li zadržování smrti.

Nebrat na vědomí konečnost lidského života je projevem lidské i profesionální neodpovědnosti. Nejsou včas zohledněny potřeby umírajícího, není na ně adekvátně reflektováno, paliativní formy péče jsou zahajovány pozdě nebo vůbec. Tuto situaci bohužel ovlivňuje fakt, že současní zdravotníci jsou školeni na boj a vítězství. Stále intervenují ve prospěch života, který potřebuje odejít, a tím vlastně škodí. Bohužel takto nastaveným zdravotníkům odpovídá i myšlení laiků, a tak je leckdy takový přístup uznáván i očekáván. V případě, že se setkají v zařízení s jiným, tedy humánním přístupem k umírání, vede tato neznalost problematiky k neoprávněným obviňováním ze strany příbuzných a dokonce ke stížnostem. A přitom jde jen o nepochopení problému, neinformovanost a nedostatečnou edukaci laické veřejnosti. Na ni doplácují díky svým nevzdělaným kolegům profesionálové, kteří pochopili tuto naléhavou potřebu v procesu umírání a nastavili svou péči o nemocného tak, aby byla v souladu s lidstvím, byla humánní a zároveň ctěla etické normy. Mnohým příbuzným blízkým i některým profesionálům lze jen těžko vysvětlit, že „smrt se prostě rozchodit nedá“. I to je důsledek vytržení smrti z domácího prostředí, odvržení něčeho, co je lidské a přirozené. Dnešní nepokorný člověk se snaží vyhýbat všemu, co je nepříjemné, přestává být odpovědný sám za sebe a klade důraz činit odpovědné ty druhé.

Budoucnost: mobilní jednotka jako kompromis

Budoucnost vidím v mobilní síti hospicových služeb, kdy umírající bude moci zůstat ve svém přirozeném prostředí, ale za asistence poučených profesionálů. Tíhu celé situace okolo umírajícího člověka neponese rodina sama, navíc bude možná intervence pomoci i nejbližšímu okolí nemocného při každém kontaktu. Doufám, že se mobilní hospic stane další službou nabízenou ze zázemí LDN Nejdek. I proto, že Západočeský kraj je jediným v republice, který nemá hospic. V případech, kdy nebude možné, aby pacient zůstal v domácím prostředí, nabídne naše LDN zdravotní lůžko v paliativním programu.

PŘÍLOHY

Obsahem příloh 1 a 2 jsou disky DVD. Autorka je vlastníkem originálních nosičů s oběma uvedenými filmy. Vzhledem k povaze práce s klienty a filmy, o kterých je v kazuistikách zmínka, je pro úplné pochopení a vhléd do diplomové práce nutné oba tituly zhlédnout. Z tohoto důvodu jsou k práci přiloženy kopie obou filmů, a to výhradně pro potřebu posuzovací komise Pražské vysoké školy psychosociálních studií a případných zapůjčovatelů diplomové práce. Jakékoli jiné nakládání s oběma tituly není ze zákona dovoleno (šíření, kopírování, půjčování neoprávněným osobám).

