

UNIVERZITA KARLOVA

FILOZOFICKÁ FAKULTA

Katedra sociální práce



Bakalářská práce

Wagnerová Karolína

Pohled pomáhajících profesí na předčasné ukončení života

The view of assisting profession on premature termination of life

Poděkování

Ráda bych poděkovala PhDr. Kateřině Šámalové, Ph.D. za odborné vedení, trpělivost a vstřícnost při psaní mé bakalářské práce. Mé poděkování také patří respondentům za jejich ochotu otevřít toto téma a účastnit se tak na realizaci výzkumu.

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 3. srpna 2022

.....

Wagnerová Karolína

Anotace

Cílem práce je poukázat na aktuální problematiku předčasného ukončení života. Chtěla bych svou práci ukázat, jak rozhodnutí předčasného ukončení života vnímají pracovníci pomáhajících profesí u svých klientů. V teoretické části uvedu formy předčasného ukončení života. Budu se zabývat souvisejícími lidskými právy a autonomií. Také se zaměřím na pomáhající profese, které se ve své práci setkávají s klienty zabývajícími se myšlenkami nebo přáním předčasné smrti. Praktická část bude realizována kvalitativním výzkumem formou rozhovorů s pracovníky pomáhajících profesí, kteří se s danou problematikou u svých klientů již setkali, a mým cílem bude zjistit, jaké jsou možnosti podpory pracovníků v této náročné situaci.

Klíčová slova

Předčasné ukončení života, Asistovaná sebevražda, Eutanázie, Autonomie, Pomáhající profese

Annotation

The aim of the work is to highlight the current issue of premature termination of life. I would like to show through my work how early termination decisions are perceived by workers assisting professions with their clients. In the theoretical part, I will cite forms of premature termination of life. I will be looking at related human rights and autonomy. I will also focus on assisting professions that encounter clients with thoughts or wishes of premature death in their work. The practical part will be implemented through qualitative research in the form of interviews with workers assisting professions who have already encountered the issue with their clients and my goal will be to find out what are the possibilities of supporting workers in this challenging situation.

Keywords

Premature termination of life, Assisted suicide, Euthanasia, Autonomy, Helping professions

Obsah

I. TEORETICKÁ ČÁST

Úvod	8
1 Příčiny a projevy vůle předčasně ukončit život	1
1.1 Krize	4
1.2 Příčiny vedoucí k předčasnému ukončení života	6
1.3 Stavy vedoucí k suicidiálním myšlenkám	7
1.4 Intervence	9
2 Možnosti předčasného ukončení života	11
2.1 Sebevraždy	13
2.2 Asistované sebeusmrcení	14
2.3 Lékařsky asistované sebeusmrcení	15
2.4 Eutanázie aktivní– nizozemský typ	15
2.5 Eutanázie pasivní	15
3 Prostředí, kde lidé umírají	19
3.1 Smrt	19
3.2 Umírání	19
3.3 Domácí model umírání	21
3.4 Institucionální model umírání	22
3.5 Paliativní model umírání	23
3.6 Pobytová zařízení	24
4 Pomáhající profese	28
4.1 Profesionální doprovázení	29
4.2 Etické problémy a dilemata při dlouhodobé nemoci, umírání a smrti	31
4.3 Zdroje podpory	34
4.4 Profesionální zdroje podpory	34
4.5 Neprofesionální zdroje podpory	39

II. METODOLOGICKÁ ČÁST

5 Cíl šetření	40
5.1 Výzkumný záměr a otázky	40
5.2 Výzkumný soubor a jeho výběr	40
6 Metodika výzkumu	41
6.1 Kvalitativní výzkum	41
6.2 Metoda sběru dat	42
6.3 Metoda analýzy dat	42

III. EMPIRICKÁ ČÁST

7	Společná témata	44
7.1	<i>Reakce pracovníků na umírání a smrt klienta/pacienta</i>	44
7.2	<i>Srovnání modelů umírání pohledem pracovníků v přímé péči</i>	47
7.3	<i>Situace související s předčasným ukončením života</i>	49
7.4	<i>Reakce pracovníků na situace související s předčasným ukončením života</i>	51
7.5	<i>Postoj pracovníků k asistovanému ukončení života</i>	54
7.6	<i>Čerpání profesionální podpory</i>	56
7.7	<i>Čerpání neprofesionální podpory</i>	59
8	Diskuze	61
	Závěr	64
	Zdroje	65
	Příloha 1 – scénář rozhovoru	72
	Příloha 2 – ukázka kódování	74

Úvod

Téma předčasného ukončení života se může většinové společnosti zdát poměrně vzdálené od jejich každodenních životů. Přitom problematika dříve ukončeného života je jevem prostupující napříč společnostmi a všemi jejími vrstvami. Potenciálně se tak s tímto problémem může v různých formách setkat ve svém životě každý. Předčasné ukončení života nepatří mezi nejčastější příčiny smrti, ale rozhodně bychom tento jev neměli opomíjet. Data českého statistického úřadu uvádějí, že i přestože počet sebevražd v České republice klesl, jejich četnost stále převyšuje průměr v rámci Evropské unie (*Sebevražednost v Česku setrvale klesá*, 2021). Předčasné ukončení života je velmi obsáhlé a vážné téma, o kterém se podle mého názoru moc nehovoří. A jelikož je tato tematika tak široká, rozhodla jsem se ji prozkoumat pohledem pracovníků v přímé péči, kteří se s ní mohou setkávat v rámci své profese. Budu se snažit zjistit, jak pracovníci pomáhajících profesí v přímé péči ve své práci vnímají a pracují s tématem smrti, umíráním a předčasným ukončením života u svých klientů/pacientů. Zaměřím se hlavně na situace související s myšlenkami, fantaziemi či pokusy o ukončení života, které musí během výkonu svého povolání řešit a jak je řeší. Mým cílem je především poukázat, že oblast předčasného ukončení života je aktuální téma a součást práce pomáhajících profesí. Také bych ráda zprostředkovala pracovníkům, kteří se nacházejí v obdobných situacích, pohled na tuto oblast. Především se však budu snažit zjistit, jaké možnosti podpory pracovníci při zvládnutí takto náročných situací mají možnost využít. Důvodem pro výběr tohoto specifického tématu je moje vlastní zkušenost z praxe. Proto posledním a neméně podstatným cílem, který má pro mě velkou váhu, je můj osobní přínos.

I. Teoretická část

1 Příčiny a projevy vůle předčasně ukončit život

„Dobrovolný odchod ze života jsou dveře, které valná většina lidí nikdy neotevře. Člověk doufá, že se k nim nikdy nebude moci přiblížit.“ (Havránková, 2012, str. 483).

Můžeme se však setkat s lidmi, kteří nad touto cestou odchodu ze života opravdu přemýšlejí, snaží se pomyslné dveře otevřít nebo jimi projít. S danou problematikou se mohou setkávat pracovníci pomáhajících profesí, a proto bych chtěla úvodní kapitolou přiblížit hlavní aspekty související s touto tematikou.

Vůle

Jak již naznačuje samotný název této kapitoly, pokusím se přiblížit, co vlastně vůle znamená a jakou roli hraje v rozhodování člověka. Definici bychom nenalezli pouze jednu, a tak jsem pro příklad vybrala dvě následující. Vágnerová (2016, str. 352) uvádí: „Vůle je vědomou autoregulační funkcí, která vychází z vědomí vlastních možností, relativní svobody rozhodování a v ideálním případě zodpovědností za svou volbu.“ Další možný výklad nám nabízí Nakonečný (1997, str. 392):

V psychologii znamená pojem vůle jednak proces tzv. volní regulace jednání (volní akt), jednak komplex vlastností osobnosti vyznačujících se způsobilostí sebekontroly v nejširším smyslu, tzv. volní vlastnosti osobnosti. Zvláštní význam má pojem vůle ve filozofii, resp. v etice a v teologii, kde je obvykle používán pro označení zvláštní psychické způsobilosti (síly osobnosti) odolávat náporu smyslových pudů a řídit jednání na základě vědomého chtění, záměru; pojem vůle je zde tedy kladen do protikladu k pojmu pud.

Rozhodnutí zemřít

Nyní se zaměřím na vůli, která se nachází na úrovni rozhodování. Rozhodování není vždy snadné, a kromě rozumové složky se v něm může promítat i hledisko emocionální. Někdy lidé potřebují na své rozhodnutí čas, a proto jej mohou odkládat. Často se můžeme setkat s konfliktem rozhodnutí, které je uspokojující pro dotyčného jedince, a rozhodnutím, které mu zajistí kladné sebehodnocení (Vágnerová, 2016).

Vágnerová (2016, str. 352) dále zmiňuje určitá specifika tohoto procesu:

Rozhodování dospělých lidí bývá spojené s vědomím nutnosti podřídit svou volbu určitým pravidlům. Pokud v něm hraje nějakou roli vůle, tak zpravidla směřuje k tomu, co je považováno za důležité, bez ohledu na to, zda je to příjemné nebo ne. (...) Rozhodnutí může vyplývat z vnitřních motivů, je osobní volbou daného jedince a může být spojeno s pocitem svobody, který by se dal vyjádřit slovy „já chci“. (...) Jindy může být rozhodnutí ovlivněno tlakem společenských požadavků a norem, které člověk akceptuje, ale pak by jej charakterizoval spíš výraz „já musím“.

Když tuto předchozí teorii zaměřím na předčasné ukončení života, rozhodování i vůle v něm sehrávají jistě zásadní roli. Avšak neopomenutelným aspektem je také svoboda a možnost projevu svobodné vůle.

Svoboda a projev svobodné vůle

Otázka svobody je jistě velmi zásadní téma, hojně řešené například ve filozofii. Listina základních práv a svobod České republiky z roku 1992, článek 1 uvádí následující: „Lidé jsou svobodní a rovní v důstojnosti i právech. Základní práva a svobody jsou nezadatelné, nezcižitelné, nepromlčitelné a nezrušitelné.“ Profesorka Haškovcová (2020, str. 34) představuje tento pojem takto: „Svoboda není nikdy neomezená. Vždy končí tam, kde začíná svoboda toho druhého“. Toto téma bychom jistě mohli vyložit dalšími mnoha způsoby a každý ho může vnímat velmi individuálně. V souvislosti s ukončením života hodnota svobody úzce souvisí. Dostává se tak do kontrastu hodnota lidského života a hodnota lidské svobody. Haškovcová (2019) v kapitole „Co má větší hodnotu: život člověka, nebo jeho svoboda?“ hovoří následovně:

Je-li život vymezen zrozením a smrtí, pak právě v tomto čase může být člověk svobodný. Prakticky to znamená, že z daných možností podle svého uvážení a zkušenosti volí pro sebe tu nejlepší možnou cestu k vytyčenému individuálnímu cíli. Dlouhá staletí člověk nemohl však žádným způsobem ovlivnit začátek ani konec života. První výrazné prolomení nastalo legalizací potratů ze sociálních důvodů (...) Závěr života byl naopak donedávna nedotknutelný. Jednotliví lidé o něm rozhodovali a v křesťanské tradici čekali, až jejich „svíce dohoří“ (str. 28).

(...) Podstatnou charakteristikou svobody je možnost volby. Každý člověk v průběhu života opakovaně volí z reálných možností. I umírající pacient má dnes volbu, může totiž vyjádřit, jak by měl „vypadat“ závěr jeho života. Fakticky má dvě možnosti: další strádání nebo konec strádání (absolutní svobodnou volbou by bylo „být zdravý“, což už nemůže nikdo zajistit) (str. 36).

V práci pomáhajících profesí, ale nejen v ní, se tak můžeme setkat s tím, že někdy projevem lidské svobody může být určité volání o pomoc vyjádřeno okamžitou prosbou. Proto ve státech, kde je povolena eutanázie nebo asistované sebeusmrcení, je nutnost přezkumu schopnosti úsudku (Haškovcová, 2020).

Hodnota života

„Život představuje pro člověka jistě základní hodnotu, bez ohledu na naše světonázorové zaměření vnímáme vlastní život většinou jako dar“ (Jankovský, 2018, str. 118). Profesorka Haškovcová (2020, str. 13) v těchto souvislostech sděluje: „Život člověka je vymezen zrozením a smrtí. Život je výsostnou hodnotou, protože jen v jeho průběhu je člověk svobodný a může se v daných podmínkách, i když vždy určitým omezeným způsobem, rozhodovat o tom, jak se svým životním časem naloží“. Úcta k životu měla během vývoje lidstva různé podoby. Ať už to bylo odstranění „zbytečných“ a slabých nebo naopak rozvoj veřejné péče. Své specifické stanovisko zastupovala a i nadále zastupuje víra. Křesťanství sebou nese přístup, kdy je život vnímám jako dar od Boha a člověku tak nepřisluší o něm rozhodovat. V současné době je kladen důraz na lidskou autonomii a svobodu. Pozornost je především zaměřena na kvalitu života, možná už ne tolik na život samý (Jankovský, 2018). Samotný lidský život je ve společnosti pojímán za vysokou hodnotu, která je legislativně ochraňována. Lékaři mají povinnost život chránit, jakákoli činnost nebo nápomoc k ukončení života je v České republice trestná (Haškovcová, 2020).

Kvalita života

Rozhodnutí o předčasném konci života jistě neovlivňuje jen jeden působící aspekt. Mezi hlavní bych také zařadila kvalitu života. Pracovníci v přímé péči se podle mého setkávají s lidmi, jejichž kvalita života může být výrazně nižší, než je pro společnost zvykem, a to z mnoha důvodů. Samotná definice kvality života podle WHO¹ (2012) zní následovně: „subjektivní vnímání vlastní životní situace ve vztahu ke kultuře a k systému hodnot, ve kterých daný člověk žije, a také ve vztahu ke svým cílům, očekáváním a starostem“. Další možné objasnění zní: „Kvalita života je vícerozměrný, subjektivní a měřitelný konstrukt, který vyjadřuje, jak člověk sám hodnotí svou životní situaci. Využívá se ke sledování účinnosti komplexně zaměřených psychosociálních a zdravotnických intervencí“ (Dragomirecká, 2013, str. 223). Kvalitu života

¹ World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

nám však mohou ovlivňovat či narušovat například onemocnění, které mohou vést k úvahám o konci života. Jankovský (2018) zmiňuje, že v dnešní době je společnost orientována na úspěch, zdraví, výkon a krásu. A v těchto souvislostech se odvíjí kvalita lidského života. Aspekty života, kterými jsou například bolest či utrpení, jsou ze života vytlačovány, přitom jsou velmi významné v procesu osobního růstu. Štěstí a zdraví, stejně tak jako nemoc a utrpení, jsou přirozenou součástí běhu lidského života a představují tak dvě strany téže mince. Jsou to hlediska, ke kterým bychom měli přistupovat s respektem, a ne je bagatelizovat.

1.1 Krize

Ve své práci se zaměřuji na profesionální pracovníky, kteří se mohou setkat a mnohdy také setkávají s lidmi, kteří pomýšlejí na předčasné ukončení života nebo ho dokonce mohou plánovat či uskutečnit. Takové myšlenky a plány však nepřijdou lidem do života bez určité příčiny či více příčin. Domnívám se, že člověk se ocitá v situaci, kterou bych nazvala krizí.

Tento pojem je velice široký a každý člověk si pod ním může představit mnoho věcí a situací, které se lidem mohou během jejich života stát a se kterými se musí potýkat. Krizí můžeme označit například rozvod, válku, závislosti, úmrtí, ale také tímto slovem může někdo pojmenovat například nepříjetí na školu, odchod do důchodu, havárii a tak podobně. Krize pro každého člověka je něčím jiným, je to něco individuálního, s čím jsme se jako lidstvo setkávali, setkáváme a setkávat budeme. Je to nedílná součást života, která je však zcela přirozená (Špatenková, 2017). Publikace *Krize a krizová intervence* nám nabízí celou řadu objasnění tohoto fenoménu. Například tu, kdy krizí nazýváme situaci, která se dramaticky vyvíjí, často je nepříjemná a spojená s negativními pocity a emocemi. Jedinec krizi vnímá, jako nesnesitelný problém, který nemůže zvládnout (Špatenková, 2017). „Definice krize obvykle postihují tři základní složky krize: 1. nastane určitá spouštěcí událost; 2. jedinec ji vnímá jako ohrožující, nebezpečnou; 3. obvyklé způsoby jejího zvládnání selhávají; pokud se situaci nepodaří zvládnout, nastane krize“ (Špatenková, 2017, str. 11). Vodáčková (2012, str. 27) uvádí: „Význam krize v životě je nesporný, krize na jedné straně ohrožuje, bere jistoty, konfrontuje člověka s doposud neznámou budoucností, je zdrojem silných emocí, v určitých případech nutí lidi velice vážně se zabývat otázkami života a smrti.“ Címrmanová (2013, str. 39) ve své knize *Krize a význam pomáhajících prvního kontaktu* nahlíží na krizi tímto způsobem:

Krizi lze vyjádřit jako křižovatku, na níž je chodec v mezní životní situaci nucen změnit dosavadní směr, nalézt novou cestu a přijmout ztráty, které tím vznikají. Bolest ze ztrát a rozhodování je tišena nadějí, že zvolená cesta bude schůdná, snad i lepší. ... V této situaci se odráží konečnost života jako v zrcadle, do něhož se člověk právě dívá. Pokud ještě nechce končit, musí hledat nové kvality života a v běhu času dotvářet jeho smysl.

Nyní, když jsem objasnila, co vlastně samotná krize znamená a jaké má složky, je důležité pochopit, že ani tak nezáleží na situaci, která se stala, ale na tom, komu se stala a především, jak ji daný jedinec vnímá. Tím zjistíme, zda je pro něj daná situace ohrožující či nikoli. Krizové životní události bývají popisovány jako emočně důležité a vybočující z každodennosti. Je to událost, která vyžaduje změnu fungování člověka ve vztahu k blízkým, společnosti i sám k sobě. Je důležité si také uvědomit, že všechny tyto události mohou být současně pozitivní i negativní, například narození dítěte, svatba. Nutno podotknout, že krize se v našich životech může objevit očekávaně, nebo neočekávaně. A podle její povahy je můžeme rozlišit na krize vznikající z očekávaných změn, krize traumatické (situační) a také krize chronické. Samotný průběh krize závisí na mnoha proměnných, například na věku, zdravotním stavu, osobnosti, dřívějších nevyřešených situacích, sociální podpoře, naději a dalších faktorech (Špatenková, 2017). Do života mohou vstoupit lidem takové krize, při kterých mohou pociťovat, že je již pro ně vše ztraceno. Při tomto zoufalství je pociťována bolest, která člověka velmi vyčerpává a může se překlenout do deprese. Problematika depresí je nezbytné řešit lékařsky. Když má člověk pocit, že již nemá pro co dále žít, je potřeba pokud to jen jde, aby našel místo, na kterém se nechá stavět a k tomu potřebuje naši pomoc (Mrkvička, 1984 in Jankovský 2018).

Podle mého názoru se pracovníci v přímé péči mohou u svých klientů či pacientů setkat se všemi těmito typy krize, proto je vhodné je umět od sebe rozlišit a poskytnout alespoň minimální intervenci pro tyto situace. Myslím, že je ale na místě upozornit, že pracovníci, kteří zastávají pomáhající profesi se mohou se svými klienty ocitnout v situacích, kdy se klient nachází ve stavu krize. Avšak charakter jejich povolání není předurčen, ani prakticky vybaven k poskytování profesionální krizové intervence (Cimrmanová, 2013). Již jsem ukázala, že krize může mít mnoho podob, ale ať už přijde jakkoli a má jakýkoli průběh, pro klienta, ale i pracovníka v přímé péči s lidmi to nemusí vždy znamenat jen negativní zkušenost a traumatický zážitek. Naopak se z těchto situací mohou stát významné body v životě, které by mohly napomoci pracovníkovi v profesním a mnohdy i v životním růstu.

1.2 Příčiny vedoucí k předčasnému ukončení života

Chování vedoucí k ukončení života je podmíněno multifaktoriálně, mezi hlavní rizikové skupiny Mlčák (2005, str. 41) řadí:

- Duševní onemocnění
- Zdravotní problémy
- Tělesný hendikep
- Rodinné problémy
- Osobní problémy

Kučerová (2020, str. 65) popisuje motivy pro sebevražedné chování následovně:

Pokud se zamyslíme nad motivy a riziky sebevražd ... duševní poruchy, jako deprese, tělesné choroby jako rakovina, rodinné problémy jako úmrtí blízkého člověka nebo naopak domácí násilí, ekonomické problémy, jako nezaměstnanost, ale také roční období, některé dny v týdnu nebo Vánoce. Je to tedy směsice naprosto nesourodých veličin, vytržených ze svých kontextů, které sami o sobě nemají velkou výpovědní hodnotu, ale mohou jako jeden z mnoha faktorů celkové polyfaktoriální konstelace působit na jedince svým negativním vlivem vedoucím k jeho touze zemřít.

WHO² (2021) uvádí, že existují další rizikové skupiny, u kterých se mohou více projevit sebevražedné myšlenky a také sebevražedné chování. Mezi tyto zranitelné skupiny patří: migranti, vězni, homosexuálové, transgender, intersexuální (LGBTI) osoby, ...

Suicidiální myšlenky

Podle mého názoru, je na místě si uvědomit, že „každý člověk v sobě má suicidiální tematiku, kterou si více či méně uvědomuje“ (Havránková, 2012, str. 483). Avšak ne všechny vedou k sebevražednému jednání. „Suicidiální myšlenky jsou typické nejen tematickou orientací na vlastní smrt člověka, ale i vlastní intenzitou, delším časovým trváním, častým opakováním a svou nutkavou povahou“ (Mlčák, 2005, str. 40). Gold a Frierson (2020) se zmiňuje, že sebevražedné myšlenky a následný čin sebevraždy spáchají s daleko větší pravděpodobností lidé s duševním onemocněním než lidé bez něj. Kučerová (2020) uvádí, že se ve své praxi

² World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

setkala s různými motivy a myšlenkami pro předčasné ukončení života. Je jím například intenzivní pocit osamělosti. Také je může způsobit těžká deprese či schizofrenie.

U schizofrenií se mohou vyskytovat suicidiální myšlenky a příkazové halucinace, které toto chování jedinci přikazují. Mezi další skupinu, která patří k ohroženým pro tyto stavy a myšlenky, patří alkoholově či nealkoholově závislé osoby. Jednak se tyto skupiny mohou vlivem své závislosti dostat do již zmíněných psychotických stavů, které se mohou podobat prožitkům lidí s depresemi či schizofrenií. Důvody pro ukončení života jsou tedy podobné. Závislosti, které provází riziko tohoto chování, nemusí být pouze závislosti na drogách či alkoholu. Vyskytují se například i u patologických hráčů, kde není tento problém vůbec ojedinělý. Rovněž se můžeme bavit i o závislosti na internetu. Kromě výše zmíněných příčin nesmíme též zapomenout na působení demence, která má vliv na lidské jednání. Ta také může navozovat psychotické stavy či deprese. Lidé se tak často mohou ocitávat ve stavech zmatenosti, či pod vlivem bludů a halucinací (Kučerová, 2020).

