

POSILÁNÍM ČASOPISU SOCIÁLNÍ PRÁCE/SOCIÁLNÁ PRÁCA JE:

- podporovat schopnost české a slovenské společnosti řešit životní problémy lidí prostřednictvím sociální práce,
- podporovat kvalitu sociální práce a profesionalizaci praxe sociální práce,
- přispívat k rozvoji sociální práce jako vědní disciplíny a ke zkvalitnění vzdělávání v sociální práci,
- podporovat zájmy poskytovatelů a uživatelů sociálních služeb.

V zájmu dosažení těchto cílů bude časopis v rámci obce sociálních pracovníků a s nimi spolupracujících a pomáhajících pracovníků jiných oborů podporovat:

- postoje, které považují odbornost a lidskost za rovnocenná kritéria kvality sociální práce,
- postoje, které kladou důraz na propojení teoretického zdůvodnění postupů sociální práce s její praktickou orientací na problémy klientů a jejich reálné možnosti,
- soudržnost všech, kteří se angažují ve prospěch řešení problémů klientů prostřednictvím sociální práce,
- otevřenou, odlišnosti chápající, poučenou a věcnou diskusi v rámci obce sociálních pracovníků,
- chuť a zájem sociálních pracovníků vidět sebe samé očima jiných.

POSILÁNÍM ČASOPISU SOCIÁLNÍ PRÁCE/SOCIÁLNÁ PRÁCA JE:

- podporovat schopnost české a slovenské společnosti řešit životné problémy lidí prostřednictvím sociální práce,
- podporovat kvalitu sociální práce a profesionalizaci praxe sociální práce,
- přispívat k rozvoji sociální práce jako vědecké disciplíny a k zkvalitnění vzdělávání v sociální práci,
- podporovat zájmy poskytovatelů a uživatelů sociálních služeb.

V zájmu dosažení těchto cílů bude časopis v rámci obce sociálních pracovníků a s nimi spolupracujících a pomáhajících pracovníků jiných oborů podporovat:

- postoje, které považují odbornost a lidskost za rovnocenné kritéria kvality sociální práce,
- postoje, které kladou důraz na propojení teoretického zdůvodnění postupů sociální práce s její praktickou orientací na problémy klientů a jejich reálné možnosti,
- soudržnost všech, kteří se angažují v prospěch řešení problémů klientů prostřednictvím sociální práce,
- otevřenou, odlišnosti chápající, poučenou a věcnou diskusi v rámci obce sociálních pracovníků,
- chuť a zájem sociálních pracovníků vidět samy sebe očima jiných.

Sociální práce/Sociálna práca

Časopis pro teorii, praxi a vzdělávání v sociální práci
Časopis pre teóriu, prax a vzdelávanie v sociálnej práci

Vydavatel: Asociace vzdělavatelů v sociální práci.

Na vydávání se podílí ZSF Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

Číslo/ročník: 2/2010

Adresa redakce: ASVSP, Joštova 10, 602 00 Brno
tel.: +420 549 495 224

e-mail: socialniprace@socialniprace.cz

web: www.socialniprace.cz

Redakce: Bc. Pavel Bajer, Mgr. Zdeňka Dohnalová,
Bc. Marie Žižlavská, Bc. Jana Kopřivová,
Olga Cidlová

Foto na titulní str.: Magda Kucharicová,
magda.kucharicova@gmail.com

Grafická úprava: Petr Hrnčíř, pethr@seznam.cz

Korektura: Vilém Kmuniček

Evidenční číslo MK: MK ČR E 13795

ISSN: 1213-6204

Redakční rada:

Prof. PhDr. Anna Tokárová, CSc. (předsedkyně/předsedníčka),
prof. PhDr. Libor Musil, CSc. (místopředseda/podpředseda),
Bc. Pavel Bajer (šéfredaktor), Mgr. Martin Bednář, Ph.D.,
doc. PaedDr. Oldřich Chytil, Ph.D., Dr. Ing. Alois Kříšťan, ThD.,
doc. PhDr. Eva Mydlíková, Ph.D., doc. PhDr. Pavel Navrátil, Ph.D.,
PhDr. Mirka Nečasová, Ph.D. (výkonná tajemnice ASVSP),
PhDr. Libor Novosad, Ph.D. (Společnost sociálních pracovníků),
prof. PaedDr. Milan Schavel, Ph.D., prof. PhDr. Anna Žilová, Ph.D.

Předplatné:

Základní cena 265 Kč/ks vč. DPH, cena pro studenty 165 Kč/ks
vč. DPH, roční předplatné (4 čísla) se slevou 10 % 954 Kč vč. DPH,
roční předplatné pro studenty (4 čísla) se slevou 30 % 462 Kč
vč. DPH, knihkupectví 195 Kč/ks, sponzorské předplatné
1 200 Kč vč. DPH

Akademické statě procházejí dvojnásobným recenzním řízením.

Otištěné příspěvky nejsou honorovány.

Redakce si vyhrazuje právo upravit nevyžádané příspěvky do publicistické části. Otištěné příspěvky jsou povinnou literaturou pro studenty ZSF JU v Českých Budějovicích.

Předplatné zajišťuje jménem vydavatele firma SEND Předplatné

sp

sociální práce sociálna práca

vydává Asociace vzdělavatelů v sociální práci
na vydávání se podílí ZSF JU v Českých Budějovicích

SOCIÁLNÍ PRÁCE S UMÍRAJÍCÍMI



2/2010
ročník 10

SOCIÁLNÍ PRACOVNICE
V HOSPICI USILUJE
O DŮSTOJNÉ UMÍRÁNÍ
>>> str. 4

SOCIÁLNÍ PRÁCE
V PALIATIVĚ JE PRÁCE
SE ZTRÁTAMI
>>> str. 14

VZDĚLÁVÁNÍ
STUDENTŮ
V THANATOLOGII
>>> str. 72

Editorial.....	1
Medailón	2
O čem se mluví – Různé formy podpory umírajících a jejich rodin	
Sociální pracovnice v hospici	
V hospici naplňujeme představy lidí o důstojném umírání.....	4
To hlavní z mé práce spočívá v provázení danou situací.....	8
Dotazníky spokojenosti – mobilní hospic Ondrášek	11
Sociální práce v paliativní péči	
Vnímám sociální práci v paliativě především jako práci se ztrátami.....	14
Role sociálního pracovníka v procesu doprovázení je nezastupitelná.....	16
Pomoc nejen pozůstalým – úloha a potřebnost laiků	
Do uvolněného prostoru vstupuje poradenství pro pozůstalé.....	18
Laická poradna Alej pomáhá pozůstalým najít novou cestu.....	21
Anežka uměla všechno rozzářit jako radostné sluníčko.....	24
Lidskost a povzbuzení – dobrovolnictví v léčebně dlouhodobě nemocných.....	26
Děti a rodiče v pozici pozůstalých	
Domov jako přirozené místo, kde žijeme a umíráme, radujeme se i smutníme.....	30
Se smrtí dítěte se nelze smířit, ale je možné se i s touto bolestí naučit žít	32
Duchovní rozměr pomoci	
Domov pro seniory na Žernůvce u Tišnova nabízí klientům služby v duchu křesťanské lásky.....	35
Každý umírající klade duchovnímu základní otázku: Proč?.....	37
Propojení zdravotních a sociálních služeb v zahraničí	
Každý člověk má právo rozhodnout o svém životě	40
Služby domácí pečovatelské služby v Gruzii	43
Odvrácená tvář sociální práce	
Proměny práce sociálních pracovníků v pobytových sociálních službách pro seniory.....	46
Čtenáři se ptají, odborníci odpovídají	
Jak vyřešit situaci bezdomovců-seniorů	47
Inspirace pro praxi	
I pozůstali potřebují pomoc a podporu	49
Internetový portál Umírání.cz – učit se umírat a žít.....	53
Anketa	
Otazníky sociální práce s umírajícími.....	54
Fakta, vyhlášky...	
Charta práv umírajících	57
Pohledy na věc	
Lékař – O. Sláma: Specializovaná paliativní péče je dostupná pětina pacientů	60
MZ – V. Filec, V. Sršeň: V počtu hospicových lůžek se zvýšila kapacita na dvě třetiny doporučeného množství.....	62
MPSV – Š. Filipová:V zákoně o sociálních službách chybí sociální služby zaměřené na péči o umírající.....	63
Akademické statě	
J. Skopalová: O smrti a umírání.....	64
S. Vávrová, R. Polepilová: Výzkumné šetření o vzdělávání studentů pomáhajících profesí v oblasti thanatologie	71
M. Tomka, A. Kasanová: Modely starostlivosti o zomierajúci	81
R. Bužgová: Identifikace potřeb rodinných příslušníků v domácí paliativní péči	91
J. Levická, B. Balogová: Sociální práce s pozostalými	96
N. Špatenková, J. Jansa: Když děti mají smutek: Truchlení dětí.....	102
N. Špatenková, T. Kotrly: Konstitucionalizování formalizované péče o pozůstalé.....	109
R. Nováková: Role rituálu v procesu truchlení	115
E. Kubáčková: Motivační systém konkrétní neziskové organizace s ohledem na potřeby zaměstnanců.....	124
Studentské práce	
J. Roberts: Jak staří lidé vnímají konec života?.....	138
Školy se představují – Dorkas	144
Recenze	147
Akce.....	152

Časopis je zařazen na Seznam recenzovaných a neimpaktovaných periodik vydávaných v České republice, který schválila Rada vlády pro výzkum a vývoj.

Časopis vychází čtyřikrát v roce a publikuje co nejširší spektrum článků relevantních pro sociální práci. Články mohou být zaměřeny na jakýkoliv aspekt praxe, výzkumu, teorie či vzdělávání. Časopis má následující strukturu:

- 1) Editorial
- 2) O čem se mluví
- 3) Inspirace pro praxi
- 4) Anketa
- 5) Fakta, vyhlášky, zákony, dokumenty...
- 6) Pohledy na věc
- 7) Akademické statě
- 8) Studentské práce
- 9) Školy se představují
- 10) Recenze knih
- 11) Zprávy, akce, oznámení
- 12) Kontakty

Časopis je zaměřen na publicisticko – praktickou a akademickou část. V částech 7 a 8 jsou publikovány zejména texty, které referují o výzkumu a studentských pracích. V některých rubrikách (viz bod 2 Pokyny pro příspěvky do publicistických rubrik) nabízíme prostor pro publikování textů autorů z praxe (informace o zajímavých projektech, problematických skutečnostech výkonu profese atp.). Nároky na úroveň autorských textů určených pro publikaci v jednotlivých rubrikách jsou odlišné.

1) Pokyny autorům akademických textů
Redakce přijímá příspěvky, které odpovídají profilu časopisu. Zasláný příspěvek musí být určen výhradně pro publikaci v časopise Sociální práce / Sociální práce. Může se však jednat i o přepracovaný a doplněný text, který byl již dříve publikován v jiném časopise. Počet příspěvku od jednoho autora je omezen na dva za jeden rok.

Nabídka rukopisů a recenzní řízení
Akademickým textem se pro účely našeho časopisu rozumí výzkumná, popř. přehledová stať (teoretická, historizující aj.). Předpokladem zařazení příspěvku do recenzního řízení je skutečnost, že v textu autor systematicky pracuje s relevantními prameny, objasňuje výzkumnou metodologii a s ohledem na svůj výzkumný cíl prezentuje také zjištění. Vzhledem k profesnímu charakteru časopisu preferujeme texty, které obsahují vedle zmíněných aspektů také aplikační dimenzi, v níž autor objasňuje relevanci svých zjištění v kontextu sociální práce. Recenzní řízení je oboustranně anonymní a je prováděno dvěma na sobě nezávislými recenzenty. Studentské práce procházejí jedním recenzním řízením. Práce jsou posuzovány po stránce obsahové i formální. V případě potřeby může být práce vrácena autorům k doplnění, či k přepracování. Na základě posudků bude rozhodnuto o jejich přijetí či odmítnutí. Ve sporných případech rozhoduje předseda redakční rady. Redakci se prostřednictvím emailové komunikace zasílají dvě provedení rukopisu. Jedno z nich nesmí obsahovat žádné údaje, které by mohly vést k identifikaci autora. Druhé provedení příspěvátel odešle v kompletní verzi.

Uveřejněná stať se stává majetkem časopisu a přetisknout její část nebo použít ji v jiné publikaci lze jen s citací původu.

Redakce si vyhrazuje právo provádět drobné stylistické úpravy. Nevyžádané rukopisy a přílohy se nevracejí

Rozhodnutí o vydání
O výsledku recenzního řízení je autor vyrozuměn do tří měsíců od data obdržení staťi.

Náležitosti rukopisu
Text musí být napsán v souladu s platnými jazykovými normami. Texty žádáme napsané písmem Times New Roman, velikost písma 12, styl písma Normální. Stránky nejsou očíslované. Poznámky pod čarou lokalizujte výhradně na konec staťi.

1. **Titulní strana** obsahuje výstížný a stručný název práce v češtině – nebo slovenský ekvivalent – a v angličtině, jména všech autorů, biografickou charakteristiku (do 50 slov) a v poznámce pod čarou také kontaktní informaci pro korespondenci.
2. Český nebo slovenský **abstrakt** v rozsahu maximálně 200 slov.
3. **Klíčová slova** v češtině (slovenštině). Použijte prosím max. dvouvýrazová slovní spojení.

4. **Abstrakt** v angličtině v rozsahu maximálně 200 slov.
5. **Klíčová slova** v angličtině. Použijte prosím max. dvouvýrazová slovní spojení
6. **Vlastní text** (rozsah maximálně 5 000 slov)
7. **Seznam citované literatury:** Autory žádáme, aby zvýšenou pozornost věnovali přesnému a korektnímu odkazování (viz níže). V textu se odkazuje uvedením autorova příjmení, roku publikace (Korda, 2002) a v případe, že se jedná o doslovnou citaci, také strany uvedené za rokem po dvojtečce. Seznam literatury je uveden na konci statě a je v něm uvedena pouze literatura, na kterou se v textu odkazuje. Seznam je uspořádán abecedně podle autorů a v případe, že se odkazuje na více prací téhož autora, jsou jeho práce uvedeny chronologicky. Jestliže se odkazuje na práce autora, které publikoval v tomtéž roce, jsou práce odlišeny uvedením písmena a, b atd. u roku vydání.
8. Tabulky a grafy: Tabulka nesmí být širší než 14 cm a vyšší než 21 cm. Výška písma alespoň 8 – 10.

Při grafech používejte laskavě **výrazně** kontrastní barvy (upozorňujeme, že časopis je černobílý).

Citace a odkazy se uvádějí v souladu s ČSN ISO 690 (010197). Vybrané příklady zde uvádíme:

Monografická publikace:
PELIKÁN, J. **Základy výzkumu.** Praha: Karolinum, 1998.

Citace z monografické publikace:
FOUČKOVÁ, M. **Reinkarnace a hlubinná terapie.** In WHITTON, J. L. a FISHER, J. **Život mezi životy.** Brno: Bollingenská věž, 1992, s. 9–14.

Citace z časopisu:
WINTER, J. **Z trosek likvidace signál celé Evropy.** *Českomoravský profita*, 1995, roč. 6, č. 28, s. 10–11.

Internetové zdroje:
www.romove.cz/cz/ [on-line] [17. 11. 2003]

Studentské práce akademického charakteru: Autoři by měli usilovat o stejnou úroveň jako u akademických článků. Předpokládá se pouze částečná znalost a orientace v dané problematice. Použití literatury a citace jako u akademických staťi jsou předpokladem pro publikování. Upozorňujeme autory, kteří chtějí zveřejnit zkrácenou verzi své bakalářské nebo diplomové práce, že text nesmí zahrnovat obsah práce.

2) Pokyny pro příspěvky do publicistických rubrik
Příspěvky do rubrik Inspirace pro praxi, O čem se mluví, případně Pohledy na věc v publicistické části časopisu mají stanovený formát v rozmezí 50-150 řádků. Jejich konkrétní podoba bude upřesňována individuálně na základě dohody s redakcí. Redakce si vyhrazuje právo nevyžádané příspěvky odmítnout, či upravit podle svých potřeb. Příspěvky zasílejte bez přednastaveného formátování, bez odrazek a mezer mezi řádky ve formátu doc, či rtf, jednoduchém řádkování, ve formátu písma Times New Roman, velikost písma 12. Stránky nečíslyte. Použijte co nejméně poznámek pod čarou. Fakta, které považujete za důležité, pište rovnou do textu.

3) Pokyny pro formát knižních recenzí:
Rubrika Recenze nabízí prostor všem zájemcům, kteří chtějí seznámit ostatní čtenáře se zajímavými knihami z oblasti sociální práce a příbuzných oborů. Na zveřejnění recenze je nutno se předem domluvit s redakcí. Rozsah recenze je stanoven na 60–150 řádků, další náležitosti jsou stejné jako v případě poslání příspěvku do dalších publicistických rubrik. Recenze musí obsahovat bibliografický údaj o hodnocené knize (Daniela Vodáčková a kol.: Krizová intervence, Portál, Praha, 2002) a jméno autora recenze spolu s kontaktem.

4) Kontaktní údaje:
ASVSP – Sociální práce / Sociální práce
Joštova 10
602 00 Brno
tel.: +420 549 491 969 (články do publicistické části)
pavel.bajer@socialniprace.cz
tel.: + 420 549 493 586 (články do akademické části)
zdenka.dohnalova@socialniprace.cz
www: http://www.socialniprace.cz

Milé čtenářky a čtenáři,

čas dovolených, který nás v nadcházejících dvou měsících čeká, nabízí přímo ideální příležitost k zastavení a ohlédnutí se za našim životem.

Pokud rozvinu tuto myšlenku ještě dál, vede nás doba odpočinku k zamyšlení se nad smyslem života, jeho provždy daným životním koleběhem, ke kterému nevyhnutelně patří umírání. Americko-španělský filozof a spisovatel George Santayana napsal: „Proti narození a smrti není léku. V mezidobí zachovej radost.“

Milé sociální pracovnice a sociální pracovníci,

smrt je jedinou skutečnou jistotou v lidském životě a zároveň životní situací, již se bojíme natolik, že o ní nechceme ani přemýšlet. O to více se stává člověku, který umírá, traumatizujícím zážitkem, a stejně tak jeho blízkým. Druhé číslo 10. ročníku časopisu Sociální práce/Sociální práce je zaměřeno na pomoc umírajícím lidem a jejich rodinám. Specifickým oborem, který ve spolupráci několika profesních oborů poskytuje komplexní podporu těmto lidem, se jmenuje paliativní péče. Vychází z celostního přístupu k nemocnému člověku. To na jedné straně znamená, že se snaží řešit obtíže fyzické, psychické, sociální a duchovní; na straně druhé tento

Za celou redakci vám přeji při vašich dovolených co nejvíce zážitků pro potěchu těla, duše i ducha, obnovení sil a načerpání nových inspirací do vaší náročné činnosti, kterou pomáháte zlepšit životní situace a sociální fungování svých klientů.

Těším se na setkání s vámi v polovině října u třetího čísla, v němž se pokusíme vysvětlit důležitost teorie pro práci s klienty nejen u konkrétní cílové skupiny, jak píše níže spolugarantka, ale v celém oboru sociální práce. **Pavel Bajer, šéfredaktor**

přístup stojí také na tom, že objektem péče není pouze člověk, který prochází náročným životním obdobím umírání, ale jeho nejbližší rodina a že péče nekončí úmrtím nemocného člověka, ale podpora trvá i v náročném období truchlení. Sociální práce má v rámci paliativní péče významné místo a spolu s ostatními zúčastněnými profesemi přispívá k řešení problémů, které řešit lze, a snad ještě ve větší míře posiluje všechny zúčastněné smířit se se situacemi, které řešit nelze. Rádi bychom co nejvíce přiblížili celé spektrum péče o umírajícího a ukázali, jakou roli při ní hraje profese sociálního pracovníka.

Marie Přidalová, garantka čísla

Vážené čitateľky a čitateľia,

napriek tomu, že umieranie a smrť sa dotýkajú každého z nás, v teórii sociálnej práce sa s ňou stretávame len sporadicky, predovšetkým v kontexte paliatívnej medicíny a hospicovej starostlivosti.

A práve toto monotematicky zamerané číslo časopisu môžeme vnímať ako výzvy pre teóriu, metodológiu, výuku a prax sociálnej práce. Domnievajú sa, že existuje možnosť prijať názor, že umieranie a smrť sú prirodzenou súčasťou života jedinca a je len samozrejme, že nastáva chvíľa bilancovania, ktorá súvisí s rozhodnutiami o konci života, o dôstojnom sartróvskom bytí o sebe a bytí pre seba, prejavujúce sa vo vzťahu k sebe, ale hlavne vo vzťahu k iným. A tak nepopierateľ-

ným výsledkom týchto úvah je dôstojné umieranie a smrť, ktoré existuje ako potreba, ale aj ako ambícia každého umierajúceho človeka, pozostalých a inštitúcií, ktoré ho procesom umierania sprevádzajú. Potom je len samozrejme, že úlohou sociálnej práce je zabezpečiť, aby sprevádzanie bolo založené na humanizme, ľudskej slobode, zodpovednosti, úcte a dôstojnosti.

Veríme, že aj toto číslo je spojené s ambíciou reagovať na aktuálnosť problematiky a vstupovať tak do diskusie so zámerom prehĺbiť teóriu a kultivovať empiriu sociálnej práce s umierajúcim, pozostalými a inštitúciami.

Beáta Balogová, spolugarantka čísla

Medailón

V červnu oslaví pětasedmdesáté narozeniny významná osobnost české sociální práce, socioložka a publicistka PhDr. Jiřina Šiklová, CSc.

Jiřina Šiklová vystudovala historii a filozofii na Filozofické fakultě Univerzity Karlovy v Praze. V roce 1965 se zde podílela na založení katedry sociologie, v roce 1990, po desetiletích práce v disentu za cenu politické perzekuce a věznění, se na fakultu vrátila jako spoluzakladatelka a vedoucí katedry sociální práce. Založila také Centrum a knihovnu Gender Studies v Praze. Jiřina Šiklová představuje vzácnou kombinaci encyklopedických znalostí, brilantní analýzy, citu pro potřeby současné společnosti a osobní angažovanosti; její vliv široce přesahuje akademický prostor. Je členkou správních rad nadací, českých i zahraničních odborných časopisů, autorkou moudrých knih o stárnutí a stáří. Za svou práci získala mnohá ocenění, např. ocenění Žena Evropy v roce 1995, Medaili za zásluhy I. stupně v roce 1999, plaketu Alice Masarykové za zásluhy o rozvoj sociální práce v ČR v roce 2000 nebo stříbrnou medaili Univerzity Karlovy.

V současnosti píše a přednáší na českých i zahraničních univerzitách; především o problematice gender, životního cyklu, menšin a národnosti, neziskového sektoru a sociální gerontologii.

Má ráda citát Aldouse Huxleyho: Pochybují, že něco je skutečně náhodné. Všechno, co se přihodí, je v podstatě podobné člověku, kterému se



to přihodí ... událost se jaksi nevysvětlitelně přizpůsobuje, mění se její jakost, aby se hodila pro povahu každého, s kým souvisí...

Za všechny kolegy a čtenáře přejí členové katedry sociální práce Filozofické fakulty Univerzity Karlovy Jiřině Šiklové neutuchající elán, pevné zdraví, životní pohodu i nevysychající zálibu tvůrčí energie.

O sociální práci napsala: Formování sociální práce jako oboru je nekončící proces, během něhož obor „dohání“ měnící se společnost, ve které se objevují nové problémy a známé problémy mění svou váhu. Sociální problémy je třeba nejen evidovat, analyzovat, ale je potřeba hledat i nové metody jejich řešení. Proto sociální práce nebude mít nikdy dlouhodobě stabilní, jednoznačný obsah, nikdy nebude možné tuto disciplínu vyučovat po několik let stejným způsobem. V tom je obtížnost i výzva sociální práce.

Témata časopisu Sociální práce/Sociálna práca na rok 2010

1/2010 Sociální práce a boj s chudobou (garanti prof. PhDr. Jan Keller, CSc., a prof. PhDr. Anna Žilová, PhD.)

termín vydání: konec března

Rok 2010 je Evropským rokem boje proti chudobě a sociálnímu vyloučení. Proto je logické, že jsme tomuto tématu věnovali první číslo 10. ročníku časopisu. Celoevropská pozornost věnovaná chudobě je důkazem toho, že tento jev ani z ekonomicky vyspělé společnosti nemizí. Právě naopak. S přechodem k takzvané postindustriální společnosti dochází k neče-

kanému vzestupu sociálních nerovností, k polarizaci společnosti a k doprovodnému vzestupu chudoby a bíd. Současné číslo časopisu se zabývá především dvěma okruhy problémů. Za prvé se zaměřuje na některé typické skupiny obyvatelstva, které se obětí chudoby stávají. Chudoba se stává problémem nejen klasických skupin sociálně vyloučených, ale je generována též trhem práce (tzv. pracující chudoba), projevuje se v oblasti rodinné reprodukce (především ženy samoživitelky) a rodí se v oblasti nezvládnuté spotřeby (předlužené domácnosti). Navíc

se i v těch nejvyspělejších zemích stává novým ohniskem chudoby nezvládnutá bytová otázka. Druhý okruh, na který chceme soustředit pozornost, se týká způsobů, jak lidem ohroženým chudobou pomoci, což přirozeně souvisí s možnostmi sociální práce v této oblasti.

Nástroje, metody a podmínky boja s chudobou sú definované právnymi normami spoločenstva, ktoré sú ovplyvňované faktormi, ako je morálka, zvyky a obyčaje uplatňované v konkrétnom sociokultúrnom prostredí. Ovplyvňované sú aj hospodárskou situáciou spoločenstva, ale aj, a to nie nepodstatne, samotnými realizátormi sociálnej práce.

Okrem toho existuje ešte priestor, ktorý nie je ani plne akceptovaný, ani neakceptovaný. Ide o určité nonkomformné snaženia jednotlivcov a skupín, ktorých snahou je „vykryť, či zvládať“ medzery v sociálnej sieti danej aktuálnymi právnymi normami, službami, dávkami a inými opatreniami v spoločenstve zameranými na elimináciu alebo aspoň zmiernenie chudoby.

Téma časopisu je venovaná pozitívnym, ale aj negatívnym súvislostiam sociálnej práce ako vedy aj ako praktickej činnosti v súvislosti s bojom s chudobou.

**2/2010 Sociální práce s umírajícími (garanti Mgr. Marie Přidalová a doc. PhDr. Beáta Balogová, PhD.)
termín vydání: konec června**

**3/2010 Praktické užití teorie v sociální práci (doc. PaedDr. Oldřich Chytil, Ph.D., a doc. Eva Mydlíková, PhD.)
termín vydání: polovina října**

Dlouhodobě se vede v České republice, ale i v zahraničí diskuse na téma potřeby teorie pro praxi sociální práce. Často je závěrem diskuse tvrzení, že teorie je to, co se učí ve školách, a praxe je to, co dělají sociální pracovníci při práci s klienty s tím, že tyto dvě oblasti sociální práce spolu vůbec nesouvisí. Cílem akademické části připravovaného čísla bude uvést argumenty o potřebě teorie sociální práce pro praxi sociální práce, a to jak v českém, tak v německém kontextu. Slovo dostanou sociální pracovníci v praxi, kteří budou mít možnost vysvětlit, zda je pro práci s klienty i pro přípravu projektů pro práci s klienty, případně pro přípravu projektů v nestátních neziskových organizacích důležitá teorie sociální práce.

Sociálna práca je v spoločnosti vnímaná najmä prostredníctvom charitatívnych aktivít, ktoré sa odohrávajú viac-menej v dobrovoľníckom prostredí. Aby mala táto aplikovaná vedná disciplína progresívny a vývojový charakter, musí mať v sebe prvky systematickej a odbornej práce, založenej na vedeckom bádani. Podat človeku pomocnú ruku v momente, keď ju potrebuje, je veľmi dôležité, ale po istom čase je potrebné tú ruku pustiť a nechať ho žiť. Potom vznikajú mnohé otázky: Ako dokážeme odhadnúť potenciál schopností klienta? Akým spôsobom mu je schopné pomôcť jeho okolie? Aké použijeme metódy pri práci s človekom? Prečo práve tie a prečo nie iné? Ako bude reagovať spoločnosť?, a ešte mnoho ďalších. Odpovede na ne by mal nájsť kompetentný sociálny pracovník v bohatom repertoári poznatkov, získaných v teórii a metodológii sociálnej práce. Kompetentný sociálny pracovník vďaka teoretickým znalostiam a natrénovaným sociálnym zručnostiam dokáže prakticky využiť efektívnu metodiku práce so sociálnym klientom. Tí ostatní by im mali radšej robiť len dobrovoľníkov.

**4/2010 Zdravotní postižení v kontextu sociální práce (PhDr. Libor Novosad, Ph.D., a prof. PhDr. Anna Žilová, PhD.)
termín vydání: konec prosince**

Obsahově se texty zaměřují jak na aspekty života se zdravotním postižením a pozici občanů s postižením (OZP) ve společnosti, tak na dobrou praxi v přístupech sociálních pracovníků k této klientele. S ohledem na nezcizitelnost lidských i občanských práv a trendy usilující o vyrovnávání příležitostí. Jde mj. o uvědomění si toho, s čím se OZP musejí potýkat a v čem mohou být znevýhodněny. Následně půjde o vymezení možností a cest sociální práce, jak řešit či alespoň eliminovat dopady zdravotního postižení, riziko sociální exkluze a celkový životní dyskomfort těchto občanů. Texty se budou věnovat sociální práci a sociálním službám pro jednotlivé skupiny OZP i transformaci některých služeb ve služby moderní, adresné a potřeby klienta respektující. V obsahu čísla se rovněž objeví dílčí analýza kompetencí sociálních pracovníků v oblasti komunikace s OZP a jednání s nimi i vlivu a úrovně pregraduální přípravy (například standard versus realita) sociálních pracovníků v této oblasti. Číslo doplní názory poskytovatelů sociálních služeb zaměřených na potřeby OZP.

O ČEM SE MLUVÍ

Různé podoby podpory umírajících a jejich rodin

V prvních dvou příspěvcích vám představíme činnost sociální pracovnice v brněnském Hospici sv. Alžběty a ostravském mobilním hospici Ondrášek. Na druhý příspěvek navazuje vyhodnocení spokojenosti pacientů/klientů s poskytovanými službami.

Další dva rozhovory s Marií Přidalovou a Dagmar Dvořáčkovou mapují z pohledu výzkumnic a zároveň praktiček roli sociální pracovnice v paliativní péči.

Pomoc potřebují nejen umírající, ale i jejich rodinní příslušníci a přátelé, z nichž se stávají po úmrtí blízké osoby truchlící. Projekt poradenství pro pozůstalé plánuje Ministerstvo pro místní rozvoj ČR. V hospicovém hnutí Vysočina už jsou dále, provozují laickou poradnu pro pozůstalé. I profesionální pomáhající si cení pomoci laiků-dobrovolníků z dobrovolnického centra Motýlek, o nichž je následující reportáž.

Co když umírá, zemře malé dítě? Jak se mají vyrovnat se ztrátou sourozenci a rodiče? Snad malý recept dávají pracovníci mobilního dětského hospice Plamienok a projekty sdružení Dlouhá cesta.

V posledních chvílích svého pozemského bytí se řada lidí obrací k duchovním skutečnostem života. Na duchovní doprovázení umírajících se zaměřují v Domově pro seniory na Žernůvce, který provozuje katolická Kongregace milosrdných sester III. řádu sv. Františka pod ochranou Svaté rodiny. Jak konkrétně umírajícím pomáhá kněz, prezentuje Václav Tomiczek.

Další dva příspěvky dokumentují prolínání zdravotních a sociálních služeb. Konkrétně nabízíme pohled na péči o klienta s demencí v pobytovém zařízení v Německu a na služby domácí pečovatelské služby v Gruzii.

Činnost sociálního pracovníka nese s sebou určité nároky, nad kterými se zamýšlí Eva Papežová.

V závěru přicházíme s novou podrubrikou Čtenáři se ptají, odborníci odpovídají.

Sociální pracovník v hospici

V hospici naplnujeme představy lidí o důstojném umírání

„Všichni to děláme s pocitem, že pracujeme pro něco dobrého,“ říká o práci celého kolektivu Mgr. **Hana Margoldová**, sociální pracovnice lůžkového hospice v Hospici svatě Alžběty v Brně. Původně pracovala jako zdravotní sestra v nemocnici, ale shodou okolností se dostala do hospice, kde působí již druhým rokem. Nejprve na své místo nastoupila s přesvědčením, že se bude ještě rozmýšlet, zda ze zařízení brzy neodejde. Už po týdnů jí ale bylo jasné, že zůstane. V práci se našla, protože dělá něco, co opravdu umí a co je jí blízké. Nejvíce jí trápí, když vidí, s jakou láskou se o pacienty stará personál hospice, zatímco rodiny se tváří, jako by se jich péče o umírajícího netýkala, a řeší jen samé malichernosti. Jak ale dodává, takových rodin je našťastí menšina.

Mohla byste mi vysvětlit, v čem je zvláštnost hospice? Jak se dá charakterizovat toto zařízení?

Idea hospice je ta, že každý člověk má právo zemřít důstojně. Teď je otázka, co je ta důstojnost. Každý máme představu, jak bychom chtěli dožít, a my se snažíme to lidem tady u nás umožnit. Chceme, aby dožili v klidu, aby smrt neprožívali v bolestech a v traumatech. Snažíme se, aby s námi spolupracovala pacientova rodina, abychom se všichni

společně podíleli na tom, co ten člověk ještě může v posledních dnech mít. Jedna moje kolegyně říkala, že „ještě“ tady neznamená „to, co ještě stihnu“, ale „co ještě víc můžu udělat“.

Hospic není odkladiště lidí. Častá je představa, že hospic je zařízení, které lidi ve stáří „dochová“. Ale hospic by měl být místem, kde člověk stráví jen své poslední chvíle. Tím nemyslím, že umře za dva tři dny. Ale ve chvíli, kdy doma zjistí, že pacientův stav se horší, že nemocnice už pro něj nic nemůže

udělat, protože jeho stav se chýlí ke smrti, a rodina cítí, že situaci nedokáže zvládnout, protože pacient má bolesti, dusí se, zvrací, má krvácení nebo otevřené rány – pro tyto situace je tady hospic. Když jsou rodinní příslušníci schopni přenést svému blízkému jeho „doma“ sem a vytvořit mu „doma“ tady, tak je přesně naplněna idea hospice.

Jak se to „doma“ u vás v hospici vytváří?

Lidé si můžou přinést součásti domova počínaje poličkami, křesly, koberečky, kytkami, psy a kanárky, ale především rodinu, děti. Pro mne je představa mého „doma“ moje rodina, takže pokud bych tady měla umírat, chtěla bych u sebe mít děti a manžela. Každý má ale jiné „doma“. Pro někoho může být tím symbolem cigareta a já nemám právo mu vnucovat své pojetí „doma“. Respektujeme přání každého.

Kdo má za úkol zjistit, v čem spočívají přání klientů?

Nechci, aby to znělo frázovitě, ale je to úkol všech. To, co se všude píše a říká o hospicích, je tady pravda. Samozřejmě že by to měl být především úkol sociálního pracovníka. Ale ve skutečnosti to vypadá tak, že si sice můžu s tím člověkem sednout, ale často nevím, kde začít. Je pro mne nepředstavitelné, že bych se ho začala ptát: „Tak co, co máte rád?“, „Tak co, co byste chtěl ještě zažít?“ nebo „Zbývají vám dva měsíce života, co byste chtěl ještě udělat?“. To mi přijde hodně zvláštní. Snažím se spíš jemnými dotazy z jeho rodiny vysondovat, jak ten člověk dříve žil, a získat od nich faktické údaje. Snažím se vyzjistit co nejvíc. Vedu si o tom záznam, který ukládám do dokumentace.

Pak přijdou kolegyně a řeknou mi: „Hele, ten pán z pětky byl boxer. Vědělas to?“ A pro mne je ta informace novinkou. Nejvíce od lidí totiž zjistíš ti, kteří jsou s nimi v užším kontaktu, ošetřovatelé a sestry. Je to dáno i výborným personálem, který se s pacienty sblíží, hodně si s nimi povídají. Nemocní vědí, že pracujeme v multidisciplinárním týmu a že si informace mezi sebou předáváme. Scházíme se jednou, teď dvakrát týdně a v týmu si vykládáme o každém pacientovi zvlášť. Vypadá to jako velká „drbárna“, ale není to tak. Máme tak možnost dozvědět se přání pacientů.

Jaká bývají tato přání?

Přání jsou různá. Někdy si ten člověk přeje, aby za ním chodil kněz a rodina, aby se společně modlili. Někdo si chce v posledních chvílích užívat a chodit



Foto: archiv Hospice sv. Alžběty

po restauracích, tak holt bude chodit po restauracích. Pokud je pro někoho nejdůležitější cigareta, i když sotva vstane, pak by tu cigaretu měl dostat, aby si mohl jít ven zakouřit.

Nebo jsme třeba zjistili, že by si pacient, který býval náruživým rybařem, přál jít zarybařit. Tak jsme mu nechali dovézt pruty, byl dokonce i doma, aby mohl jít ještě jednou na ryby. Jedna paní byla v hodně špatném stavu, ale moc si přála svézt se na koni. Snažila jsem se zařídit, aby si koně mohla alespoň pohládit. Bohužel paní zemřela dřív, než se nám podařilo sem toho koně dopravit. Pro další paní jsme hledali březový háj, kam si přála zajet se podívat.

Je náročné zajistit tato přání pacientů organizačně?

Je tady strašně moc zaměstnanců, kteří jsou pro práci nadšení. Hospic potřebuje sociálního pracovníka, duchovního i lékaře, ale vše stojí a padá na ošetřovatelích a zdravotních sestřích, protože oni jsou nejvíce v kontaktu s těmi lidmi. Není to tak, že bych já sama všechno obvolávala a sháněla. Každý se snaží nějak pomoci, něco do toho dát. Každý známe někde někoho, který má třeba to nebo ono. Další velká skupina lidí, kteří pomáhají, jsou dobrovolníci.

A to úplně nejdůležitější je, že k naší práci potřebujeme rodiny. Předáme jim informaci, kde je březový háj, a je jen na nich, zda tam maminku vezmou. My neplníme přání za každou cenu. Jen pomáháme, aby se to podařilo.

Je pravidlem, že se rodiny o své blízké v hospici starají? Mají snahu plnit jejich přání?

Moje zkušenost je taková, že rodiny mají zájem se pacientovi věnovat. Stane se třeba, že máme pacienty, o které rodina pečuje v rámci domácí péče, kdy za nimi dojíždí náš personál. Pacientův stav se

časem zhorší, oni naznají, že už nejsou péči o něj doma sami schopni zvládnout, tak se pacient přenesse s celou rodinou k nám. Takové rodiny jsou odhodlané být s tím člověkem do poslední chvíle, jen to prostě už doma sami nezvládají.

Hodně rodin tady pobývá i tak, že se sem nastěhují a jsou tady až do pacientovy smrti. To se děje nejčastěji, když rodičům umírá dítě. Další velká skupina sem chodí denně, tráví tady celý den, jen na noc jde přespat zpátky domů. Prožijí s tím člověkem celý den. Jdou s ním na kulturní akci, dají mu večeri a pak jedou domů. Jsou také rodiny, které chodí jen na hodinku, dvě odpoledne v neděli, jak jsou zvyklé z nemocnice. Některé rodiny nechtějí spolupracovat vůbec a chodí sporadicky. Část pacientů žila už před umístěním do hospice zcela sama, proto za nimi teď nemá kdo chodit.

Myslíte, že lidé nechtějí chodit k pacientům, protože se bojí smrti? Nebo je jim jejich stav nepříjemný?

Myslím si, že jsou dva typy lidí. Jedni chtějí být s člověkem za každou cenu a pak pro ně ten strach ze smrti není důležitý. Možná i proto, že vědí, že jsou někde, kde je někdo podpoří, kde jim někdo řekne, co se děje nebo bude dít. Jsou v prostředí, které je podporuje a dává jim najevo, že smrt je normální. Vědí, že když bude tomu jejich tatínkovi nejhůř, bude u nich do poslední chvíle ošetřovatel, který je podpoří.

Druhá skupina lidí není schopna strach ze smrti překonat. Zda hraje roli skutečnost, že si nechtějí připustit, že jejich blízký umírá, nebo prostě tady jen nechtějí být a chtějí se tomu vyhnout, to nedokážu posoudit. Lidi, kteří u toho být nechtějí, do toho netlačíme. Aby člověk mohl pečovat, musí chtít, moci a umět. Pokud nefunguje jedna z těchto věcí, pak tady blízcí v nejtěžších chvílích nejsou.

Zastavme se na chvíli u toho, co můžete jako sociální pracovnice klientům hospice nabídnout. Jak přibližně vypadá vaše práce?

Nejdřív jednáme se zájemcem o naši pomoc. Pokud z našeho rozhovoru vyplyne, že má zájem o domácí hospic, pak ho předávám kolegyni. Jinak s člověkem jednáme jako se zájemcem o umístění. Jeho žádost předávám lékaři, který určí, zda je indikovaný pro pobyt v hospici. To znamená, zda má nevyléčitelné onemocnění, které ho ohrožuje na životě a způsobuje mu potíže. Poté domlouvám přeložení

pacienta se zařízením, kde člověk zrovna je, nebo s jeho rodinou. Vyjednávám také příjmy pacientů, aby se nepřekrývaly.

Po přijetí člověka s ním hodně mluvím. Bavíme se o tom, zda má vyřízené různé dávky, na které má právo. Dále hodně mluvím s rodinou, abychom zjistili právě věci, které bychom pro ně mohli udělat. Také připravuji různé dohody o odchodu a smlouvy. Po dobu pacientova pobytu u nás můžu zařídit poštu nebo různé nákupy. Spoustu práce mě stojí příspěvek na péči. Dostát všemu, aby ho pacient dostal, je náročné. Než se nám podařilo vychytnat všechny mouchy, stálo to hrozného úsilí.

Po smrti pacienta předávám rodině informace, co si kde můžou zařídit, a předávám soudu dědické řízení.

Byla byste schopna charakterizovat vaše hlavní poslání? Pokud bych to silně zjednodušila a řekla bych, že úkol lékaře v hospici je ulevit od bolesti, tak vašim úkolem je...?

Je to hodně postaveno na tom, že každý člověk má potřeby jak tělesné a sociální, tak duchovní a duševní. Úkolem sociálního pracovníka je tyto potřeby uspokojovat. Já na rozdíl od sester a ošetřovatelů nejsem s pacienty v takovém kontaktu, protože oni jsou s nimi samozřejmě pořád. Ale když zjistí, že pacient potřebuje něco zařídit, ať už určité dávky nebo nějaké jiné osobní přání, přicházím na řadu já. Zařizuji všechno, co si ti lidi dovedou představit, že by si přáli. Snažím se jim zprostředkovat to, co oni nestihli venku za zdmi hospice, a teď už sami nemůžou. Jsem prostředníkem mezi nemocnými a venkovním prostředím, mezi pacienty a hospicem.

Jak se vyrovnáváte se zátěží, kterou práce s umírajícími přináší?

Máme samozřejmě supervize, ale ty na mne působí příliš oficiálně. Podle mne je důležitější opravdový život lidí, kteří jsou schopni si navzájem říct, co je baví, co funguje a co je nebaví, co nefunguje. Když si sedneme v týmu a třeba se i pohádáme nebo pochválíme, tak to je pro nás nejpřínosnější. Můžeme mluvit nepředstíraně, opravdově, ne v oficiálních frázích. Jsme schopni si takhle říct všechno o práci. Když otevřeme nějaký problém, tak k němu každý může něco říct, aniž by měl potom pocit, že ho budou ostatní pomlouvat, protože řekl něco hloupého.

A opět to bude znít jako klišé, ale tady je všechno opravdové. Všichni si uvědomujeme, že pacienti už nemají moc pokusů, jejich smrt se blíží, a tak děláme maximum, aby to bylo na první pokus dobré. Dostane se vám to pod kůži. Faleš tady místo nemá – to nás učí ti nemocní. Před nimi nemá smysl si nic nalhávat. Když umírá matka od šestnáctiletého syna, těžko před ním budete říkat, jak jí rozumíte a chápete, protože tomuhle se nedá porozumět, když to sami nezažijete.

Je obtížné vyrovnat se s úmrtím pacientů, když s nimi máte blízký, lidský vztah?

My jsme trochu posunutí z normy. Když normální člověk slyší, že někdo umírá, snaží se od něj jít dál, zatímco my se k němu snažíme přiblížit. Samozřejmě se snažíme navázat s pacienty kontakt, ale nejdůležitější je, abychom si mohli říct: „Ano, udělali jsme dost práce a pomohli jsme.“

V týmu si vždycky jednou týdně probíráme pacienty, kteří zemřeli, jednoho po druhém, a říkáme si, jak velký kus práce jsme udělali. Pacient například přišel rozhádaný se synem. Nám se za těch šest týdnů, kdy u nás byl, podařilo smířit ho se synem a také jsme manželce pomohli pochopit a přijmout, že její muž zemře. Sehnali jsme nějaké dávky, aby byla žena finančně zajištěná. Když pacient umíral, neměl žádné zdravotní komplikace. Po takovém shrnutí si můžeme s čistým svědomím říct, že jsme udělali vše pro to, aby umřel v klidu, a proto nemáme takový problém vyrovnat se s jeho smrtí.

Předpokládám, že vaše práce i přesto přináší různá etická dilemata.

Tato práce má strašně moc etických dilemat. Při každém rozhodování musíte zvažovat, zda je etické. Už kolikrát jen nějaké slovo může být malér, pokud ho řeknete na nesprávném místě a v nesprávnou dobu. Když řeknete pacientovi, který je teprve na cestě k vypořádání, něco konečného, pak je to průšvih.

Pořád se pohybujete na hraně, pořád musíte všechno zvažovat. Příkladem je situace, když pacient nechce jít do sprchy. Máme ho nutit, aby se okoupal, nebo mu máme nechat ten jeho postoj? Nebo nechce jíst. Máme ho za každou cenu krmit, nebo počkáme, jestli se nají sám? Nebo nasadíme umělou výživu?

A jak to řešíte?

Zastáváme názor, že každý člověk je odborníkem na sebe samého. A každý člověk má právo volby. Samozřejmě je otázka, zda je schopen se orientovaně rozhodnout. Pokud už není schopen se rozhodnout, musíme to projednat s rodinou. Pokud nám ani rodina není schopna s rozhodnutím pomoci, pak přichází na řadu etický kodex a otázka, zda můžeme nechat člověka takto umřít. Většinou naštěstí funguje komunikace s rodinou, takže to rozhodnutí není jen na nás.

Hoďně pacientů sem přichází s tím, že mají umělou výživu. Důležité je potom s pacienty mluvit, co se stane, když ji odmítnou a když ji dostávat nebudou. Hospic je o tom, aby si každý člověk rozhodl, jak chce zemřít. A naším cílem je dělat vše pro toho člověka.

Jana Kopřivová

Hospic svatě Alžběty v Brně

Poskytuje komplexní pomoc a podporu nemocným v pokročilé a konečné fázi nevyléčitelných onemocnění. Podpora je poskytována také jejich blízkým osobám. Myšlenka hospicové péče vychází z úcty k člověku jako jedinečné a neopakovatelné bytosti. Respektuje individuální potřeby a přání nemocného a klade důraz na nenahraditelnost rodiny a přátelských vztahů každého člověka. Zařízení zajišťuje tyto formy hospicové péče: lůžkový hospic, domácí hospic, hospicovou poradnu a půjčovnu pomůcek. Více informací najdete na www.hospicbrno.cz.



NÁMĚT PRO DISKUSI

Jako „důstojné umírání“ si každý z nás představí něco jiného. Co znamená tento pojem pro Vás? Strávit poslední okamžiky svého života se svými nejbližšími a netrpět bolestí ani samotou? Napište nám o tom.

Své názory zasílejte na adresu

socialniprace@socialniprace.cz, do předmětu uveďte heslo „Diskuse 2/10“.

To hlavní z mé práce spočívá v provázení danou situací

„Je-li to jen trochu možné, měli by lidé umírat doma,“ je přesvědčena sociální pracovnice Bc. **Radka Adamcová** z ostravského mobilního hospice Ondrášek. Její názor vychází z velmi osobní zkušenosti, protože doprovázela svoji umírající maminku v posledních chvílích jejího života. Stejně jako mnozí další před ní poznala, že takový zážitek člověka obohatí. A přestože si smrt maminky v sobě vyřešila, stále cítila, že se chce tématu umírání a péče o umírající věnovat i nadále. Tak se dostala ke své současné práci v Ondrášku.

Svoji pozici sociální pracovnice v mobilním hospici si Radka Adamcová vybudovala od základů sama. *„Šla jsem do toho s nadšením, vervou a obrovským elánem, s vědomím toho, že zřejmě nebude odkud čerpat informace pro vytvoření metodiky práce s klienty. Až později jsem si uvědomila, jak moc špatné to doopravdy je. Samozřejmě jsem se hodně potýkala i se zdánlivě obyčejnými věcmi, jako je tvorba standardů. A stále na to narážím, což je dáno tím, že moje práce je strašně specifická i s přihlédnutím k tomu, jak je sociální práce v České republice vnímána,“* popisuje Radka.

Uvědomuje si, že to, co pro klienty dělá, není vždy „čistou“ sociální prací, protože mnohdy sklouzne i do terapie. Často poskytuje telefonickou krizovou intervenci i osobní poradenství.

Valnou část práce představuje kontakt s klienty v přirozeném prostředí, tedy v jejich domovech. Oproti tomu úřední záležitosti, tedy „administrativní sociální práci“, vyřizuje pro klienty minimálně. Sama svoji práci charakterizuje jako „provázení danou situací a povádání“.

Ačkoliv má Radka ve svých aktivitách svobodnou ruku a většinu věcí mohla udělat, jak potřebovala, nedostatečná metodika stále zůstává kamenem úrazu. *„Hodně si musím domýšlet, dělat intuitivně,“* svěřuje se a dodává: *„Nedokážu si představit, že bych nastoupila do hospice jako sociální pracovník bez svých předchozích zkušeností s touto problematikou.“* Zvažovala i využití zahraničních modelů z praxe, ale zdálo se jí, že se v českých podmínkách nedají tak dobře aplikovat. Například hospicová péče v Německu je hodně založena na dobrovolnictví. *„Z mé strany může jít o nevědomost, svou roli hraje i jazyková bariéra,“* přiznává sebekriticky sociální pracovnice, která sbírá střípky a zkušenosti ostatních a inspiruje se poznatky ze stáží, kterých se účastnila.

Ta, která naslouchá

V současné chvíli má Radka Adamcová v péči sedm klientů, kapacita hospice je patnáct osob v jednom časovém úseku. Podle sociální pracovnice se nedá říct, zda je to optimální, či nikoliv. Záleží na dané situaci. Náročnost péče se zvyšuje především v okamžiku, kdy začne umírat více klientů současně. Personál je navštěvuje i několikrát denně, což se někdy řeší velmi obtížně. Přesto nové klienty z kapacitních důvodů neodmítají. *„Jsem ‚měkká,‘“* říká o sobě Radka, *„když mi někdo volá a prosí, abychom si tu jeho maminku do péče vzali, to se těžko odmítá.“*

Významnou část Radčiny práce představují návštěvy u klientů v jejich domovech, tedy, jak ona říká, chození do terénu. Svoji práci by si bez něj nedokázala představit, především proto, že jde o hodně odlišný a specifický druh práce s klientem. Pracovník vstupuje do soukromého, intimního prostředí, ze kterého – jak Radka Adamcová s nadsázkou říká – není možnost úniku. Vztah, který pracovnice s klienty vytvářejí, je užší, důvěrnější.

Podívejme se blíže, jak probíhá navazování kontaktu s klientem. *„První návštěva, kdy za rodinou přicházím k ní domů se smlouvou o péči, trvá dvě hodiny. Valnou část návštěvy se bavíme o tom, čím si klienti procházeli předtím, než nastoupili k nám do péče, čím procházejí teď, co je trápí,“* popisuje sociální pracovnice. Skutečnosti, které při tomto mapování situace v rodině zjistí, poté předává celému týmu, aby se mohli všichni připravit a předcházet případným krizovým situacím. Radka však upozorňuje, že se jedná jen o „možný obraz rodiny“, který se může, ale nemusí potvrdit.

Po prvním setkání u rodiny doma následují další průběžné návštěvy a telefonické rozhovory, aby pracovnice zůstala s klienty v kontaktu. Do některých rodin chodí Radka každý týden, u jiných je časový interval delší. Zpočátku musí sociální

pracovnice čelit nedůvěře a uzavřenosti rodiny, čím je spolupráce delší, tím lépe se vztah rozvíjí. „Pravda je, že mě mnohem víc využívá sama rodina než umírající člověk. Pro ty lidi je strašně těžko pochopitelné, že tam za nimi přišel někdo, s kým si můžou jen popovídat, a že vždy nemusí řešit něco zásadního, ale že můžou s někým sdílet běžné strasti a starosti, které péči provázejí,“ vysvětluje Radka Adamcová.

Bariérou v poskytování pomoci není jen uzavřenost rodin, ale také jejich přístup ke smrti, který hraničí až se strachem. Často se totiž stává, že rodina svého umírajícího nechce pravdivě informovat o jeho zdravotním stavu. Sociální pracovníci proto ke klientovi nepustí, bojí se, že by s ním začala mluvit o smrti a sdělovat mu něco, co oni před ním chtějí utajit v domnění, že ho tím chrání. „Probíhá tam takové divadlo a mně nezbyvá než rozhodnutí rodiny respektovat,“ charakterizuje Radka a dodává: „Hledáme však různé způsoby, jak mluvit s umírajícími a jejich rodinami, jak otevřít komunikaci a jak pro ni získat prostor.“

Přijetí smrti

Smíření se smrtí je velkým tématem snad všech zařízení, která se věnují péči o umírající a potažmo také o jejich rodiny. Lidé, kteří stojí před skutečností, že jsou nevléčitelně nemocní a jejich život se chýlí ke konci, mnohdy tento fakt odmítají, bojují s ním, vzdorují nebo propadají beznaději či se naopak oddávají – většinou bohužel nepodstatným – nadějí, že „všechno nakonec dobře dopadne“. A nejen oni, jak jsem naznačila v předchozím odstavci, umírání se brání i jejich nejbližší.

Tvrdit však, že všichni umírající mají problémy s přijetím svého stavu, by bylo nepravdivé a zavádějící. „Mám teď jednu úžasnou paní, která si umírání doslova užívá. Je se vším smířená. Má všechno krásně vymyšlené a vyřešené. Její rodina ji opečovává, chová se opatrně a ona to všechno v žertu odmítá: ‚Vy naděláte, o čem tady pořád mluvíte? Já bych chtěla jít ještě ven do restaurace. Proč bych nemohla jít na pivo?‘“ uvádí jeden úsměvný příklad Radka Adamcová. „Když je člověk se smrtí smířený, je to opravdu krásné,“ domnívá se a pro ilustraci přidává ještě jeden příběh klienta.

Tým mobilního hospice ho navštěvoval velmi často. Pán delší dobu vypadal, že svůj špatný zdravotní stav nepřijímá. Radka se s ním proto nejdříve začala bavit o běžných věcech, které

souvisí se smrtí. Později získal klient k sociální pracovníci důvěru a začal sám otevírat i jiná osobnější témata. „Mluvili jsme spolu na rovinu, jak to bude nebo může vypadat, co se bude dít, jak se bude jeho zdravotní stav měnit. Zajímaly ho i detaily. Ptal se, jaké to bude, když bude nosit plínku. Nedovedl si takovou věc vůbec představit,“ naznačuje Radka Adamcová, co může klienty trápit. Když muž zemřel, dozvěděla se, že před svou smrtí poschovával své ženě na různých místech v domě dlouhé dopisy. A schoval je tak promyšleně, aby je v pravou chvíli vždycky našla. Když například hledala doklady pro zařízení nejn nutnějších záležitostí po jeho úmrtí, našla dopis, jak si představuje pohřeb. Dozvěděla se tak, že chce jednoduchý obřad, pouze s rodinou a blízkými přáteli, ačkoliv se o něm předtím vůbec nezminil. „Když mi to pak jeho manželka vyprávěla, vzpomněla jsem si přesně na tu situaci, kdy jsem si s klientem o jeho pohřbu povídala. Nemohl o tom mluvit se ženou přímo, tak jí to napsal v dopisech. Doteď nevíme, jestli jsou ještě někde nějaké další, které nenašla. To je úžasná zkušenost,“ zakončuje s rozechvěním v hlase sociální pracovníce. Tento příběh ukazuje, že mluvené slovo nemusí být jediným způsobem, jak vyjádřit svá přání a jak dát svým blízkým před smrtí najevo, že nám na nich záleží.

Poradenství pro pozůstalé

Smrtí klienta péče pracovníků mobilního hospice Ondrášek nekončí. Po úmrtí nechává pracovník hospice v rodině kartičku „Nejste sami“, v níž nabízí další podporu a pomoc truchlící rodině. Sociální pracovníce se může také sama pokusit pozůstalé kontaktovat. K tomu však Radka podotýká, že je velmi obtížné odhadnout správnou chvíli, kdy je opětovně navázání komunikace s rodinou vhodné. Důvody jsou různé. Jedním z nich je i ten, že pozůstalí se již nadále nechtějí stýkat s pracovníky hospice, protože jim neustále připomínají zemřelého a oni se chtějí s jeho smrtí vyrovnávat sami.

Pokud si rodina nepřeje, aby je pracovníce navštěvovala doma v jejich prostředí, mohou zvolit osobní setkání v sídle mobilního hospice. Jako návazná služba pro truchlící zde slouží Poradna pro pozůstalé. Jedná se o relativně novou službu, a není o ni proto zatím příliš velký zájem. Radka Adamcová si myslí, že jedním z důvodů je, že si pozůstalí nedokážou představit, co poradenství a péče o pozůstalé obnáší. Důležitou roli zde

proto hraje dobrá propagace, která snad – jak Radka doufá – zájem o službu v brzké době zvýší. Zatím se pro klienty připravuje zbrusu nová poradenská místnost. „*Trápí mě absence péče pro pozůstalé v České republice. Je to strašně opomíjená služba. Přitom vím, jak je z pozice pozůstalého těžké se s tou situací vyrovnat,*“ říká sociální pracovnice.

V době, kdy připravuji tento text, má za sebou Radka první svépomocné setkání pozůstalých – novinku v nabídce služeb mobilního hospice Ondrášek. Smyslem setkání je podle slov sociální pracovnice dát prostor lidem, jimž zemřel někdo blízký, k tomu, aby vyjádřili to, co prožívali před úmrtím, v době úmrtí a po úmrtí jako pozůstalí. Důležité je, že nezůstávají se svými pocity sami a mohou je sdílet s někým, kdo prožil něco podobného. Prvního dvouhodinového setkání se nakonec zúčastnilo pět žen. Svě čerstvé dojmy charakterizuje Radka Adamcová takto: „*Setkávání budu muset ještě vytříbit. Je to věc vývoje a toho, kdo se setkání účastní. Dá se říct, že jeho smysl byl naplněn. Řeč nestála, účastnice bez okolků mluvily o svých prožitcích bez toho, aniž by je bylo nutno pobízet. Proto si myslím, že byla navozena dostatečně důvěrná atmosféra. Průběh a podoba dalších svépomocných setkání záleží hodně na tom, kdo přijde a jak bude reagovat. Budu se zkrátka stejně jako při tomto prvním setkání řídit danou situací.*“ I když ne vše proběhlo tak, jak čekala, hodnotí sociální pracovnice setkání velmi pozitivně a ráda by jej pozůstalým opět nabídla.