V Praze dne 20. dubna 2009

Bc. Simona Hechtová

Příloha 1: DVD Jak přicházejí sny, film USA

Základní informace

Originální název: What Dreams My Come

Česká premiéra: 25. března 1999

Světová premiéra: 2. října 1998

Režie: Vincent Ward

Příloha 2: DVD Než si pro nás přijde, film USA

Základní informace

Originální název: The Bucket List

Česká premiéra: 3. dubna 2008

Světová premiéra: jaro 2007

Režie: Rob Reiner

Seznam použitých pramenů a literatury

- ALTRICHTER, M. „*Duchovní a duševní*“. Příspěvek z pohledu teologie narativní. 1.vyd. Velehrad: Refugium Velehrad-Roma, 2003. ISBN 80-86715-02-7
- AMBROS, P. *Fundamentální pastorální teologie*. 2. přeprac. vyd. Díl 1., Pastorální teologie, Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2002
- BENSON, H. a STRAKOVÁ, M. *Moc a biologie víry v uzdravení*. 1.vyd. Praha: Knižní klub, 1997. ISBN 80-7176-510-4
- BOUBLÍK, V. *Teologická antropologie*. 1.vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2001
- ELIAS, N. *O osamělosti umírajících v našich dnech*. 1.vyd. Praha: Nakladatelství Franze Kafky, 1998
- FRANKL, V. *Lékařská péče o duši*. 1.vyd. Brno: Cesta, 1996. ISBN 80-85319-50-0
- GRÜNN, A. DUFNER, M. *Zdraví jako duchovní úkol*. 1.vyd. Svitavy: Trinitas, 1994. ISBN 80-901457-1-X
- HALÍK, T. *Sedm úvah o službě nemocným a trpícím*. 1.vyd. Brno: Cesta, 1993. ISBN: 80-85319-27-6
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie. Nauka o umírání a smrti*. 1.vyd. Praha: Galena, 2000. ISBN : 80-7262-034-7
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Spoutaný život*. (kapitoly z psychoonkologie). 1.vyd. Praha: 3.lékařská fakulta University Karlovy, 1991
- HEIDEGGER, M. *Bytí a čas*. 1.vyd. Praha: Oikoymenh, 1996. ISBN 80-86-005-12-7
- HENRICH, P. a BERND, W. *Nemocným na blízku. Jak pomáhat v těžkých chvílích*. 1.vyd. Praha: Vyšehrad, 1996. ISBN 80-7021-152-0
- HOGENOVÁ, A. *Jak pečujeme o svou duši?* Praha: Universita Karlova – Pedagogická fakulta, 2008. ISBN 978-80-7290-349-8
- HOGENOVÁ, A. *K filosofii výkonu*. 1.vyd. Praha: Eurolex Bohemia, 2005. ISBN

80-86861-35-X

HOGENOVÁ, A. *K fenoménu pohybu a myšlení*. 1.vyd. Praha: Eurolex Bohemia, 2006. ISBN 80-86861-72-4

HOGENOVÁ, A. *Arete základ olympijské filosofie*. dotisk. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0046-3

KOZIEROVÁ, B. ERBOVÁ, L. OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovatelstvo I.a II*. 1.vyd. Martin, Slovenská republika: Osveta, 1995. ISBN 80-217-0528-0

KŘIVOHLAVÝ, J. *Pastorální péče*. 1.vyd. Praha: Oliva, 2000. ISBN 80-85942-42-9

KŘIVOHLAVÝ, J. *Křesťanská péče o nemocné*. 1.vyd. Praha: Advent, 1991

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci* 1.vyd. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0

KÜBLER-ROSSOVÁ, E. *Hovory s umírajícími*. 1.vyd. Hradec Králové: Signum Unita, 1992. ISBN 80-85439-04-2

MARCUS AURELIUS, A. *Hovory k sobě*. 6.vyd. Praha: Svoboda, 1975

MATOUŠEK, O. *Ústavní péče*. 2.vyd. Praha: Sociologické nakladatelství Slon, 2003. ISBN 80-85850-76-1

NIETZSCHE, F. *Ranní červánky*. 1 vyd. Praha: Aurora, 2004. ISBN 80-7299-077-2

OPATRNÝ, A. *Pastorační péče v méně obvyklých situacích I.a II*. 3.doplňené vyd. Praha: Pastorační středisko sv. Vojtěcha při Arcibiskupství pražském, 1995

OPATRNÝ, A. *Malá příručka pastorační péče o nemocné*. 2. doplňené vyd. Praha: Pastorační středisko sv. Vojtěcha při Arcibiskupství pražském, 2001

PATOČKA, J. *Péče o duši II*. 1.vyd. Praha: Oikoymenh, 1999. ISBN 80-86005-91-7

PATOČKA, J. *Péče o duši III*. 1.vyd. Praha: Oikoymenh, 2002. ISBN 80-7298-054-8

PECK, S. *Odmítnutí duše. Duchovní a lidské perspektivy eutanazie a umírání*. 1.vyd. Praha: Pragma, 2001. ISBN 80-7205-757-X