1.3 Stavy vedoucí k suicidiálním myšlenkám

Nemoc

Jakákoli nemoc znamená pro jedince těžkou situaci, která může negativně působit ve všech aspektech života. Odezva lidí na tyto situace je velmi individuální, a tak se můžeme setkat s velkým množstvím forem prožívání bolesti. Zřejmě existuje hodně trpících, a to z mnoha důvodů (Moravec, 2019). Zvláštní roli zde také zastávají již zmíněné nemoci duševní. Pacienti s depresemi prožívají velmi nepříjemné stavy, při kterých ztrácejí náhled nad realitou. K dalším příčinám sebevražedného chování mohou také patřit bludy či halucinace (Kučerová, 2020). Nemoc k lidem přichází buď náhle, nebo pozvolna. Ať je tomu tak či onak, člověk se při vážných onemocněních ocitá ve stavu, kdy přichází strach a nejistota. Tyto nemoci mohou mít charakter infaustní, který se může při nepříznivém vývoji překlenout v letální. To, jak se lidé vyrovnávají s tímto stavem, je opravdu velmi individuální a odvíjí se od osobnosti nemocného. Více o tomto procesu popisuje Elizabeth Kübler-Rossová ve svém známém modelu, který popisuje fáze psychické odezvy na závažné onemocnění (Jankovský, 2018).

Akutní kritický stav

V tomto stavu se pacienti mohou vyjadřovat pomocí zkratkovitých jednání. Drábková (Drábková, 2019, str. 111) popisuje tyto stavy následovně:

Pacienti v akutním kritickém stavu většinou své přání „zaměnit nekvalitní život za laskavou smrt“ pronesou náhle a zkratkovitě. Nelze je považovat za racionální a trvalá rozhodnutí: Výrok je pronesen při náhlém infarktu myokardu s krutou bolestí; při vysokém míšním poranění se zachovaným vědomím; při vyslechnutí diagnózy amyotrofické laterální sklerózy; ...

Pokud bychom se vrátili k možnosti svobodného rozhodnutí, ten není v akutní kritickém stavu možný. Člověk vnímá realitu černobíle a může prožívat úzkosti či strach. Je na pomáhajících profesích pomoci člověku vrátit se zpátky do stabilizovaného stavu, ve kterém již může provádět autonomní rozhodnutí (Cimrmanová, 2013).

Chronický kritický stav

U chronického stavu je pozornost zaměřena na prognózu a kvalitu života. Avšak o rozhodnutí nebo myšlenkách zemřít nemůže, každý v takovém stavu (Drábková in Ptáček, Bartůněk, 2019). „zdravotní stav i medikace vyřazují pacienty s poruchami vědomí, (...) po ischemických a hemoragických cévních příhodách, pacienty pod vlivem analgosedace, s pocitem osamění a deprese bez návštěv podporující rodiny. Rozhodování je na rodinu přeneseno jen v málo zemích“ (Drábková, 2019, str. 111).

Akutní psychotický stav

Jakýkoli nemocný v akutním psychotickém stavu je rizikový pro možnost suicidiálního jednání. Je to z důvodů, že se člověk nachází ve stavu, kdy je jeho osobnost narušena, její složky nejsou dostatečně propojeny, nespolupracují a působí na sebe chaoticky. Následkem toho může docházet k situacím, které člověk vyřeší ukončením života. Obdobné chování můžeme shledat u lidí závislých (Kučerová, 2020).

Kritický Terminální stav

Tyto stavy jsou většinou řešeny intenzivní medicínou. V této péči se například mohou ocitnout lidé s pokročilou neurodegenerativní poruchou nebo s vysokou krční míšní lézí s pentaplegií. Tito pacienti jsou zcela odkázáni na pomoc druhých, kvůli své nemoci přišli o osobní život a

možnost sebeuplatnění. Kritické terminální stavy se mohou řešit například podáváním morfinu či terminální analgesiací, která je navozena na opakovanou žádost pacienta. V těchto situacích může na řešení participovat rodina nebo svou roli sehrává zákonodárství, dříve vyslovená přání, změna na paliativní způsob péče a další. K těmto stavům patří i rozhodování o odnětí či nezahájení některých lékařských postupů, které jsou popsány v následující kapitole (Drábková, 2019).

1.4 Intervence

Cimrmanová (2013, str. 9) sděluje:

... Zdravotníci, policisté, sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách, pedagogičtí pracovníci, psychologové ani duchovní většinou neabsolvovali výcvik krizové intervence, protože se jako specializovaní krizoví interventi nikdy nechystali působit. Jejich jednání však zásadním způsobem ovlivňuje další nasměrování osob v krizi, s nimiž se v rámci své profese setkávají. V praxi není třeba, aby všichni pracovníci pomáhajících profesí ovládali specializované metody a techniky práce s krizí. Jde pouze o to, aby dokázali poskytnout základní „první pomoc“ a eliminovali vlastní komunikační chyby, kterých se lze v prvním kontaktu dopustit. Skutečná pomoc prvního kontaktu může mít podobu jedné věty, povzbuzení nebo informace o tom, kam se obrátit s prosbou o radu či azyl.

Člověk ve výše zmíněných stavech jistě prochází bolestí a utrpením. Jedním z přístupů, jak je alespoň trochu zlidštit, nám představuje Jankovský (2018), kdy uvádí tzv. „zápas proti oněmění“. Člověk prožívá mnohdy strastiplné situace, a tak je potřeba být mu nablízku a vést s ním otevřený dialog. Jedinec má tak možnost vyjádřit své pocity, může se vypovídat, stěžovat si nebo dát průchod svým emocím skrze pláč, nářek nebo prosbou.

Pokud hovoříme o situaci, kdy se klient nachází v akutním kritickém stavu, je nepatřičné jej přesvědčovat, že krize sebou může nést i pozitiva či zlehčovat jeho situaci. Pro takového člověka je nejpodstatnější takový stav přežít, zaměřit se na fungování základních fyziologických potřeb jakými jsou například spánek, příjem stravy a tekutin, (...) Pokud se podaří naplňovat tyto složky, pak může dojít ke zmírnění projevu krize. Pro klienta může být úlevné, když pracovník situaci nebere na lehkou váhu a dokáže předat užitečné informace a kontakty, které pro klienta v krizi mohou být zásadní. Dlouhodobé krize jsou oblastí pro psychoterapii. To, jak jedinec krizi prožívá, také ovlivňuje to, jak ji prožívají samotní pracovníci pomáhajících profesí. A v neposlední řadě vše závisí na osobnosti a naladění každého člověka jako individuality (Cimrmanová, 2013).

Pomoci lidem, kteří chtějí spáchat suicidium nebo se o tento čin pokusili, se společnost učí velmi dlouhou dobu. Především je zmiňováno, aby se okolí dotyčného jedince zajímalo o jeho psychický stav a nálady, které prožívá. Avšak není možné zabránit psychickému zkratu, na který nemusí nic naznačovat. Žádná sebevražda není osamocení čin, a proto působí na okolí člověka, jenž se pro tento akt rozhodl. Často se nejbližší okolí nedokáže samo s takovou ztrátou a emoční bolestí vyrovnat, a proto je zde důležitá role služeb pro pozůstalé (Haškovcová, 2020).

2 Možnosti předčasného ukončení života

Toto téma je dlouhodobě konfliktní, existuje na něj široké spektrum názorů a pojetí. „Jinak se jeví zdravým, jinak nemocným. Různým pohledem na něj hledí ti, kteří mají s umíráním zkušenosti, a ti, kteří je nemají („Eutanázie je rozhodnutí, které nelze vrátit zpět“, 2020). V problematice předčasného ukončení života se setkává a protíná mnoho rovin, proto je toto téma tak obsáhlé a není lehce řešitelné. Setkáváme se zde s odbornou působností psychologickou, právní, etickou (speciálně pak bioetickým odvětvím), lékařskou, sociologickou, filozofickou nebo politickou. To vše nás přivádí do velmi těžké a zásadní diskuze o tom, jaký má být konec lidského života. Kdy a jak může smrt nastat a kdo o tomto procesu může rozhodovat.

Dobrovolné ukončení života

Může k němu docházet, když člověk bere život jako velmi nízkou hodnotu. Specifickým ukazatelem je pak kvalita života v lékařském pojetí, které se odkazuje na zdraví (Health Related Quality of Life). Jinou definicí dobrovolného ukončení života může být, když je život pro člověka neúnosný, nedává smysl, a proto je volba smrti pro něj přijatelnější (Kuře, 2018).

„Dobrá smrt“

Jak jsem již nastínila, tato oblast je velmi široká a existuje v ní nepřehledné množství definic. První, co se může mnoho lidem asociovat s danou tematikou, je slovo eutanázie. Ovšem již mnohé výzkumy dokázaly, že si lidé pod tímto pojmem nepředstavují stejnou věc. Není se ani čemu divit, sémantika tohoto slova je značně rozličná a může vyvolávat řadu emocí. Haškovcová (2007) vysvětluje, že abychom se správně vyznali v těchto složitých situacích, je třeba si vyložit, co tento pojem znamená a co vše obnáší. Tradiční rozsah slova vychází z řeckého eu – dobrý a thanatos – smrt. Eutanázii v tomto smyslu můžeme tedy přeložit jako dobrou smrt. Zde můžeme narazit na to, že každý člověk si dobrou smrt může představovat jinak, ale všeobecně je rozšířen názor, že dobrá smrt přichází po dlouhém a spokojeně prožitém životě. Taková smrt je bezbolestná a rychlá.

A jelikož význam slova eutanazie se značně různí, uvedu zde přehled typů eutanazie podle Josefa Kuřete (2018, str. 110-112):

1. Snadná, rychlá, pokojná (přirozená) smrt;
2. Dobrovolné ukončení života (autothanatos, mors voluntaria);
3. Euthanasia exteriori (lékařská péče o umírající);
4. Nedobrovolné ukončení života společensky nežádoucích osob (nevyлéčitelně vážně nemocných, postižených);
5. Nedobrovolné ukončení života „nevhodných“ lidí – eutanazie za nacismu;
6. Způsobení „snadné smrti“ pomocí sedativ (včetně terminální sedace);
7. Lékařsky asistované sebeusmrcení (physician assisted suicide);
8. Asistované sebeusmrcení;
9. Nezahajování medicínsky marného postupu prodlužující život terminálního pacienta
10. Ukončení medicínsky marného postupu prodlužující život terminálního pacienta
11. Ukončení medicínsky marného postupu prodlužujícího život pacienta v perzistentním vegetativním stavu;
12. Bezbolestné ukončení nesnesitelně trpícího pacienta lékařem na pacientovu opakovanou žádost
13. Bezbolestné ukončení života terminálně nemocného pacienta lékařem na opakovanou žádost;
14. Ukončení života terminálně nemocného nebo nesnesitelně trpícího inkompetentního pacienta bez jeho žádosti;
15. Ukončení života terminálně nemocného nebo nesnesitelně trpícího kompetentního pacienta bez jeho žádosti nebo proti jeho vůli
16. Dobrovolné (vyžádané) ukončení života jiné osoby než terminálního nebo nesnesitelně trpícího kompetentního pacienta
17. Nedobrovolné ukončení života jiné osoby než terminálního nebo nesnesitelně trpícího pacienta
18. Nucené ukončení života jiné osoby než terminálního nebo nesnesitelně trpícího kompetentního pacienta
19. Dobrovolné ukončení života jiné osoby než terminálního nebo nesnesitelně trpícího kompetentního někým jiným, než lékařem
20. Nucené či násilné ukončení života terminálně nemocného nebo nesnesitelně trpícího někým jiným, než lékařem

Eutanazie používaná v debatách, jako nizozemská forma se nachází pod číslem dvanáct. Dále se také můžeme setkat se sedmým typem, který je legalizován v určitých státech Spojených států. V neposlední řadě je to číslo osm, kdy je tato forma povolena ve Švýcarsku (Kuře, 2018). Pro svoji práci jsem si tak vybrala formy předčasného ukončení života, které jsou ve společnosti podle mého názoru nejvíce rozšířené:

2.1 Sebevraždy

Sebevražda je typickým příkladem dobrovolného ukončení života. Sebeusmrcení může být pojato jako projev autonomie. Také to může být způsob, jak mít moc nad vlastním životem a jak realizovat svou svobodu (Kuře, 2018). Špatenková (2017, str. 239) definuje dobrovolné ukončení života následovně: „Sebevražda je aktem násilí obráceného vůči sobě. Může představovat extrémní a drastický způsob řešení krize.“ Za sebevraždu můžeme označit čin, kdy ji člověk vykonal úmyslně. Tento pojem by se neměl zaměňovat s takzvaným sebezabitím, kdy si jedinec smrt záměrně přivodit nezamýšlel (Haškovcová, 2007). Tento způsob konce lidského života dokáže vyvolat značné emoce. Problematika sebeusmrcení je značně rozsáhlá a má dlouhou historii. Akt sebevraždy byl mnohdy odsuzován, ale také heroizován, jako to bylo například u Jana Palacha. Pohledů na ně je nepřehledné množství a jako každá problematika má své odpůrce i jedince, které pro ně mají pochopení. Je dobré poznamenat, že náhled na suicidiální jednání také výrazným způsobem ovlivňuje víra. Například v pojetí křesťanské víry jsou sebevraždy odsuzovány jako hřích spáchaný proti Bohu (Haškovcová, 2020). „Sebevraždu lze dnes chápat nejen jako důsledek některých somatických nebo psychických chorob, ale může být i útekem před beznadějnou samotou a úkorně prožívaným opuštěním kdykoli v průběhu života“ (Haškovcová, 2020, str. 19). Suicidium také bývá označováno jako selhání pudu sebezáchovy. Ale často tomu není tak, je to vlastně dlouhodobý rozhodovací proces, který se vyznačuje určitými fázemi. Ty jsou: depresivní úvahy, myšlenky na sebevraždu, varovné signály a samotná poslední fáze rozhodnutí a pokusu o sebevraždu (Špatenková, 2017).

Předchozí kapitola již byla věnována příčinám sebevražd, avšak ráda bych na tomto místě uvedla, že jsou choroby, jako maligní onemocnění, u kterých by společnost mohla očekávat větší prevalenci suicidiálního jednání. Avšak u lidí s takto závažnou nemocí se ukazuje, že je naopak velmi biofilní (Haškovcová, 2020). Josef Kuře (2018, str. 118) v souvislosti se sebeusmrcením sděluje:

„Autothanatos může být nejen důsledkem existenciálních závěrů, ale i způsobem vypořádání se s kvalitou života, která je smrtelnou chorobou výrazně snížena, navíc lze odhadovat její další dramatické snížení v terminálním stadiu onemocnění. Může tedy jít nejen o sebeusmrcení jako o zásadní filozofickou otázku, ale i odmítnutí projít něčím, co člověk nechce a co lze poměrně přesně dopředu predikovat a popsat, jak bude vypadat a probíhat. Případně může jít o kombinaci obojího. Při odmítnutí kvality života, která je nepřijatelná, nemusí jít o strach z bolesti a utrpení, ale o i obavu z upadnutí do naprosté závislosti na okolí, z ohrožení vlastní identity, z rozpadu

osobnosti, z devastace svého života a ze ztráty svojí důstojnosti, jak může nastat například stádiu Alzheimerovy choroby.

Tato oblast si žádá pochopení a práce s ní musí být velmi komplexní a individuální. Na to nás taky může upozornit určitý paradox, kterým je fakt, že je více spáchaných sebevražd z nešťastné lásky než z jiných příčin (Haškovcová, 2020). Tato teze mě přivádí k celé oblasti mýtů, které jsou se suicidiálním jednáním často spojovány. Doktorka Špatenková v kapitole o sebevraždách tyto mýty zmiňuje. Vyvrací tak například to, že když člověk mluví o sebevraždě, tak ji nespáchá. Stejně tak když je jedinec po depresivním období veselejší, již mu nehrozí žádné nebezpečí. Může tomu být vlastně úplně naopak, takovému člověku může rozhodnutí pro odchod se života poskytnout úlevu (Špatenková, 2017). Nyní uvedu data, se kterými pracují odborníci na tuto problematiku. „Ročně si u nás sáhne na život 1300 lidí, což je víc, než kolik jich zemře při dopravních nehodách“ (Haškovcová, 2020, str. 26). Tyto informace nám ukazují, že tato tematika je velmi aktuální a do určité míry může vyvolávat psychický diskomfort u pracovníků v pomáhajících profesích, kteří s těmito lidmi pracují (Haškovcová, 2020).

2.2 Asistované sebeusmrcení

Tradiční sebevražda a čin asistované sebevraždy nesou stejné znaky, na které je dobré upozornit. Obecně můžeme říct, že hodnotami, které v těchto dvou záležitostech hrají hlavní roli, jsou hodnota lidského života a na druhé straně hodnota lidské svobody. A tak v současné době můžeme pozorovat, že se tyto dvě hodnoty proměňují a s nástupem legalizace eutanázie se do popředí většího zájmu dostává hodnota svobody. Asistovaná sebevražda se nachází na pomezí sebevraždy jako takové, kdy je dotčený člověk autorem rozhodnutí i činu. Při asistované sebevraždě autorem jen rozhodnutí (Haškovcová, 2020). V nauce o umírání je také označována jako „návod k vysvobození“. Má společné rysy s aktivní eutanazií, a to ty, že pacient musí trpět nesnesitelnými bolestmi, musí být nevléčitelně nemocný a mít přání dobrovolně zemřít. Hlavní rozdíl nacházíme v tom, že zde není konečný zákrok vykonán lékařem, ale pacient jej musí vykonat sám. Pacient žádá lékaře o radu nebo prostředek, díky kterému by mohl realizovat odchod ze života (Haškovcová, 2007, str. 122). Tuto formu asistované sebevraždy neprovádí lékař, ale jakákoli jiná osoba. Typickým modelem tohoto předčasného ukončení života je model švýcarský. Kde podmínkou pro tento proces je nezištnost člověka, který asistuje (Kuře, 2018).

2.3 Lékařsky asistované sebeusmrcení

Lékařská asistence při sebeusmrcení by měla být rozlišována od samotného sebeusmrcení. Jelikož v tomto případě zde figuruje druhá osoba, kterou je pro tuto formu lékař. Také ani tato podoba předčasného ukončení života nespadá pod samotnou eutanázii, jelikož účast lékařů má v těchto dvou případech jinou povahu (Kuře, 2018).

2.4 Eutanázie aktivní– nizozemský typ

Josef Kuře (2018, str. 60-61) se zmiňuje o eutanázii následovně: „Z etymologického hlediska eutanazie primárně není podáním smrtící látky nemocnému, nýbrž souvisí s konceptem „dobré smrti“, týká se celkového pojetí života, fundamentálních hodnot, existenciálních postojů a filozofických názorů na svět.“ V aktu eutanazie je přítomen lékař, který pomáhá nevléčitelně nemocnému, trpícímu bolestmi odejít z tohoto světa na svou vlastní žádost. Někdy taky bývá tento proces pojmenován eutanázií aktivní – active voluntary euthanasia - nebo se můžeme setkat i s českým výrazem – strategie přeplněné stříkačky (Haškovcová, 2007, str. 120-121). O eutanázii hovoříme, když lékař ponechá pacienta zemřít nebo jej úmyslně usmrtí. Pokud lékař usmrtí člověka v případě, kdy to nebyla pacientova vůle, nemůžeme hovořit o eutanázii. A tak bývá slovo eutanázie často špatně spojováno a vykládáno. V historických souvislostech se můžeme dozvědět, že „eutanázií“ prováděli například nacisté. Zabíjení, které nacisté prováděli například osobám se zdravotním postižením nebo jinak nevyhovujícím, nelze za eutanázii označit (Moravec, 2019).

2.5 Eutanázie pasivní

Černý & Hříbek (2015, str. 4) popisují pasivní eutanázii takto:

Řada bioetiků kromě toho používá i distinkci mezi aktivní a pasivní eutanázií. Toto rozlišení se opírá o rozdíl mezi usmrcením (killing) a ponecháním zemřít (letting die): aktivní eutanazie spočívá v tom, že lékař usmrtí pacienta – např. injekcí KCL do žíly –, zatímco pasivní eutanazie znamená, že lékař ponechá pacienta zemřít tak, že nezahájí nebo přeruší život udržující léčbu. Je zjevné, že rozdíl mezi aktivní a pasivní formou eutanazie spočívá v rozlišení mezi konáním (doing) a dopuštěním (allowing), přičemž tradičně se má za to, že vykonat nějaký čin nese mnohem větší morální závažnost než pouze dopustit či připustit, aby k něčemu došlo. Aktivní forma eutanazie je tudíž považována za morálně problematičtější než pasivní forma, ačkoli jde o jednu z otázek, o nichž se v současné bioetice vedou velké spory.

Nezahájení/upuštění od život udržující léčby

Doležal (2017) uvádí, že obě varianty, a to nezahájení či upuštění od život udržující léčby, bývá autory občas zařazováno pod pojem pasivní eutanázie. Při nezahájení léčby není tato léčba započata z důvodu, že by byla pro daného člověka marnou. Hovoříme-li pak o ukončení léčby, ta nastává v situaci, kdy je další péče pro pacienta bezvýsledná. V těchto souvislostech Doležal (2017, str. 231-232) dále zmiňuje:

Určité vodítko poskytují lékařům doporučení České lékařské komory. Doporučení se vztahují na specifické situace, kdy o sobě pacient není schopen rozhodovat. Pokud je pacient schopen rozhodovat, je nutný jeho souhlas s nepokračováním nebo nezahájením marné léčby. Svoji roli hraje i institut dříve vysloveného přání a negativní revers ve smyslu § 34 odst. 3 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách.

„Přirozená eutanázie“

V souvislosti s aktuálním děním bych zde ráda uvedla i termín „přirozená eutanázie“, se kterým se často nesetkáváme. Tento pojem je poměrně nový a vznikl v souvislosti s epidemií koronaviru, jelikož hodně seniorů zemřelo v důsledku nákazy a z nedostatku kapacity jim nebylo poskytnuto lékařské ošetření. Takové situace většinou nastávají při válkách či pandemiích. Můžeme se však do nich dostat i v běžném životě, kdy lékařská péče nemusí pokrýt veškerou poptávku, a to hlavně ve smyslu nedostatečného množství nových léků a přístrojů, pro všechny potřebné. Přestože je pojem „přirozená eutanázie“ nový, tak tento jev nový není, můžeme jej uvést na příkladu, kdy v minulosti byla takto nedostatečná například dialyzační léčba (Haškovcová, 2020).

Požadavky pro lékařskou asistenci při umírání

Young (2007, str. 17) zmiňuje, že tyto požadavky musí vzejít od kompetentní osoby, která:

1. Trpí smrtelnou nemocí
2. Je nepravděpodobné, že mohl mít prospěch z objevu nového léku na jeho nemoc
3. V důsledku své nemoci trpí nesnesitelnou bolestí nebo se pro něj stal jeho života neakceptovatelným
4. Má trvalé, dobrovolné a kompetentní přání zemřít, v případě, že není kompetentní, již dříve vyjádřil přání zemřít, pokud byly splněny první tři podmínky
5. Není schopen sám sebe sprovodit ze světa bez pomoci

Hříbek (2021) si pokládá otázku, zda tyto všechny podmínky nejsou příliš přísné. Jelikož část lidí, kterým bychom tuto možnost schvalovali, potenciálně nemusí splňovat všechny požadavky.

Pro a proti eutanázii

Argumentů je velká řada, pokusím se zde shrnout pouze ty, které vnímám jako hlavní. Mezi takové názory zastávající stranou proti bych v první řadě zařadila Hippokratovu přísahu, která zavazuje lékaře k tomu, že nemohou usmrtit člověka. Další spektrum myšlenek stojící proti uzákonění shrnuje Klener (2019, str. 156-157):

Eutanázie i asistovaná sebevražda jsou projevem selhání. Dnes lze zajistit takovou péči v léčení bolesti a ostatních symptomů, psychického, sociálního a duchovního charakteru tak, aby k žádosti nemuselo docházet. Naše společnost objektivně disponuje, léky i přístrojovým vybavením, aby nemocným byla poskytnuta odpovídající léčba paliativní. Tento přístup je schopen nemocnému zajistit nejlepší možnou kvalitu zbytku života včetně doprovázení k důstojné smrti bez bolesti, fyzického, psychického, sociálního a duchovního utrpení.