Osobní přínos umírání

Přestože je sociální práce s umírajícími velmi náročná, a to nejen na psychiku, Radka Adamcová si ani v nejmenším nestěžuje. „*Když mám případ, se kterým si nevím rady, volám do Cesty domů,*“ uvádí sociální pracovnice, jak spolupracuje se sdružením, které je jí charakterem činnosti nej-

blíže a kde strávila určitou dobu na stáži a školicích seminářích. Při řešení obtíží jsou pro Radku přínosné také rozhovory s kolegyní, vrchní sestrou, která vystudovala sociální práci, a ví tedy, co obnáší. „*Bylo by samozřejmě ideální, kdybych k sobě měla ještě dalšího, čistého sociálního pracovníka.* Člověk potřebuje někoho, s kým probere problémy, které se dají sdílet,“ říká Radka. Těžší případy, které ji více zasáhnou, řeší na individuální supervizi u psycholožky.

„*Bude to znít morbidně, ale moje práce mě prostě baví. Cítím při ní obrovskou smysluplnost a setkávání s umírajícími a jejich rodinami mě duševně obohacuje. Díky tomu si často uvědomuji, které hodnoty jsou v životě důležité. Ti lidé jsou vzhledem ke svému stavu vděční, že tam s nimi někdo v těch obtížných chvílích je. Všechno špatné, co v rodině bylo předtím, jde alespoň na chvíli stranou. V těch okamžicích, kdy se starají jen o svého umírajícího, je tam jen to dobré,*“ uzavírá svoji zkušenost sociální pracovnice Radka Adamcová.

Jana Kopřivová

Mobilní hospic Ondrášek, o. p. s.

Poskytuje zdravotní a lidskou podporu terminálně nemocným pacientům a jejich rodinám v jejich domácím prostředí. Za své poslání si společnost klade umožnit pacientům s vážným onemocněním, u kterých již není nutná nemocniční péče, důstojně a v kruhu své rodiny a přátel prožít poslední etapu svého života. Snahou je zachovat kvalitu života v co nejvyšší možné míře se zdůrazněním individuálních požadavků a přání klienta i jeho rodiny. Vzhledem ke komplexnosti služby je péče zajišťována multidisciplinárním týmem odborníků. Mobilní hospic Ondrášek zajišťuje také poradenství pro pozůstalé a sociální poradenství.

Další informace naleznete na webové adrese www.mhondrasek.cz.



NÁMĚT PRO VÁS

Znáte ve svém okolí někoho, kdo se angažuje v jakékoliv oblasti sociální práce, a myslíte si, že by jeho příběh mohl být pro čtenáře zajímavý a inspirující? Napište nám o něm.

Své náměty zasílejte na adresu socialniprace@socialniprace.cz, do předmětu uveďte heslo „Příběh“.

Dotazníky spokojenosti – mobilní hospic Ondrášek

Po třech letech plného fungování mobilního hospice Ondrášek (MHO) zajímalo vedení i pracovníky, zda lze kvantitativně podchytit spokojenost pacientů/klientů s poskytovanými službami. Nově nastupující sociální pracovnice doslala za úkol dotazníky vypracovat, rozdat a shrnout výsledky. K podobnému konání nás obecně vybízí i standard 15 v příloze vyhlášky 505/2006 Sb. k zákonu o sociálních službách a mnohé další systémy managementu kvality, např. ISO nebo EFQM.

V hospicové službě, u lůžka terminálně nemocného, je typické prolínání zdravotních a psychosociálních služeb, jak potvrzuje i jedna z respondentek. Na otázku, co MHO chybí, odpověděla: „Vlastní pečovatelská služba.“ Pečovatelská služba je služba sociální, definovaná v zákoně o sociálních službách, zatímco spousta rozhodů a psychosociální pomoci dělají často zdravotní sestry při své práci v rodině. Bylo by vhodnější hovořit o sociální práci vykonávané zdravotními sestrami. Tento stav se odráží i v otázkách dotazníků, kde se prolínají skutečnosti zdravotní, psychosociální i existenciální.

Vedle otázek obecných, zaměřených na komunikaci mezi poskytovateli a přijímajícími, na informace o léčbě, o pomůckách, o dalších službách, je v dotaznících mnoho otázek zaměřeno na péči zdravotní. Rádi bychom do budoucna oddělili sociální práci od zdravotní. Dobře víme, že nebude jednoduché učinit tento krok. I v odpovědích je znát, že je péče vnímána spojeně, v celku, obtížně se rozlišuje, co je již sociální služba.

Dotazníky byly připraveny pro tři typy respondentů – pro nemocné, pro pečující a pro pozůstalé. Byly rozdávány od dubna 2009, celkem třikrát 30 kusů v průběhu zhruba půl roku.

Hypotéza byla zformulována následovně: respondenti jsou se službou MHO spokojeni a nic jim nechybí z toho, co je schopen zajistit. Případná zlepšení, očekávání, požadavky nám sdělí v otevřených otázkách. Ve třetí skupině byla ověřována i premisa, že pozůstalí s odstupem času uvítají setkání lidí s podobným osudem.

Vyhodnocení dotazníků pro nemocné – z celkem rozdaných 30 archů se jich vrátilo 16 vyplněných a jeden téměř prázdný

Zdroje, odkud se nemocní dozvěděli o MHO, jsou nejčastěji lékaři (10) a přátelé, známí, rodina (8), dále pak sociální pracovnice (1) a internet (1).

Informativní otázky na dostatečné vysvětlení služeb MHO, jejich formy a frekvence, dostupnosti, dalších nabídek (zdravotní služby, psycholog, kněz, notář, pomůcky) jsou hodnoceny jako určité vyhovující (15) – nejlepší hodnocení. Jednou se odpověď spíše ano objevila v otázce č. 9: „Můžete se obracet na pracovníky MHO s dotazy, připomínkami?“ A jednou v otázce číslo 3: „Byl jste informován o všech službách, které vám MHO může poskytnout (zdravotní péče, psycholog, kněz, notář, zapůjčení pomůcek)?“ Někteří nemocní neměli zapůjčeny pomůcky – což uvedli v příslušné odpovědi.

Asi nejméně pochopitelná z důvodu složitější formulace byla oblast léčebné péče týkající se symptomů bolesti, kašle a dušnosti, nevolnosti, zvracení, kožních defektů, vyměšování, spánku, úzkosti a strachu. Zde se ukazuje, že otázka po dostatečné péči věnované léčbě vyjmenovaných příznaků je pravděpodobně matoucí ve vztahu k nabízené škále 1–10, která měla hodnotit projevovaný příznak nemoci před přijetím do MHO a po něm. Otázku zvládnutí různých symptomů terminálního stavu je nutno v příštím dotazníku formulovat jednoznačně. U většiny pacientů (10) je uvedena nižší míra obtíží po přijetí do MHO, jen u jednoho vyšší. Tři pacienti uvedli míru obtíží stejnou před i po dva tabulku nevyplnili. U těch, kterým MHO pomohl k menším obtížím, lze předpokládat, že komplexní péče zdravotní a sociální zmírnila symptomy nemoci, v sedmi případech dokonce významně.

Úroveň komunikace mezi pracovníky MHO a nemocným a ve vztahu k blízkým nemocného je v obou případech hodnocena výborně, tedy číslem jedna (15). Jeden respondent zakroužkoval v obou případech čísla 2 a 3, jako by tato známka byla 2 až 3, což je zajímavé hodnocení především v souvislosti s vyplněním posledních 4 otázek, které v dotazníku následují (co změnit?, co chybí?, co se nelíbí?, a další podněty

a připomínky). Zde tentýž respondent píše, že „prozatím nemá žádné připomínky na zlepšení ošetřování v nemoci ze strany zdravotních sestřiček“ ani mu „z jejich strany nic nechybí, je úplně spokojen s obsluhou a věří, že do budoucna tento trend bude trvat“ a že „když se budou vyskytovat nedostatky, rád ohlásí, aby byla udělaná náprava, a plně věří, že jeho prosbě bude vždy vyhověno včas“. Nabízí se otázka, zda a kde došlo v případě tohoto respondenta k nepochopení, kde jsou slabé stránky „komunikace“. Ostatní nemocní uváděli, že změnit netřeba nic (8) nebo nevědí (1), nic nechybí (7), popř. vepisovali velkou spokojenost (1), srdečné poděkování za odbornou a obětavou práci (1), maximální spokojenost se službou, milé, ochotné a příjemné sestřičky (1).

Hypotéza spokojenosti se u této skupiny, stejně jako u obou dalších, potvrdila. Ti, kdo si zvolili domácí hospic, byli s jeho službami následně spokojeni. Sdělení ohledně zlepšení péče žádná respondentská skupina neuvadla. Naopak vyjadřovali ocenění, poděkování nebo prostou vděčnost.

Vyhodnocení dotazníků pro pečující – návratnost 20 dotazníků vyplněných a 1 prázdný, z celkem rozdaných 30

Pečujícím zde není myšlen profesionál, nýbrž rodinný příslušník, který na sebe vzal největší díl domácí péče o nemocného a který je v kontaktu s pracovníci a lékaři MHO.

Zdroje, odkud se pečující rodinní příslušníci dozvěděli o MHO, jsou taktéž nejčastěji lékaři (12) a přátelé, známí, rodina (7), dále pak sociální pracovníce (2) a denní tisk či časopis (1).

Úroveň komunikace mezi pracovníky MHO a pečujícími a ve vztahu k jejich blízkým je v obou případech hodnocena výborně, tedy na jedničku (19x). Jedna respondentka zakroužkovala v obou případech čísla 2 a 3. Stejná respondentka v následujících řádcích odpovídala, že „prozatím nemá žádné připomínky, neboť je krátká doba ošetřování“ (ve skutečnosti tři čtvrtě roku), že je „velmi dobrá spolupráce“, „pomoc je velmi rychlá a nemá žádné potíže“, „doposud je velmi spokojena“.

Ostatní pečující uváděli, že změnit netřeba nic (8) nebo nevědí (1), nic je nenapadá (2), vše je dostatečné, nic nechybí; „všichni jsou velice vstřícní, ohleduplní a profesionální“; „služby jsou vynikající“; „s takovou péčí, starostí

a ochotou se nikdy při dlouhodobé nemoci manželka nasetkala“. Jedna manželka nemocného napsala, že „obětavost a pomoc je bezmezná, nehledě na osobní volno a čas, snaží se zmírnit utrpení nemocného, ale i jeho ošetřující manželky, určitě vás budu vřele doporučovat“. Další rodinný příslušník si přeje, „aby takových zařízení bylo více“. Jedno doporučení říká, že „vzhledem k náročnosti práce sestřiček by nebylo od věci jim občas ulehčit nějakou posilou“.

Informativní otázky na dostatečné vysvětlení služeb MHO, jejich formy a frekvence, dostupnosti a dalších nabídek (zdravotní služby, psycholog, kněz, notář, pomůcky) jsou hodnoceny nejlepší známkou (18). Dvakrát se objevila odpověď spíše ano.

Zvládnutí různých symptomů terminálního stavu v MHO je pečujícími ve větší polovině hodnoceno jako úspěšné, některé symptomy jsou podle nich výrazně sníženy. Čtyři pečující tyto odpovědi neuvadli, čtyřem dalším se symptomy jeví jako stejně obtížné před i po přijetí do MHO. I zde platí, že v příští anketě je zapotřebí oblast léčebné péče bolesti, kašle a dušnosti, nevolnosti a zvracení, kožních defektů, vyměšování, spánku, úzkosti a strachu formulovat jednoznačně.

Vyhodnocení dotazníků pro pozůstalé

V této skupině se z 30 dotazníků vrátilo pouze 10. Možná, že toto nižší číslo návratnosti vysvětluje jeden z oslovených. Napsal MHO děkovný e-mail, ale z vyplňování dotazníku se omluvil, bylo to pro něj ještě stále velmi bolestné téma a nechtěl ho pitvat.

Odpovědi se velmi podobaly výsledkům již výše uvedeným. Proto zde uvedeme jen odpovědi na otázku, zda pozůstalým nyní chybí přímý kontakt s pracovníky MHO: určitě ano (1), spíše ano (1), nevím (3), spíše ne (2), neodpověděli (3); a zda by se respondenti zúčastnili případného setkávání pozůstalých: ano (1), spíše ano (3), nevím (3), spíše ne (2), určitě ne (1).

Hypotéza spokojenosti se opět potvrdila. Předpoklad, že se pozůstalí rádi setkají na svépomocné skupině, však pouze u 4 z 10.

Závěr a výhled do budoucna

Naše hypotéza se u všech tří skupin dotazovaných potvrdila. Vzhledem k tomu, že dotazník pro pozůstalé měl relativně nízkou návratnost, plánujeme znovuotevření tématu poradenství



Ilustrační foto: Magda Kucharičová

pro pozůstalé, jakožto specifické sociální práce v rámci hospice. Nyní ovšem se zaměřením nejen na hospicové klienty, ale stejně tak na lidi z široké veřejnosti. A to v návaznosti na nově vznikající kvalifikaci Poradce v poradenství pro pozůstalé, jejíž koncepci vytvářela pracovní skupina k tomu sestavená skládající se z mnoha odborníků nejen v hospicové oblasti, která vznikla při Ministerstvu pro místní rozvoj ČR pod sekci pohřebnictví (více na <http://www.mmr.cz/Pohrebnictvi/Koncepcie-Strategie>). Pracovní skupina se zaměřovala na poskytování poradenství pro pozůstalé především z řad poskytovatelů sociálních služeb, ale stejně tak například z řad zástupců laického poradenství (Dlouhá cesta) nebo zástupců pohřebních služeb. Skupina dále vytvořila příručku pro pozůstalé, kterou dále distribuuje mezi širokou veřejnost. V této příručce je zpracován postup, jak vyřídit pohřeb, co dělat v případě úmrtí doma apod.

Do konce roku 2010 plánujeme vytvořit dotazník pro pozůstalé a dávat jej mimo jiné také na pohřebních službách, v nemocnicích. Touto aktivitou bychom chtěli především zjistit potřebnost poradenství, neboť se domníváme, že je chybějící službou mezi poskytovateli sociálních služeb, především mezi poskytovateli od-

borného sociálního poradenství. Chceme usilovat o prvotní zachycení potřeb pozůstalých, a to jak v praktických oblastech, jako jsou, kde a jak vyřídit pohřeb, v jakém rozmezí se pohybují ceny za vypravení pohřbu a co vše je třeba po úmrtí zajistit, tak v oblasti psychosociální pomoci, a to především pomocí individuálního poradenství a jako doplnění pak svépomocné skupiny pozůstalých. Tuto aktivitu zajišťuje již např. Dlouhá cesta nebo Cesta domů. Z konzultací vyplynulo, že je tato aktivita shledávána spíše jako přínosná. Rádi bychom si tuto hypotézu potvrdili i v našich podmínkách, tedy městě Ostrava.

Naše organizace dále plánuje zjišťování kvality všech služeb, které MHO zajišťuje. Tentokrát bychom se chtěli v dotazníkovém šetření zaměřit na všechny složky obsažené podrobněji. Do konce roku 2010 vytvoříme dotazníky se zaměřením na oblasti bio-psycho-socio-spirituální. A rádi bychom se dověděli, jak můžeme tyto služby zkvalitnit a poskytovat v návaznosti na potřeby našich klientů. Domníváme se, že tato aktivita nám ujasní nejen spokojenost klientů, ale stejně tak jejich potřeby ve všech zmiňovaných oblastech.

Hana Friedrichová, Radka Adamcová

Sociální práce v paliativní péči

Vnímám sociální práci v paliativě především jako práci se ztrátami

Posouzením situace klienta, možnostmi intervence do jeho situace, v souvislosti se ztrátami, které nevyléčitelně nemocného člověka a jeho rodinu potkaly, se zabývá podle Mgr. Marie Přidalové sociální pracovník v paliativní péči. Osobně v této profesi pracovala v rajhradském Domě léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v letech 1998–2001. V současnosti vyučuje thanatologii na Fakultě sociálních studií Masarykovy univerzity a výzkumně působí na Institutu pro výzkum reprodukce a integrace společnosti v Brně, kde se zaměřuje na mezigenerační vztahy a stáří. Je autorkou kapitoly Sociální práce v paliativní péči – český kontext v knížce Sociální práce v hospici a paliativní péče.

Jak by podle vás měli sociální pracovníci chápat klienty v paliativní péči? Kdo a co by mělo být v jejich zorném úhlu pohledu?

Když je člověk dlouhodobě nemocný, ostatní mají tendenci vidět ho často jako jenom nemocného nebo pacienta a tato nová role se může stát dominantní složkou jeho osobnosti. Myslím si, že sociální pracovník, nejen v paliativní péči, ale ve zdravotnictví obecně, by měl ostatním ukazovat, že tento člověk, který před námi momentálně leží v posteli a v pyžamu, v ní vždycky neležel, ale má za sebou kus života, ve kterém hraje velkou roli jeho rodina, profese, zájmy, zážitky a zkušenosti. Je potřeba tohoto člověka vnímat v kontextu jeho života bez nemoci a v souvislosti s prostředím, ve kterém se pohyboval jako zdravý, a také se vztahy, které ho k životu ve zdraví vážou. Jak konkrétní člověk nemoc a blízkost smrti prožívá, jak na ně reaguje a vyrovnává se s nimi, souvisí právě s jeho sociální historií a sociální pracovník ze znalosti těchto souvislostí čerpá při hledání pomoci pro nemocného a jeho rodinu.

Právě rodina také patří do centra pozornosti sociálního pracovníka – zdravotníci často vidí nejbližší lidi nemocného člověka jako ty, kteří musejí být v dané situaci silní, být oporou a podržet svého člena rodiny. Ale aby takovou oporou mohli být, potřebují také pomoc. Neléčitelná nemoc a všechny důsledky z toho plynoucí zasáhly i do jejich života, také prožívají drama a právě sociální pracovník by měl být jedním z těch, kteří se zajímají o jejich pohled na věc, o problémy, které se v této situaci vynořily, a také o to, nakolik spolu představy a přání nemocného a jeho blízkých kolidují či se shodují.

Čím se vyznačuje sociální práce v paliativní péči?

Vnímám sociální práci v tomto oboru především jako práci se ztrátami. Těch totiž nemocný člověk a jeho rodina utrpí od sdělení diagnózy a nepříznivé prognózy spoustu. Často se musí vzdát zaměst-



Mgr. Marie Přidalová

nání, a tím pádem přichází i o status, který čerpal ze své profese, sniží se životní úroveň celé rodiny, nemůže se účastnit aktivit, které ho těšily a byly důležitou součástí jeho volného času, omezí se kontakty s lidmi, které pravidelně potkával, promění se dynamika rodinných vztahů, změny utrpí i jeho fyzický vzhled a v konečné fázi vlastně přichází o život. Přijmout tyto ztráty a nějak se adaptovat na novou situaci je strašně náročný proces a sociální pracovník může být jedním z lidí, kteří nemocného v jeho průběhu podpoří.

Jakých rovin v přístupu k člověku si má být vědom sociální pracovník v paliativní péči?

Sociální práce v paliativě se drží principů, které jsou stejné pro jiné obory. Jde o to, pomoci nevyléčitelně nemocným lidem adaptovat se na život s nemocí, obnovit rovnováhu způsobenou zážitými ztrátami a najít nový způsob fungování v dané situaci. Tento výčet působí velmi akčně. Je ale třeba uvědomovat si, že základní problém, který tyto lidé řeší, změnit nelze. S největší pravděpodob-

ností se neuzdraví a s největší pravděpodobností v krátkém časovém horizontu zemřou. Je nutné citlivě vyvažovat poradenství s doprovázením, aktivizaci s paliací. Sociální pracovník by měl pro umírajícího pacienta vyhledávat informace, regionální zdroje, navrhnout mu možné postupy a změny, které souvisí s adaptací, ale stejně tak musí umět odhadnout chvíli, kdy je potřeba přestat řešit a kdy je potřeba „pochovat“. Umírající člověk má právo na to, aby byla uznána tíha jeho problému, aby tento problém nebyl bagatelizován, má právo na to, nic s tímto problémem nedělat, být smutný a plakat. A v tu chvíli mu pomůže nejvíc to, že s ním někdo v jeho zoufalství cítí a že ho s ním sdílí.

Jak by mělo vypadat „správné“ posouzení životní situace člověka v paliativní péči?

V tomhle směru je velmi návodné schéma Barbary Monroe, která ve svých nyní už klasických pracích o sociální práci v paliativní péči zmiňuje čtyři okruhy, o které by se měl sociální pracovník zajímat. Životní situaci nevyléčitelně nemocného člověka je potřeba nahlížet zaprvé z hlediska individua, zadruhé z hlediska rodiny. To znamená, že by nás mělo zajímat, jaké změny nemoc do života všech zúčastněných přinesla, zda jsou všechny tyto změny vnímány negativně anebo naopak jestli jim v něčem situace vyhovuje. Je dobré pojmenovat největší problémy či obavy a seřadit priority podle toho, co je nejvíc akutní. S některými můžeme pomoci řešit je, některé s nimi, jak už jsem řekla dříve, můžeme jenom sdílet a podporovat je v tom, aby je unesli.

Zatřetí je potřeba posoudit materiální situaci a zdroje celé rodiny – zprostředkovat možné sociální dávky, na které v souvislosti s nemocí a fyzickým omezením člověku vzniká nárok, ale také rehabilitační pomůcky, které mohou výrazně ulehčit péči v domácím prostředí. Také je potřeba zvážit alternativy k domácí péči, pokud už nebude možná. Čtvrtý okruh znalostí o nemocném a jeho rodině se týká sociálních zdrojů. Musíme je vnímat v souvislosti s etnickým, kulturním a náboženským kontextem jejich života, musíme si být vědomi toho, že tyto specifické charakteristiky mohou ovlivnit vnímání nemoci a smířování se s ní.

Jaké vidíte možnosti intervence sociálního pracovníka v paliativní péči?

Možnosti intervence navazují na posouzení sociální situace nemocného a souvisí s citlivým vyvá-

žením poradenství a doprovázení. Je potřeba vyjít z toho, že jde sice o náročnou životní fázi, ale pořád jde o fázi života. Je dobré soustředit se na to, co dělat lze. V první řadě se snažíme najít plán pro život s nemocí, který v sobě zahrnuje řešení situace tak, aby mohl být nemocný co nejdéle doma, aby mu alespoň částečně byla kompenzována ztráta příjmu a aby nějak smysluplně naplnil čas, který mu zbývá. Dále mu můžeme pomoci s vyřízením věcí souvisejících se smrtí, pokud chce třeba sepsat závěť, převést majetek, předat dárky blízkým a rozloučit se. Někdo chce předat informaci, jak by si představoval svůj pohřeb. A celou dobu mu samozřejmě můžeme být nablízku, pokud o to stojí, a doprovázet ho. Po jeho smrti nastává další období ztrát a smířování se s nimi pro jeho rodinu a i pomoc pozostalým patří do okruhu intervence sociálního pracovníka.

Který způsob intervence nejčastěji využíváte?

Od sociálního pracovníka lidé pořád nejčastěji očekávají takovou tu praktickou pomoc – aby pro ně něco vyřídil, zjistil jim, na co mají nárok. A není tomu jinak ani v paliativní péči. Nicméně prostor pro zařizování či nárokování v této životní situaci je přece jen dost omezený. A čím míň toho pro nemocného můžeme zařídit, tím víc se pomoc přesouvá do roviny doprovázení a psychologické podpory.

Kterou z čtyř možností intervence považujete za nejnáročnější?

Za nejnáročnější považují já osobně doprovázení, které může na první pohled vypadat jenom jako prostá tichá přítomnost u nemocného. Ale jde o víc. Je náročné čelit tolika smutku, emočním výkyvům nemocných, je těžké naučit se být s plačícím člověkem a najít vhodný způsob podpory v daný moment. Stejně tak je těžké vyvážit upřímný zájem a vcítění se do situace umírajících s určitým odstupem, protože jinak by se člověk utrápil. Ale myslím, že každý, kdo se k paliativní péči dostal, vám nakonec řekne, že přes všechno psychologické vypětí je práce s umírajícími nesmírně obohacující zkušenost. Mění životní perspektivu a vnímání toho, co člověk považuje za důležité. A mezi nemocnými se občas objeví lidé, kteří celou situaci zvládnou s obdivuhodnou grácií a stávají se skutečně vzorem toho, jak se se smrtí a umíráním důstojně vypořádat. A takové osobnosti a jejich „výkon“ vám pak zůstanou v paměti na hodně dlouho.

Připravil Pavel Bajer

Role sociálního pracovníka v procesu doprovázení je nezastupitelná

Dlouholeté zkušenosti ve zdravotně sociální sféře vedly Mgr. **Dagmar Dvořáčkovou** k zamyšlení nad současným stavem paliativní péče v obou oblastech. Má za sebou 16 let praxe ve zdravotnictví jako zdravotní sestra a čtyři roky jako sociální pracovnice v domově pro seniory. V současnosti působí na katedře supervize a odborné praxe Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

Jaké jsou požadavky na sociální pracovníky v hospicích? Je možné charakterizovat určitý ideál sociální práce v hospicové oblasti?

V současné době je v oblasti paliativní péče sociální pracovník již neodmyslitelnou součástí multidisciplinárního týmu. Sociální pracovníci v paliativní péči musí počítat s tím, že budou pracovat s lidmi, kteří nemusí mít úplné informace o svém onemocnění. Předání informací o nevyléčitelné nemoci je někdy neúspěšné. Může se tak stát kvůli vyhybajícím se postojům nemocného, jindy může jít o zamezení toku informací ze strany rodiny, aby svého blízkého „chránili“. V důsledku může nepředání informací někdy, i navzdory dobrému úmyslu, nemocnému zabránit ve smysluplném prožití života, který mu ještě zbývá. Pro efektivní zpracování informací je dobré, aby jimi nebyli nemocní zahlceni, ale dostávali je po troškách.

V paliativní péči je velmi důležitá práce s časem a právě čas rodinní příslušníci potřebují nejvíce. Na druhou stranu jim času příliš mnoho nezbyvá a pracovník také potřebuje rodině citlivě sdělit, že je důležité dobře využít každého dne. Sociální pracovník také může pomoci rodině rozhodovat, které věci jsou životně důležité, které je nutné řešit hned či které naopak mohou počkat. Je článkem, který propojuje služby a péči, kterou poskytuje komunita. Zajišťuje spirituální péči pro klienta – uspokojení jeho duchovních potřeb, eventuálně další aktivity, jako je muzikoterapie, arteterapie, čtení knih, psaní dopisů a další programy, které klientovi i rodině zpříjemní poslední chvíle společného života. U osamocených klientů, kteří mají domácí zvířata, zajišťuje prostřednictvím dobrovolníků či různých spolků péči i o ně. Snímá z rodiny a blízkých břemeno, které je spojeno se zajištěním pohřbu a dalšími náležitostmi, které je nutno vypořádat po úmrtí klienta.

Sociální práce se nedá redukovat pouze na administraci a sociálně-právní kompetence. K profesní identitě náleží práce zaměřená na vztahy



Mgr. **Dagmar Dvořáčková**

a psychosociální kompetence. K profesní výbavě sociálních pracovníků patří především vřelost, soucit, empatie, trpělivost a umění naslouchat. K této sociální práci patří i práce s životními ztrátami, které vyžadují odbornou sociální podporu.

Můžete porovnat, uvést, jaké služby paliativní sociální práce nabízejí pacientům v jiných zemích?

Nejvíce znám situaci v Rakousku, s níž nás spojuje historická souvislost a geografická blízkost.

V Rakousku existuje odborný profil sociální práce v rámci hospice a paliativní péče. Pro inspiraci bych uvedla některé zásady, které mohou sloužit jako model i v našich podmínkách, konkrétně se jedná o služby pacientům v paliativní péči a jejich příbuzným a služby pro truchlící.

U služby pacientům v paliativní péči a jejich příbuzným se jedná zejména o stanovení sociální anamnézy (posouzení sociální situace nemocného a jeho rodiny), podání informací, konzultace

a zhodnocení individuálních ošetrovatelských plánů. Dále se jedná o poskytnutí krizové intervence, psychosociální doprovázení, konzultace s pacienty i jejich příbuznými, úloha spojence – prostředníka mezi pacienty a rodinnými příslušníky.

V případě služby pro truchlící jde o podání informací o nabídkách podpory a konzultace truchlícím. Tyto služby jsou zaměřeny na aktivní psychosociální doprovázení rodinných příslušníků i po úmrtí pacienta. Neméně důležitá je i následná péče a doprovázení – telefonický kontakt, pozvání k setkání rodinných příslušníků nebo individuální rozhovory. V některých zařízeních vznikají svépomocné skupiny, které pomáhají překonat pocit nejistoty, obavy a starosti. Napomáhají přijmout novou realitu, ve které je někdy těžké se zorientovat.

Ve Velké Británii, kterou lze považovat za kolébku paliativní medicíny, je tomuto typu péče přičítán velký zdravotnický, ekonomický i morální společenský význam. Na území Anglie je na 300 hospiců, kde se školí tisíce dobrovolníků i profesionálů v dovednostech aktivní empatie, naslouchání a psychosociálního poradenství. Naprosto jedinečným výsledkem takovéto péče je morální dopad na celou společnost, který jistě patří mezi hodnotová měřítká, jež jsou nadčasová.

Jaká je role, pozice či postavení sociální práce v oblasti paliativní péče?

Je zřejmé, že sociální práce v oblasti paliativní péče je nezbytnou součástí péče nejen o konkrétního jednotlivce, ale o celou skupinu lidí kolem něj. V první řadě se tato péče týká rodiny nemocného, a to jak v době jeho života, se snahou vyrovnat se s celou situací, tak i po jeho smrti, v období zármutku. Sociální práce v oblasti paliativní péče by měla využívat psychosociální kompetence a zabývat se zejména úkoly spojenými s aktivováním zdrojů, s koordinací pomoci, se školením a podporou dobrovolníků, sociálně právním poradenstvím.

Peter Speck v publikaci Týmová práce v paliativní péči sociálního pracovníka automaticky řadí mezi členy všech typů paliativního týmu, vedle lékaře, ošetrojících zdravotních sester, duchovního, ergoterapeuta, fyzioterapeuta, psychoterapeuta, dobrovolníka, případně dalších profesí. Uvádí, že v každém týmu by se měli jednotliví členové seznámit s rolemi ostatních, pochopit jejich význam a poznat také člověka, který roli zastává, aby si dokázali představit a ocenit, čím každý z nich v péči o klienta přispívá. Zmiňuje se zde také o paliativních týmech, v nichž je sociální pracovník dokonce ústřední postavou. V tomto případě je to právě sociální pracovník, kdo se jako první setkává s pacientem a jeho rodinou, sepiše zprávu o fyzických symptomech a provede také zevrubné posouzení psychosociálních potřeb. Druhým krokem je prezentace případu celému týmu, následuje diskuse a doporučení pro primárního lékaře, který tu zůstává po celou dobu hlavním pečujícím. Diskuse nad případem se opakuje v pravidelných intervalech a paliativní tým je zapojen do organizace podpůrných služeb pro pacienta a jeho pečující.

Péče rodiny a blízkých měla a má nezastupitelnou úlohu v péči o umírající. Role sociálního pracovníka v procesu doprovázení je nezastupitelná. Je jakýmsi spojovacím článkem mezi zdravotníky a těmi, kteří potřebují odbornou pomoc, týkající se záležitostí „na konci cesty“.

Pro všechny, již se rozhodnou doprovázet, je důležité, aby si uvědomili, že mohou dát jen to, co mají sami. Konec života v nás vyvolává myšlenky o jeho smyslu. Pokud chceme být skutečnou oporou těžce nemocnému a umírajícímu, měli bychom mít vyřešený svůj vlastní postoj ke smrti a umírání. Je to velmi těžký úkol, který nás však obohatí o nové hodnoty a pomůže nám nést břemeno vlastní smrtelnosti s trpělivostí a důstojností.

Připravil Pavel Bajer

E-mailové adresy redakce

Redakce: socialniprace@socialniprace.cz

Šéfredaktor a redaktor publicistické části Bc. Pavel Bajer: pavel.bajer@socialniprace.cz

Finanční manažerka Bc. Marie Žižlavská: marie.zizlavska@socialniprace.cz

Editorka akademické části Mgr. Zdeňka Dohnalová: zdenka.dohnalova@socialniprace.cz

PR manažerka Bc. Jana Koprivová: jana.koprivova@socialniprace.cz

Správkyňe předplatitelské databáze Olga Cídllová: olga.cidlova@socialniprace.cz

Pomoc nejen pozůstalým – úloha a potřebnost laiků

Do uvolněného prostoru vstupuje poradenství pro pozůstalé

U zrodu projektu autorizace v oblasti poradenství pro pozůstalé stála útlá kniha učebnicového charakteru psycholožky Naděždy Špaténkové *Poradenství pro pozůstalé*, tvrdí ThLic. **Tomáš Kotrlý**, Th.D., který má společně s JUDr. Vladimírem Zahajským na Ministerstvu pro místní rozvoj ČR (MMR) v kompetenci pohřebnictví. Ve čtvrté kapitole se autorka knihy zabývala povinnými kompetencemi laického poradce, jeho péčí o sebe sama a prevencí syndromu vyhoření. V recenzi této knihy (viz <http://lidemesta.cz/index.php?id=172>) Kotrlý upozornil odbornou veřejnost na podstatnou změnu vyplývající z knihy: poradenství pro pozůstalé není v ČR doménou speciálně vyškolených expertů, lékařů, zdravotníků, sociálních pracovníků či psychologů. Do nápomocí novým pozůstalým se zapojují „dřívější“ pozůstalí, což patří k rysům občanské společnosti. Poradenství ignorující vlastní zkušenost se smrtí a utápějící se pouze v duševních poruchách nepovažuje pracovník legislativně právního odboru ministerstva za pravdivé. „Zaujalo mě, že česká autorka u nás neobjevila žádný výcvikový program pro takto specializované poradenství, proto musela upozornit až na australský Certifikovaný (diplomovaný) kurs poradenství pro pozůstalé,“ přibližuje své pohnutí Kotrlý, který čtvrtou kapitolu knihy *Poradenství pro pozůstalé* se souhlasem autorky použil jako základní východisko pro vlastní tvorbu standardů laických služeb pro pozůstalé. Pohřební a zádušní obřady jsou podle něj v krizi a do uvolněného prostoru vstupuje poradenství pro pozůstalé.

V jaké fázi je v současnosti projekt autorizace v oblasti poradenství pro pozůstalé?

Rámec kvalifikačního a hodnotícího standardu Poradce pro pozůstalé stanovuje zákon č. 179/2006 Sb., o uznávání výsledků dalšího vzdělávání. Podle tohoto zákona jsou důležité skutečné znalosti a dovednosti, nikoliv způsob jejich získání. Autorizace v poradenství pro pozůstalé je v přípravě, z legislativního prostředí si můžeme vypůjčit termín v „třetím čtení“.

Kdy má být publikován standard a budou známa jména zkoušejících?

Kvalifikační a hodnotící standard Poradce pro pozůstalé bude publikován na přelomu let 2010/2011 v Národní soustavě kvalifikací a ve Věstníku MŠMT. Jména autorizovaných osob budou publikována tamtéž o několik měsíců později. Proces autorizace zkoušejících je stanoven nejen ve zmíněném zákoně, ale MMR jako autorizující orgán musí postupovat i podle správního řádu, který ustanovuje zákonné lhůty pro odvolání.

Kdo se může stát poradcem pro pozůstalé?

Jak již bylo v úvodu řečeno, poradce musí začínat v uvědomění si své vlastní smrtelnosti. V knihách Naděždy Špaténkové se dočteme i o antické útěše, která se tázala svého adresáta, zda nelituje víc sebe samého než zesnulého, jež oplakává. Truchlení není civilizační problém. Zpět ale k otázce. Dnes se může stát poradcem pro pozůstalé prakticky kdokoli, záleží na hodnocení zaměstnavatele a na samotném poradci, zda bude mít v takto specializovaném poradenství klienty. Jednou ze základních podmínek pro zvýšení kvality života pozůstalých je neustálé prohlubování a zvyšování kvalifikace personálu ve zdravotnických, sociálních, pohřebních, pečovatelských a poradenských službách. Tak to alespoň proklamuje vládní materiál *Kvalita života ve stáří z roku 2008*. Státu připadla úloha podporovat odbornou přípravu poradců pro pozůstalé. Osvědčení o získání dílčí kvalifikace Poradce pro pozůstalé může podle výše zmíněného zákona a hodnotícího standardu MMR (viz <http://www.mmr.cz/Pohrebnictvi/Koncepce-Strategie>) získat každý plnoletý kandidát, u kte-

rého autorizované osoby úspěšně ověřily jeho skutečné znalosti a dovednosti nezávisle na tom, kde, jak a kdy je získal.

Vzdělání v některé z pomáhajících profesí, psychoterapeutický výcvik, resp. specializovaný vzdělávací kurs zaměřený na oblast poradenství pro pozůstalé a případně praktické zkušenosti s poradenstvím jsou výhodou, ale nikoli podmínkou k přijetí žádosti o zkoušku.

Jaké nároky, standardy musí kandidát na poradce splňovat?

Doporučujeme ukončené úplné střední vzdělání, alespoň jednoletou praxi s pozůstalými pod dohledem supervizora, od něhož může být ke zkoušce vydáno doporučení, popřípadě od ředitele poradny, hospice, nemocnice, domova seniorů, pohřební služby, náčelníka hasičského záchranného sboru, první pomoci, policie, armády, horské služby. V případě, že je uchazeč sám v roli pozůstalého, požaduje se čestné prohlášení, že od úmrtí blízké osoby uběhlo minimálně 13 měsíců.

Co bude obsahovat vlastní kvalifikační zkouška?

Zkouška se skládá ze dvou částí, praktické a teoretické. V teoretické části se doporučuje ústní, nikoli písemné ověřování.

Uchazeči budou zadány činnosti, které jsou obsahem schváleného hodnotícího standardu dílčí kvalifikace Poradce pro pozůstalé. Konkrétní úkoly a jejich rozsah určí autorizovaná osoba. Praktická, dovednostní rovina kompetence, kterou by měl poradce ovládat, se nejčastěji projevuje při vlastní práci s klienty. Proto se praktické ověřování provádí řešením rozmanitých modelových situací s hráčem role (figurantem), který hraje roli „pozůstalého“ podle rámcového scénáře autorizované osoby. S celým kontextem situace je uchazeč předem seznámen. Modelové situace lze navodit také verbálně, zvukovým nebo obrazovým záznamem. Lze doporučit kombinování jednotlivých postupů. Například uchazeč může být do situace uveden obrazovým nebo zvukovým záznamem a následně řešení situace má již předvést sám. První část situace je tedy navozena obrazovým záznamem, druhá část inscenační metodou, tzv. inscenační hrou. K povinnostem autorizované osoby patří včas inscenační hru ukončit a následně vyhodnotit.

Součástí přípravy na zkoušku je vyplnění následujícího dotazníku, který uchazeč přikládá k ostatním dokladům:

- První případ úmrtí, na který si vzpomínám, byla smrt (koho):
- Bylo mi let.
- Vzpomínám si, že jsem měl následující pocity:
- Úplně první pohřeb, kterého jsem se účastnil, byl
- Bylo mi tehdy asi
- Z tohoto zážitku si pamatuji
- Má poslední ztráta následkem smrti (jméno, vztah k zemřelému, okolnosti smrti):
- Tuto ztrátu jsem překonal (jak, díky):
- Nejtěžší pro mne byla smrt (koho):
- Bylo to těžké, protože...
- Nejvíce mi v truchlení pomáhalo...
- Vůbec mi nepomáhá...
- Nejvíce mě štvě, když...
- Víím, že jsem svůj zármutek zpracoval, když...

Během modelových situací se především sleduje, jakým způsobem uchazeč pracuje s právy a potřebami pozůstalých – potřeba času, ticha, empatie, přístupu k realitě, respektování individuality. Po této praktické části následují otázky uvedené v dalších blocích. Doporučujeme praktickou část zkoušky zaznamenat audiovizuálně a po dobu nezbytně nutnou ji archivovat. Zkouška je veřejná a má být rozvržena do více dnů.

Jakou bude mít osvědčení pro poradce hodnotu na pracovním trhu?

Osvědčení, jehož formu podrobně upravuje vyhláška MŠMT, o získání dílčí kvalifikace Poradce pro pozůstalé, bude mít na českém trhu práce pravděpodobně nevalnou cenu. Dvouletý pracovní pobyt ve Velké Británii u renomovaného hospice nebo absolvování stohodinového kursu ve specializované německé neziskové organizaci pro pozůstalé může mít pro českého zaměstnavatele větší cenu než lipovými listy ozdobený a státním znakem ochráněný diplom o znalostech a kompetencích v poradenství pro pozůstalé. Hodně bude záležet na dobré pověsti vybrané autorizované osoby, zda půjde o zralou osobnost a všeobecně uznávaného odborníka v psychologických vědách. Nelze zůstat lhodstojný ani

k právě probíhající odborné diskusi nad akreditací specializovaného přípravného vzdělávacího kursu, který má být zaměřený na oblast poradenství pro pozůstalé a na přípravu ke kvalifikační zkoušce poradce. Nedílnou součástí vytvořené kvalifikace je také otevření tématu pozůstalých široké veřejnosti.

Můžete popsat, jak vypadá poradenství pro pozůstalé v praxi?

Na otázku mohu odpovědět z vlastní zkušenosti státního úředníka, který s pozůstalými v rámci své agendy pohřebnictví přichází od roku 2004 čas od času do styku, distančního i osobního. Při takovém „malém“ poradenství pro pozůstalé nelze sledovat hodinky, vyžaduje totiž klidnou kancelář bez kolegů a sekretárek, ztišený mobil a vypnutý monitor, malé občerstvení, sklenici vody, šálek čaje nebo hrnek kávy, přirozený úsměv, papír a tužku. Pozůstalé nelze škatulkovat podle počtu a velikosti signifikantních ztrát ani je nutit, aby své truchlení zbavili všech konvenčních forem, všech naučených vybraností, všech nedobrovolně vnímaných šablon. Stačí, když je přimějeme uchopit samu skutečnost, vést je k hlubokému ponoru do jejich minulosti, vyzbrojit je praktickými radami souvisejícími s pohřbem a jeho organizací, s hrobem a jeho symbolikou, abychom jednou mohli uctívat své předky stejně jako ty, kteří tu s námi zůstali.

Uzavírá se mezi poradcem a pozůstalým kontrakt?

Zatím jsem neslyšel o žádném českém poradci, který by s pozůstalými uzavíral písemnou smlouvu a za své služby vyžadoval odměnu. Poradenství je zpravidla dotováno veřejnými projekty, které realizují jednotlivé církevní nebo občanské neziskové organizace. Podle mého názoru

poradenství pro pozůstalé není v Česku plně etablovaná služba, kterou lze dělat pravidelně a na plný úvazek. Ideální by bylo tento typ poradenství řešit v interdisciplinárním týmu, počínaje provozovatelem zdravotnického zařízení přes sociální, pohřební a hřbitovní službu až po duchovní vedení. Proto také standard Poradce pro pozůstalé není posledním. Pracujeme na standardech nižší i vyšší úrovně: průvodce a terapeut pro pozůstalé.

S jakými nejčastějšími riziky je spojena autorizace poradenství pro pozůstalé?

Leccos zde bylo naznačeno. Kdo by si o sobě nemyslel to nejlepší, když dostane cenu v soutěži, a kdo by sebou nepohrdal, když propadne u kvalifikačních zkoušek? Je třeba dávat velký pozor na to, aby se poradny a svépomocné skupiny nestaly ghety pro pozůstalé, zaplněnými poradci, kteří se „zabydlí“ ve své nové identitě „vysvoboditele“.

Osobně vidím určité riziko i v přehnaných očekáváních od poradců pro pozůstalé, jak ze strany samotných klientů, tak ze strany těch, kteří se této činnosti chtějí vyhnout, ačkoli je to v popisu jejich práce. Součástí úcty k člověku je sdělit pozůstalým informace, které mohou vyvolat nějaké emoce. Zatajování pro ně významných informací by mohlo do jisté míry poškodit jejich důstojnost. Nic se nezlepší, dokud se neoprostíme od materiálního uvažování.

Pozůstalý může chtít jedinou věc, aby se druzí vzdálili a mlčeli, a jindy aby vytvořili jeho truchlení ozvěnu a opětovali jeho pláč, a pokud pozůstalí až dosud hledali ochranu a pomoc u lékařů, sociálních pracovníků a psychologů, to všechno snad naleznou naprosto přirozeně i u svého poradce pro pozůstalé.

Připravil Pavel Bajer



Nepropásněte naši SLEVU inzerce pro NEZISKOVÉ ORGANIZACE!

Víme, že šetříte každou korunu. Rádi Vám pomůžeme, a to **slevou** na inzerci **25 %** včetně bonusu **grafického zpracování zdarma**. Více informací na <http://www.socialniprace.cz/inzerce.php>

Kontaktní osoba

Bc. Jana Kopřivová ■ jana.koprivova@socialniprace.cz, (+420) 605 081 603

Laická poradna Alej pomáhá pozůstalým najít novou cestu

Umírání mnohdy znamená pro rodinu velkou psychickou zátěž, která však smrtí blízkého nekončí. Z členů rodiny se stávají truchlící pozůstalí, kteří ne vždy dokážou sami zvládnout další obtížnou životní etapu. V takové situaci nabízí své služby laická poradna Alej, která pomáhá nabrat síly v klidném prostředí s empatickými naslouchajícími. Internetová prezentace poradny její pomoc poeticky charakterizuje takto: „Cesty k venkovským hřbitovům bývají často lemovány stromy, jsou alejemi, kterými se ubírá pohřební průvod. Stejnou alejí však vycházíme ze hřbitova, když pohřeb skončí. Alej jako cesta na hřbitov a cesta ze hřbitova je dobrým obrazem reality a naděje, které jsou hlavními principy laické terapie v nemoci a zármutku.“

Poradnu Alej – Pomoc v nemoci a zármutku provozuje v Novém Městě na Moravě občanské sdružení Hospicové hnutí – Vysočina. Poradna vznikla jako služba návazná na domácí hospicovou péči, při níž pracovníci dojíždějí přímo za klienty do jejich domovů a kterou sdružení poskytuje jako alternativu lůžkového hospice. *„Během návštěv u rodin jsme si velice rychle začali uvědomovat, že úmrtím naše práce ani zdaleka nekončí. Když vykonáváme hospicovou péči v rodině, jsme tam samozřejmě pro toho člověka, který umírá. Záhy jsme však zjistili, že mnohem více času a péče věnujeme jeho příbuzným,“* popisuje důvody vzniku nové služby Vojtěch Zikmund, laický terapeut a koordinátor poradny Alej. Dodává, že je-li někdo těžce, nevléčitelně nemocný, chod celé domácnosti se začne soustřeďovat jen na něj. Po jeho smrti však zůstanou lidé, před kterými se najednou otevře obrovská, temná prázdnota. Cítí se bezmocní a nevědí, jakým způsobem situaci zvládnout. *„Na tento popud jsme zřídili naši poradnu, aby tito lidé měli za kým jít a s kým mluvit,“* doplňuje Vojtěch Zikmund.

Cílovou skupinu však netvoří jen truchlící pozůstalí, ale také umírající nemocní a jejich blízcí. Tento záběr je dán tím, že umírání a následně pozůstání jsou dva provázané procesy, které na sebe navazují. V obou případech se jedná o těžkou krizovou životní situaci. Vymezení klientely jasně určilo obsah pravidel pro práci s ní. *„Metodiky jsme vytvářeli na základě metodik domácí hospicové péče. Jsme první vlašťovka, taková poradna tady předtím neexistovala. Nebylo na co navazovat, z čeho brát zkušenosti. Vycházeli jsme proto ze zkušeností z domácí hospicové péče. Tam se vytvářely modelové situace, jak s těmi lidmi pracovat a co přesně potřebují,“* popisuje Vojtěch Zikmund, bývalý knihkupec, který v poradně

působí již tři roky. Spolu s ním klientům poradny – jednotlivcům i rodinám – pomáhá také tým externích laických poradců.

Hledání nových cest

Laický terapeut se podle slov Vojtěcha Zikmunda snaží pozůstalé především držet „při zemi“. Smrt blízkého je velká rána a zvládnout ji je těžké. Podle terapeutovy zkušenosti se s tím lépe vyrovnávají věřící, kteří mají otázku smrti a posmrtného života lépe zpracovanou, i když to také neplatí vždy. *„Snažím se jim ukázat, že je tady život, jaký byl i předtím, že až přijdou domů, budou muset nakrmit králíky, vyvenčit psa nebo jít zpátky ke stroji do práce. Oni mají často pocit, že se život zastavil. Smrt před ně postavila zeď, přes kterou nejsou schopni se dostat,“* doplňuje.

Terapeut se jim snaží ukázat, že život jde dál, a upozorňuje, jak důležité je umět si smrt blízkého pojmenovat. Větší chuť či potřebu mluvit mají ženy. Muži jsou podle zkušenosti terapeuta mnohem uzavřenější. Vše je však individuální. Starší lidé se prý se smrtí srovnávají lépe než mladší. Pro lidi ve středním věku je mnohem těžší přijmout smrt, protože po nich zůstávají malé děti a mají pocit, že hodně věcí nestihli dokončit. *„Naším cílem je, aby klient našel novou cestu a nezískal na nás závislost. Jsme rádi, pokud jsou kontakty postupně méně časté, protože to znamená, že se na nás pozůstalí stávají nezávislími a jejich bolest odeznívá,“* vysvětluje Vojtěch Zikmund.

Alej kromě osobního kontaktu nabízí také distanční pomoc formou telefonické a internetové poradny. Nabízí se otázka, zda klienti nepotřebují především blízký kontakt s živou osobou, s někým, kdo je utěší nejen slovy, ale i gesty a fyzickou přítomností. *„Ano, distanční pomoc je sice neosobní, ale mnohdy přeroste v osobní návštěvy. Telefonický kontakt je pro klienty v prvních*



Vojtěch Zikmund při besedě se studenty. Foto: archiv HHV

chvilích přijatelnější, protože je pro ně méně závazný,“ říká Vojtěch Zikmund. Vzhledem k tomu, že klienti většinou nežijí ve městě, kde poradna sídlí, je pro ně telefonát možností, jak vyslat první signál, že potřebují pomoc. Pro terapeuty pak není problém za potřebným člověkem přijet autem.

Laická pomoc

Zvláštností poradny Alej je už zmiňovaný koncept laického pomáhání. Klientům zde neradí vystudovaní psychologové nebo odborníci v daných oborech, ale laici, lidé, kteří – ačkoliv nezískali formální vysokoškolské vzdělání – se mohou opřít o své profesní i osobní zkušenosti a znalosti. Laici tedy nejsou amatéři. Měli by být schopni si však přiznat, že ne vždy jsou schopni klientovu situaci sami zvládnout, a přizvat na pomoc buď kolegy, nebo odborníky. Jedině laik, který sám sebe nepřeceňuje, může účinně pomáhat lidem, kteří v něj vkládají důvěru.

Tlak ze strany vystudovaných odborníků je však velký. „*Vyčítají nám, že jsme nekompetentní, protože nemáme potřebné znalosti. Když se ale tohle všechno odečte a zůstaneme jen my jako laičtí terapeuti, kteří máme za sebou zastřešující organizaci, pak ta hlavní výhoda je v tom, že*

k nám lidé mají blíž. Víc se nám otevrou než člověku, který má tituly před jménem, za jménem. Jsme normální lidé, kteří se s nimi dokáží normálně bavit. Snáze tak dokážou přijímat naše laické rady,“ pochvaluje si větší blízkost ke klientům terapeut Vojtěch Zikmund. Mnohá terapie v poradně spočívá jen v mluvení – klienti se potřebují ze svých prožitků jen vypovídat a sdělit své obavy, neočekávají rady a návody k řešení.

Bereme-li za směrdatné formální vzdělání, co nahrazuje onen „vysokoškolský titul“ u laických terapeutů? „*Vycházíme z vlastní zkušenosti, ať osobní či pracovní,*“ říká Vojtěch Zikmund. Jak ale přiznává, sám si ztrátou nejbližších zatím neprošel. Nevnímá to však jako deficit. Člověk si podle něj nemusí zažít vše, aby byl schopen vcítit se do problémů druhých. Velkou roli hraje při laickém poradenství také sebevzdělávání – četba odborných knih, kursy a semináře. „*Jsme registrovaná poradenská služba, proto spolupracujeme s odborníky, kteří nám jsou nápomocni v případech, že si sami nejsme jisti, jak bychom měli postupovat nebo radit. Pokud se stane, že klientův problém přesahuje možnosti laického poradenství, zprostředkujeme jeho setkání s odborným psychologem,*“ vysvětluje terapeut, jak je zajištěna navazující odborná stránka poradenství.

Co když se ale „zablokuje“ terapeut? „Zatím se mi nestalo, že bych nemohl s klientem pracovat,“ odpovídá Vojtěch Zikmund a dodává, že nepříjemné jsou především situace, kdy se poradenství týká někoho jemu blízkého či známého. Člověk do toho pak vnáší vlastní emoce, což může být kontraproduktivní. V takových okamžicích nezbývá než předat klienta kolegyni. „Pravidelné setkávání se smrtí jsem si v sobě zpracoval, převládá ve mně rozumová složka. Pokud ze sebe terapeuti vydávají energii, pak jim může chybět, zvláště když kontakt s jedním klientem skončí a přijde další. Proto si v sobě vytvářím takové vnitřní prostředí, které mi vyhovuje a posunuje mě stále dál,“ vysvětluje terapeut, jak se vyrovnává s nároky, které poradenství pro pozůstalé klade na psychiku. Zdůrazňuje však, že to v žádném případě neznamená, že by poradenství bral po kusech a neosobně. Jen se snaží do toho příliš nezabředávat. „Může se zdát, že je to pro nás rutina, ale tak to není. U každého člověka je cíl a poradenský postup jiný a vždy vyhledáváme specifické formy pomoci,“ dodává.

Vyhledávky poradenství pro truchlící pozůstalé

Poradny pro pozůstalé jsou v České republice stále spíše vzácností než běžně nabízenou službou. Obvykle bývají, stejně jako Alej, součástí nějaké organizace, která poskytuje péči o těžce nemocné a umírající. Založit a udržet při životě poradnu jako samostatnou jednotku je obtížné především z finančního hlediska.

Pokud bychom odhlédli od toho, že tento typ poradenství poskytují především neziskové organizace, bylo by v budoucnu reálné, aby každý hospic, nemocnice či LDN měly alespoň jednoho pracovníka, laického terapeuta, který by zajišťoval přinejmenším základní pojetí služby poradenství pro pozůstalé? „Bylo by optimální, kdyby to takhle fungovalo, ale obávám se, že v dnešní době to z finančních důvodů proveditelné není. Na

sociální služby je peněz málo, až mív. Jsem rád, že se do nemocnic dostávají alespoň nové funkce, jako jsou kaplani. Ti jsou však v kontaktu především s nemocnými a už tolik ne s pozůstalými,“ říká Vojtěch Zikmund. Podle něj jde o to, jak tuto myšlenku systémově uchopit. V kraji Vysočina, pod který Nové Město na Moravě spadá, nebyla doposud žádná koncepce hospicové péče. Nefungující hospicová péče byla také hlavním impulsem k založení občanského sdružení Hospicového hnutí – Vysočina, které má dnes pobočku i v Jihlavě.

Přesto se snad – alespoň někde – blýská na lepší časy. „Krajský úřad přišel s myšlenkou vytvořit v nemocnicích síť hospicových pokojů. Myslí si, že to je dobrý nápad. Je tady pět nemocnic a alespoň základně by se pokryla potřeba ze strany klientů,“ domnívá se laický terapeut. Výhodu vidí především v tom, že na hospicové pokoje by se daly „nabalovat“ další služby jako tolik potřebná a chybějící poradenská.

Je škoda, že tento typ služeb není systematicky podporován a rovnoměrně rozšířený po celé republice. Vždyť – slovy Vojtěcha Zikmunda – lidé umírají všude a pozůstalí jsou také všude bez rozdílu.

Jana Kopřivová

Poradna Alej – Pomoc v nemoci a zármutku

Poradna nabízí pomoc lidem, kteří se ocitli v těžkém životním období – v situaci, kdy život člověka končí a jeho blízcí jej ztrácejí (umírání), a v situaci, kdy život člověka skončil a jeho blízcí tu zůstali (pozůstalí). Tyto dvě situace na sebe navazují a mají povahu životní krize. Poradna lidem pomáhá formou laické podpory.

Koordinátor poradny: Vojtěch Zikmund, tel.: 739 511 433, e-mail: vojtech.zikmund@hvh.cz
Internetové stránky: www.hvh.nmnm.cz



NÁMĚT PRO DISKUSI

Zaujalo Vás poradenství pro pozůstalé, které nabízejí v poradně Alej? Máte obdobnou zkušenost se zaváděním nové služby? Napište nám, co se odehrává ve Vaší organizaci, a inspirujte ostatní.

Své náměty zasílejte na adresu

socialniprace@socialniprace.cz, do předmětu uveďte heslo „Diskuse 2/10“.

Anežka uměla všechno rozzářit jako radostné sluníčko

Zveřejnění tohoto příběhu jsem pečlivě zvažovala. Původně jsem na tomto místě chtěla psát o někom, kdo před nějakým časem využil služeb poradny Alej a je schopen zhodnotit pomoc, které se mu tam dostalo. Jitka, o níž v následujícím textu píšu, však není typickou klientkou poradny, vlastně ji ve svém zármutku po úmrtí dcery ani nevyužila. Jsem však přesvědčená, že je zajímavou ukázkou toho, jak se lze vyrovnávat s náhlou smrtí. Věřím, že stejně jako mně, i vám bude Jitčina statečnost a velká vnitřní síla inspirací nebo případně povzbuzením. Jitčin příběh je příkladem toho, jak se dají využít zkušenosti z mezní životní situace pro dobro druhých lidí.

Jitka je mladá maminka dvou synů a ještě před rokem byla i maminkou šestileté dcerky. Anežka se narodila s těžkou srdeční vadou a o něco později jí bylo diagnostikováno vzácné onemocnění nazvané Moebiov syndrom. Ten znamená poškození nebo nevyvinutí jader lícního nervu, což se projevuje neschopností ovládat obličejové svaly. Obličej tak dostává vzhled strnulé masky. Velké jsou komunikační bariéry – je-li narušena schopnost ovládat svaly obličejové, dochází k problémům s rozvojem řeči. Ačkoliv jim neurologové nedávali velkou naději, Jitka se rozhodla, na doporučení fyzioterapeutky, s Anežkou denně cvičit, pravidelně navštěvovat rehabilitaci a jezdit na logopedii do 20 km vzdáleného města. „Řekli mi, že rehabilitaci se nic nezkazí, ale také nespraví,“ popisuje Jitka omyl lékařů. I přes jejich skepsi se však Anežčin stav začal zlepšovat, svalstvo v obličejí si udržovalo pružnost a zmizel vzhled vypjaté masky. Ve třech letech začala chodit, naučila se i poměrně dobře mluvit.