RHEINWALDOVÁ, E. *Novodobá péče o seniory*.1.vyd.Praha: Grada 1999. ISBN 80-7169-828-8

RUPNIK, M., *Uvedení do duchovního života*. Velehrad: Refugium,2003

ŘÍČAN, P., *Psychologie náboženství*. Praha: Portál, 2002

SHART-HOPKO, N., C., *Spirituality and Health Care, Issues in Delivering Care*.1979

STÖRING, H. J. *Malé dějiny filosofie*.8.vyd.Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2007.ISBN 978-80-7195-206-0

SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*.2.vyd.Praha:Ecce Homo,1995. ISBN 80-902049-0-2

ŠKRLOVI, P.a M. *Kreativní ošetrovatelský management*.1.vyd.Praha: Advent-Orion, 2003. ISBN 80-7172-841-1

ŠPIDLÍK,T.*Prameny světla*.2.vyd.Velehrad: Refugium Velehrad Roma,2000. ISBN 80-86045-41-2

TENACE, M.*Vybrané kapitoly z antropologie*.1.vyd. Velehrad:Refugium,2001. ISBN 80-86045-76-5

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*.3.vyd. Praha: Portál,2002.ISBN 80-7178-678-0

VORLÍČEK, J. ADAM, Z. POSPÍŠILOVÁ aj. *Paliativní medicína*. 2.přepřac. a doplněné vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-2470-2-797

VYMĚTAL ,J. *Základy lékařské psychologie*.1.vyd. Praha: J.Kocourek, 1994. ISBN 80-901601-3-1

WALSH, D., GOMBESKI W., GOLDSTEIN P., HAYES D., ARMOUR M., 1994, *Managing a palliative oncology program: the role of a business plan*. J Pain Symptom Manage 9 (2): 109. doi:10.1016/0885-3924(94)90163-5. PMID 7517428

YANCEY, P. *Kde je Bůh, když to bolí?* 1.vyd.Praha: Návrat domů, 2003. ISBN 80-7255-070-5

Biblické citáty převzaty z: Ekumenický překlad. 2.vyd. Stuttgart: Ekumenická rada církví v ČSR v Praze ve spolupráci se Spojenými biblickými společnostmi v Londýně,1984

Důstojnost a starší Evropané, Respektování lidské důstojnosti. Internet. Verze z 14. 2. 2005. Možno najít na: www.cestadomu.cz)

KOMÍNKOVÁ, H. *Duchovní potřeby hospitalizovaných pacientů*.
<http://www.hospice.cz/hospice1/index1.php>.13.1.2005

VANIČKOVÁ,K., *Spirituální potřeby seniorské populace v ČR*. Verze: 14. 2. 2005. Možno najít na: www.hospice.cz

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autora:	Bc. Simona Hechtová
Studijní obor:	Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii
Název práce:	Doprovázení umírajících
Počet stran bez příloh:	94 stran
Celkový počet stran příloh:	1 strana
Počet titulů české literatury a pramenů:	42
Počet titulů zahraniční literatury a pramenů:	2
Počet internetových odkazů:	3
Vedoucí práce:	Prof.PhDr.AnnaHogenová,CSc.
Rok dokončení práce:	2009

Souhlasím s tím, aby má diplomová práce byla využívána ke studijním účelům.

V Praze, dne:.....

.....

Uživatel potvrzuje svým podpisem, že pokud tuto diplomovou práci využije ve své práci, uvede ji v seznamu literatury a bude ji řádně citovat jako jakýkoliv jiný pramen:

Jméno	Adresa	Datum	Podpis

Posudek na diplomovou práci kolegyně Simony Hechtové „Doprovázení umírajících“

Předložená diplomová práce kolegyně Simony Hechtové nám přináší otázky, které je třeba dnes formulovat, a to s naléhavostí, kterou si vyžaduje náš lidský každodenní provoz. Jedná se o problémy spojené s umíráním. Autorka má za sebou mnohaletou zkušenost, která je v této práci zúročena nejen použitím předepsaných metodologických postupů, ale především vlastní vnímavostí a schopností propojovat logicky symptomy fenoménu umírání s právními a duchovními aspekty. Tato práce je velmi užitečná nejen pro pracovníky v podobných zařízeních, jako jsou LDN či jiné podobné formy terminálních ústavů.