Hříbek (2015, str. 25-27) pak ukazuje dvě hlavní oblasti zaštiťující argumenty pro. Jsou jimi autonomie a soběstačnost: „Pokud nějaký pacient trpí strašným způsobem a žádá svého lékaře, aby zkrátil jeho utrpení, je morálně přípustné, aby to lékař udělal. (...) za předpokladu, že pacientovo autonomní rozhodnutí, aby lékař ukončil jeho život, nikoho nepoškozuje, je morálně přípustné, aby tomuto rozhodnutí bylo vyhověno.“ Člověk by měl rozhodovat o svém životě a smrti. Hranice snesitelnosti bolesti a utrpení je individuální a každý by tak měl mít možnost stanovit, co chce snášet a co již ne. Dalším názor pro je argumentován strachem ze ztráty důstojnosti a závislosti na druhých (Vácha, 2019).

Kluzký svah

S možností časněji ukončit život souvisí i tzv. „kluzký svah“. Při něm dochází k rozšiřování okruhu možnosti asistovaného usmrcení i pro další skupiny. Například v Belgii mohou zažádat o eutanázii i mladiství starší šestnácti let. Některé kliniky nabízejí asistenci při ukončení života lidem s duševním onemocněním, lidem, kteří jsou „unaveni životem nebo „nevléčitelným alkoholikům“ (Haškovcová, 2020). V poslední době můžeme vidět tendence vyřadit nejen lékaře, ale i ostatní pomáhající a nahradit je technologií. V roce 2018 představili nový přístroj, který umožňuje sebevraždu člověka. Sarco je přístroj, ve kterém může ukončit svůj život člověk starší padesáti let. O'dea (2021) ve svém článku uvádí, že Sarco je 3D tištěná kapsle, sloužící pro asistovanou sebevraždu. Aktivuje se zevnitř po zmáčknutí příslušného tlačítka se v kapsli

sníží obsah kyslíku a vnitřek se zaplaví dusíkem. Osoba může pociťovat určitou euforii či dezorientovanost, než upadne do bezvědomí, poté nastává smrt v důsledku hypoxie a hypokapnie. Haškovcová (2019) se domnívá, že eutanázie tak našla technické řešení a může úplně vyřadit roli lékaře. Takový model se může stát komerční variantou sebeusmrcení. Může také společnost navádět k tzv. ageistickým sebevraždám, které mohou vytvářet tlak na seniory, kdy musí řešit otázku, zda mají žítí dále, či ne. Haškovcová (2020) upozorňuje, že tyto sebevraždy by tak byly podstupovány z důvodu vysokého věku, obavou před nevléčitelnými nemocemi a nesoběstačností. Možný důvod by byl i pocit osamění, který senioři mohou pociťovat. Naše populace stárne, a proto by se měla zvýšit naše mezigenerační pomoc a potlačit nátlak, který může vzniknout a podnítit tyto ageistické sebevraždy.

Rozhraní mezi uzákoněním nějaké z formy asistované smrti je velmi tenké. Průběžné diskuze na toto téma přinášejí řadu zastávajících názorů i naopak. „Eutanázie je povolena jen v hrstce států světa, například v Nizozemsku, Belgii, Lucembursku, Kolumbii, Kanadě a od letošního léta také ve Španělsku. Více zemí včetně Švýcarska či Švédska dovoluje asistovanou sebevraždu. V Česku eutanázie ani asistovaná sebevražda legální nejsou“ (Bahouňková, 2021). Přesto jsme již mohli zaznamenat podání návrhu pro přijetí asistované sebevraždy v České republice, a to v letech 2008, 2016. V roce 2020 měl být podán návrh, který ale nebyl projednán (Haškovcová, 2020).

„Sebevražedný turismus“

Tím, že u nás není legalizovaná aktivní eutanázie ani asistovaná sebevražda, musí čeští občané, kteří se pro ni rozhodnou, podstoupit cestu do zahraničí. Nejvíce je v rámci Evropy směřován tento „turismus“ do Švýcarska. Je to možná i z toho důvodu, že nemá proti jiným zemím Evropy, jako například státům Beneluxu, tak striktní pravidla. (Doležal, 2017). „Právo na asistovanou sebevraždu je ve Švýcarsku vnímáno jako vyjádření základního lidského práva na důstojnou smrt, a je zřejmé, že se Švýčari tohoto práva nemíní vzdát a nehodlají je ani výrazně omezit“ (Doležal, 2017, str. 184). Asistovaná sebevražda je tak řešena skrze švýcarské organizace, zejména Exit nebo Dignitas. Klinika Dignitas působí od roku 1998, za tuto dobu poskytla asistenci při ukončení života 3460 lidem, z nich pak také 10 Čechům (*Accompanied Suicides per Year and Country of Residence*, 2021). Poslední takový případ proběhl v červnu roku 2021, kdy se muž s diagnózou amyotrofické laterální sklerózy rozhodl pro ukončení svého života právě v této švýcarské organizaci (*Před rokem Martin sportoval, nyní chce zemřít*, 2021).

3 Prostředí, kde lidé umírají

3.1 Smrt

„Smrt (mors) je individuální zánik organismu, tedy také člověka. V jistém slova smyslu se dá říci, že člověk umírá od narození. Geneze smrti je podmíněna životem a život je umožňován smrtí“ (Haškovcová, 2007, str. 89). Jak je již zmíněno v předchozí citaci, život je se smrtí úzce provázán, a tak by se smrt dala stanovit za jistotu, kterou člověk při svém zrození má. Tento fenomén a jeho pojetí se měnily v průběhu lidského vývoje. Smrt nemusí nutně znamenat jen smrt biologickou, jakožto fyzický zánik jedince, ale může odkazovat i na smrt psychickou či sociální. Profesorka Haškovcová (2007) také zmiňuje, že se můžeme setkat s různým dělením smrti. Rozlišujeme smrt pomalou nebo naopak náhlou či rychlou. Můžeme přijít do styku i s pojetím avizované či neavizované formy smrti. Také ji můžeme označit za předčasnou nebo přiměřenou podle toho, v jakém věku přichází. Specifickou oblast poté zastupuje smrt, kterou si člověk způsobí sám. Předchozí text nám ukázal, že smrt má mnoho definic, pojetí, výkladů a také zahrnuje celou řadu forem. Místo definic je ale lidmi často diskutovaná otázka, zdali smrt může být dobrá? Pojem dobré smrti úzce souvisí se samotným umíráním, které smrti předchází. Pomůže nám také pochopit souvislosti jednotlivých modelů umírání. Myslím, že na tuto otázku nám může dobře odpovědět kniha *Vyhoštěná smrt* (Šiklová, 2013, str. 23), která nám ukazuje dvě možné pojetí „dobré smrti“:

Naši předkové tento pojem znali a věděli, na rozdíl od nás, jak by měla dobrá smrt vypadat. Měla nastat po zpovědi, přijetí svátostí, rozloučení s příbuznými. Dnes za dobrou smrt považujeme takovou, která přijde až v pozdním věku, při které netrpíme a jsou kolem nás lékaři a zdravotní sestry.

3.2 Umírání

Proces umírání je lékařsky charakterizován, jako selhávání životních funkcí, jejichž důsledkem je smrt (Haškovcová, 2007). Kelnarová (2007 in Ondriová, 2021) popsala umírání, jako měnící se stav jedince, který velmi ovlivňuje jeho život. Člověk se tak musí vyrovnávat s blížícím se koncem svého života. Informační web pro nemocné, pečující a pozůstalé popisuje umírání jako jedinečnou a poslední etapu života. Tento čas může být pro umírajícího i jeho rodinu velmi obtížný, ale na druhou stranu i velmi cenný. Nemocný člověk prochází řadou změn, které je nutné respektovat. S celým procesem souvisejí především změny fyzické a možná přítomnost bolesti. Charakteristickým rysem pro umírání je také mimo jiné pozměněná potřeba stravování

a pitného režimu. Člověk v terminálním stádiu nemusí být v kontaktu s realitou a může si vytvářet i svou vlastní. Není potřeba mu jeho nový pohled na svět vymlouvat, ale naopak je žádoucí se do něj zapojit a nevyvracet tak umírajícímu jeho představy a názory (Poslední dny a týdny, 2015).

Ráda bych také v této kapitole zmínila pojem „důstojné umírání“. Zahrnuje v sobě více než samotnou kvalitní péči o umírajícího. Velkou roli by měla hrát péče o nejbližší, kteří spolu s umírajícím procházejí všechny fáze procesu umírání, ale také nesmíme opomíjet péči o ošetrovatelské pracovníky a všechny, co se na péči podílejí. Pro pomáhající profese je to tak, jedna z forem prevence syndromu vyhoření. Ve spojitosti s institucionalizací smrti naplňuje pojem „důstojné umírání“ především přístup ošetřovatelů (Špatenková et al., 2014). Umírání se začalo stávat procesem, který je značně osamělý. Velká část umírajících je převážena do nemocnic, kdy mohou vnímat stres, spěch a neosobní přístup. Tyti lidé by většinou chtěli mít kolem sebe klid a své nejbližší. Místo toho jsou vytrženi z domova a prožívají značné nepohodlí. Pacient je napojen na různé přístroje a mnohdy trpí víc než kdy dříve. Umírající tak nemusí sužovat tolik bolest tělesná, ale spíše ta psychická. (Kübler-Ross, 2015). „Potřeby lidí se přitom po staletí nemění – mění se jen naše schopnost vycházet jim vstříc“ (Kübler-Ross, 2015, str. 19). Pokud smrt a umírání budeme i nadále detabuizovat, nemusíme na toto období pohlížet jako na čas, ke kterému patří krize a strach. Toto období sebou nepřináší jen bolest a utrpení, ale může nám nabídnout mnohé příležitosti a možnost pečovat a být se svými blízkými do posledních chvil. Umírání můžeme také dělit podle toho, kde tento proces nastává. V následujících odstavcích proto zmíním základní tři z nich.

Dystanázie

S umíráním je spojen výraz dystanázie neboli zadržovaná smrt. Tento pojem označuje stav, kdy je smrt oddalována, ačkoli je člověk v životní fázi, kdy je jeho smrt již neodvratitelná. „*Oddalovat smrt je ušlechtilý a vysoce hodnotný čin. Nebrat na vědomí konečnost lidského osudu je ale projevem lidské i profesionální neodpovědnosti, která se vymstí, a to nejméně dvakrát*“ (Haškovcová, 2007, str. 32) Takto profesorka Haškovcová hodnotí proces zadržování smrti. Popisuje, že jsou nejméně dvě situace, kdy dystanázie není na místě. Poprvé, když nejsou včas zohledněny potřeby člověka, který vstoupil do terminální fáze života. A za druhé, když se zdravotníci, byť v dobrém úmyslu, snaží zvrátit neblahý pacientův stav a nenechají člověka zemřít v klidu. Umírající tak může být zatěžován léčbou, která nepřináší prospěch, ale naopak

(Haškovcová, 2007, str. 32-33). Josef Kuře (2018) ve své studii k pojmu dobré smrti uvádí dystanázii, jako popírání smrti. Předpona „dys“ znamená určitou špatnost či vadnost, a tak představuje opak „eu“, jako něčeho dobrého. Uvádí, že dystanázie ukazuje na špatné fungování medicíny, které způsobuje nepříznivý závěr života.

Podle mého názoru medicína značně pokročila a věci již nejsou tak černobílé, jak se by se mohlo na první pohled zdát. Stejně tak vývoj institucionálních zařízení udělal velký krok dopředu, tak také můžeme sledovat, že mnohdy rodina zpátky přebírá péči o své nemocné či umírající členy. Nemůžeme opomenout jeden z hlavních činitelů v tomto systému péče, a to je paliativní přístup, který je nejčastěji realizován hospici a který stojí na pomezí institucionálního a domácího modelu péče. Řekla bych, že dokáže oba tyto modely propojit dohromady a z každého vzít to dobré. Tak dokáže komplexně pečovat o lidi, kteří se nacházejí v závěrečné fázi života. Doprovází nejen nemocného samotného, ale i jeho rodinu.

3.3 Domácí model umírání

Pojem umírání v domácím prostředí se podle mého názoru v současné době znovu dostává do popředí zájmu společnosti, ale nebylo tomu vždy tak. Řekla bych, že ještě v nedávné době byla většina lidí přesvědčena, že péče o umírajícího patří do povolaných rukou, a to do rukou zdravotníků. Avšak z průzkumů veřejného mínění vyplynulo, že naprostá většina lidí by chtěla umírat v domácím prostředí. Haškovcová (2007) ve své knize Thanatologie uvádí, že moderní člověk není konfrontován se smrtí v dětství nebo dospělosti, ale většinou dochází až na pozdní setkání, které tyto lidi vede ke strachu a bezradnosti. To může mít vliv na ochotu podílet se na péči o umírajícího a také osvojit si potřebné dovednosti. Uvádí také, že smrt pro moderní společenství lidí znamená krizi, kterou je těžké zvládnout. Vždy ale smrt nebyla tabuizovaná, jak jsme to mohli pociťovat v posledních letech. Lidé se se smrtí setkávali často a brali ji jako přirozenou součást života. Kapitola o domácím umírání profesorky Haškovcové nám poodkrývá, jak dříve lidé nahlíželi na samotné umírání a smrt. Umírající sám zhodnotil, že se blíží jeho „poslední hodinka“, svolal k sobě příbuzné a faráře, aby se mohl rozloučit, vyslovit poslední přání a důstojně odejít. Avšak je dobré mít na paměti, že umírání nebylo vždy takto idylické. Často se mohlo stát, že byl přivolán lékař, aby nemocnému poskytl léky proti bolesti. Jistě bychom našli případy, kdy umírající byli na své poslední cestě sami, neměli příbuzné nebo někoho, kdo by se o ně staral. Mnohdy nemuseli mít ani domov. Ale abychom domácímu modelu umírání nekřivdili, tak tento akt byl aktem sociálním. Z toho plyne, že každý člen

rodiny se setkal se smrtí a umíráním. Lidé dokázali smrt předpovídat, a dokonce zvládali provádět i běžné laické ošetrovatelské úkony.

V přítomnosti si však můžeme povšimnout, že podpora domácího modelu umírání se zvyšuje. Hodně tomu napomáhá rozvoj hospiců a paliativní péče. Domnívám se, že tato oblast dokázala velké věci i v oblasti domácího modelu umírání, a to především poskytováním terénní hospicové péče, která působí v přirozeném prostředí svých klientů, v jejich domovech. Tam, kde si většina lidí představuje svou smrt. Organizace Cesta domů, která je považována za jednoho z hlavních poskytovatelů paliativní péče, v nedávné době představila svůj projekt „Nebojme se zbytečně“. Skrze tento projekt zprostředkovávají pečujícím video návody a popisy, které představují péči o těžce nemocné a umírající. Poskytují tak cenné informace pro neformální pečující, jakým způsobem se mohou o své blízké starat, a předávají velké poselství, že není třeba se „zbytečně“ a dopředu obávat domácího modelu umírání (Pečovatelské návody, 2022).

3.4 Institucionální model umírání

Pomezí mezi domácím a institucionálním modelem umírání ukazuje doktorka Šiklová (2013, str. 21-22):

Umírající byli dříve na konci života obklopeni lidmi, kteří je znali. Smrt nebyla tak odcizená, jako dnes, kdy lidé umírají především v institucích – především v nemocnicích, někdy i hospicích. Je to jakási ochočená smrt. To, co je ochočené, je nepřímé, zbavené své divokosti. Ale smrt není dnes ochočená, je jen asi trochu „hygieničtější“, odehrává se za asistenci lékařů a zdravotníků, tedy lidí k tomu vyškolených. Jen ti blízcí tam dnes většinou chybějí. Zůstávají doma, v místech, kde se dnes již neumírá.

Stejně jako domácí model umírání se určitým způsobem vyvíjel, tak i ten institucionální měl své určité fáze. Vývoj tohoto modelu je popsán v Nauce o umírání a smrti. Autorka popisuje, že nejdříve byla pozornost věnována hlavně na zlepšení hygienických podmínek. Dříve nemocné umísťovali do chorobinců a špitálů. Velké množství nemocných spolu sdílelo jeden větší pokoj, kde bylo hodně postelí a mezi nimi úzké uličky. Ošetrovatelské úkony prováděli laici, kteří neměli odborné vzdělání, avšak tuto práci velmi dobře zvládali. Umírajícím nebyla dlouhou dobu věnována pozornost jako specifické skupině pacientů. Dalším milníkem v ošetrovatelství bylo používání bílých zástěn. Tyto pleny měly oddělit umírajícího od

ostatních spolupacientů. Bílá plenta se někde používá dodnes, ale v literatuře bychom se mohli dočíst o takzvaných zvláštních pokojích pro umírající. Tento pokoj měl na pacienty negativní psychický dopad, zvláště pro ty pacienty, kteří dokázali posoudit význam transportu, tedy, že nadchází jeho konec. Dříve jsme se také mohli setkat s nařízením, že péče o nemocné byla realizována hlavně tak, že nemocní potřebují klid, a tudíž byla rodina vyřazena z péče, protože návštěvy u nemocných se realizovaly podle velmi striktních podmínek. Takto začal institucionální trend péče, rodina svěřila nemocné členy do rukou odborníků, kteří nejlépe mohou zvládat péči o ně, avšak pro nemocného jsou tito odborníci cizí lidé, stejně tak i on pro ně. Medicína má za úkol léčit a zabránit smrti, ale mohli jsme se setkat i s případy, že se medicína tento cíl snaží splnit za každou cenu (Haškovcová, 2007). S institucionalizací smrti také úzce souvisí medikalizace. Často se mohou vyskytnout vyšší dávky podávaných léků, což může být způsob, jak pacienta uklidnit nebo také umlčet (Špatenková et al., 2014). V knize o Smrti a umírání autorka zmiňuje v souvislosti s podáváním léků následující:

Nechci význam infuzí a sedativ zlehčovat (...) vím, že někdy mohou zachránit život a často jsou nezbytné a nenahraditelné. Ale stejně dobře vím, že trpělivost, známé tváře a známá jídla by mohly zastoupit nejednu lahev nitrožilně podávaných tekutin, jež se často užívá jen z toho prostého důvodu, že slouží k zachování nutných fyziologických funkcí a současně nekladou velké nároky na počet ošetřujících a nevyžadují příliš individuální ošetrovatelskou péči (Kübler-Ross, 2015, str. 15)

Lidé chtějí pro své nejbližší, kteří umírají, zajistit to nejlepší, a tak je „odkládají“ do nemocnic, aby sami nebyli zatěžováni. Umírání tak dnes již není záležitost komunity a rodiny, ale je to soukromý akt, který se často odehrává v nemocnicích. S tímto modelem umírání souvisí i potlačení smutku a emocí, které lidé v současné době skrývají. To vše podporuje společnost v odmítání smrti (Špatenková et al., 2014).

3.5 Paliativní model umírání

Termín paliativní vychází z latinského slova pallium (maska, plášť). Z něj také můžeme odvodit primární účel paliativní péče, a to maskovat příznaky nevléčitelné nemoci (Munzarová, 2005). S nástupem hospicového hnutí se začala rozšiřovat paliativní medicína, která se někdy může nazývat jako útěšná. Tento model se zaměřuje především na kvalitu života a holistický pohled na člověka. Své služby poskytuje nejen těžce nemocnému a umírajícímu jedinci, ale i jeho rodině, kterou je žádoucí zapojit do celého plánu a procesu péče (Haškovcová 2007). „Krédem paliativní medicíny je zmenšit utrpení, ctít život a naději, posílit smysl života

a jistotu kontaktu s nejbližšími lidmi, pokud si to umírající přeje“ (Špatenková et al, 2014, str. 70). Centrum paliativní péče zmiňuje, že medicína má za hlavní cíl léčit, obor paliativní medicíny a péče soustřeďuje svoji činnost na tišení bolesti, mírnění příznaků nemoci a zachování lidské důstojnosti. Přesto tyto dva směry nejsou protikladem, ale naopak se mohou skvěle doplňovat. Obě tyto strany se vyvažují podle stavu pacienta a takto nastavená péče pomáhá udržet životní úroveň člověka na co možná nejvyšším stupni vzhledem k jeho současné situaci. Paliativní péče se poskytuje v lůžkových hospicích, mobilních hospicích nebo v rámci nemocniční paliativní péče. Komplexní péči zajišťuje multidisciplinární tým, ve kterém pracují lékaři, paliativní sestry, sociální pracovníci, psychologové či psychoterapeuti a duchovní. U poskytování terénní péče se můžeme setkat i s asistenty. Na činnosti hospiců se také mohou podílet dobrovolníci, kteří se mohou zapojit do péče nebo „být pacientům na blízku“ (*Co je paliativní péče*). Trend paliativní péče se podle mého názoru dynamicky vyvíjí a rozrůstá. Dnes se můžeme setkat s paliativní péčí i v řadě domovů pro seniory, které tak rozšiřují své služby a pomáhají seniorům zůstat v domově až do úplného konce. Myslím, že tento model umírání dokáže spojit obě roviny modelů již zmíněných, a to domácí a institucionální. Setkávají se tak odborníci i rodina jako neformální pečující, kteří dokáží fungovat jako tým a spolu dokáží zajistit veškerou potřebnou péči s ohledem na přání nemocného. Paliativní model umírání se snaží o tématu umírání a smrti otevřeně mluvit, publikovat a edukovat společnost ve znalostech a dovednostech, které jsme za poslední léta převažujícího modelu umírání v institucích již zapomněli.

3.6 Pobytová zařízení

Předchozí kapitola nám již nastínila vývoj a popis institucionálního modelu umírání. Pobytová zařízení, kde lidé umírají, mohou být instituce zdravotní, sociální či například zařízení hospicového typu, které stojí na zdravotně-sociálním pomezí. Důvodem, proč zmiňuji právě tyto instituce je takový, že převážná část obyvatel České republiky v těchto zařízeních umírá a tráví tam svůj poslední čas. Ústav zdravotnických informací a statistiky uvádí, že v nemocnicích či léčebných ústavech umírá až dvě třetiny populace (2020). Když se podíváme očima pracovníků těchto organizací, jsou to právě oni, kteří jsou uváděni do situací, kdy jejich klient/pacient trpí bolestmi, umírá či s nimi sdílí myšlenky o ukončení života nebo vlastní smrti. Nejčastějšími místy, kde lidé umírají, nám může přiblížit následující tabulka:

Tabulka č.1 - Zemřelí podle místa úmrtí v roce 2020

Místo úmrtí	Absolutně			V %		
	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem
Doma	17 119	13256	30375	25,7	21,1	23,5
V nemocnici	40 857	37251	78 108	61,3	59,4	60,4
V léčebném ústavu	450	539	989	0,7	0,9	0,8
Na ulici či veřejném místě	1374	326	1 700	2,1	0,5	1,3
Při převozu	426	248	674	0,6	0,4	0,5
V sociálním zařízení	4 030	9 770	13 800	6,1	15,6	10,7
Ostatní	1 249	342	1 591	1,9	0,5	1,2
Nezjištěno	1 094	958	2 052	1,6	1,5	1,6
Celkem	66 599	62 690	129 289	100,0	100,0	100,0

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

Tabulka nám ukazuje, že data z posledních let potvrzují předchozí teoretickou část kapitoly. Stále většinová část společnosti umírá institucionálním modelem a pouze okolo dvaceti procent lidí umírá v domácím prostředí. V následujících podkapitolách se budu snažit přiblížit nejvíce procentně zastoupená místa pobytových služeb, a to nemocnice a sociální zařízení. Mezi pobytová sociální zařízení zařazuji domovy pro seniory, z důvodů, že se zde personál nezdířka setkává se smrtí a umíráním, a navazuji na toto téma ve své praktické části.