Usilovná práce slavila úspěch, začala si však vybírat i svou daň. „Péče o Anežku byla hodně náročná. Kamarádky mi radily, ať si zažádám o asistentku, ale já jsem pořád věřila, že to zvládnou sama. Měla jsem svůj zaběhnutý styl, časem se mi však vybiły baterky. Začala jsem ztrácet nadhled nad situací, cítila jsem stále nejistotu,“ svěří se Jitka. V té době pocítila potřebu vrátit se do práce, alespoň na čtyři hodiny denně, aby byla mezi lidmi. Nakonec se však rozhodla pro dobrovolnickou službu a tak se seznámila s činností Hospicového hnutí – Vysočina. V dobrovolnictví vidí Jitka velké výhody, především v tom, že když máte chuť, můžete se pomoci věnovat, když ne, zůstanete doma a nejste na nic vázáni. To pro ni bylo během péče o Anežku velmi důležité. „Práce dobrovolníka spočívá v tom, že děláte společnost nemocným. Můžete si s nimi povídat, zpívat, sedět u nich, držet je za ruku. To mě naplňovalo a obo-

hacovalo. Jezdila jsem hlavně k těžce nemocným. Tato setkání mě dobíjela a vracela zpět vyčerpávanou energii,“ popisuje Jitka svoji zkušenost.

V této době také poprvé velmi krátce využila poradnu. Nechtěla se však zastavit, jak jí doporučovala terapeutka. Zastavení by ji donutilo přemýšlet o budoucnosti, a co bude dál s Anežkou. Nechtěla takové zklidnění, snažila se své obavy vytěšňovat. Na doporučení fyzioterapeutky postupně začala Anežku dávat na pár hodin do školky, až nakonec nastoupila jako kterečkoliv jiné zdravé dítě. Na začátku roku 2009 ji nechali zapsat do školy, protože psychologka nástup doporučila i bez osobní asistentky. V té době se vše zklidnilo, Anežka docházela bez problémů do školky, její obtíže se zmírnily a ona se velmi těšila do školky.

Pak přišla zcela nečekaně velká rána – po návratu z posledního dne ve školce v červnu 2009 si Anežka stěžovala na silné bolesti břicha. Lékař vyslovil podezření na slepé střevo, vypsál papíry na chirurgii. Náhle však Anežka zkolabovala, došlo u ní k zástavě srdce a už se jí nepodařilo oživit. Následná pitva potvrdila náhlou příhodu břišní – zauzlení střev, které vedlo k celkovému selhání oběhového systému. „Ve tři jsme přišli ze školky a v sedm už byla po smrti. Přišlo to zcela nečekaně. Když jsme si mysleli, že nejhorší je za námi, tak přišel takový šok,“ líčí Jitka. „První dny byly náročné. Chtěla jsem normálně fungovat, nakupovat, ale jakmile jsem někam vešla, bylo kolem mě prázdné – lidé se nám vyhýbali, protože nevěděli, jak reagovat, bylo to těžké. Pomohlo by mi, kdyby přišli, podali ruku, řekli: ‚Je mi to líto.‘ Když jsem o tom mluvila, lidé se hned stáhli, ale já o tom potřebovala mluvit,“ dodává. Těžká byla i komunikace s kamarádkami a známými. Jitka se nemohla zbavit pocitu, že jí nikdo nerozumí. Nikdo v jejím okolí totiž za sebou neměl takovou zkušenost, a proto mohli přátelé jen velmi obtížně pochopit, co se v ní děje.

Léto po smrti Anežky strávila Jitka bez větších obtíží. „*Já už jsem po tom všem byla tak vnitřně posílená, že jsem se ani nehroutila,*“ komentuje situaci. Po smrti dcery cítila klid, věděla, že pro ni udělala maximum. Smutku se nepoddávala. Na podzim však přišel zlom. Starší synové se vrátili do školy a Jitka zůstala sama doma. „*Věděla jsem, že potřebuji nějakou činnost, ale také si odpočinout a načerpat síly, tak jsem se rozhodla, že o tom všem napíšu. Jednoho dne jsem si sedla a začala psát. Když jsem se ponořila do psaní, měla jsem pocit, že náš příběh s Anežkou prožívám znovu. Psala jsem a u toho brečela. Do té doby jsem všechnu bolest držela ve svém nitru a nemohla ji ze sebe dostat,*“ svěčuje se Jitka. Knihu napsala v ruce během měsíce. Zpočátku bylo v příběhu, který v knize vypráví,

hodně negativismu, později se s tím však lépe srovnala a nacházela i pozitiva. Nyní jde rukopis do tisku a Jitka doufá, že pomůže rodičům, kteří se ocitli ve stejné situaci jako ona a kteří hledají jakékoli informace a zkušenosti.

Vypsání se z bolesti bylo pro Jitku formou vnitřního očištění, katarze. „*K vyrovnání se s touto situací nám pomohla i víra. Anežčina smrt nám přišla jako skok do nebe. Za krátký čas, který prožila v naší rodině, velmi obohatila nejen náš, ale i život druhých lidí. Všichni ji vnímali jako radostné sluníčko,*“ vzpomíná na dcerku s úsměvem Jitka. „*Přes všechny nesnáze, které jsme prožili, jsme nacházeli pomocné ruce, nové přátele a pravé životní hodnoty,*“ dodává.

Jana Kopřivová

inzerce

I.E.S. Institut expertních služeb, Sdružení Podané ruce, o.s.
vás zve na vzdělávací akce jaro/léto 2010



(výběr z témat, ceny a kompletní katalog naleznete na www.podaneruce.cz/cz/ies/kurzy)

- Výcvik psychosociálních dovedností v poradenském procesu 20. -21. 7.
- Krizová intervence 18. -19. 8.
- Motivační rozhovory a práce s klientem Basic 18. -21.8.
- Trénování paměti 20. - 21.8..
- Úvod do standardů sociální práce 24.8.
- Krizová intervence 8.- 9.9.
- Potřeby uživatele sociální služby 9.9.
- Základy etopedie 14.9.
- Poradenské dovednosti I.,II. 16. -17. 9.
- Specifická témata krizové intervence – Krize jako ztráta, ztráta jako krize 20.-21.9.
- Možnosti práce s klientem s duální diagnózou 22. -23. 9.
- Týmová práce a supervize, jak předcházet vyhoření 8. - 9. 10.
- V pasti dluhů - pomoc klientovi v dlužích 12.10.
- Poradenské dovednosti III, IV. 21.- 22. 10.
- Účetnictví v neziskových organizacích – termín bude upřesněn
- Nové trendy na drogové scéně 25.10.

Nabízíme také vytvoření kurzů „na klíč“ podle potřeb Vaší organizace.

I.E.S.
 Hapalova 22
 621 00 Brno

tel.: 541 225 188
 mobil: 777 916 277
 e-mail: ies@podaneruce.cz

www.podaneruce.cz



Inzerujte v časopise Sociální práce/Sociální práca!

Nejlevnější inzerce již od **590,- Kč** včetně grafického zpracování
 Více informací na <http://www.socialniprace.cz/inzerce.php>

Kontaktní osoba

Bc. Jana Kopřivová ▪ jana.koprivova@socialniprace.cz, (+420) 605 081 603

Lidskost a povzbuzení – dobrovolnictví v léčebně dlouhodobě nemocných

Léčebna dlouhodobě nemocných Fakultní nemocnice Brno se nachází v Bílovicích nad Svitavou ve svazitém, zalesněném údolí. Stěží byste našli tak hezké místo s přímým výhledem do korun listnatých stromů. Přesto si troufám tvrdit, že dobrovolně by zde nikdo delší dobu pobývat nechtěl. Je to prostředí, které je neodmyslitelně spojené se stářím, nemocemi a umíráním. Připojila jsem se k dobrovolnicím Marii Keprtové a Lidě Adamcové, abych se dozvěděla, zda a jak se jim daří alespoň na krátkou chvíli ozvláštnit život starých a nemocných lidí v tomto zařízení.

Nastupujeme do vlaku a vyrážíme směr Bílovice nad Svitavou do LDN. Dobrovolnickou službu na tomto odloučeném pracovišti zajišťuje Dobrovolnické centrum Motýlek, ke kterému patří i moje dvě průvodkyně Marie a Lída, vitální sestry v důchodovém věku. Za okny rychle ubíhá jarní krajina a minuty plynou v družném hovoru. Zajímá mě, jak dobrovolnice vnímaly své začátky v léčebně, kde se zaměřují především na doplnění sociálního kontaktu a zlepšení pohyblivosti pacientů starších 70 let. „*To víte, že jsem se styděla, ale velká výhoda byla, že jsme sestry a poprvé jsme šly do jednoho pokoje spolu,*“ světuje se mi mladší ze sester Lída. „*Pak jsme se dohodly, že je hloupost, abychom seděly dvě v jednom pokoji, když každá může jít jinam, můžeme se rozdělit,*“ popisuje začátky. „*Se ženami se povídá mnohem líp, k mužům tolik nechodíme. Nevím, o čem se s nimi bavít. Párkrát jsme to zkusily, ale zůstalo to stát na mrtvém bodě. Se ženami si povídáme o dětech, o zahrádce,*“ vyjmenovává Lída. K dobrovolnictví ji a její sestru přivedl jejich synovec. Původně chtěly chodit za malými pacienty do brněnské Dětské nemocnice, ale když jim koordinátorka nabídla LDN, neodmítly.

Motýlek

Dobrovolnické centrum Motýlek působí v Brně už osm let. Původně začínalo jen s několika dobrovolníky, dnes jich má přibližně šedesát. Nové dobrovolníky přijímá vždy jednou za čtvrt roku, kdy pro ně připravuje úvodní školení. Tím projde obvykle okolo patnácti dobrovolníků, z nichž přibližně deset zůstává v dobrovolnickém centru v „aktivní službě“. S dobrovolníky koordinátorka sepíše smlouvu, v níž se zavazují, že v prvních třech měsících věnují dobrovolnictví minimálně 20 hodin. Pro centrum to znamená pojistku, že dobrovolník myslí pomoc vážně. Organizace totiž do svých dobrovolníků investuje – poskytuje

školení, pojištění, věnuje se jim, co se přípravy na výkon dobrovolnictví týče. Po uplynutí tří měsíců už je jen na nich, kolik času potřebným lidem věnují. „*Moc mě těší, že jak k nám dobrovolníci přicházejí, tak se sami přirozeně rozrůstají po různých zařízeních, aniž bych je já musela usměrňovat. Nestává se, že bych je musela ‚násilím‘ rozdělovat stylem: ‚Teď potřebuji dva dobrovolníky do LDN, takže tam budete chodit vy dva.‘ Sami si vždy vybírají pracoviště i oddělení podle vlastního zájmu a vzhledem k tomu, jak jsou různorodě zaměřeni. Žádné z pracovišť není upřednostňováno či opomíjeno,*“ konstatuje s viditelnou spokojeností v hlase Petra Nejedlá, koordinátorka dobrovolníků DC Motýlek.

Nedílnou součástí péče o dobrovolníky jsou pravidelné supervize, které Motýlek pořádá dvakrát za půl roku. Setkání, kterých se účastní okolo patnácti dobrovolníků, vedou odbornice, jež znají program centra a vědí, v jakém prostředí se dobrovolníci pohybují. Mohou tak dobře reflektovat potřeby dobrovolníků a poskytnout jim případnou podporu. „*Dobrovolníci si supervize moc pochvalují, jsou spontánní, vykládají, hodně je zajímají zkušenosti dalších dobrovolníků. Míváme i různé společné akce, neformální setkání, jako např. vánoční večírek. Dobrovolníci se navzájem znají a na komunikaci je to potom vidět,*“ popisuje Petra Nejedlá. O zajištění individuální supervize dobrovolníci zájem zatím neprojeví. Na řešení akutních problémů využívají možnost konzultace s koordinátorkou.

DC Motýlek má za sebou osmiletou historii. Je tedy v oboru již poměrně dobře zavedeno. Přesto se vedení centra neustále snaží aktualizovat a zlepšovat metody práce s dobrovolníky. „*Spolupracujeme samozřejmě s Národním dobrovolnickým centrem Hestia. Sbíráme zkušenosti i z jiných zařízení. Říkáme si, co komu funguje, co ne. Dobrovolnická centra se mezi sebou nevnímají jako konkurence, takže ochota sdílet informace*

a poznatky je velká,“ pochvaluje si Petra Nejedlá.

Přijela vítaná návštěva

V léčebně mají dobrovolníci v horním patře vyhrazen malý „kumbálek“, kde si odkládají věci i pomůcky na akce, které v zařízení pořádají. Lída s Marií se zde převléknou do červených triček s logem DC Motýlek, pak sjedou výtahem do nižšího podlaží a obcházejí pokoj po pokoji. Jdu spolu s Marií za paní, kterou vytipovaly zdravotní sestřičky z oddělení. „Holky, já vám něco povím, já jsem tak ráda, že jste tady,“ říká nadšeně drobná babička s tlustými dioptrickými brýlemi. Špatně slyší, Marie proto zvyšuje hlas a zřetelně vyslovuje. Paní nám popisuje, jak ji přepadli v ulici, kde bydlí. Spadla hlavou na zem. „Holky, to bylo, jako by se mi hlava rozpadla na dvě půlky,“ popisuje barvitě stará paní. Přepadení romskou zlodějkou se stalo před šesti týdny a je důvodem, proč ji po třech dnech převezli z nemocnice sem do léčebny. Babička se k přepadení ve vyprávění pořád vrací. Dobrovolnice potvrzují, že jim občas některá z pacientek „uvízne pod kůží“, navážou s ní hezký vztah, který pokračuje i po jejím odchodu z léčebny do jiného zařízení.

Přicházíme do dalšího pokoje. Marie zjišťuje, že jedna z pacientek, kterou pravidelně navštěvovala, byla převezena do nemocnice. „Uklouzla s chodítkem a zlomila si nohu,“ sděluje s viditelnými obtížemi pacientka, která leží v posteli a je napojená na kyslík. Zatímco Marie shání skleničku na pomněnky, které natrhala u cesty, pacientka mě prosí o banán, který má za oknem. Ze stolku si bere plastovou lahvičku s čajem. Mám tendence jí pomáhat, vše přidržovat v ruce. Pomoc však odmítá, záměrně přede mnou uhýbá. Uvědomuji si svoji chybu – vnucuji pomoc, o kterou není zájem. I starý a nemocný člověk má potřebu být samostatný, a to i ve chvílích, kdy se zdá být fyzicky slabý. Dělán tedy jen to, o co mě opravdu požádá. Loupu banán a podávám jí ho. Dočkám se opakovaně slov díky. Sedám si na židli do pozice pozorovatele. Marie navazuje kontakt s novou pacientkou, zjišťuje, jak se do léčebny dostala. Pacientka říká, že by se chtěla jít podívat s námi na film, který budou dnes dobrovolníci v rámci „domácího kina“



Foto: archiv Dobrovolnického centra Motýlek

promítat, ale bojí se, že tam nedojde. Marie ji uklidňuje: „My pro vás přijedeme, vezmeme si tady vozík.“ Dojatá pacientka se slzami v očích reaguje: „To byste pro mě udělaly?“, a její účast je tedy zpečetěna. Když však pro ni o půl hodiny později přicházíme, spí zachumlaná do peřin a o film nejeví zájem.

Špatné zprávy se šíří rychlostí blesku. Otevíráme dveře do dalšího pokoje. V malém okýnku je truhlík se zeleným „šťěstíčkem“. Jedna z pacientek, hezká upravená paní s šedivým mikádem a čelenkou ve vlasech, živě komunikuje, v posteli neposedí a ptá se na zraněnou pacientku z předchozího pokoje. „My jsme zrovna měli promítání ze mše, modlili jsme se a ona se vracela v chodítku zpátky do pokoje. Zamotala se jí hlava a uklouzla. Slyšeli jsme hroznou ránu,“ popisuje okolnosti, za kterých k nehodě došlo. Když jí Marie sdělí, že si paní zlomila nohu v krčku, vhrknou jí do očí slzy. Dobrovolnice ji uklidňuje, že se zase vrátí, jen co jí dají v nemocnici dohromady. Obě si ale uvědomujeme, že právě tento druh zranění znamená pro seniory z léčebny nebezpečí. „Je nám jich líto, ale jsme realistky. Tohle čeká každého,“ odpovídají jednohlasně sestry, které samy sebe pro svoje plnější postavy nazývají těžkotonážními motýlky.

S personálem zařízení vycházejí dobře. Zdravotní sestry prý velmi vítají zpestření, které pacientům dobrovolníci přinášejí. „V okamžiku, kdy do zařízení začnou chodit dobrovolníci, je to pro pečující personál nová, jiná situace. Zpočátku jsou proto obavy z jeho strany přirozené. Bylo pro něj například obtížné přijmout, že dobrovol-

níci tam nejsou od toho, aby kontrolovali jejich práci, ale aby si jen povykládali s pacienty. To je ale vše jen otázka komunikace a zvyku,“ vysvětluje mi Petra Nejedlá.

Domácí kino

Lída a Marie pomalu dokončují svoji hodinovou „obchůzku“ po léčebně a zdraví se s dalšími dobrovolníky, kteří dnes přijeli promítat. Jsou to dva muži, kteří rozšiřují naši čistě ženskou sestavu. „*Vybíráme kratší filmy. Minule jsme dopromítali Takovou normální rodinku, teď bude první díl Chalupářů,*“ informovala mě už během cesty vlakem Marie. Že se jedná o zdařilý výběr, potvrzuje jedna z pacientek, pečlivě upravená, světloušská shrbená žena, která během promítání čile komunikuje s jedním z dobrovolníků, který sedí vedle ní: „*Ty české filmy jsou stejně nejlepší.*“ Obvykle se promítá tak pro osm deset pacientů. „*Vždycky na to nemají náladu. Když je hezky, svítí sluníčko, to jich vytáhne na film hodně,*“ říká Marie. Tentokrát se podařilo na film nalákat jen čtyři babičky. Dvě přivezli dobrovolníci na kolečkovém křesle, další dvě přišly samy.

Místnost je třeba připravit. Dvě malá okna se zatahují improvizovanými závěsy – prostěradly vypůjčenými od sestřiček. Nyní promítání ruší jen vlaky, které v pravidelných intervalech projíždějí na nedalekém nádraží. Nikdo však jejich zvuk nevnímá. Všichni jsou plně soustředěni na příběh protivného dědka, bývalého kontrolora na penzi, který svými generálskými způsoby šikanuje celou rodinu. Pacientky se smějí a navzájem se upozorňují na vtipné scény. Paradoxně nejtřípnější jim přijdou situace, kdy na sebe narážejí odlišné potřeby a představy mladší a starší generace. Jen jedna pacientka, která zpočátku film komentovala neaktivněji, v polovině projekce začne poklímávat a usíná. Na dotaz dobrovolníka však srdnatě zapírá, ne, kdepak, ona nespí, všechno pozorně sleduje. Po skončení promítání přemlouvá oba dobrovolníky, aby příště přijeli dříve, ne až za měsíc. „*Co když už tady nebudu?*“ říká sice žertem, ale v hlase je slyšet reálnou obavu.

Pomáhat nezištně

Dobrovolník je člověk, který vykonává nějakou činnost ve prospěch druhých bez toho, aniž by za svoji práci očekával finanční odměnu. Pod dobrovolnictvím si hodně lidí představí zapojení se do

nějaké neziskové organizace nebo formální skupiny, jako to dělají např. dobrovolníci z DC Motýlek. Dobrovolnictví je však i to, posekáte-li trávu nemocnému sousedovi. V případě dobrovolné pomoci v nemocnicích je ale záštita od specializované organizace vždy vítaná. „*Pro nemocnici je velká výhoda mít dobrovolníky přímo z dobrovolnického centra. Má zaručeno, že jsou proškoleni, zároveň mají doloženou beztrestnost, potvrzení od lékaře o tom, že netrpí žádnými závažnými psychickými poruchami a práci dobrovolníka zvládnou,*“ vyjmenovává koordinátorka Petra Nejedlá.

Důvody motivace k dobrovolnictví jsou různé. Často se uvádí důvody morální, tedy potřeba pomáhat a měnit svět k lepšímu, nebo náboženské důvody. Roli hraje také zpětný zisk v podobě „dobrého pocitu“, navázání přátelství a rozšíření sociálních kontaktů nebo zvýšení možností budoucího profesního uplatnění. „*Já už ani nevím, jak to přišlo, že jsem se stal dobrovolníkem. Měl jsem nějaký volný čas a chtěl jsem ho smysluplně využít,*“ odpovídá na otázku: „*Proč dobrovolnictví?*“ Tomáš Vokřínek, mladý geodet a dobrovolník Motýlka, který při promítání v léčebně zajišťuje především technickou stránku věci. Vozí notebook a dataprojektor. Studentka politologie pětadvacetiletá Jana Modlitbová, která spolu s Tomášem navštěvuje také děti v brněnské Dětské nemocnici, je sdílnější: „*Jsem z toho nadšená. Dobrovolnictví je pro mě samozřejmostí. Pokud mám možnost, určitě chci pomáhat. Naplňuje mě to a rozvíjí. Seznámila jsem se se spoustou zajímavých lidí a získala cenné životní zkušenosti. Forma pomoci pro mě není důležitá, v podstatě je mi jedno, jestli jdu do LDN nebo chystám výstavu.*“

Nadšení, nezištnost, elán, odhodlání – to je jen několik z mnoha slov, která by mohla charakterizovat dobrovolníky. I ti, byť to nejsou profesionálové v každodenním nasazení, jsou ohroženi syndromem vyhoření. Mnoho z nových, ještě „nezpracovaných“ dobrovolníků také narazí na střet svých představ a reality, když zjistí, že si práci představovali úplně jinak. „*Obvykle se ve statistikách udává, že dobrovolník vydrží tak rok a půl. My máme dobrovolníky, kteří skončí po třech měsících, protože zjistí, že od toho čekali něco jiného a nejsou schopni to sami zvládnout, stejně jako máme i dobrovolníky, kteří dobrovolnicí už šest let,*“ říká Petra Nejedlá. „*Vždy jim zdůrazňuji, že dobrovolnictví by nemělo být o tom, že člověk přijde, pomáhá, rozdává se*

a nic zpátky nedostane. Tak by brzy nemohl pokračovat dál, protože by se úplně rozdal. Dobrovolníci do toho něco investují, měli by i něco dostat zpátky,“ vysvětluje Petra Nejedlá. Jak řekla jedna z „motýlkových“ dobrovolnic: „*Ano, já vždycky odcházím úplně fyzicky vyčápaná, ale psychicky jsem na tom mnohem lépe.*“ A to podle mého názoru charakterizuje osobní přínos dobrovolnické služby nejvýstižněji. Řeceno jednou větou – „dobíjí duševní baterky“.

Rozsvítit život druhým

Čekám na nástupišti vlakového nádraží a vyhrívám se na slunci, které po několika dnech studených dešťů zase zasvítilo. I dobrovolníci jsou sluncem, které nemocným lidem v léčebně přináší hřejivý lidský zájem a kteří zdi nemocničního zařízení rozsvítí svou nezdolnou energií. Viděla jsem, jak se tváře pacientů rozzářily, když je Marie s Lídou oslovily a když s nimi seděly zabrány v rozhovor. To mi stačí k tomu, abych se přesvědčila, že dobrovolnictví má smysl. Není důležité, kde dobrovolníci působí. Důležité je, že člověk dělá něco pro dalšího člověka bez ná-

Dobrovolnické centrum Motýlek, o. s.

Zaměřuje se na rozvoj dobrovolnictví v lůžkových zařízeních, která poskytují zdravotnické a sociální služby v Jihomoravském kraji. Cílovou skupinu tvoří především chronicky nemocní (resp. hospitalizovaní) lidé všech věkových kategorií a senioři. Přítomnost dobrovolníků slouží pacientům a klientům k ulehčení zátěže spojené se zdravotními limity, věkem a omezeným sociálním kontaktem v průběhu návštěvy, hospitalizace či dlouhodobého pobytu v zařízení.

Přijímací organizací dobrovolnického centra je Fakultní nemocnice Brno. Mezi projekty, které na jejich pracovištích DC Motýlek realizuje, patří Dobrovolníci dětem, Lidská tvář a Dobrovolníci seniorům.

Více informací a kontakty na webové adrese www.dc-motylek.cz.

roku na odměnu, na uznání a ocenění, jen pro ten dobrý pocit, že svůj volný čas sdílí s těmi, kteří ho potřebují.

Jana Kopřivová



NÁMĚT PRO DISKUSI

Jaké jsou Vaše zkušenosti se zapojením dobrovolníků do aktivit Vaší organizace? Je podle Vás pomoc dobrovolníků v sociální práci nenahraditelná? Napište nám, jak tuto problematiku vidíte právě Vy.

Své názory zasílejte na adresu

socialniprace@socialniprace.cz, do předmětu uveďte heslo „Diskuse 2/10“.

Děti a rodiče v pozici pozůstalých

Domov jako přirozené místo, kde žijeme a umíráme, radujeme se i smutníme

Sociální pracovnice Mgr. **Jana Mózešová** vám v následujícím rozhovoru přiblíží, jakým způsobem spolu se svými kolegy z mobilního dětského hospice Plamienok pomáhá svým klientům, umírajícím a nevyлéčitelně nemocným dětem a jejich rodinám. Tým odborníků z hospice navštívuje klienty v okruhu dvě stě kilometrů od Bratislavy a nabízí jim nejen odbornou pomoc, ale také lidskou podporu přímo v jejich domácím prostředí. Společně hledají cestu, jak žít naplno až do konce, jak se vyrovnat s bolestí po úmrtí dítěte a jak se vrátit nazpět do života.

Kolik klientů máte současně v péči?

Momentálně máme sedm pacientů. Paní ředitelka uváděla, že i v případě, že bychom měli dvacet pacientů, tak bychom byli schopni se o ně postarat. V takovém případě je také možné náš tým rozšířit. Zajímavé je, že v minulých letech nám každý rok pacientů přibývalo, ale v tomto roce to bylo jiné, jejich počet nevzrostl.

Jak vypadá vaše práce v rodinách?

U nás to funguje tak, že máme plánované a akutní výjezdy, řešíme to podle dané situace.

Na plánované i akutní jezdíme vždy po dvojicích. Co se týká plánovaných, tak máme vždy v pondělí setkání, na kterém se potká celý tým – lékařky, zdravotní sestřičky i sociální pracovnice. Na tomto setkání si krátce zreferujeme, co se událo během předchozích setkání, a také si naplánujeme podle potřeb rodiny aktivity na následující dva týdny. Dohodneme si také strategii, pokud jsou nějaké specifické potřeby v rodině.

Před samotným plánovaným výjezdem se tady sejdeme, připravíme si věci, které budeme potřebovat. Pak cestujeme do rodiny. Když přijdeme do bytu, pozdravíme se s členy rodiny a věnujeme chvíli společenskému rozhovoru. Zjistíme, jak se jim žije. Většinou v rodině trávíme hodinku, dvě. Důležité je, aby se při naší návštěvě dítě cítilo příjemně. Od toho se vše odvíjí.

Kdo z vašeho týmu jezdí ke klientům?

Obyčejně to kombinujeme podle potřeb rodiny. Pokud rodina potřebuje zdravotní návštěvu, jede tam lékař se zdravotní sestřičkou. V případě, že jede zdravotní sestřička se sociální pracovnicí, tak sestra udělá vyšetření a informace potom předá lékaři.

Jak si v takovém multidisciplinárním týmu předáváte informace?

Do čtyřadvaceti hodin musíme vytvořit záznam z návštěvy. Máme na to speciální software, zabezpečený a přístupný jen nám. Když přijedeme z výjezdu, každý z nás napíše svoji část záznamu. Když pak rodina volá kvůli nějakým problémům, tak se lékař nebo zdravotní sestra, v závislosti na tom, kdo jim aktuálně zvedne telefon nebo kdo má zrovna službu, může podívat, co se v rodině na návštěvě dělo. Popřípadě když potřebují něco ode mne, tak mi zavolají a já je odkážu na daný text v záznamech. Nemusíme si tak nic zdlouhavě vysvětlovat.

To určitě výrazně zefektivňuje vaši práci.

Jakým způsobem jste tuto metodu vytvářeli?

Naše metodika je zkušenost a praxe (*smích*). Když jsem sem nastoupila, tak spolupráce formou záznamů již existovala. Tehdy ale ještě ne ve formě jednotného softwaru. Každý si vedl záznamy zvlášť do počítače a dával je do společné složky pacienta.

V záznamu uvádíme veškeré podrobnosti návštěvy. Kdo rodinu navštívil, jak probíhala, zda jsme přinesli nějaké pomůcky, jaké bylo zdravotní vyšetření, co jsme vyřešili. Zápis zahrnuje také pozorování. Píšeme také, co by bylo dobré na dalších návštěvách udělat a dotáhnout do konce. Zaznamenáváme také své otázky na supervizi, které nám z té konkrétní návštěvy vyplynuly. Rodiče vedou záznamy o podávání léků a také záznamy bolesti.

Zabírá vám psaní tak podrobně sestavených záznamů hodně času z vaší celkové práce pro hospice?

Ani ne, tak do patnácti minut. Musíte si vytvořit takový systém zapisování, aby vám to hodně času nezabíralo. Důležité je uvádět také záznamy pro

statistiku – jak dlouho návštěva trvala, od kdy do kdy byl výjezd, kolik kilometrů jsme najeli, věk dítěte. To vše máme už zautomatizované.

Zaměříme se trochu více na vaši práci sociální pracovnice. Jak vypadají vaše aktivity při návštěvě v rodině?

Když jdu poprvé do rodiny, tak se snažím poslouchat a vnímat, co se v rodině děje. Většina toho, co pro klienty dělám, jsou rozhovory. Svůj čas trávím nejen s rodiči, ale i s dětmi, podle potřeb rodiny a dané situace. Můžu například rodičům pomáhat řešit i takové věci, jak získat dávky, na které mají nárok, řešíme vztahy se zaměstnavatelem i se školou dítěte. Po úmrtí dítěte zase řešíme návrat do zaměstnání, pracovní pohovory.

Lidé, kteří pracují s umírajícími, se často zmiňují o tom, že rodiny před nemocným jeho vážný zdravotní stav tají. Setkáváte se s tím u svých rodin také?

Někdy se s tím setkáváme. V případech, že se rodina rozhodla o tom s nemocným nemluvit, se jí snažíme dávat podporu. Zatajování nebo zkrášlování stavu dítěte je často dáno tím, že rodiče obtížně hledají slova, jak s dítětem o nemoci a smrti mluvit. Snažíme se proto hledat způsoby, jak jim v tom pomoci. Zde mají nezastupitelnou roli rozhovory. Společně se bavíme o tom, co rodina potřebuje, co pro ně ještě můžeme najít a udělat.

K rozhovoru v této chvíli přizvala Jana Móžešová také svoji kolegyni Mgr. Katarínu Maťovou, která v Plamienku působí jako zástupkyně ředitelky a zaměřuje se na pomoc sourozencům před úmrtím a v době smutnění. Povídalý jsme si o jejich zkušenostech z terapie hrou, která se zaměřuje na děti všech věkových kategorií.

Jak byste popsala terapii hrou v pojetí vašeho zařízení?

Snažíme se rodinám nabízet něco, o čem si myslíme, že by jim mohlo pomoci. Pokoušíme se vytvořit prostor, ve kterém by rodič mohl být se svým dítětem, a to nejen s tím, které je nemocné, ale také s tím zdravým, které je ovlivněno tím, že péče a pozornost v rodině je nejednou soustředěna na druhého sourozence.

Rodičům nabízíme společné hledání dalších možností, co bychom my nebo rodina mohli dělat, pokud jim to, jak žijí, nepřináší uspokojení, a chtěli by něco změnit. Nabízíme určitou mož-

nost, jak jinak ještě pracovat s dítětem, které umírá, a jakým způsobem trávit čas s jeho sourozencem nebo sourozenci, když je v rodině umírající. Rodiče potřebují naše povzbuzení a ocenění toho, že se o své děti starají dobře.

Jak vypadají hry, které dětem nabízíte?

Setkání probíhá přibližně tak, že přijdeme do rodiny a nabídneme dítěti, že si může hrát. Nabídka je naprosto nedirektivní. Dítě si samo určuje, na co má chuť a co ho láká. Já mu pouze představím hračky, které jsou k dispozici. Jsou tam hračky, které simulují běžný život. Panenky, které ztělesňují různé členy rodiny, či kuchyňky. Dítě si přehrává situaci a ve hře se většinou objevuje, nad čím dítě přemýšlí, co zažilo. Dítě prostřednictvím hry může vyjádřit všechno, co ho trápí i těší, protože terapie hrou není jen o vyjádření utrpení, ale i radosti a blízkosti.

Stane se, že by dítě vaši pomoc odmítlo?

Když dítě nechce, nemá smysl ho k ničemu nutit. Stalo se mi, že jsem chtěla otevřít téma nedávného úmrtí sourozence, ale chlapec to rázně odmítl s tím, že o tom se mnou nebude mluvit. I když si myslím, že je důležité, abychom o tom hovořili, není vždy jednoduché je k tomu přimět a pomoci.

Mohla by v takovém případě pomoci dítěti k vyjádření toho, o čem nechce mluvit, hra?

Hra je pro děti přirozená, můžou v ní vyjádřit různé odstíny svých pocitů. Přes hru se můžeme k dítěti přiblížit a více mu porozumět. Hra je pro dítě to nejdůležitější.

Dáváte rodičům nějakou zpětnou vazbu? Vytváříte nějaké závěry z toho, co se během hry stane?

O tom, co se dělo při terapii, s rodiči příliš nemluvíme. To neznamená, že bych rodiče obcházela, jen nejdu do žádných podrobností nebo konkrétností, naznačím jim věci, které by mohly být pro jejich vztah s dítětem nápomocné. Mým klientem je v první řadě dítě a s ním si buduji vztah a důvěru, proto by mělo vědět, že to, co se mezi námi děje, je důvěrné. Nevyvozují ze hry ani žádné závěry. Nikdy nechci nálepkovat. To, že dítě používá černou pastelku, neznamená, že je depresivní a potřebuje psychologa. Děti jsou normální, to jen situace, ve které jsou, je nenormální. A je to jejich běžné vypořádávání se s ní. Děti smrt prožívají jinak než dospělí.

Jana Kopřivová

Se smrtí dítěte se nelze smířit, ale je možné se i s touto bolestí naučit žít

Martina Hráská, spolu s Bibianou Wildnerovou, založila v roce 2005 sdružení Dlouhá cesta pro rodiče, kteří přežili své děti. Ony samy se musejí vyrovnávat s životní tragédií, kterou smrt dítěte představuje. Martině zemřel sedmnáctiletý syn Ondřej a Bibianě třináctiletá holčička Alžbětka, oba v důsledku zhoubného onemocnění.

Dlouhá cesta je v současnosti jediná organizace v České republice primárně zaměřená na pomoc rodinám po úmrtí dítěte. Cílem sdružení je psychologická i praktická podpora rodičů a rodin, kterým zemřelo dítě v jakémkoliv věku a z jakýchkoliv příčin. Dlouhá cesta pomáhá rodinám zvládnout stres a zármutek tak, aby nezpůsobil další nešťastné události, jako nemoci, úrazy, rozvody, problémy v zaměstnání a obtíže při komunikaci s nejbližším okolím.

Na následujících řádcích přinášíme našim čtenářům rozhovor s předsedkyní sdružení **Martinou Hráskou**.

Co nabízí Dlouhá cesta rodičům vyrovnávajícím se se smrtí svého dítěte?

Nabízíme jim autentickou pomoc, což znamená, že pomoc poskytují matky a otcové, kteří si bolestnou zkušenost ztráty dítěte zažili a žijí dál plnohodnotným životem. Rodiče se většinou v těchto chvílích cítí velmi osamoceni a myslí si, že jim nemůže rozumět nikdo, kdo tuto tragédii neprožil. Je pro ně velmi úlevné setkat se s lidmi, kterým mohou bez obav sdělit všechny svoje pocity, a zároveň vidět, že lze žít dál běžný život, který už ale samozřejmě nebude nikdy takový, jako byl dříve. Na podzim proto zahájíme už třetí běh projektu Nejste sami, v němž školíme tzv. laické průvodce, rodiče, ale i další příbuzné s osobní zkušeností se smrtí dítěte. Ti absolvují vstupní testy, školení a výcviky a poté doprovázejí rodiče, kteří se ocitnou ve stejné situaci jako kdysi oni sami.

Jakou formou probíhá toto průvodcovství pro pozůstalé rodiče?

Ve většině krajů České republiky již máme laické poradce, kteří jsou připraveni vyslechnout, soucítit a sdílet s pozůstalými rodiči jejich zármutek. Pomohou jim pochopit, že všechno, co prožívají, je proces, který má své fáze a zákonitosti. Mohou poradit i s dalšími praktickými záležitostmi a problémy, které se v souvislosti s úmrtím dítěte vyskytnou. Naše pomoc je diskrétní a bezplatná. Seznam

těchto laických poradců je k dispozici na našich webových stránkách www.dlouhacesta.cz.

Ve kterých krajích byste rádi posílili síť laických poradců nebo kde tito poradci chybějí?

Do projektu Nejste sami uvítáme rodiče z celé republiky. Chybějí nám poradci zejména v jižních Čechách, v Plzni, Hradci Králové a dalších velkých městech. Vstupní psychologické testy se uskutečňují koncem září.

S jakým časovým odstupem od úmrtí se na vás rodiče nejčastěji obracejí?

Je to velmi různé. Od týdne až po deset i více let.

Jaké další projekty vaše sdružení pozůstalým rodičům nabízí?

Velkou pomocí může být pouze návštěva našich webových stránek, kde jsou uveřejněny příběhy, které nám zasílají rodiče, a také vzpomínky na naše děti.

Nejen rodiče, ale i pozůstalí sourozenci potřebují pomoc, aby se s úmrtím svého bratra nebo sestry vyrovnali. Rodiče často mají co dělat „sami se sebou“, automaticky se předpokládá, že dítě se se ztrátou bratra nebo sestry „nějak vyrovná“. Projekt Barevný anděl je zaměřený na proměnu pokojíčku pro sourozence. V rámci projektu se snažíme aktivně propojit účast dítěte a rodičů na společné práci – přeměně prostředí, ve kterém sourozenci žili společně a které tragédii připomíná. Naši snahou je motivovat dítě k aktivitě, která nastartuje novou životní etapu bez sourozence, a přitom je naučí o své životní situaci a o svých pocitech komunikovat.

Jakou formou pomáháte při přeměně pokojíčku pro sourozence?

Dlouhá cesta se na přestavbě podílí finančně i poradensky. Podmínkou účasti na projektu je věkový limit dítěte v rozmezí tři až osmnáct let. Doba od úmrtí sourozence musí být v rozmezí jednoho



Maminky z Dlouhé cesty při diskusi. Foto: archiv Dlouhé cesty

měsíce až tři let a oba sourozenci museli žít v době před úmrtím ve společné domácnosti.

A poslední pokojíček, který jste pomáhali přestavovat, byl kde?

Bylo to v Plzeňském kraji, kde jsme přeměňovali pokojíček pro holčičku, která přišla o svoji sestru při autonehodě. Ona sama byla při této nehodě těžce zraněna.

Další projekt Dlouhé cesty nese název Prázdná kolébka. Pro koho je určen?

Cílem tohoto projektu je podpora a pomoc rodičům dětí, které zemřely ještě před narozením nebo krátce po narození. Prožitky těchto matek a otců se liší od prožitků těch, kteří měli možnost prožít se svým dítětem delší životní etapu. Pokud k této tragédii dojde, maminky většinou nemají na koho se obrátit; kromě nich totiž dítě nikdo neznal, a ostatní členové rodiny se proto s touto tragédií těžko ztotožňují.

Co podle vašeho názoru tito rodiče nejvíce potřebují?

Myslím si, že rodiče se s touto ztrátou lépe vyrovnají v případech, že mají možnost se s miminkem rozloučit, pochovat si ho, vyfotit se s ním, uchovat si nějakou materiální památku – otisk nožičky nebo ručičky, pramínek vlasů... Bohužel si zdravotnický personál v těchto situacích neví moc rady, lékaři a porodní asistentky netuší, jak se k rodičům, zvláště matkám mrtvě narozených dětí chovat, a neznají způsoby, jak při této tragédii nejlépe emocionálně

pomoci. Maminky, které s Dlouhou cestou na tomto projektu spolupracují, navštívily již několik porodnic, kde se setkaly se zdravotníky. Společně si popovídali o tom, jak nejlépe podpořit rodiče zasažené touto tragédií. Také je důležité pomoci těmto matkám v případě jejich dalšího těhotenství, které prožívají s velkými obavami a stresem. Mají strach, že se situace, kdy dítě nečekaně zemře, bude opakovat. Tyto nastávající maminky vyžadují od svého ošetřujícího lékaře specifický přístup s dostatkem trpělivosti a empatie.

Jaké zkušenosti máte s pořádáním svépomocných setkání?

Velmi dobré. Rodiče se chtějí setkávat s lidmi, kteří se vyrovnávají s obdobnou životní zkušeností. Zde mohou v bezpečném prostředí vzájemně sdílet své prožitky a pocity. Dochází zde také k uvolnění emocí, kdy si rodiče uvědomují, že to, co prožívají, je naprosto normální, že se „žalem nezbláznili“. Mnohdy zde dochází k navázání nových přátelství, rodiče si uvědomují, že s touto bolestí nejsou sami a že jsou lidé bojující se stejným žalem.

Co dalšího pro pozůstalé rodiny připravujete?

Jsou to např. nejrůznější vzpomínkové akce. Typořadíme pro zachování a sdílení vzpomínek na naše děti, které měly řadu rozmanitých koníčků. Jedná se např. o výstavy, koncerty a nejrůznější pochody, výslapy a turistické výlety. Je to pro nás také možnost poděkování všem rodinám, přátelům a známým dětí a také všem, kteří Dlouhou cestu podporují. Na našich stránkách si také zájemci mohou

přečíst příběhy, v nichž jedna z pozůstalých maminek usiluje o vytvoření nových komunikačních cest v mimořádné situaci. Jedná se o tzv. Povídaní nejen o sportu, kde se setkávají různé pohledy na komunikaci s pozůstalými z pohledu jich samých a z pohledu odborníků. Budujeme také knihovnu, v níž shromažďujeme publikace s tématy, která mohou členy Dlouhé cesty oslovovat.

Budujeme také knihovničku, kde si členové rodin mohou vypůjčit knihy, které ostatním rodičům z Dlouhé cesty pomohly a stále pomáhají. Seznam těchto knih je také uveden na našich webových stránkách.

Kdo všechny tyto projekty a další akce financuje?

Kromě sponzorských darů, kterých si velmi vážíme, pořádáme nebo spolupřádáme benefiční akce, jejichž výtěžek je věnován na činnost sdružení. V současnosti je také vyhlášena celostátní sbírka na podporu projektu Barevný anděl. Ve Zlínském kraji je několik pokladniček, kde mohou zájemci přispět na přestavbu pokojíčků pro pozůstalé sourozence. 23. března letošního roku byla umístěna první pokladnička v rámci veřejné sbírky na Barevného anděla v Městských lázních – bazénu ve Zlíně. Další pokladnička je v lázeňském domu VEAL v Luhačovicích a třetí v prodejně Štěpský dvůr ve Vizovicích. V současné době sháníme prostředky na financování pronájmu a provozu kanceláře a financování mzdy prvního stálého zaměstnance. Prozatím totiž pro Dlouhou cestu všichni pracujeme jako dobrovolníci ve svém

volném čase. Rodičů, kteří se na nás obrazejí, stále přibývá a chceme poskytovat adekvátní pomoc každé rodině, která se na nás s prosbou o radu nebo podporu obrátí.

Připravila Zdeňka Dohnalová

inzerce



JABOK
Vyšší odborná škola
sociálně pedagogická
a teologická

2. kolo přijímacích zkoušek

26. srpna 2010

Přijem přihlášek: 10. 6. – 10. 8. 2010

studijní obor

SOCIÁLNÍ PEDAGOGIKA A TEOLOGIE

Délka studia: 3 roky - denní

Školné 2010/11: 3500,- Kč/semestr

Absolvent se stává diplomovaným
specialistou

v oboru sociální pedagogika (DiS.)

WWW. JABOK.CZ

inzerce



ISZ-Management centrum pořádá výcviky:

Cestou systemických terapií (800 hodin výcviku v systemické terapii)

Akreditován Českou psychoterapeutickou společností ČLS JEP pro oblast zdravotnictví.

Cestou příběhu (200 hodin)

Osvojení si narativního způsobu práce s klienty.

Systemická práce s párem a rodinou (200 hodin)

Intenzivní výcvik pro ty, kteří si chtějí rozšířit svou kompetenci v práci s rodinou a párem.

Systemická supervize (200 hodin)

Užití systemických nástrojů v kontextu individuálních a skupinových supervizí a koučování.

Podrobnosti k jednotlivým výcvikům, přihlášky a informace o dalších akcích ISZ-MC:

Web: www.isz-mc.cz

E-mail: info@isz-mc.cz

Mobil: 776 606 761

ISZ-Management centrum

Máchova 7

120 00 Praha 2

Duchovní rozměr pomoci

Domov pro seniory na Žernůvce u Tišnova nabízí klientům služby v duchu křesťanské lásky

Domov svaté Alžběty na Žernůvce u Tišnova je nezisková organizace zřizovaná Kongregací milosrdných sester III. řádu sv. Františka pod ochranou Svaté rodiny v Brně. Pět z řeholních sester tohoto společenství je zde zaměstnáno na pozici zdravotních sester nebo ošetřovatelek. Jedná se o zařízení rodinného typu, maximální počet klientů je 45. Součástí budovy je i kaple zasvěcená Panně Marii Bolesné.

Provoz domova byl zahájen 1. listopadu 2002 a registrace poskytovatele sociálních služeb byla udělena od 1. ledna 2007. Ředitelkou domova je v současnosti PhDr. **Jana Hutařová**, jejíž pohled na specifika tohoto zařízení představíme v následujícím rozhovoru.

Na webových stránkách Domova svaté Alžběty (www.dosa.cz) je vyjádřeno jeho poslání, kterým je vytváření nového domova, poskytování sociální a odborné zdravotní péče v duchu křesťanské lásky a respektování náboženské svobody všem, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu věku a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Snahou všech zaměstnanců je to, aby zdejší klienti mohli svůj život prožít důstojně a smysluplně v ovzduší důvěry, radosti a pokoje, aby netrpěli nesnesitelnou bolestí, nebyli izolováni a osamoceni. Zvláštní důraz je kladen na to, aby i v posledních chvílích života mohli vnímat blízkost pečujících, rodiny a duchovní doprovázení.

Domov sv. Alžběty je v činnosti od roku 2002. Jak hodnotíte vývoj tohoto zařízení v posledních osmi letech?

Těžko se mi hovoří o posledních osmi letech. Já sama jsem v domově teprve druhým rokem. Velmi patrnou změnou byl však zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách, který přišel v platnost v roce 2007. Ten myslím ovlivnil vývoj v nejednom zařízení poskytujícím sociální služby. Nejde jen o formální záležitosti, jako jsou předpisy, podle kterých fungují platby a smlouvy klientů, ale především o celý proces standardizace služby. Jde o přístup ke klientovi, který byl podle mého soudu v Domově sv. Alžběty vždy, jak se říká, zaměřen na člověka, ale povinnost zavádět standardy nás nutí pohlížet i na přístup ke klientovi více formálně a tak trochu z jiné strany. Jsme nuceni písemně vypracovávat metodiky, pravidla,

postupy. To vše je samozřejmě ku prospěchu všem i nám, ale stojí nás to neuvěřitelné množství času, práce a sil. Vyřešení jedné otázky nastoluje nejméně tři další. A tento proces stále nekončí. Takže jednoduše hodnotím vývoj tak, že se snažíme co nejlépe a pokud možno „bezbolestně“ zavádět Standardy kvality sociálních služeb (SQSS). Navýšili jsme počet personálu v přímé péči a více se soustředujeme na jeho vzdělávání, což samozřejmě zase přináší vyšší náklady.

Dalším nepopíratelným „vývojem“ jsou každým rokem se zmenšující dotace. Náš zřizovatel nemá k dispozici prostředky z veřejného rozpočtu, tak jako mají kraje či obce zřizující příspěvkové organizace, takže co nám chybí, musíme „někde sehnat“. Tuto situaci se snažíme řešit tím, že oslovujeme nejružnější firmy, sponzory, využíváme práce dobrovolníků.

Zřizovatelem domova je kongregace sester františkánek. Projevuje se tato skutečnost i ve fungování vašeho zařízení?

Rozhodně ano. Neodmyslitelnou součástí domova je kaple. Denně se koná mše, klienti mají možnost ji sledovat díky kamerovému systému i na pokojích, přijímat katolické svátosti i na lůžku, mají možnost duchovních rozhovorů s knězem, v kteroukoliv denní i noční dobu. Mezi zaměstnanci jsou zastoupeny řádové sestry, které svým příkladem ovlivňují etický přístup i ostatních zaměstnanců.

Na vašich webových stránkách uvádíte, že služby poskytujete v duchu křesťanské lásky. Převažují mezi vašimi klienty křesťansky orientovaní lidé?

Vlastně ani nevím. Podmínkou pro přijetí to není, ale vzhledem k tomu, jaké služby nabízíme, si náš domov volí více klienti takto zaměření. Při nástupu



Katolický kněz Oldřich Chocholáč při duchovním rozhovoru s pacientkou domova. Foto: archiv DpS

nového klienta tento fakt ani nezjišťujeme. Až při sestavování individuálního plánu se k této tematice může klient vyjádřit, pokud si přeje zajistit některou z duchovních služeb.

Ve vašich materiálech jsem se dále dočetla, že usilujete o to, aby klienti i v posledních chvílích života mohli vnímat blízkost pečujících, rodiny a duchovního doprovázení. Můžete nám váš postoj více přiblížit?

Kromě toho, že je našim klientům na sklonku života poskytována zvýšená ošetrovatelská péče, není žádný klient v posledních chvílích sám. Pokud nemůže být u jeho lůžka rodina, je stále přítomna některá z řádových sester či zaměstnanců. Přejí-li si to klienti, sestry je doprovázejí modlitbou, drží je za ruce a hovoří s nimi.

Jakým způsobem pracujete s rodinami vašich umírajících klientů?

V první řadě s příbuznými pracujeme ještě daleko dříve, než tato poslední fáze života u našich klientů nastane. Známe se s nimi a při každém zhoršení stavu je informujeme a vyzýváme k častějším návštěvám. Ve většině případů jsou tak dostatečně včas připraveni na tuto situaci a předem vědí, jaké mají možnosti. Příbuzní mohou trávit u lůžka své-

ho blízkého tolik času, kolik jsou jim sami ochotni dát. Nabízíme skromné ubytování i stravu. Dále nabízíme možnost důstojně se rozloučit s jejich blízkými po jejich skonu v pietní místnosti.

Jste v kontaktu s pozůstalými po klientech, kteří zemřeli ve vašem domově? Pokud ano, jaké služby pro ně máte připraveny?

Cíleně v podstatě nepřipravujeme služby pro pozůstalé. Někteří z nich ještě po krátkou dobu chodí na návštěvy za zaměstnanci, eventuálně za jinými obyvateli, s kterými byl jejich blízký na pokoji, či se kterými se jinak sblížili. Hlavně je zveme na větší akce domova, jako např. pouť, a tam opravdu přicházejí.

Před jakými výzvami v současnosti Domov sv. Alžběty stojí a jaké jsou vaše plány do budoucna?

Největší výzvou jsou určité finance, ale o nich se mi už ani nechce hovořit. Takže raději ty plány, nebo spíše sny. Já bych byla strašně ráda, aby Domov sv. Alžběty byl značkou kvalitní péče. Aby, když člověk uslyší jeho jméno, věděl, o co jde, a abychom všichni, kdo tu pracujeme a žijeme, na to byli patřičně hrdí. Je před námi ještě mnoho práce.

Připravila Zdeňka Dohnalová

Každý umírající klade duchovnímu základní otázku: Proč?

Už na civilní službě v Hospici Anežky České v Červeném Kostelci se dostal kněz Mgr. **Václav Tomiczek**, farář v beskydské Čeladné, ke službě nemocným. Civilní službu absolvoval už po studiích jako jáhen a asi 10 měsíců jako kněz, přesto v pozici ošetřovatele u lůžka, což považuje za velmi cennou zkušenost z praxe. V současné době dochází už více než dva roky do zdravotnického zařízení Gaudium ve Frýdku-Místku a také spolupracuje s Hospicem sv. Lukáše v Ostravě, kde se rovněž věnuje duchovnímu vedení personálu v podobě katechezí a duchovních obnov. Zároveň studuje doktorské studium pastorální teologie na Cyrilometodějské teologické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci, kde se specializuje na obor pastorační péče o nemocné a příbuzná témata.

Na jakých hodnotách je založena pomoc umírajícím ve spirituální oblasti?

Hned na počátku chci uvést skutečnost, že hovořím z křesťanského pohledu, konkrétně z pohledu katolické církve, ovšem jak vyplývá jistě i dále, křesťanské hodnoty, na nichž vyrostla evropská civilizace, poskytují mnohem širší rámec, než by se mohlo na první pohled zdát.

Když hledáme podklad pro odůvodnění služby a pomoci druhému člověku, zvláště v jeho nemoci a utrpení, je potřeba vyjít z úcty k životu, který je hodnotou sám o sobě, bez ohledu na věk, pohlaví nebo jakékoli limity, včetně těch zdravotních. Bůh stvořil člověka ke svému obrazu, a proto je člověk Bohem chtěný, podobně jako celý svět. Na základě tohoto obdarování darem života dostává lidská osoba svou jedinečnost a důstojnost, a to od početí až do přirozené smrti. Katechismus katolické církve z toho vyvozuje důsledky pro pomoc ve spirituální oblasti, která musí vycházet právě z bezpodmínečné úcty k člověku a k jeho jedinečnosti. V desáté kapitole Lukášova evangelia k tomu nacházíme velmi podnětné Ježíšovo podobenství o milosrdném Samaritánovi, který je ochoten vynaložit hodně úsilí i financí pro záchranu člověka, se kterým by se za normálních okolností vůbec nebavil.

Co vše zahrnuje duchovní služba umírajícím? Lze říct, co ještě je a co už není duchovní doprovázení?

Rozlišil bych službu a doprovázení. Tím prvním je myšlena spíše takzvaná svátostná služba, tedy slavení mše svaté, svaté přijímání nebo pomazání nemocných. Duchovní doprovázení ale vnímám jako širší pojem, a to nejen v souvislosti s nemocí. V dějinách církve se setkáváme s duchovními osobami, často mniši nebo poustevníci, které navštěvovali lidé s prosbou o radu, pomoc, modlitbu. Ta-



Mgr. Václav Tomiczek

kovy duchovní vůdce pak doprovázel člověka na jeho cestě životem, pomáhal mu objevovat nové hodnoty, společně se přibližovali Bohu. Mluvíme o tom jednak, abychom si uvědomili, že se jednalo o širší pomoc než jen udílení svátostí, jednak také proto, že doprovázení na duchovní cestě se nesmí stát v žádném případě manipulací.

Jakými zásadami se řídíte při komunikaci s umírajícími?

Můžu říci, že v komunikaci s nemocným by měla platit základní zásada, totiž bavit se po způsobu přijímajícího, snažit se naladit na jeho „vlnu“. Tak se získá nejen důvěra, ale také je zabráněno tomu, abych nemocnému cokoli podsouval. Rád bych ale zdůraznil jednu důležitou skutečnost. Zvláště senioři často vzpomínají na své mládí,

na to, že chodili do kostela a do náboženství, ale pak to všechno šlo nějak do pozadí. Chtějí se ale bavit, mají zájem i o přijetí svátostí, třeba i po dlouhé době. Tam nemůže být ani v nejmenším řeč o manipulaci z mé strany. Spíše se jedná o znovuoobjevování toho, co už v člověku je, jen se to nějak upozadilo. Případá mi to podobné, jako když člověka po centrální mozkové příhodě učíme znovu mluvit. Také předtím řeč běžně používal a teď je úkolem logopeda, aby si na mluvení znovu „vzpomenul“.

Co od vás pacienti žádají, jaké jsou jejich potřeby či požadavky? Předpokládám, že sami sobě i vám kladou hodně existenciálních otázek...

Základní otázka, kterou klade každý nemocný jednak sobě, jednak i druhým, je vyjádřena příslovcem „proč?“. Proč trpím, jaké jsou příčiny, jaké důsledky, jaký to má vliv na můj život tady a teď. „Proč?“ se tedy ubírá směrem do minulosti, přítomnosti i budoucnosti. Otázky po smyslu jsou velmi často skryté, málokdy je nemocní vyjádří otevřeně a „bez obalu“. Ten, kdo naslouchá, musí tak činit opravdu pozorně a snažit se vnímat „mezi řádky“. Pacient si tak toho, kdo naslouchá, jaksi mimovolně testuje a na tomto bodě je potřebná velká citlivost a vycitění příležitosti jít ke kořeni problému, protože už se takováto příležitost nemusí podruhé naskytnout. Takže asi nejčastější existenciální otázkou je ptaní se po smyslu nemoci, utrpení i života a od toho se dále odvíjejí otázky po skutečnostech, které nás přesahují, a otázky po Bohu nebo obecně po vyšší existenci.

Zaznívají při kontaktech s umírajícími otázky na to, co je po smrti, zda existuje posmrtný život, zda se dostanou do nebe, jak je to s peklem, děblem?

Jak jsem už řekl, ty otázky nejsou zdaleka tak otevřené, i když se samozřejmě orientují na poslední věci života člověka. Zvláštní je jedna věc. Většina nemocných se ptá po naději, hledají naději, která je vlastně odpovědí na otázku po smyslu utrpení, takže se snaží najít jakýmsi způsobem pozitivní řešení své situace. Ten, kdo se snaží poskytovat duchovní doprovázení nemocným, by neměl v této chvíli ani tak argumentovat, jako spíše vydat svědectví o své naději v Bohu, který dává smysl životu a tím i utrpení a bolesti, i když je to v lidském chápání obtížné přijmout.

Domnívám se, že existuje mnoho předsudků, falešných představ o duchovní službě. Jak tedy pracujete s předsudky při poskytování duchovní útechy, posily umírajícímu?

Samozřejmě, že předsudky existují a je jich docela hodně. Mají základ právě v neporozumění základům duchovní služby. Velmi často se kněží setkávají s negativním zaujetím vůči své osobě a církevní instituci. V takovémto případě mnohdy stačí k nabourání zažitých stereotypů trochu více empatie a zájmu. Stále je také bohužel špatně chápána svátost pomazání nemocných, kterou mnozí stále nazývají „posledním pomazáním“. Pomazání nemocných je ale ve skutečnosti velmi důležitou svátostí právě pro posilu v boji s nemocí a stářím a zdaleka se tak netýká jen umírajících. Když vezmu v úvahu mou farnost, každoročně v ní slavíme společně udílení pomazání nemocných, které doporučuji všem nad 65 let, ale kam přijdou i mladší lidé s dlouhodobými diagnózami, o kterých ani sám netuším. Prostě ti lidé berou svátost jako posilu a pomoc v jejich nemoci.