Základem jejích úvah je tvrzení, že „smrt není to poslední,“ co by mělo vést úvahy zdravotnického personálu, ale nejen jich. Tento filosofický výklad je skutečně správný. Smrt není to poslední, co zbývá po zemřelém člověku. Po zemřelém člověku tu zbývá to, čím žil, jeho duchovní význam, a o ten je třeba pečovat, sice neokázale, ale o to opravdověji. Heidegger mluví o slavnostech jako o vyrovnání času, a to v tom smyslu, že podstatná minulost (Gewesenheit) se ve chvíli slavnostního časového vyrovnání vrací, a s tím i duchovní významy našich zemřelých. Jinak řečeno, naši mrtví, nejsou nikdy úplně mrtvími. Naši mrtví s námi se dostávají do dialogu mlčením. Jejich mlčení je až příliš výmluvné, probouzí v nás zatlačené resentimenty a nechává nás nahlédnout až na dno našich skrytých duševních významových vrstev. Tyto poukazy nejsou tak často tématem podobných prací a je třeba zdůraznit: máme před sebou diplomovou práci, která tuto cestu počíná.

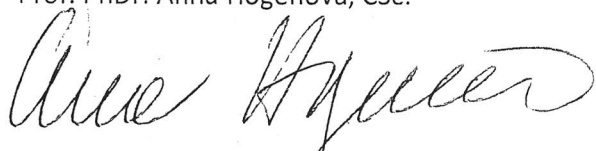
Celou práci penetruje tvrzení o podvojnosti našeho vztahu ke smrti. Jedná se o vztah medicínský, biologický a ten druhý je vztah křesťanský, duchovní. Autorka si uvědomuje, že se tato podvojnost objevuje téměř na každém kroku, pokud pracujeme s lidmi tohoto stáří. Je si vědoma toho, že smířit tato hlediska lze pouze a jedině prostřednictvím osobitého přístupu, což neznamená nic jiného, než pečovat o vlastní duši v dialogu s těmi, kterým zbývá už jen málo času. Osobitý přístup neznamená nic jiného než kultivaci sebe sama, jež nemůže být technickým způsobem konstituována. Jedná se vlastně o neustálé „hloubení“ psychoterapeutického pracovníka v oblasti, které Kant říkal „Humaniora.“ Nejde tedy o „kuchařkově“ verifikovatelné jednotlivé kroky, které by psychoterapeutovi mohly říci, co má dělat v těchto vyhrocených momentech života umírajících. U každého je to jiné. Nejde zde o technický postup, jenž může být prováděn mechanicky a vždy se stejnou účinností. Zdravotnický personál potřebuje duchovní rozměr, který je právě základem nejstaršího evropského receptu vůbec, a to je součástí péče o duši.

Kolegyně Hechtová se snaží uceleným způsobem propojit spiritualitu s právními předpisy a zásadami pro provoz v podobných zařízeních. Uvědomuje si naléhavost a složitost specifické cesty doprovázení těch, kteří nás opouštějí. Ví, že je třeba vyjít vstříc tomu, co jednotliví lidé potřebují, co chtějí, v co doufají. Je nevyhnutelné umět se naladit na tuto specifičnost u různých lidí, autorka ví, že je třeba tiše nést bolest těch ostatních tam, kde si již neumíme vůbec pomoci. Přesně tuto naléhavost ukazuje ve svých kazuistikách, ovšem idea této sdílejší aktivity, je hlavní myšlenkou celé práce.

Doporučuji hodnocení: v ý b o r n ě

V Praze dne 16. 5. 2009

Prof. PhDr. Anna Hogenová, CSc.



Oponentský posudek na diplomovou práci Simony Hechtové Doprovázení umírajících. PVŠPS, 2009.