Nemocnice

Z předchozích statistických údajů vyplývá, že lidé umírají nejvíce v nemocnicích, a to až přes šedesát procent. Nemocnice jsou zdravotnická zařízení, která poskytují své služby buď ambulantní nebo lůžkovou péčí. Nemocniční péče je poskytována po určitý vymezený čas a je zaměřena především na provedení operačního zákroku nebo na konkrétní zdravotní problém pacienta a zlepšení jeho zdravotního stavu (Kalužay, 2018). Nemocnice, jejich provoz a poskytovaná lůžková péče podléhají zákonu č. 372/2011, Sb. O zdravotních službách.

Domovy pro seniory

Zákon č. 108/2006, sb. O sociálních službách, § 49 definuje tuto sociální službu následovně: „V domovech pro seniory se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.“ Tyto zařízení jsou pro staré lidi formou alternativního bydlení. Důvody pro nastoupení do takových institucí je mnoho. Můžeme jmenovat například zhoršení zdravotního stavu, neuspokojivá sociální situace, vysoké nároky na péči a tak podobně. Proto v českém pojetí nejsou domovy pro seniory určeny pro zdravé a soběstačné jedince v důchodovém věku, jako

je tomu v zahraničí. Tyto domovy disponují odborně kvalifikovaným multidisciplinárním týmem, který zajišťuje celý chod domova a seniorům poskytuje veškerou, nepřetržitou a potřebnou péči (Matoušek, Kříšťan, 2013). Specifickou formou klasických domovů pro seniory jsou domovy se zvláštním režimem. Stejně jako domovy pro seniory podléhají i domovy se zvláštním režimem zákonu č. 108/2006, sb. O sociálních službách §50, který je charakterizuje takto:

V domovech se zvláštním režimem se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.

Hospicová zařízení

Zařízení hospicového typu jsou v právním rámci zařazeny v obou výše citovaných zákonech. Hospic proto můžeme označit za zařízení specializované na práci s těžce nemocnými a pacienty v terminálním stádiu. Zpravidla se takové zařízení skládá z lůžkové části, může poskytovat denní stacionáře a poradny (Haškovcová, 2007). Hospice se zaměřují na paliativní péči, ale poskytují i celou řadu služeb, například: diagnostiku, léčbu přidružených onemocnění, spirituální, psychologickou či sociální pomoc (Kalvach, 2013).

Umírání v ČR

V posledních letech se odborná i neodborná společnost shoduje na tom, že nejlepším místem pro umírajícího člověka je jeho domov. Zdravotnictví zastává názor, že je možné kombinovat formální a neformální péči o umírající, a tak by u tří čtvrtin z nich mohl být uplatněn domácí model umírání. Avšak nezdědka si protirečí sami umírající, když vyjadřují názor zůstat do poslední chvíle doma, ale poté souhlasí, že prožijí svůj poslední čas v nějaké instituci. Může to být způsobeno obavami, že budou na obtíž, pomoc jim nebude poskytována vlídně, či jiným způsobem klesnou v očích svých blízkých i svých samých (Šiklová, 2013).

Šiklová (2013, str. 76) nám také ukazuje výsledky sociologických průzkumů, které uvádějí:

Nejčastěji mají lidé obavy, že je bude jejich umírání bolet. Nesoběstačnosti a bolesti se bojí více než smrti samé, možnost smrti jako věčného zavržení většinou ustupuje. Přestože lidé děsí ztráta soběstačnosti, současně se bojí

toho, že při svém umírání a smrti budou opuštěni, že budou chtít ještě něco říci, vyslovit, vzkázat, a nikdo je nevyslechne. Tedy nikdo nezaznamená poslední chvíle jejich života. Bojí se, že budou zapomenuti.

Umírání je velmi individuální proces, a to klade specifické potřeby na pracovníky pomáhajících profesí, kteří s těmito lidmi pracují. Hlavním nástrojem je pro tyto pracovníky kromě ošetrovatelských dovedností také především komunikace. Šiklová (2013) uvádí, že se zdravotníci, ale i například blízcí těžce nemocného člověka, často komunikaci o umírání a smrti vyhýbají nebo se snaží nabízet útěchu v poněkud ne příliš vhodné formě. Například: „Však vy budete zase pašák. Uzdravíte se, tak hlavu vzhůru“ (Šiklová 2013). Elisabeth Kübler-Rossová (2015, str. 18) popisuje, jak jinak může komunikace s těžce nemocnými vypadat a co je dobré si v souvislosti s ní uvědomit:

Když je člověk těžce nemocný, často se s ním zachází jako s někým, kdo nemá právo na vlastní názor. Někdo úplně cizí zpravidla rozhodne o tom, zda, kdy a kde bude pacient hospitalizován. A přitom by stačilo, tak málo, aby si zdravotníci uvědomili, že i nemocný člověk něco cítí, že si přeje, že má na věci svůj pohled. A především – což je ze všeho nejdůležitější – že má právo být slyšen.

4 Pomáhající profese

Psychologický slovník popisuje pomáhající profese, jako „profese, které se zaměřují na pomoc druhým; pomáhají řešit nesnáze, problémy, zdravotní potíže; (...). Společnými znaky jsou mimořádná psychická zátěž, odpovědnost a rizika pro vlastní duševní zdraví“ (Hartl, 2004, str. 188). Kalenda (2012, str.7) definuje tuto oblast tímto způsobem: „(...) za nejdůležitější považujeme fakt, že se jedná o oblast lidské činnosti primárně zaměřené na práci s lidmi. Konkrétně lze za pomáhající profese považovat především obory spadající do okruhu výchovně-vzdělávací, sociální a zdravotnické činnosti“. Definic a variant výkladu toho, co vše obnáší pomáhající profese, je celá řada. Kopřiva (2013) sem řadí například sociální pracovníky, pedagogy, lékaře, pečovatelky, zdravotní sestry. Objasňuje, že každá profese pro svůj výkon vyžaduje od pracovníků určitou škálu znalostí a dovedností. Rozdíl od ostatních povolání můžeme nalézt v tom, že v pomáhajících profesích hraje jednu z hlavních rolí vztah mezi lidmi. Je to zásadní složka těchto profesí. Tito pracovníci se tak ve své práci často setkávají s klienty, kteří se ocitají v nouzi a potřebují pomoc. Lidé tak očekávají od pomáhajících pracovníků více než jen slušné chování. Potřebují cítit přijetí, náklonost, empatii, zájem, trpělivost a odbornost.

Jak již vyplynulo, smyslem těchto povolání je přispívat k blahu druhých a nabídnutí pomoci při řešení problémů. Za samotnou podstatu bychom pak mohli označit již výše zmíněný vztah mezi odborníkem a klientem. Existují také určité predispozice pro výkon těchto profesí. Těmi jsou například samotná osobnost pracovníka, odpovědnost, prosociální orientace, sebereflexe, zájem o okolí, vlídnost a mnohé další. Je nutné zdůraznit, že pomáhající profese by měly mít hodnotné vzdělání ve svém oboru, kdyby tomu tak nebylo, mohli bychom se potýkat s neprofesionalitou a jejími následky. V této oblasti můžeme najít i určitá úskalí, mohou jimi být osobnostní poruchy, syndrom pomocníka, egoismus či nevyřešené konflikty (Špirudová, 2015). Cimrmanová (2013, str. 188-189) zmiňuje, že:

V pomáhajících profesích je nutná znalost zákonných a jiných norem, přes které tzv. nejede vlak. Řešení osobitých příběhů těch, kteří se ocitli v existenciální nouzi, ale vyžaduje i značnou dávku neotřelosti. ... Kreativita, které je při řešení těžkých a nevšedních životních situací zapotřebí, tak činí z pomáhajících profesí disciplíny, které lze připodobnit k umění. Pracovníci pomáhajících profesí musí na jedné straně respektovat nejrůznější životní příběhy v jejich opravdovosti, na straně druhé nesou roli ochránců práv, důstojnosti a zdraví daného člověka i společnosti. Toto napětí vychází z podstaty jejich práce a jeho zvládnutí je nesmírně těžké.

4.1 Profesionální doprovázení

Pracovníci pomáhajících profesí doprovázejí své klienty a pacienty v jejich životech. Takové doprovázení v sobě zahrnuje podporu, poradenství a nezbytnou pomoc. V našem životě nás ovlivní nespočet lidí, kteří nás v něm doprovázejí. Jestliže mluvíme o našich blízkých, nazýváme doprovázení laickým. Hlavní rozdíl mezi laickým a profesionálním doprovázením shledáváme právě v adekvátním vzdělání, které musí pracovníci pomáhajících profesí absolvovat. Pracovník je tedy odborníkem na svou oblast, pro samotný proces doprovázení vytýčí jasné a dosažitelné cíle. Dále nedoprovází člověka celý život, ale v situaci a po dobu, kdy jej dotýčný potřebuje. Podle odbornosti bychom pak doprovázení mohli rozdělit na výchovně-vzdělávací, sociální a zdravotnické (Kalenda, 2012). Vzhledem k povaze své práce se blíže zaměřím na poslední dvě oblasti, jelikož respondenti v mé výzkumné části jsou právě pracovníci ve zdravotnictví a sociálních službách.

Zdravotnické doprovázení

Profesionální zdravotnické doprovázení je s námi celkem intenzivně a zasahuje do života všech lidí. Zdravotnické doprovázení probíhá v různých organizacích, ale je poskytováno především v institucionální formě, i když existují formy domácí zdravotní péče. Někteří lidé mohou trávit velké množství času ve zdravotnických zařízeních. Typicky jimi mohou být lidé s chronickým nebo závažným onemocněním, pro ně se stává nemocnice „druhým domovem“ (Kalenda, 2012). Proto je důležité, aby: „zdravotničtí doprovázející byli těmi, kdo nás v kritické životní situaci podpoří a pomohou nám svým přístupem přestát těžké životní zkoušky“ (Kalenda, 2012, str. 79-83).

Pracovníci ve zdravotních službách

Za jedny z hlavních aktérů pracovníků ve zdravotnictví bychom mohli označit zdravotní sestry. Registrovaná zdravotní sestra je kvalifikovaný odborník v oblasti ošetrovatelství. Tuto oblast upravuje následující zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a změny některých souvisejících zákonů. Dále ve zdravotnictví působí: „zdravotničtí asistenti, ošetrovatelé, sanitáři, a to jsou kategorie ošetrujícího personálu, který ošetřuje a pečuje o pacienty v rámci sesterské praxe a pod vedením sester (zákon č. 96/2004 Sb. ve znění pozdějších novelizací)“ (Špirudová, 2015, str. 34). Obor ošetrovatelství

můžeme najít ve zdravotnických, sociálně zdravotnických zařízeních či v zařízeních ministerstva obrany, ministerstva vnitra. Své místo má také v nestátních organizacích, kterými jsou například různé charitativní nebo humanitární organizace. Tato péče může mít formu ambulantní, lůžkovou či může být poskytována v domácím prostředí nebo v komunitách. Smyslem této profese, je péče o zdraví, podpora a doprovázení. Spadá sem také vedení k sebezpečí, ochrana práv pacienta či jeho vzdělávání. Aby tato profese mohla být dobře vykonávána, je zapotřebí vysoká kvalifikace a celoživotní vzdělávání, naplňování etických zásad, vhodné osobností rysy a další (Špirudová, 2015).

Sociální doprovázení

Sociální doprovázení slouží lidem, jež se ocitli v nesnadné sociální situaci, kterou nezvládnou vlastními silami nebo za pomoci jemu nejbližších. Často se nezaměřuje pouze na pomoc jednotlivci, ale působí na celé rodiny, skupiny nebo komunity. S největší pravděpodobností jednou za svůj život využijeme sociálního doprovázení. Tato péče se zaměřuje na zkompetentnění klienta a pomáhá mu nalézt zdroje podpory v jeho okolí. Důležité je, aby pracovníci nenahlíželi na život klienta jen svým úhlem pohledu. Často je podstatný rozdíl mezi náhledem pracovníka a samotného klienta na klientovu situaci. Pracovníci své klienty doprovázejí na cestě jejich životem a měli by je brát jako rovnocenné partnery v tomto procesu. Základem je profesionalita a umění komunikace (Kalenda, 2012).

Pracovníci v sociálních službách

Činnost pracovníků v sociálních službách i jejich požadovaná kvalifikace je upravena zákonem č. 108/2006 Sb. O sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Paragraf 116 tohoto zákona uvádí, že pracovníkem v sociálních službách je ten, kdo vykonává:

- a)* přímou obslužnou péči (...),
- b)* základní výchovnou nepedagogickou činnost (...),
- c)* pečovatelskou činnost v domácnosti osoby (...),
- d)* pod dohledem sociálního pracovníka činnosti při základním sociálním poradenství, depistážní činnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, činnosti při zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, činnosti při poskytování pomoci při uplatňování práv a oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Péče probíhá v holistickém přístupu, kdy pečovatelé uspokojují potřeby klientů, které sami uspokojit nedokážou. To si od pracovníků žádá především empatii a individuální přístup

(Mlýnková, 2010). Jak jsem již naznačila, paleta působnosti pracovníků v sociálních službách je opravdu pestrá. Ve své výzkumné části se blíže zaměřuji na práci pečovatelů a osobních asistentů. Hlavní rozdíl v náplni jejich práce je následující. Pečovatelé pomáhají člověku zvládnout péči o sebe a také o domácnost. Služba se poskytuje ve vymezeném čase v domácnosti osob a v zařízení sociálních služeb“ (Arnoldová, 2016, str. 111) Osobní asistenti pracují především s lidmi se zdravotním postižením a se seniory. Náplní jejich práce je pomáhat klientovi zvládnout péči o jeho osobu a zároveň jej zapojit do společenského života. Služba se poskytuje v domácím prostředí klienta a v takové míře podpory, jakou individuálně potřebuje. Na rozdíl od služby pečovatelské je osobní asistence poskytována bez časového omezení (Arnoldová, 2016).

4.2 Etické problémy a dilemata při dlouhodobé nemoci, umírání a smrti

Nyní bych se chtěla zaměřit na etické dilemata a problémy, se kterými se mohou pracovníci pomáhajících profesí v přímé péči v rámci své odborné pracovní činnosti setkat. Vzhledem k zaměření mé práce zde uvedu konkrétně oblasti dlouhodobé nemoci, umírání a smrti. Nejdříve však přiblížím základní informace o disciplíně zvané etika. „Etika je filozofickou vědou o správném způsobu života, vycházející z racionálních přístupů a snažící se nalézt, popřípadě i zdůvodnit společné a obecné základy, na nichž stojí morálka. Tak lze říci, že etika je vlastně teorií morálky“ (Jankovský, 2018, str. 27). Poukazuje na to, jaký má člověk vztah ke světu. Morálka je tedy předmětem etiky a může klasifikovat chování lidí na dobré a špatné. Etiku můžeme rozlišovat například na sociální, individuální, autonomní a na mnohé další. Já se ve své práci zaměřím na etiku profesní, jejíž zásady jsou používány v rámci jednotlivých povolání. Konkrétně se dále budu zabývat etikou lékařskou. K ní můžeme v současné době přidružit i specifickou disciplínu s názvem bioetika, jež je odnoží aplikované etiky. Bioetika svou činností zaměřuje na řešení etických problémů v začátku a závěru lidského života (Jankovský, 2018). Po definici tohoto širokého pojmu, jakým je právě etika, je na místě ještě uvést rozdíl mezi etickým problémem a dilematem. „Etické problémy jsou chápány jako situace, ve kterých je evidentní, jak by měl pracovník jednat, ale rozhodnutí se mu osobně přičítá“ (Ondriová, 2021, str.14). Etické dilema pak představuje situaci, která se stává konfliktem morálních principů. Pracovník se musí rozhodnout mezi možnostmi, ze kterých není jasné, jaké z možných řešení bude to nejvhodnější. (Remišová, 2011 in Ondriová, 2021).

V rovině rozhodování o lidském zdraví a životě je v současné době pacient jediný, kdo rozhoduje, jak bude s jeho zdravím a životem nakládáno. Lékaři nikdy nemohou jednat

v rozporu s jeho vůlí. Toto se však dostává do konfliktu, kdy se pacient nachází ve změněném stavu vědomí či bezvědomí. Tyto stavy se často objevují v závěru života. Pakliže dotyčný nedal právo rozhodovat o jeho zdraví někomu jinému, jsou těmito rozhodnutími pověřeni lékaři (Šimek, 2015). Ráda bych na tomto místě zmínila, že člověk starší 18 let může vyjádřit svou vůli pro případ budoucí inkompetence. To je mimo jiné vyjádřeno a zakotveno v Úmluvě o lidských právech a biomedicíně. Jedinec má právo na sebeurčení a může vyjádřit, jak chce, aby s ním bylo nakládáno ve stavech, kdy o tom sám nebude moci rozhodovat. Takové stavy jsou například bezvědomí, pokročilé stádium syndromu demence či terminální stav a další. Pacient se tak může rozhodnout, zda v takových situacích bude chtít podstoupit například resuscitaci, výživové sondy, připojení na dýchací přístroje a jiné lékařské zákroky (Dříve vyslovená přání, 2016). Následovně se pokusím přiblížit již zmíněné vybrané oblasti, které se mohou stát etickým problémem či dilematem pro pracovníky v pomáhajících profesích v přímé péči:

Sdělování diagnózy

Při sdělování nepříznivé diagnózy lékařem jsme se ještě v minulém století mohli setkat s takzvanou milosrdnou lží. V dnešní praxi tomu tak již není, pokud pacient chce pravdu znát nezabýváme se, zda ji sdělit či ne, ale zaobíráme se tím, jak ji sdělit. Mimo samotného sdělení by lékaři měli myslet i na okolnosti za jakých je diagnóza sdělena. Žádoucí je vhodné načasování sdělení, nejlépe v dopoledních hodinách, aby člověk nemusel být na nově vzniklou situaci sám a mohl se s ní ten den ještě s někým podělit. Zásadním je také soukromí při sdělení, aby lékař či pacient nebyli rušeni nežádoucími vlivy. Pokud pacient chce může být při rozhovoru přítomna další jeho blízká osoba, která mu pak může být patřičnou oporou (Halámková, Sláma, 2010). Reakce nemocného mohou být v tu chvíli různé a můžeme je rozdělit na: „klid skutečný, klid zdánlivý, zřetelné obavy a strach, panika a sebevražedné tendence nebo pokus o sebevraždu“ (Jobánková, 1978, str. 140).

Dlouhodobá nemoc

Skupina dlouhodobě a vážně nemocných představuje jedince při úplném či částečném vědomí, kteří však mají povětšinou nízkou kvalitu života. Jsou to lidé v terminálních stádiích, s těžkými neurologickými poruchami a dalšími nemocemi. Zde je na místě řešit včasný přechod od aktivní k paliativní medicíně. Jedním z aktuálních témat je také prodlužování života u kriticky nemocných pacientů. Medicína je předně zaměřena na záchranu lidského života, ale někdy to

nemusí být optimální. Sem například spadají lidé v dlouhodobém bezvědomí, to je situace ohrožující život. Lidé v dlouhodobém bezvědomí jsou zcela závislí na ošetrovatelské péči a přístrojích. Zde je zásadní otázka, jak dlouho tento stav člověka prodlužovat, když naděje na záchranu prakticky neexistuje (Šimek, 2015).

Umírání

Jak jsem již nastínila ve své třetí kapitole, člověk nejčastěji prochází institucionálním modelem umírání, domácí model není dnes tak rozšířený, jako tomu bylo dříve. Pokud člověk umírá v ústavním zařízení, mělo by mu být poskytnuto naprosté soukromí, klid a možnost mít vedle sebe někoho blízkého. U terminálního pacienta se již neprovádí invazivní zákroky a personál při své práci postupuje citlivě a individuálně. Je na pracovnících, aby umožnili člověku důstojný závěr jeho života. Mohou ale nastat situace, kdy byly vyčerpány všechny dostupné léčebné prostředky, a přesto léčba nedokáže efektivně tišit pacientovi bolesti. Poté se může přistoupit k terminální analgosedaci, která navozuje u pacienta změněný stav vědomí (Halámková, Sláma, 2010). Souhlas k paliativní sedaci dává pacient nebo zákonný zástupce. V případě, že nelze takto souhlas zajistit stává se terminální analgosedace standardním postupem, který schvaluje lékař s multidisciplinárním týmem. Po zahájení je povětšinou udržována až do konce života pacienta, za účelem zmírnění jeho utrpení (Kala, 2014). Etickým úskalím s v takové situaci stává například otázka samotné autonomie pacienta nebo oddělení terminální analgosedace od eutanázie.

Eutanázie

Samotné eutanázii a jejímu rozdělení je věnována celá jedna z předešlých kapitol. Z ní vyplynulo, že eutanázie má i tady své místo, jelikož je jedním z největších etických dilemat vůbec, a to nejen v závěru života. V debatě o ní je mnoho zásadních otázek a protichůdných argumentů. Šimek (2015, str. 628) ve své knize lékařská etika se k diskuzi o eutanázii vyjadřuje takto:

Jak již bylo zmíněno, současná debata spíše polarizuje diskutující na odborné i laické úrovni, shoda je v nedohlednu. Problém je v tom, že argumentace vyrůstají z odlišných životních postojů, proto argumenty jedné strany nepřesvědčují tu druhou. Jako odpůrce eutanázie vysoce cením dar života. Když ale vidím pacienta, který zde již nechce být a našel lékaře, který je ochotný jeho život ukončit, nevidím dost silné argumenty, které by ti dva museli přijmout. Zákony většiny sice eutanázii nepovolují, ale procento jejich obhájců narůstá.

4.3 Zdroje podpory

„Požadavky kladené na výkon povolání mohou být pro mnohé z pracovníků psychicky, emočně i fyzicky vyčerpávající, tudíž je zapotřebí vytvářet vhodnou nabídku podpůrných mechanismů“ (Kalenda, 2012, str. 128). Dále v práci dělím možné zdroje podpory na profesionální a neprofesionální a poté se již blíže zaměřím, jakou podporu mohou čerpat pracovníci ve zdravotnických a sociálních službách.

4.4 Profesionální zdroje podpory

Profesionální zdroje podpory označují podporu, kterou pracovníci pomáhajících profesí mohou čerpat od svých kolegů či nadřízených. Dále mezi ně řadíme i různé metodiky či standardy (Venglářová, 2013).

Zdroj podpory zdravotnických pracovníků

Zdravotníci se nezdálo mohou při výkonu svého povolání dostat do nadměrně zátěžových a stresových situací, jejich práce je náročná a žádá si adekvátní možnosti podpory. Ve zdravotnickém resortu existuje systém psychosociální podpory zdravotníků, který se zaměřuje na poskytnutí aktivních opatření při zvládnání náročných situací spojených se zdravotnickým povoláním a tento systém má také za cíl působit, jako prevence syndromu vyhoření (Štěpanyová, 2019). Ministerstvo zdravotnictví vydalo metodické doporučení pro poskytování psychosociální podpory. Tento systém podpory charakterizuje takto (*METODICKÉ DOPORUČENÍ pro poskytování psychosociální podpory ve zdravotnictví*, 2019, str. 4-5):

Psychosociální podpora nenahrazuje odbornou psychologickou péči, jde o kroky v rámci primární a sekundární prevence. V případě potřeby může být zasažen zdravotnický pracovník do odborné psychologické péče se svým souhlasem předán. Podpora je poskytována v situacích, při nichž došlo k zasažení nadlimitně psychicky zátěžovou situací zdravotnických pracovníků, nejčastěji při výkonu zdravotnického povolání a je vedena vyškoleným zdravotnickým pracovníkem – peerem, popř. psychologem systému psychosociální intervenční služby.