Začínáte sám hovořit o Bohu, víře, nebo čekáte, až pacient sám se začne ptát na duchovní otázky, témata související s umíráním?

Snažím se, abych sám spíše nezačínal. Je samozřejmě nutné, abych se při prvním kontaktu s nemocným seznámil – představil se mu a srozumitelně řekl, co dělám a proč jsem za ním přišel. Už na základě prvních reakcí je pak zřejmé, do jaké míry chce se mnou mluvit on. Reakce jsou odlišné, ale málokdy se stane, že by někdo vysloveně odmítl. Zvláště v prvních setkáních je třeba být v otázkách opatrný.

Liší se duchovní služba v závislosti na tom, zda je pacient věřící, či nevěřící? Jinými slovy: jsou specifika kontaktu s věřícími x nevěřícími umírajícími?

Striktní rozlišování mezi věřícím a nevěřícím vlastně není ani dost dobře možné. Co se ale projevuje, je rozdíl mezi aktivním (praktikujícím) křesťanem a spíše hledajícím člověkem. Samozřejmě že potěší, když slyším někoho, že se už na návštěvu kněze těší, chce se společně modlit, vyzpovídat, přijmout svatě přijímání nebo si povídat o věcech víry. Je to pro mne snazší nejen při prvotním seznámení, ale také při další práci. Na druhé straně je neméně povzbudivé, když někdo prožije své



Ilustrační foto: Magda Kucharičová

osobní obrácení, i když zpočátku komunikovat nechtěl, začne se časem věcmi víry zabývat a prohlubovat svůj duchovní život.

Setkáváte se s tématem viny a s ní spojenou potřebou odpuštění a smíření?

Potřeba odpuštění a smíření se děje především na úrovni vztahu s okolím. Lidé své vztahy prožívají různým způsobem a ne vždy je mají harmonické. Během života si ani neuvědomují, jak je to zraňuje a jak oni zraňují ty druhé. Ovšem v konečné etapě, ve chvíli, kdy oni sami se blíží ke konci pozemského života, mají zájem a upřímnou snahu dát vztahy do pořádku. To je další důležitý moment, kdy může účinně pomoci ten, kdo duchovně doprovází. Může se stát tím, kdo vyslechne, spojí se s utrpením nemocného v empatickém mlčení, ale je také schopen zprostředkovat návštěvu příbuzných, možná i trochu pomoci v navázání vzájemného rozhovoru. Při řešení konfliktů se sice jedná primárně o sociální vazby, ty ale mají téměř pokaždé přesah i do duchovní oblasti. Člověk neodpouští a neprosí o odpuštění jen své blízké, ale také Boha, prosí o uzdravení zranění, která mu způsobili druzí, ale která často udělal on sám svým blízkým. Nezastupitelnou a stále ještě nedoceňovanou roli zde plní svátost smíření – zpověď a katolický kněz, který může takto Boží odpuštění zprostředkovat.

Poskytujete duchovní službu i pozůstalým truchlícím? Slyšel jsem názor z hospice, že nemocniční kaplani se zaměřují jen na pomoc umírajícím. Pokud ano, proč tomu tak je?

Duchovní péči v oblasti zdravotnictví se osobně snažím nevnímat zúženě ve smyslu, že bychom tu byli jen pro nemocné. Příbuzní také potřebují pomoc, potřebují někoho, kdo se s nimi podělí o jejich bolest z nemoci jim blízké osoby. Někdy, a je to zkušenost především z hospice, je pacient přivezen z nemocnice v natolik závažném stavu, že komunikace s ním už vlastně ani není možná, což ale neznamená, že se za takového člověka nemodlíme. Zato jeho rodina je na tom po psychické stránce velmi špatně a potřebuje posílit a pomoci rozhovorem, radou, modlitbou. Svým způsobem prožívá ztrátu ještě před smrtí těžce nemocného a to jí pomáhá připravit se na chvíli vlastního odchodu svého blízkého. Pokud mají nablízku někoho, kdo je vyslechne a posílí, snášejí svůj zármutek lépe a může je to někam posunout.

Když se ale jedná o navázání vztahu s příbuzným, je potřeba říci, že čekáme spíše na jejich impuls, tady dvojnásob platí, že není dobré jakýmkoli způsobem je nutit k rozhovoru, a spíše čekat, jestli oni projeví zájem.

Připravil Pavel Bajer

Propojení zdravotních a sociálních služeb v zahraničí

Každý člověk má právo rozhodnout o svém životě

Autentické svědectví o práci zdravotní sestry pečující o seniory v Německu přináší rozhovor s Mgr. Hanou Hetzler, která pracuje v pobytovém zařízení Haus Zabergäu ve spolkové zemi Baden-Württemberg. Zde působí na pozici zdravotní sestry gerontopsychiatrického oddělení, kde se věnuje klientům v pokročilém stadiu demence. O umírání a péči o umírající mluví věcně a zasvěceně, bez zbytečného sentimentu. I díky svým bohatým životním a profesním zkušenostem chápe smrt jako něco neměnného a přirozeného, co je neoddělitelnou a nezamlčitelnou součástí každého lidského života.

Jaký je rozdíl v pracovní náplni zdravotní sestry na vašem oddělení v porovnání s Českou republikou?

Rozdíl spočívá v kompetencích pracovníků. Na jedné straně vyšší zodpovědnost a možnost podávat informace rodinným příslušníkům, jako to činí v České republice lékař. Na druhé straně nižší kompetence v oblasti podávání léků. Nesmíme podávat léky nitrožilně a léky do svalu. Pracovní náplň zahrnuje hodně činností. Šedesát procent práce pečovatelů tvoří hygienická péče.

Velice důležité je vedení dokumentace, do které spadá také pečlivé zaznamenávání pádů klientů. Jednou za čtrnáct dnů by měl na oddělení chodit ošetřující lékař. Pokud máme nějaké podezření, máme povinnost volat ke klientovi lékaře. V takových případech hodně záleží na naší interpretaci a dokumentaci.

V rámci naší práce také hodně komunikujeme s příbuznými. Pomáháme jim řešit i právní věci, ale jen v tom smyslu, že jim řekneme, co u nich přichází v úvahu a dál už záležitost přebírá vrchní sestra.

Právními věcmi rozumíte co přesně? Právo odmítnout umělou výživu a tím i udržování při životě za každou cenu, které jste zmiňovala ve své přednášce na konferenci (pozn. red.: 2. sociální konference, Zlín, 31. 3. 2010)?

V podstatě ano. V legislativě SRN existuje na rozdíl od ČR tzv. patientský testament. Pokud si klient včas uvědomí, že se může dostat do situace, kdy nebude schopný sám o sobě rozhodovat, tak má možnost ho podepsat. V něm může předem přesně stanovit, co chce, aby se stalo, dostane-li se do určité fáze onemocnění. Tedy napří-

klad jestli chce dostat umělou výživu i v případě, že bude odmítat jíst a přijímat tekutiny. Pro tyto případy mají připraven tento právní doklad.

Pokud už klient právního jednání není schopen, a to se děje asi v sedmdesáti procentech našich případů, pak je určen opatrovník. Tím je většinou někdo z rodiny, ale může jím být například i ředitelka našeho zařízení. Je to ale samozřejmě právní a etický problém.

Dostáváte se někdy do rozporu se zákonem?

Legislativně bychom měli každého klienta, který má těžké polykací potíže, nechat převézt do nemocnice, aby zde byla zavedena žaludeční sonda, neboť v našem zařízení toto není možné, ale ve všech případech to neděláme. Příbuzní si mnohdy uvědomí, až když je pozdě, že měli maminku přimět k tomu, aby sepsala plnou moc, dokud ještě byla schopna právních úkonů. Ale takto komplikované případy rozhoduje ředitelka zařízení.

Nedokážu si představit, jak vypadají důkazy svědčící o tom, že chce klient v pokročilém stadiu demence zemřít.

V určité fázi umírání se klienti dostanou do fáze, kdy odmítají potravu, tisknou rty, odvracejí hlavu. Prostě potravu ani tekutiny dlouhodobě nepřijímají nechtějí. Podle mého názoru není správné smrt oddalovat. Každý člověk má právo rozhodnout o svém životě. Je jedno, jakou formou to učiní, zda verbálně, nebo nonverbálně, ale každý člověk má právo o sobě rozhodnout.

Za tu dobu, co pracuji s umírajícími, jsem se naučila, že pokud člověk chce odejít, tak to dá najevo a my bychom neměli jeho rozhodnutí měnit

z nějaké naší libovůle. Pokud ale ještě bojuje, nechce odejít, snaží se alespoň malinko pít, otevírá ústa na jídlo, pak to já interpretuji tak, že ještě není životem unaven. Má radost a těší se, že tady bude ještě další den. Když ale vidím, že člověk rezignoval, že se se smrtí smířil a že naši pomoc už nechce, pak je podle mého názoru povinností každého pracovníka v pomáhající profesi toto rozhodnutí akceptovat.

Jakým způsobem zapojujete do procesu rozhodování rodinu?

Snažíme se jim objektivně popsat předpokládaný vývoj onemocnění, např. objasnit, co zavedení sondy do žaludku znamená. Proto jim vysvětlujeme, jak maminka vypadá, co na ní pozorujeme. Že měla předtím ještě chuť na jídlo, ale teď už je unavená, odmítá jíst, jen spí a odpočívá. Často pozorujeme, že se klienti před smrtí hodně modlí. Snažíme se s příbuznými zůstat i mimo pracovní dobu a vysvětlovat jim vše, co je potřeba, protože většina příbuzných blížící se smrt samozřejmě strašně nerada akceptuje.

Ráda bych zdůraznila jednu věc. Příbuzným hodně k akceptaci pomáhá, když během návštěv zařízení pobývají v denní místnosti společně s dalšími klienty. Jednak vidí, že i ostatní klienti postupně umírají, pak také vidí, jak se bude stav toho jejich blízkého měnit. Dozvědí se tak vše podstatné, aniž bychom jim to my museli složitě vysvětlovat. Když ke zhoršení stavu potom dojde, není to pro ně takový šok, protože už se s tím mohli setkat u jiných klientů. Dá se to chápat jako pomalá adaptace na situaci.

Doprovázela jste při umírání hodně klientů a jednáte často také s jejich rodinami. Máte nějaké vysvětlení, proč je pro lidi tak obtížné přijmout, že jejich blízký umírá? Vždyť se jedná o přirozenou součást života a stárí.

Často lidé nejsou schopni akceptovat maminku nebo tatínka s demencí. Mnohdy to není z nezájmu. Často jen prostě nejsou schopni přijmout skutečnost, že maminka, která dříve působila jako učitelka v mateřské školce a byla vždy hodně aktivní, je najednou inkontinentní, vybaví si dvě slova a to má sotva sedmdesát let. Snažíme se jim vysvětlit, že se nic z osobnosti člověka nestalo, že je důležité, aby tam s ním byli i za těchto okolností. Stává se ale taky, že rodiny odmítají za klienty chodit z čistého nezájmu. Čekají jen, až zemře. Naší povinností však je pomoci a nesoudit.

U našich klientů pozorujeme, že i když jsou v těžké fázi demence, návštěvy příbuzných přijímají velmi pozitivně. Máme například klientku, za kterou chodí dcera, u které předtím žila. Klientka není při mytí tak strnulá, více pije. Když přijde syn, takové chování nepozorujeme. Z toho usuzujeme, že některé návštěvy jsou jim příjemné.

Problém však je, že demenci ještě nikdo nepřežil, takže nemáme žádné přímé svědectví od klienta. To vše jsou jen naše interpretace. Vede me si deníčky, do kterých si zapisujeme slova, která jsou pro klienty spojena s něčím pozitivním. Když později zůstanou jen dvě slova, víme, které z nich vyjadřuje něco pozitivního nebo negativního. Máme například klientku, která říká jediné slovo: „perník“. To odkazuje k něčemu negativnímu. Kdybychom si to však nezapisovali, tak bychom nevěděli, že „perník“ znamená něco, z čeho má strach. Mohli bychom si to chybně interpretovat a mohli bychom se domnívat, že má chuť na perník. Zapisování ubývající slovní zásoby je hodně užitečná a levná pomůcka, která nestojí tolik času.

Máte za sebou dvoudenní stáž v českém zařízení, které poskytuje služby za srovnatelných podmínek jako německé zařízení, pro které pracujete. Našla byste mezi nimi nějaké rozdíly?

Ačkoliv se traduje názor, že v SRN pracuje mnohem více pečovatelů v přepočtu na jednoho klienta, není to pravda, ba naopak. Práce pečovatelky či sestry je v SRN mnohem náročnější, a to především fyzicky. Provádění péče musí odpovídat individuálním potřebám klienta a tento musí být do ošetrovatelského procesu aktivně zapojen. V žádném případě není dovoleno „rutinní“ provádění péče, tak jak jsem tomu byla svědkem v ČR. Uvedu příklad. V Německu myjeme do poloviny těla každé ráno s aktivizací, tedy zapojením klienta. Tady se umyje jen obličej a ruce bez klientovy spolupráce.

Mezi pečovatelkami jsou však velké individuální rozdíly. Některé byly výborné, skvěle s klienty komunikovaly, chovaly se lidsky, ale všeobecně přístup ke klientovi se v České republice nerovná přístupu ke klientovi, ale maximálně přístupu k acientovi. Pobytová péče se tady podobá nemocnici. V Německu je i úprava lůžka podobná domácímu prostředí.

Přístup ke klientovi se v SRN projevuje především nesrovnatelně vyšší úrovní respektu

a ohleduplnosti. Nesmí se na něj zvýšit hlas či ho jinak verbálně či za pomoci hlasové intonace degradovat.

Co vás ještě zarazilo?

Velmi mě zarazila úprava vzhledu pečovatelky i zdravotních sester, a to dokonce i u vedení ošetrovatelské péče, které by mělo jít příkladem. Ačkoliv se již v průběhu studia dbá na úpravu zevnějšku pečovatele se zaměřením na bezpečí klienta, v české praxi jsem viděla něco úplně jiného. Například obuv bez pevné paty, dokonce i na podpatku. Ptám se sama sebe, jak může sestra v takových botech utíkat, když se klientovi něco stane. Nebo umělé, dlouhé a barevně nalakované nehty. S nimi přece sestra nemůže sundávat obvaz a hrozí nebezpečí nechtěného poškození klienta či riziko přenosu infekce. V SRN nesmí zdravotník mít ani řetízky či mírně visací náušnice. Při aktivizačním provádění péče jsem se sama mnohokrát přesvědčila o správnosti a efektivnosti tohoto nařízení.

V ČR mi připadají klienti pobytových zařízení v porovnání s těmi německými „velmi fit“, mohla by u nich být nejen zachována, ale i podporována jejich samostatnost a soběstačnost. Filozofie spoluúčasti klienta na provádění ošetrovatelské péče platí v SRN až do konce jeho života. S tím jsem se v ČR nesetkala.

Vnímáte to tedy tak, že je pobyt v zařízení, které nevěnuje péči o aktivizaci klientů, pro

klienty spíš odevzdané čekání na smrt než důstojný odchod ze života?

Ano, je to čekání na smrt. Přitom čeští klienti jsou tak hodní. Oproti německým jsou trpěliví, ale také strašně pasivní a odevzdaní. Zřejmě jsou již dopředu srozuměni s tím, jak s nimi bude zacházeno, a převažuje u nich pocit, že jsou tady na světě už navíc a na obtíž.

Napadá vás, čím může být takové jednání personálu ke klientům způsobeno?

Mluvila jsem i s pracovnící úřadu práce. Ona mi řekla, že ti lidé, kteří se ucházejí o práci ošetrovatelky, často ani nevědí, co je čeká. Neuvědomují si, že budou dělat s umírajícími, a o jaký typ práce se jedná. Takoví lidé sami nejsou vyrovnáni se svou vlastní konečností, s otázkou umírání a smrti.

Myslím, že obecně vzato také nejsou pečovatelky schopny vidět individuální potřeby klienta, protože jim to nebylo podáno ve škole. Chyba je proto podle mého názoru ve vzdělávacím procesu. Abyste mohla v Německu tuto problematiku vyučovat, musíte mít dva roky praxe v oboru, ve kterém chcete učit, a navíc k tomu musíte mít pedagogické vzdělání. Ale čeští pedagogové často nejsou lidé, kteří v praxi pracovali. Podle mne práci mnohdy nechtěli vykonávat nebo ji nevykonávali, ale učí to. Co s tím zařízení má dělat, když už dostane hotové zaměstnance? Je to systémová chyba.

Jana Kopřivová

inzerce

Odborný internetový časopis Prohuman

 <http://www.prohuman.sk/>

- Zameraný na sociálnu prácu, ošetrovatelstvo, zdravotníctvo, vzdelávanie, sociálnu politiku
- určený pre odbornú verejnosť a študentov
- priestor pre prezentáciu, odborné témy, tlačové správy, informácie o udalostiach, konferenciách, vzdelávaní a publikáciách

Redakcia: prohuman@prohuman.sk Tel.: +421 904 977 933
ISSN 1338-1415

Služby domácí pečovatelské služby v Gruzii

Od získání nezávislosti v květnu 1991 Gruzie čelila několika občanským nepokojům, teritoriálním konfliktům a ekonomickým krizím. Vláda dosud není schopná poskytnout adekvátní sociální jistoty a zajistit tak bezpečné živobytí svým občanům, zejména těm nejohroženějším skupinám ve společnosti – starým lidem, sirotkům, handicapovaným a osobám v ústavní péči.

Služby domácí péče poskytované na profesionální bázi tak zůstávají v kompetenci zejména nevládních organizací za asistence mezinárodních donorů. Pro představu, celkový počet osob, kterému jsou poskytnuty služby domácí péče v Gruzii, nepřesahuje celostátně 500 osob. Počet osob žijících pod hranicí chudoby v hlavním městě je okolo 80 000, těch, kteří splňují kritéria pacientů vhodných pro poskytnutí domácí péče, je 10 000.

Domácí péčí se rozumí poskytování sociálních a zdravotnických služeb osobám s fyzickou či psychickou poruchou, které v důsledku svého zdravotního stavu nejsou samy schopny nezávislého života. Cílem poskytovaných služeb domácí péče je učinit tyto osoby nezávislymi v největším možném rozsahu, a to formou jejich integrace do vlastního mikro-sociálního prostředí a zároveň zabráněním jejich zbytečným přesunům do nemocnic či hospiců dlouhodobé péče.

V případě Gruzie byl až do rozpadu Sovětského svazu uplatňován centralizovaný model zdravotnického systému, obdobně jako v ostatních zemích bývalého SSSR. Ten se vyznačoval zejména univerzálním přístupem (zdravotní péče poskytovaná všem občanům), nákladnou hospitalizací, omezenou či nulovou prevencí a primární léčbou, silným důrazem na kvantitu (velký počet lůžek, zdravotnického personálu), nízkou kvalitou a chybějícím individuálním přístupem k pacientům. Takovýto systém byl v Gruzii známý jako Semashko model.

Tradičně péči o přestárle a nemocné vykonávali příbuzní pacienta či jejich komunita, což bylo možné díky silným rodinným vztahům a komunitnímu způsobu života. V současnosti je tato verze mnohem méně častá, a to zejména díky migraci produktivního obyvatelstva a velkému počtu IDPs (Internally Displaced Persons) v důsledku několika konfliktů během posledních desetiletí. Tradiční péče o postiženého vykonávaná v rámci rodiny, širší rodiny a komunity zůstala omezena na rurální oblasti. Vládní programy na pomoc ohroženým skupinám obyvatelstva jsou buď velmi limitovány, či kompletně chybějí.

Hlavní reformy ve zdravotnictví

Výklad pojmu domácí péče není v Gruzii jednotný. Nekoordinovaný přístup a rozdílné standardy poskytování služeb mají za následek nedostatečnou kvalitu a tříštění poskytovaných aktivit. Po rozpadu Sovětského svazu systém zdravotní péče v Gruzii velmi rychle upadal zejména v důsledku katastrofální finanční situace způsobené občanskou válkou, stagnující ekonomikou a inflací.

Přesto, že reformy ve zdravotnictví jsou diskutovány od roku 1995, zdravotnictví zdaleka nenaplňuje potřeby společnosti, obzvláště jejich nejohroženějších skupin. I. reforma přinesla přechod od centralizovaného modelu k tržnímu mechanismu a financování typu „zákazník – poskytovatel“ a návrh na vytvoření základního balíčku poskytovaných zdravotních služeb; II. reforma byla zahájena v roce 2000 a běží prakticky dodnes. Znamenala reakci na nízkou prioritu zdravotnictví obecně, nedostatečné financování zdravotnického sektoru způsobené omezeným státním rozpočtem a korupčním jednáním.

Hlavní oblasti reformem tvoří financování mezinárodními donory – Světová banka, International Development Alliance, Evropská komise; existence typu rodinných lékařů a sester; zavedení pojišťovacího systému s funkční databází a bodovacím systémem specifikujícím osoby na hranici chudoby, kterým by byla na základě zdravotních poukazů (voucherů) hrazena zdravotní péče vybranou pojišťovnou.

Přes pokrokovost zaváděných reforem zůstává situace chaotická. Pojišťovací systém nebyl dostatečně představen veřejnosti, mnozí lékaři politiku pojištění nepřijali vůbec, a vyžadují tak od pojištěných pacientů hrazení zdravotní péče. V zemi chybí jasná specifikace služeb obsažených v pojišťovacím balíčku, zda bude pokrývat jen primární zdravotní služby, či i hospitalizaci pacienta, jaký bude mechanismus platby atd. Lidem není jasné, které služby mohou od pojišťovny žádat bezplatně, vytvořený pojišťovací systém je byrokraticky náročný, což ve většině případů odrazuje pacienty od jeho přijetí.



Foto: archiv Charity ČR

Domácí péče v Gruzii – vnější souvislosti

První koncept domácí péče se objevuje v Gruzii v roce 1995, kdy ji Charita Gruzie za finanční asistence německé vlády a několika privátních donorů poskytuje prostřednictvím mobilního týmu složeného z dobrovolníků základní služby nejpotřebnějším osobám v hlavním městě, Tbilisi. Jednalo se zejména o distribuci léků, potravin, úklid. Do té doby byla domácí péče provozována prostřednictvím mobilních klinik a v centrech primární péče.

Silící poptávka po službách domácí péče vede k větší profesionalitě a strukturovanosti poskytovatelů. Zejména díky mezinárodním donorům se daří rozšířit aktivity i mimo hlavní město, zejména do západních oblastí regionu – Gori, Ozurgeti, Kutaisi a Samtskhe Javakheti. Služby domácí péče nebyly v Gruzii nikdy součástí zdravotnického systému, a nemohly tak tvořit součást balíčku základních zdravotních a sociálních služeb poskytovaných státem.

Pro účely silnějšího lobbingu, spolupráce, prosazování práv příjemců služeb i jejich poskytovatelů a v neposlední řadě společného úsilí o začlenění služeb domácí péče do systému primární péče byla vytvořena platforma organizací poskytujících služby domácí péče v Gruzii. Členy platformy k dnešnímu dni jsou Charita Gruzie, organizace Taoba, Onco Prevention Center, Men and Nature, dále se službami domácí péče zabývají organizace Genesis a Monastery of Transfiguration.

Hlavní aktivity poskytovaných služeb domácí péče v Gruzii je možné rozdělit do tří oblastí.

1. Lékařská péče – aktivity provozované lékařem, zdravotní sestrou a dalším zdravotnickým personálem.
2. Psychosociální asistence – psychosociální, sociální a spirituální podpora. Sociální asistence je vhodně zajišťována dobrovolníky. Nejde jen o ekonomický aspekt, ale zejména o rozvoj dobrovolnictví na místní úrovni a jeho pozitivních aspektů pro jednotlivce i komunitu jako celek.
3. Vzdělávací aktivity – zvyšování odborných kapacit zdravotnického personálu – školení, konference, supervizní setkávání; informovanost a lobbying.

Projekt zahraniční rozvojové spolupráce

V důsledku ozbrojeného konfliktu v srpnu 2008 zahájilo Ministerstvo zahraničních věcí České republiky (dále jen MZV ČR) program Rekonstrukce a rozvojové pomoci pro Gruzii.

Po poskytnuté humanitární pomoci v oblastech nejvíce postižených válečným konfliktem je

Tabulka: Příjemci pomoci, region Gori			
Typ pacienta	Status	Počet osob	Identifikovaný stav
Přestárý pacient	Opuštěná, postižená osoba	12	Osoba bez rodiny či jiné podpory z blízkého okolí
Handicapovaný pacient	Dočasně handicapovaná osoba kapacitně omezená pro svůj fyzický či psychický stav	97	Pooperační stav, zlomeniny, postižené osoby – invalidé, pacienti upoutaní na lůžku
Osoba obzvláště zranitelná (EVI – extremely vulnerable individual)	IDPs a osoby žijící pod hranicí chudoby	65	Osoby bez pojištění či žijící pod hranicí chudoby. Často se jedná právě o IDPS žijící v kolektivních centrech.
Nepřímí příjemci pomoci	Širší rodina, sousedé, komunita	> 70	Laičtí poskytovatelé služeb domácí péče

od června 2009 uskutečňován projekt Podpory občanské participace a rozvoje kapacit místní samosprávy – domácí péče v okrese Gori. Hlavním cílem je zlepšit životní podmínky postižených osob ve městě Gori a přilehlých vesnicích.

Vystavěno bylo denní centrum v městě Gori, které slouží především k výcvikovým aktivitám a supervizím zdravotních sester, lékařů a dobrovolníků. Centrum neslouží k ošetření klientů, služby domácí péče jsou poskytovány výhradně u pacientů doma. Zvýšení kvality nabízených služeb domácí péče, informovanost zainteresovaných skupin o konceptu domácí péče a jeho managementu tvoří specifické cíle uskutečňovaného projektu.

V denním centru je zaměstnáno celkem sedm zdravotních sester, čtyři pracují ve městě Gori, tři v přilehlých vesnicích – Karaleti, Garejvari, Tkviavi, Flavi, Tirdznisi a Dzevara severně od Gori směrem k jižněosetinským hranicím. Centrum zaměstnává na dohodu o provedení práce endokrinologa, onkologa, kardiochirurga, chirurga a neuropatologa, kteří naznačí léčbu pacienta a na tomto základě je prováděna zdravotní sestrou. Zdravotní sestry pracují rotačním způsobem, tedy po dvou až třech měsících se vyměňují – ty, které pracovaly ve městě, další etapu pracují ve vesnicích, a naopak. Ke konci každého týdne si každá sestra připraví pracovní plán na týden následující.

Ke konci září bylo do projektu začleněno celkem 111 příjemců pomoci, 70 z města Gori, zby-

lých 41 z přilehlých vesnic. Kapacita projektu je stanovena na 120. Klíč rozřazení klientů v projektu vychází z míry ohrožení a postižení (viz tabulka). Ve většině případů se typy a statusy beneficiářů překrývají. Čím více jednotlivých typů potenciální klient splňuje, tím je šance na začlenění do projektu větší.

Kateřina Zezulková

Autorka pracuje v organizaci Charita, Česká republika.

Zdroje a použitá literatura

http://books.google.com/books?id=sJ5CRrRu1hkC&pg=PA531&lpg=PA531&dq=Semashko+modelu,+georgia&source=bl&ots=K7KEeAOiRW&sig=vEDvevHZvIKuOffB6aa3E0x76G8&hl=cs&ei=8grzSoemDonInAOG7eyjAw&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CacQ6AEwAA#v=onepage&q=&f=false

Zpracováno na základě projektových dokumentací:

Home care project in Tbilisi. Caritas Georgia, May 2009.

Interní zprávy. Caritas Georgia, Charita ČR, 2008, 2009.

JAN VORISEK. External Evaluation Report on Tbilisi Home Care Project of Caritas Georgia. June 2009.

Příběhy klientů

Anna

Anna je uprchlice z Běloruska. V Gori žije osmnáct let se svým synem, který má vrozenou dětskou mozkovou obrnu. Po celou dobu žijí v jednopokojovém domku, dříve turistické ubytovně, se statusem uprchlíka, kterému se však syn brání. Být uprchlíkem takovou dobu se mu zdá směšné, v Gruzii se cítí doma. V místnosti, kde žijí, jsou malá kamna, dvě postele a malá televize. S ohledem na dobu a účel, ke kterému byla ubytovna vystavěna, jsou podmínky pro trvalý pobyt naprosto nevhodné. Poslední zpráva přišla od zastupitelstva – na část, ve které žije Anna se synem, si dělá nárok dřívější majitel a chce, aby místo opustili. Anna má narušený krevní oběh, v posledních měsících se její stav zhoršil. Anna se pohybuje jen velmi obtížně a sama již není schopná se o syna postarat. Do projektu byla přijata v létě 2009, před jeho zahájením rodina obdržela humanitární pomoc od nevládních organizací.

Zurab

Zurab žije ve vesnici Tzever, nárazníkové zóně, pár kilometrů od hranic s Jižní Osetií. Na rozdíl od mnohých spoluobčanů ve vesnici mluví plynule rusky. Mohutné tělo se pomalu otáčí na gauči a asi pětasedmdesátiletý usměvavý muž s pevným stiskem ruky se podívá směrem, ze kterého přichází neznámý hlas. Humorný tón pacienta pokazí vzpomínka na vlastní vnuky. Zurabovi amputovali před třemi týdny jednu nohu. V důsledku cukrovky přišel nejen o končetinu, ale i o zrak. Kluky, kteří za dědou přijdou, nevidí. Zdravotní setra přichází denně, dělá přebaly, změří tlak, promasíruje části těla, ošetří proleženiny, které se používanými mastmi mírně zlepšily. Dobrovolnice je zodpovědná za sociální asistenci a pomoc s domácími pracemi.

Odvrácená tvář sociální práce

Proměny práce sociálních pracovníků v pobytových sociálních službách pro seniory

Práce sociálních pracovníků prochází v současné době mnoha proměnami. V souvislosti s přijetím zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, se jednak změnila požadavky na vzdělání, kdy tento zákon požaduje minimálně vyšší odborné vzdělání a zároveň definuje i příslušné obory vzdělání, a jednak se změnila i samotná náplň práce. Sociální pracovníci se v dobách nedávno minulých zabývali především finančními problémy uživatelů – výplatou důchodů, vyřizováním příspěvku na péči, agendou depozitních účtů uživatelů, pomocí při vyřizování a vyřizováním různých osobních záležitostí a nákupů uživatelů.

Součástí holistického přístupu k uživatelům je i rozsáhlejší působnost jednotlivých zaměstnanců. Postupně se tak úloha sociálních pracovníků rozšiřuje do oblasti především individuální práce s uživateli, individuálního plánování, sociálního poradenství, aplikace různých terapií (preterapie, reminiscence, validace, trénování paměti, bazální stimulace, muzikoterapie, arteterapie a mnohé další). Sociální pracovníci jsou více v kontaktu s uživateli a rodinnými příslušníky, koordinují práci dobrovolníků v zařízeních, metodicky vedou a proškolují pracovníky v přímé péči, vedou praxe studentů, což je poměrně náročné, má-li praxe být přínosem pro studenta i pro organizaci. Musí si nutně rozšířit vědomosti a znalosti především v oblasti terapií, poradenství, individuálního plánování, motivace zaměstnanců, prezentačních dovedností, dobrovolnictví, paliativní péče a poradenství pozůstalým, i v oblasti používání různého softwaru, který je stále více v sociálních službách využíván. A na to rozhodně nestačí zákonem požadovaných 24 hodin ročně, ale vzdělávání je nutno věnovat mnoho volného času.

Další požadavek, který se jeví na obzoru, je bezvýhradné vedení pracovníků v přímé obslužné péči, kdy se sociální pracovníci stávají manažery přímé obslužné péče v zařízeních. Je otázkou, zda toto je ještě účelem sociální práce jako takové a zda tyto požadavky budou splňovat představy těch, kdo se pro obor sociální práce teprve rozhodují. Zřejmě se jasně oddělí management sociální práce, zaměřený na řízení lidských zdrojů a vedení lidí, a přímá sociální práce s důrazem na práci s uživateli. Dále se ukazuje, že zjišťování motivace a psychických předpokladů by nebylo tak zcela od věci. S tím, jak se mění struktura uživatelů, kdy jsou přijímáni žadatelé potřební, tedy těžce či úplně závislí, je prá-

ce i psychicky náročnější. Mnozí praktikující studenti i žadatelé o zaměstnání uvádějí jako motiv ke studiu „potřebu pomáhat“. Tento motiv je jistě ušlechtilý, ale bohužel při bližším zkoumání této motivace se většinou ukáže představa seniora jako babičky Boženy Němcové, která zase tolik pomoci opravdu nepotřebovala; případně, zejména u žadatelů o zaměstnání, potřeba kompenzace vlastních životních neúspěchů. Je nutno si uvědomit, že v pobytových službách pro seniory je nutno být hodně psychicky odolný, protože ne každý unese denní kontakt s opravdu nemocnými a na pomoci druhých závislími uživateli.

V každém případě mohou být tyto požadavky i výzvou k přehodnocení studijních plánů a požadavků k přijetí ke studiu na školách připravujících nové odborníky v této oblasti. Výše uvedené rozšíření působnosti sociálních pracovníků a spolupráce s poskytovateli služeb by mohly být inspirací... Zajištění dalšího vzdělávání pro sociální pracovníky a pracovníky v sociálních službách je také velkou výzvou pro vzdělávací instituce i pro samotné pracovníky. Najít kvalitní seminář v době, kdy se mnozí cítí povolání k předávání vědomostí, není právě lehké. Některé vzdělávací akce jsou spíše ztrátou času než přínosem, a tak je nezbytné důkladně zpracovávat vzdělávací plány zaměstnanců a pečlivě vybírat jak vzdělávací instituce, tak, a to především, přednášející lektory. Možná by byla zajímavá diskuse absolventů vzdělávacích akcí na téma jejich kvality.

A tak se díky všem změnám a jejich popularizaci možná konečně změní i náhled společnosti na toto povolání, dosud nazývané „socka“ (stejně jako na povolání pracovníků v přímé péči), a s ním i morální a finanční ohodnocení této práce.

Mgr. Eva Papežová

Čtenáři se ptají, odborníci odpovídají

Že je sociální práce různorodá, jste se mohli na stránkách časopisu přesvědčit již nespočetněkrát. Stejně různorodé jsou i problémy, které sociální pracovníci a pracovnice řeší. V předchozích číslech jsme proto vás, naše čtenáře a čtenářky, opakovaně pobízeli k vyjádření vašich názorů a zkušeností. Dnes naši výzvu rozšiřujeme. Protože si časopis, jak uvádíme v poslání, klade za cíl pomáhat a ulehčovat vám výkon vaší nelehké profese, rádi bychom vám nabídli možnost zasílat nám dotazy, které se týkají různých aspektů sociální práce, které vás právě trápí nebo si s nimi nevíte rady. Na vaše otázky budou na těchto stránkách odpovídat zkušení odborníci, jejichž názor se budeme snažit zprostředkovat. V tomto čísle otiskujeme první vlašťovku – dotaz čtenářky, kterou trápí chybějící nabídka návazných služeb, které by vyřešily situaci bezdomovců-seniorů. Odpovídá Antonín Plachý, ředitel Azylového domu pro muže v Ostravě.

Jak vyřešit situaci bezdomovců-seniorů

Dobrý den,

váš časopis se mi líbí, jen mi tam chybí víc témat o bezdomovectví a následné péči pro bezdomovce propuštěné z nemocnice. Jsem sociální pracovnice v nemocnici a toto téma mě trápí nejvíc. Máme u nás hospitalizovaných pár bezdomovců a nemáme je kam po propuštění z nemocnice přeložit. Zatím jsou hospitalizováni na LDN oddělení, ale zde nemohou být věčně. Na ulici je lékař nepropustí, protože si pacient pořád na něco stěžuje, aby nebyl propuštěn. A bych řekla po pravdě, bojí se i médií a odpovědnosti, kdyby si někdo stěžoval, jak můžeme někoho pustit na ulici. Z jednoho domova důchodců utekl, jinam ho nepřijmou.

Není moc schopný se o sebe postarat sám, ale na hospitalizaci jeho stav není, protože je po zdravotní stránce stabilizovaný. V našem městě máme jen noční noclehárnu, přes den nemá kam jít. A ani v noci nechce noclehárnu využít,

protože se tam platí a musí dodržovat určitý řád. Příspěvek na péči mu nemůže být vyřízen, protože nemá vyplněnou kolonku, kdo bude péči poskytovat. Má sice důchod, ale ten hned utratí.

Byla jsem na několika školeních o bezdomovectví a tam to berou hlavně z hlediska městských úřadů a jejich odborů sociálních věcí a zdravotnictví. Většinou tam zazní názor, aby byl hospitalizován na LDN v nemocnici. Ale nikdo mi nezodpověděl otázku, kam s ním z LDN.

Myslím si, že toto je problém většiny nemocnic, hlavně v malých městech, a že bude těchto případů přibývat, neboť v dnešní době mnoho mladých lidí nepracuje a nechce pracovat a nebudou jim z čeho vypočítat důchod. Proto si myslím, že toto je hodně aktuální téma a byla bych ráda, kdyby se o něm více psalo a hovořilo.

Děkuji. S pozdravem Jaroslava Kotálová, sociální pracovnice, Sušice

Vážená čtenářko,

otevíráte problematiku, která je hodně složitá a velice těžce řešitelná. Na toto téma jsem měl loni příspěvek na gerontologických dnech v Ostravě, kde jej všichni vyslechli, zatleskali a tím to skončilo.

Celý problém zdravotně omezených bezdomovců a vůbec osob s nízkými příjmy nás velmi zaměstnává. Stále diskutujeme se zdravotnickými zařízeními a máme problémy se dohodnout. Konkrétní případ z Vaší nemocnice neznám, ale v kontextu s jinými napíši svůj pohled, tedy pohled za azylové domy. Naše zařízení se věnují bezdomovcům, u kterých se dá čekat, že se o sebe sami postarají a že budou směřovat zpět do ži-

vota, aspoň někteří. Mýtus, že se azylové domy postarají o všechny bezdomovce, padá, protože nemáme zaměstnance, kteří by se zabývali lidmi zdravotně postiženými, nemáme zdravotnický personál. Na druhou stranu řešením není prodlužovat do nekonečna pobyt ve zdravotnickém zařízení. Co tedy s nimi? Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách, nám nabízí řešení a tím je dům se zvláštním režimem. Tady by bylo možno osoby, které nevyžadují pravidelnou lékařskou péči, ale nemohou být v běžném azylovém domě, umístit a poskytnout jim prostor. V Ostravě o tom dlouze diskutujeme, máme zde jedno podobné zařízení, které je neustále přeplněno.

Bojím se, že vám mnoho nepomůžu. Je to problém, který trápí jak zdravotníky, tak i nás. Pokud ze stručného popisu vašeho klienta mohu usuzovat, je to právě případ pro takovýto dům se zvláštním režimem, určitě ne pro azylový dům. Pokud jste mu ovšem nabídli službu a on ji odmítl (otázkou je, zda mu jeho stav dovolí dojít na noclehárnu), odmítl i domov pro seniory, pak nezbývá než se obrátit na obecní úřad obce s rozšířenou působností (zákon 108/2006 Sb., § 92) a tam se pokusit vyhledat nějakou jinou službu, nenapadá mne zase nic jiného než domov se zvláštním režimem. Samozřejmě zde vnímám i důležitý etický aspekt, ale vše má své hranice.

Asi jsem vám mnoho nepomohl, ale řešení je pouze ve vytvoření speciálních služeb. Kdysi byl v každém okrese vytvářen jeden domov důchodců, kde se takové osoby umísťovaly. Věřím, že se časem vytvoří takovéto služby, ale vy potřebujete věci řešit hned. Možná by bylo zajímavé na toto téma uspořádat seminář.

Mějte se pěkně.

Antonín Plachý,
ředitel Azylového domu pro muže,
Armáda spásy, Ostrava

Příspěvky byly redakčně upraveny

inzerce

NEZISKOVKY.CZ
vzdělávací a informační centrum

Více než 15 let prostřednictvím vzdělávacího a informačního servisu rozvíjíme neziskový sektor v České republice a podporujeme filantropii. Pomáháme neziskovým a příspěvkovým organizacím v jejich profesionalizaci a současně přinášíme služby manažerům podniků a korporací, státním zaměstnancům, studentům a veřejnosti.

VZDĚLÁVÁNÍ
Zajišťujeme vzdělávací akce z oblastí:

- marketingu a public relations
- účetnictví a práva
- komunikace, prezentace a vyjednávání
- řízení a vedení lidí
- strategického plánování a řízení
- efektivního fungování správních rad
- fundraisingu včetně projektového řízení

PORTÁL
WWW.NEZISKOVKY.CZ

- burza práce
- bazar
- databáze finančních zdrojů
- elektronický zpravodaj Svět neziskovek
- daňový kalkulátor
- katalog neziskovek
- poradenství
- katalog knihovny
- data o neziskovém sektoru v ČR

DÁRCOVSTVÍ A SPOLEČENSKÁ ODPOVĚDNOST

- administrace charitativních projektů a grantových řízení podniků a korporací
- konzultace společenské odpovědnosti firem a podniků
- poradenství v oblasti dárcovství a sponzoringu

NEZISKOVKY.CZ Neziskovky.cz, o. p. s., Malé náměstí 12, 110 00 Praha 1
☎ 224 239 876, 📠 224 239 875, ✉ neziskovky@neziskovky.cz, www.neziskovky.cz



Ušetřete s VĚRNOSTNÍ SLEVOU pro stálé inzerenty časopisu SP/SP!

Objednejte si inzertní plochu ve čtyřech číslech za sebou a získáte celkovou **slevu 25 %** včetně bonusu **grafického zpracování zdarma**. Více informací na <http://www.socialniprace.cz/inzerce.php>

Kontaktní osoba

Bc. Jana Kopřivová ■ jana.koprivova@socialniprace.cz, (+420) 605 081 603

INSPIRACE PRO PRAXI

I pozůstalí potřebují pomoc a podporu

Nedostatečná nabídka služeb pro pozůstalé je častým steskem těch, kteří pracují s umírajícími klienty a jejich rodinami. Hospicové občanské sdružení Cesta domů nabízí klub Podvečer, místo, do kterého může přijít kdokoliv, komu v nedávné době někdo zemřel a kdo se chce podělit o to dobré i smutné, co umírání jemu blízké osoby provázelo. Klub Podvečer kombinuje dvě aktivity, večerní povídání ve svépomocné skupince a tvůrčí dílny. Jeho činnost blíže představí jeho koordinátorka Mgr. Lucie Přádová.

Jak častá jsou setkání klubu Podvečer?

Klub v současné době pořádáme třikrát do měsíce. Dvakrát měsíčně probíhá podvečerní povídání, jednou měsíčně k nám mohou lidé přijít do tvůrčí dílny. Povídání bývá hodinu a půl až dvě, tvůrčí dílny se často protáhnou na dvě hodiny i více. Frekvenci setkání jsme také v průběhu času zkoušeli měnit. Například v minulém roce jsme zvali na podvečerní povídání jednou za měsíc, ale účast byla poměrně malá a většinou přišli lidé pouze jednou a víckrát už se neobjevili. Napadlo nás, jestli pauzy mezi setkáními nejsou příliš dlouhé. Ti lidé mezitím sami ujdou kus cesty, posunou se někam dál a po takové přestávce už možná nemají chuť se znovu k některým věcem vracet. Proto jsme od podzimního semestru (*pozn. red.: Činnost klubu je organizována v tzv. semestrech: zářl–leden, únor–červen. O prázdninách se setkání nekonají*) povídání zkusili nabídnout dvakrát v měsíci. Ale zdá se, že na účasti se to nijak neodrazilo. Někdy přijde třeba jen jeden člověk, párkrát se nám stalo, že dokonce nepřišel nikdo, nejčastěji se sejde tak dva až pět lidí. Teď máme několik klientek, které nějaký čas navštěvují klub poměrně pravidelně, jedna z nich chodí už třetím rokem.

Procentuálně větší počet lidí se účastní tvůrčích dílen neboli přástek, jak jim s oblibou říkáme. Taková aktivita je pro některé dostupnější možná z toho důvodu, že nutně hned nemusí mluvit o své ztrátě, ale přitom jsou v kontaktu s lidmi, kteří mají za sebou podobnou zkušenost a možnost sdílení tak zůstává otevřená. Tvůrčích dílen se účastní také dobrovolníci i jiní příznivci našeho sdružení, takže atmosféra bývá živější a složení skupiny rozmanité.

Tématika dílen je různá, snažíme se ji přizpůsobit ročnímu období a různým svátkům. Na Vánoce jsme vyráběli vánoční přání, v adventu zase adventní věnce a podobně. Chci, aby to lidi

bavilo a byli motivovaní vytvořit něco, co zároveň mohou doma použít jako ozdobu nebo někomu věnovat jako dárek. Myslím, že tato kombinace aktivit je dobrá. Takhle k nám do klubu přijdou i lidé, kteří by se hned na povídání možná neosmělili, ale když navštíví tvůrčí dílnu, mají otevřené dveře i dál.

Nabízíte kromě povídání a tvůrčích dílen pozůstalým ještě nějaké další služby?

V minulém roce jsme pořádali vzpomínkové besedy s názvem Ohlédnutí, kde různí zajímaví lidé vzpomínali na období svého života, která nějak významně ovlivnila jejich životní cestu. Posluchači vyslechli přednášku a poté měli možnost se do besedy sami zapojit. Takle alternativa programu myslím taky pomohla mnohým lidem se do klubu nenuceně připojit. Besedy pak na nějakou dobu vystřídal cyklus přednášek Smrt a umírání v náboženských tradicích současnosti. Ty ale zajímaly spíše pozůstalé z minulých let. Pochopitelně je příliš nevyhledávali ti, kteří prožívali ztrátu někoho blízkého teprve čerstvě.

Jednou v roce také organizujeme vzpomínkové setkání při příležitosti Dušiček, kam zveme pozůstalé i z dřívějšího období, kteří se někdy v klubu objevili. Lidé této příležitosti rádi využívají. Mají možnost na zemřelého rituálně zavzpomínat a setkat se i se zaměstnanci Cesty domů, kteří je v péči o umírajícího doprovázeli. Je to oblíbená akce, většinou přijde okolo čtyřiceti padesáti lidí.

Vrátila bych se k tomu, jak jste mluvila o účastnících povídacích večerů. Zmínila jste paní, která chodí už třetím rokem. Není to příliš dlouhá doba pro truchlení?

Ano, přemýšleli jsme, jestli bychom měli účast v klubu časově omezit. Měli jsme takovou představu, že by do klubu lidé chodili zhruba po

období jednoho roku, ne déle. Časem se mi ale ukázalo, že je to hodně individuální záležitost. Například paní, kterou jsem zmínila, se už v podstatě za tu dobu stala takovým příznivcem Cesty domů. Její docházení není známkou nějakého patologického či nekonečného truchlení, smrt svého manžela do svého života už myslím docela přirozeně přijala. Jde spíš o to, že její přítomnost v klubu je příjemná i pro další zúčastněné. Ona je někdo, kdo prostředí klubu zná a ví, jak setkání probíhají. Dokáže moc hezky mluvit a citlivě reagovat svými zkušenostmi a postřehy na to, co říkají druzí, takže je to pro ně přínosné. Ostatní vidí, že tou smutnou dobou nějak prošla a daří se jí žít dál. Přestože už má svůj věk, tak to nevzdala, udržela si svůj smysl pro humor a pro nás všechny je povzbuzující se s ní setkávat. Proto zrovna tady nemám pocit, že bych jí měla domlouvat, aby k nám přestala chodit a našla si nějakou jinou aktivitu třeba někde v klubu pro seniory.

Takže se vám zatím nestalo, že byste někoho „vyloučila“ z klubu?

Řešila jsem spíš situace, kdy do klubu chodily opakovaně starší paní, které po čase nebyly úplně vstřícné dát prostor nově příchozím. Děly si z večera takový svůj debatní kroužek a řešily tam témata, která se netýkala umírání nebo jen velmi okrajově. Když se takhle sešly dvě až tři, nebylo to jednoduché, pokud zároveň přišel někdo, kdo prožil ztrátu nedávno. Bylo obtížné povídání usměrnit tak, aby tento člověk dostal potřebný prostor i pozornost. Zdálo se mi, že ty paní už truchlení mají určitým způsobem za sebou, k některým věcem už se v rozhovoru zkrátka nechťejí vracet a jde jim spíš o takové společenské setkání, zkrátka dát si spolu kafičko. Na tom není nic špatného, ale klub pak přestává sloužit svému účelu.

Dají se nějakým způsobem tyto „nezvané návštěvy“ omezit?

Důležitá věc, kterou jsem ještě nezmínila, je, že účastníci klubu Podvečer jsou z velké části bývalí klienti z naší domácí hospicové péče. Ti od nás dostávají poměrně podrobné informace o tom, komu je svépomocná skupina určena a k čemu by setkání měla sloužit. Klub jsme ale otevřeli i lidem, kteří přicházejí z venku. U nich se stává, že často nemají tak jasnou představu a nabídku si někdy vysvětlují po svém.

U jedné návštěvnice se například postupně ukázalo, že ani nebyla pozůstalá a měla od se-

tkávání úplně jiná očekávání. Ono je ale těžké při první návštěvě hned ve dveřích ty lidi zpovídat. Když stojí na prahu, nebudu se jich přece ptát: „Kdo vám umřel?“ Záměrem je také ponechat setkávání určitou bezbariérovost.

Na začátku Podvečera ale pokaždé zdůrazňuji, proč jsme se sešli, vysvětluji, co znamená svépomocná skupina a na jaká témata je v ní prostor. Předpokládám, že ti lidé pochopí, o co jde. Doufám, že pokud by někdo cítil, že přišel špatně, sám odejde. A pokud ne, je potom na mně, abych našla citlivý způsob, jak to dotyčnému vysvětlit, případně mu nabídla jinou alternativu a nasměrovala ho na jiný druh služby.

Stejně tak není jednoduché říkat někomu: „Vy sem nepatříte, protože vám někdo zemřel před třemi lety a to už je dávno.“ Pro někoho to může být tak, že ty tři roky o svém zážitku s umíráním neměl příležitost nebo odvahu mluvit, teď se mu vrátily vzpomínky a téma se mu znovu otevřelo. Tak si říkám, proč by nemohl mezi nás přijít a promluvit si o tom, pokud by to pro něj mělo být užitečné. Ukazuje se, že lidé, kteří do klubu přijdou, mají různé motivace.

Je vám hodně nepříjemné takové situace řešit?

Tak samozřejmě že to není příjemné. Navíc někdy je jednoznačné, že ten člověk přišel s jinou zakázkou, někdy to jednoznačné není. Může se zdát, že jakoby k tématu nemá co říct, ale ta váhavost může znamenat leccos. Třeba si v sobě nese něco, co zatím není schopen odkrýt. Ještě možná nesebral odvahu o tom mluvit. A tady je na místě, aby dostal potřebný čas a prostředí klubu si nějak osahal, získal důvěru a mohl později vyjít se svým příběhem ven.

Máte své osvědčené postupy, jak situaci nebo člověka odhadnout, abyste nikomu neublížila?

Mám velkou oporu v naší dobrovolnici – psycho-terapeutce Janě Wichsové. Pravidelně se zúčastňuje podvečerních povídání a pomáhá mi s jejich vedením. Díky tomu s ní mohu různé, pro mě nepřehledné situace konzultovat. Povídáme si o tom, říkáme si své názory a pak se třeba společně rozhodneme, jak to vyřešit.

Stává se, že byste musela lidi k povídání vybízet, nebo hovor plyne přirozeně?

To je různé. Je to specifické tím, že ta skupina je otevřená. To znamená, že nikdy nevím, kdo

ten večer přijde. Nedá se proto předem příliš plánovat průběh večera. Mění se taky počet lidí, kteří přijdou. Z počátku jsem tomu setkávání chtěla dávat nějakou pevnější strukturu, ale pak jsme to zase rozvolnily, protože nám to tak přišlo přirozenější. Pořád je tu z naší strany snaha udržet formát svépomocné skupiny a nechat co nejvíc prostoru účastníkům. Na začátku ale vždycky chci, abychom se alespoň vzájemně představili.

Jednu dobu jsem měla tendence vymezit každému určitý čas, aby se s námi mohl podělit o svůj příběh. To ale některým lidem úplně nevyhovovalo, bylo to na ně asi moc přímočaré. Řekli třeba zpočátku jen větu nebo dvě a nebyli ještě připraveni svůj prostor využít, otevřít se a podělit o to, co prožívají. Někdy se osvědčilo, že někdo začal povídat sám od sebe, většinou lidé, kteří v klubu byli třeba už podruhé nebo potřetí. Postupně se pak přidávali i ostatní.

Klub nyní vedu druhým rokem a stále ten správný přístup hledám. Každé setkání je pro mne novou zkušeností. Někdy je vhodné řídit se intuicí a nechat povídání spíše volný průběh, jindy je potřeba důrazněji převzít roli moderátora a povídání usměrňovat.

Kde se pro práci v klubu inspirujete?

Využíváte např. zkušenosti ze zahraničních organizací?

Přečetla jsem spoustu knih včetně zahraniční literatury. V zahraničí, konkrétně například ve Velké Británii tyhle podpůrné programy pro pozůstalé docela dobře fungují, tam je to už poměrně zaběhnutá věc. Může to být třeba tím, že lidé jsou tam zvyklí scházet se běžně v různých klubech, takže ani takový klub pro pozůstalé pro ně není ničím překvapivým. V Čechách je něco takového zatím dost neobvyklé.

Pořád si říkáme, že jsme zatím jen takový malý ostrůvek. Snažíme se podporu nabídnout, kdyby ji někdo potřeboval, aby ta možnost prostě pro něj tady byla. Je to už pak na těch lidech, jestli ji využijí, nebo ne. Organizací, které by něco podobného nabízely, zatím u nás mnoho není.



Mgr. Lucie Přádová při háčkování v tvůrčí dílně klubu Podvečer.
Foto: www.cestadomu.cz

A jaká je z vaší strany nabídka těmto lidem?

Nabízíme především prostor pro ty, kterým zemřel někdo blízký, aby mohli sdílet své pocity ve skupině lidí, kteří zažili něco podobného jako oni. Povídání a vzájemné sdílení s druhými jim může ulevit a pomoci v nelehkém období, aby našli nové cesty, jak jít životem dál. Pro někoho to může být způsob, jak se se ztrátou postupně vyrovnat.

Klienti jsou většinou starší lidé?

Většinou ano, i když to nebyl záměr. Většina z nich jsou ženy, starší vdovy. Ale například naposledy se setkání účastnila i mladá slečna, asi pětadvacetiletá, které zemřela maminka. Výjimečně se objeví i nějaký muž.

Z mého pohledu je ztráta maminky a ztráta manžela hodně odlišná zkušenost. Funguje i za takových okolností svépomoc skupinky? Není potom až příliš různorodá?

Máte pravdu, určitě to stejná zkušenost není. Dříve jsem dokonce přemýšlela o tom, že by setkání mohla být tematická a zvlášť by se mohli scházet lidé, kterým zemřel rodič, a ti, kterým zemřel třeba partner nebo manžel apod. Ale ukázalo se, že v praxi je to nerealizovatelné. Už tak klientů přichází málo a zatím není možné ty skupinky dát v dostatečném počtu dohromady.

Ale teď na posledním setkání to bylo moc hezké, i když se tu sešly odlišné generace a zkušenosti. Přišla starší paní, které zemřel poměrně

nedávno manžel, dále paní středního věku, která dochovala svou tetu, k níž měla velmi blízký vztah. Pak tu byla mladá slečna, která ztratila maminku a ještě jedna starší paní, které zemřela maminka, ve velmi pokročilém věku. Ta skupinka se nakonec velmi vydařila a ukázalo se, že jednotlivé příběhy se v některých momentech vlastně hodně potkávají. Během setkání byla cítit sounáležitost, a když ženy odcházely, byla na nich znát úleva.

Co děláte, abyste rozmluvila ostýchavější klienty, kteří se sami nezapojují?

Snažím se, aby konverzace zůstala přirozená, a proto většinou hovor nepřerušuji a nekladu žádné přímé otázky. Ale když například někdo vypráví svůj příběh a já vidím, že by k tomu ten, kdo do té doby mlčel, měl co říct, tak se snažím na to reagovat, nějak to okomentovat a udělat tak mezi tím vyprávěním nějaký můstek, na který by se právě ten, kdo byl do té doby v pozadí, mohl napojit. Pak už záleží na něm, jestli té příležitosti využije, nebo ne. Z mé strany je to pouze nabídka. Pokud chce zatím zůstat v ústraní a raději poslouchat, není důvod ho do něčeho nutit.

Když mluvíte o uzavřených, stydlivějších účastnících setkání, nebylo by pro ně lepší nabídnout jim spíš možnost individuálního poradenství?

Individuální poradenství je jim automaticky nabízeno na stejném letáku jako klub Podvečer. Mohou přijít do poradny Cesty domů v otevíracích hodinách, kde se jim bude věnovat poradenský pracovník, se kterým mohou mluvit mezi čtyřma očima. Mohu jim nabídnout také konzultaci s naší psychoterapeutkou v případě, že se mi zdá jejich truchlení nějak komplikované. Vlastně už během péče o umírajícího do domácnosti většinou psychoterapeutka vstupuje a po úmrtí může její podpory pozůstalý využít. Klub Podvečer je zase další alternativa pomoci a většinou sem klienti přijdou poté, co už určitou formu individuální podpory využili.

Absolvovala jste nějaké kurzy, jak vést komunikaci ve skupině?

Nějaké kurzy mám, ale spíše jen víkendové. Mám pocit, že jsem se tohle učila hlavně za běhu. Moc zkušeností jsem neměla, to říkám otevřeně. Náhle odešla kolegyně, která vedla klub přede

mnou a já dostala nabídku to po ní převzít. Obrovskou pomocí a podporou hlavně zpočátku pro mne byla právě naše dobrovolná psychoterapeutka. Od ní jsem se naučila, jak se v roli koordinátora klubu přirozeně pohybovat a zvládat různé situace.

Je pro vás hodně obtížné v sobě příběhy lidí z klubu zpracovat?

Těžko říct. Stává se mi, že jedu autobusem a přemýšlím o tom, co jsem v klubu zažila, v různých intervalech se k tomu v myšlenkách vracím a promítám si příběhy jednotlivých lidí. Nechávám je v sobě doznít, napadají mě k nim různé věci a na některé z nich třeba i dlouho vzpomínám. Ale není to tak, že by to pro mě bylo nějak nepříjemné, že by mi to překáželo v životě nebo mne to nějak vyvádělo z rovnováhy.

Je to pro vás asi hodně inspirující.

To určitě, a taky posilující. Když vidím, jak statečně se někteří lidé potýkají s bolavou ztrátou a dokážou nakonec úmrtí tak nějak přirozeně přijmout a jít životu zase vstříc, říkám si: „Klobouk dolů!“ Celkově pokud bych to měla shrnout, tak je to pro mne obohacující a cenná zkušenost do života. Potkávám všelijaké lidi a s nimi různé způsoby prožívání a existence, a tak si uvědomuji, že realita má nekonečně podob, že je všechno možné a nic nemusí být špatné, protože lidi jsou originální.