Diplomantka předložila k posouzení diplomovou práci věnovanou obtížnému tématu - a tím je problematika doprovázení těch, kteří jsou konfrontováni s otázkou vlastní smrti v posledních fázích života. Autorka práce se opřela o své zkušenosti z praxe sociální pracovnice v léčebně dlouhodobě nemocných, kde jsou většinou hospitalizováni pacienti s onkologickým onemocněním.

Představuje-li smrt jev, jehož uchopení se vzpírá moderní medicína - a pojímá ji zpravidla technicky, tak autorka ukazuje, jak je důležité vyrovnání se s faktem smrtelnosti a odchodu ze života. Právě toto vyrovnání je - jak pro věřící, tak pro ateisty - obtížný úkon. Její práce je pozoruhodná tím, že je velice osobně laděna, ale současně ukazuje, že bez osobního vztahu k umírajícím, nelze reálně navázat vztah s těmi, kteří se k smrti blíží.

Autorka poukazuje na zdroje vlastního vyrovnání se smrtí, nechce ovšem zaujímat k této záležitosti nějaký doktrinální postoj (poukazuje na to, že řada teorií i náboženství se na otázku smrti dívají příliš zúženou optikou). Pozoruhodné je, že k uchopení tohoto tématu autorka prolomila tradiční hranice mezi filosofií, vědou, teologií a uměním - a ukazuje, že terapeut se v přístupu ke smrti a smrtelnosti nemůže nechat svázat do žádných doktrinálních vazeb.

Významným momentem práce je i poukaz na spirituální či duchovní potřeby lidské bytosti, které nelze podceňovat ani v případě lidí stojících před otázkou konečného vyrovnání s vlastním životem a smrtelností. Vedle neobyčejně vyvážené teoretické části, má čtenář možnost nahlédnout do čtyř vybraných kasuistik, které obsahují i záznamy rozhovorů s klienty léčebny. Vhodně vybrané kasuistiky rozkrývají odlišnosti a složitosti v přístupu k nemocným v léčebně dlouhodobě nemocných. V kasuistikách je zarážející i odkaz na skutečnost (v kasuistice Václava), že o stavu nemocného jsou informováni příbuzní, ale nikoliv sám pacient. Zdá se, že na řadě míst u nás stále přežívá podivný a v rozporu se zákonem udržovaný model socialistického zdravotnictví, kdy lékař informoval o zdravotním stavu rodinu a okolí, ale nikoliv samotného pacienta.

Celkové hodnocení: Autorka se dokázala neobyčejně zajímavým způsobem vyrovnat s neobyčejně složitým a těžkým tématem, kterým je umírání. Ukázala, že nikdo nemá právo přistupovat k nemocnému z nějakého doktrinálního hlediska - a nemůže se povyšovat nad práva pacienta, na otázky jeho života a smrti, manipulovat s ním, či mu neodhalit pravdu o

tom, co jej čeká. Smrt je něco, co nemůže ošetřující za nemocného převzít, ale může mu otevřít cestu k psychickému vyrovnání se s touto nelehkou skutečností.

Autorka v textu také poukazuje na možnosti tzv. paliativní medicíny a rozkrývá aspekty humanistického přístupu k pacientovi, kdy jsou respektovány jeho duchovní potřeby. I když lze v rukopise nalézt několik překlepů, vyjadřování je neobyčejně jasné, přesné, práce je psána střízlivě - a možná právě o to více je četba celého textu strhující. Kdo by očekával gejzíry filosofických tezí a nesrozumitelných formulací, ten by byl zcela jistě zklamán, ale o to více bude osloven typem životní moudrosti a vyrovnáním, které je z textu zcela patrné. Text nakonec ukazuje i to, jaké zkušenosti autorka dokázala vytěžit z hraničních situací - a správně poukazuje na to, že otázku doprovázení dlouhodobě nemocných nemůže řešit ten, kdo sám nemá řadu otázek v této oblasti vyjasněnou. Autorka také ukazuje, že caseinsanalýza není jen věcí teorie, ale i žité životní zkušenosti. Jelikož diplomantka splnila požadavky kladené na diplomové práce, lze její práci doporučit k obhajobě.



V Praze 15. 5. 2009

doc. PhDr. Jaroslav Kořa