Poskytovaná podpora je realizována především formou doporučení, schopnosti vcítění se do pocitů zasažených zdravotníků a technikami aktivního naslouchání. Může mít podobu individuální či skupinovou. Také je možné intervenci uskutečnit nejen osobně, ale i skrze telefon nebo digitální média. Pomoc může být poskytnuta psychologem, zdravotnickým peer pracovníkem a zdravotnickým interventem. Systém psychosociální intervenční služby také

nabízí první psychickou pomoc sekundárně zasaženým, která je poskytnuta přímo v místě, kde nastala krizová situace, která je zdrojem akutní stresové reakce. Tato první pomoc směřuje zejména k týmu zdravotníků, který zasahoval u tragické události, ale také k nejbližším člověka, jemuž byla poskytnuta zdravotní péče. To mohou být například svědci dopravní nehody apod. Tuto formu pomoci zajišťuje psycholog nebo zdravotnický intervent. Metodika nám předkládá konkrétní opatření zvládnání psychicky náročných situací. Konkrétní postupy se liší v závislosti na možné intenzitě zasažení pracovníka. Obecně můžeme mezi tyto opatření zařadit zejména: vystřídání pracovníka ze směny, brzké poskytnutí psychosociální podpory, v případě potřeby provedení skupinového ošetření (*METODICKÉ DOPORUČENÍ pro poskytování psychosociální podpory ve zdravotnictví*, 2019).

Peer zdravotnický pracovník

Peer podpora může být vykonávána pracovníky, kteří absolvovali k tomu určený certifikovaný kurz. O péči peer pracovníka může zažádat přímo zdravotník sám nebo tento krok může učít nadřízený zaměstnanec. Mimo poskytování podpory zdravotnickým kolegům, má také v náplni práce účast na odborných aktivitách a supervizích. Metodika určuje celou řadu situací, kdy je možné využít peer podpory, jsou jimi například: „vážná onemocnění, sebevražda pacienta či pokus o ní, péče o dlouhodobě nemocného pacienta, kontakt s pozůstalými, nezdařený pokus o záchranu, ohrožení vlastního zdraví a mnohé další“ (*METODICKÉ DOPORUČENÍ pro poskytování psychosociální podpory ve zdravotnictví*, 2019, str.10).

Zdravotnický intervent

Tento pracovník musí ovládat absolvovat certifikovaný kurz psychické první pomoci ve zdravotnictví. Tuto formu péče určuje lékař či člen zdravotnického týmu. Intervent má za úkol stabilizovat psychický stav pracovníka a také poskytuje svoje služby již výše zmíněným sekundárně zasaženým. Svou práci dále směřuje na činnost edukační a nácvikovou. Také se musí účastnit odborných aktivit a supervizí. Intervent je povolán k pomoci například při těchto nastalých událostech: „traumatická úmrtí dětí, úmrtí rodičky, dopravní nehody s úmrtím, sebevraždy dospělých osob i dětí, podpora pacienta/příbuzných při sdělení infaustní diagnózy a další“ (*METODICKÉ DOPORUČENÍ pro poskytování psychosociální podpory ve zdravotnictví*, 2019, str.13).

Zdroj podpory pracovníků v sociálních službách

V oblasti zdravotnické není supervize příliš využívána, a to z mnoha důvodů. Venglářová (2016) uvádí důvody psychologické, organizační a také nerovné postavení lékařských a nelékařských pracovníků ve zdravotnictví. Jeden z důvodů je například ten, že zdravotníci neradi ventilují své emoce. I když si dokážou přiznat pracovní zátěž jen málokdy ji řeší pomocí supervize. Namísto toho se odreagovávají například ironií. V sociální oblasti je tomu jinak, zde je primárním zdrojem podpory pro pracovníky zejména supervize, která je zakotvena ve Standardech kvality sociálních služeb. Konkrétně bychom ji pak našli ve standardu číslo 10. - Profesní rozvoj zaměstnanců, kde je zmíněna následovně: „Poskytovatel zajišťuje pro zaměstnance, kteří vykonávají přímou práci s osobami, kterým je poskytována sociální služba, podporu nezávislého kvalifikovaného odborníka“ (Vyhláška č.505/2006).

Koláčková (in Matoušek, 2008, str. 349) popisuje supervizi takto:

Supervize je celoživotní forma učení, zaměřená na rozvoj profesionálních dovedností a kompetencí supervidovaných, při níž je kladen důraz na aktivaci jejich vlastního potenciálu v bezpečném a tvořivém prostředí. Z institucionálního hlediska je supervize profesionálním postupem pozorování, reflexe profesní praxe i postgraduálního vzdělávání.

Kalenda (2012, str. 128) nám poté přibližuje samotný supervizní proces:

V rámci supervizního procesu dochází k interakcím mezi supervizorem, tedy tím, kdo supervizní proces koordinuje, usměrňuje a facilituje a supervidovanými, tedy těmi, kteří určují obsah, směr a tempo supervize. Supervizor přichází zvenčí, není žádným způsobem zainteresován na chodu organizace, a přináší nezaujatý pohled na předestřenou situaci či případ.

U pracovníků, kteří začínají nebo studentů má supervize ještě další funkci a to vzdělávací. Podněcuje osvojení odborných postupů a spojení teorie s praxí. Prostor supervize má být nadmíru důvěrný. Supervidovaný by měl cítit, že o něj supervizor jeví zájem, může mu důvěřovat. Jedině tak se pracovník nebude muset obávat mluvit o všech svých emocích a potřebách. V rámci procesu supervize se mohou vytyčit krátkodobé cíle (osvojení si dovedností, ...) nebo dlouhodobé cíle (plány osobního rozvoje, ...). Před započítím samotného procesu je žádoucí sjednat dohodu a závazně si stanovit cíle supervize mezi supervizorem a příjemcem (Koláčková, 2008). To jestli bude účinná ve velké míře závisí na vyspělosti účastníků a na otevřenosti měnit věci, co jsou zaběhlé, ale již nefungují. Přestože pracovníci mohou sami

shledávat, že určité věci v jejich práci nefungují nebývají ochotní vynaložit energii na jejich změnu a zůstávají tak ve svých dlouhodobých stereotypch. Dalším z faktorů, který může přispět k tomu, že pracovníci shledávají supervizi, jako neúčinnou může být strach z něčeho nového. Supervizní podpora pracovníků by nikdy neměla být považována za ukončenou. Provádí se v cyklech, někdy mohou být sezení často a intenzivní, někdy naopak například kvůli velkému množství práce jsou organizovány méně často. Ale měla by mít poskytována podle potřeby kontinuálně (Kalenda, 2012).

Supervize je určena především tam, kde se pracuje s lidmi. Dokáže tak účinně podporovat pracovníky, kteří při své práci čelí náročným a stresujícím situacím. Jsou vystaveni záporným emocím a utrpení svých pacientů. Díky supervizi, která podporuje psychickou stabilitu pracovníka je zprostředkována i vyšší kvalita služeb (Venglářová, 2013).

Venglářová (2013, str. 10) uvádí oblasti působení supervize pro pracovníky pomáhajících profesí v přímé péči:

- Zvládání emocí souvisejících s péčí o těžce či nevyléčitelně nemocné, trpící. Práce na vlastní psychické pohodě.
- Pozitivní působení na vztah pracovníka k pacientovi/klientovi. Pomoc vytvářet empatické vztahy.
- Podpora pochopení situace pacienta i jeho způsob, jak ji prožívá.
- Rozvíjení profesních dovedností, kompetencí. Učení se novým věcem i novým přístupům.
- Hledání nových přístupů, vedení případů.
- Řešení problémů mezi pracovníky v týmech či mezi různými týmy.
- Adaptace na pracovní roli, na prostředí.
- Přijímání změn v organizaci.

Formy supervize:

1. Individuální

Koláčková (2008, str. 354) popisuje strukturu individuální supervize, která zahrnuje:

- Supervizantovu sebereflexi minulého období a práce s klienty;
- Předložení problému (situace), který má být řešen;
- Poskytnutí prostoru k přemýšlení, sebereflexi a sebehodnocení supervizanta;
- Poskytování zpětné vazby ze strany supervizora;
- Nabídku a stimulaci variant řešení;
- Zapojení supervizantovi tvořivosti a fantazie;
- Podporu supervizantova rozhodnutí o konkrétní strategii budoucí práce;
- Závěrečné oboustranné zhodnocení splnění zakázky

2. Skupinová

Pracovníci mají prostor diskutovat o všem, co se týká jejich práce a rozvíjet tak sebe v kontextu skupiny. Stejně jako u individuální supervize, je skupinová založena na dohodě, která vymezuje, jak bude proces vypadat a jakých cílů má být dosaženo. Těchto skupinových sezení se zpravidla účastní 8-10 pracovníků. Využívá se takzvané skupinové dynamiky, účastníci tak mohou využívat podpory jeden druhého, mohou dostat zpětné vazby či od kolegů naučit něčemu novému (Koláčková, 2008). Supervize se dále může dělit na supervizi organizace, případovou či vztahovou. Někdy se můžeme setkat i s takzvanými balintovskými skupinami, které se zaměřují na případ.

3. Týmová

„Zahrnuje všechny členy pracovního kolektivu bez ohledu na jejich konkrétní pozici, potřeby, zdroje a odpovědnost. Je zaměřena především na činnost týmu jako celku a jeho efektivitu, popř. na práci celé organizace“ (Koláčková, 2008, str. 355).

4. Vzájemné konzultování dvou kolegů

Forma supervize na úrovni dvou kolegů, kteří jsou si podobně rovni ve svých získaných zkušenostech. Mohou získat odstup od svých případů a zvážit tak i jiné možnosti řešení (Koláčková, 2008).

5. Intervize

Koláčková (2008) informuje, že při supervizi v této podobě není přítomen supervizor. Jedná se o setkání kolegů, kteří se dělí o zodpovědnost za práci, kterou vykonává jeden z nich.

6. Autovize

Člověk si je sám vlastním supervizorem. „Tento druh supervize je vždycky na místě, i když se vám dostává dobré supervize odjinud. Jedním z cílů každé supervize je pomoci pracovníkům s rozvojem zdravého vnitřního supervizora, na kterého se mohou při práci obrátit“ (Hawkins & Shohet, 2016, str. 40).

4.5 Neprofesionální zdroje podpory

Do kategorie neprofesionální neboli soukromých zdrojů řadíme naše nejbližší příbuzné a kamarády, kteří nám mohou být nápomocni, vyslechnout nás a dodávat nám životní energii. Své místo zde zauímají také různé koníčky a záliby, které dokážou člověka přivést na jiné myšlenky a naplňovat jej zábavou a odreagováním. Ovšem nejen lidé, ale i zvířata mohou pro člověka představovat určitý zdroj podpory a přinášet mu kladné emoce a pocit klidu. Neprofesionální podpora má zajisté své výhody, do kterých se mimo jiné řadí fakt, že nás naši blízcí dobře znají, stojí při nás a jsou ochotni nám pomoci. Nevýhodou se pak ukazuje, že pracovník musí zachovávat naprostou anonymitu o pacientech, nemůže plně hovořit. Blízcí pracovníka, kteří nejsou z jeho oboru dostatečně neznají jeho profesi a pracovní prostředí a také nejsou pokaždé k dispozici. Nevýhodou se pak také může stát to, že pracovníci nechtějí obtěžovat své nejbližší svou prací (Venglářová, 2013). Tím, že pracovníci často nechtějí svou práci zatěžovat své okolí se často uchylují k využití vlastních zdrojů, aby byli schopni pomoci sami sobě. „Svépomoc podle Caplana, jednou ze stěžejních strategií, jak zvládnout náročnou situaci“ (Vodáčková, 2012, str. 46). Matoušek (2008, str. 128) uvádí, že ne každou náročnou situaci člověk řeší za pomoci profesionálů. Jedinec může na řešení využít své vlastní síly nebo podpory svého okolí. Svépomocí pak označíme „přeorientování“ osoby v krizi. To může způsobit například zaměření se na náhradní činnost. Křivohlavý (2010, str. 17) uvádí, že při realizaci dotazníkového šetření se zúčastnilo 175 zdravotních sester, které odpovídaly na otázku, co jim pomáhá v psychicky vypjatých situacích. Jejich nejčtenější odpovědi shrnuje do následujících oblastí:

- Rodina – lidé u nás doma.
- Přátelé – kamarádky, známí, lidé blízcí.
- Různé (specifické) formy uvolňování – relaxace.
- Řešení problémů s nadhledem.

II. Metodologická část

5 Cíl šetření

5.1 Výzkumný záměr a otázky

Je známo, že pomáhající profese se ve své práci zpravidla setkávají se smrtí a umíráním. Některé se s ní setkávají denně, jiné zřídka. Takové setkání se smrtí a práce s ní sebou přináší množství náročných a stresujících situací. Ale nejen pracovníci, kteří pracují s umírajícími, se do těchto situací mohou dostat. Myslím, že součástí každé práce jsou mimo pozitivních událostí i negativní, které mohou mít velký dopad na pracovníka. U pomáhajících profesí jsou si pracovníci sami svým pracovním nástrojem, a tím spíše je nutné se zabývat těmi negativními dopady, pracovat s nimi a snažit se je eliminovat. Svou prací bych chtěla upozornit, že jedna z těchto situací, která má na pracovníky přímý dopad může obsahovat téma předčasného ukončení života. Chtěla bych poukázat, že jako výše zmíněná smrt a záležitosti s ní spojené, je i problematika předčasného ukončení života součástí práce pomáhajících profesí. Specifikem této práce, a především její empirické části je snaha zprostředkovat vhléd do této tematiky pohledem pracovníků, kteří mají s tématem předčasného ukončení života vlastní zkušenost se svými klienty/pacienty. Sebevražednost a asistované ukončení života jsou pojmy, které se v naší společnosti objevují stále častěji. Je to fenomén prostupující napříč všemi společenskými i věkovými vrstvami. Proto se domnívám, že nejen pracovníci v přímé péči, ale i ostatní pomáhající profese se mohou ocitnout ve stavu, kdy budou postaveni před takový problém. Tedy i jim může tato práce danou tematiku přiblížit. Důležitá část výzkumu se zaměřuje na možnosti podpory, které mohou pracovníci využít.

HVO: Jak vybrané pomáhající profese působící v přímé péči vnímají předčasné ukončení života?

DVO1: Jak pracovníci reflektují takové myšlenky či požadavky u svých klientů?

DVO2: Jak pracovníci takové situace řeší?

DVO3: Jaké možnosti podpory mají tito pracovníci?

5.2 Výzkumný soubor a jeho výběr

Při sestavování vzorku pro moji bakalářskou práci byl použit záměrný výběr. Pro výzkumný vzorek jsem si vybrala pomáhající pracovníky v přímé péči. Konkrétně jsem si vybrala profese: pečovatelská, osobní asistent, zdravotní sestra a ošetrovatelka. Můj výběr směřoval na povolání, které jsou se svými klienty a pacienty ve velmi blízkém kontaktu a tráví se svými klienty/pacienty objektivně velké množství času, je tedy u nich větší pravděpodobnost, že museli situace týkající se předčasného ukončení života řešit. Dále tito pracovníci mohou svou péči poskytovat v ústavních zařízeních, kde se možnost setkání s touto problematikou také zvyšuje, což popisuji v teoretické části. Pro zařazení do vzorku jsem stanovila dvě kritéria. Prvním je již zmíněný výkon dané profese a druhým kritériem je, že pracovník musí mít zkušenost s myšlenkami, pokusem či realizací předčasného ukončení života u svého klienta/pacienta. Vzorek je tedy heterogenní, jelikož účastníci výzkumu mají určitou podobnou zkušenost, kterou se mnou v rámci mého výzkumu sdílí. Participanti byli vyhledáváni pomocí mých sociálních kontaktů, internetových stránek sociálních či zdravotních služeb, které obsahovaly kontakty na možné vyhovující respondenty. Vhodné participanty jsem oslovovala pomocí emailu, telefonního kontaktu či sociálních sítí. Celkově jsem oslovila 25 potenciálních účastníků. Výzkum se podařilo realizovat s 9 z nich. Účastníci během realizace výzkumu zastupovali práci v těchto oblastech: 2 pečovatelské v domácím prostředí (live in care), pečovatelská v domově pro seniory, ošetrovatelka v domově pro seniory, ošetrovatelka v léčebně dlouhodobě nemocných, zdravotní sestra na anesteziologicko-resuscitačním oddělení, zdravotní sestra z jednotky intenzivní péče, psychiatrická sestra, osobní asistentka.

6 Metodika výzkumu

6.1 Kvalitativní výzkum

K naplnění stanovených cílů jsem zvolila kvalitativní výzkum. Při kvalitativním výzkumu nezískáváme výsledky statistickými procesy, ale naopak. Typickými metodami jsou pozorování a rozhovor. Jedním z hlavních důvodů pro můj výběr kvalitativního výzkumu je jeho vhodnost pro určité zkoumané oblasti. Například výzkum jevů, o kterých toho moc nevíme, k získání nových názorů, k zachycení detailních informací. Také slouží k odhalení jádra něčích zkušeností s daným jevem, což uplatňují právě ve své práci (Strauss & Corbin, 1999). Na začátku výzkumu si badatel zvolí téma, na které se bude zaměřovat a stanoví výzkumné otázky. Někdy bývá kvalitativní výzkum označován jako „pružný“, jelikož se směr, jakým se bude výzkum vyvíjet může v procesu realizace měnit. Samotný sběr dat a jejich

analýza většinou probíhá v delším časovém období. Výzkumník rovněž ověřuje data a své hypotézy. Konečnou fází je pak výzkumná zpráva, která zachycuje citace rozhovorů či výzkumníkovy poznámky (Hendl, 2005).

6.2 Metoda sběru dat

Data jsem sbírala v období od února do května 2022. Pro sběr dat jsem zvolila polostrukturovaný rozhovor. Tyto rozhovory s otevřenými otázkami patří mezi metody kvalitativního výzkumu. Jsou charakteristické předem připravenými otázkami. Výhodou může být snadnější analýza získaných dat, ve kterých se dají dobře vyhledat jednotlivá hlavní témata. Nevýhodou pak může být určitá omezenost, která je daná předem připravenými otázkami. Samotné rozhovory poté nemusí odrážet individualitu jednotlivých respondentů a zaměřují se pouze na předem určená témata (Hendl, 2005). Zmíněné rozhovory jsem realizovala osobně tváří v tvář nebo v online prostředí. Na samém začátku jsem respondenty informovala o své bakalářské práci a cílech, které jsem si v ní stanovila. Dále jsem od účastníků získala souhlas s nahráváním našeho rozhovoru. Během rozhovorů jsem se držela předem připraveného scénáře a otázek v něm obsažených. V průběhu jsem se snažila pružně reagovat na podněty a potřeby respondentů. Délka rozhovorů se pohybovala v rozmezí 30-50 minut a byly zakončeny výzvou pro vyjádření jakýkoliv podnětů, dodatků, které v průběhu rozhovoru nezazněly a respondent by se k nim chtěl vyjádřit nebo doplnit informace již řečené.

6.3 Metoda analýzy dat

Pro analýzu dat jsem zvolila tematickou analýzu a konkrétně reflexivní tematickou analýzu. Braun & Clarke (2006) ji označují jako flexibilní přístup kvalitativní analýzy dat. Právě díky její flexibilitě ji lze užít na analýzu většiny kvalitativních údajů. Mezi její další výhody se řadí například její vhodnost při práci s objemnými soubory dat či možnost využití při práci ve výzkumných týmech. Braun & Clarke (2006) vytvořili 6 fází, které reflexivní analýza obsahuje. Jednotlivé kroky popisují následovně:

1. **Seznámení s daty** – v této fázi je důležité si pečlivě pročíst sesbíraná data. Výzkumník by měl věnovat pozornost zajímavým vzorům. Také je žádoucí si při seznamování s daty sepisovat poznámky, například čemu se respondenti při rozhovoru nejvíce věnují a kladou na to důraz.

2. **Generace počátečních kódů** – následující krok je charakteristický procházením a redukcí dat. Je třeba se zaměřit na části textu, které jsou vhodné a relevantní k výzkumu a je možné využít jejich potenciálu. Ke každému vhodně vybranému úryvku přiřadí výzkumník „štítek“ (kód), který jej co nejdůležitěji popisuje.
3. **Generování témat** – nyní je na řadě znovu procházení dat a vyhledávání kódů, které mají k sobě určitou vazbu. Z kódů, které sdílí podobný obsah vytvoříme témata nebo podtémata.
4. **Přezkoumávání potenciálních témat** – výzkumník provádí kontrolu všech možných témat, a to v souvislosti s jednotlivými kódy, tak s celým datovým souborem. Je také třeba zjistit, zdali se témata odpovídají na výzkumné otázky a jsou pro analýzu podstatné.
5. **Definice a pojmenování tématu** – tento krok je věnován popisování jednotlivých témat a toho, co sebou přináší významného. Výzkumník reviduje závěrečné názvy témat a také se věnuje výběru citací z textu, které využije při sepsání analýzy. Tyto citace poté budou sloužit jako vhodné argumenty pro dané téma.
6. **Vypracování zprávy** – tuto fázi můžeme označit jako konečnou. Za významný úkol je možné považovat závěrečné seřazení témat, aby na sebe navazovala. Výzkumník reviduje a dokončuje zprávu. Nutné je ale podotknout, že zápis výzkumu většinou probíhá po celý proces těchto 6 fází.

III. Empirická část

7 Společná témata

V této části bakalářské práce se budu věnovat představení společných témat.

7.1 Reakce pracovníků na umírání a smrt klienta/pacienta

Z povahy mé práce již vyplynulo, že se pracovníci v přímé péči setkávají při své práci s umíráním a smrtí. Některé profese prožívají tyto situace daleko častěji než jiné. Například zdravotní sestra přichází do těchto situací objektivně mnohem častěji než například osobní asistent v sociálních službách, avšak ani u něj není vyloučeno, že nebude muset takovou situaci řešit. Někdy je smrt očekávaným důsledkem onemocnění a někdy je naopak náhlá. Pracovníci si uvědomují, že při jejich práci mohou tyto situace nastat. V této souvislosti popisovali například následující obavy:

R1: *„Jak jsem říkala, předtím jsem pracovala mimo obor, nejsem zdravotník, mám jen kurz a hrozně jsem se toho bála celý ty léta, co jsem pracovala jako pečovatelka, že k té smrti jednou může přijít.“*

R3: *„Poté, co jsem nastoupila na LDNku³, jsem dlouho nemohla být u situací, když klient přímo byl mrtvý. Nemohla jsem poskytovat následnou péči o to tělo, protože jsem se toho obávala.“*

I přes možné obavy se všichni z mých respondentů se smrtí svých klientů a pacientů setkávají. Dříve však museli projít chvílí, kdy se s umíráním setkali úplně poprvé. Jedna z mých otázek proto směřovala na jejich pocity a prožívání, které by tuto chvíli popsaly. Všichni účastníci potvrdili, že si první úmrtí plně vybavují, a to i s nejrůznějšími detaily.