Jana Kopřivová

Hospicové občanské sdružení Cesta domů

Občanské sdružení, jehož cílem je přispět ke zlepšení péče o umírající lidi a jejich blízké v České republice. Jeho činnost vychází z myšlenky, že jen málo nás končí svůj život důstojně a tam, kde si přeje být, a proto je posláním sdružení pomáhat tuto situaci měnit.

Cesta domů provozuje v Praze Domácí hospic pro umírající a jejich pečující, kteří se o ně chtějí a mohou starat v domácím prostředí. Poskytuje osobní, telefonické a internetové odborné poradenství. V domácnostech klientů nabízí také odlehčovací služby. Provozuje veřejnou paliativní knihovnu a věnuje se ediční a edukační činnosti. Pozůstalým pak nabízí možnost setkávání v klubu Podvečer. Více na www.cestadomu.cz

Internetový portál Umírání.cz – učit se umírat a žít

Důstojné umírání, smrt a truchlení jsou hlavním motivem portálu Umírání.cz, který je v prostředí českého internetu zcela výjimečným projektem. Na jednom místě nabízí odbornou i laickou pomoc a útěchu všem, kteří umírají nebo jim někdo umírá, stejně jako odborníkům, kteří s umírajícími a jejich rodinami pracují, i studentům. Hojné pozitivní reakce na stránkách portálu ukazují, že se jedná o službu důležitou a využívanou.

Informační, poradenský a diskusní portál Umírání.cz na internetové adrese www.umirani.cz založilo a provozuje hospicové občanské sdružení Cesta domů. U jeho zrodu stála zkušenost z domácností rodin, do kterých sdružení vstupuje se svou službou Domácí hospic. Pomáhající a zdravotnický personál hospice se opakovaně setkával s lidmi, nemocnými, pečujícími i pozůstalými, kteří byli nejen nedostatečně informováni, ale také osamělí a bezradní. A protože je péče hospice určena jen pražským pacientům, rozhodl se zpracovat své zkušenosti a předávat pomoc prostřednictvím internetových stránek lidem z celé České republiky. Portál vznikl v roce 2004 rámci projektu Phare EU – Podpora aktivního života seniorů, a rozhodl se zaměřit na nevyčísitelně nemocné lidi, jejich pečující a všechny, kterým někdo umírá nebo umřel.

Vyjmenovávat, co vše může čtenář na stránkách najít, by bylo na dlouhé povídání. Portál je přímo nabitý podrobnými informacemi a návody, zkušenostmi a příběhy lidí, záznamy z konferencí a přednášek, i prezentacemi, které si čtenáři můžou stáhnout. Vše zdarma s výjimkou knih z ediční činnosti Cesty domů. I ty jsou však z mého pohledu spíše za cenu symbolickou. Pro ty, kteří nenalezou potřebné informace v obsahu stránek, je připravena internetová poradna, v níž na dotazy odpovídá tým odborníků různých profesí. Otázky ze strany uživatelů jsou velmi různorodé. Setkáte se s dotazy na průběh nemoci a péče o umírající, ale také s ryze praktickými, jako jak zařídit vdovský či sirotčí důchod nebo jak zajistit pohřeb.

Potřebné informace zde nenacházejí jen laičtí pečující, ale i profesionálové, kteří se zaměřují na péči o umírající a jejich pozůstalé. „*Portál Umírání.cz je pro mne důležitým a kvalitním zdrojem zkušeností a informací. Pomáhá mi najít vhodné způsoby práce s klienty,*“ řekla časopisu Sociální práce/Sociální práca Radka Adamcová, sociální pracovnice ostravského mobilního Domácího hospice Ondrášek. Portál neslouží jen k pasivnímu příjmu informací. Návštěvníci se mohou zapojit do diskusí a přispět svou troškou do mlýna, ať už v podobě rad a odpovědí, nebo tím, že sami založí a rozvinou diskusi na určité téma. Z přehledu diskusí vyplývá, že nejvíce se diskutující zapojují do tématu Smutek a truchlení, v němž se nejčastěji truchlící pozůstalí svěřují se svými zkušenostmi po smrti blízkého člověka. Návštěvníci zde také hledají cesty, jak se vyrovnat s nadcházející smrtí člena rodiny nebo osoby blízké.

Diskuse na stránkách portálu však také ukazují, že smrt a umírání jsou stále obestřeny řadou mýtů a vyvolávají v lidech protikladné emoce. Nejlépe to podle mého názoru vystihla přispěvatelka Tamara, která napsala: „*V naší společnosti většinou nikdo nechce mluvit o smrti, jako by smrt byla něco nepatřičného, co nepatří k životu. Memento mori – pamatuj na smrt. Tento okřídlený výraz měl by nás doprovázet každý den, abychom byli tolerantnější, láskyplní, abychom nikomu neubližovali (pokud nechceme někomu pomoci). Smrt je jediná jistota, která nás v životě čeká, musíme se učit umírat a žít.*“ A k tomu podávají pomocnou ruku internetové stránky www.umirani.cz.

Jana Kopřivová

Otazníky sociální práce s umírajícími

V poznámkách do diskuse konané na workshupu Paliativní péče v České republice v Litoměřicích 12. dubna 2003 k tzv. Chartě práv umírajících se lze dočíst: „Sociální práce je ve většině zdravotnických zařízení stále ještě mnohde redukována na problematiku sociálních dávek a zajišťování následné péče po propuštění ze zdravotnického zařízení.“ Zajímalo nás, jaká je situace v současnosti. Zeptali jsme se proto osob nejpovolanějších, sociálních pracovníků v hospicích. Sociální pracovníci často trápí malý zájem o spolupráci od zástupců jiných profesí. Na tento problém jsme se zaměřili ve druhé otázce. S otázkou spolupráce s dalšími obory úzce souvisí fungování multidisciplinárních týmů a místem sociálních pracovníků v nich, což reflektuje poslední otázka.

1. Můžete stručně charakterizovat náplň vaší činnosti sociálního pracovníka v hospici? Věnujete se i jiným činnostem než problematice sociálních dávek a zajišťování následné péče po propuštění ze zdravotnického zařízení?

2. Jak hodnotíte spolupráci a komunikaci se zástupci dalších profesí podílejících se na péči o nevléčitelně nemocného nebo umírajícího pacienta?

3. Jaké je vaše postavení, prestiž vaší profese sociálního pracovníka v porovnání s dalšími profesemi v zařízení, kde pracujete?

Ruth Kopecká, hospic Citadela, Valašské Meziříčí

1. V první řadě jedním se zájemcem o službu. Nemocný i rodina se dozvědí, co jim hospic nabízí, co je hospicová paliativní péče, jaké jsou podmínky přijetí i pobytu, ale také co nemocní očekávat. Často je součástí i prohlídka hospice a pokoje. Dále vyjednávám o nástupu – s nemocnicí, ve které je nemocný právě hospitalizovaný, i s rodinou. Rovněž mám na starosti příjem klienta, což obnáší sepsání a projednání smlouvy s nemocným a jeho blízkou osobou, seznámení s režimem v hospici, s možnostmi, příležitostmi i nabídkou aktivit v hospici. Jedná se o možnost individuálního denního režimu, dovybavení pokoje vlastními drobnostmi, možnost individuální úpravy jídelníčku, možnost doprovázet, návštěva duchovního, bohoslužby, rozhovor s psychoterapeutem, vystoupení dětí, dobrovolníci. Další mou náplní je péče o pozůstalé, což nejčastěji obnáší telefonický kontakt po uplynutí dvou až tří měsíců od úmrtí, někdy i osobní návštěvu pozůstalých v hospici, případně další setkání, vánoční a velikonoční přání. Musím podotknout, že vyřizování příspěvku na péči a oznamování všech změn s příspěvkem na péči souvisejících zabere hodně času. Mám však na půl úvazku ještě další role, fundraiser a referent public relations, které vyžadují poměrně dost mého času.

2. Jednáme partnersky, domlouváme se, respektujeme se navzájem, respektujeme názory ostatních v týmu. A všichni dohromady se sna-

žíme vždy jednat v zájmu klienta. Společně pak máme radost, když jsou naši klienti spokojeni.

3. Pro pacienty a jejich blízké je nejdůležitější lékař. Do poslední chvíle i plně informovaní pacienti a jejich příbuzní udržují jiskřičku naděje, že se stane zázrak, že zázrak udělá lékař. A očekávají od něj pomoc při bolestech, dušnosti, při dalších symptomech onemocnění. Někdy má stejně důležitou roli duchovní.

Domnívám se, že sestry a pečovatelky zcela přirozeně a samozřejmě respektují lékaře a staniční sestry. Pozitivně vnímají také svoji práci. Mají hmatatelné a měřitelné výsledky. Nemocný dostal léky, má udělané převazy, je vykoupaný, umytý, najezený. U sociálních pracovníků konkrétní výsledky chybějí. Nelze změřit, jestli rozhovor mezi klientem nebo jeho rodinou a sociálním pracovníkem vedl ke konkrétnímu výstupu. Z pohledu pečovatelek se sociální pracovníci příliš věnují administrativě a já s nimi souhlasím. Přála bych si mít méně práce u počítače a více času pro klienty.

Postavení a prestiž sociálního pracovníka hodně záleží na osobnostních předpokladech a kvalitách člověka, na jeho způsobu práce, na jeho chování a jednání s nemocným i jeho blízkými a také s ostatními kolegy. Zkušenost ukazuje, že lidské kvality jsou někdy důležitější než odborné vzdělání.

Petra Tůmová, hospic na Moravě

1. Věnuji se převážně jiným věcem. Z dávek pomáhám rodině (klientovi) vyřizovat zejména pří-

spěvek na péči, což spočívá v jednoduchém poradenství o tom, kam dojít, jaký formulář, jak jej vyplnit, komu zavolat. Pak také urgují lékaře, popřípadě sociální odbor, aby si s vyřízením žádostí pospíšili, jelikož naši klienti mnohdy nemají tolik času. Více času než u vyřizování dávek však trávím s rodinou – rozhovory, jejichž cílem je přijetí zdravotního stavu jejich blízkého, přijetí blízké smrti či podpora v době úmrtí a po úmrtí.

2. Hodnotím ji převážně kladně, jinak by tato práce ani dělat nešla. Vyplatilo se nám dbát zvýšené opatrnosti a nároků při tvorbě týmu. Ze začátku nebylo vše ideální, ale už se situace ustálila, a tak máme v týmu lidi možná různých profesí, ale s jediným cílem – přispívat co nejvíce ke kvalitní práci a usilovat o vyladění cílů. Pak všichni víme, kam naše práce směřuje, a víme, jak k ní dojít. Důležitý je respekt k ostatním kolegům a k jejich roli v týmu. Pořád je ale co doladovat a na čem pracovat.

3. Pravda je, že doktor a sestřička zde hrají hlavní roli. O sociální práci si stále mnozí myslí, že ji může dělat každý. Že „mluvení“ s klienty zvládne kdokoli, zapomíná se na to, že „mluvení“ není jen tlachání do prázdna, má svůj cíl, směr, význam. A k němu máme nástroje, metody, prostě umíme pomoci. Někdy je význam sociálního pracovníka podceňován, není dostatečně využito jeho potenciál. I management si bohužel myslí, že to, co umí sociální pracovník, zvládne kdokoli a ne zrovna výjimečně je sociální pracovník v rovině s pracovníkem v sociálních službách... Ale má to svůj vývoj a věřím, že jsme na dobré cestě.

Bc. Martina Ležáková, Hospic na Svatém Kopečku

1. Ze zkušenosti vím, že náplně práce jednotlivých sociálních pracovníků v hospicích se trochu liší. Já například nemám na starosti platby klientů, tomu se věnuje naše účetní. Do mé pracovní náplně spadá informování zájemců o hospicovou péči, a to jak prostřednictvím e-mailových dotazů, telefonických nebo osobně. Spíše výjimečně se přichází na možnost umístění zepat sám potenciální klient, i když i to se stává. Mnohem častější jsou případy, kdy přichází příbuzní těžce nemocného. Rozhovory s nimi plní často nejen funkci informativní, ale i podpůrnou. Příbuzní se obvykle potřebují svěřit, popovídat si o své tíživé situaci a sdělit své pocity někomu, kdo je poslouchá. Hovoříme i o citlivých tématech, jako je např. možné úmrtí nemocného, jeho informovanost o diagnóze

ze a prognóze. Samozřejmě nejde o žádnou terapii, ale obyčejný empatický rozhovor. Někdy pro množství zájemců o bližší informace nezbyvá čas na další činnosti.

Jsme rádi, když se o nás příbuzní dozvědí dříve, než naši pomoc opravdu potřebují. Mám na mysli situace, kdy se rodina rozhodne o nemocného postarat v domácím prostředí. Pokud o nás ví, vyřídíme s předstihem všechny potřebné věci, zejména žádost o přijetí. V případech, že se pak zdravotní stav nemocného zhorší a rodina již není schopna poskytnout mu adekvátní péči, obrací se na nás. V takovém případě jsme schopni velmi pružně reagovat a nemocného přijmout. Vědomí blízkosti pomoci je pro pečující velmi důležité.

V případech schválení žádosti o přijetí zajišťuji sjednání termínu přijetí, informování rodinných příslušníků, sepsání smlouvy o pobytu v hospici a později, vzhledem k její termínovanosti i eventuálních dodatků, zprostředkovávám vyřízení a ověření plné moci, pokud o to klienti požádají, sepsání závěti a další běžné činnosti sociálního pracovníka. Spolupracuji také s úřady a se soudem kvůli častému přijímání nemocných, kteří vzhledem ke zdravotnímu stavu nejsou schopni písemného souhlasu s přijetím do péče a podpisu smlouvy.

Podílím se i na organizaci *Setkání spojeného se vzpomínkou na zemřelého*. Pořádáme je pro rodinné příslušníky, příbuzné a známé klientů u nás zemřelých. Na programu bývá mše svatá za zemřelého a krátký kulturní program. Při následném občerstvení se pak setkáváme s těmi, kteří do hospice za zemřelým přicházeli, a společně si povídáme o jejich současném životě, o vyrovnávání se se ztrátou blízkého.

K mé práci patří i každodenní koordinace dobrovolníků. Dobrovolníci, kteří přicházejí trávit čas s nemocnými (četba, rozhovory, naslouchání, zpívání, modlitba), mají sepsanou smlouvu jak s námi, tak s Dobrovolnickým centrem ADRA v Prostějově, které je jejich vysílající organizací. Jejich funkce je velmi důležitá. Není v silách personálu věnovat se klientům tak, jak by si přáli, a právě proto jsou zde dobrovolníci. Naslouchají klientům a sdílejí s nimi jejich problémy a starosti. Navštěvují i klienty v terminálním stadiu. V souladu s hospicovou myšlenkou, nenechat je v tomto stavu osamocené, sedí u jejich lůžka, polohlasně se modlí nebo je jen drží za ruku a chladí čelo mokrou žínkou. I člověk v posledních okamžicích svého života totiž vnímá, přestože nám to již nemůže dát najevo.

2. Hospice vycházejí z holistického přístupu, a jsou tedy postaveny na úzké spolupráci všech profesí, ostatně nemělo by jít o něco výjimečného. Člověk přece nemůže popřít své sociální nebo třeba spirituální potřeby jen proto, že je zrovna ve zdravotnictví. Někdy tyto nenaplněné potřeby způsobují klientovi větší utrpení, než je třeba aktuální nevolnost. Z toho důvodu by měly mít jednotlivé profese v týmu rovnocenné postavení a hlavně by měly spolu dobře komunikovat.

Já osobně spolupracuji v užším týmu s lékaři, staniční sestrou a pastorační asistentkou. Vzájemná komunikace a spolupráce mezi námi je na dobré úrovni, což přispívá k lepší a kvalitnější péči.

Potkáváme se nejenom na společné velké vizitě, která je jednou za týden, ale i každý den na krátké ranní poradě o aktuálních věcech. Každý totiž vidí situaci klienta z jiného pohledu, a složíme-li jednotlivé střípky informací dohromady, dostaneme pravdivější obraz o jeho stavu, než kdybychom spolu vůbec nemluvili.

3. Myslím, že hospic obecně je jedním z mála zdravotnických zařízení, ve kterých je sociální pracovník dobře přijímán a respektován ostatními spolupracovníky z týmu, zejména zdravotníky. Já sama mám tuto zkušenost a jsem za ni velmi vděčná.

Připravil Pavel Bajer

inzerce

HOSPIC V NÁS, aneb jak doprovázet doma i v lůžkovém zařízení



Srdečně vás zveme na čtvrtou konferenci APHPP věnovanou rozvoji paliativní péče, která se koná **16. října 2010 od 10:00 do 16:00 hod.** v Komunitním centru Matky Terezy, U Modré školy 1/2337, Praha 4.

Z programu vybíráme:

Marie Svatošová: Úvodní slovo prezidenta APHPP

Robert Huneš: Hospicová péče v ČR

Wojciech Leppert: Léčba bolesti v Polsku

Anna Mardofel: Systém paliativní péče v Polsku

Eva Kalvínská: Spirituální péče a doprovázení vážně nemocného pacienta

Konference bude akreditována ČLK, ČAS. Konference byla podpořena Nadačním fondem Umění doprovázet.

Kontakty: konference@asociacehospicu.cz, 731 461 142, www.asociacehospicu.cz.

inzerce

Katedra sociální práce a sociální politiky PDF UHK a ECCE (Evropské centrum pro komunitní vzdělávání) pořádají mezinárodní vědeckou konferenci

VII. Hradecké dny sociální práce RIZIKA SOCIÁLNÍ PRÁCE

Záštitu nad konferencí převzal doc. RNDr. Josef Hynek, MBA, Ph.D., rektor Univerzity Hradec Králové

Hradec Králové
1. až 2. října 2010

Tématické okruhy konference

1. Rizika v sociální práci v pozdně moderní době
2. Rizika sociální práce jako profese (neujasněná identita sociální práce jako profese)
3. Rizika vzdělávání v sociální práci (specifika vztahu teorie a praxe)

Okruh účastníků

Pracovnice a pracovníci institucí veřejné správy a neziskových organizací v oboru sociální práce, akademické pracovnice a pracovníci, studentky a studenti oboru sociální práce a oborů příbuzných.

Přihlášky zasílejte nejpozději do **15. 6. 2010** na e-mailovou adresu: hradeckedny.sp@seznam.cz

Další informace:
www.kspsp.info a www.socialnivevue.cz

FAKTA, VYHLÁŠKY...**Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících, „Charta práv umírajících“**

1. Posláním Rady Evropy je chránit důstojnost všech lidí a práva, která z ní lze odvodit.

2. Pokrok medicíny umožňuje v současné době léčit mnohé dosud neléčitelné nebo smrtelné choroby, zlepšení lékařských metod a rozvoj resuscitačních technik dovolují prodlužování života lidského jedince a odsouvání okamžiku jeho smrti. V důsledku toho se však často nebere ohled na kvalitu života umírajícího člověka a na osamělost a utrpení jak pacienta, tak jeho blízkých a těch, kdo o něj pečují.

3. V roce 1976 v rezoluci č. 613 deklarovalo Parlamentní shromáždění, „že umírající nemocný si nejvíce ze všeho přeje zemřít v klidu a důstojně, pokud možno v komfortu a za podpory jeho rodiny a přátel“. V Doporučení číslo 779 z roku 1976 k tomu dodalo, že „prodloužení života by nemělo být jediným cílem medicínské praxe, která se musí současně zabývat i úlevou od utrpení“.

4. Konvence o ochraně lidských práv a lidské důstojnosti s ohledem na aplikaci biologie a medicíny od té doby vyjádřila důležité zásady a připravila cestu, aniž se explicitně věnovala specifickým potřebám nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí.

5. Povinnost respektovat a chránit důstojnost všech nevléčitelně nemocných a umírajících osob je odvozena z nedotknutelnosti lidské důstojnosti ve všech obdobích života. Respekt a ochrana nacházejí svůj výraz v poskytnutí přiměřeného prostředí, umožňujícího člověku důstojné umírání.

6. Jak v minulosti i v současnosti ukázaly mnohé zkušenosti s utrpením, je třeba tato opatření uskutečňovat zvláště v zájmu nejzranitelnějších členů společnosti. Tak jako lidská bytost začíná svůj život ve slabosti a závislosti, stejně tak potřebuje ochranu a podporu, když umírá.

7. Základní práva odvozená z důstojnosti nevléčitelně nemocných nebo umírajících osob jsou dnes ohrožena mnoha faktory:

- Nedostatečnou dostupností paliativní péče a dobré léčby bolesti
 - Častým zanedbáváním léčby fyzického utrpení a nebráním zřetele na psychologické, sociální a spirituální potřeby
 - Umělým prodlužováním procesu umírání buď nepřiměřeným používáním medicínských postupů, nebo pokračováním v léčbě bez souhlasu nemocného
 - Nedostatečným kontinuálním vzděláváním a malou psychologickou podporou ošetřujícího personálu činného v paliativní péči
 - Nedostatečnou péčí a podporou příbuzných a přátel terminálně nemocných či umírajících osob, kteří by jinak mohli přispět ke zmírnění lidského utrpení v jeho různých dimenzích
 - Obavami nemocného ze ztráty autonomie, že bude závislým na rodině i institucích a stane se pro ně zátěží
 - Chybějícím nebo nevhodným sociálním i institucionálním prostředím, které by mu umožňovalo pokojné rozloučení s příbuznými a přáteli
 - Nedostatečnou alokací prostředků a zdrojů pro péči a podporu nevléčitelně nemocných nebo umírajících
 - Sociální diskriminací, která je vlastní umírání a smrti
8. Shromáždění vyzývá členské státy, aby ve svých zákonech stanovily nezbytnou legislativu i sociální ochranu, aby se zabránilo těmto nebezpečím a obavám, se kterými mohou terminálně nemocní nebo umírající lidé být v právním řádu konfrontováni, a to zejména:
- Umírání s nesnesitelnými symptomy (například bolesti, dušení, atd.)
 - Prodlužováním umírání terminálně nemocného nebo umírajícího člověka proti jeho vůli
 - Umírání o samotě a v zanedbání
 - Umírání se strachem, že jsem sociální zátěží
 - Omezováním život udržující léčby (life-sustaining) z ekonomických důvodů
 - Nedostatečným zajištěním financí a zdrojů pro adekvátní podpůrnou péči terminálně nemocných nebo umírajících

9. Shromáždění proto doporučuje, aby Výbor ministrů vyzval členské státy Rady Evropy, aby ve všech ohledech respektovaly a chránily důstojnost nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí, a to tím:

a) že uznají a budou hájit nárok nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí na komplexní paliativní péči a že přijmou příslušná opatření:

- aby zajistily, že paliativní péče bude uznána za zákonný nárok individua ve všech členských státech
- aby byl všem nevléčitelně nemocným nebo umírajícím osobám dopřán rovný přístup k přiměřené paliativní péči
- aby byli příbuzní a přátelé povzbuzováni, aby doprovázeli nevléčitelně nemocné a umírající, a aby jejich snaha byla profesionálně podporována. Pokud se ukáže, že rodinná nebo soukromá péče nestačí nebo je přetěžována, musejí být k dispozici alternativní nebo doplňkové formy lékařské péče
- aby ustavily ambulantní týmy a síť pro poskytování paliativní péče, které by zajišťovaly domácí péči vždy, pokud je možné pečovat o nevléčitelně nemocné nebo umírající ambulantně
- aby zajistily spolupráci všech osob podílejících se na péči o nevléčitelně nemocného nebo umírajícího pacienta
- aby vyvinuly a vyhlásily kvalitativní normy pro péči o nevléčitelně nemocné nebo umírající
- aby zajistily, že nevléčitelně nemocné a umírající osoby, pokud si nebudou přát jinak, dostanou přiměřenou paliativní péči a tišení bolestí, i kdyby tato léčba mohla mít u příslušného jedince jako nežádoucí (vedlejší) účinek léčby za následek zkrácení života jedince
- aby zajistily, že ošetřující personál bude vyškolen a veden tak, aby mohl každému nevléčitelně nemocnému nebo umírajícímu člověku poskytnout v koordinované týmové spolupráci lékařskou, ošetrovatelskou a psychologickou péči v souladu s nejvyššími možnými standardy
- aby založily další a rozšířily stávající výzkumná, výuková a doškolovací centra pro obor paliativní medicíny a péče, stejně jako pro interdisciplinární thanatologii

- aby zajistily alespoň ve větších nemocnicích vybudování specializovaných oddělení paliativní péče a thanatologických klinik, které by mohly nabídnout paliativní medicínu a péči jako integrální součást každé lékařské činnosti
- aby zajistily, že bude paliativní medicína a péče ukotvena ve veřejném vědomí jako důležitý cíl medicíny

b) tím, že budou chránit právo nevléčitelně nemocných a umírajících osob na sebeurčení a že pro to přijmou nutná opatření:

- aby se prosadilo právo nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby na pravdivou, úplnou, ale citlivě podanou informaci o jejím zdravotním stavu a aby přitom bylo respektováno přání jedince, který nechce být informován
- aby měla každá nevléčitelně nemocná nebo umírající osoba možnost konzultovat ještě jiné lékaře než svého pravidelného ošetřujícího
- aby bylo zajištěno, že žádná nevléčitelně nemocná nebo umírající osoba nebude ošetřována a léčena proti své vůli, že při svém rozhodování nebude ovlivňována nikým jiným a že na ni nebude nikým činěn nátlak. Musejí být zvažena taková opatření, aby takové rozhodnutí nebylo učiněno pod ekonomickým tlakem
- aby bylo zajištěno, že bude respektováno odmítnutí určitého léčebného postupu, vyjádřené v písemném projevu vůle (*living will*), v „pořízení“ nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby, která již nebude aktuálně schopná se vyjádřit. Dále musí být zajištěno, aby byla stanovena kritéria platnosti takových prohlášení, pokud jde o rozsah předem vyjádřených pokynů (*advance directives*), ale i pokud jde o jmenování zmocněnců a rozsah jejich pravomocí. Rovněž musí být zajištěno, že rozhodnutí učiněná zmocněncem v zastoupení nemocného neschopného se vyjádřit, a která se opírají o předchozí vyjádření vůle nebo o předpokládanou vůli nemocného, budou uznána jen tehdy, když v nastalé akutní situaci nemocný sám svou vůli nijak neprojeví nebo když ji není možno poznat. V takovém případě musí být jasná souvislost s tím, co příslušná osoba

říkala v době krátce před okamžikem rozhodování, nebo přesněji, krátce než začala umírat, a to v odpovídající situaci, bez cizího ovlivnění a nátlaku, a ještě při zachovaných duševních schopnostech. Konečně má být zajištěno, aby nebyla respektována zástupná rozhodnutí, jež se opírají jen o všeobecné hodnotové soudy platné v příslušné společnosti, a aby ve sporných případech bylo vždy rozhodnuto ve prospěch života a jeho prodloužení

- aby bylo zajištěno, že výslovná přání nevyléčitelně nemocné nebo umírající osoby týkající se určitých léčebných postupů budou respektována bez ohledu na zásadní terapeutickou odpovědnost lékaře, pokud nejsou v rozporu s lidskou důstojností
- aby bylo zajištěno, že v případě, kdy není k dispozici předchozí vyjádření vůle pacienta či pacientky, nebude porušeno jeho právo na život. Musí být vytvořen katalog léčebných úkonů, které musejí být poskytnuty za všech okolností a jež nesmějí být zanedbány

c) že zachovají předpis zakazující úmyslné usmrcení nevyléčitelně nemocných nebo umírajících osob a že zároveň:

- uznají, že právo na život, zejména ve vztahu k nevyléčitelně nemocným a umírajícím osobám, je členskými státy garantováno v souladu s článkem 2 Evropské úmluvy o lidských právech, který říká, že „nikdo nemá být úmyslně zbaven života“
- uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevyléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, nezakládá v žádném případě právní nárok na smrt z ruky jiné osoby
- uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevyléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, samo o sobě nezakládá legální ospravedlnění činností úmyslně způsobujících smrt

Text tohoto Doporučení byl přijat Parlamentním shromážděním 25. června roku 1999 na jeho 24. zasedání převážnou většinou hlasů, šest hlasů bylo proti.

**Z anglického originálu přeložil
MUDr. Zdeněk Bystřický**

inzerce



PREZENTUJTE SE ZDARMA ON-LINE

ZAPOJTE SE
DO UNIKÁTNÍHO PROJEKTU

Poradenský sociální server
na kterém se setkávají odborníci
a zájemci o jejich služby

www.iporadna.cz

POHLEDY NA VĚC

V tzv. Chartě práv umírajících se v bodu 2 píše, že se „nebere ohled na kvalitu života umírajícího člověka a na osamělost a utrpení jak pacienta, tak jeho blízkých a těch, kdo o něj pečují“. S otázkami vycházejícími z Charty práv umírajících jsme se obrátili na lékaře zabývajícího se paliativní medicínou a dále na ministerstvo zdravotnictví a ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV).

Specializovaná paliativní péče je dostupná pětina pacientů

Paliativní medicínou a klinickou onkologií se dlouhodobě zabývá MUDr. Ondřej Sláma, Ph.D. Na klinice komplexní onkologické péče Masarykova onkologického ústavu je zástupcem přednosta pro školství. Ve stejném zařízení pracuje na pozici vedoucího lékaře v ambulanci podpůrné a paliativní onkologie. Obdobné postavení má na konziliární onkologické ambulanci v brněnské Nemocnici Milosrdných bratří. Dále je spoluautorem knihy Paliativní medicína pro praxi.

Jaká jsou současná doporučení o paliativní péči ve vztahu k ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících?

Dokument Rady Evropy z roku 1999 (Charta práv umírajících) doporučuje vládám členských států, aby přijaly politická a legislativní opatření k vytvoření rámce pro rozvoj a zajištění dostupnosti paliativní péče. Otázka péče o nevléčitelně nemocné a umírající by podle tohoto dokumentu měla být vnímána jako důležité téma státní zdravotní politiky. V ČR se paliativní péče v posledních 20 letech prosazovala spíše „zdola“, tedy aktivitou obětavých jednotlivců a nevládních a neziskových organizací. Některé důležité věci se podařilo prosadit, např. financování lůžkových hospiců či dobrou dostupnost analgetik a léků k mírnění tělesných symptomů. Koncepční zdravotní politika v oblasti paliativní péče však v ČR zatím chybí. Ministerstvo zdravotnictví v letošním roce ustavilo pracovní skupinu, která by se touto otázkou měla zabývat. Lednové stanovisko představenstva České lékařské komory (ČLK) o přechodu z intenzivního na paliativní režim péče u pacientů, kteří nejsou schopni se na rozhodování podílet, protože jsou v bezvědomí, považují za krok správným směrem, k hlubší reflexi o přiměřeném rozsahu péče o pacienta v závěru života.

Jaká je v současnosti situace ohledně dostupnosti paliativní péče a dobré léčby bolesti?

Když hovoříme o dostupnosti paliativní péče, je třeba rozlišovat mezi obecnou a specializova-

nou paliativní péčí. Úroveň a dostupnost obecné paliativní péče závisí na tom, jak obvodní lékaři léčí bolest a jiné symptomy anebo jaká je úroveň péče o nevléčitelně nemocné v nemocnicích a léčebnách. Domnívám se, že existují obrovské rozdíly mezi jednotlivými lékaři i nemocnicemi. Existují velmi obětaví a paliativně „zdatní“ lékaři i sestry. Hodně to ale závisí na primářích a vrchních sestřích, zda na svých odděleních vytvářejí „kulturu“ dobré péče o nemocné v závěru života.



MUDr. Ondřej Sláma, Ph.D.

Specializovaná paliativní péče je v současné době v ČR poskytována pouze v lůžkových hospicích, v několika ambulancích při onkologických klinikách a v několika domácích hospicích. Specializovaná paliativní péče je v závěru života v ČR dostupná zhruba čtyřem tisícům pacientů, tj. pouze asi 15–20 % pacientů, kteří umírají na chronická progresivní onemocnění. Domnívám se, že v oblasti obecné paliativní péče se situace postupně mírně zlepšuje. Specializované paliativní péči zatím zcela chybí některé formy běžné v zahraničí, např. oddělení paliativní péče v rámci nemocnic, konziliární týmy a ambulance paliativní medicíny. Chybí také zákonný rámec a způsob úhrady specializované domácí paliativní péče.

Jaká je situace ohledně dostupnosti domácí paliativní péče?

Řada aspektů paliativní péče, např. léčba bolesti, péče o chronické rány, ošetrovatelská péče, osobní asistence, je dostupná v rámci domácí zdravotní péče, tzv. home care. Celostní multidisciplinární specializovaná domácí paliativní péče je zatím dostupná pouze na třech místech v republice. Tyto domácí hospicové týmy však zatím existují „mimo systém“ úhrady ze zdravotního pojištění z důvodů neochoty zdravotních pojišťoven domácí hospicovou péči hradit.

Jak se daří realizovat doporučení „prodloužení života by nemělo být jediným cílem medicínské praxe, která se musí současně zabývat i úlevou od utrpení“?

Lékaři v akutních nemocnicích se často snaží pacienta ze všech sil zachránit nebo mu alespoň prodloužit život. To je prioritou. Mírnění bolesti a úlevy od utrpení často není věnována dostatečná pozornost. Řada nevléčitelně nemocných pacientů v českých zdravotnických zařízeních proto trpí bolestí, dušností, úzkostí, depresí a osamoceností, které by při dobře koordinované paliativní péči mohly být velmi významně zmírněny. Někteří pacienti jsou velmi dlouho uměle udržováni při životě pomocí specifických léčebných postupů, např. umělá plicní ventilace, umělá ledvina, podpora krevního oběhu, i v situaci, kdy je zcela zřejmé, že se jejich stav nemůže zlepšit. Lékaři se pomalu učí, jak správně postupovat při odstoupení od této „život udržující léčby“ a jak o této otázce hovořit s pacienty a jejich rodinami. Klíčovou a dosud ne zcela dořešenou je otázka, jak dalece se má pacient na tomto rozhodování o léčbě podílet a jaká je platnost pacientova dříve vysloveného přání, že některé léčebné metody nechce podstoupit. Výše zmíněné stanovisko ČLK je v tomto směru velmi důležitým krokem.

Mají zájem příbuzní a přátelé doprovázet nevléčitelně nemocné a umírající? Jsou k tomu povzbuzováni personálem?

Především u starších pacientů je zájem příbuzných o doprovázení a přímé pečování v závěru života poměrně nízký. Starší lidé v domovech pro seniory, nemocnicích, léčebnách i hospicích jsou často osamoceni. V hospicích je tato opuštěnost při umírání systematicky „kompenzována“ prací dobrovolníků a obětavou péčí ošetrovatelů a pracovníků sociální péče. V ostatních zařízeních tomu tak často nebývá. Samozřejmě existují rodiny, které se starají zcela příkladně. Nejsou však v převaze. Příčinou je jistě souhra celé řady faktorů: rozvolněné mezigenerační vazby, vysoká zaměstnanost a obava ze ztráty zaměstnání, určitá bezradnost rodin, jak být umírajícím nablízku. Ze strany zdravotnických zařízení se někde ještě stále setkáváme s nevstřícností, zcela nevhodnými podmínkami pro návštěvy a omezenou návštěvní dobou. Kromě lůžkových hospiců je spíše výjimečné, že jsou rodiny vítány a podporovány v doprovázení svých blízkých.

Stal se paliativní přístup součástí pregraduálního vzdělávání všech osob, které pracují s umírajícími?

Různé aspekty paliativní péče, např. komunikace, etika péče o umírající, hodnocení a léčba bolesti, jsou nyní součástí výuky budoucích lékařů i sester. V kontextu celkového zaměření a obsahu studia je však problematika paliativní péče zastoupena při studiu medicíny nedostatečně. Jako samostatný předmět je paliativní medicína vyučována pouze na lékařské fakultě v Brně. U ošetrovatelských oborů je situace výuky paliativní péče podstatně lepší.

Připravil Pavel Bajer

V počtu hospicových lůžek se zvýšila kapacita na dvě třetiny doporučeného množství

Rozvoj sítě hospicových zařízení a s ní související paliativní péče patří pod resort Ministerstva zdravotnictví ČR. Zajímaly nás tedy názory jeho zástupců. Na otázky odpovídal s přispěním PhDr. Václava Filce z odboru zdravotně sociálních služeb tiskový mluvčí ministerstva Vlastimil Sršeň.

Jaká je úroveň péče, služeb o terminálně nemocné v ČR v porovnání s dalšími evropskými zeměmi?

Není mi známa reprezentativní komparativní studie na toto téma v EU, můžeme však konstatovat, že s podporou vzniku hospiců v České republice roste kvantitativně i kvalitativně úroveň služeb určených osobám v terminálních stavech i jejich rodinám. Díky systematické podpoře vzniku „kamenných hospiců“ udělala Česká republika za posledních patnáct let v oblasti péče o terminálně nemocné značný pokrok. V počtu hospicových lůžek zvýšila kapacitu z nuly na 64 % doporučeného množství. Pro mnohé, kteří v té době končili svůj život, a pro jejich rodinné příslušníky to znamenalo významnou pomoc a pro všechny ostatní významnou naději.

Jak se daří uplatňovat ohled na kvalitu života umírajícího člověka a na osamělost a utrpení jak pacienta, tak jeho blízkých a těch, kdo o něj pečují?

V hospicích a agenturách domácí péče, ve kterých je poskytována paliativní péče osobám v terminálních stavech, je ohled na kvalitu života umírajícího člověka základním kritériem kvality života indikovaného pacienta i doprovázejících osob. Dochází však ke zlepšování kvality paliativní péče i v dalších lůžkových zařízeních, protože řada hospiců působí jako edukační střediska pro zdravotníky, kteří pak přenášejí své zkušenosti na svá pracoviště.

Kolik by byl optimální počet hospiců v ČR, respektive lůžek v hospicích?

Stále platí, že optimální počet lůžek v kamenných hospicích je pět na sto tisíc obyvatel. Vycházíme-li z poslední vydané zdravotnické ročenky za rok 2008, bylo k 31. 12. 2008 v České republice 10 467 542 obyvatel a tomu by odpovídal počet 523 lůžek v hospicích.

Stále platí, že v Libereckém kraji a na Vysočině nejsou k dispozici žádná hospicová lůžka?

Bohužel stále platí, že v Libereckém kraji, kraji Vysočina, ale také v Karlovarském kraji není zatím hospic.

Jakým způsobem podpoří MZ rozvoj domácí paliativní péče?

Ministerstvo zdravotnictví podpořilo v roce 2010 rozvoj domácí paliativní péče vyhlášením specifického dotačního Programu na podporu domácí paliativní péče na rok 2010. Informace o tomto novém programu jsou dostupné na stránkách www.mzcr.cz. Podporuje projekty zaměřené na technické vybavení nestátních zdravotnických zařízení, která poskytují paliativní péči v domácím prostředí. Termín pro podání žádostí o podporu byl do 31. 5. 2010.

V jaké fázi je v současné době snaha MZ zakotvit právo každého pacienta s pokročilým onemocněním na paliativní péči a spirituální péči? Pokud se podaří toto legislativní opatření prosadit, můžete upřesnit, co konkrétně bude obsahovat?

Ministerstvo zdravotnictví vnímá paliativní péči, jejíž součástí je samozřejmě spirituální péče, ať už se jedná o péči psychologickou či „klasicky“ náboženskou, a její legislativní úpravu jako velmi důležitou součást posilování práv pacientů. Taková úprava byla již součástí návrhu zákona o zdravotních službách, který byl sice v roce 2009 odsouhlasen vládou, ale na jeho schválení se bohužel poslanci levicových politických stran a někteří poslanci Strany zelených a KDU-ČSL nedokázali shodnout. Nezbyvá než doufat, že v příštím volebním období budou poslanci projednávání tohoto klíčového právního předpisu více nakloněni. Pro ty, kteří již nejsou mezi námi a přitom již rok mohli využívat svého lépe definovaného a posíleného postavení, ovšem již bude pozdě. **Připravil Pavel Bajer**

V zákoně o sociálních službách chybí sociální služby zaměřené na péči o umírající

Nemocným, umírajícím a jejich rodinným příslušníkům pomáhají nejen zdravotníci, ale i sociální pracovníci. Péče o umírající patří tedy nejen do resortu ministerstva zdravotnictví, ale částečně také pod MPSV, protože každý člověk, i umírající, má své sociální potřeby. Proto jsme se s otázkami zaměřenými na péči o umírající v systému sociálních služeb a dále s dotazy vycházejícími z tzv. Charty práv umírajících, kde jsou přirozeně i doporučení vztahující se k sociálnímu rozměru prožívání nemocných a umírajících osob, obrátili také na MPSV. Tisková mluvčí **Štěpánka Filipová** odpověděla následující:

Problematika umírání a smrti je více tématem resortu zdravotnictví, tedy minimálně ve smyslu toho, kdo nemoc, umírání a smrt řeší v každodenní praxi. Nicméně tak jako umírání a smrt patří do lidského života, patří i péče o lidi v této životní etapě do úkolů sociálních služeb, zejména těch, které jsou zaměřeny na seniory. Tato péče musí být zajišťována multidisciplinárním týmem odborníků konkrétní sociální služby. Každý odborný pracovník, člen týmu, by měl vykonávat svou odbornost v intencích aktuálního vývoje dané odbornosti, což platí i pro sociální pracovníky. Garantem pro komplex péče obecně

i v tomto konkrétním případě není MPSV nebo místně příslušný kraj, ale vedení daného poskytovatele a služby. Vedoucí pracovníci garantují, že je služba ve všech odbornostech, které se na jejím zabezpečení podílejí, poskytována na odpovídající odborné úrovni.

Financování sociálních potřeb spojených s umíráním je směřováno na jednotlivé sociální služby, nikoliv na úkony. Ani v zákoně o sociálních službách není uveden žádný druh sociální služby, který by byl zaměřen na péči o umírající. Na rozdíl od resortu zdravotnictví, kam patří hospicová péče.

Připravil Pavel Bajer

inzerce



Laboratoř sociálně-vědních výzkumů

(LSVV) je společným projektem Katedry sociologie a andragogiky a Katedry politologie a evropských studií a jejich partnerů:



**Sociologický ústav AV ČR
FOCUS-Centrum pro sociální
a marketingovou analýzu**

Cílem projektu je zvýšit uplatnitelnost absolventů sociálně-vědních oborů Univerzity Palackého v Olomouci. Tento záměr je naplňován vytvořením Laboratoře sociálně-vědních výzkumů, inovací kurikula, interaktivními workshopy a praxemi studentů.



Projekt LSVV byl zahájen 1. června 2009 a potrvá do 31. října 2011. Bližší informace o projektu a projektovém týmu naleznete na internetové stránce:

www.lsvv.eu



Tento projekt je spolufinancován Evropským sociálním fondem a státním rozpočtem České republiky.



KNIHA ZA NÁZOR

Podělte se s námi o svůj názor a získejte odborné knihy z nakladatelství Portál.

- Zaujal Váš nějaký článek v časopise Sociální práce/Sociální práce?
- Nesouhlasíte s některými myšlenkami?
- Chybí Vám v časopise nějaká témata, texty, rubriky či informace?
- Udělali byste něco úplně jinak?
- Nebo nás naopak chcete za něco pochválit?

Napište nám, Váš názor nás zajímá!

Své náměty zasílejte na e-mailovou adresu jana.koprivova@socialniprace.cz, do předmětu uveďte heslo „Názory“.

Postřehy čtenářů **odměňujeme odbornými knihami z nakladatelství Portál.**

Více o knihách se dozvíte na internetových stránkách www.portal.cz.

AKADEMICKÉ STATĚ

V tomto čísle se až na jednu výjimku všechny akademické statě vztahují z různých úhlů pohledu k tématu smrti a umírání, ať už různými aspekty péče o umírající či vzděláváním v oblasti thanatologie a doprovázením umírajících a pozůstalých. Další příspěvky se zabývají sociální prací s pozůstalými, rodinami i dětmi, a jejich potřebami v procesu truchlení.

O smrti a umírání

About Death and Dying

Jitka Skopalová¹

Doc. PhDr. Jitka Skopalová, Ph.D. přednáší od roku 1997 na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého, v současné době na Ústavu pedagogiky a sociálních studií. Zabývá se problematikou teorií sociálních deviací, sociologií rizikových způsobů chování, sociologií výchovy a sociální gerontologií.

Abstrakt

Umírání a smrt je v současnosti aktualizované téma, o kterém bychom měli uvažovat, hovořit, a to jak v rovině obecné, tak především v rovině profesionální. Bude-li si člověk opakovaně uvědomovat konečnost svého života, bude pak jistě nejen odpovědněji zacházet s drahocenným časem, který mu je pro pobyt na tomto světě dán, ale především bude vnímavější k lidem stojícím „na prahu smrti“. Příspěvek je zamyšlením nad uvedeným tématem.

Klíčová slova

smrt, umírání, péče o umírající

Abstrakt

Dying and death is currently an updated topic about which we should think, speak, and that both in a general and especially in a professional way. If man is repeatedly aware of the finality of their lives, they certainly deal with the precious time more responsibly, which is given to us for living on this world, but especially is more sensible to people standing "at the death's door". This paper is wistfulness about the mentioned topic.

Keywords

death, dying, care for the dying people

Odborný zájem o studium umírání a smrti, resp. zájem o potřeby rodin umírajících či samotných umírajících, se v západních společnostech začal projevovat až na konci 60. let 20. století, a to především ze strany psychologů a lékařů. I v současnosti se ze strany odborné i všeobecné veřejnosti stále setkáváme s masívním popíráním smrti. Moderní autoři, jako jsou Alan Harrington nebo Ernest Becker, zdůrazňují, že masívní popření smrti vede k sociálním patologiím se závažnými důsledky pro celé lidstvo (Grof).

Většina našich setkání se smrtí se odehrává v jisté odlidštěné formě týmu zdravotníků. Je-

jich zkušenosti však dokazují, že o tom, jaké je umírání a smrt, rozhoduje nejen kvalita zdravotní péče v závěru života, ale především maximální podpora umírajícího a jeho rodiny.

Proto je nutné o závěru života otevřeně komunikovat nejen v rovině vědců a profesionálů z oborů, které by se měly o problematiku smrti a umírání především zajímat, tedy lékařství a psychologie, ale i antropologie, filozofie, teologie, sociologie, ale i laické veřejnosti.

Následující text je především námětem k zamyšlení jednak pro sociální pracovníky, kteří mohou mimo jiné poskytovat psychickou i spirituální podporu a poradenství umírajícímu

i jeho rodině, a také pro pedagogy, učitele, kteří jsou významným zdrojem poznatků, mají vliv na chování jedince a tak se podílí se na kvalitě života vůbec.

Naše setkání s umíráním a smrtí nejen významně ovlivňuje následující kvalitu života, ale především základní existenciální strategie.

Život je vymezen zrodem a smrtí, umírání a smrt jsou součástí života. Každému, kdo se zrodí, je do vínku dána také smrt. Zatímco zrození člověka bývá obvykle oslavováno, smrt je okamžikem, kterého se většina z nás bojí. Umírající je však pro rodinu stejně důležitý jako kojeneček, smrt je stejně memento jako narození dítěte. Život člověka je podmíněn smrtí a smrt je podmínkou života. Každý živý tvor je podřízen biologickým zákonitostem, ze kterých se nelze vymanit, které nelze popřít a nad kterými nelze zvítězit. Jak říká Helena Haškovcová, „smrt je jediná fakticita, která je v životě jistá“ (1975: 14). I Kaczmarczyk se k smrti vyjadřuje a říká, že „život každého člověka je vymezen určitou délkou, kterou si my sami určit nemůžeme, a je tedy jen na nás, jak s časem, který máme a o kterém nevíme, kdy skončí, naložíme“ (Křivohlavý, Kaczmarczyk, 1995: 10).

Poznatky a zkušenosti lékařů, biologů, filozofů a sociologů v oblasti umírání a smrti jsou shrnovány do thanatologie (obor představující interdisciplinární posouzení a shrnutí znalostí o smrti). Haškovcová (1989: 372) objasňuje termín umírání. „Pojem umírání je v lékařské terminologii synonymem terminálního stavu. Definice terminálního stavu uvádí, že „v určitém čase dochází k postupnému a nevratnému selhání důležitých, vitálních funkcí tkání a orgánů, jehož výsledkem je zánik individua, tedy smrt“.“ Dále popisuje jev sociální umírání. „Jsou to stavy, kdy člověk sice žije, ale je vyvázan z důležitých sociálních vazeb a interpersonálních vztahů, kdy je odtržen od všeho lidského a nelze jej vrátit do kontextu společnosti.“

Člověk se smrti vždy bál, ale ne vždy před ní „prchal“ tak jako dnes. Tradiční člověk neměl mnoho prostředků, kterými mohl smrti vzdorovat, musel se s ní smířit, rezignovat. Současný člověk má pro boj se smrtí zcela jiné podmínky, snaží se smrti utéci, protože ji mnohdy, na čas, utéci lze. Mnohdy vytěšňujeme skutečnost, že jsme smrtelní a že smrt může přijít v kterémkoliv věku a čase; lidská psychika se brání myšlenkou na smrt. Tento mechanismus je tak silný,

že pronikl i do lidových úsloví: „zapomněl na to jako na smrt“. Nemyslet na konec života patří zřejmě k lidské přirozenosti. Není však možné vytěšňovat smrt ze svého života tam, kde se jedná o profesní kontakt s umírajícími.

Ve spojitosti se smrtí se hovoří o „fenoménu tabuizované smrti“, což souvisí jednak s vývojem společnosti, ale i s pokroky medicíny, která nyní dokáže zachránit život člověka i v situacích, kde by se to dříve zdálo nemožné (Haškovcová, 2000: 21–22). Proces částečné detabuizace započal ve světě přibližně v období 70. let 20. století (Haškovcová, 1997: 149), zásluhu na tom má Elisabeth Kübler-Rossová. Tato významná lékařka napsala několik knih (např. 1992, 1993, 2003), které se problematikou umírání a smrti zabývají, popsala určité fáze, kterými jedinec při svém umírání prochází (1993: 35–120).

Smrt většinou vnímáme jako špatnou, negativní, neboť je spojena s odchodem našich blízkých, smutkem, osamělostí, strachem a bolestí. Smrt je hrozba. To, že se v dnešní společnosti nemluví o smrti, vede mj. k tomu, že se jí člověk bojí asi mnohem více než dříve, neboť předtím byla každodenní součástí života. Lidé umírali mladí a často, takže člověku skutečnost smrti a umírání připadala normální. V dávných dobách bylo tedy v jistém slova smyslu samozřejmější zemřít než žít. Celé generace byly zrozuměny se smrtí a jednotlivci se v průběhu svého krátkého a nejistého života učili umírat, když pozorovali smrt v okolí nebo pomáhali těm, jejichž těžká hodinka právě udeřila. Lidé umírali nejen doma, ale také na veřejných prostranstvích, často o hladu, ve špině a bez pomoci. V každém případě však bylo umírání relativně krátké a nebylo oddalováno léčebnými zásahy. Vzhledem k tomu, že smrt nebyla tabuizovaná, lidé věděli, jak se mají vůči umírajícím chovat. Dokonce i umírající věděl, co se od něj očekává, jistou duševní rovnováhu ze své vlastní životní zkušenosti, neboť ve svém dětství či mládí několikrát stál či sám pomáhal u lůžka těch, kteří umírali v jeho okolí. V minulosti se rodina o svého umírajícího člena starala sama, lidé věděli, jak proces umírání probíhá a co je s ním spojeno. Vliv na dřívější přístup ke smrti mělo rovněž náboženství. Víra pomáhala lidem vyrovnat se se smrtí, víra dávala člověku naději, že smrt je konec pouze pozemského života, ale to hlavní, které se ubírá dál, tedy naše duše, je nesmrtelné. Mnoho národů se s faktem

smrti vyrovnává vírou v přechod do nadpozemského světa. Lidé umírající s Kristem mají na rozdíl od těch, kteří umírají bez Boha, tři velké hodnoty, a to především stálé společenství s Pánem; mají před sebou vizi, že tělesná smrt je přechodem do nebeského království, a mají Písmo svaté jako zdroj Božích zaslíbení a útěchy v každém soužení i v hodinách umírání a smrti (Křivohlavý, Kaczmarczyk, 1995: 88).

Z výše uvedeného plyne, že péče o umírajícího byla značně laická, ovšem i přesto byla péče nad lůžkem takového člověka samozřejmě jako smrt sama (ochočená, zkrocená smrt – P. Ariés). Z generace na generaci tak přecházela zkušenost v péči o člověka, který očekává smrt, a postupně se vytvářely různé zvyky a tradice. Od 18. století je smrt a s ní spojené rituály spojována s rozvojem medicíny a od 19. století se pohřební rituály ustanovily do podoby, se kterou se setkáváme s menšími obměnami dodnes. Řada národů dodržuje obřady nebo rituály spojené se smrtí člověka. Pohřební rituály především pomáhají lidem vyrovnat se se skutečností smrti. Samotný pohřeb, pohřební zvyklosti, tradice se liší v závislosti na dané kultuře. U některých národů je doposud zachováno tzv. „noční bdění“. Jak uvádí Kübler-Rossová (2003: 21), toto bdění bylo vykonáváno příbuznými zemřelého, zejména z důvodu, aby se ujistili, že nebyl pochován živý. Často se s ním také pojí vyprávění o životě mrtvého.

Institucionální model umírání se však vyvíjel postupně. Nemocní byli nejdříve umísťováni do azylových domů, později do zdravotnických zařízení. Historický vývoj chudobinců, chorobinců, špitálů i pastoušek a domovského práva je dramatický a dobře ilustruje snahy o vznik funkční a dostupné sítě pomoci potřebným, zejména chudým lidem. Postačí však konstatování, že situace umírajících byla po dlouhá staletí neutěšená a že jen mocní a bohatí měli v procesu umírání určitá privilegia. Jedním z nich byla i přítomnost lékaře u lůžka. Osoba lékaře v podobě péče o umírajícího přichází na scénu teprve v 19. století. Dnešní situace umírajících je pochopitelně poměřována ideálem tzv. domácího modelu umírání. Standardní postup spočíval v tom, že umírající v určité chvíli sám zhodnotil vlastní situaci a poznal, že nastala jeho poslední hodinka. Svolal členy rodiny a v jejich přítomnosti vyslovil poslední přání. Pak se s nimi důstojně rozloučil. Poskytnutím

svátosti nemocných kněz připravil těžce nemocného na neznámou cestu. V této souvislosti mnozí laici užívají nepřesný pojem poslední pomazání, které ovšem nutně nemusí být poslední. Umírající se pak zpravidla zklidnil a dále už jen tiše a trpělivě čekal, nejčastěji v oparu milosrdné agónie, na svou smrt. Každý tedy věděl, jak vypadá umírání a smrt zblízka. Lidé uměli dokonce předpovídat jednotlivé fáze umírání. Lidé ovládali tradiční laické ošetrovatelské úkony a prováděli je. Nabízeli například umírajícímu, který už odmítal jíst tuhous stravu, slabý polévkový vývar a později jen tekutiny, zejména čaje. Zesláblého umírajícího přikrývali vrstvou pokrývek, protože správně tušili, že vysílený pacient pocítuje zimu, především na končetinách. V místnosti udržovali pološero, protože věděli, že ostré světlo je nemocnému nepříjemné. Když nemocný zemřel, zatlačil mu zpravidla nejstarší syn oči a někdo z přítomných otevřel okno, aby duše zemřelého mohla odlétnout. Postát v klidu a v účt se pomodlit Otčenáš bylo samozřejmé. Omýt mrtvé tělo, podvázat bradu a obléci mrtvého patřilo k zvládnutým životním dovednostem. Pohřby byly ponejvíce vypravovány z domu, kde bylo tělo vystavováno ve „slavnostním“ pokoji (květiny, svíce). Moderní člověk uvedeně znalosti nemá, chybějí mu i cenné praktické dovednosti a většinou je přesvědčen, že péče o umírající je výhradně v kompetenci profesionálních zdravotníků. Haškovcová (2000: 25–30) v této souvislosti uvádí dva modely přístupu k umírání – „domácí model umírání a institucionální model umírání“. Institucionální model umírání je spojen s moderní dobou a přesunem do nemocnic, kdy často může docházet k tomu, že se člověk cítí sám, opuštěný. Institucionální model také souvisí s postupným rozvojem ošetrovatelství jako odborné činnosti. Za jejím rozvojem stojí Florence Nightingaleová, která jako první napsala knihu, která se zabývala ošetřováním nemocných. Tradiční opatrovnícká činnost se jen pozvolna měnila v činnost ošetrovatelskou. Umírajícím, jako zvláštní skupině nemocných, nebyla z hlediska odborného ošetrovatelství věnována dostatečná pozornost. V nemocnicích byli umírající lidé zpočátku umísťováni do velkých pokojů, což souviselo s naprostou ztrátou soukromí. Ve snaze zlepšit situaci umírajícího i ostatních, kteří měli být uchráněni asistence umírání neznámého člověka, vznikla praxe tzv. bílé zástěny – plenty. Plenty měly své výhody

i nevýhody. Výhodou bylo, že poskytovaly určité soukromí, ale současně jedince izolovaly, a tak měl pocit samoty. S postupným vývojem a zlepšením ekonomické situace byly pro umírající vyčleněny jednotlivé pokoje, kam byl pacient umístěn, když se blížila jeho chvíle. To mělo naprosto destruktivní dopad na psychiku, neboť umíral. (Tamtéž: 25–30.) A tak nic netušící umírající, který byl schopen posoudit význam transportu, zcela překvapivě a jednoznačně pochopil, že nyní nastává konec a ten že se bude odehrávat v naprostém osamění. Zatímco bílá plenta se ještě někde dnes používá, převoz umírajícího do zvláštního pokoje je už minulostí. Medicína se totiž změnila a začala vítězit. Nemocní lidé v intencích moderní doby věřili v zářak a lékaři uplatňovali milosrdnou lež.

Určitě tedy nezamýšleným důsledkem pokroku a rozvoje, který se projevuje v moderním postoji ke smrti, je její odstranění z každodenního života a její odsunutí za zdi zdravotnických a sociálních zařízení. Většina lidí dnes již neumírá doma, ale ve zdravotnických zařízeních, kde vládne profesionalita, tedy bez svých blízkých, mezi lékaři a ošetrovatelským personálem. Stinné stránky institucionálního modelu umírání jsou tedy zřejmé. Umírající se dostává od své rodiny a je tak izolován – idea izolované smrti – smrt patří do nemocnice, kde ji lékaři a ošetřující personál berou jako rutinní část svého povolání. Osamění umírajících v nemocnicích je prokazatelně velké. Tyto instituce nejsou zařízení tak, aby mohl být umírajícímu v jeho posledních chvílích nablízku někdo, o jehož účast člověk v posledních chvílích stojí. Je-li nemocný pacient umístěn do zdravotnického zařízení, pak dochází v oblasti psychické ke zdvojení zátěžové situace, z nichž primární je nemoc. Dojde však i k narušení vazeb na nejbližší příbuzné a odkázání sama sebe na péči někoho jiného – cizího. Nemocný je při hospitalizaci zatěžován nejenom svou nemocí, ale také negativním vlivem zařízení v podobě přizpůsobení se jeho režimu a provozu, což bývá v rozporu s jeho dosavadním způsobem života. Realizované studie svědčí i o tom, že stále velká část lékařů (uvádí se až 90 % chirurgů) neinformuje pacienty o diagnóze – rozhovory by prý zabraly příliš mnoho času! (Virt, 2000: 42.)

Obdobníci se shodují v tom, že člověk by v umírání neměl nikdy zůstat sám. Tento požadavek plyne z opakovaného zjištění, že umíra-

jící, jakkoliv se třeba svému okolí jeví netečně, do sebe ponořen, se „zastřeným“ vědomím, bez schopnosti obvyklé komunikace apod., svou situaci prožívá a vnímá. Domnívám se, že za určitých okolností by měla být umírajícímu dána možnost vybrat si mezi hospitalizací a péčí v kruhu rodiny. Možnost se však může dát pouze v případech, kdy to zdravotní stav pacienta umožňuje a zároveň i příbuzní mají možnost a zájem o umírajícího pečovat. Tento postup není možné uplatnit v případech, kdy nelze upustit od hospitalizace z důvodu charakteru nemoci pacienta. Omezující nemusí být pouze zdravotní stav pacienta, ale i jiné okolnosti – např. vysoká tělesná hmotnost, inkontinence a především nemožnost celodenní péče z hlediska přizpůsobení časového harmonogramu rodiny.

Člověk se snaží jako jediný živý tvor prodloužit si život a na smrt, pokud možno, nemyslet. Člověk jako jediný živý tvor ví, že smrt je všudypřítomná a může se stát realitou v každém okamžiku života, ví, že zemře. Člověk se bojí smrti, zakouší strach a úzkost – strach z bolesti, opuštění, ze selhání či utrpení, strach ze ztráty soběstačnosti, strach o rodinu a blízké. Strach je zcela přirozená lidská reakce na situaci, kdy člověk ztrácí kontrolu nad tím, co se děje; do jeho podvědomí vstupuje bezradnost a bezmocnost. Nebezpečí vzniká v okamžiku, kdy strach začne přerůstat v paniku, která je nakažlivá a šíří se z jednoho člověka na druhého. Kromě strachu patří mezi další emoce u umírajícího pocity viny, bolesti a zlosti. Pocity viny jsou typické pro každý okamžik, kdy něco končí. Pro umírajícího člověka je proto důležité, aby měl nablízku někoho, komu se může svěřit, smířit se s faktem smrti. Bolest je mnohdy úzce spjata s vlastní nemocí. Nejde přitom jen o bolest fyzickou, ale také o bolest psychickou. Míra bolesti bývá přímo úměrná míře obav a strachu. Pocity zlosti jsou u těžce nemocného člověka velmi úzce spjata s agresivitou, kterou se snaží napadnout druhé lidi, na něž přenáší vinu za svůj neutěšený stav. Pro lidi, kteří se pohybují v blízkosti umírajícího, je nutné, aby agresí neopláceli, ale odpovídali na ni porozuměním. Agresivní projevy nesmíme brát osobně! V souvislosti s otázkou umírání vyzdvihují Huseboe a Holmerová (2007: 125) právě důležitost komunikace.

Schopnost vést citlivě a pravdivě rozhovor orientovaný na pacienta, na fáze jeho choroby, je tak důležitá, že by si ji měli všichni

zdravotníci a sociální pracovníci osvojovat už v době svého studia a dále by ji měli rozvíjet postgraduálně. K sociální práci a k medicíně patří nutně schopnost vést autentický rozhovor. Do rozhovoru s umírajícím by měli být zapojeni i jeho blízcí a podle možnosti i celý léčebný tým. Jak proces umírání pokračuje, ubývá těch, s nimiž je pacient schopen komunikovat. Důležitější než to, co se umírajícímu říká, je ten, kdo mu to říká a co tento člověk pro pacienta znamená. Pacient potřebuje čas, aby mohl to, co slyšel, pro sebe zpracovat. Tým, který umírajícího doprovází, by se měl naučit chápat, že přijetí smrti vyžaduje čas. U stavů zmatenosti je třeba pochopit, že se umírající vyrovnává se svým minulým životem a jeho problémy a že to často činí v řeči symbolů (měli bychom pochopit, že každý zdánlivě nesmyslný pacientův projev má pro něj hluboký smysl a dosah; i když se často nepodaří u těchto symbolických projevů, jimiž umírající zpracovává svůj život, porozumět smyslu, je třeba je brát s úctou a snažit se smysluplně na ně reagovat (Virt, 2000: 37). Doprovázející mají obtížný úkol, aby našli rovnováhu mezi empatií a věcností, aby nebyli sami vtazeni do deprese, jinak by nebyli schopni umírajícímu pomáhat.

Tím, že otázka umírání byla a často ještě bývá tabuizovaným tématem, okolí neví, jak a o čem se s umírajícím bavít. Přitom je známo, že právě v terminálním stavu nevyčitelného onemocnění trpí pacienti také duševně. Strach, úzkost a deprese z toho plynoucí způsobují nemocnému daleko větší utrpení než vlastní fyzické strádání. O poznání klidněji očekávají smrt lidé věřící, protože předpokládají další život a mají také možnost pomocí poslední svátosti vyrovnat se se svými dřívějšími pochybeními (Holá, 2007: 97).

Umírajícím a jejich blízkým je potřeba nejen pochopení a přiměřené pomoci ze strany okolí, ale i informací a doporučení, jak zvládnout nsnadnou situaci, protože i oni, až do chvíle, než se setkali se smrtí tváří v tvář, žili v přesvědčení, že se jich dosud poslední věci člověka netýkají, že je na ně ještě dostatek času. Vyrovnat se se smrtí svých blízkých není jednoduché. Přijmout však vlastní smrt je ještě složitější.

Vyrovňování se se smrtí ovlivňuje řada faktorů – kvalita našeho dosavadního života, pocit naplnění a uspokojení, zda jsme v životě dosáhli všeho, co jsme si vysnili, také věk, zda vnímáme smrt jako spravedlivou, či nás zaskočila, zda

jsme sami, nebo nám pomáhají naši blízcí atd. To, jak prožíváme umírání, je tedy velmi individuální. Smířit se s faktem, že je náš život u konce, je velmi obtížné. Každý člověk se s touto situací vypořádává odlišným způsobem. Celoživotním zdrojem úzkosti, který se ve stáří výrazně prohlubuje, je myšlenka na vlastní smrt. Průzkumy přitom dokazují, že muži silněji než ženy potlačují představy týkající se vlastní smrti. Ženy se oproti tomu lépe vyrovnávají se smrtí životního partnera, což opět souvisí s tradiční genderovou rolí, že muži jako „hlavy rodiny“ jsou závislí na péči partnerky (Karsten, 2006). Podle Rychtaříkové (2008: 52–53) úmrtnost (i nemocnost) obyvatelstva se významně liší podle věku a pohlaví, ale také vzhledem k rodinnému stavu, místu bydliště či k dosaženému stupni vzdělání.

Smrt pro nás změnila svou tvář. Před několika desítkami let byla s lidmi „od narození“, dnes ji plně spojujeme se stářím. Smrt tak přestala být součástí života (zakázaná, vytěsňená smrt – P. Ariés). Obecně se vstíčila do našeho povědomí myšlenka, že neumíráme proto, že jsme „smrtné bytosti“, ale umíráme „na něco“. Proto se obracíme na lékaře. Lékařská věda, nové technologie i jiný životní styl prodlužují lidský život, oddalují tak smrt, a to vše i za cenu mnoha handicapů. Člověk se s vlastní konečností vyrovnává postupně. Podle psychosociální periodizace německého neopsychoanalytika E. H. Eriksona se může člověk nacházet na dvou různých pólech. Typickým psychosociálním konfliktem, který řeší především starý člověk, je tzv. hledání integrity já pro pocitům zoufalství a beznaději. Pokud člověk dosáhne své integrity, přijme svou novou roli (seniora) včetně všech překážek s ní spjatých, smíří se se svým životem, tedy s tím, že proběhl tak, jak proběhl, a nemohlo to být jinak, takovou adaptaci na vlastní stáří pak můžeme chápat jako nejvyšší úroveň kvality života člověka. Problémy stáří i nemoci tak ztrácejí svůj „osten“, takoví staří lidé pak většinou nemají problémy s vyrovnáním se a s přijetím vlastní konečnosti (Jarolímová, 2007: 60–61). Starý člověk se nebojí tolik smrti, ale způsobu umírání a taky toho, aby stihl narovnat veškeré křivdy a vyřešit záležitosti, které zůstaly nevyřešeny. Jedná se např. o poslední vůli, převody majetku včetně darování na dobročinné účely, vyrovnání veškerých finančních závazků. Neméně důležité je sdělit vlastní přání spojená s koncem života,

např. rozhodnutí týkající se těla, způsobu pohřbu – zda kremace, uložení do hrobu, s obřadem nebo bez obřadu aj. (Huseboe, Holmerová, 2007: 127).

Dnes se tedy setkáváme s péčí o umírajícího a se smrtí v rodině méně než v dřívější době. Tato skutečnost znamená pro mnohé menší zkušenosti s touto situací. Nevíme, jak se chovat ani zachovat, býváme bezradní. Vážně nemocný a umírající bývá přemísťován do zdravotnického zařízení, kde mu bude poskytnuta kvalitnější a tím i lepší péče. Je ovšem tato péče z pozice umírajícího opravdu lepší? Není jednoduché to posoudit. Pomíneme-li případy zanedbávání péče o umírajícího, ke kterým také dochází, tak je pro umírajícího pozitivnější celková péče rodiny o jeho osobu.

Způsob, jakým se v naší společnosti většinou umírá, je považován za nehumánní. Podle statistik se sice v průměru dožíváme o 20 let více, než tomu bylo ještě před několika generacemi. Je ale tím, že se životu přidá více let, přidáno také letům více života? Kolik lidí umírá vyražených ze životního společenství s mladými, a to dlouho před smrtí fyzickou smrtí sociální? (Virt, 2000: 17.)

Medicína bojuje o to, aby smrt byla co nejvíce oddálena, a v tomto již dosáhla značných úspěchů. Mnoho lidí se však obává, že díky této moderní medicíně jim bude – proti jejich vůli – zabráněno důstojně zemřít. K cílům medicíny patří zmírňování utrpení, ale i umění doprovázet umírající. Světová zdravotnická organizace podporuje paliativní medicínu, která je zaměřena na komplexní zmírňování všeho, co působí utrpení – jde především o kontrolu bolesti (studie z 90. let 20. stol. uvádějí, že 70 % pacientů s rakovinou nedostává účinnou léčbu bolesti ani tam, kde je to možné – Virt, 2000: 39), přiměřenou rehabilitaci (která pomáhá pacientovi realizovat důležité sociální vztahy a životní úkony) a zvláštní pozornost je věnována psychickému a mentálnímu stavu. Paliativní péče v sobě spojuje aspekty medicíny, ošetrovatelství, sociální práce, duchovní péče, fyzioterapie, ergoterapie a podle potřeby i dalších disciplín. Paliativní medicína je v jednotlivých evropských státech různě rozvinutá a ve své integrující aplikaci je úzce spojena s hospicovým hnutím, které má svůj počátek v 70. letech 20. století ve Velké Británii.

V souvislosti s uvedenými problémy je nutné zamýšlení i nad situací, kdy se stává sám lékař,

zdravotnický nebo sociální pracovník postiženým nevyléčitelnou nemocí, která povede k bolestivému umírání (uvedené se však týká všech, kteří mají profesní přehled o dané problematice). Tato část populace se bude daleko obtížněji přesvědčovat o určité naději, o zlepšení jeho stavu. Nemají koho požádat o pomoc, jejich uzavření se sama do sebe bývá obvykle rychlejší, jakož i snahy o sebevraždu jako řešení situace bude u nich častější východisko.

V naší společnosti chybí výchovné působení nejenom v oblasti týkající se stáří, ale i v otázkách umírání a smrti. Je na výchovně-vzdělávacích institucích, aby se zabývaly i touto otázkou. Jan Sokol říká, že „smrt má význam sama o sobě. Jen díky smrti může být z lidského života příběh.“

„Tak jako obraz musí mít rám a román nebo film začátek a konec, platí totéž o životě. To jen přímka je bez konce a jen ornament se může donekonečna opakovat. Co má mít tvar a podobu, co má tvořit celek, musí mít své meze a konec.“ (Sokol, 2005: 44.)

Povědomí konce života totiž určuje hodnotu času, hodnotu vlastního života a také hodnotu sociálních kontaktů. Osobní zkušenost se smrtí u mladých pomáhá k vytvoření si vlastního životního postoje k umírání a smrti. Jaro Křivohlavý říká: „Příprava na vlastní smrt by měla být od určitého věku součástí života. Považuji za důležité klást v tomto směru důraz na výchovu. Když dítě uvidí, jak se rodiče starají o babičku nebo dědečka, nebude mu připadat divné zachovat se jednou také tak, vzít tátu s mámou domů a s láskou jim dosloužit.“ Milánský kardinál C. M. Martini formuloval téma života a smrti těmito slovy: „Podporujeme ... debatu o nové smlouvě mezi generacemi. Stejně, jako rodiče přivádějí své děti na svět, měly by napříště děti vyprovázet své rodiče ze světa.“ (Virt, 2000: 91.)

Máme-li dostatek sil – svižně kráčíme životem, umíme být stateční a samostatní. Nejen když na svět přicházíme, ale především když z něj odcházíme často tolik sil nemáme a potřebujeme mít na blízku ty, kteří nám rozumějí, kteří nám dokážou pomoci.

Většina se bojí smrti. Nedokážou přijmout smrt jako nedílnou součást života. Ten, kdo se dokáže vyrovnat s tímto faktem, kdo dokáže smrt přijmout jako nevyhnutelný okamžik v životě, ten se ke svému životu dokáže postavit s větší vážností. Náš život si zaslouží naši

pozornost, ale zaslouží si ji i smrt. V dnešní době je však více lidí, kteří se k tomuto faktu obracejí zády. Nechtějí nic vědět, nechtějí mít doma umírajícího, nechtějí být přítomni okamžiku smrti svého blízkého ani doma, ani v nemocnici.

Naše společnost není na smrt a umírání připravena, v okamžiku smrti upadá do bezradnosti. Bezradnost (nebo nezáměr?) se projevuje i v tom, že neúcta k ostatkům jde tak daleko, že pozůstalí se ani nepostarají o uložení urny s ostatky. Každý umírající člověk si přeje umírat s posledním pohledem na milou tvář, rád by cítil poslední dotek milované ruky. Nebo by rád slyšel hlas, který zná. Umírajícímu bychom měli jasně dát najevo, že naše láskyplné vztahy smrtí ale naopak dozrávají.

Prázdné místo po zemřelém, už nestihneme říci to, co bychom chtěli. Budeme litovat chvil, ve kterých jsme blízkého člověka „potrápili“. A naše jediná prosba – ještě jednou, jedinkrát ho (ji) spatřit, moci říci jednu jedinou, poslední větu – zůstane nevyslyšena.

Nejintenzivnější existenciální zkušenost smrti není představa vlastní smrti a už vůbec ne konfrontace s „hranou“ smrtí v médiích, nýbrž smrt milovaného člověka. Teprve láska dělá člověka člověkem a teprve smrt milovaného člověka dává vytušit propastnost smrti (Virt, 2000: 13).

Nikdo se nikdy zcela nezotaví ze ztráty někoho, koho hluboce miloval. Zotavení ze zármutku znamená, že se se svou ztrátou dokážeme smířit a dokážeme ji unést. Avšak díky této zkušenosti už nikdy nebudeme stejní jako dříve. V této situaci nám může napomoci myšlenka, že všechno, co není s blízkým vyřízeno před jeho smrtí, má být vyřízeno potom, jinak je člověk svázán nevyřešeným smutkem. Marie DeHennezel (1997) nabádá k jakémusi vnitřnímu dialogu se zesnulým, který často přinese úlevu a zmírní smutek.

Poznámky

- 1 Kontakt na autorku: Doc. PhDr. Jitka Skopalová, Ph.D., Ústav pedagogiky a sociálních studií, Pedagogická fakulta Univerzity Palackého, Žižkovo nám. 5, 771 40 Olomouc. E-mail: jitka.skopalova@upol.cz.

Seznam literatury:

- DE HENNEZEL, M. **Smrt zblízka: Umírající nás učí žít**. Praha: ETC, 1997.
- GROF, S.: **Smrt a umírání. Psychologické, filosofické a duchovní aspekty**. Dostupné na adrese: <http://etfuk.sweb.cz/smrt.htm> [cit. 2010-28-5].
- HAŠKOVCOVÁ, H. **Rub života – líc smrti**. Praha: Orbis, 1975.
- HAŠKOVCOVÁ, H. **Fenomén stáří**. Praha: Panorama, 1989.
- HAŠKOVCOVÁ, H. **Lékařská etika**. Praha: Galén, 1997.
- HAŠKOVCOVÁ, H. **Thanatologie – nauka o umírání a smrti**. Praha: Galén, 2000.
- HOLÁ, M. **Úzkost ve vyšším věku**. In HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K., et al. **Vybrané kapitoly z gerontologie**. Praha: EV public relations, 2007.
- HUSEBOE, S., HOLMEROVÁ, I. **Péče na sklonku života**. In HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K., et al. **Vybrané kapitoly z gerontologie**. Praha: EV public relations, 2007.
- JAROLÍMOVÁ, E. **Stárnutí, osobnost a změny**. In HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K., et al. **Vybrané kapitoly z gerontologie**. Praha: EV public relations, 2007.
- KARSTEN, H. **Ženy – muži: genderové role, jejich původ a vývoj**. Praha: Portál, 2006.
- KŘIVOHLAVÝ, J., KACZMARCZYK, S. **Poslední úsek cesty**. Praha: Návrat domů, 1995.
- KÜBLER-ROSSOVÁ, E. **O smrti a umírání**. Turnov: Arica, 1993.
- KÜBLER-ROSSOVÁ, E. **Hovory s umírajícími**. Hradec Králové: Signum Unitatis, 1992.
- KÜBLER-ROSSOVÁ, E. **O dětech a smrti**. Praha: Ermat, 2003.
- RYCHTAŘÍKOVÁ, J., KUCHAROVÁ, V. (eds.) **Rodina, partnerství a demografické stárnutí**. Praha: Univerzita Karlova, Přírodovědecká fakulta, 2008.
- SOKOL, J. **Stárnutí a smrt**. In JIRÁSKOVÁ, V., a kol. **Mezigenerační porozumění a komunikace**. Praha: Eurolex Bohemia, 2005.
- VIRT, G. **Žít až do konce: Etika umírání, smrti a eutanazie**. Praha: Vyšehrad, 2000.

Výzkumné šetření o vzdělávání studentů pomáhajících profesí v oblasti thanatologie

A Research on the Education of Students in Helping Professions in the Field of Thanatology

Soňa Vávrová, Renata Polepilová

Mgr. Soňa Vávrová, Ph.D.,¹ vystudovala obor sociologie a andragogika na Filozofické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci a doktorský obor sociální práce na Zdravotně sociální fakultě Ostravské univerzity v Ostravě. V současné době působí jako ředitelka Ústavu pedagogických věd Fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. Zabývá se především problematikou totálních institucí a otázkami životní dráhy a konečnosti života.

Bc. Renata Polepilová² je studentkou navazujícího magisterského studijního oboru sociální pedagogika na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. Pracuje jako referentka Oddělení pro vědu a výzkum na Fakultě technologické na téže univerzitě. Již ve své bakalářské práci se zabývala problematikou doprovázení umírajících, kdy v připravované diplomové práci uvedené téma dále rozvádí.

Výzkumné šetření se uskutečnilo v rámci řešení projektu IGA/59/FHS/10/A Identifikace vzdělávacích potřeb pracovníků pomáhajících profesí v oblasti doprovázení umírajících.

Abstrakt

Autorky se ve svém příspěvku zamýšlejí nad významem vzdělávání pracovníků pomáhajících profesí, tedy profesí pracujících s lidmi a pro lidi, v oblasti thanatologie a doprovázení umírajících a pozůstalých. Paradox v koncepci vzdělávání pracovníků pomáhajících profesí spatřují v tom, že studenti bývají vzděláváni v mnoha oborech, avšak v tom nejdůležitějším, který skrývá klíč k celému smyslu života, tedy v tom, co je smrt a jak zemřít, je nikdo nepoučí. Podle autorek je třeba v průběhu profesní přípravy pracovníků pomáhajících profesí formovat jejich postoje ke smrti a umírání a tím implikovat změnu v chování k osobám v terminálním stadiu života. Vzdělávání pracovníků pomáhajících profesí v oblasti thanatologie by nemělo být založeno výhradně na předávání teoretických poznatků a vědomostí, ale mělo by být koncipováno jako komplexní vzdělávací cyklus, v jehož průběhu jsou formovány postoje k základním ontologickým otázkám. Cílem vzdělávání by se tak mělo stát detabuizování tématu smrti a internalizace faktu konečnosti života jako přirozené součásti jedincovy životní dráhy.

Klíčová slova

thanatologie, pomáhající profese, vzdělávání, doprovázení umírajících

Abstract

In their paper the authors consider the importance of educating workers of helping professions, i.e. professions working with people and for people in the area of thanatology and keeping company with the dying people and the mourners. The authors see as a paradox in the conception of educating workers of helping professions that the students are instructed in many fields but not about the most important issue where the key to the whole meaning of life is hidden, i.e. about death and the way to die. According to the authors it is necessary to form the students' attitudes to death and dying already in their instruction, thus implying a change in their approach to persons in the terminal stage of life. Education of workers of helping professions in the area of thanatology

should not be based exclusively on handing on theoretical information and knowledge but it should be understood as a complex educating cycle in the course of which attitudes to the basic ontological issues are formed. The aim of the education should then be making the topic of death not taboo and internalizing the fact of finality of life as a natural part of an individual's lifetime.

Keywords

thanatology, helping professions, education, keeping company with the dying people

„Ze všech věd, které člověk může a musí znát, tou hlavní je umět žít tak, aby spáchal co nejméně zla a způsobil co nejvíc dobra.“ (Lev Nikolajevič Tolstoj)

Thanatologie bývá obvykle chápána jako interdisciplinární věda o umírání a smrti. Její název je odvozený od jména řeckého boha smrtelného spánku a smrti Thanata. Thanatologie jako vědecká disciplína má úzký vztah k následujícím pěti vědám: filozofii, medicíně, teologii, psychologii a sociologii. Za zakladatele thanatologie jako vědy bývá považován francouzský sociolog a antropolog Robert Hertz (1881–1915), který v roce 1907 zpracoval první studii na uvedené téma. Podle Haškovcové (2007) je jedním z důvodů, proč se thanatologie nepřednáší jako samostatná vědní disciplína, nejen obtížnost semknout jednotlivá fakta, názory, hypotézy a koncepce tak, aby vytvořily profesní náplň samostatného oboru, ale především fakt, že nikdo nechce být označený za thanatologa. Být označený za odborníka ve vědě o smrti a umírání doposud naráží na mnohá společenská tabu. Naše společnost, která je orientovaná spíše na zdraví, krásu a bohatství, se málokdy zamýšlí nad pomíjivostí výše uvedených hodnot. Ten, kdo upozorňuje na to, že zdraví se může změnit v nemoc, krása ve stáří a bohatství a hmotné statky při přechodu hranice bytí a nebytí zůstávají na druhém břehu, může být považován za morbidního. Vzhledem k uvedenému nám je více než jasné, proč o thanatologii jako vědní disciplínu jeví zájem jen marginální skupina vědců.

Ve shodě s Haškovcovou se domníváme, že v procesu profesní přípravy pracovníků pomáhajících profesí v oblasti thanatologie je nezbytné propojit výuku s výchovou. Většina autorů, kteří se problematikou umírání a smrti zabývají, se shoduje v tom, že by studenti pomáhajících profesí měli být seznámeni s následujícími problémovými okruhy: fenoménem smrti, procesem umírání, zadrženu smrtí (tzv. dystanazií), eutanazií, programy „do not resuscitate“,

kategorií kvality života v terminálním stadiu jedincovy životní dráhy, ritualizací smrti, problematikou zármutku a žalu (Haškovcová, 2007). V rámci vzdělávacího procesu by měly být u studentů rozvíjeny emoční kompetence, tedy specifické soubory znalostí, dovedností, zkušeností, vlastností a postojů. Domníváme se, že rozvoj klíčových kompetencí, které tvoří základní pilíře profesní přípravy pracovníků pomáhajících profesí v oblasti thanatologie, můžeme přímo navázat na rozvoj kompetencí emočních, které vycházejí z pěti složek emoční inteligence. Složky emoční inteligence bývají děleny do následujících klíčových oblastí: sebeuvědomění, sebeovládání, motivace, empatie a sociální dovednosti. Právě podporu rozvoje uvedených oblastí v profesní přípravě budoucích pracovníků pomáhajících profesí považujeme za nezbytnou pro emočně inteligentní doprovázení umírajících a jejich blízkých. „Emoční inteligenci se rozumí schopnost vyznat se sám v sobě i v ostatních, vnitřní motivace a zvládnání vlastních emocí i emocí lidí.“ (Goleman, 2000: 305.) Především zvládnání emocí spojených s umíráním a smrtí je důležitým předpokladem pro kvalitní a efektivní doprovázení umírajících a jejich rodinných příslušníků. Schopnost zvládat a kontrolovat své emoční stavy, znalost sebe sama a toho, co nám sdělují naše emoce, nasměrování energie, vytrvalosti a odhodlání směrem k dosahování cílů a optimismus v těžkých chvílích, schopnost vycítit a rozpoznat emoce druhých a umění navazování a udržování mezilidských vztahů, komunikace a spolupráce s druhými lidmi i v tak těžkých chvílích, které jsou spojené s procesem umírání, je uměním vycházejícím z jednotlivých složek emoční inteligence.

Vliv hospicového hnutí v ČR na zařazení thanatologie do výuky

Od konce roku 1989, kdy do tehdy ještě Československé republiky mohly začít oficiálně proudit informace a zkušenosti o hospicových

hnutích ze západních zemí Evropy i z Ameriky, se začalo v oblasti pomáhajících profesí hovořit o práci s umírajícími a jejich doprovázení. Do odborné přípravy pracovníků pomáhajících profesí, do kterých můžeme podle Šimka (in Kolektiv autorů, 2004b) řadit práci lékaře, zdravotní sestry, sociálního pracovníka, ošetřovatele, klinického psychologa, psychoterapeuta, komunitního pracovníka, pracovníka rodinného a pedagogicko-psychologického poradenství, pracovníka výchovné péče, speciálního školství i školství v nejširším smyslu, začíná od konce 90. let minulého století postupně pronikat thanatologie jako legitimní součást přípravy na budoucí povolání.

Díky nadstandardní aktivitě několika osob se naše země během dvaceti let propracovala k vybudování celkem 14 hospiců (stav k 31. 12. 2009). Vůbec první oddělení paliativní péče bylo otevřeno 2. 11. 1992 na Moravě v rámci nemocnice TRN (zabývající se plicními onemocněními) v Babicích nad Svitavou u Brna (Svatošová, 2007). Po roce 1990 začaly také první aktivity v rámci poskytování mobilní hospicové péče, a to díky MUDr. Marii Svatošové. Uvedená činnost však postupně narážela na limity, kdy se ukázalo, že nezbytným doplňkem domácí hospicové péče je péče lůžková. První český Hospic Anežky České byl otevřen 8. 12. 1995 v Červeném Kostelci. Po něm následoval v průměru každý rok jeden další (Svatošová, 2007). V současné době je v České republice 14 kamenných lůžkových hospiců pro dospělé a dětský hospic v Malejovicích. Domácí hospicovou péči poskytuje 14 zařízení, z toho 9 jako samostatný domácí hospic (obvykle ještě s dalšími zdravotnickými a sociálními službami bez nabídky lůžek) a 5 jako další službu při lůžkovém hospici.³

Nejenom hospicová zařízení, ale také mnohá další zdravotnická a sociální zařízení, kde se pracovníci setkávají s umíráním a smrtí, vyžadují odborně i emočně připravený personál v přímé péči o klienty. Pracovník, jak zdravotnický, tak specialista v sociální péči, který se denně setkává s doprovázením umírajících i jejich příbuzných, a to v průběhu umírání i bezprostředně po smrti blízkého, by měl být na svoji roli dobře odborně i emočně připravený. Vzhledem k uvedenému by měl během odborné přípravy na budoucí povolání absolvovat, kromě odborné, i dostatečnou emoční přípravu.

V roce 2004 vydalo Hospicové občanské sdružení Cesta domů dokument *Umírání a paliativní péče v ČR*, který, mimo jiné, mapuje výuku paliativní péče na středních zdravotnických školách, vyšších zdravotnických školách i vysokých školách v České republice. V dokumentu se konstatuje, že v rámci vysokoškolského pregraduálního vzdělávání lékařů i sester je řada důležitých témat paliativní medicíny přítomna: léčba bolesti, léčba tělesných symptomů, pravidla komunikace s nemocným, etika apod., a to většinou jako součást jiných oborů nebo tematických celků. Avšak otázku, zda je vzdělávání a odborná příprava v oblasti paliativní péče dostatečná, nelze pouze na základě analýzy studijních oborů jednoznačně posoudit. „Rozhodující je zde zhodnocení, jakou má paliativní péče poskytovaná takto připravenými zdravotníky úroveň a jak se sami zdravotníci cítí připraveni na péči o nevléčitelně nemocné a umírající.“ (Ptáček in Kolektiv autorů, 2004a: 69.)

Odbornou přípravou v oblasti paliativní péče a doprovázení umírajících by měli procházet všichni pracovníci pomáhajících profesí, neboť je lépe být na mimořádnou událost profesně i emočně připravený předem, než se s ní vyrovnávat v průběhu události samotné. Na tomto místě musíme konstatovat, že teoretická příprava na umírání a smrt a smrt faktická jsou dvě rozdílné věci, neboť na definitivní, nezvratný konec jedincovy životní dráhy se nemůžeme nikdy dostatečně připravit. Považujeme však za potřebné naučit se vnímat smrt jako přirozenou součást našeho každodenního života a umírání brát jako terminální stadium životní dráhy jednotlivce. Společně s Rinpočem se domníváme, že je třeba od základů změnit přístup lidí ke smrti a umírání, což souvisí se změnou postojů a chování k umírajícím (Rinpoče, 1996). Vzhledem k důležitosti vzdělávání pracovníků pomáhajících profesí v oblasti thanatologie jsme se rozhodly provést obsahovou analýzu stávajících bakalářských studijních oborů zaměřených na vzdělávání pracovníků pomáhajících profesí. Cílem našeho bádání bylo zjistit, zda jsou budoucí pracovníci pomáhajících profesí v rámci studia bakalářských oborů dostatečně odborně a emočně připravováni v oblasti thanatologie, neboť v současné době „...mnoho rodin ztratilo tento blízký, častý nebo neustálý kontakt s umíráním. Na rozdíl od předchozích generací se nenaučily, jak se chovat přirozeně ve společnosti

obory	předmět ano	předmět ne	celkem
zdravotnické	11	13	24
sociální	7	12	19
pedagogické	0	6	6
celkem	18	31	49

Zdroj: vlastní výzkum, 2010.

někoho, jehož život se chýlí ke konci.“ (Callanová, Kelleyová, 2005: 36.) Uvedený fakt se dotýká také pracovníků pomáhajících profesí, jejichž profesní příprava na doprovázení umírajících a příbuzných a blízkých osob je podle našeho názoru zatím značně podceňovaná.

Analýza studijních oborů

V následujícím textu se zaměříme na obsahovou analýzu bakalářských studijních oborů zaměřených na vzdělávání pracovníků pomáhajících profesí. Ke dni 24. 8. 2009 (poslední aktuální údaj) bylo v České republice akreditováno celkem 7 662 studijních oborů.⁴ Z uvedeného počtu studijních oborů bylo celkem 2 436 bakalářských.

Podle definovaných kritérií (akreditovaný bakalářský studijní obor v prezenční či kombinované formě studia, který se zaměřuje na vzdělávání pracovníků pomáhajících profesí) bylo z celkem 70 (některým skončila akreditace a u některých neodpovídal profil absolventa stanovené cílové skupině – pracovníků pomáhajících profesí apod.) sociálních, zdravotnických a pedagogických oborů vybráno 49 na 14 vysokých školách v České republice. Jednalo se o zdravotnické obory (všeobecná sestra, fyzioterapie, zdravotně-sociální pracovník, ošetrovatelství, zdravotní vědy), sociální obory (sociální a charitativní

práce, sociální politika a sociální práce, sociální práce, poradenství v sociální práci, sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii, sociální práce s osobami se sníženou soběstačností, pastorační a sociální práce, sociální a humanitární práce) a pedagogické obory (sociální pedagogika).

V následující fázi jsme prošli strukturu a obsahovou náplň všech předmětů vyučovaných v jednotlivých studijních oborech v průběhu studia. Pozornost jsme zaměřily na předměty, které již svým názvem naznačovaly výuku paliativní péče, doprovázení umírajících, hospicovou péči apod. Tabulka 1 přehledně zachycuje počty studijních oborů v jednotlivých oblastech s vyjádřením, zda byl mezi vyučovanými předměty nalezen předmět, který by se dal začlenit do oblasti thanatologie.

Analýza zdravotnických oborů

Z celkem 24 analyzovaných zdravotnických oborů obsahovalo jen 11 z nich ve své struktuře předmětů sylabus předmětu, který byl cíleně zaměřený na problematiku smrti a práce s umírajícími. Předměty se vyskytovaly pouze u studijního oboru všeobecná sestra a jednou u oboru ošetrovatelství (viz Tabulka 2).

Analýzou bylo zjištěno, že všech 11 předmětů je jednosemestrálních, kdy v jednom pří-

studijní obor	předmět ne	předmět ano	celkem
všeobecná sestra	2	10	12
fyzioterapie	9	0	9
zdravotně-sociální pracovník	1	0	1
ošetrovatelství	0	1	1
zdravotní vědy	1	0	1
celkem	13	11	24

Zdroj: vlastní výzkum, 2010.

padě na sebe předměty navazují (viz předměty Paliativní péče a hospic I a Paliativní péče a hospic II). Celkem 6 předmětů je vyučováno formou kombinace přednášek, cvičení, 2 předměty formou seminářů (Paliativní péče a hospic I a Paliativní péče a hospic II), ve 2 předmětech (se stejným názvem, ale pro různé obory na stejné fakultě) probíhá výuka formou cvičení a seminářů a 1 předmět využívá přednášky, cvičení i semináře.

Hodinová dotace byla velmi rozmanitá, u kombinované formy studia se pohybovala v rozpětí od 6 hodin (3/3) za semestr do 15 hodin (5/10) za semestr. U prezenční formy byla dotace od 1 do 8 hodin (1/1/6) za týden (viz Tabulka 4).

Z uvedeného počtu 11 předmětů bylo 8 zařazeno do kategorie povinných (kdy v kombinované formě studia byl jeden z nich předmětem povinně volitelným) a další 3 do kategorie povinně volitelných. Z uvedeného vyplývá, že u předmětů zařazených do kategorie povinně volitelných není nutné, aby všichni studenti daného oboru předmět absolvovali. Z analyzovaných předmětů bylo 9 zakončeno zápočtem, 2 zkouškou. U 2 předmětů se požadovala také praxe. V jednom případě se jednalo o exkurzi v hospici a ve druhém o exkurzi v hospici nebo ADP – SANCO, s. r. o., nestátním zdravotnickém zařízení v Prostějově, které ve svém lůžkovém oddělení

poskytuje následnou ošetrovatelskou péči a sociální hospitalizaci.

Přehled probírané látky v předmětech se ve 3 případech ve velké části hesel shodoval (jednalo se o předmět Paliativní a hospicová péče vyučovaný na Fakultě zdravotnických studií Ostravské univerzity v Ostravě, předmět Paliativní péče vyučovaný na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích a předmět Paliativní/hospicová péče zařazený do výuky na Fakultě veřejných politik Slezské univerzity v Opavě). Předměty Paliativní péče a hospic I a Paliativní péče a hospic II vyučované na Ústavu zdravotnických studií Univerzity Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem měly shodnou anotaci, avšak lišily se zaměřením obsahu seminářů.

V 5 případech se v obsahu předmětu výslovně objevil aspekt „*prevence syndromu vyhoření u poskytovatelů hospicové péče, relaxační techniky*“ (Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, Fakulta veřejných politik Slezské univerzity v Opavě a Fakulta zdravotnických studií Ostravské univerzity v Ostravě), „*prevence efektu vyhoření*“ (Lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Hradci Králové) a „*psychologie profese zdravotnických pracovníků, syndrom vyhoření, možnosti pozitivního ovlivnění*“ (Fakulta zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni). Zůstává

Tabulka 3: Klíčová témata ve výuce předmětů zaměřených na doprovázení umírajících

téma	frekvence
potřeby umírajících a jejich blízkých	7
hospic a jeho začlenění do systému zdravotní péče	6
management bolesti (typ a forma bolesti)	5
péče o terminálně nemocného pacienta, péče orientovaná na biologické potřeby	5
prevence syndromu vyhoření u poskytovatelů hospicové péče	5
eutanazie	4
rozvoj nových služeb v rámci terciární péče	4
legislativa a právní a etické aspekty hospicové péče	4
typy hospicové péče	3
péče orientovaná na psychosociální potřeby terminálně nemocných, reakce člověka v jednotlivých fázích umírání	3
terminologie: umírání, smrt, příprava na smrt, život po životě	3
spirituální péče	3
paliativní péče	2
Zdroj: vlastní výzkum, 2010.	

otázkou, zda není na syndrom vyhoření, v rámci výuky předmětů zaměřených na doprovázení umírajících a blízkých osob, kladený příliš vysoký akcent. Zda by profesní příprava pracovníků pomáhajících profesí v oblasti thanatologie neměla být spíše zaměřena na práci s emocemi a vyrovnávání se s vlastní konečností tak, aby pracovník zvládal emočně inteligentně doprovázet umírající osoby i jejich blízké. Jak uvádí Matoušek (2003: 55), „syndrom vyhoření je soubor typických příznaků vznikajících u pracovníků pomáhajících profesí v důsledku nezvládnutého pracovního stresu“. Problematiku syndromu vyhoření, který se týká práce s lidmi obecně, bychom považovaly za vhodnější zařadit spíše do předmětu, který by se zaměřoval na psychohygienu pracovníků pomáhajících profesí, ve kterém by se studenti věnovali nejenom vzniku syndromu vyhoření, ale především jeho předcházení, s akcentem na průběžnou supervizi.

Z obsahové analýzy sylabů jednotlivých předmětů dále vyplynulo, že klíčovými tématy přednášek, seminářů a cvičení jsou, vedle problematiky syndromu vyhoření, následující témata, jejichž frekvenci zachycuje Tabulka 3.

Pouze ve dvou případech se v náplni předmětu přímo objevila snaha upozornit studenty na úskalí, která se týkají samotných pracovníků v péči o klienty v terminálním stadiu života. V jednom případě to bylo „*vyrovnání se zdravotníků s úmrtím pacienta*“ (Lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Hradci Králové – předmět

Ošetrovatelská péče o nevléčitelně nemocné) a „*psychologické a etické aspekty hospicové péče*“ (Fakulta zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni – předmět Paliativní a hospicová péče). U předmětu Paliativní péče, vyučovaném na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, se v rámci vyučovacích metod objevily simulace, hry, dramatizace. Zmíněné metody nepochybně náleží k těm nejlepším pro emocionální zvládnutí práce s osobami v terminálním stadiu života, ale pro jejich časovou náročnost se nám jeví prostor 3 a 4 hodin cvičení za semestr dostatečně nízký.

Ve 4 případech byly součástí požadavků seminární práce. Jen u 1 předmětu byla zdůrazněna nezbytná aktivita studenta na přednáškách a cvičeních. U 10 předmětů byla míra náročnosti předmětu ohodnocena 1, 2 či 3 kredity. 10 kreditů bylo možno získat za předmět Komunitní, domácí a paliativní ošetrovatelství na Fakultě zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci v oboru ošetrovatelství (v oboru všeobecná sestra měl předmět se stejným názvem a obdobnou náplní ohodnocení výrazně nižší). Výše popsanou analýzu přehledně zachycuje Tabulka 4.

Analýza sociálních oborů

Z celkem 19 sociálních oborů obsahovaly sylaby jen 7 z nich konkrétní předmět, který by byl cíleně zaměřený na problematiku paliativní péče, doprovázení umírajících apod.

Tabulka 4: Přehled předmětů zaměřených na thanatologii ve zdravotnických oborech						
VŠ obor	název předmětu	forma	rozsah v hodinách	kredity	P/PV/V	způsob zakončení
Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích studijní obor: všeobecná sestra – prezenční i kombinovaná forma studia						
1.	Paliativní péče	přednášky ⁵ / cvičení ⁶	3/3/semestr* 7/4/semestr	1	P	zápočet ⁷
Fakulta zdravotnických studií Ostravské univerzity v Ostravě studijní obor: všeobecná sestra – prezenční i kombinovaná forma studia						
2.	Paliativní a hospicová péče	přednášky/ cvičení	5/5/semestr* 1/1/týden	1 2	PV P	zápočet
Fakulta veřejných politik Slezské univerzity v Opavě studijní obor: všeobecná sestra – prezenční i kombinovaná forma studia						
3.	Paliativní/hospicová péče	přednášky/ cvičení	3/3/semestr* 1/1/týden	1	P	zápočet

tabulka pokračuje na další straně

tabulka pokračuje z předcházející strany

Ústav zdravotnických studií Technické univerzity v Liberci studijní obor: všeobecná sestra – prezenční i kombinovaná forma studia						
4.	Paliativní a hospicová péče	přednášky/ cvičení	2/1/týden	2	P	zápočet
Ústav zdravotnických studií Univerzity Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem studijní obor: všeobecná sestra – prezenční forma studia						
5.	Paliativní péče a hospic I	semináře	1/týden	1	PV	zápočet
6.	Paliativní péče a hospic II	semináře	2/týden	2	PV	zápočet
Lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Hradci Králové studijní obor: všeobecná sestra – kombinovaná forma studia						
7.	Ošetrovatelská péče o nevy- léčitelně nemocné	přednášky/ cvičení	3/6/semestr	2	P	zápočet
Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci studijní obor: všeobecná sestra – prezenční i kombinovaná forma studia						
8.	Komunitní, domácí a palia- tivní ošetrovatelství	cvičení/ semináře	5/10/semestr*	2	P	zkouška ⁸
			30/15/semestr	3		
studijní obor: ošetrovatelství – kombinovaná forma studia						
9.	Komunitní, domácí a palia- tivní ošetrovatelství	cvičení/ semináře	5/10/semestr	10	P	zkouška
Vysoká škola polytechnická Jihlava studijní obor: všeobecná sestra – prezenční forma studia						
10.	Paliativní péče	přednášky/ cvičení/ semináře	1/1/6/týden	2	P	zápočet
Fakulta zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni studijní obor: všeobecná sestra – prezenční i kombinovaná forma studia						
11.	Paliativní a hospicová péče	přednášky/ cvičení	6 za semestr/ 6 za týden*	2	PV	zápočet
			2/2/týden			
Vysvětlivky: VŠ – vysoká škola, P – povinný předmět, PV – povinně volitelný předmět, V – volitelný předmět * Údaje v horním řádku platí pro kombinovanou formu studia, údaje v dolním řádku pro prezenční formu studia. Zdroj: vlastní výzkum, 2010.						

Z uvedených 7 oborů, ve kterých se předmět zahrnující paliativní/hospicovou péči vyučuje, se ve 4 případech jedná o stejný předmět vyučovaný pro více oborů (3x sociální politika a sociální práce a 1x sociální práce). Analýzou bylo zjištěno, že všechny předměty jsou jednosemestrální. Předmět Thanatologie na Fakultě sociálních studií Masarykovy univerzity v Brně je vyučovaný formou přednášek s cíleným zapojením do diskuse, kdy je nejvyšší počet studentů na předmětu omezený na 25, což považujeme za velmi vhodné. Předmět Základy gerontologie a thanatologie na Pedago-

gické fakultě Univerzity Hradec Králové má pro prezenční studium výhradně formu přednášek, pro kombinovanou formu řízené konzultace. Jako přednášky a semináře je pojímán předmět Fenomén smrti a umírání na Teologické fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích a předmět Charitativní a pastorační péče na Pedagogické fakultě Univerzity Hradec Králové.

U analyzovaných předmětů se čtyřikrát objevila stejná hodinová dotace – 1 hodina přednášek a 1 hodina seminářů za týden, jednou měl předmět hodinovou dotaci 2 hodiny přednášek

Tabulka 5: Zařazení předmětu příbuzného s thanatologií u sociálních bakalářských oborů

studijní obor	předmět ne	předmět ano	celkem
sociální a charitativní práce	2	2	4
sociální politika a sociální práce	0	3	3
sociální práce	5	1	6
poradenství v sociální práci	1	0	1
sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii	1	0	1
sociální práce s osobami se sníženou soběstačností	0	1	1
pastorační a sociální práce	2	0	2
sociální a humanitární práce	1	0	1
celkem	12	7	19

Zdroj: vlastní výzkum, 2010.

za týden (prezenční forma) a 12 hodin řízených konzultací za semestr (kombinovaná forma), jednou se objevila frekvence výuky 1 hodina za týden. U předmětu Charitativní a pastorační péče činila dotace 6 hodin přednášek a 6 hodin seminářů za semestr. Ve 2 případech byl předmět povinný, v 1 povinně volitelný a ve 4 případech volitelný. Z uvedeného vyplývá, že příslušný předmět musí povinně absolvovat pouze studenti oboru sociální a charitativní práce a sociální práce s osobami se sníženou soběstačností na Pedagogické fakultě Univerzity Hradec Králové. Šestkrát byly předměty zakončeny zkouškou, jednou zápočtem.

U analyzovaných předmětů, vyučovaných pro sociální obory, se nevyskytovalo mnoho shodných klíčových témat náplně přednášek, seminářů či cvičení. Uvedená nekompatibilita bude zřejmě způsobena poměrně odlišným zaměřením jednotlivých oborů. Na tomto místě musíme zdůraznit, že pouze předmět Thanatologie se věnoval z našeho pohledu významnému aspektu „*vyrovnání se studentů (budoucích sociálních pracovníků) s vlastní smrtelností a se smrtí blízké osoby jako zkušenostním podkladem pro práci s lidmi v neřešitelné životní situaci*“.

Ve 2 případech se v obsahu předmětu výslovně objevil požadavek na aktivní účast studentů v hodinách. V 1 případě byl součástí požadavku na studenta referát. U předmětu Thanatologie šlo o požadavek na reflexi zadaného problému prostřednictvím seminární práce. Předměty byly téměř shodně ohodnoceny 3 kredity, předmět Thanatologie kredity 4 (viz Tabulka 6).

Analýza pedagogických oborů

Ve vybraných 6 pedagogických oborech sociální pedagogika nebyl ve studijních plánech bakalářského stupně nalezený žádný předmět, který by svým názvem nebo obsahem naznačoval výuku témat spojených se smrtí a umíráním, paliativní péčí, doprovázením umírajících, hospicovou péčí apod. Studijní obor sociální pedagogika jsme pro naši analýzu vybraly s ohledem na znění zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, kdy podle písm. b) odst. (4) § 110 mají absolventi uvedeného studijního oboru odbornou způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka.

Závěr

Vzhledem k tomu, že „...smrt již dávno nepovažujeme za něco, co k životu neodmyslitelně patří, nýbrž za děsivé a nevitaneho hosta“ (Callananová, Kelleyová, 2005: 36), je zapotřebí znovu se navracet k tématům smrti a umírání a tato implementovat do našich každodenních životů. „Pokud myslíme jenom na sebe, a ne na svoji rodinu, potom bychom mohli za nejlepší smrt pokládat náhlý konec, při kterém okamžitě ztratíme vědomí. Jenomže náhlá smrt, která neumožňuje říci to, co je potřeba, a odpustit to, co je potřeba, prodlužuje anebo naopak zkracuje či oddaluje, pro naše milované, proces truchlení.“ (Bitó, 2006: 121.) Všechny uvedené skutečnosti nás vedou k přesvědčení o nezbytnosti zavedení předmětu thanatologie do profesní přípravy všech pracovníků pomáhajících profesí.

Tabulka 6: Přehled předmětů zaměřených na thanatologii v sociálních oborech						
VŠ obor	název předmětu	forma	rozsah v hodinách	kredity	P/PV/V	způsob zakončení
Teologická fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích studijní obor: sociální a charitativní práce – prezenční forma studia						
1.	Fenomén smrti a umírání	přednášky/ semináře	1/1/týden	3	PV	zkouška
Fakulta sociálních studií Masarykovy univerzity v Brně studijní obor: sociální politika a sociální práce – kombinovaná forma studia (4letý obor) sociální politika a sociální práce – prezenční i kombinovaná forma studia (3letý obor) (dvouoborové studium) sociální politika a sociální práce – kombinovaná forma studia (3letý obor) (jednooborové studium) sociální práce – prezenční forma studia (3letý obor) (dvouoborové studium)						
2.	Thanatologie	přednášky	1/týden	4	V	zkouška
Pedagogická fakulta Univerzity v Hradci Králové studijní obor: sociální a charitativní práce – prezenční i kombinovaná forma studia						
3.	Základy gerontologie a thanatologie	řízené konzultace	12/semestr*	3	P	zkouška
		přednášky	2/týden			
Pedagogická fakulta Univerzity v Hradci Králové studijní obor: sociální práce s osobami se sníženou soběstačností – kombinovaná forma studia						
4.	Charitativní a pastorační péče	přednášky/ semináře	6/6/semestr	3	P	zápočet
Vysvětlivky: VŠ – vysoká škola, P – povinný předmět, PV – povinně volitelný předmět, V – volitelný předmět * Údaje v horním řádku platí pro kombinovanou formu studia, údaje v dolním řádku pro prezenční formu studia. Zdroj: vlastní výzkum, 2010.						

Na základě provedené obsahové analýzy lze konstatovat, že profesní příprava pracovníků pomáhajících profesí v oblasti práce s umírajícími je zatím nedostatečná. Z vybraných 49 oborů se vyskytoval předmět zaměřený na paliativní hospicovou péči či doprovázení umírajících a jejich blízkých pouze u 18 z nich, tj. v necelých 37 %. Vzhledem k tomu, že všechny analyzované obory jsou primárně zaměřeny na práci s lidmi v kterékoliv fázi jejich života, jistě by bylo vhodné zařadit předmět zaměřený na terminální fázi životní dráhy jednotlivce i do zbývajících studijních oborů. Na první pohled se může zdát, že některé z oborů (např. fyzioterapie) se bez obdobného předmětu obejdou, ale pokud je do sylabů těchto oborů cíleně zařazován např. předmět Geriatrie a gerontologie, pak lze předpokládat, že se někteří absolventi ve své praxi setkávají také s doprovázením umírajících.

Z 18 oborů, ve kterých je příslušný předmět vyučován, je pouze v 10 případech tento předmět povinný. Ve zbylých případech jsou předměty povinně volitelné nebo volitelné, což v praxi znamená, že studenti, kterým se dané předměty nabízejí, si je nemusí zvolit. Z analýzy obsahu vyučovaných předmětů je patrné, že jen málo z nich nabízí studentům možnost pokusit se zpracovat v průběhu profesní přípravy vlastní emoce spojené se setkáváním se se smrtí a umírajícími. Cíleně se na emoční zpracování vlastní konečnosti a smrtelnosti zaměřuje pouze předmět s názvem Thanatologie vyučovaný na Fakultě sociálních studií Masarykovy univerzity v Brně. Vzhledem k mimořádně emoční i odborné náročnosti při profesionálním doprovázení umírajících by jistě stálo za zvážení zavedení povinných předmětů zaměřených na problematiku smrti a umírání do profesní přípravy. V rámci přípravy na budoucí povolání by se

tak všichni studenti zdravotnických, sociálních i pedagogických oborů povinně seznámili s problematikou thanatologie, s akcentem na vyrovnávání se s vlastní smrtelností i smrtí ostatních. „Ve vztahu k umírajícím – a také k truchlícím – se proto ukazuje mimořádně ostře dilema charakteristické pro dnešní stupeň civilizačního procesu. Informalizační posun v rámci tohoto procesu vedl k tomu, že užívání řady tradičních rutinních postojů ve významných a krizových životních situacích, mezi nimi i užívání rituálních floskulí, považují mnozí lidé za něco podezřelého a často i trapného. Je úkolem jednotlivce, aby našel správná slova a gesta. Snaha vyhnout se společensky zavedeným rituálům a formám zvyšuje nárok na osobní vynalézavost a vyjadřovací schopnost individua. Tomuto úkolu však zatím lidé – právě v souvislosti se svérázností současného civilizačního stupně – často nedorostli.“ (Elias, 1998: 27.) Právě onomu emočně inteligentnímu doprovázení umírajících a jejich blízkých by se měli v průběhu profesní přípravy na budoucí povolání pracovníci pomáhajících profesí naučit. Kýženému stavu se budeme moci přiblížit za předpokladu, že do studijních plánů jednotlivých oborů bude zařazen předmět zaměřený na thanatologii jako právoplatnou vědní disciplínu.

Poznámky:

- 1 vavrova@fhs.utb.cz
- 2 polepilova@ft.utb.cz
- 3 Cesta domů – Adresář [on-line], [cit. 29. 3. 2010]. URL: <http://www.cestadomu.cz/adresar.html>.
- 4 Podle informací dostupných na www.msmt.cz ke dni 14. 2. 2010.
- 5 Přednáška je teoretický výklad a komentář k učivu, které má student zvládnout. Přednášejícími jsou především profesori a docenti.
- 6 Cvičení a semináře jsou povinné a slouží k procvičení látky. Probíhají ve skupinách do maximálně čtyřiceti studentů. Podobají se hodinám ze střední školy.
- 7 Zápočet je udělován za splnění požadavků určených programem vzdělávací činnosti pro příslušný předmět. Uděluje jej vyučující. Na některých

fakultách získá student také bodové hodnocení. Získání zápočtu je vždy podmínkou pro vykonání zkoušky.

- 8 Zkouška může být pouze ústní, ústní s předcházející písemnou částí, nebo pouze písemná. Dnes převažuje hlavně písemná forma. Slouží k prověření vědomostí studenta. Pro skládání zkoušek jsou určena zkušební období. Jejich závěrečné datum je závazné a pro složení povinných zkoušek limitující. Skládání zkoušek před termínem zkušební období je možné.

Seznam literatury:

- BITÓ, L. **Kniha o dobře smrti**. Bratislava: Kaligram, 2006. ISBN 80-7149-839-4.
- CALLANANOVÁ, M., KELLEYOVÁ, P. **Poslední dary. Jak porozumět zvláštnímu vnímání a potřebám umírajících**. Praha: Vyšehrad, 2005. ISBN 80-7021-819-3.
- ELIAS, N. **O osamělosti umírajících**. Praha: Nakladatelství Franze Kafky, 1998. ISBN 80-85844-39-7.
- GOLEMAN, D. **Práce s emoční inteligencí. Jak odstartovat úspěšnou kariéru**. Praha: Columbus, 2000. ISBN 80-7249-017-6.
- HAŠKOVCOVÁ, H. **Thanatologie. Nauka o umírání a smrti**. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-471-3.
- KOLEKTIV AUTORŮ. **Umírání a paliativní péče v ČR**. Praha: Cesta domů, 2004a. ISBN: 80-239-2832-5.
- KOLEKTIV AUTORŮ. **Supervize – kazuistiky**. Praha: TRITON, 2004b. ISBN 80-7254-349-0.
- MATOUŠEK, O., a kol. **Metody a řízení sociální práce**. Praha: Portál, 2003. ISBN: 80-7178-548-2.
- RINPOČHE, S. **Tibetská kniha o životě a smrti. Nová duchovní klasika předního tibetského buddhismu**. Praha: Pragma, 1996. ISBN 80-7205-006-0.
- Internetové zdroje:**
- SVATOŠOVÁ, M. **Stručný přehled historie hospicového hnutí v ČR, stav současný a cílový** [on-line]. Praha, 2007, [cit. 7. 3. 2010]. URL: hospice.cz/hospice1/data/php07_historie.doc.

Modely starostlivosti o zomierajúcich

Models of Care of Dying People

Milan Tomka, Anna Kasanová

PhDr. Milan Tomka, PhD.,¹ vyštudoval sociálnu prácu na Filozofickej fakulte Univerzity Konštantína Filozofa v Nitre. Od roku 2001 pracuje na Katedre sociálnej práce a sociálnych vied UKF v Nitre. Pracoval ako konzultant a supervízor na Detskej linke záchranu, angažuje sa v komunálnej politike. Venuje sa predovšetkým témam sociálneho poradenstva a supervízie.

PhDr. Anna Kasanová, PhD., má dlhoročné skúsenosti v manažérskych pozíciách v zdravotníctve i v sociálnej sfére. Od roku 2002 vyučuje na Katedre sociálnej práce a sociálnych vied UKF v Nitre. Orientuje sa na problematiku chudoby a bezdomovstva, na sociálnu prácu s nezamestnanými a na širokú oblasť sociálnej práce so staršími ľuďmi.

Abstrakt

Za posledné desaťročia výrazne vzrástol záujem o problematiku hospicovej a paliatívnej starostlivosti v západných krajinách, ale aj v štátoch strednej a východnej Európy, vrátane Slovenska. Svedčí o tom rastúci záujem verejnosti o tieto služby vzhľadom na rastúcu životnú úroveň, ktorá proporcionálne tlačí na rast dopytu po službách hospicovej a paliatívnej starostlivosti. Taktiež starnutie populácie, rastúci podiel onkologických ochorení v štruktúre úmrtnosti vytvárajú čoraz väčší tlak na riešenie uvedených skutočností. Paralelne sa tak popri zlepšeniach v prevencii, diagnostike a liečbe, ktoré vyplývajú najmä z vysoko-technickej medicíny, vytvára priestor pre starostlivosť o ľudí, ktorí sa dožívajú vyššieho veku a trpia chronickými a degeneratívnymi chorobami.

Kľúčové slová

paliatívna starostlivosť, hospicová starostlivosť, koncepčný model, integrovaný model

Abstract

In the past decades the interest in the hospice and palliative care has rise up in the western countries, but also in the countries of Middle and Eastern Europe including Slovakia. The interest of the public together with the demand has increased due to the growth of living standard that results proportionally in the increased demand of the hospice and palliative care. The ageing of the population and growing number of the oncological illnesses in the mortality rate structure do create gradually high pressure on the solution of the stated problems. Parallely with the improvements in the prevention, diagnostics and the treatment which are related mainly to a high-technology medicine there emerges a room for the care of the elderly who achieve the seniority and suffer from chronic and degenerative illnesses.

Keywords

palliative care, hospice care, conceptual model, integrated model

Úvod

Smrťou človeka sú ročne zasiahnuté milióny ľudí, čo posúva kvalitu starostlivosti o zomierajúcich na globálny problém. Cesta vedúca k smrti sa predĺžila, o čom svedčí aj rastúca stredná dĺžka života (Hrozenská et al., 2008a). Takto sa vytvorila nová sociálna skupina – „umierajúci“ a vznikli aj špeciálne inštitúcie a skupiny ľudí, ktoré sa venu-

jú výlučne starostlivosti o nich. V tejto súvislosti sa chceme zamerať na komplexný a integrovaný model hospicovej a paliatívnej starostlivosti ako aspektu zdravotného a sociálneho systému, ktoré sú v prípade starostlivosti o zomierajúcich úzko prepojené.