R5: *„To si pamatuji velmi dobře, bylo to hned první den při mém nástupu v roce 2016.“*

R6: *„Ano, pamatuji si úplně všechno. Na to se ani nedá zapomenout. (...) Za těch osm let, co jsem tady, nezapomenu, pamatuji si všechny své klienty i jejich smrt.“*

³ Léčebna dlouhodobě nemocných

R3: „Poprvé to bylo vlastně na praxi, což bylo pro mě hrozné, nesla jsem to hodně špatně. První praxe trvala asi tři měsíce a každý den jsem se vracela s brekem domů a myslela jsem si, že to nevydržím.“

R4: *Hodně náročný, my jsme na to nebyli vůbec připravený. První realita. Bylo to na praxi ve 3. ročníku. Byla to mladá paní, 32 roků, čerstvá maminka, která měla doma miminko, měla melanom kůže. Z naší pozice žákyň to bylo hodně těžký a nepochopitelný.*

Jistě je první setkání pracovníka se smrtí chvílí, která velmi působí na psychickou stránku člověka. Myslím si, že to vyplývá už jen z toho, s jakou přesností dokázali dotazovaní zodpovědět mou otázku. Všichni respondenti označili situaci prvního úmrtí jejich klienta/pacienta za náročnou. S takto těžkými situacemi souvisejí různé reakce a postoje, jaké pracovníci ke smrti mají. Čtyři z devíti dotazovaných uvedlo, že je smrt velmi zasáhla a vyrovnávali se s ní dost osobně a emotivně.

R1: „Už je to sice pár let zpátky, co zemřel, ale pamatuji si, že jsem brečela, protože jsem to ze sebe potřebovala dostat.“

R5: „Někdy je to takové náročnější a člověk se slzám neubrání, přeci jenom máte k některým klientům, třeba blíže, ale ve své práci s tím počítáme.“

Prožívání a samotná adaptace na přítomnost umírajícího a smrti je velmi individuální. Všichni se ale shodují na tom, že smrt neodmyslitelně patří k životu a také k jejich práci. U jednoho z pracovníků se také objevil aspekt křesťanské víry, která se také může promítat do jeho práce a pojetí smrti.

R5: „Upřímně řečeno mně tyhle věci nevadí. Již jsem pochovala oba rodiče a smrt mi nepřipadá hrozná. Jsem navíc věřící člověk a práci v domově pro seniory beru tak, že k nám se senioři nechodí uzdravit, ale k nám si chodí dožít.“

Jedna z mých dalších otázek týkající se prožívání smrti měla za cíl zjistit, zdali se proměnil náhled pracovníku na smrt s jejich přibývajícím praxí v přímé péči. Předpokládala jsem, že pracovníci, kteří se s touto problematikou často setkávají, si mohou vytvořit určitý odstup od

takto náročné situace. Změnu pojetí smrti ve své práci zaznamenalo pět z devíti respondentů. Pět z nich se také vyjádřilo k tomu, že si dokáží udržet odstup od smrti svých klientů/pacientů a nenechají se do okolností přílišně vtáhnout. Svůj postoj vyslovili například takto:

R2:

T: Proměnil se Váš náhled na tu smrt, za dobu, co tuto profesi vykonáváte?

R: *„Jo, já myslím, že jo, není to pro mě teď tolik osobní.“*

R3: *„Ano, už se mi to proměnilo, jinak bych nemohla v této profesi dělat, kdybych si každé tohle úmrtí brala tak k srdci.“*

R7: *„Já to beru tak, že když člověk umře, že to není to nejhorší, co se mu může stát. Svým způsobem to beru, že ta smrt je dobrý konec, že hodně záleží na tom, jak člověk umře a pakliže umře dobře, bezbolestně, rozloučí se s rodinou a je vyrovnaný. Pak to považuji za ten šťastný konec.“*

Ne všichni respondenti z výzkumu, ale dokáží takové situace neprožívat osobně. Sami ve svých odpovědích reflektují, že to nemusí být vždy úplně správné. Pak takové situace mohou mít mnohem větší dopad na psychické zdraví pracovníků.

R1: *„No beru to hodně osobně. Kolegyně, co jsou zdravotní sestry mají tu výhodu, že už ten odstup trochu dokážou mít, ale to já ne. Já s těma lidma vždy navážu blízký vztah, i když to není úplně dobře.“*

R4: *„Prožívám to velmi osobně vůči tomu pacientovi i vůči jeho rodině. Pro mě to byl jakoby jeden z těžkých momentů, protože se vždycky nechám do toho vtáhnout. Neumím se od toho odtrhnout. Nevím, jestli je to dobře (...).“*

V jednom případě se velmi silné pohlčení a prožívání smrti klienta stalo možnou překážkou při pokračování v práci pomáhající profese v přímé péči.

R2: *„Když jsem nastoupila, tak jsem si strašně rozuměla s jednou klientkou a když mi umřela, tak to mě tedy vážně zranilo. Kolegyně mi řekly, že buď se vzpamatuji, anebo tu práci nemohu dělat.“*

7.2 Srovnání modelů umírání pohledem pracovníků v přímé péči

Ve třetí teoretické kapitole jsem se zabývala třemi nejhlavnějšími modely umírání: domácím, institucionálním a paliativním. Proto je srovnání těchto modelů další oblastí, na kterou jsem se zaměřila. Chtěla jsem zjistit jak pracovníci, kteří pracují u klientů doma, ale i v institucích pohlíží na tyto možnosti prožití závěru lidského života. Jednohlasně všichni dotazovaní uvedli, že vnímají domácí model umírání za příznivější než institucionální model. Umírání v domácím prostředí kladně hodnotí z mnoha důvodů, jsou jimi například:

R3: *„Domácí prostředí je lepší, klient se tam cítí doma, je to pro něj bezpečnější prostředí na to trávení posledních chvil.“*

R5: *„Co se týče práce je největší rozdíl v čase. Když pracujete u klienta doma, a nejste časově omezena, můžete si péči naplánovat a maximálně přizpůsobit aktuálním potřebám a přáním klienta. Ty lidé žijí doma, tak jak sami chtějí, a to je to krásné.“*

Avšak umírání doma může doprovázet i řada obav, překážek a úskalí. To podstatné, co pracovníci zmiňovali, je ochota rodiny a nejbližších převzít na sebe roli pečujících a spolupracovat s pomáhajícími pracovníky na nejlepším zájmu umírajícího. Ovšem ne vždy, když chce rodina pečovat, má pro to ty správné podmínky.

R7: *„Myslím si, že je fajn, když ten člověk má možnost umřít doma, nicméně zase vnímám to, že ne každá rodina má ty podmínky a že někdy ten stav člověka je takový, když se ti lidé třeba dusí, mají velké bolesti, a tak potřebují potom instituci. To neznamená, že by byla nějak apriori špatná, nicméně, že ten člověk do poslední chvíle doma, tak to většinou pro ty lidi má veliký význam.“*

R1: *„Pokud to rodina zvládne, jsem za to, aby lidé umírali doma. Ale chápu ten strach rodiny, sama bych nechtěla vidět svoje rodiče ve stavu, v jakém vidám svoje klienty. Bezmocné, trpící bolestí, zoufalí, dementní. Ale pokud jsou proto alespoň jen trochu podmínky, tak samozřejmě je za mě lepší umírat doma.“*

Jedna z pracovníc dokonce popsala případ, kdy naopak domácí model umírání může dotyčnému člověku uškodit:

R5: „Vše má své pro a proti, například jsem na jedné stáži viděla, že rodina nechává svého umírajícího člena v šílených podmínkách, a to jen proto aby na něj mohla pobírat příspěvek. Potom to lidé mají o mnoho lepší v domově pro seniory, kde jim poskytuje komplexní péči.“

Institucionální model umírání je nejčastějším v České republice. A jak již bylo řečeno, vše má své pro a proti. I tak i ústavní možnost představuje řadu výhod, ale i možných nepříjemností jako model předchozí. Umírání v institucích dokáže zajistit komplexní péči o člověka, který to potřebuje. Tomu je poskytována nepřetržitá péče a je pod dohledem, kdyby například došlo k akutnímu zhoršení stavu. Personál je odborně vyškolený na poskytování profesionální péče. Při špatném zdravotním stavu lidí většinou ani nemohou zůstat v domácím prostředí, i když by chtěli. Jednu ze situací, kdy je institucionální péče mnohem příznivější prostředí pro umírajícího člověka, popisuje následující úryvek:

R9: „Jako výhodu ústavní péče vidíme to, že na to nejsou sami, že tam jsme my. Hlavně v případech, kdy u pacientů nefunguje jejich vlastní rodina. Když to kolikrát vidím, tak se rodiny dokážou chovat mnohem hůře než personál. Chodí například jen jednou za měsíc, kdy bere člen jejich rodiny důchod. Zažila jsem i to, kdy se rodina přišla zeptat, kdy daný pacient zemře, aby mohli dědit. Tito pacienti, kdyby byli doma, tak zemřou sami, takže u nich vidím, že je pro ně v tomhle ohledu ústavní péče lepší.“

Nevýhody potom pracovníci spatřují zejména v nezachování soukromí a intimity. Také popisují neosobní přístup personálu.

R1: „Manželka již zmiňovaného klienta právě zemřela v nemocnici a bylo to takové neosobní. Byla jsem za ní, seděla jsem u ní přes tři hodiny. Za celou dobu za ní nepřišla sestra ani doktor.“

Z pracovního pohledu pak respondenti zmiňují nedostatečné personální zabezpečení, které může vliv na zhoršení péče z nedostatku času na klienty/pacienty.

R7: „Ze tří interen v našem městě funguje jedna a ze tří chirurgií jsou v provozu jen dvě. A polovina zdravotníků prý dala výpověď. Takže nic moc, běžně 60 hodin týdně a musíte to obětovat na úkor svých rodin.“

Dotazovaní během rozhovorů nezapomínali ani na paliativní model, který může být poskytován formou ambulantní, pobytovou či mobilní. Pět respondentů označilo paliativní péči za velmi efektivní model, který považují za vhodnou možnost péče o umírající. Neuváděli žádné nedostatky této péče, spíše naopak zmiňovali řadu kladů, které může poskytnout. Mezi hlavní pozitiva označovali efektivní tišení bolesti a možnost být nablízku svým nejbližším.

R1: *„Zase je otázka, když je člověk hodně nemocný, je žádoucí opravdu dobrá péče, jako může nabídnou paliativa. Zařízení, která dnes paliativní péči poskytují jsou na dobré úrovni a věřím, že je tam přítomna i empatie a až skoro rodinné prostředí.“*

R4: *„V nemocnici jako klasické jsem dělala na Jipce⁴, tak když porovnáme klasickou nemocnici s hospicem, tak i když nemocnice už dokáže zajistit vše, co by mělo být, tak jsem stoprocentně pro hospic.“*

R9: *„Taky mě napadá, že v rámci ústavní péče dokáže velmi dobře fungovat hospicová péče, kdy se rodina chce starat, ale pacient nemůže zůstat doma například z důvodu pokročilé nemoci.“*

Pečovatelka z domova pro seniory se podělila o jejich čerstvou zkušenost se zaváděním paliativní péče do pobytových zařízení pro seniory. S tímto rozšířením domov dokáže nabídnout opravdu komplexní péči o seniora, který může zůstat v tomto zařízení do posledních chvil.

R5: *„Máme v domově hospicový pokoj. Kde mohou být příbuzní s klienty domova až do jejich posledního vydechnutí. Náš domov se také zajímá o paliativní péči, kdy je teď trend rozvíjet paliativní péči v domovech pro seniory.“*

7.3 Situace související s předčasným ukončením života

Hlavní oblastí, kterou jsem se snažila svým výzkumem přiblížit, jsou náročné situace v práci pomáhajících pracovníků, které sebou nesou problematiku předčasného ukončení života. Všichni z mých respondentů mají takovou zkušenost ze své práce, jelikož to bylo jedním

⁴ Jednotka intenzivní péče

z kritérií pro zařazení do výzkumného vzorku. Obecně položená otázka podkryla různé situace, ve kterých se pracovníci ocitají a musí s nimi nějak nakládat a řešit je. Ze všech rozhovorů na mě působila náročnost takových situací. Pracovníci popisují okolnosti, kdy klient s nimi sdílí své suicidiální myšlenky, plány, tendence či jsou dokonce vystaveni pokusům o suicidium. Za nejčastější situaci byla označena ta, kdy se klienti či pacienti ocitají ve stavech velkých bolestí a za těchto okolností verbálně vyjadřují svou vůli zemřít. Různá onemocnění a je provázející bolesti zmiňují všichni účastníci výzkumu, jako nejčastější příčinu myšlenek na ukončení života. Nejlépe tyto situace popíší slova samotných pracovníků s touto zkušeností.

R1: *„Poté jeden klient se vyjadřoval tak, že už na světě nechce být, že má velké bolesti, že by radši skočil z okna.“*

R5: *„Občas se stává, že když klient prožívá nějaké obtíže tak pak říká věty jako: „Já bych tu už nejradši nebyl“. Ale jsou to většinou stavy, kdy mají těžké bolesti, demenci a podobně.“*

Nejen velké bolesti podle zkušeností pracovníků, ale i například vysoké stáří či ztráta smyslu života zapříčiňovala u klientů/pacientů myšlenky na předčasné ukončení života.

R9: *„Ano, měli jsme paní, která hodně vyjadřovala vůli, že chce zemřít. Říkala, že již přežila rodinu, že už nikoho nemá a nemá tady už pro co žít. Navíc, že je nemocná a na světě jí už nic nedrží.“*

Někdy byly stavy opravdu silné bolesti a myšlenky na skončení života byly vyjádřeny nejen verbálně, ale i neverbálně. Toto chování pak může být také doprovázeno klientovou/pacientovou agresí. Agrese může mít různou intenzitu a zkušenost s ní se mnou sdíleli tři dotazovaní.

R8: *„Měla jsem pacienta, který měl takové bolesti, kterého bolelo úplně všechno a nešlo ho vůbec napolohovat, či s ním nějak manipulovat. Vyjadřoval se tak, že chce zemřít, že ho to šíleně bolí a nedá se to vydržet. Pak takový pacienti Vám mohou drtit ruce nebo vás třeba poškrábat, ale oni za to nemohou, oni se brání, aby s ním nebylo hýbáno.“*

Obdobnou situaci zažil jiný pracovník, ale k této situaci byla připojena i žádost pacienta o ukončení života. Dva pracovníci z devíti popsali situaci, ve které je klient/pacient prosil o jejich

pomoc s ukončením života. Jeden případ dokonce zaznamenal tuto prosbu nejen od samotného člověka, trpícího bolestmi, ale za pracovníkem s obdobnou žádostí přišla i jeho rodina.

R3: „Při praxi zdravotní sestry se to stávalo často, můžu uvést příklad, kdy paní byla onkologicky nemocná a byla v nemocnici, kde jsem jí měla jako pacientku. Paní měla velké bolesti, byla u nás asi týden a vlastně každý den a několik hodin brečela, naříkala, křičela a tahala nás za ruce, měla obrovskou sílu. My jsme z těch služeb odcházeli s velkýma modřinami, protože nás paní nechtěla pustit. Škrábala, brečela a vlastně chtěla po nás, abychom jí pomohli, abychom tu situaci ukončili, pomohli odejít ze světa.“

R4: „Tito pacienti, když trpěli velkými bolestmi někdy žádali o ukončení života a někdy to žádala i rodina.“

Takové situace ale však nemusí skončit jen u myšlenek na ukončení života. Pracovníci tak charakterizují okolnosti, kdy klient/pacient projevuje sebevražedné tendence, sděluje jim plán na sebevraždu nebo se o ni dokonce pokusí.

R9: „Také jsme zažila paní, která si chtěla podřezat žíly, ale nakonec to nedokončila. Jedna jiná pacientka často vyjadřovala přání zemřít a po mně pořád chtěla, abych jí řekla, jak to má udělat, aby tu sebevraždu opravdu provedla spolehlivě.“

R5: „Co si tak vzpomínám zažila jsem pána, který chtěl skočit z balkónu. My nejsme domov se zvláštním režimem, takže nejsme povinni takto lidi hlídat. Když je nějaké indikace, tak chodíme například neklidné klienty více kontrolovat v noci. Tyto kontroly provádíme jak my, tak sestry. Tento případ se stal jednou při večerní směně a nějaká pohotová paní nás upozornila, že máme klienta venku na balkóně.“

7.4 Reakce pracovníků na situace související s předčasným ukončením života

Z popisu předchozího tématu je nadmíru jasná náročnost takových situací, které se týkají ukončení života. Pro zaměstnance to musí představovat značnou psychickou zátěž, ale také určitou zodpovědnost a důležitost jejich reakce. Každý pracovník je jedinečná osobnost a stejně tak i jeho klient/pacient. Z rozhovorů vyšlo, že si každá taková obdobná situace žádá individuální přístup. Ale samotná reakce a řešení dané situace, jak se zdá má více proměnných.

Nejdříve bych prostřednictvím citací rozhovorů poukázala, jak se pracovníci v takových situacích cítí.

R3: „*Jsou to velmi nepříjemné pocity, člověk to kolikrát ani nečeká (...)*“

Jeden z respondentů musel díky psychické náročnosti své práce a především situací, kdy klient trpěl velkými bolestmi a neměl již vůli žít, ukončit svou pečovatelskou činnost.

R1: „*Mě spíš trápí ta bezmoc, když oni trpí bolestmi a člověk jim nedokáže pomoc. Pečovala jsem o mladou ženu po infarktu, která ochrnula na půlku těla. Celou noc jsme nespaly, den i noc jsem o ní musela pečovat a ona nařikala, že jí vše bolí. Nezvládala jsem péči o ní psychicky a poté už ani fyzicky a musela jsem tuto spolupráci ukončit.*“

Zásadní otázkou je, jak mají pracovníci v přímé péči tyto stavy svých klientů/pacientů řešit. Z výzkumu se ukázalo, že velmi záleží na okolnostech a závažnosti dané situace. Avšak žádný z pracovníků se necítil být kompetentní a připraven takové události řešit. Nyní uvedu způsoby, jakým pracovníci reagovali na tyto události. Dotazovaní uváděli nejčastěji dvě strategie a těmi jsou odvedení od tématu nebo naopak nechání klienta/pacienta se vypovídat.

R3: “*(...) Snažíte se odvést pozornost na to, že paní má rodinu, že přijdou vnoučata, aby se tolik nesoustředila na tu bolest.*“

R2: „*No, tohle je také strašně těžké, ono odvádět je od toho tématu to moc dvakrát nejde, ale je fakt, když jste s nimi a stačí jim, když jim nasloucháte, stačí tam i třeba dotek, to poznáte, tihle lidé reagují každý strašně jinak a někdo třeba si vyleje takovýmto způsobem srdíčko: víte co sestřičko, mě to tak strašně bolí, sežeňte mi prosím nějaký lék.*“

R7: „*Já většinou reaguji tak, že vyjadřuji pochopení pro danou situaci, kdy jsem tomu pánovi řekla, že to chápu, že je ten život strašně těžký.*“

Většina respondentů se vyjádřila tak, že nejsou na takové situace připraveni a také, že je na to škola či různé rekvalifikační kurzy, které jsou podmínkou pro jejich práci nedokáží přichystat. Pracovníci tak při událostech, kdy klienti projevují vůli předčasně zemřít jednájí intuitivně a podle svých možností a zkušeností.

R6: „*Ano, zažila jsem to jednou, ale vůbec jsem nevěděla, jak mám na to reagovat.*“

R8: „*Na takové situace Vás nikdo připravit nedokáže, to se naučíte až z praxe. Také ne každý takové situace unese a pak třeba již nemůže v této práci pokračovat.*“

R9: „*(...) vše se naučíte až praxí. Nikdo vám neřekne, jak reagovat a na každého pacienta také zabírá jiný přístup a k jejich uplatňování Vám pomůže opravdu jen praxe a zkušenosti.*“

R9: „*Nikdo nám nikdy neřikal, jak na to můžeme a máme reagovat. Ale není moc, co jim na to můžete říct (...) a pak takové stavy řeší spíše psychiatr.*“

R4: „*(...) škola nepřipravuje, to jako člověk si tím musí projít, vyžrát a taky si myslím, že to souvisí s nějakou charakterovou stránkou. Člověk může tuto situaci zažít desetkrát, stokrát a pořád to bude stejné, takže si myslím, že to trochu souvisí i s osobností.*“

Při samotném řešení těchto situací se všichni dotazovaní shodují na obdobném postupu. A to je kontaktování a předání pacienta/klienta do péče odborníků. Všichni respondenti zmiňují zaangažování lékařské péče. Důležitým prvkem se pak ukázalo řešení bolesti klienta/pacienta. Předchozí témata nám přinesla zprávu o tom, že myšlenky na ukončení života nejvíce pociťovali lidé ve velkých bolestech. Proto pracovníci vyjadřují nutnost efektivnějšího tišení bolesti. Dále zmiňují možnost vyšetření psychiatrem a také úpravu léků pacienta/klienta. Při nutkavých myšlenkách na smrt, ale nejen při nich, při jakémkoli zásadní změně stavu, se v ústavních zařízeních indikuje zvýšený dohled.

R5: „*Tak řeší se to především medikací. Tyto situace se vždy musí řešit komplexně a mají je na starost především naše paní doktorka a pan psychiatr.*“

R6: „*(...) pokud má klient opravdu velký strach, obavy nebo nějaké myšlenky na ukončení života, tak informace o těchto stavech vždy podávám dál. (...) Tomu člověku můžete ještě pomoci. Pokud je to časté téma a klient se k němu pořád vrací, je na místě informovat rodinu a řešit tyto stavy s lékařem.*“

7.5 Postoj pracovníků k asistovanému ukončení života

Výzkum již nastínil, jaký postoj účastníci zauímají ke smrti, kterou zažívají v rámci své práce. Také porovnali na základě svých zkušeností jednotlivé modely umírání. Jsou to pracovníci, kteří zažili a zažívají smrt zblízka a zaujali k ní určitý postoj. Ve své práci prošli nejednou náročnou situací. Náplň jejich profese je pomoc člověku ve chvílích, kdy ji ve svém životě nejvíce potřebuje. Pracovníci v přímé péči pracují se svými klienty/pacienty v různých situacích, doprovází je určité časové období a jsou přítomni mnoha stavům, v nichž se jejich klienti/pacienti mohou nacházet. Respondenti mají tak zažité různé události a skrze svou práci dobře znají význam života i smrti. Zajímalo mě, jak účastníci výzkumu nahlíží na možnost asistovaného ukončení života. Sedm z devíti pracovníků se shodlo v bodu pochopení lidí, kteří se v nepříznivém zdravotním stavu se špatnou prognózou rozhodnou svůj život za asistence ukončit. Kritéria, která od respondentů zaznívala k schválení asistovaného ukončení života, do jisté míry kopírují podmínky, jež stanovily státy, které tuto možnost v nějaké formě legalizovaly. Hlavní bod byl stav člověka, který trpí nesnesitelnými bolestmi a je mu diagnostikována nevléčitelná nemoc. Dále také pracovníci zmiňovali podstatu jeho svobodného rozhodnutí a smíření s ním. Zároveň ale většina upozorňuje na důležitost nastavení vhodných kritérií, aby nedošlo ke zneužití. Dotazovaní popisují náhled na tuto problematiku následovně:

R1: „*Já pro tohle tedy jsem, když ty lidi už nemají jiné východisko a opravdu už se jenom trápí a čekají na smrt.*“

R2: „*To je fakt, že člověk už nad tímto přemýšlel taky a že vlastně nevím, Když je ten člověk strašně nemocný, tak podle mě by na to to právo měl mít se rozhodnout a za nějakých okolností prostě ten život ukončit.*“

R8: „*Já sama si to nedokážu představit a neudělala bych to. Zase mám ale pochopení pro člověka, který opravdu trpí velkými bolestmi a nechce být rodině na obtíž a nemá již vůli žít. Pak to chápu, jestliže není už jiné východisko a ta smrt je tak jako tak nevyhnutelnou. Chápu ty lidi, nikdo z nás nechce trpět. Nikdo z nás nechce mít vidinu nevléčitelné nemoci, kdy vám zbývá posledních pár měsíců života, které strávíte v bolestech. Také ten člověk, který to udělá musí být o svém kroku opravdu přesvědčen a musí být silný.*“

R9: „*Strašně těžko by se to posuzovalo. Ale musím říct, že v některých případech bych do toho šla. Když to vidíte, třeba devadesátiletou paní, která trpěla na mnoho nemocí. Měla velmi nízký tlak a často padala, dá se říci že denně. Naneštěstí většinou spadla tak, že měla hluboké rány a krvácela. Když se dostala k nám tak se mi často svěřovala, že již žít nechce, že měla krásný život, ale už ji tady nic nečeká. Přežila všechny i svoje děti a nikoho tu už nemá a nic ji netěší. Taky bych nechtěla zůstat na přístrojích a plně závislá na ostatních. Někteří lidé mají opravdu velké bolesti a vědí, že to již nikam jinam, než ke smrti nepovede. A když jsou plně rozhodnutí, tak proč jim to protahovat. Když jsou s tím smíření a chtějí to, většinou teda jsou s tím smíření jen ti pacienti a ne rodina, ale to už je zase jiná otázka. Každopádně bych to určitě zvažovala a povolila, ale nevím, jak by se to mělo hodnotit. Musely by být dobře nastavena ty kritéria.*“

Je důležité zmínit i důraz na paliativní péči, která při správném nastavení dokáže velmi dobře zvládat terminální stavy a všechny její provázející jevy, jakými jsou například silné bolesti. Ale tato forma nemusí být pro všechny dostatečným řešením. Dva z respondentů při našem rozhovoru zmínili i poslední medializovaný případ Čecha, který se rozhodl podstoupit asistovanou sebevraždu.