Cieľom tradičných zdravotníckych centier a tiež väčšiny nemocníc je liečiť, alebo ak to nie

je možné, aspoň uchovať život za akúkoľvek cenu. Smrť a zomieranie nie sú súčasťou agendy moderných zdravotníckych centier – smrť je považovaná za stratu pacientov a obyčajne sa interpretuje ako zlyhanie vysoko-technickej medicíny. Aj v súčasnosti veľká časť pacientov zomiera v nemocniciach. Jednou zo základných príčin, prečo sa kvalita starostlivosti o zomierajúcich považuje za problém zdravotníckeho systému, je nedostatok informácií z oblasti zdravotníctva. Neexistujú totiž správy rozoberajúce priebeh starostlivosti o zomierajúcich, správy zachytávajúce stav pacienta tesne pred smrťou. Okrem štatistických dát o úmrtnosti nie sú k dispozícii informácie zachytávajúce indikátory kvality starostlivosti pred smrťou v štatistických správach napr. Svetovej zdravotníckej organizácie. Podmienky, v ktorých väčšina ľudí zomiera, sú často neakceptovateľné a snaha po zmene je badateľná. Pokrok v tejto oblasti si však vyžaduje podrobný výskum zameraný hlavne na preklenutie už spomínaného nedostatku vedomostí. Rozvoj domáceho a komunitne založeného modelu hospicovej a paliatívnej starostlivosti poodhalil, aké dôležité je formovanie vzťahov medzi pacientmi a ošetrovateľmi hlavne z toho hľadiska, že tieto vzťahy podporujú otvorenú komunikáciu a slúžia ako základňa informácií. Zároveň sa vytvára bezpečné prostredie podporujúce diagnostické vyšetrenia a vhodnú liečbu.

Kvalita starostlivosti pred smrťou bola hlbšie preskúmaná až v 90-tych rokoch 20. storočia. Predtým existovali len útržkovité informácie zahrňujúce napr. kontrolu bolesti, boli rozšírené smernice, ale neexistovalo jednotné integrované hľadisko. Jedným z dôležitých trendov v demografickom vývoji, hlavne severnej pologule, je starnutie populácie v dôsledku zvyšovania priemernej dĺžky života, poklesu pôrodnosti, vysoko-kvalitnej medicínskej techniky a pod. So zvyšujúcim sa vekom obyvateľstva sa zvyšuje i potreba zdravotnej starostlivosti, ktorá často kráť z rôznych príčin nie je adekvátna potrebnej kvalitnej starostlivosti predovšetkým o citlivú skupinu pacientov v poslednej etape života. Osobitne tí, ktorí trpia nevyliciteľnou, progredujúcou chorobou, akou je napr. AIDS, rakovina, Alzheimerova či Parkinsonova choroba, majú v posledných štádiách života obyčajne veľké bolesti, trpia depresiami a inými problémami, o ktorých nám chýbajú dostatočné vedomosti.

Pohľady v definíciách paliatívnej starostlivosti (ďalej PS) a hospicovej starostlivosti (ďalej HS) nie sú jednotné a zároveň sa vzájomne prelínajú. Z pohľadu komplexnej hospicovej starostlivosti môžeme považovať paliatívnu starostlivosť za jeden z aspektov zdravotnej starostlivosti o zomierajúceho popri ďalších oblastiach, v ktorých je hospic činný (napr. sprevádzanie chorých, osobná asistencia). Čo sa týka pojmu starostlivosť o zomierajúcich (end-of-life care), chápe sa skôr ako integrovaný koncept. Na rozdiel od pojmu paliatívna starostlivosť, ktorá zahŕňa skôr predstavu o zbavovaní bolesti pacienta, má bližšie k hospicovej starostlivosti, zastrešujúc aj aspekt zdravotnej starostlivosti o zomierajúceho.

V tomto príspevku pristupujeme k pojmu paliatívna starostlivosť podľa definície Svetovej zdravotníckej organizácie z roku 2002 a hospicovú starostlivosť považujeme za synonymum tohto pojmu. Hospicová a paliatívna starostlivosť nie sú iba starostlivosťou poslednej možnosti alebo štádia. Nie sú niečím, čo prichádza po neúspešných formách liečby a starostlivosti. Paliatívna starostlivosť je integrálnou súčasťou zdravotnej starostlivosti a v tomto svetle je potrebné na ňu pozeráť. V novom chápaní hospicovej starostlivosti je potrebné pristupovať k nej ako k integrálnej súčasťi sociálno-zdravotnej starostlivosti o starnúcu populáciu. Je to cesta, ako sa postarať o zvyšujúci sa počet osôb s chronickými a degeneratívnymi chorobami, čo možno považovať za jeden z prvoradých problémov zdravotníckeho systému vyspelého sveta pre najbližších 50 rokov.

Zo všetkých existujúcich štruktúr a zariadení súčasnej zdravotnej starostlivosti má hospic najlepšie predpoklady transformovať sa na sociálno-zdravotné zariadenie pre smrteľne chorých do budúcnosti – nakoľko je v súčasnosti stále oddeleným systémom z rôznych hľadísk – aby sa tak stal komponentom štandardu starostlivosti o zomierajúcich a časťou akceptovanej zdravotníckej praxe (Jennings, 2003: 6).

Tak, ako sa vyvíja samotná definícia hospicovej/paliatívnej starostlivosti, tak sa vyvíjajú a menia základné otázky tejto starostlivosti:

1. Pre koho je hospicová a paliatívna starostlivosť určená?

Neexistuje jednotný názor na otázku, komu poskytnúť paliatívnu starostlivosť, a preto jednotlivé krajiny pristupujú k tejto otázke rozdielne.

Sumarizáciou dostávame 3 skupiny pacientov, ktorým sa poskytujú paliatívna starostlivosť:

- a) predpokladaná dĺžka života max. 6 mesiacov
- b) chronicky chorí s intenzívnymi symptómami
- c) vysoká pravdepodobnosť úmrtia do 1 roka

Hospicová starostlivosť je určená pacientom s rýchlo progredujúcou chorobou od určitého okamihu (napr. onkologické ochorenia). Na druhej strane, hospicová starostlivosť nie je určená pacientom, u ktorých smrť nie je predpovedateľná a ktorých trajektória smrti/života je skôr vyrovnaná, ako napr. u srdcovocievnych ochorení. Prijatie pacienta do hospicovej starostlivosti napr. v Čechách podmieňuje niekoľko faktorov. Svatošová (1998: 21) hovorí o štyroch kritériách indikácie: „Napredujúce ochorenie ohrozuje pacienta na živote, je nevyhnutná paliatívna liečba, pacient nepotrebuje akútne ošetrovanie a nemocničnú starostlivosť, starostlivosť v domácom prostredí je nedostatočná alebo nemožná.“

Na Slovensku je hospicová starostlivosť indikovaná pre pacientov, ktorí sa vedome a dobrovoľne zrieknu kauzálnej liečby a rozhodnú sa pre hospicovú starostlivosť. Všeobecne je ohraničená dĺžka zostávajúceho života na 6 až 10 mesiacov. Súčasťou starostlivosti je aj účinná opora a pomoc príbuzným a priateľom umierajúcich, a to často aj po pacientovej smrti. Paliatívna starostlivosť v oboch krajinách teda nie je určená iba onkologicky chorým, ale všetkým, ktorí trpia nejakou progresívnou chronickou chorobou.

2. Kedy poskytovať hospicovú a paliatívnu starostlivosť?

V predchádzajúcom bode sme v súvislosti s označením, komu je určená HS a PS, uviedli aj časové hľadisko, tu uvádzame iba sumarizáciu toho, čo uvádzajú rôzni autori:

- a) v posledných dňoch života
- b) posledné týždne života
- c) posledné mesiace života
- d) posledný rok života

3. Kde poskytovať hospicovú a paliatívnu starostlivosť?

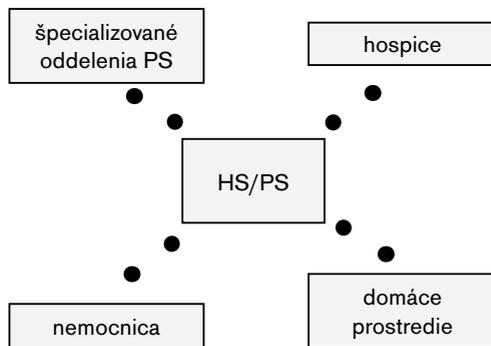
- a) v domácom prostredí
- b) na špecializovaných oddeleniach PS
- c) v nemocniciach
- d) v hospicoch



Obr. 1. Trajektória procesu zomierania (zdroj: Jennings, 2003)

Vo všeobecnosti rozlišujeme dva základné druhy paliatívnej starostlivosti: ambulatnú a ústavnú, rovnako je to aj s hospicovou starostlivosťou. Horeuvedené členenie označujeme pojmom základné členenie. Paliatívna starostlivosť poskytovaná v domácom prostredí sa často označuje pojmom mobilný hospic, ktorý zvykne byť zriaďovaný ako súčasť hospicu, nemocnice alebo špecializovaného oddelenia PS. Ambulantné oddelenie PS, t. j. stacionár, môže byť zriaďovaný v rámci zariadení základného členenia s výnimkou mobilného hospicu. V rámci nemocníc sa môže hospicová starostlivosť poskytovať na geriatrických oddeleniach, v liečebniach dlhodobo chorých (LDCh) alebo je možné zriadiť priame špeciálne oddelenie PS ako súčasť nemocnice. V súčasnosti existujú zámery o prepojenie sociálnej a zdravotnej oblasti, a tak je možné v niektorých krajinách zriaďovať jednotky paliatívnej starostlivosti aj v rámci zariadení sociálnych služieb (napr. zariadenia pre seniorov a pod). Hrozenská a kolektív (2008b) zaraďujú blízkosť smrti človeka medzi najdôležitejšie sociálne dôsledky starnutia. Preto možnosť starostlivosti v dôstojných

Obr. 2. Prostredia poskytovanej hospicovej a paliatívnej starostlivosti (zdroj: Jennings, 2003)



podmienkach pre dožitie je obzvlášť významná, a to v každom prostredí, ktoré znázorňuje predchádzajúce schéma.

4. Pri akých nákladoch? (tu sa rieši otázka, kto sa podieľa na financovaní HS/PS)

- a) pacient
- b) rodina
- c) zdravotnícky systém (Foley, 2003)

Pod termínom financovanie zdravotnej starostlivosti rozumieme proces výberu finančných prostriedkov, ktoré slúžia na krytie všetkých aktivít spojených s poskytovaním zdravotnej starostlivosti. Tvorba financovania zdravotníctva by mala rešpektovať odporúčania SZO, ktorá ich deklarovala v strategickom materiáli Zdravie 21, v ktorom je uvedených 21 strategických cieľov pre zdravotníctva jednotlivých členských krajín. Odporúča sa finančný objem pre zdravotníctvo vo výške 7–10 %. Zatiaľ čo priemerná výška percent z HDP na zdravotníctvo sa v krajinách EÚ pohybuje okolo 8,5 %, u nás na Slovensku je toto percento oveľa nižšie. Neuspokojivá (aj keď postupne meniaci sa) situácia je v štruktúre finančných zdrojov zdravotníctva. Analýzy OECD hovoria, že zdravotná starostlivosť o človeka v poslednom roku jeho života je najdrahšia, dokonca bez ohľadu na to, kde (či v nemocniciach, alebo v hospicioch) je poskytovaná. Avšak z hľadiska poskytovania kvality starostlivosti na konci života je hospic bez najmenšej pochybnosti bezkonkurenčný.

Uvádzame financovanie HS/PS v krajinách V4:

MAĎARSKO:

Finančné pokrytie HS/PS v Maďarsku zabezpečujú:

- Fond národného zdravotného poistenia (National Health Insurance Fund) – pokrýva 30 až 40 % celkových nákladov HS/PS
- štátne zdroje – 1 % príjmu z daní
- dary a granty:
 - PHARE – európsky program určený na pomoc krajinám strednej a východnej Európy
 - Maďarská nadácia Soros (Hungarian Soros Foundation)
 - Inštitút otvorenej spoločnosti
- Charita

POLSKO:

Zdroje financovania v Poľsku zahŕňajú Nadáciu Štefana Bátora (Stefan Batory Foundation) a Inštitút otvorenej spoločnosti (Open Society Institute), Nadáciu poľských hospicov (Polish Hospices Fund) a Poľskú asociáciu paliatívnej starostlivosti (Polish Association for Palliative Care) (Luczak, et al., 2003).

Mimovládne organizácie hospicovej a paliatívnej starostlivosti regulujú financie podľa smerníc Ministerstva zdravotníctva z roku 1995. Tieto smernice určujú podmienky verejného financovania samostatných jednotiek zdravotnej starostlivosti a manažment zdrojov. Smernice určujúce zakladanie a financovanie jednotiek PS:

1. Dodatok k zákonu o zdravotnom poistení (Amendment to the Universal Health Insurance Act) (1998) zaväzuje regionálne zdravotné fondy (Regional Health Funds) uzatvárať zmluvy za služby zabezpečené jednotkami HS/PS ako samostatnej lekárskej činnosti.
2. Štandardy v paliatívnej a hospicovej starostlivosti (1999)
3. Smernice Ministerstva zdravotníctva (MoH regulations) (1999) ustanovujú paliatívnu medicínu za lekársku subspecializáciu a paliatívnu starostlivosť za ošetrovateľskú špecializáciu. Podľa smerníc Ministerstva zdravotníctva sú kliniky paliatívnej medicíny, zariadenia domácej PS a jednotky HS/PS zahrnuté do uzákonených lekárskeho zariadení (tamtiež).

SLOVENSKO:

Financovanie HS/PS vzhľadom na nedostatočné finančné zdroje v slovenskom zdravotníctve smeruje k viaczdrojovému financovaniu. Ideálne by bolo rozloženie nákladov v pomere najmenej 60 % zo zdravotného poistenia, 10 % ako príspevok pacienta a príspevok štátu za poskytovanie sociálnej služby od VÚC na úrovni príspevku za klienta domova dôchodcov. V ČR tento príspevok poskytuje priamo MPaSV, u nás to zatiaľ Vyšší územný celok odmieta. V SR všetko zatiaľ funguje na sponzorstve s pomocou grantov z nadácií Tvoja Zem, British Know How fund, holandských nadácií, atď. (Žitňanský, 2003: 13).

Z hľadiska rozdelenia nákladov na prevádzkové a investičné sú investičné náklady doteraz hradené prevažne zo súkromných zdrojov a zdrojov tretieho sektora, ktoré nie sú dostačujúce. Investície zo štátneho rozpočtu SR neboli systematicky pridelené ani cez rozpočet MZ SR, ani MPSVaR SR.

Prevádzkové náklady by mali byť z väčšej časti (70–90 %) hradené zo zdravotného a sociálneho poistenia občanov, zvyšné prevádzkové náklady (10–30 %) si budú musieť hospice zabezpečiť zo súkromných a alternatívnych zdrojov (fundraising, sponzorské dary a príspevky, dotácie zo strany štátu, finančné granty nadácií, podnikateľské aktivity zariadenia, zisk z usporiadania rôznych charitatívnych akcií a benefičných koncertov, a pod.). Nevyhnutná je aj spoluúčasť pacienta v hospici. Financovanie HS/PS z verejného zdravotného poistenia však naďalej zostáva problémom, nakoľko spôsob financovania týchto zariadení zadefinovalo až cenové opatrenie ministerstva financií v lete v roku 2003 a poisťný rozpočet (najmä VŠZP) nemal na daný rok a danú starostlivosť vyčlenené žiadne finančné zdroje. Okrem toho sa cenové opatrenie v októbri 2003 novelizovalo – minimálna cena preplatená poisťovňou za 1 deň v hospici sa zvýšila z 300 Sk na 900 Sk (tamtiež). Paliatívna starostlivosť na paliatívnom oddelení je v zmysle platného cenového opatrenia hradená sumou 14 000–21 000 Sk za hospitalizovaného pacienta – podľa typu nemocnice.

ČESKO:

Služby paliatívnej starostlivosti sú v ČR uznané zdravotníckymi zariadeniami a verejnými zdravotnými poisťovňami za formu ošetrovateľskej starostlivosti. Financovanie zo zdravotného poistenia preto nie je dostatočne adekvátne na to, aby mohli zariadenia paliatívnej starostlivosti plniť svoje poslanie. Zdravotné poisťovne uhradia v priemere 40–60 % skutočných celkových výdavkov. Zostávajúce výdavky sú kryté subvenciami ministerstva zdravotníctva (20–40 %), miestnou samosprávou (5–10 %) a súkromnými darmi. Priama finančná záťaž samotného pacienta je diferencovaná podľa jednotlivých hospicov, pričom v niektorých hospicioch sa starostlivosť poskytuje pacientom bezplatne, v ďalších sú dobrovoľné príspevky alebo fixné platby na deň (Wright, Clark, 2003: 51).

Zomierajúci človek v dôsledku smrteľnej choroby je v kríze, odkázaný na pomoc iných ľudí, na spoločenské štruktúry, do ktorých je integrovaný svojím sociálnym rozmerom osobnosti. Každý člen spoločenskej štruktúry má v prípade potreby prirodzené právo na podporu, ochranu, pomoc príslušných orgánov a zariadení. V tomto smere je podľa Pavelovej (2008) komunitná sociálna práca jednou z možností, ako vyjsť v ústrety starším ľuďom, pričom v kontexte domácej hospicovej a pa-

liatívnej starostlivosti majú v týchto prípadoch byť starší umierajúci ľudia významnou cieľovou skupinou sociálnej i zdravotnej komunitnej práce. Podľa Blumhubera (2002) hospicová a paliatívna starostlivosť má nerozdeliteľný medzirezortný *zdravotnícko-sociálny* rozmer, a preto sa hľadajú spôsoby naplnenia jej realizácie v službách sociálne odkázaného jedinca. Na tento problém upozorňuje aj Rada Európy vo svojom odporúčaní č. 1418/1999. Z týchto skutočností môžeme vyvodiť, že ide o spoločenský problém hľadania optimálneho modelu zomierania, ktorý má byť pre spoločnosť aj ekonomicky prijateľný. Je to celosvetový problém. V súčasnosti môžeme konštatovať, že moderný model zomierania a smrti sa intenzívne hľadá. Aktuálne sú 4 modely starostlivosti o zomierajúcich:

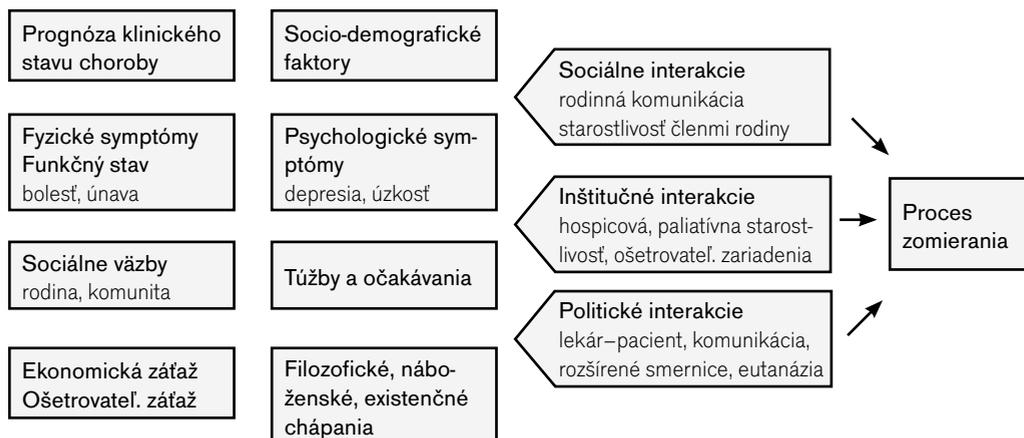
1. domáca starostlivosť
2. inštitucionalizovaná podľa príslušnosti na oddelenie
3. hospicová starostlivosť
4. eutanázia (PS je humánnou alternatívou k eutanázii)

Paliatívna a hospicová starostlivosť sa do budúcnosti rysuje ako priorita spoločnosti v jednom rade s prevenciou, diagnostikou a liečbou. Pomáha všetkým prijať realitu smrti ako prirodzenej súčasť života a povzbudzuje nájsť duchovný zmysel života. Dokáže dosiahnuť konsenzus medzi chorým, rodinou a zdravotníkmi. Nastolí rovnováhu vedeckého prístupu a humanizmu zvyšuje kvalitu života, humanizuje proces zomierania, vytvára jednotiaci model paliatívnej a inštitucionalizovanej starostlivosti o zomierajúcich (Fabuš, Kulichová, 2000).

Koncepčný proces zomierania

Nakoľko existujú rôzne pohľady na príčiny a zmysel zomierania a smrti, predovšetkým z diferencovaného pohľadu vyspelých a rozvojových krajín, rôznia sa i definície tých istých pojmov. V oblasti paliatívnej starostlivosti a pri jej zakotvovaní do národného zdravotníckeho systému sú najdôležitejšie:

- sociálne interakcie – rodinná komunikácia, starostlivosť členov rodiny
- inštitucionálne interakcie – hospicová starostlivosť, paliatívna starostlivosť, ošetrovateľské zariadenia, domáca starostlivosť
- politické interakcie – vzťah lekár–pacient, ich vzájomná komunikácia, rozšírené smernice



Obr. 3. Konceptný proces zomierania (zdroj: Stjernswärd, Clark, 2003)

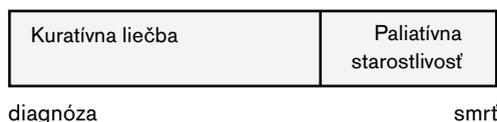
v oblasti paliatívnej starostlivosti, otázky eutanázie (Warry, 2003)

Výslednicou toho, ako sú nasmerované všetky spomenuté faktory, je samotný proces zomierania – vyrovnanie sa so skutočnosťou alebo naopak, zlyhanie. Vo vyše uvedenej tabuľke sú uvedené faktory, ktoré sa stávajú pre zvládnutie choroby pacienta najdôležitejšie:

Integrovaný model starostlivosti o zomierajúcich

Vývoj modelov kuratívnej a paliatívnej liečby:

Model 1



V minulosti sa pozornosť a všetky dostupné zdroje a prostriedky sústreďovali výhradne na kuratívnu liečbu, bez ohľadu na jej účinnosť alebo rešpektovanie potrieb zomierajúceho, ponechávajúc paliatívnu starostlivosť na posledné dni života.

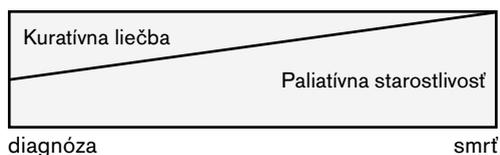
Model 2



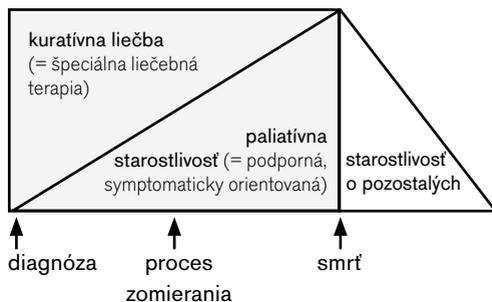
V súčasnosti sa hlavne vo vyspelých krajinách používa rovnomerné zastúpenie kuratívnej a palia-

tívnej liečby vzhľadom na progresiu choroby. Po stanovení diagnózy a následne s rastúcou progresiou choroby proporcia paliatívnej liečby narastá.

Model 3



Hlavne v rozvojových krajinách, kde špeciálne liečebné kuratívne postupy nie sú k dispozícii, sa väčšia pozornosť sústreďuje na zmiernenie príznakov choroby, teda na paliatívnu liečbu.



Obr. 4. Integrovaný model starostlivosti o zomierajúcich (Zdroj: Foley et al., 2003)

Integrovaný model starostlivosti o zomierajúceho zahŕňa rovnakú proporciu ako kuratívnej, tak i paliatívnej starostlivosti a tiež starostlivosť o rodinných príslušníkov, príbuzných a ošetrojúcich, ktorých určitým spôsobom zasiahla smrť blízkej osoby.

Programy HS/PS sú v mnohých krajinách súčasťou národnej stratégie zameranej na kontrolu progresívnych chronických ochorení. Existujú paralelne s programami prevencie, skorého odhalenia a liečby, poskytujúc kontinuitu starostlivosti o pacienta po celú dobu od diagnózy až po konečné štádium. Napriek tomu, že považujeme zomieranie a smrť za rozsiahly sociálny problém, vzhľadom k uvedenému podporujeme integráciu hospicovej a paliatívnej starostlivosti do národného zdravotníckeho systému.

Integrácia hospicovej/paliatívnej starostlivosti do národného zdravotníckeho systému si vyžaduje sústrediť pozornosť na 3 základné oblasti:

1. vládna politika
2. vzdelávanie
3. dostupnosť liekov

Efektívne zavedenie hospicovej a paliatívnej starostlivosti do národného systému si vyžaduje kontinuitu a prepracovanosť všetkých troch zložiek.

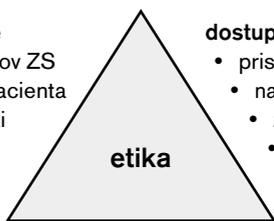
Kľúčové prvky kvalitnej starostlivosti o zomierajúcich je potrebné merať a porovnávať. Hoci tieto meradlá sú dostupné z rôznych hľadísk, je sklon zameriavať sa na kvalitu starostlivosti o tých, ktorí sú v hospicoch, alebo majú nadmerne veľké ťažkosti. Rozvoj noriem kvality starostlivosti o zomierajúcich zahŕňa i tie, ktoré zodpovedajú kontextu rozvojových krajín a do budúcnosti budú dôležitým zameraním výskumu.

V súčasnosti sa podľa Foleya za 5 kľúčových prvkov merania starostlivosti o zomierajúcich považujú:

1. zvládnutie a kontrola symptómov
2. spolurozhodovanie pacienta
3. spokojnosť pacienta
4. koordinácia starostlivosti
5. kontinuita starostlivosti

vzdelávanie

- odborníkov ZS
- rodiny, pacienta
- verejnosti
- ostatní



dostupnosť liekov

- prispôbenie legislatívy
- na zvýšení dostupnosti liekov
- zlepšenia v oblasti predpisov,
- distribuovania a spravovania liekov

vládna politika

národná alebo štátna politika zdôrazňujúca potrebu paliatívnej starostlivosti cez vzdelávanie, dostupnosť liekov a vládnu podporu

Obr. 5. Tri piliere hospicovej a paliatívnej starostlivosti (zdroj: Stjernswärd, Clark, 2003)

Prvky zdôrazňujúce predovšetkým kvalitu starostlivosti o zomierajúcich:

1. zvládnutie a kontrola symptómov
2. duchovný a osobnostný rast
3. rodinné zázemie
4. zrozumiteľné informácie poskytujúce pacientovi možnosť podieľať sa na rozhodovaní
5. pocit istoty, že pacient nebude považovaný za finančné, emocionálne či iné bremeno
6. právo sebaurčenia a možnosť kontroly vybraného liečebného postupu

Kľúčové prvky starostlivosti o zomierajúcich sú síce zadefinované, ale sú rozdielne podľa jednotlivých hľadísk. V roku 1997 uverejnil Inštitút medicíny šesť prvkov kvality starostlivosti o zomierajúcich **z pohľadu klinického odborníka:**

- celková kvalita života
- fyzická pohoda a pocit zdravia
- psychosociálna pohoda
- duchovná pohoda
- akceptácia starostlivosti pacientom
- rodinná pohoda a akceptácia (Foley, 2003: 6)

Neskôr, v roku 1999 publikovala kanadská spoločnosť BioMed Central správu, obsahujúcu päť aspektov starostlivosti o zomierajúcich **z pohľadu pacienta:**

- obdržať adekvátnu starostlivosť v oblasti zvládnutia bolesti a symptómov
- vyhýbať sa neprimeranému predlžovaniu procesu zomierania
- získať pocit vnímania a sebaovládania pacientom
- zmierniť utrpenie blízkych
- posilniť vzťahy s blízkymi (www.biomedcentral.com/1472-684X/1/4)

Úsilia vyhodnotiť a zlepšiť skúsenosti pacientov a rodín na konci života musia počítať s rôznorodým vnímaním a chápaním. Je dôležité poznamenať i to, že tento výskum zameraný na pacientov bol uskutočnený vo vyspelých krajinách a nezahŕňa dôležité elementy kvality starostlivosti o zomierajúcich z pohľadu rozvojových krajín. Preto je potrebné zosúladiť hľadisko pacienta a klinického odborníka na jednej strane

a hľadisko vyspelých a rozvojových krajín na strane druhej.

Paliatívna starostlivosť ako starostlivosť o ľudí v záverečnej fáze života je vnímaná ako vzťahujúca sa časť sociálnej práce. Sociálni pracovníci/sociálne pracovníčky majú v tejto oblasti možnosť využiť svoje profesionálne zručnosti, prichádzajú do kontaktu s hodnotením, analýzou a intervenciou za účelom zlepšenia kvality starostlivosti o umierajúcich. V oblasti paliatívnej starostlivosti je poskytovaná rôzna intervencia, a to:

- individuálne poradenstvo a psychoterapia
- rodinné poradenstvo
- krízové poradenstvo
- poskytovanie informácií a vzdelávanie
- organizácia podporných skupín
- intervencia závislá na zvládaní symptómov
- stanovenie plánu intervencie po prepustení z nemocnice
- rozhodovanie a implikácia rôznych liečebných alternatív
- zastupovanie klientov
- poradenstvo pri využívaní zdrojov

Sociálni pracovníci sú tak priamo zainteresovaní do zvyšovania kvality života a presadzovania novej pohody pre klientov a ich rodín (Haburajová-Ilavská, 2006: 5).

Na základe uvedeného činnosť sociálneho pracovníka v prospech klienta môžeme označiť ako pomoc, podporu, preto, ako odborník musí:

- disponovať diagnostickými schopnosťami (identifikácia problému)
- sociálnymi zručnosťami (najmä komunikácia s klientom)
- psychologickými schopnosťami (chápanie klienta, vedenie klienta)

Formy práce sociálneho pracovníka/sociálnej pracovníčky s umierajúcim možno podľa Pírkovéj (2002: 8–10) zhrnúť do týchto piatich etáp:

1. oboznámenie sa s chorobopisom, prvý kontakt s umierajúcim,
2. sociálna diagnóza,
3. návrh riešenia a plán sociálnej pomoci,
4. sociálna terapia,
5. overovanie výsledkov.

Oboznámenie sa s chorobopisom: to je prvý krok, ktorý musí urobiť sociálny pracovník – vedieť o zdravotnom probléme umierajúceho. Mal by

vedieť kompletnú anamnézu a mal by sa zoznamiť aj s názormi sestier na umierajúceho, ale svoj úsudok na klienta si má vytvoriť sám. Na základe zistených skutočností môže sociálny pracovník rýchlo zvoliť vhodný prístup na vzbudenie klientovej dôvery. Jednou z metód sociálnej práce, ktorá sa používa pri prvom kontakte s klientom, je individuálny rozhovor. Na začiatku rozhovoru sa sociálny pracovník predstaví a zdôvodní klientovi svoju návštevu, aby klient pochopil rozdiel sociálnej práce a práce zdravotníka. Pri prvom kontakte zahajuje sociálny pracovník tzv. prípadovú štúdiu a vytvára podmienky na nadviazanie dôverného vzťahu, ktorý pracovne nazývame terapeutickým vzťahom. U umierajúceho musí navodiť taký stav dôvery, že tento bude schopný pred ním verbálne vyjadrovať duševné trápenie, ktoré mu spôsobuje nevyliciteľná choroba.

Sociálna diagnóza: sociálny pracovník získava riadeným rozhovorom s klientom psychosociálnu anamnézu, na základe ktorej si vytvorí sociálnu diagnózu. Najskôr sa zaoberá osobou klienta vo vzťahu k jeho nevyliciteľnej chorobe. Zisťuje, ako choroba ovplyvnila jeho život, ako túto chorobu prijíma... Ďalším krokom k stanoveniu diagnózy je zisťovanie finančnej situácie (stavu hmotnej a sociálnej núdze) a bývania. Veľmi dôležité je zisťovať, aká bola finančná situácia rodiny pred ochorením klienta. Ďalšou dôležitou časťou je zisťovanie širších sociálnych podmienok a vzťahov v rodine – sociálny kapitál v rámci jeho etnika, sociálnej vrstvy...

Návrh riešenia a plán sociálnej pomoci: v tejto etape si sociálny pracovník vytvorí svoj návrh na riešenie a plán sociálnej pomoci, ktorá môže byť krátkodobá alebo dlhodobá. *Krátkodobá pomoc* je zameraná na vyriešenie najnaliehavejších záležitostí klienta. *Dlhodobá pomoc* zahŕňa plán týkajúci sa existencie klienta, zaistenie potrebného rozsahu a kvality starostlivosti o klienta.

Sociálna terapia: pod pojmom sociálna terapia rozumieme činnosť, ktorá je zameraná na obnovu, zlepšenie, ozdravenie alebo zmiernenie stavu, v ktorom sa klient nachádza. Snaží sa o odstránenie porušenej rovnováhy medzi klientom a prostredím. Je to aj spoločné ovplyvňovanie sociálneho správania klienta sociálnym pracovníkom. Sociálny pracovník rieši alebo zabezpečuje riešenie problémov, ktoré spôsobujú u klienta strach, stres i neistotu, na ktorú sa mu klient sťažuje.

Overovanie výsledkov: Sociálny pracovník po skončení predchádzajúcich etáp overuje dve veci:

- do akej miery sa mu podarilo splniť plán svojich činností, ktoré si pôvodne určil v záujme klienta,
- ako tento plán prispel k zlepšeniu kvality života klienta podľa vlastného hodnotenia chorého (Pirková, 2002: 8–10).

Sociálny pracovník je akousi spojkou medzi zomierajúcim, jeho rodinou, zamestnávateľom a odborníkmi. Pomáha všetkým zúčastneným prekonávať komunikačnú bariéru, vyrovnávať sa s neustále sa meniacou situáciou (zdravotný stav sa obyčajne zhoršuje, ochorenie progreduje). Zaisťuje klientovi spirituálnu starostlivosť, uspokojenie jeho duchovných potrieb, prípadne aktivity, akými sú muzikoterapia, aromaterapia, arteterapia a ďalšie podľa klientových záujmov, ktoré mu môžu spríjemniť posledné dni života. Vytvorí spolu s klientom harmonogram, ktorý rešpektujú, plnia a podporujú všetci členovia tímu. Pre osamotených klientov zabezpečuje návštevy dobrovoľníkov ako i vhodnú starostlivosť o domáce zvieratá, ktoré bol klient nútený nechať doma (prostredníctvom dobrovoľníkov a rôznych spolkov na ochranu zvierat).

V oblasti paliatívnej starostlivosti teda plnia sociálni pracovníci niekoľko úloh. Vystupujú nielen ako sociálni pracovníci a poradcovia, ale aj ako klinickí pracovníci, výskumníci, vzdelávatelia, vodcovia v komunitách či advokáti. V rámci týchto rolí sa starajú o zvyšovanie kvality života nielen konkrétneho klienta, ale aj jeho rodiny a rodinných príslušníkov. Osamelým klientom poskytujú sociálni pracovníci sociálnu oporu.

Záver

Význam hospicovej a paliatívnej starostlivosti vzrastá s perspektívou zvyšujúcich sa požiadaviek na kvalitu života. Kasanová (2009: 5) uvádza, že „čoraz viac na dôležitosti naberajú aj otázky financovania hospicovej a paliatívnej starostlivosti vrátane existencie valorizačného mechanizmu, otázky zabezpečenia potrebného vzdelávania, legislatívy a pod. Keďže sa jedná o problematiku, ktorej sa vo vyspelých demokraciách venuje už niekoľko rokov značná pozornosť, veríme, že aj u nás bude o ňu, napriek pretrvávajúcim ťažkostiam v zdravotnej a sociálnej

sfére, prejavovaný patričný záujem.“. Naďalej zostávajú otvorené otázky, ktoré je potrebné rozvíjať a prehodnocovať. V prvom rade je potrebné vytvoriť zázemie cez adekvátne stanoviská rezortov zdravotníctva a sociálnych vecí, riešiť otázky financovania, modifikácie existujúcich legislatívnych podmienok, vzdelávania a osvetu, medzinárodnej spolupráce a iné. Postupujúce reformy v zdravotníctve by mali vytvárať predpoklady pre angažovanie sa tretieho sektora, cirkevných inštitúcií a aj súkromného sektora v predmetnej starostlivosti.

Poznámky

- 1 Kontakt na autorov: Katedra sociálnej práce a sociálnych vied, Kraskova 1, 949 74 Nitra, e-mail: mtomka@ukf.sk; akasanova@ukf.sk

Zoznam literatúry:

- BLUMHUBER, H. **The European Association for Palliative Care.** *Journal of Pain and Symptom Management*, Elsevier NY, august 2002, vol. 24, no. 2, p. 124–126.
- FABUŠ, S., KULICHOVÁ, M. **Domáca hospicová starostlivosť v systéme sociálno-zdravotníckych služieb.** Bratislava, 2000 [cit. 2010.03.12] Dostupné na internete: <http://hospice.cz/definicie.html>.
- FOLEY, M. K. **Palliative Care as a Public Health Issue.** Palliative Care Policy Development Conference, Budapest, october 2003.
- HABURAJOVÁ-ILAVSKÁ, L. **Etické aspekty smrti.** In Zborník z medzinárodnej konferencie, České Budejovice: VŠERS, 2007.
- HROZENSKÁ, M., et al. **Sociálna práca so staršími ľuďmi a jej teoreticko-praktické východiská.** Martin: Osveta, 2008a. 181 s., ISBN 978-80-8063-282-3.
- HROZENSKÁ, M., et al. **Aktuálne otázky sociálnej gerontológie pre stredné odborné školy I.** Nitra: UKF, 2008b, 130 s.
- JENNINGS, B., et al. **What is hospice care? Access to Hospice Care: Expanding Boundaries, Overcomming Barriers – special supplement,** Hastings Center Report, march–april 2003, p. 6–7.
- KASANOVÁ, A. **Až za hranice života, II. diel.** Hospicová a paliatívna starostlivosť v komplexe zdravotného a sociálneho systému, Nitra: UKF, 2009, 82 s.

- LUCZAK, J., et al. **Polish experiences in Palliative and Hospice Care.** Palliative Care Policy Development Conference, Budapest, October 2003.
- National Standards in Palliative Care.** Palliative Care Policy Development Conference, Budapest, oct. 2003.
- PAVELOVÁ, L. **Sociálne poradenstvo pre starších ľudí a perspektívy komunitnej sociálnej práce.** In *Aktuálne otázky sociálnej gerontológie pre stredné odborné školy II.* 2008. Nitra: FSVaZ UKF v Nitre, s. 63–82. ISBN 978-80-8094-361-5.
- PAVELOVÁ, L. **Komunitná sociálna práca.** Nitra: FSVaZ UKF v Nitre. 2006, 175 s.
- PÍRKOVÁ, M. **Sociálny pracovník vo vzťahu k chorému v terminálnom štádiu.** *Revue profesionálnej sestry.* Bratislava: Mauro, 2002, č. 4, s. 8–10.
- STJERNSWÄRD, J., CLARK, D. **Palliative medicine – a global perspective.** Palliative Care Policy Development Conference, Budapest, october 2003.
- SVATOŠOVÁ, M. **Hospic slovem a obrazem.** Praha, Ecce homo, 1998.
- WARRY, B. **Geriatrics and palliative care: the best of the both worlds.** *European Journal of Palliative Care.* 8th Congress of the EAPC, UK, april 2003, p. 29–31.
- WRIGHT, M., CLARK, D. **Transition in end of life care.** Philadelphia, 2003, p. 50–89. www.biomedcentral.com/1472-684X/1/4 (on-line 12. 5. 2010)
- ŽITŇANSKÝ, R. **Hospicová nádej.** *Domino fórum,* č. 52–53, 2003, s. 12–13. In *Súčasný stav zdravotníctva – urgentný problém spoločnosti.* *Zdravotnícke noviny* č. 22, 29. máj 2003, s. 13.

Identifikace potřeb rodinných příslušníků v domácí paliativní péči

Identification of Family Needs in Domestic Palliative Care

Radka Bužgová

Mgr. Radka Bužgová, Ph.D.,¹ vystudovala doktorské studium v oboru Prevence, náprava a terapie zdravotní a sociální problematiky dětí, mládeže a seniorů na ZSF JU v Českých Budějovicích. V současné době přednáší na katedře ošetřovatelství Fakulty zdravotnických studií Ostravské univerzity etiku ve zdravotnictví, sociální péči a paliativní péči.

Abstrakt

Součástí péče o pacienta v paliativní péči je péče o jeho rodinu. Péče o umírajícího příbuzného je velmi náročná, omezuje pracovní proces, rodinný život i sociální vztahy a často souvisí s fyzickou a psychickou zranitelností. Rozpoznání problémů a nenaplněných potřeb rodinných příslušníků pečujících o svého blízkého na konci života může pomáhat odborníkům v paliativní péči v poskytování přiměřených intervencí a může vést k lepším výsledkům paliativní péče. Cílem tohoto příspěvku je poukázat na důležitost potřeb rodinných příslušníků pečujících o umírajícího pacienta a na základě analýzy literatury zjistit, jaké jsou nejčastější uváděné potřeby a nenaplněné potřeby rodinných příslušníků v paliativní péči v odborných a výzkumných statích. Bylo nalezeno a analyzováno 15 článků zabývajících se problematikou potřeb rodinných příslušníků v paliativní péči. Bylo zjištěno, že rodinní příslušníci považují za důležité mít dostatečnou informovanost, mít dobrý vztah s profesionály a emocionální podporu. Mezi nenaplněnými potřebami byla nejčastěji uváděna nedostatečná informovanost.

Klíčová slova

rodinní pečovatelé, potřeby, paliativní péče, zátěž, kvalita života

Abstract

Caring for a patient in palliative care includes caring for his/her family. Caring for a dying relative is very demanding, limits the working process, family life and social relations, and is often connected with physical and psychological vulnerability. Identifying problems and unmet needs of family members who are caring for their relative at the end of life may help professionals in palliative care to provide adequate interventions and may lead to better outcomes in palliative care. The aim of this contribution is to highlight the importance of needs of family members caring for a dying patient, and to find out, on the basis of literature analysis, the most frequently stated needs and unmet needs of family members in palliative care in professional and scientific articles. On the basis of literature search 15 articles dealing with problems of family needs in palliative care were found and analyzed. As findings suggest, family members consider sufficient awareness, a good relationship with professionals and emotional support as important. Inadequate awareness was the most often stated unmet need.

Keywords

family carer, needs, unmet needs, palliative care, burden, quality of life

Úvod

Filozofie paliativní péče zahrnuje rodinu jako součást péče o nemocného. Také Světová zdravotnická organizace (WHO) doporučuje jako jednotku péče zahrnout jak pacienta, tak jeho pečovatele (Hwang et al., 2003: 320). Cílem paliativní péče zaměřené na rodinné příslušníky je zvyšování kvality života rodiny umírajícího pacienta, a to posílením jejich způsobů zvládnání během cesty nemoci i v době truchlení. Péči o rodinné příslušníky nelze oddělit od kvalitní péče o pacienta. Pacientův zhoršující se stav, distres a nekontrolované symptomy mohou mít negativní dopad na pohodu a kvalitu života rodinných příslušníků. Naopak pohoda rodiny může ovlivňovat pacientovu vlastní celkovou pohodu (Fridriksdottir, 2006: 425).

Od příbuzných pečujících se očekává, že se vyrovnají s každodenní péčí o svého příbuzného, se změnami svých rolí i s rozdělením úloh mezi jednotlivé členy rodiny (O'Connor a Aranda, 2005: 221). Péče o umírající osobu je však velmi náročná, omezuje pracovní proces, rodinný život i sociální vztahy a často souvisí s fyzickou a psychickou zranitelností. Rokach et al. (1998) poukazuje na skutečnost, že proces umírání je pro rodinné příslušníky nejen stresující, ale také často doprovázen osamělostí, jak umírajících, tak těch, kteří jim jsou blízko nebo o ně pečují. Zvládnání (coping) osamělosti je různé, souvisí zejména se sociální podporou, náboženskou vírou a množstvím omezených aktivit. Osamělost je významným faktorem, který podněcuje depresi, úzkost, osobní hostilis a zdravotní problémy. Péče o rodinné příslušníky je tedy nutná a důležitá.

Zátěž pečovatele zpravidla souvisí s negativní reakcí na pečování a může se vztahovat k fyzickým, psychologickým, emočním, sociálním a finančním problémům, které jsou spojeny s pečováním. Tyto problémy jsou potenciální hrozbou pro pečovatelskou denní rutinu a mohou být z toho důvodu pokládány za stresory (Hwang et al. 2003: 320).

Rozpoznání problémů a nenaplněných potřeb pacientů (v anglické literatuře nazývané „*unmet needs*“) a potřeb jejich rodinných pečovatelů může pomáhat odborníkům v poskytování přiměřených intervencí a může vést k lepším výsledkům paliativní péče (Hwang et al., 2003: 320). V literatuře se hovoří nejen o potřebách rodinných příslušníků, ale také o tzv. významných

druzích (signifiacant others), tedy osobách, které jsou pro pacienty důležité bez ohledu na příbuzenský vztah (Persson, 2008).

Cílem této přehledové stati je poukázat na důležitost potřeb rodinných příslušníků pečujících o umírajícího pacienta a na základě analýzy literatury zjistit, jaké jsou nejčastěji uváděné potřeby a nenaplněné potřeby rodinných příslušníků v paliativní péči v odborných a výzkumných statích. Bylo nalezeno a analyzováno 15 článků zabývajících se problematikou potřeb rodinných příslušníků v paliativní péči.

Role a zátěž rodinných pečovatelů

Zapojení do rodinné péče vede často k řadě změn rolí a obvyklých činností. Ty mohou sahat od prostého děláni společnosti umírajícímu, k převzetí úkolů v domácnosti, přes pomoc a osobní péči, pomoc s dopravou, po komplexní ošetrovatelskou péči (Smithová, 2007: 339).

Hansonová (2007: 356) rozlišuje koncept přejímání role a práci v roli. V přejímání role se pečující rozhoduje o formální pečovatelské roli. Práce v roli se týká každodenních aspektů pečovatelské role a zahrnuje praktickou péči stejně jako emoční aspekty péče. Poslední fází je dosažení konce, v níž pečující končí s praktickým poskytováním péče, buď z důvodu umístění pacienta v institucionální péči, nebo jeho úmrtím.

V případě „přijetí situace péče“, tedy práce v roli, musí následovat rozdělení rolí umožňující uskutečnění této rodinné péče. To, zda si pečující rodina dokáže zorganizovat život, ve kterém dojde k značným změnám, že zvládnou rozdělení rolí, změni navykklé zvyklosti, zda si dokážou mnohé odříct, zejména priority jednotlivých členů rodiny na úkor společných potřeb fungování rodiny jako celku, jejímž společným cílem je pečovat o svého blízkého na konci jeho života (Jeřábek, 2005: 7).

Jsou-li během poskytování péče narušeny podpůrné sociální vztahy s členy širší rodiny nebo aktivní pracovní role, může to vést k potížím, které nastanou rodinnému pečovateli. V této situaci může průběžné posuzování toho, jak poskytovatel péče vnímá úroveň své odpovědnosti k nemocnému člověku a zdroje, které má k jeho podpoře, odhalit, že potřebuje další informační, vzdělávací nebo poradenskou činnost. U těch pečujících, pro něž je jejich role přítěží, lze předpokládat, že to bude mít důsledky pro jejich vlastní zdraví a životní pohodu jak během

období bolestné ztráty, tak po něm (Smithová, 2007: 343).

Problémem rodinných pečovatelů může být vysoká pečovatelská zátěž, deprese, fyzické zdraví, stres, porušené sociální funkce a snížená kvalita života. U rodinných pečovatelů byla zjištěna signifikantně nižší kvalita života, rodinné funkce, spokojenost s rodinnými funkcemi ve srovnání s běžnou populací. Dále byly zjištěny emoční problémy a problémy se spaním (Persson, 2008: 244).

Potřeby rodinných pečovatelů

Potřeby rodiny mohou být definovány jako vnímání požadavků nebo přání pro podporu a péči zdravotnických či jiných profesionálů. Kvalita péče může být potom měřena rozsahem potřeb, které byly naplněny. Naplnění potřeb rodiny může být použito jako důležitý indikátor kvality poskytované péče (Fridriksdottir, 2006: 425).

V literatuře jsou rozlišovány čtyři hlavní kategorie potřeb rodinných příslušníků: 1. potřeby v souvislosti s pacientovým komfortem, 2. potřeba informací, 3. potřeba praktické péče a 3. potřeba emocionální podpory. Výzkum ukazuje, že rodinní příslušníci uvádějí nenaplněné potřeby ve všech těchto kategoriích (Fridriksdottir, 2006: 425; O'Connor a Aranda: 2005, 223).

Hansonová (2007: 348) identifikuje na základě analýzy literatury 3 klíčová témata potřeb rodin terminálně nemocných, a to znalosti, způsob života a aktivity. Oblast znalostí zahrnuje, jak jsou rodinní příslušníci informováni. Za důležité považuje informace o nemoci svého příbuzného, diagnózu, prognózu, doprovodné symptomy, léčbu, péči a vývoj zdravotního stavu. Nutné je získání pravdivých informací, aby mohli rodinní příslušníci plánovat zbývající čas se svým příbuzným a měli příležitost připravit se na hrozící smrt. Důležitou oblastí informovanosti jsou také informace o finančních dávkách, zdravotních a sociálních službách.

Oblast „způsob života“ zahrnuje možnost být se svým příbuzným, trávit s ním společně čas, být si na blízku a otevřeně spolu hovořit o svých pocitech. Snahou je co nejlépe využít společného času. Efraimssonová et al. (2001) uvádí důležitost zachování pocitu normalnosti, zejména v tom, že se rodinní pečovatelé zdržují a pobývají doma se svým příbuzným. Ve „způsobu života“ je také zahrnuto vnímání změn své identity a vzhledu u rodinných pečovatelů, možnost

získání času pro sebe a trávení času i s jinými lidmi. To může vést k minimalizaci osamělosti (Hansonová, 2007: 351). Scott (2001) odkazuje na Maslowovu hierarchii potřeb a zdůrazňuje nutnost pečujících vypořádat se s emocemi, jako je úzkost, strach a nejistota, dále mít zabezpečené základní požadavky na odpočinek, relaxaci a spánek. Poukazuje také na důležitost výše stojících potřeb sebeúcty a seberealizace.

Poslední oblast „aktivity“ odkazuje k praktickému jednání pečujících, od osobní péče, zmírňování symptomů a pomoci s podáváním léků až k pravidelným úkonům v domácnosti, jako je nakupování, úklid a vaření (Hansonová, 2007: 352). Rodinní příslušníci mnohdy potřebují k vykonávání těchto aktivit praktickou pomoc při péči.

Zjišťování potřeb rodinných pečovatelů

K měření potřeb rodinných pečovatelů bylo vytvořeno několik měřicích nástrojů. Osse (2000) uvádí ve svém systematickém přehledu 6 měřicích nástrojů pro zjišťování potřeb rodinných příslušníků v paliativní péči využívaných ve výzkumných studiích. Mezi nejznámější patří FIN – Family Inventory of Needs (Fridriksdottir et al., 2006). Tento nástroj zahrnuje 20 otázek a měří dvě subškály – důležitost potřeb i jejich naplněnost. Zjišťování potřeb rodinných příslušníků bývá zpravidla spojeno také s měřením kvality života. Jedním z nejpoužívanějších nástrojů je dotazník QOLTI-F: measuring family carer quality of life. Sdružuje 7 domén – vlastní status pečovatele, vztahy, pohled na život, kvalitu péče, pacientův stav, peníze a prostředí. Cohen et al. (2006) dokazuje, že snížené vnímání kvality života rodinných pečovatelů je ovlivněno vnímáním pacientovy kondice (stavu). Persson et al. (2008: 242) poukazuje na signifikantně nižší kvalitu života rodinných pečovatelů ve srovnání s běžnou populací v oblasti emocí, problémů se spánkem a kognitivními funkcemi (rozhodování, paměť, koncentrace), dále v oblasti spokojenosti s fyzickými schopnostmi, spokojenosti s rodinou a funkcí rodiny (celková spokojenost s rodinným životem).

Fridriksdottir et al. (2006: 428) mezi důležité potřeby rodinných pečovatelů řadí: mít pocit, že péče o pacienta je profesionální, být ujištěn, že blízkému je poskytována nejlepší možná péče, mít praktickou pomoc s péčí o pacienta a mít pravdivé odpovědi na své otázky.

Podle jeho výzkumu profesionálové naplnili 67 % potřeb rodinných příslušníků. Nejméně naplněnými potřebami byla informovanost o symptomech, tedy příznacích nemoci. Také Hwang et al. (2003: 326), Mangan (2003: 256) a Smithová (2007: 344) dokazují, že mezi nejčastěji uváděné nenaplněné potřeby rodinných příslušníků patří potřeba informací zahrnující zejména více informací o domácí péči, nalezení pomoci s problémy doma, informovanost o prognóze onemocnění a dále management symptomů. Smithová (2007: 344) poukazuje ještě na nedostatečnou podporu rodinných příslušníků. Nedostatek informací a uznání ze strany profesionálů může způsobit pocit izolovanosti a obtíže, které rodinní příslušníci prožívají (Scott, 2001). Hasson et al. (2009: 259) ve své kvalitativní studii poukazuje na tyto nenaplněné potřeby rodinných pečovatелů během péče o nemocného s plicní obstrukční chorobou: nedostatečná informovanost o povaze onemocnění a dlouhodobých důsledcích, nedostatečná informovanost o možnostech podpůrných služeb, nedostatek finanční podpory, nedostatečná podpora v oblasti péče o úzkost a strach ze smrti svého blízkého, nedostatečné porozumění situaci rodin profesionály. Problémem rodinných příslušníků byla rostoucí sociální izolace, nemožnost plánovat vlastní aktivity a mít čas pro sebe a frustrace plynoucí z myšlenky neposkytování dostatečné péče svému blízkému.

Soothill et al. (2001) zjistil, že 43 % rodinných pečovatелů uvedlo nenaplněné psychosociální potřeby. Jako důležité potřeby uváděli rodinní pečovatелé mít dobrý vztah s profesionály a získávat upřímné informace. Málo z respondentů vyjádřilo spokojenost s těmito aspekty potřeb. Položky signifikantních nenaplněných potřeb se soustředily kolem aspektu managementu denního života, emocí a také sociální identity. Ornstein et al. (2009: 486) prokázal signifikantní souvislost mezi nenaplněnými potřebami a zvyšující se pečovatelskou zátěží.

Namba et al. (2007: 589) hodnotili v kvalitativním výzkumu emoce rodinných příslušníků při péči o blízkého v terminálním deliriu. Rodinní příslušníci charakterizovali v tomto období pozitivní i negativní emoce. Pozitivní emoce byly pocity naplnění, že mohou být se svým blízkým. Byly zjištěny i negativní emoce, jako je distres plynoucí z vidění pacientovy změny,

jaký byl předtím a nyní, a vidění jeho omezení. Častou emocí byla také úzkost a obavy opustit místnost blízké osoby, aby nezemřela bez jejich přítomnosti.

Psychosociální péče o rodinné příslušníky

Péče o rodinné příslušníky v paliativní péči zahrnuje 4 vhodné a účinné intervence vycházející z potřeb rodinných příslušníků, a to 1. pohoda pacienta, 2. informovanost rodiny, 3. emoční podpora rodiny, 4. praktická pomoc rodině (O'Connor a Aranda, 2005: 226). Důležitá je včasná intervence a neformální podpora nových rodinných pečujících. V dlouhodobém horizontu mohou být při podpoře rodinných příslušníků důležité příležitosti k pravidelnému oddechu a udržování sociálních kontaktů (Smithová 2007: 344).

Ornstein et al. (2009, 486) zkoumali vliv multidisciplinárního programu na rodinu pacienta. V oblasti sociální péče byly rodiny po celou dobu navštěvovány sociálním pracovníkem, který vytvořil sociální plán péče a pokračoval v práci s rodinou podle potřeby. Sociální pracovník poskytoval přímé poradenství, doporučoval státní i komunitní služby a monitoroval pečovatelskou zátěž. Dále mohl provádět dlouhodobé individuální poradenství rodině a mohl také doporučovat respitní program, pečovatelské podpůrné skupiny a jiné psychosociální služby plánované k podpoře rodinných příslušníků. Účastnil se také multidisciplinárních rodinných setkání. Rodinní příslušníci potřebovali nejvíce pomoci v oblasti financí, domácí péče, denních povinností a s emočními problémy. Po 9 měsících intervencí se celková pečovatelská zátěž signifikantně snížila. Snížil se také rozsah nenaplněných potřeb. Ornstein et al. (2009: 497) dále prokázali, že multidisciplinární program zaměřený na nenaplněné potřeby může snižovat pečovatelskou zátěž.

Namba et al. (2007: 590) identifikoval na základě kvalitativního výzkumu 4 oblasti podpory rodinných příslušníků při péči o blízkého v terminálním deliriu. První dvě oblasti spadají do potřeby v souvislosti s pacientovým komfortem. Rodinní příslušníci žádali od profesionálů respektování pacientova subjektivního světa, přestože může být v deliriu nerealistický, a dále pečovat o něj jako dříve, s postojem důstojnosti k jeho osobě. Třetí oblastí byla podpora pro usnadnění přípravy na pacientovu smrt. Poslední oblast

zahrnovala podporu pro snížení fyzické a psychosociální zátěže.

Topo (2009) ve svém systematickém přehledu uvádí 15 studií hodnotících intervence na podporu a péči o potřeby rodinných příslušníků. Zjistil, že multidisciplinární program zaměřený na rodinu využívající počítačový a telefonický integrační systém pro komunikaci snižuje depresi, úzkost a zátěž rodinných pečovatelů.

Závěr

Vhodná podpora a péče o rodinné příslušníky v paliativní péči může vést ke snižování pečovatelské zátěže a celkovému zvýšení kvality života. Sociální pracovník jako člen multidisciplinárního týmu by měl pochopit roli rodinného pečovatele, opakovaně posuzovat a vyhodnocovat potřeby rodinných příslušníků a zahájit včas vhodné intervence. Důležitou součástí péče o rodinu je také emocionální podpora rodiny a ubezpečení, že rodinní příslušníci poskytlí svému blízkému adekvátní péči. Je nutné provádění výzkumů v České republice zaměřené na identifikaci potřeb rodinných příslušníků a efektivitu a užitečnost možných intervencí.