R7: „*Já si opravdu myslím, že hodně záleží na paliativě. Hodně jsem zažila umírat lidi s ALS a dovedu si představit tu situaci, kdy člověk nad sebou ztrácí tu kontrolu, že ta situace je natolik hrozná, že se člověk rozhodne pro tu asistovanou sebevraždu. To byl ten poslední hodně medializovaný případ. Kdy ten pán odjel, měl ALS a musím říci, že to jeho rozhodnutí do velké míry chápu.*“

R3: „*Myslím si, že je to každého věc, rozhodnout si musí každý sám, mohu zmínit případ, kdy pán odjel do Švýcarska pro podstoupení asistované sebevraždy, myslím si, že je to tak v pořádku. Že nevidíme do toho, jak se druzí cítí a jakou bolest prožívají a nemáme právo za ně rozhodovat.*“

Jak již bylo řečeno, ne všichni z respondentů souhlasí s možností, kterou zahraničí nabízí, a to s asistovaným ukončením života. Své stanovisko vyjádřili následovně:

R5: „*Jsem věřící člověk a myslím, že by člověk neměl předčasně zkrátit svůj život a že zmíněné myšlenky na předčasnou smrt se u klientů objevů ve stavech, kdy prožívají bolesti. Člověk má svůj vymezený čas tady na zemi a každý den má svůj smysl.*“

R6: „Myslím si, že asistovaná smrt je lehce zneužitelná a dnes je již kvalitní péče, která dokáže tlumit bolest. Spíše jsem proti tomu.“

7.6 Čerpání profesionální podpory

Toto téma ve vztahu k mé práci považuji za důležité. Již byla představena nejedna náročná událost, kterou museli pracovníci v přímé péči řešit. Je proto nadmíru důležité aby, měli možnost využívat vhodné zdroje podpory. V tomto tématu jsem se zaměřila na zmapování profesionálních zdrojů podpory. Nejvíce využívaný zdroj nebyla podpora nabízena zaměstnavatelem, ale podpora od kolegů. V tom se shodovala sociální i zdravotní oblast. Všichni respondenti charakterizují podporu svých kolegů, jako efektivní. Za hlavní přínosy považují to, že je jim tato forma podpory vždy rychle k dispozici a také popisují určitou sounáležitou a spolu sdílení podobných situací a pocitů.

R7: „Kolegyně, které zažívají to samé, tak poskytují jinou podporu, než ta rodina a blízcí. (...) Kolegyně můžou většinou posunout více, zažívají prakticky to stejné. Posunout více především z toho profesního hlediska, jak co řešily a atd.“

R9: „Sama mám dvě kolegyně, které jsou mi bližší a vím, že se na ně mohu s čímkoliv obrátit a zároveň jsem tu i já pro ně, když potřebují pomoci. Je pravda, že to mi pomáhá hodně. Děláme stejnou práci a všechny víme, o co jde, tudíž si dokážeme efektivně pomoci a vzájemně se podpořit. Když si prožijete v práci náročnou situaci, tak se hned můžete obrátit na kolegyni, která vám porozumí a vyslechne Vás, v tu chvíli, kdy to nejvíc potřebuje. Na konzultaci u psychologa nebo na individuální supervizi můžete čekat dlouho. Pak ten problém pro Vás už nemusí být aktuální, máte na něj třeba již jiný náhled nebo už jste se s ním vnitřně vypořádal.“

Dále se zaměřím na zdroje podpory, které jsou pracovníkům nabízeny jejich zaměstnavateli. Zde od sebe rozdělím zdravotní a sociální služby, protože se nabídky od sebe odlišují.

Zdravotní služby

Ze získaných dat vyšlo, že pracovníci ve zdravotnictví nemají přehled o tom, kam se mohou obrátit v situacích, kdy pocítují, že potřebují v rámci své práci psychickou podporu. Konkrétně

v mém výzkumu najdeme čtyři respondenty pracující ve zdravotnictví. Z mého pohledu byli otázkou na možnost podpory v zaměstnání zaskočení. Žádný z nich si nebyl úplně jistý, jaké zdroje jsou pro ně přístupné. Nakonec všichni popsali, že žádnou možnost nevyužívají a nikdy nevyužili. Zároveň žádný z těchto čtyř zástupců nezná nikoho ze svých kolegů ve zdravotnictví, který by využil podporu v zaměstnání. Dva respondenti odkázali na možnost podpory psychologa ve zdravotnictví, ale však jeho služby také nikdo nevyužil.

R5: „*Ano, můžeme využít služby psychologa, který je v nemocnici.*“

R9: „*Možnost tam určitě nějaká bude, ale moc se o tom nemluví. Navíc to není povinné a z mých kolegů neznám nikoho, kdo by tam chtěl dobrovolně jít. Myslím, že můžeme využít služby psychologa.*“

A další dva zdravotníci zmiňují možnost využití supervize, ale však žádný se jí také neúčastnil. Vyšlo najevo, že stejně jako o podpoře psychologa se ani o supervizi moc nemluví a není zdravotníkům často nabízena.

R7: „*Já, co jsem pracovala za tu dobu ve zdravotnictví, tak znám jedinou organizaci, která dělá supervizi, jinak se přiznám, že za těch 20 let nevím o zařízení, které by dělalo supervizi. Já si myslím, že to nikdo nenabízí, ale je možné, že to teď na těch odděleních je jiné, ale myslím si že ne.*“

Jeden respondent vnímá supervizi, jako možný přínosnost pro zdravotníky, ale také nám přibližuje řadu překážek, které se mohou vyskytnout při zavádění supervize do zdravotních služeb.

R7: „*Myslím si, že by to bylo fajn, ale zároveň si myslím, že zdravotníci už jsou vůči tomu hodně nedůvěřiví, bylo by potřeba to překonat. Já mám třeba tu kamarádku, která dělá v péči o duševní zdraví, ta tvrdí, že si práci bez toho nedovede představit. Myslím si, že zdravotníci jsou teď hodně přetíženi a naštvaní a nechtějí do ničeho, čeho by se museli účastnit ve svém volnu. Když to zřejmě stejně k ničemu nebude a nikdo to nevnímá jako přínos. Hodně to vidím v těch kolektivech, kde jsem začínala, je něco zažité a když přijde někdo s něčím novým, tak to principiálně odmítají, že to nebude fungovat.*“

Z rozhovorů vyšlo najevo, že se o možnostech podpory mezi zdravotníky moc nemluví. Navíc všichni dotazovaní zdravotníci vnímají náročné situace tak, že je dokážou vyřešit sami, a tak nepotřebují nikoho jiného na profesionální úrovni pomoci.

R8: „*Sama vím, že si sestřičky řeší problémy ve své práci sami i já to tak mám. Já na tohle vlastně nikoho nepotřebuju, říkám si, že jsem silná. Ale uvědomuji si, že bych se tak mohla dostat do toho syndromu vyhoření a nemohla bych tuto práci už dělat. Kdybych cítila, že by to bylo opravdu špatné v tu chvíli bych, ale podporu určitě využila a šla k tomu psychologovi. Tu práci děláte s tím, že je náročná a opravdu Vás už potom, jen tak něco nepřekvapí.*“

R9: „*Myslím, že my jsme tak nastavení, že si těžkosti a náročné situace, které v práci zažijeme, řešíme sami. Jdeme do toho s tím, že ta práce není jednoduchá a náročné situace a negativní zážitky k ní patří.*“

Jeden z dotazovaných zdravotníků pak dokonce vyjádřil obavy ze stigmatizace, kdyby využíval nějaký z nabízených zdrojů podpory.

R9: „*Obecně myslím, že to je mezi námi až takové stigma. Sama jsem chodila k psychologovi, kvůli svým osobním věcem a v práci jsem to tajila. Nechtěla jsem, aby to spolupracovníci věděli.*“

Sociální služby

V sociálních službách máme trochu odlišnou situaci. V této oblasti je již zdroj podpory v podobě supervize velmi známý a užívaný. Všech pět respondentů, kteří zastupují sociální služby mají zkušenosti právě s tímto zdrojem podpory. Z forem supervize zmiňují pouze dvě, které jsou často užívané, a to supervizi skupinovou a individuální. Čtyři z pěti účastníků výzkumu označují supervizi jako nepřínosnou či neefektivní. Avšak zároveň uvedli, že nevyžadují jiný zdroj podpory. Jen jeden pracovník v sociálních službách ji označil, jako užitečnou a zároveň, jako dostatečný zdroj podpory. Situace tedy může být v tomto ohledu obdobná, jako ve zdravotnictví, kdy pracovníci nechtějí řešit své problémy a těžkosti pramenící z práce na odborné úrovni, ale raději je řeší sami nebo za pomoci soukromých zdrojů. Účastníci tak často zmiňovali svoje negativní zkušenosti se supervizí a jejím nastavením.

R2: „No, s tím má třeba z minula také problém, já jsem zažila supervizi, kde si vlastně vylejete srdíčko a poté jsme skončili v ředitelně, ředitel věděl vše, co jsme řekli.“

R3: „Momentálně tam kde pracuji, je zde supervize. Nabízí skupinové, tak individuální formy, zatím jsem je nevyužila a asi nevyužiji, protože je nevnímám jako moc přínosné, protože si myslím, že už mě z té praxe nic moc nepřekvapí.“

R6: „(...) Myslím si, že něco málo to přinese, ale jako za efektivní ji nepovažuji. Myslím si, že pokud Vás něco trápí, tak si najdete člověka k sobě, který Vás pochopí a pomůže. Poprvé jsem supervizi zažila právě v domovech pro seniory a něco málo Vám to dá, ale pokud bych se měla sama rozhodnout, tak bych si ji jako zdroj podpory nevybrala.“

A stejně tak jako ve zdravotnickém sektoru se i v tom sociálním objevila jedna odpověď pracovníka, ve které vyjadřuje určitou stigmatizaci při využívání podpory v rámci svého zaměstnání.

R5: „(...) Jednou jsem měla domluvenou individuální supervizi a všechny kolegyně okolo se zajímaly proč ji mám domluvenou a byla to pro mě pak stigmatizující situace“

7.7 Čerpání neprofesionální podpory

Posledním tématem je čerpání soukromých zdrojů podpory. Předchozí téma již ukázalo na určitou skeptičnost k využívání profesionální podpory a naopak poukázalo, že pracovníci v přímé péči často volí strategii svépomoci. Mimo tuto strategii pak výzkum ukázal, že pracovníkům můžou být oporou jejich nejbližší. Sedm z devíti dotazovaných označilo svou rodinu za účinný zdroj pomoci.

R4:

T: Může Vám být nápomocná Vaše rodina?

R: „Musím říct, že jo. (...) Ono je to na Vás asi viditelný. Manžel vidí, že se něco stalo. můžu říct, že to byla těžká služba, že zemřela paní, se kterou jsem tam byla dlouho. Manžel mi je velkou oporou.“

R8: „*Ano, mně hodně. Člověk by neměl samozřejmě takové věci sdílet detailně a konkrétně, ale ano pomáhá mi to. Mohu se svěřit manželovi a hodně komunikuji se svoji maminkou. Jak je starší, tak dokáže dát cenné rady.*

R3: „*Ano, dříve to bylo více, kdy jsem např. u lidí, kteří umírali především na té LDNce⁵, tak jsem hodně věci říkala přítelovi, protože pro mě byl takový až terapeut a dá se říci, že jsem mu hodně brečela na rameni.*“

Druhým nejčastěji zastupovaným zdrojem je pomoc od kamarádů. Má poslední otázka byla mířena na osobní strategie pracovníků, které využívají pro zvládání náročných situací. Odpovědi byly různorodé, je to přeci jen velmi individuální záležitost. I přesto se ale některé opakovaly. To, co pracovníkům dokáže pomoci je opravdu kvalitní odpočinek, který zahrnuje i fakt, že si nebudou nosit práci domů a do svého volného času. Odpovědi účastníků ale ukazují, že si mnohdy práci domů nosí a od nějakých situací se nedokáží oprostit. Dále respondenti vnímají jako důležité věnovat svůj čas oblíbeným činnostem a koníčkům. Pracovníci ženy často naplňují mimo pracovní čas péčí o svou rodinu. Dotazovaní také zmiňovali například potřebu být o samotě nebo vyjít si do přírody a načerpat novou energii.

R3: „*Tak momentálně ve svém volném čase se zaměřuji na svoji rodinu, mám dvě malé děti, máme doma zvířata, takže ty mi vyplňují volný čas, to беру jako způsob odreagování. Vlastně nemám moc čas myslet na věci z práce.*“

R6: „*Jediné, co bych mohla říci, že potřebuji a pomáhá mi si utřídit myšlenky je chvíle o samotě. Takže když mám přestávku, tak jdu od toho klienta pryč, jdu na procházku nebo ven na terasu, a to mi pomůže*“

R8: „*Snažím se, to, co je v práci tak tam také nechat a netahat si to domů. Důležitý je taky kvalitní odpočinek, když člověk přijde domů. Hlavní je nemyslet na práci, vypnout, věnovat se rodině, jít na procházku do přírody. Ale úplně se odtrhnout nejde nikdy.*“

A v neposlední řadě pracovníci zmiňují, že jim v těžkých chvílích pomáhá připomenutí jejich motivace, se kterou tuto práci dělají a proč si ji vůbec vybrali.

⁵ Léčebna dlouhodobě nemocných

R5: „*Mě ta práce naplňuje a těžké situace zvládám s vědomím toho, že to k práci patří a že jsem tu právě pro ty klienty, abych jim byla nápomocná, když to potřebují. Ta duševní hygiena při této práci není jednoduchá, ale náročné situace k té práci prostě patří, hlavní je zachovat vnitřní klid, být tam pro klienta a být trpělivý,*“

R6: „*To, co mě žene dopředu je hlavně to, že mi ta práce dává smysl a poznávám něco nového a zároveň pomáhám a mohu zase něco předávat. Dává mi to všechno smysl,*“

8 Diskuze

Pro svůj výzkum jsem si stanovila jednu hlavní otázku: Jak vybrané pomáhající profese působící v přímé péči vnímají předčasné ukončení života? S respondenty jsem otevřela téma o situacích, které mají souvislost s předčasným ukončením života. Získaná data hovoří jasně. Předčasné ukončení života a situace s ním spojené se pracovníků v pomáhajících profesích bezprostředně týkají, i když nejsou součástí jejich každodenní práce. Jsou to události, které představují vysokou míru psychické zátěže. Podle pracovníků dokáží tyto situace přicházet ve chvílích, kdy je neočekávají. Avšak charakterizovali jednu situaci, kterou všichni popisují za častý spouštěč myšlenek na ukončení života. Jsou to stavy, kdy klient/pacient trpí velkými bolestmi a díky tomu ztratil vůli a smysl života. Tento stav popisují ve své teoretické části, jako akutní kritický stav, kdy se lidé mohou vyjadřovat zkratkovitě. „Pacienti v akutním kritickém stavu většinou své přání „zaměnit nekvalitní život za laskavou smrt“ pronesou náhle a zkratkovitě. Nelze je považovat za racionální a trvalá rozhodnutí“ (Drábková, 2019, str. 111). Tyto stavy s vyjádřením vůle zemřít pak mohou představovat určité „volání o pomoc“ (Haškovcová, 2020).

Co považuji ze svého výzkumu za podstatné je poukázat na to, že žádný z pracovníků na takové situace nebyl dostatečně připraven a vybaven znalostmi, jak na ně zareagovat. Je pravdou, že pracovníci pomáhajících profesí v přímé péči nemusí a většinou také nemají absolvovaný výcvik krizové intervence, aby byli kompetentní adekvátně zareagovat a poskytnou patřičnou pomoc. Zaměstnanci tak reagují podle svých zkušeností a osobnostních dispozic. Popisovali, že toho zpravidla nemají v takových situacích moc nabídnout. Za klíčovou dovednost pro vybrané pracovníky v přímé péči spatřuji mimo pečovatelských a ošetrovatelských dovedností také komunikaci. Komunikace s pacientem/klientem v terminálním stádiu či při stavech, kdy

přemýšlí na ukončení života má svá specifika a je žádoucí se vyvarovat komunikačním chybám. I když často podle mého tyto rozhovory mezi pracovníkem a klientem/pacientem probíhají velmi intuitivně a na všech možných úrovních komunikace. Šiklová (2013) označuje za komunikační chybu vyhýbání se tématu smrti nebo nabízení nevhodné formy útěchy. Například „Však vy budete zase pašák. Uzdravíte se, tak hlavu vzhůru“.

Cimrmanová (2013, str. 9) sděluje následující:

(...) Zdravotníci, policisté, sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách, pedagogičtí pracovníci, psychologové ani duchovní většinou neabsolvovali výcvik krizové intervence, protože se jako specializovaní krizoví intervenenti nikdy nechystali působit. Jejich jednání však zásadním způsobem ovlivňuje další nasměrování osob v krizi, s nimiž se v rámci své profese setkávají. V praxi není třeba, aby všichni pracovníci pomáhajících profesí ovládali specializované metody a techniky práce s krizí. Jde pouze o to, aby dokázali poskytnout základní „první pomoc“ a eliminovali vlastní komunikační chyby, kterých se lze v prvním kontaktu dopustit. Skutečná pomoc prvního kontaktu může mít podobu jedné věty, povzbuzení nebo informace o tom, kam se obrátit s prosbou o radu (...).

V návaznosti na předchozí citaci se dostávám k podstatné záležitosti, přestože pracovníci nejsou vyškoleni, aby v situacích, kdy klient vyjadřuje vůli zemřít poskytovali krizovou intervenci. Mohou ale svým klientům/pacientům nabídnout své jednání například ve výše uvedené formě „první pomoci“. Pracovníci v přímé péči nemohou ani nemají zastupovat odborníky, ale mohou svým klientům/pacientům účinně pomoci v krizových situacích a poté je napojit odbornou péčí. Věřím, že vhodně zvolená reakce dokáže pomoci lépe se v krizi orientovat a nepřivodit tak další následné komplikace. Všichni z respondentů popsali situaci, kdy klient/pacient vyjadřuje svou vůli zemřít v důsledku silných bolestí. Cimrmanová (2013) popisuje, že v akutních krizových stavech, není člověk schopen činit autonomní rozhodnutí. V daný moment může pociťovat strach nebo úzkost a vnímá svůj svět omezeně a černobíle. Pak je na pomáhajících profesích pomoci navrátit klienta/pacienta do stabilizovaného stavu, aby se mohl rozhodovat autonomně. Pro člověka v krizi je důležité zabezpečit fungování základních fyziologických potřeb a poté může dojít ke zmírnění projevů krize. Klientovi ve stavu krize může pomoci, když pracovník nebere jeho stav na lehkou váhu a dokáže mu předat pro něj důležité informace či kontakty.

Další podstatnou oblast ze svého výzkumu, bych zde chtěla uvést možnosti podpory. Výzkum poukázal na určitou neefektivitu především profesionálních zdrojů. Všichni dotazovaní mají

možnost využívat psychické podpory ze stran zaměstnavatele. Ale přesto všichni účastníci ze zdravotnického sektoru uvádí, že subjektivně jim přijde systém podpory zdravotníků nepřehledný a často vůbec nenabízený. Nikdo z nich žádnou z forem profesionální podpory nikdy nevyužil a ani využít neplánují i přestože jsou často vystavováni velmi stresujícím a zátěžovým situacím. Venglářová (2016) uvádí nemalé množství důvodů, díky kterým může být problém účinně zavést supervizi do zdravotnických zařízení. Dělí je na důvody psychologické, organizační a také nerovné postavení lékařských a nelékařských pracovníků ve zdravotnictví. Za hlavní psychologickou překážku pak označuje samotné nastavení pracovníků, kdy jsou často přesvědčeni, že pomoc nepotřebují a vše zvládnout sami. Také neradi sdílejí své emoce. Oblast podpory pro pracovníky v sociálních službách se odlišuje tím, že ze zákona je povinná. Všichni z respondentů tak popisují zkušenosti ze zaměstnavatelem nařízené supervize. Opět ji ale stejně jako, systém podpory ve zdravotnictví pracovníci hodnotí převážně jako neefektivní. I přes jistou neúčelnost nabízených zdrojů podpory v obou sektorech, dotazovaní neinicují ani nevyžadují jiné zdroje. Raději využívají zdrojů soukromých, a to především svépomoci a podpory své rodiny.

Závěr

V teoretické části bakalářské práce jsem se zabývala čtyřmi hlavními tématy, kterými jsem se snažila alespoň trochu přiblížit vybranou problematiku. V první kapitole Příčiny a projevy vůle předčasně ukončit život popisují, co může vést člověka k myšlenkám, pokusům či dokonáným aktům dobrovolného ukončení života. V rámci tohoto tématu se zabývám významem hodnot lidského života a svobody. Druhá kapitola pojednává o tzv. „dobré smrti“. Představuje samotné formy předčasněho ukončení života. A vyjadřuje určitou obavu o komercializaci asistovaného ukončení života. Třetí kapitola charakterizuje oblast smrti a umírání a blíže představuje zařízení, ve kterých v České republice umírá nejvíce občanů. Tyto instituce podle mého názoru zároveň představují vyšší pravděpodobnost, že se jejich pracovníci budou muset ve své práci potýkat se zátěžovými situacemi, které souvisí s předčasným ukončením života. Poslední teoretická kapitola se zabývá představením vybraných pomáhajících profesí a situací, které mohou v jejich práci nastat. Tyto situace mohou mnohdy představovat etické problémy či dilemata. Poslední, ale velmi podstatnou oblastí, je přiblížení hlavních zdrojů podpory, které mohou pracovníci v takto náročných situacích využít. Po teoretické části jsem představila část metodologickou, která charakterizuje výzkumný záměr a metodiku výzkumu. Poslední částí je pak představení výsledků ve formě společných témat, které vznikly analýzou dat z výzkumu. Těmito tématy jsou: reakce pracovníků na umírání a smrt klienta/pacienta, srovnání modelů umírání pohledem pracovníků v přímé péči, situace související s předčasným ukončením života, reakce pracovníků na situace související s předčasným ukončením života, postoj pracovníků k asistovanému ukončení života, čerpání profesionální podpory a čerpání neprofesionální podpory.

Zaměřit pozornost na tuto problematiku považuji za podstatné. Samotní pracovníci si nepřipadají připraveni na řešení situací související s myšlenkami či jednáním směřujícím k předčasnému ukončení života. Zároveň z výzkumu vyplynulo, že respondenti vnímají profesionální systém podpory jako neúčelný. Zaměstnanci tak mohou být ve své práci vystavováni dlouhodobému stresu a náročným situacím, které mohou mít negativní dopad nejen na kvalitu poskytovaných služeb, ale především na ně samotné. To vše může podnítit pracovní či osobní problémy a přispět ke vzniku syndromu vyhoření u pracovníků v pomáhajících profesích.

Zdroje

Knihy

Arnoldová, A. (2016). *Sociální péče: učebnice pro obor sociální činnost*. GRADA Publishing.

Cimrmannová, T. (2013). *Krize a význam pomáhajících prvního kontaktu: aplikace v kontextu rodinného násilí*. Karolinum.

Černý, D., Doležal, A., Hříbek, T., Pafko, P., Sláma, O., & Ševčík, P. (2015). *Eutanazie - ano, či ne? Aktuální medicínské, filozofické a právní perspektivy*. Středisko společných činností AV ČR, v.v.i., pro Kancelář Akademie věd ČR.

Doležal, A. (2017). *Eutanazie a rozhodnutí na konci života: právní aspekty*. Academia.

Drábková, J. (2019). Eutanazie, kritické stavy a intenzivní medicína 21. století. In R. Ptáček & P. Bartůněk (Ed.), *Eutanazie - pro a proti* (s. 111-118). Mladá fronta.

Dragomirecká, E. (2013). Kvalita života. In O. Matoušek, A. Křišťan (Ed.), *Encyklopedie sociální práce* (s. 223). Portál.

Hartl, P. (2004). *Stručný psychologický slovník*. Portál.

Haškovcová, H. (2019). Co má větší hodnotu: život člověka, nebo jeho svoboda?. In R. Ptáček & P. Bartůněk (Ed.), *Eutanazie - pro a proti* (s. 28-36). Mladá fronta.

Haškovcová, H. (c2007). *Thanatologie: nauka o umírání a smrti* (2., přeprac. vyd). Galén.

Havránková, O. (2012). Sebevražedná tematika. In D. Vodáčková, *Krizová intervence* (3. vyd, s. 483). Portál.

Hawkins, P., & Shohet, R. (2016). *Supervize v pomáhajících profesích* (Vydání druhé). Portál.

- Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Portál.
- Hříbek, T. (2015). Argumenty pro eutanazii. In D. Černý, A. Doležal, T. Hříbek, P. Pafko, O. Sláma, & P. Ševčík, *Eutanazie - ano, či ne? Aktuální medicínské, filozofické a právní perspektivy* (s. 25-27). Středisko společných činností AV ČR, v.v.i., pro Kancelář Akademie věd ČR.
- Hříbek, T. (2021). *Obrana asistované smrti: filozofické argumenty na podporu eutanazie a sebeusmrcení za pomoci lékaře*. Academia.
- Jankovský, J. (2018). *Etika pro pomáhající profese* (2., aktualizované a doplněné vydání). Stanislav Juhaňák - Triton.
- Jobánková, M. a kol. (1978). *Základy psychologie*. Brno: IDV ZP
- Kalenda, S. (2012). *Doprovázení v pomáhajících profesích*. Portál.
- Kalvach, Z. (2013). Hospic. In O. Matoušek, A. Křišťan (Ed.), *Encyklopedie sociální práce* (s. 438-439). Portál.
- Klener, P. (2019). Umírání a eutanazie. In R. Ptáček & P. Bartůněk (Ed.), *Eutanazie - pro a proti* (s. 157). Mladá fronta
- Koláčková, J. (2008). Supervize. In O. Matoušek, *Metody a řízení sociální práce* (Vyd. 2, s. 349-364). Portál.
- Kopřiva, K. (2013). *Lidský vztah jako součást profese* (Vyd. 7., V Portálu 6). Portál.
- Křivohlavý, J. (2010). *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. Grada.
- Kübler-Ross, E. (2015). *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících* (přeložil Jiří KRÁLOVEC). Portál.
- Kučerová, H., & Haškovcová, H. ([2020]). *Sebevraždy*. Galén.

- Kuře, J. (2018). *Co je eutanazie: studie k pojmu dobré smrti*. Academia.
- Matoušek, O. (2008). *Metody a řízení sociální práce* (Vyd. 2). Portál.
- Matoušek, O., Kříšťan, A. (Ed.). (2013). *Encyklopedie sociální práce*. Portál.
- Mlčák, Z. (2005). *Emergentní psychologie a krizová intervence*. Ostravská univerzita, Filozofická fakulta.
- Mlýnková, J. (2010). *Pečovatelství: učebnice pro obor sociální péče - pečovatelská činnost*. Grada.
- Moravec, M. (2019). Eutanazie – aneb rezignace na zlepšování naší péče o nemocné. In R. Ptáček & P. Bartůněk (Ed.), *Eutanazie - pro a proti* (s. 65-66). Mladá fronta.
- Munzarová, M. (2005). *Eutanazie, nebo paliativní péče?*. Grada.
- Nakonečný, M. (1997). *Encyklopedie obecné psychologie* (2., rozš. vyd., v Akademii vyd. 1. (1. vyd. v nakl. Vodnář pod náz. Lexikon psychologie). Academia.
- Ondriová, I. (2021). *Etické problémy a dilemata v ošetrovatelské praxi* (přeložil Ludmila MÍČOVÁ). GRADA Publishing.
- Pafko, P. (2019). Eutanazie v pohledu lékaře. In R. Ptáček & P. Bartůněk (Ed.), *Eutanazie - pro a proti* (s. 161). Mladá fronta.
- Ptáček, R., & Bartůněk, P. (Ed.). (2019). *Eutanazie - pro a proti*. Mladá fronta.
- Strauss, A. L., & Corbin, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Sdružení Podané ruce.
- Šiklová, J. (2013). *Vyhoštěná smrt*. Kalich.
- Šimek, J. (2015). *Lékařská etika*. Grada Publishing.

Špatenková, N. (2014). *O posledních věcech člověka: vybrané kapitoly z thanatologie*. Galén.

Špatenková, N. (2017). *Krize a krizová intervence*. Grada.

Špirudová, L. (2015). *Doprovázení v ošetrovatelství I: pomáhající profese, doprovázení a systém podpor pro pacienty*. Grada Publishing.

Vágnerová, M. (2016). *Obecná psychologie: dílčí aspekty lidské psychiky a jejich orgánový základ*. Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum.

Vácha, M. (2019). Eutanazie pro a proti. In R. Ptáček & P. Bartůněk (Ed.), *Eutanazie - pro a proti* (s. 237-242). Mladá fronta.

Vodáčková, D. (2012). *Krizová intervence* (3. vyd). Portál.

Vodáčková, D. (2013). Krizová intervence. In O. Matoušek, A. Kříšťan (Ed.), *Encyklopedie sociální práce* (s. 259). Portál.

Elektronické zdroje

Accompanied Suicides per Year and Country of Residence. (2021). Dignitas: To Live With Dignity - To Die With Dignity. Dostupné 5 květen 2022, z <http://www.dignitas.ch/images/stories/pdf/statistik-ftb-jahr-wohnsitz-1998-2021.pdf>

Bahounková, P. (2021). *Rakouští poslanci schválili zákon umožňující asistovanou sebevraždu*. Česká Televize. Dostupné 4 květen 2022, z <https://ct24.ceskatelevize.cz/svet/3415600-rakousti-poslanci-schvalili-zakon-umoznujici-asistovanou-sebevrazdu>

Braun, V., Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qual. Res. Psychol.* 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

Co je paliativní péče. Centrum Paliativní Péče. Dostupné 27 červenec 2022, z <https://paliativnicentrum.cz/paliativni-pece>

Dříve vyslovená přání. (2016). Umírání.cz. Dostupné 27 červenec 2022, z <https://www.umirani.cz/rady-a-informace/drive-vyslovena-prani>

Eutanázie je rozhodnutí, které nelze vrátit zpět. (2020). *Sociální Práce*, 2020(3). <https://socialniprace.cz/online-clanky/eutanazie-je-rozhodnuti-ktere-nelze-vratit-zpet/>

Gold, L., & Frierson, R. (2020). Introduction. In L. Gold & R. Frierson, *The American Psychiatric Association Publishing textbook of suicide risk assessment and management* (3. vyd., s. 20). American Psychiatric Association Publishing. https://web-s-ebsohost-com.ezproxy.is.cuni.cz/ehost/ebookviewer/ebook/ZTAwMHh3d19fMjQzNDAxNV9fQU41?s_id=90c567aa-8cfa-4f29-b85d-6ed94743e595@redis&vid=0&format=EB&rid=1

Kala, M. (2014). Etické a komunikační aspekty terminální analgosedace. *Medicína Pro Praxi*, (11), 266-268. <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2014/06/06.pdf>

Kalužay, J. (2018). *Úvod do nemocničnej medicíny* [Univerzita Komenského v Bratislave]. https://www.fmed.uniba.sk/fileadmin/lf/sluzby/akademicka_kniznica/PDF/Elektronicke_knihy_LF_UK/Uvod_do_nemocnicnej_mediciny_KaluzayJ_Signed.pdf

Kuře, J., Vysočanová, P., Veselská, R., Kintrová, K., Mikošková, M., Zvoníček, V., Halámková, J., Sláma, O., & Pavlík, M. (2010). *Kapitoly z lékařské etiky* [Masarykova univerzita]. <https://is.muni.cz/el/1411/podzim2014/AETIc/um/kapitoly-z-lekarske-etiky.pdf>

Listina základních práv a svobod. Poslanecká Sněmovna Parlamentu České Republiky. Dostupné 28 duben 2022, z <https://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>

METODICKÉ DOPORUČENÍ pro poskytování psychosociální podpory ve zdravotnictví. (2019). Ministerstvo Zdravotnictví. Dostupné 17 červenec 2022, z <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/17753/38443/MD%20SPIS.pdf>

O'dea, C. (2021). *Sarco suicide capsule hopes to enter Switzerland.* Swissinfo.ch. Dostupné 4 květen 2022, z <https://www.swissinfo.ch/eng/sarco-suicide-capsule--passes-legal-review--in-switzerland/46966510>

Pečovateľské návody. (2022). *Cestadomu.cz* [online]. [cit. 2022-03-29]. Dostupné z: <https://www.cestadomu.cz/videonavody/pecovatelske>

Poslední dny a týdny. (2015). www.umirani.cz. Dostupné 23 duben 2022, z <https://www.umirani.cz/rady-a-informace/posledni-dny-a-tydny>

Před rokem Martin sportoval, nyní chce zemřít. Kvůli ALS ho tlačí čas. (2021). Česká Televize. Dostupné 5 květen 2022, z <https://ct24.ceskatelevize.cz/domaci/3326286-pred-rokem-martin-sportoval-nyni-chce-zemrit-kvuli-als-ho-tlaci-cas>

Sebevražednost v Česku setrvale klesá. (2021). Český Statistický Úřad. Dostupné 26 červenec 2022, z <https://www.czso.cz/csu/czso/sebevrazednost-v-cesku-setrvale-klesa>

Suicide. (2021). World Health Organization. Dostupné 29 duben 2022, z <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Štěpanyová, G. (2019). *Ministerstvo zdravotnictví zavádí psychosociální podporu zdravotníkům.* Ministerstvo Zdravotnictví České Republiky. Dostupné 17 červenec 2022, z <https://www.mzcr.cz/tiskove-centrum-mz/ministerstvo-zdravotnictvi-zavadi-psychosocialni-podporu-zdravotnikum/>

Venglářová, M. (2013). *Supervize v ošetrovatelské praxi.* Grada Publishing. <https://www.bookport.cz/e-kniha/supervize-v-osetrovatelske-praxi-923539/>

Venglářová, M. (2016). *Jde zavést supervizi do zdravotnických zařízení?.* Supervizní Listy. Dostupné 27 červenec 2022, z <https://listy.supervize.eu/temata/precetli-jsme-za-vas/jde-zavest-supervizi-do-zdravotnickych-zarizeni/>

WHOQOL: Measuring Quality of Life. (2012). World Health Organization. Dostupné 28 duben 2022, z <https://www.who.int/tools/whoqol>

Young, R. (2007). *Medically Assisted Death.* Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9781139167437>

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#p64>

Zákon č. 372/2012 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, z
<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

Zemřelí 2020. Ústav Zdravotnických Informací A Statistiky ČR. Dostupné 27 červenec 2022,
z <https://www.uzis.cz/res/f/008370/demozem2020.pdf>

Příloha 1 – scénář rozhovoru

Úvodní část rozhovoru:

- Seznámení
- Představení bakalářské práce
- Představení výzkumné části a jejich cílů
- Sdělit informace o průběhu rozhovoru
 - Sdělit potřebné informace k anonymitě a nakládáním se získanými informacemi, navázání důvěry
 - Vzájemná domluva o způsobu zaznamenávání rozhovoru, získání souhlasu k nahrávání

Hlavní část rozhovoru:

- A. Jak jednotlivé pomáhající profese působící v přímé péči vnímají předčasné ukončení života? (výzkumná otázka)
1. Kde momentálně pracujete a na jaké pozici? (Pracujete s umírajícími nebo nevyлéčitelně nemocnými? Působíte v pobytové, ambulantní nebo terénní službě?)
 2. Jak dlouho působíte v přímé péči? (Máte zkušenost s více oblastmi přímé péče?)
 3. Kolik hodin denně u svých klientů/pacientů trávíte?
 4. Kdy poprvé jste se v rámci své práce setkal/a se smrtí a umíráním? (Jaké to pro Vás bylo? Jak se vyrovnáváte se smrtí ve Vaší práci? Proměnilo se to nějak za tu dobu, co jste v profesi?)
 5. Jaký máte názor na institucionalizované umírání v ústavních zařízeních a na umírání v domácím prostředí?
 6. Mluví s Vámi klienti/pacienti o umírání a smrti? (Jak tyto rozhovory vypadají/probíhají?)
 7. Mluvili s Vámi vaši klienti/pacienti o myšlenkách na předčasné ukončení života? (sebevraždu/asistovanou sebevraždu/eutanazii?) Pokud ano, jak takový rozhovor probíhal? Jak jste reagoval/a?
 8. Setkali jste se ve Vaší praxi s klientem/pacientem, který Vás žádal o pomoc s ukončením života? Pokud ano, jak takový rozhovor probíhal? Jak jste reagoval/a?

9. Jaký je váš názor na možnost asistovaného ukončení života?

B. Jak pracovníci v pomáhajících profesích řeší situace, kdy s nimi klient sdílí myšlenky o ukončení života? (výzkumná otázka)

1. Jak řešíte situaci, kdy s Vámi klient/pacient sdílí myšlenky na smrt? (Jaké byly Vaše prvotní reakce? Máte v rámci své práce určité postupy, jak při těchto situacích postupovat?)
2. Postupujete tuto informaci o situaci klienta/pacienta členům multidisciplinárního týmu? Nebo si ji necháváte jen pro sebe? Mohl/a byste prosím popsat a vysvětlit Váš postup?
3. Řešíte tuto situaci i s rodinou nebo blízkými klienta?

C. Jaké zdroje podpory pracovníci využívají v případě, že tato situace nastane? (výzkumná otázka)

1. Tyto situace jsou pro pracovníka v přímé péči jistě náročné, máte možnost využít nějaký způsob podpory? (Nabízí Vaše pracoviště supervize? Jestliže ano, jedná se o individuální nebo skupinové supervize?) A pokud ano, využíváte je? Vnímáte je jako přínosné?
2. Hovoříte o umírání či sdílení myšlenek na smrt klientů se svými kolegy? (Mohou Vám být nápomocni?)
3. Jestliže Vaše pracoviště nenabízí žádnou možnost podpory, jakou možnost byste ocenil/a?
4. Sdílíte své zážitky z komunikace s klienty se svým blízkým okolím?
5. Jaké jsou Vaše osobní strategie zvládnání psychicky náročných situací?

Závěr rozhovoru

- Možná jsem se na něco důležitého zapoměla zeptat – napadá Vás něco? Chtěl/a byste ještě něco dodat?
- Možná jsem opomněla něco, co je podle Vás ve vztahu k předčasnému ukončení života důležité
- Poděkování, uzavření rozhovoru

Příloha 2 – ukázka kódování

Rozhovor č.3

Kde nyní pracujete a na jaké pozici pracujete?

Momentálně pracuji jak osobní asistentka, je to terénní služba, kde pracuji především se seniory.

Okomentoval(a): [WK1]: Pracovní pozice

Jak dlouho působíte v přímé péči?

Mám zkušenosti s více oblastmi přímé péče po absolvování střední zdravotní školy jsem nastoupila na LDNKU a KARDIO, tam jsem byla asi 10 let a celkově mám v přímé péči zkušenosti zhruba 15 let

Okomentoval(a): [WK2]: Předcházejí zkušenosti s prací v přímé péči

Okomentoval(a): [WK3]: Délka praxe v přímé péči

Kolik hodin denně se svými klienty trávíte?

Tak je to různé, podle možností klienta může to být od pár hodin, až třeba po 11 hodin

Okomentoval(a): [WK4]: Délka pracovní doby

Kdy jste se poprvé setkala se smrtí?

Poprvé to bylo vlastně na praxi, což bylo pro mě hrozné, nesla jsem to hodně špatně. První praxe trvala asi tři měsíce a každý den jsem se vracela s brekem domů a myslela jsem si, že to nevydržím.

Okomentoval(a): [WK5]: Prvotní setkání se smrtí

Poté, co jsem nastoupila na LDNKu, jsem dlouho nemohla být u situací, když klient byl přímo mrtvý. Nemohla jsem poskytovat následnou péči o to tělo, protože jsem se toho obávala.

Okomentoval(a): [WK6]: Pracovníkova reakce na smrt

Proměnilo se to Vaše vnímání smrti nějak za dobu, co jste v přímé péči?

Ano, už se mi to proměnilo, jinak bych nemohla v této profesi dělat, kdybych si každé tohle úmrtí brala tak k srdci

Okomentoval(a): [WK7]: Odosobnění v prožívání smrti

Jaký názor máte na umírání v ústavních zařízeních a v domácím prostředí?

Domácí prostředí je lepší, klient se tam cítí doma, je to pro něj bezpečnější prostředí na to trávení posledních chvil.

Okomentoval(a): [WK8]: Názor na umírání v domácím prostředí

Mluví s vámi klienti o myšlenkách na ukončení života?

Při praxi zdravotní sestry se to stávalo často, můžu uvést příklad, kdy paní byla onkologicky nemocná a byla vlastně v nemocnici, kdy jsem jí měla jako pacientku, paní měla velké bolesti, byla u nás asi týden

a vlastně každý den a několik hodin brečela, naříkala, křičela a tahala nás za ruce, měla obrovskou sílu. My jsme z těch služeb odcházeli s velkýma modřinami, protože nás paní nechtěla pustit. Škrábala, brečela a vlastně chtěla po nás, abychom jí pomohli, abychom tu situaci ukončili, pomohli odejít ze světa.

Okomentoval(a): [WK9]: Touha pacienta zemřít

A jak jste na to reagovala?

Jsou to velmi nepříjemné pocity, člověk to kolikrát ani nečeká, snažíte se odvést pozornost na to, že paní má rodinu, že přijdou vnoučata, aby se tolik nesoustředila na tu bolest. Začaly se zvyšovat dávky morfia a paní už nebyla moc při vědomí a poté také brzy odešla.

Okomentoval(a): [WK10]: Reakce pracovníka na pacientovu žádost o ukončení života

Setkala jste se s klientem, který mluví o smrti?

Senioři běžně hovoří o smrti, ve smyslu, že tady už dlouho nebudu, že už to mají za pár a už je to něco, co k tomu věku patří a smrt se lépe snáší, že je to u těch seniorů, že už to mají odžito a strávili produktivně svoje nejlepší léta svého života, ale nemohla bych být u umírání mladých lidí nebo dětí, kteří mají to všechno ještě před sebou.

Okomentoval(a): [WK11]: Rozhovory se seniory o smrti

Okomentoval(a): [WK12]: Reakce pracovníka na smrt v závislosti na věku pacienta

Jaký máte názor na možnost asistovaného ukončení života?

Myslím si, že je to každého jeho věc, rozhodnout by se měl každý sám, mohu zmínit případ, kdy pán odjel do Švýcarska pro podstoupení asistované sebevraždy, myslím si, že je to v pořádku. Že nevidíme do toho, jak se druzí cítí a jakou bolest prožívají a nemáme právo za ně rozhodovat.

Okomentoval(a): [WK13]: Postoj k asistovanému usmrcení

Okomentoval(a): [WK14]: Příklad rozhodnutí pro asistovanou sebevraždu

Okomentoval(a): [WK15]: Vyjádření pracovníkova pochopení s asistovaným usmrcením

Jak řešíte situaci, kdy s Vámi klient sdílí myšlenky na smrt?

Tak reakce jsou různorodé, většinou se snažím odvést pozornost. V rámci práce nemám určité dané postupy, ale učí se něco základního na školách, ale určitě Vás to na praxi jako takovou nepřípraví. Poskytnete tu informaci týmu, tým ví o všem. Stav nejen zdravotní, ale ten současný se píše do dokumentace, rodinám se přímo nesděluje, co vše paní dělala, jaká je na personál, že se necítí dobře a snaží se to říci lehčí formou.

Okomentoval(a): [WK16]: Reakce na situaci, kdy pacient sdílí myšlenky na smrt

Okomentoval(a): [WK17]: Nepřípravenost na situaci

Okomentoval(a): [WK18]: Postup při řešení situace

Můžete využít nějaký způsob podpory ve svém zaměstnání?

Momentálně tam kde pracuji, je zde supervize. Nabízí skupinové, tak individuální formy, zatím jsem je nevyužila a asi nevyužiji, protože je nevnímám jako moc přínosné, protože si myslím, že už mě z té praxe nic moc nepřekvapí.

Okomentoval(a): [WK19]: Supervize, jako zdroj podpory

Okomentoval(a): [WK20]: Nabízené formy supervize

Okomentoval(a): [WK21]: Neefektivita supervize

Hovoříte o umírání a myšlenkách na smrt u pacientů se svými kolegy?

V tom zdravotnictví to bývá asi běžné, můžou mi být nápomocné, kolegyně, když něco nevím, tak se na ně obrátím, teď v těch terénních službách každá pracujeme zvlášť, tak míváme společné porady, kdy se můžeme vypovídat nebo poradit. Takže to беру jako určitý zdroj podpory.

Okomentoval(a): [WK22]: Pomoc od kolegů

Sdílela jste zážitky z komunikace s klienty se svým nejbližším okolím?

Ano, dříve to bylo více, kdy jsem např. u lidí, kteří umírali především na té LDNce, tak jsem hodně věcí říkala přítelovi, protože pro mě byl takový až terapeut a dá se říci, že jsem mu hodně brečela na rameni.

Okomentoval(a): [WK23]: Přítel zdrojem podpory

Máte nějakou svoji osobní strategii na zvládání náročných situací?

Tak momentálně ve svém volném čase se zaměřuji na svojí rodinu, mám dvě malé děti. Máme doma zvířata, takže ty mi vyplňují volný čas, to беру jako způsob odreagování. Vlastně nemám moc čas myslet na věci z práce.

Okomentoval(a): [WK24]: Rodina, jako priorita ve volném čase

Okomentoval(a): [WK25]: Zvířata, jako způsob odreagování

Okomentoval(a): [WK26]: Volno bez myšlenek na práci