Poznámky

1 Kontakt na autorku: Radka.buzgova@osu.cz.

Seznam literatury:

- COHEN, R., et al. **QOLLTI-F: measuring family carer quality of life.** *Palliative Medicine*, 2006, vol. 20, no. 8, s. 755–767.
- EFRAIMSSON et al. **The everlasting trial of strength and patience.** *Journal of Clinical Nursing*, 2001, vol. 10, s. 813–819.
- HANSONOVÁ, E. **Podpora rodin terminálně nemocných osob.** In PAYNEOVÁ, S., et al. **Principy a praxe paliativní péče.** Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007, s. 348–370.
- HASSON, F., et al. **Experiences and Needs of Bereaved Carers during Palliative and End-of-Life Care for People with Chronic Obstructive Pulmonary Disease.** *Journal of Palliative Care*, 2009, vol. 25, no. 3, s. 157–163.
- HWANG, S., et al. **Caregiver unmet needs, burden, and satisfaction in symptomatic advanced cancer patients.** *Palliative and Supportive Care*, 2003, vol. 1, no. 4, s. 319–329.

FRIDRIKSDOTTIR, N., et al. **Important needs of families in acute and palliative care setting assessed with the Family Inventory of Needs.** *Palliative Medicine*, 2006, vol. 20, no. 4, s. 425–432.

JEŘÁBEK, H., a kol. **Rodinná péče o staré lidi.** Praha: CESES FSV UK, 2005.

MANGAN, P. A., et al. **Caregiving near the end of life: Unmet needs and potential solutions.** *Palliative and Supportive Care*, 2003, vol. 1, no. 3, s. 247–259.

NAMBA, M., et al. **Terminal delirium: families' experience.** *Palliative Medicine*, 2007, vol. 21, no. 7, s. 587–594.

O'CONNOR, M., ARANDA, S. **Paliativní péče pro sestry všech oborů.** Praha: Grada, 2005.

ORNSTEIN, K., et al. **Understanding and Improving the Burden and Unmet Needs of Informal Caregivers of Homebound Patients Enrolled in a Home-Based Primary Care Program.** *Journal of Applied Gerontology*, 2009, vol. 28, no. 4, s. 482–503.

OSSE, B., et al. **Assessment of the Need for Palliative Care as Perceived by Individual Cancer Patients and Their Families.** *Cancer*, 2000, vol. 88, no. 4, s. 900–911.

PERSSON, C., et al. **Health-related quality of life in significant others of patients dying from lung cancer.** *Palliative Medicine*, 2008, vol. 22, no. 3, s. 239–247.

ROKACH, A., et al. **Coping with Loneliness.** *The Journal of Psychology*, 1998, vol. 132, no. 1, s. 107–127.

SCOTT, G. **A study of family carers of people with a life-threatening illness.** *International Journal of Palliative Nursing*, 2001, vol. 7, no. 7, s. 323–330.

SMITHOVÁ, P. **Práce s pečujícími z řad rodinných příslušníků v zařízeních paliativní péče.** In PAYNEOVÁ, S., et al. **Principy a praxe paliativní péče.** Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007, s. 331–347.

SOOTHILL, K. **Informal carers of cancer patients: what are their unmet psychosocial needs?** *Health and Social Care in the Community*, 2001, vol. 9, no. 6, s. 464–475.

TOPO, P. **Technology Studies to Meet the Needs of People with Dementia and Their Caregivers.** *Journal of Applied Gerontology*, 2009, vol. 28, no. 1, s. 5–37.

Sociálna práca s pozostalými

Social Work with Survivors

Beáta Balogová, Jana Levická

Doc. PhDr. Beáta Balogová, PhD., je docentkou sociálnej práce na Filozofickej fakulte Prešovskej univerzity. Je absolventkou viacerých výcvikov či supervízie, rodinnej terapie A. Adlera a V. Satirovej, výcviku relaxačno-symbolickej terapie. Vo svojej vedecko-výskumnej činnosti sa venuje problematike seniorov, medzigeneračným vzťahom a rodine.

Doc. PaedDr. Jana Levická, PhD., mim. profesorka na Fakulte zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity a je prodekanou tejto fakulty. Odborne sa venuje sociálnoprávnej ochrane, problematike teórie a metód sociálnej práce, je členkou viacerých profesijných združení sociálnej práce a nositeľkou vyznamenani za rozvoj sociálnej práce na Slovensku.

Abstrakt

Príspevok analyzuje kontext umierania a smrti vnímajúc túto situáciu z pohľadu sociálnej práce ako náročnú životnú situáciu. Zúčastnenými sú nielen samotný umierajúci a jeho rodina, neskôr pozostali, ale aj celý tím sprevádzajúcich profesionálov. Toto umieranie a smrť koncipujú aj otázky „end of life decisions“¹ rozhodnutia o konci života, alebo „right to die“ alebo rozhodnutia na konci života. Zmiernením pre smútiacich je oblasť sociálneho poradenstva, ktoré im pomáha vyrovať sa so stratou.

Kľúčové slová

umieranie, smrť, pozostali, smútiaci, sociálna práca, poradenstvo pre pozostalých

Abstract

The paper analyzes the context of dying and death. This situation is perceived from the perspective of social work as a difficult life situation. Stakeholders are not just dying client and his or her family, then the survivors, but they are also accompanied by the team of professionals. The dying and death outlines the questions of „end of life decisions“, or „right to die“ or „at the end of life decisions“. Easing the grieving is an area of social counseling to help them cope with the loss.

Keywords

dying, death, survivors, bereaved, social work, counseling for survivors

Analyzujúc, kto riešil problematiku terminálne chorých a pozostalých v odbornej literatúre v česko-slovenskom priestore, nachádzame dielo ako Hospic od Marie Svatošovej (2001); od Ľubice Mižičkovej a Anny Surovcovej (2004) s názvom Kto sa práve nerodí, umiera; Rudolfa Steindla (2000) O smrti; Beáty Balogovej (2005) Seniori, ktorá vydala v spoluautorstve s Máriou Centkovou Filozofiu starostlivosti o terminálne chorých (2007); Martina Bednářa a Dagmar Hauftovej (2003) Mění se úloha rodiny v péči o seniory?; ale sú to aj slovenské preklady známych autorov a autoriek ako Monique Tavernierovej (1996) Paliatívna starostlivosť; Henricha Pompeya

(2004) Zomieranie. Avšak explicitne túto problematiku riešia aj diela ako Práva pacientov od Márie Nemčekovej a kolektívu (2004) a ďalšia publikácia pod jej garanciou Ošetrovateľská etika (2008); či publikácia Geriatrie a gerontologie od Zdenka Kalvacha a kolektívu (2004); Ctibora Határa (2008) monografia Edukácia seniorov v sociálnych zariadeniach. A práve v tejto súvislosti platí naplnenie multidisciplinárnosti sociálnej práce vo vzťahu k sprevádzaniu umierajúceho a pozostalých.

Listujúc v zahraničnej literatúre nachádzame diela, ktoré majú taktiež svoj multidisciplinárny charakter a boli a sú to autori ako Daniel Sinick

(1976) s príspevkom *Counseling the dying and their survivors*, C. Melin-Johansson (2007) *Caregivers' perceptions about terminally ill family members' quality of life*; Jean Jacques Georges, Bregje D Onwuteaka-Philipsen, (2005) *Differences between terminally ill cancer patients who died after euthanasia had been performed and terminally ill cancer patients who did not request euthanasia*; Ana Draper (2008) *Enabling new understandings: therapeutic conversations with terminally ill and their families*; John D. Masson (2002) *Non-professional perceptions of „good death“: a study of the views of hospice care patients and relatives of deceased hospice care patients*; James C. Jackson, Sharon M. Gordon, E. Wesley Ely, Candice Burger, Ramona O. Hopkins (2004) *Research issues in the evaluation of cognitive impairment in intensive care unit survivors* a ďalšie.

Vidiac problematiku umierania, smrti a pozostalých v spektre interdisciplinárnosti, ale predsa len v aplikačnej rovine sociálnej práce, potom je na mieste poukázať na osobitosti tohto videnia. Sociálna práca ako pomáhajúca disciplína je špecifická v tom, že sa od nej očakáva, že popíše daný jav aj v kontexte širšieho spoločenského prostredia a zároveň ponúkne návrhy na riešenie. L. Musil (2004) v tejto súvislosti hovorí: spoločným znakom sociálnej práce a ostatných pomáhajúcich profesií je pomoc ľuďom v **ťažkých životných situáciách**. Na rozdiel od ďalších pomáhajúcich profesií sa sociálna práca zaoberá predovšetkým interakciami medzi človekom a jeho sociálnym prostredím. Ich pomoc je zameraná na dosiahnutie rovnováhy medzi očakávaním sociálneho prostredia, v ktorom ľudia uspokojujú svoje potreby, a ich schopnosti tieto očakávania zvládať. Autor ďalej polemizuje, že s určitou opatrnosťou je možné povedať, že väčšina pomáhajúcich profesií sa prednostne zaoberá čiastkovou prekážkou zvládania životnej situácie človeka. Pomáhajúci špecialista sa zameriava na kompenzáciu alebo nápravu niektorej z čiastkových bariér zvládania života jedincom. Od tohto zamerania sa tak odlišuje prístup sociálneho pracovníka. Predmetom jeho intervencie by mala byť komplexná situácia klienta. Sociálny pracovník by mal rozpoznať (u zomierajúcich a pozostalých zvlášť: zdravotné, psychiatrické, psychologické, ekonomické, kvalifikačné, duchovné, hodnotové, kultúrne, hygienické, vzťahové a ďalšie) bariéry zvládania

situácie klientom a jeho rodinou. Práve toto zameranie a vzájomná podmienenosť jednotlivých oblastí klientovho života a jeho príbuzných vyvoláva potrebu spolupráce a sociálny pracovník tu funguje ako koordinátor intervencie vo vzťahu ku ostatným pomáhajúcim profesionálom.

Základnou filozofiou sociálnej práce by mal byť aktívny záujem o človeka pri zachovaní jeho sebaúcty, dôstojnosti, možnosti spolurozhodovať o svojom osude a pri akceptácii i podpore jeho schopností prevziať zodpovednosť za seba i svojich blízkych. Problematika zomierania, smrti, smútenia určite patrí do kategórie náročných životných situácií nielen pre samotného umierajúceho, ale aj pre jeho rodinu, či známych. Otvárajú sa tu otázky bolesti, utrpenia, strachu, úzkosti, pomoci, sprevádzania, ale aj suicidality, či hľadania, resp. redefinovania zmyslu života. A v tejto súvislosti sa ponúkajú dve línie uvažovania. Jedna v smere k umierajúcemu a jeho prežívaniu a druhá smerom k jeho rodine, po jeho smrti k pozostalým, či smútiacim. Jedno od druhého nie je možné oddeliť, jednak preto, že ide o spojené nádoby, ale aj preto, že sa to deje v určitom časovom horizonte, ktorý je každým z nich vnímaný nie kozmologicky, ale veľmi subjektívne, čo sa následne prejaví v miere zvládania týchto náročných životných situácií.

Samotný umierajúci, jeho príbuzní, sprevádzajúci profesionáli riešia otázky, o ktorých sa v odbornej oblasti diskutuje posledné štvrtstoročie, a to sú otázky „end of life decisions“, rozhodnutia o konci života, alebo „right to die“, rozhodnutia na konci života. A práve koncept rozhodnutí **o konci života** je ten, ktorý ponúka mnoho polemík, otvára priestor pre dialóg, pri ktorom sa jedinci usilujú o celkové vedomé otvorenie. Vyjadrujú sa slovami M. Machovca (2006) potrebujem dialóg k rastu vlastného ja, pretože potrebujem zažívať, ako sú ľudia ľudsky formovaní, aby som zrovnával a korigoval svoje omyly a jednostrannosť svojej cesty. A len dialóg mi dá skutočného druhu, priateľa, človeka nie „vedľa mňa“, ale „so mnou“. Skutočný dialóg je vedľa inšpiratívnej práce tou najnáročnejšou požiadavkou humanizácie, je cieľom a nástrojom zároveň, pri rešpektovaní určitých požiadaviek. Prvou požiadavkou je odvaha otvoriť sa, dať do hry svoje vedomosti, schopnosti, svoje vnútro, zvlášť zložky citové a mravné. Avšak pýtame sa: dokáže to zomierajúci, často krát sklamaný z dialógu, ktorý sa zmenil len na výmenu informácií

medzi ošetrojúcim personálom, ním a jeho rodinou. Výsledkom toho bolo a často krátko je vzájomné odcudzenie. Druhou požiadavkou dialógu je dať celé svoje vedomie k dispozícii tomu druhému, a to napriek tomu, či ide o priateľa alebo o súpera. Ak mi ide o pravdu a som o nej bytostne presvedčený, ide o človeka, nie o osobný triumf, potom nielen môžem, ale musím hrať poctivú hru a to aj za cenu prehry. Ako sa k takému zápasu postaví všetci zúčastnení? Výsledkom je izolácia (a strkanie hlavy do piesku). Treťou požiadavkou je konkrétny adresný záujem o človeka (nie len z hľadiska veci). Pretože aj najlepšia teória sa premení na hrôzu, ak sa stratí adresnosť a skutočný záujem o človeka, príkladom je aplikácia či neaplikácia eutanázie. U zomierajúcich a rodiny sa zvlášť stretávame s javom, že robia selekciu partnerov dialógu, okruh sa často zužuje a vyberajú si partnerov už len z hľadiska prínosu a užitočnosti pre seba „tu a teraz“. Ako náhle redukuje človeka na jeho použiteľnosť, strácam nádej, že by o mňa, o moje veci mohol byť bytostný záujem iných. Štvrtou požiadavkou je osobná angažovanosť. Musím na seba vziať to najťažšie, najzložitejšie a najnaliehavejšie. Umenie skutočne žiť, ale aj umierať je umenie osobne sa angažovať, je umením prenášať riziko z toho druhého na seba. Práve táto požiadavka u zomierajúceho a príbuzných je najviac ohrozená. Apatia je častým výsledkom, s ktorým sa stretávame. A ostatným predpokladom dialógu je, aby sme použili všetky prostriedky svojho vnútra na dosiahnutie kladného výsledku. Naopak, nesmieme použiť vonkajšie prostriedky, ako sú moc, nátlak, výhody... Je evidentné, že aj táto požiadavka je málokedy rešpektovaná. Mnohokrát sa stretávame so situáciou, že sa v týchto situáciách diskutuje z pozície moci a vtedy už nejde o dialóg.

Okrem týchto požiadaviek existujú aj **prekážky dialógu**, medzi ktoré M. Machovec (2006) zaraďuje relatívne malú vzdelanosť a kultúrnu úroveň mnohých ľudí, hierarchizáciu ľudskej spoločnosti, a potom mnoho ľudí nemá záujem na jeho rozvoji. Najzávažnejším nebezpečenstvom dialógu je rozvoj špecializácie a vynucovanej inštitucionalizácie života, či smrti, ktorá vyústila v prešpecializovanosť a preorganizovanosť aj v prípade umierajúceho a jeho pozostalých.

Pred zomierajúcim a sprevádzajúcimi sa v rámci rozhodnutí o konci života otvára otázka **konečnosti jedinca, prijatia smrti a smrteľ-**

nosti, ktorá pre nás nie je hrozbou, ale príležitosťou k zreniu. Pretože ak bol náš život, povedané spolu s M. Machovcom (2006: 118), plný plodnej práce a komunikácie s inými ľuďmi, neodchádzame z takého sveta, do ktorého sme sa narodili, pretože okolo seba vidíme stopy svojej činnosti, vidíme nádeje, vidíme zámery svojich drahých. Neodchádzame ako náhodní hostia, ale ako spolutvorcovia tohto sveta. Tvorili sme ho ako „svoj svet“, ale tvorili sme aj seba, ako deti „tohto sveta“. Preto naši synovia a dcéry už nezačínajú tam, kde sme začínali my, ale nadväzujú na naše dielo, budú tvoriť svoj vlastný svet a aj seba samých.

František Novosad (1994: 5) svoje filozofické úvahy posúva ešte ďalej a hovorí, že podmienkou sebavedomého života je schopnosť riskovať v mene života a smrti svoju smrť. Uznávanie získava ten, kto to dokázal. Iba v prekonávaní rizík každodennosti získavame sebavedomie, pretože iba sebavedomé a slobodné bytosti dokážu zvládnuť svoje konflikty a konflikt ich v konečnom dôsledku posilňuje. Milan Machovec (2006: 118) v súvislosti so smrťou vyzýva k porozumeniu a hovorí, že ak porozumieme bytostnému zopätiu osobnosti s určitou dobou a prostredím, porozumieme tomu, že ľudská osobnosť je nielen tvorcom, ale aj výplodom určitej doby a určitého prostredia, porozumieme nielen zmyslu života, ale aj smrti. Osobnosť odchádza, keď naplnila svoj údel, nedokázala by tvoriť už nové životné hodnoty a uvoľňuje miesto mladým. Autor logoterapie Viktor Emanuel Frankl poukazuje na skutočnosť, že častou príčinou straty zmyslu života u niektorých jedincov je proces starnutia a staroby, ktorý je spájaný so smrťou, s konečnosťou človeka, s tým, že už niet prečo žiť. Aj v tejto situácii ponúka V. E. Frankl (1994, in Tavel, 2004: 74) návod: „...*smrť nespochybňuje zmysel celého života. Človek je konečný, konečnosť však zmysel ľudskej existencii dáva, a nie berie. Keby život človeka nebol konečný, mohol by svoje konanie odsúvať do nekonečna, nezáležalo by na tom, či sa niečo vykoná práve teraz. Smrť ohraničuje život a človek je pod určitým nátlakom využiť čas a do neho, vsadené jedinečné príležitosti. Konečnosť človeka je konštitučná pre jeho zmysel.*“

Individuálna variabilita života a smrti sa dotýka aj dilemy ovplyvňujúcej umieranie. Je potrebné pacientom a ich rodinám hovoriť o smrteľnej chorobe? Ak áno, diagnózy, alebo prognózy? Mal by sa život nekompromisne predlžovať, alebo

má pacient právo na smrť, či rýchle umieranie? Má zomierajúci človek právo na vlastné rozhodnutia? Malo by k viacerým úmrtiam dochádzať v nemocniciach, sanatóriách, alebo chce väčšina pacientov radšej zomrieť doma?

Daniel Sinick, profesor Washingtonskej univerzity, poukazoval už v roku 1976 na individuálne rozdiely umierania a smrti a na to, že tieto otázky sú v poradenstve rovnako dôležité pre umierajúcich ako aj pre pozostalých, pretože v konečnom dôsledku všetci žijú jedinci budú v budúcnosti patriť do kategórie umierajúcich. Nakoľko aj smrť je individuálna a je spôsobená množstvom odlišných zdravotných podmienok. Okrem toho, „s ohľadom na rovnakú chorobu, pacienti sa nemusia riadiť rovnakými psychosociálnymi sekvenciami“, ako uvádza Weisman (1972: 123, in Sinick, 1976). A tak jedinci „nezomierajú rovnakým spôsobom, v rovnakej miere, z rovnakej príčiny, alebo v rovnakom kontexte okolností“. Smrť každého sa tak stáva jedinečnou udalosťou s požiadavkou jej mimoriadnosti. Interpretované z tohto pohľadu, existencia piatich etáp vymedzená E. Kübler-Ross (1969) ako normálny proces ponúka svoje špecifiká. Rovnako ako u fázy odborného rozvoja sú zistené inkoherecie a iné individuálne odchýlky od normy. Aj väčšina ľudí prežíva svoje umieranie viac alebo menej cez popieranie, hnev, vyjednávanie, depresiu až po prijatie.

Častým prejavom a dôsledkom nezávládnutia umierania je samodeštruktívne správanie, ktoré opäť ilustruje aj rozdiely a dilemy v jednaní jednotlivcov, ktorí si želajú svoju vlastnú smrť. Grinker (1967, in Sinick, 1976) našiel „rôzne klinické zvláštnosti, situácie a osobnostné charakteristiky spojené so samovraždou“ (s. 62). Samovražedná osobnosť je ako apocryphal, ako osobnosť alkoholicky závislého, či epileptická osobnosť. Obe závislosti a nezávislosť boli identifikované ako potreby, ktoré nútia ľudí k samovražde. Samovražda ako instantné sebazničenie nesie sociálnu stigmú, nie signifikantne zdieľajúcu „pomalé samovraždy“ – zneužívanie alkoholu a iných drog, opakovane riskovať svoj život, a dokonca aj provokovať ostatných, aby ho zabili. Nenormálne správanie a samovražedné hrozby alebo pokusy niekedy predstavujú to, čo suicidológovia Farberow a Shneidman (1961, in Sinick, 1976) už dlho volali „volanie o pomoc“. Nevedomé alebo neúmyselné správanie je spojené v literatúre s nepriamymi samovraždami

počas dlhého obdobia, kým priama samovražda a okamžitá smrť je vedomým, úmyselným konaním. Problematika suicidality bola predmetom nášho dlhodobšieho teoreticko-empirického spracovania z viacerých pohľadov².

Jednou z možností, ako ovplyvniť rozhodnutie **na konci** života u pacientov, ktorí sú oboznámení a uzrozumení s charakterom a prognózou svojho ochorenia, a predísť tak samovražednému, správaniu je podľa V. Bilasovej a L. Romanovej (2008) vytvorenie dokumentov, ktoré by mali v prípade situácie medzi životom a smrťou viesť k rešpektovaniu ich rozhodnutia o konci života. Tieto dokumenty sú lekármi a zdravotníckym personálom plne rešpektované. „Living will“ a „advance directiones“ je vyjadrenie sa dopredu o liečbe na konci života. Rešpektujú sa ako posledné želanie, či právo a rozhodnutie chorých. V týchto dokumentoch ide o odmietanie rozšírenej podpory životne dôležitých orgánov v nepriaznivej fáze ochorenia, o nezahájenie a odmietanie resuscitácie po zastavení obehu a dýchania. Ide o jednoznačný, právne platný dokument, ktorý znamená, že sa bude rešpektovať dopredu vyslovené želanie chorého. Tento dokument má platnosť aj v dobe liečby, či zákroku, vo fáze choroby, keď chorý už nie je v stave formulovať slová a vety a vykonávať právne úkony. Citlivá a efektívna komunikácia o end-of-life starostlivosti si vyžaduje tréning, prax, skúsenosť a v neposlednom rade aj teoreticko-empirickú prípravu.

Poradenstvo pre umierajúcich a pozostalých
Poradenstvo a poradenská činnosť ako súčasť sociálnej práce sa týka osôb terminálne chorých a ich pozostalých. Ľudia blížiaci sa smrti sú jednak ľudia umierajúci na smrteľnú chorobu a tí, ktorí sa pokúšajú o samovraždu alebo majú samodeštruktívne správanie.

Inú skupinu tvoria pozostali, alebo odlišujeme aj pojem „smútiaci“ a súčasne to epistemologicky vyjadruje určitý prejav a prežívanie jedinca. Poradcovia týchto umierajúcich a pozostalých by si mali uvedomovať osobité okolnosti a špecifiká tejto formy poradenstva.

Pozostali alebo smútiaci, ako tieto odlišné pojmy naznačujú, reagujú odlišne na smrť blízkeho. Aj v tomto prípade existuje podľa D. Sinicka (1976) veľa premenných, pretože evidujeme rozdielne úmrtia: príčiny, okolnosti, vek zomrelých a pozostalých, rozdielne skúsenosti so zomieraním a smrťou, odlišné osobné vzťahy, inú finančnú

a psychickú závislosť, ako aj odlišné reakcie ostatných zúčastnených. Smrť nie je nevyhnutná „strata milovaného človeka“, ale sociálne vzorce nútia pozostaleho „nosiť masku smútiaceho“.

Pocity viny môžu vyplývať z príčiny smrti alebo z vnímanej chyby alebo opomenutia dôležitých rozhodnutí v priebehu života zosnulého. Počiatkový šok a necitlivosť môže dať prednosť zášti, zlosti, a dokonca aj závidi. Samotný zosnulý je niekedy „obvinený“ z umierania pozostalými, ktorí očakávali, že zomrú prví, môžu sa cítiť podvedení. Iní prežívajú pocit úľavy po dlhšom utrpení umierajúceho, ale aj vlastnom utrpení zo správdzania. Množstvo možných reakcií nezriedka vedie k zmiešaným pocitom, alebo dokonca k zmätným ambivalentným pocitom.

Umierajúce osoby, self-deštruktívne osoby, a pozostali po nich others' deaths môžu vyžadovať od poradcu veľkú mieru súcitu a objektivity, ktoré sú pre mnohých poradcov nezvyčajné. Žiadaný súcit od týchto klientov nemusí byť ľahký, miesto súcitu môže vznikáť odpor. Poradcovia na druhej strane takmer neodolateľne súcitiť, a tak môžu len ťažko dosiahnuť objektivitu a nadhľad.

Smrteľné choroby sú tradičnou hrozbou aj pre najostrieňanejší pomáhajúci personál, ohrozenie života niekoho je náročné na zvládanie. Veľmi často sa stretávame so situáciou, že na onkologických oddeleniach nemocníc a v hospicioch nechcú trvalo pracovať sociálni pracovníci, psychológovia, či duchovní z dôvodu hrozby vyhorenia. Poradcovia musia najprv uzavrieť mier sami so sebou, pokiaľ ide o vyhládka na ich vlastnú smrť. Keď si hlboko uvedomia, že perspektíva nie je pravdepodobnosť, ale istota, môžu začať prijímať smrť iných. To sú všetko známe veci pre poradcov, ktorí vedia, že musia prijať sami seba predtým, než môžu prijímať iných.

Skutočná empatia sociálneho poradcu prichádza ťažko, s neochotou vcítiť sa do umierajúcej osoby a jej ťažkostí. Neskôr sa k nej dostáva cez sprostredkované učenie, ktoré prináša pomoc, a ako už bolo zdôraznené (Saunders, 1969: 78, in Sinick, 1976), „učíme sa starostlivosti o umierajúcich, ak si uvedomíme svoju konečnosť“. Využívajúc všetky verbálne a neverbálne informácie, ktoré mi umierajúci poskytuje, pomáha mi to viesť moje kroky k pomoci, ktorá je pre umierajúceho veľmi dôležitá, a pritom môže ísť len napríklad o držanie za ruku, ktorým mu dávam najavo, že niekoho zaujíma, že niekomu na ňom záleží.

Poradca môže pomôcť so zreteľom na mnoho otázok, ktoré umierajúce osoby trápia, od svetských až po nesmrteľné, nadpozemské. Tieto zdanlivo polárne obavy prichádzajú do úvahy, keď pacienti sú ochotní dať celý majetok za poskytnutie nesmrteľnosti. Avšak opustíť dom v poriadku, zanechať stopu po sebe vo svete, ktorý opúšťam, dá poradcovi a klientovi veľa práce, v mnohých prípadoch je to možné len v spolupráci s rodinou. Dilemy, ktoré boli uvedené vyššie, nemôžu byť vyriešené len poradcem samotným, bez pomoci rodiny a kolegov.

Sebadeštruktívne správanie, ktoré sa objavuje ako súčasť umierania, si žiada rodinné poradenstvo, pretože rodina skôr než jednotlivec môže byť podnetom k sebazničeniu. To však neznamená, že rodina je nevyhnutne vinná, samovražedné nutkanie často vyplýva z nesprávne vyloženého oznámenia alebo zle interpretovaných situácií, ktoré môžu byť vyjasnené až v priebehu rodinného poradenstva. Či iniciatíva vzniká v rámci rodiny alebo mimo nej, Jourard tvrdí (1972: 49, in Sinick, 1976), že „osoba ničí sama seba v reakcii na výzvu pochádzajúcu od ostatných, aby prestal žiť“. Poradcovia často krát potrebujú konfrontovať silné a slabé stránky klientov spolu s rodinou, aby dokázali tejto sebadeštruktívii predchádzať. Žiaľ a pocit viny a iné trýznivé emócie volajú po empatii poradcu, avšak prekonať ich je ťažké.

Poradenstvo pre pozostalých, rovnako ako poradenstvo pre umierajúce osoby, sa nezaobrá len osobným poradenstvom, ale aj spravovaním nehmotného a hmotného majetku samotného zomierajúceho. V súvislosti s pozostalými je potrebné riešiť pohrebné vs. kremácie, darcovstvo orgánov a transplantácie, pohreby a pamätníky, poistenie a právne záležitosti, ba dokonca aj manipuláciu s domácimi zvieratami. Áno, kompetencie poradcu pri pomoci umierajúcim a pozostalým by mali zahŕňať tak svetské, ako aj nadpozemské. Riešia sa aj široké otázky zmyslu smrti a zmyslu života tých, ktorí zostali. Je potrebné vyrovnať sa so stratou blízkej osoby, ktorej prítomnosť dávala životu zmysel. Ako pomáhať takýmto pozostalým v sociálnej práci, v poradenstve?

Riešenie ponúka rodinná terapia Virginie Satirovej programom vyrovnania sa zo stratou v rámci modelu rastu, práce s emóciami (emócie v emóciách), či napĺňaním túžob alebo ja konceptu. Inú pomoc navrhuje Jiřina Prokopová v terapii pevným objatím, ktorá pomáha ľuďom zvládať úzkosť, smútok, strach zo straty blízkej

osoby. Z. Matějček na rozdiel od predchádzajúcich autorov radí deťom, ako sa vyrovnáť so stratou matky, či otca, ak im nebolo umožnené zúčastniť sa na pohrebe, aby znovu prežili vyrovnanie sa so stratou. Metódy, ktoré využíva poradca pri práci s pozostalými a smútiacimi, sú podmienenie, posilňovanie, učenie, nácvik, tréning, modelovanie, inštruovanie, presvedčanie, zaplavovanie, či paradoxné techniky. Výber metódy je na poradcovi a klientovi, v našom prípade pozostalom, ale dôležité je, aby medzi poradcom a klientom aj napriek smútku a zúfalstvu existoval emocionálne naplnený ľudský vzťah.

Vychádzajúc z Kvetoslavy Repkovej (2000), môžeme intervencie sociálnej práce a poradenstva zamerať na zlepšenie vzájomnej adaptácie jednotlivcov, rodín, skupín a sociálneho prostredia, v ktorom žijú, a na rozvoj sebarešpektu a sebazodpovednosti jednotlivcov, využijúc ich individuálne kapacity, medziludské vzťahy a zdroje poskytnuté komunitou. Takto formulovaný cieľ predikuje nielen *nové prístupy, metódy a formy sociálnej práce a poradenstva*, ale predovšetkým *sociálne citlivých a odborne pripravených ľudí*, ktorí sú nositeľmi týchto nových trendov a sú schopní uplatňovať ich vo svojej každodennej praxi. V tomto prístupe sociálnej práce a sociálneho poradenstva sa frekvencovane objavujú pojmy kvalita, efektivita, účinnosť a hľadajú sa možnosti kvalifikácie reálneho odrazu týchto pojmov v konkrétnej práci s klientom, rodinou, skupinou či komunitou.

Avšak podmienkou komplexu činnosti sociálnych služieb je, aby výsledkom pôsobenia sociálnej práce neboli jednoznačné modely riešenia, respektíve čisté modely, ale aby ponúkali svoju variabilitu riešení, z ktorých si klient môže vybrať, pretože výsledok „jednoznačnosti“ by nemusel byť vždy pozitívny. Tak ako v tejto súvislosti poukazuje F. Novosad (1994), aj voda v horských jazerách je priehľadne čistá, ale ryby v nej nežijú.

Poznámky:

- 1 Toto pomenovanie bolo uverejnené v 1972 v renomovanom medicínskom časopise *Lancet* (Bilasová, Romanová, 2008).
- 2 BALOGOVÁ, B. 2008. **Existencia suicidality seniorov žijúcich v domácom prostredí a rezidenčných zariadeniach**. In JANEBOVÁ, Radka, SMUTEK, Martin. (eds). **Posuzování životní situace v sociální práci**. *Sborník z kon-*

ference V. hradecké dny sociální práce, Hradec Králové 24. až 25. října 2008. Hradec Králové: 2008, s. 170–184.

- BALOGOVÁ, B. 2007. **Suicidálnosť a jej eticko-sociálna nežiaducnosť**. In GLUCHMAN (ed.). **Kontexty a podoby morálky nedávnej minulosti**. Prešov: FF PU, s. 358–364.
- BALOGOVÁ, B. 2008. **Suicidálnosť a jej eticko-sociálna nežiaducnosť II**. In GLUCHMAN (ed.). **Morálka a súčasnosť**. Prešov: FF PU, s. 253–261.
- BALOGOVÁ, B. 2008. **Suicidita seniorov ako jedna z behaviorálnych foriem riešenia osamelosti**. In ŽIAKOVÁ, E. (ed.). **Osamelosť ako sociálny a psychologický jav**. Prešov: FF PU, s. 28–38.

Zoznam literatúry:

- BALOGOVÁ, B. et al.. **Múdrost veku a vek múdrosti**. Prešov: Acta Facultatis 2009.
- BILASOVÁ, V., ROMANOVÁ, L. **Etika a medicína**. Prešov: FF PU 2008.
- FRANKL, V. E. **Vúle ke smyslu**. Brno: Cesta. 1994.
- HATÁR, C. **Inštitucionálna edukatívna starostlivosť o seniorov v Slovenskej republike**. Nitra: PF UKF. 2005.
- KUBLER-ROSS, E. **On death and dying**. New York: Macmillan 1969.
- LEVICKÁ, J. **Metódy sociálnej práce**. Trnava: VeV 2002.
- MATĚJČEK, Z. **O rodině vlastní, nevlastní a náhradní**. Praha: Portál 1994.
- MACHOVEC, M. **Smysl lidské existence**. Praha: Akropolis. 2006.
- MUSIL, L. „**Ráda bych Vám pomohla, ale**“ **Dilemata práce s klienty v organizacích**. Brno: Marek Zeman. 2004.
- NOVOSAD, F. **Vysvetľovanie rukami**. Bratislava: Iris. 1994.
- PROKOPOVÁ, V. **terapia pevným objatím**. Liptovský Hrádok: STPO. 2007.
- REPKOVÁ, K., BRICHTOVÁ, L. **Sociálna ochrana starších osôb a osôb so zdravotným postihnutím**. Bratislava: Epos, 2009.
- SINICK, D. **Counseling the dying and their survivors**. *Personnel and Guidance Journal* 1976.
- TAVEL, P. **Zmysel života podľa V. E. Frankla**. Bratislava: Iris, 270 s. 2004.
- TLUCZEK-TADLA, E. **Wybrane aspekty dzialaności stowarzyszenia „Parlament Młodzieży“**. *Sociálna pedagogika, sociálna práca a sociálna andragogika*. Prešov: FF PU 2008.

„Když mají děti smutek...“ Truchlení dětí „When Children Mourn...“ Mourning of Children

Naděžda Špatenková, Jakub Jansa

PhDr. et Mgr. Naděžda Špatenková, Ph.D.,¹ je průkopníkem péče o pozůstalé v České republice. Působí na Univerzitě Palackého v Olomouci a spolupracuje s řadou institucí.

Bc. Jakub Jansa² je studentem oboru sociologie a andragogika na FF UP a ve své diplomové práci se věnuje problematice truchlení dětí a dospívajících.

Abstrakt

Problematika umírání, smrti a truchlení se dotýká i dětí, a to ve větší míře, než si obvykle dospělí lidé uvědomují. Spojení dětství a smrti se může zdát téměř paradoxní a může asociovat až kontradičtí rozpor, protože dětství je vnímáno jako radostné období života a smrt jako konečná fáze lidského bytí. „Smrt však neexistuje jako něco separovaného, není pouze konečným bodem na pomyslné linii lidské existence, život a smrt existují současně, ne následně – vytěsnit ze života smrt by znamenalo vytěsnit ze života život sám.“ (Božuková, 2008.) Faktem je, že truchlení dětí je tématem opomíjeným nejen v literatuře, v poradenské praxi, ale i v běžné každodenní realitě. Výsledkem je pak to, že neumíme – ani jako osoby blízké, ani jako profesionálové v pomáhajících profesích – čelit smutku dětí a nedokážeme je adekvátně podpořit. Text pojednává o úmrtí blízké osoby očima dítěte, poukazuje na fakt, že i nejmenší děti jsou schopny registrovat smrt a určitým způsobem na ni reagovat. Příspěvek reflektuje nejen primární znaky procesu truchlení, ale prezentuje i možnosti intervence, které by svou formou odpovídaly požadavkům tohoto věkového období.

Klíčová slova

truchlení, děti, dospívající, smutek, smrt

Abstract

The issues of dying, death and mourning influence also children even more than adults are aware of. The connection of childhood and death may seem nearly paradoxical and may associate almost contradictory breach because childhood is perceived as a joyful period of life and death as the final stage of human being. "But death does not exist as something separated, it is not only the final point of the imaginary line of human existence; life and death exist simultaneously not consequently – to repress death from life would mean to repress life itself from life." (Božuková, 2008.) The fact is that children mourning is an issue unregarded not only in literature, counseling practice but in everyday reality as well.

The text deals with death of a close person viewed by children and teenagers; it points out the fact that even the youngest children are able to perceive death and react to it in a certain way. The contribution reflects not only the primary signs of the mourning process but it also presents possible ways of intervention corresponding to abilities and requirements of this life period.

Keywords

mourning, children, teenagers, grief, death

Sociální práce s pozůstalými

Sociální práce doposud nedostatečně reflektuje problematiku truchlení, a to nejen teoreticky, ale i prakticky, a stejně tak i v oblasti výzkumu. Sociální práce s rodinou, případně s osamocenými rodiči, nebo sociální práce se zneužívanými, týranými a zanedbávanými dětmi je nezpochybnitelnou součástí akčního pole sociální práce (Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2005). Na pozadí této skutečnosti se jeví aplikace sociální práce do oblasti péče o pozůstalé – a především pak péče o truchlící děti – jako naprosto legitimní. Smrtí některého člena rodiny totiž problémy rodiny nekončí – naopak mnohdy teprve začínají nebo se dále rozvíjejí. Celá řada těchto problémů spadá právě do kompetence sociální práce. Smrt totiž zásadně mění strukturu, fungování a tím i stabilitu rodinného systému, stávající systém hodnot je výrazně narušen a musí se přebudovat, otráseny jsou také priority ostatních členů rodiny a mění se nejen identita rodinného systému, ale i identita každého z jeho členů (Smith, 1982: 11, Špatenková, 2008). Ve fázi umírání se rodina obvykle maximálně angažuje v péči o umírajícího a plně se koncentruje na uspokojení jeho potřeb. Rodina pak často nesaturuje své vlastní potřeby. Absence této saturace se ale později projevuje, např. jako únava, vyčerpání členů rodiny, problémy s ventilací emocí (např. projevy agrese), fyzické či psychické zhroucení, problémy s alkoholem, drogami či promiskuitou, nebo se mohou odkrýt dříve neřešené a pouze potlačené problémy apod. Členové rodiny jsou také zpravidla plně zasazeni zármutkem a jen málo, nebo omezeně si mohou vzájemně poskytovat pomoc a podporu. Nejrizikovější jsou v tomto ohledu právě děti, protože dospělí zpravidla ani netuší, co prožívají a jak jim mohou nejefektivněji pomoci. Proto je někdy zapotřebí podpory a doprovázení prostřednictvím třetí osoby (třeba právě sociálním pracovníkem), aby se rodině vedle formální a materiální pomoci dostalo také psychosociální pomoci i opory tak, aby všichni členové rodiny včetně dětí mohli svůj zármutek zpracovat a vyrovnat se s problémy, které jim smrt blízkého člověka přinesla (Zamykalová, 2003). Kromě toho může sociální pracovník figurovat jako „edukátor“ a „facilitátor“, který podpoří kompetenci ostatních členů rodiny v péči o truchlící děti (může jim pomoci, aby sami

pomohli pozůstalým dětem), může jim např. pomoci pochopit, co děti v souvislosti se smrtí blízkého člověka prožívají, co v takové situaci potřebují a jak s nimi vhodně komunikovat.

Dětské pojetí smrti

Děti jsou se smrtí a smrtelností konfrontovány mnohem dříve, než jsou si dospělí vůbec ochotni připustit. Říčan uvádí, že dítě se k pochopení smrti propracovává zpravidla po malých krůčcích, jak získává zkušenosti se svým tělem, s mrtvými zvířaty, v souvislosti s tím, jak si osvojuje jazyk a kulturu (Říčan, 1990). Dětské pokusy o pochopení smrti a truchlení dospělí nezdědka devalvují „na to jsi ještě moc malý, tomu nemůžeš rozumět“. Jestliže se ale děti zeptají na to, „co je to smrt, jsou-li také smrtelné, jestli i my zemřeme, jak vypadá smrt a jestli bolí“, neměli bychom je odbýt výroky typu „co to máš za otázky“ nebo „o to se nestarej“. Naopak, měli bychom se je pokusit seznámit s realitou konečnosti a vyhýbat se nepravdám typu, že „smrt je jako spánek“ a že zemřelý „jen spinká a bude spát dlouho“. Děti jsou velmi vnímavé, s dobře vysvětleným faktem se srovnají zpravidla lépe než s později odhalenou lží.

Ze všech zážitků, které determinují dětské pojetí smrti, je nejsilnější přímá zkušenost se smrtí a truchlením (Kastebaum in Doka, 2000: 15). V našem sociokulturním prostředí se však dítě většinou se smrtí člověka přímo nesetká (Říčan, 1989). Může být ale konfrontováno se smrtí v podobě uhynulého ptáčka, přejetého psa nebo mrtvé myši např. na procházce s rodiči, venku s kamarády, na zahradě před domem – setkává se tedy se smrtí nikoliv jako s úmrtím člena rodiny či někoho blízkého, nýbrž jako s faktem přírody (Kübler-Rossová, 2003). Může mu také zemřít oblíbený zvířecí mazlíček³, nebo je svědkem domácí porážky prasete, kuřete nebo králíka. Důležitou vývojovou zkušeností je i zabíjení hmyzu. Neopominutelná je i účast dítěte na nějakém pohřbu, případně informace ze sdělovacích prostředků, které může dítě registrovat. Dokonce i vlastní bolestivé zranění a silné krvácení může u dítěte vyvolat až panický strach ze smrti. Smrt je také velmi oblíbeným tématem pohádek a dětských příběhů a nezdědka je také námětem dětských her (Rogge, 1999; Jansa, 2009). Hall na základě svých výzkumů dokládá, že si respondenti dobře vybavují svá první setkání se smrtí. Vzpomínky

dospělých spojené s prvním setkáním se smrtí se týkají obvykle věku dvou nebo tří let – v tomto věku ale dítě ještě není schopno vyjádřit či symbolicky popsat své reakce na smrt způsobem, který je pro dospělé srozumitelný. Tyto rané vzpomínky se pravděpodobně uchovávají ve formě detailních vjemů a průběžně se transformují do zvláštních zážitků, dojmů, které dospělí prožívají při setkání se smrtí. I když toho o tomto procesu doposud mnoho nevíme, existuje dosti argumentů pro tvrzení, že většina z nás má představu o smrti hluboko uloženou v paměti. Byla tam uložena dříve, než jsme tuto zkušenost mohli jakkoliv verbálně formulovat (Hall in Doka, 2000). Podobně se k této problematice vyjadřuje i Říčan, když tvrdí, že se dítě od nejranějšího věku postupně dopracovává k citovému i rozumovému vztahu ke smrti. „Kojenec neví nic o smrti, ale zná děs ze samoty, opuštěnosti a vnitřního chaosu, zmatku nebo prázdnoty a tento děs je – jak se domníváme – podobný tomu, co si bezděčně (nevědomě) představíme, když se řekne smrt.“ Tato archaická zkušenost se podle Říčana v pozdějším vývoji zabuduje do strachu ze smrti v podobě, jak jej znají dospělí (Říčan, 1989: 409).

Dětské otázky ohledně smrti

Otázky týkající se smrti jsou vývojově determinované. Objevují se nezávisle na prožitých událostech nebo osobní zkušenosti. Poukazují na citové a rozumové zrání dítěte (Klemenová, 2002). Mezi čtvrtým a pátým rokem se dítě jaksi přirozeně začíná zabývat smrtí, ale až do šesti let nespojují děti se smrtí absolutní konec. Jejich představy o smrti jsou vázány na určité symboly, na specifické situace a na vlastní zážitky (Rogge, 1999). Kastenbaum uvádí typickou „nevinou“ dětskou otázku, která může padnout během oběda: „*Tohle maso není z opravdové živé krávy, že ne? To není z takové krávy, jako je Elza, kterou jsme dnes viděli po cestě do školky?*“ (Kastenbaum in Doka, 2000: 5.) Takové otázky v rodičích vyvolávají zmatek, rozpaky, nejistotu. Dospělí se těmito tématy cítí zaskočení, protože je sami nemají zpracovány a ošetřeny. Tabuizace smrti (Přidalová, 1998) a její vytěsnění na individuální i sociální rovině (Elias, 1998) má kromě jiného také za následek to, že neumíme dětem pomoci přirozeně pochopit a reagovat na smrt. Proto jsou naprosto běžné reakce dospělých typu: „*Ne-*

smíš plakat, že ti umřel tatínek. Určitě by chtěl, abys byl silný a statečný a bral to jako chlap.“ „*-Tvoje maminka odjela pryč. Teď ji hodně dlouho neuvidíš.*“ „*Smrt je, jako když usneš. S tím rozdíllem, že mrtvý se už nikdy neprobudí.*“ „*Tvoje babička je teď v nebi, odkud se může dívat na všechno, co tady děláš.*“ „*Já vím, že ti je smutno, že ti umřel kamarád, ale určitě se z toho dostaneš. Vždyť máš spoustu dalších přátel.*“ „*Jak můžete takhle zlobit? To je vám jedno, že teta umřela?*“ „*Dědeček je už dva dny po smrti a tys neuronil ani slzičku. Jak to? Ty ho snad nemáš rád?*“ (DiGiullio, Kranzová 1997: 12.) Podobné výroky ale dětem nepomáhají, protože jsou založeny na názorech popírajících podstatu smrti – její definitivnost a bolest, kterou pozůstalým způsobuje. Tento způsob je však ve společnosti, která popírá realitu smrti, nejčastější a nejnadhlednější (Špatenková, 2008).

Mýty o truchlení dětí

Kolem truchlení dětí se vytvořila řada mýtů, které jsou posilovány přetrvávající tabuizací smrti v naší společnosti. Chceme-li však dětem efektivně pomoci v jejich truchlení, musíme tyto mýty nejprve dekonstruovat (Corr in Doka, 2000: 33–34):

1. Děti jsou příliš malé na to, aby prožívaly zármutek, nebo ho cítí až od určitého věku. Děti truchlí v jakémkoliv věku. Způsoby, jakými děti smutek projevují, jsou různé a závisí především na věku, vývojové úrovni a zkušenostech dětí. Kubičková uvádí, že děti do dvou let nejsou schopny plného truchlení, přestože mohou pociťovat separační úzkost, neboť intenzita a průběh truchlení úzce souvisí s vývojem chápání pojmu smrti (Kubičková, 2001). Bowlby však tvrdí, že děti jsou schopny truchlit již v 6. měsíci života (Bowlby, 1998).

2. Děti ztrátu rychle překonají. Nikdo rychle nepřekoná významnou ztrátu. Děti se stejně jako dospělí musí naučit žít se ztrátou, kterou utrpěly.

3. Děti musíme chránit před uvědoměním si ztráty, jsou přece příliš malé na to, aby mohly zažít tragédii. Jakkoliv sebevíc budeme chránit dítě před ztrátami, je to marné. Je daleko lepší poskytovat dětem pomoc a podporu, když se setkají s nevyhnutelností ztráty. Můžeme je učit zvládat tyto ztráty, můžeme jim být vzorem a modelem v truchlení, můžeme je zahrnout do pohřebních a smutečních rituálů.

Vyloučení dětí z těchto procesů zvyšuje jejich strach a úzkost a vyvolává v nich pocit odporu a bezmoci.

4. Děti by neměly chodit na pohřby – nebo naopak – děti by vždy měly chodit na pohřby. Děti by měly mít možnost volby, zda si přejí účastnit či neúčastnit se pohřbu. Aby se ale mohly kompetentně rozhodnout, potřebují dostatek relevantních informací, podporu a respekt k jejich rozhodnutí.

5. Děti jsou trvale poškozeny brzkou a významnou ztrátou. Většina lidí (včetně dětí) je adaptabilních, dokáží se relativně dobře přizpůsobit. Časná signifikantní ztráta může ovlivnit vývoj dítěte (Vizinová, Preiss, 1999: 36), ale spolehlivá podpora a trvalá péče může truchlícím dětem pomoci vyrovnat se s touto ztrátou.

6. Neefektivnější terapeutický nástroj pro truchlící děti je rozhovor. Otevřená komunikace s dětmi je samozřejmě velmi důležitá, existují však i jiné a přirozenější přístupy, které dítěti umožňují ventilovat zármutek, např. hra, kresba, hudba, tanec – vlastně jakýkoliv tvůrčí způsob exprese. Neopominutelný je i význam rituálů (Kaufmann-Huber, 1998). Toto vše mohou děti využívat, aby vyjádřily svůj zármutek a vyrovnaly se se ztrátou.

7. Pomoc dětem vyrovnat se se ztrátou je záležitostí rodiny. Rodina má v tomto ohledu pochopitelně hlavní odpovědnost, o tu se však mohou podělit i další jedinci a instituce. Je důležité si uvědomit, že v době, kdy rodina prožívá těžkou ztrátu, je schopnost jejich členů vzájemně si pomáhat značně omezena (Kubíčková, 2001; Špatenková, 2009).

Truchlení dětí

Truchlení můžeme popsat jako proces, který má několik fází. Jednotlivé fáze truchlení není od sebe možné přesně oddělit, také není jasné definována délka jednotlivých stadií, dokonce ani jejich počet. Parkes uvádí čtyři fáze, Bowlby pět, Oates šest (in Špatenková, 2008), Kubíčková (2001) tři apod. Přestože jsou projevy truchlení dětí silně interindividuálně i intraindividuálně determinovány, je možné identifikovat určité shodné momenty (Rogge, 1999; Křivohlavý, 1989):

1. Odmitání – dítě se vzpírá uvěřit, že někdo zemřel, vyhýbá se střetu s tímto faktem, zároveň si však připadá citově přetížené. U dítěte se

mohou projevovat nejrůznější mechanismy odmítání, např. veselost a aktivita, návaly hněvu, nářek či fyzické zhroutení, vyhýbání se tématu smrti, chronické choroby, poruchy učení, agresivní chování, týrání zvířat apod.

2. Idealizace zemřelého – v této fázi se stává důležitým vše, co je nějakým způsobem spojeno se ztracenou osobou, např. předměty, které ho nějakým způsobem připomínají. Tyto předměty vyvolávají příjemné chvíle, které s ním děti prožily – dítě si obléká věci zemřelého, chce vykonávat jeho povolání atd.

3. Znevažování zemřelého – dětská bolest se mísí s hněvem a zlostí z osamocení a opuštění. Negativizace zemřelého je pokusem dítěte o rozloučení s ním, o emancipaci. Dojde-li k idealizaci zemřelého předčasně, hrozí, že se od něj dítě neodpoutá. Pouze realistický obraz zemřelého zaručuje, že se mu dítě dokáže znovu přiblížit na jiné úrovni.

4. Znovupřiblížení – časový průběh znovupřiblížení se zemřelému nelze předvídat. Na jeho konci však stojí opětovné přiblížení se mrtvému na kvalitativně jiné úrovni. Akutní žal končí, ale smutek není zcela uzavřen, zůstávají jizvy, které mohou tu a tam bolet – ztrátu nelze jen tak jednoduše negovat. Dospělí by měli dětem ukázat, jak – i s těmito jizvami – žít dál.

Symptomy truchlení dětí

Děti projevují svůj zármutek a žal vyvolaný smrtí blízké osoby specifickým způsobem. Křivohlavý píše, že pokud si dítě uvědomí, že došlo k ireverzibilní situaci, je u něho možné pozorovat výraznou dekompenzaci – v činnostech, řeči, jednání, vzájemných mezilidských vztazích, nonverbálních projevech atd. (Křivohlavý, 1989: 210). K obvyklým projevům truchlení dětí patří např.: problémy se spánkem (časté buzení, děsivé sny), noční pomočování, cucání prstů, stereotypní pohyby. Častá je rovněž snížená pozornost, rapidní zhoršení školního prospěchu, chyby v řeči – chybný smysl i chybná výslovnost. Patrné bývají projevy strachu ze tmy, cizích lidí i věcí, strach ze všeho neznámého, úzkost. Vzácností nebývají ani tiky, rity, apatie, uzavřenost, pocit samoty a opuštěnosti, nejrůznější druhy fobií (Klementová, 2002). Dítě ale může být také nápadně hodné, stažené do sebe a za své reakce je ještě paradoxně chváleno a oceňováno, „že nezlobí“. Taková forma chování je ale velmi nebezpečná, neboť

sociálnímu okolí může uniknout fakt, že je zde dítě, které potřebuje pomoc a péči (Špatenková, 2004). Na sociální rovině se u mladších dětí často projevuje heteroagresivita. Pro starší děti jsou typické asociální projevy, jako jsou lži, útěky, krádeže a jiná delikventní činnost, neustálé ztráty čehokoliv kdekoliv – školních pomůcek, peněz, hraček atd. Časté jsou rovněž psychosomatické projevy – gastrointestinální obtíže či jiná psychosomatická onemocnění truchlících dětí. Všechny tyto projevy jsou důležitým signálem toho, že dítě truchlí a potřebuje pomoc, a mohou se stát příčinou toho, že se dítě dostane do odborné péče např. psychologů nebo sociálních pracovníků. Proto by s těmito projevy měli být pracovníci v pomáhajících profesích seznámeni, aby se nestalo, že místo pomoci při zpracování ztráty bude dítě naopak sankcionováno (trestáno) a tím sekundárně stigmatizováno.

Pomoc truchlícím dětem

Dospělí obvykle nevědí, co truchlícím dětem říci, jak jim ztrátu objasnit, natož jak jim pomoci. Matějček a Dytrych zdůrazňují, že v takových situacích je důležitá otevřená komunikace. Upozorňují na to, že zatajení či odložení vyřešení skutečně nastalé situace dítěti život obvykle neulehčí, ale naopak velmi zkomplikuje (Matějček, Dytrych, 2005: 94). Zajímavý koncept, jak prožít truchlení s dětmi při vzájemné podpoře, představuje Colorosová (2008: 14–18) a označuje ho stručně jako TAO:

- **T(ime)** – čas, který je nutný pro správné odtruchlení a následné smíření se s faktem ztráty. Špatenková (2008) to komentuje slovy: „*Je čas truchlit, i čas přestat truchlit.*“
- **A(ffection)** – láska, děti potřebují, aby jim ostatní dávali najevo, že je mají rádi, že tu nejsou v těžkých chvílích samy, že jim je stále někdo na blízku.
- **O(ptimism)** – *optimismus*, pravý optimismus znamená přijetí skutečnosti takové, jaká je, nalezení v ní něčeho dobrého a pak je možné se pustit do řešení problémů, které s sebou přináší.

Colorosová taktéž prezentuje šest velmi důležitých vět, kterými je možné truchlícím dětem pomoci zvládnout každodenní zmatky a změny života. Pro dospělé mohou tyto věty sloužit

jako určitý „záchranný kruh“ v případě ohrožení smetením „přivalovou vlnou zoufalství“. Tyto věty podle autorky zní: „*Věřím ti.*“ „*Spoléhám na tebe.*“ „*Vím, že to zvládneš.*“ „*Vždy tě vyslechnu.*“ „*Postarám se o tebe.*“ „*Jsi pro mne moc důležitý.*“ (Colorosová, 2008: 41.)

Společně se Soukupovou můžeme zdůraznit klíčové momenty v pomoci truchlícím dětem a formulovat následující doporučení ve vztahu k truchlícím dětem (URL: <http://www.umirani.cz> [cit. 2009-03-01].):

- Naslouchat.
- Říkat pravdu.
- Odpovídat na otázky dětí.
- Nechat dětem možnost volby.
- Zachovat pokud možno normální řád a zvyklostí.
- Vzpomínat společně s dětmi na zemřelého.
- Vytvořit pro děti bezpečné prostředí, ve kterém mohou truchlit.
- Dovolit dětem vyjadřovat všechny druhy emocí.
- Učit děti truchlit.

Ne vždy je však „přirozená“ pomoc truchlícím dětem dostatečná, pak je nanejvýš vhodné zvážit i jiné formy pomoci, např. poradenství pro pozůstalé děti.

Poradenství pro pozůstalé děti

Odborná pomoc truchlícím dětem je vhodná zejména tehdy, jestliže (Webb in Doka, 2001: 143):

- a) Člen rodiny spáchal sebevraždu.
- b) Dítě vykazuje děsivé noční můry či spánkové poruchy.
- c) Dítě má problémy ve škole.
- d) Dítě má psychosomatické potíže.
- e) Dětské stravovací návyky se začínají pozměňovat.
- f) Dochází k regresi chování.

Poradenství pro pozůstalé děti (Smith, Pennels, 2000) je v mnoha ohledech specifické (Dragúňová, 2010). Pešová a Šamalík upozorňují, že v poradenství pro děti hraje velký význam přístup poradce, s jakým k dítěti mluví, ale také prostředí, ve kterém poradenství probíhá. Pro středí by mělo vzbuzovat pocit bezpečí, také je vhodné mít připraveny hračky, které pomohou navázat kontakt s úzkostnějším dítětem (Pešová, Šamalík, 2006: 15). Pomoc pozůstalým dětem

by měla respektovat jejich možnosti a potřeby. Jako optimální přístup se v tomto ohledu jeví zejména **terapie hrou** a další **kreativní přístupy**, protože od truchlících dětí není možné očekávat, že budou spořádaně sedět a vést zainteresovaný rozhovor s poradcem. Hra je nejpřirozenější aktivitou dítěte (Vágnerová, 2008). Ve hře mohou děti snadněji vyjádřit své pocity. Terapie hrou se tak v této souvislosti může jevit jako nejvhodnější přístup k pozůstalým dětem. Terapie hrou je založená na interakci poradce s dítětem, usilujícím o ulehčení emocionální úzkosti skrze symbolickou komunikaci hry. Dítě zde vyjadřuje a zpracovává emoční konflikty pomocí metafory během hry a přitom si uvědomuje důvod, proč se terapie účastní, a také si uvědomuje úlohu poradce (terapeuta). Využívají se panenky, kresby a různé hračky, které mohou sloužit jako jakési štíty, které mají děti chránit před připuštěním si, že se jim staly děsivé věci a ještě děsivější se mohou stát. Zábavná „maska“ hry dovoluje dítěti, aby vyjádřilo svůj hněv, žárlivost nebo strach prostřednictvím úst loutek či panenek, namísto zkušenosti uvědomění si, že tyto pocity patří samotným dětským aktérům (Webb in Doka, 2001: 140–141). Cílem terapie hrou je jednak facilitace dětského procesu truchlení a jednak pomoc při vyjasnění nějakého kognitivního zmatku, který může dítě postihnout v souvislosti se smrtí. Hry nemusí být ale jen individuální, mohou mít také skupinovou podobu. Hry, kterých se zúčastní více dětí, jsou dobrým prostředkem pro „standardizaci“ diskuse o smrti. Hry také mohou pomoci dětem při nových způsobech zvládnání ztráty a navíc se mohou vztahovat i k jiným dětem.

Worden (1996: 162–166) preferuje u truchlících dětí využití kreativních přístupů. Ukazuje především na umělecké aktivity, tvůrčí (psané) aktivity a vyprávění příběhů.

- **Umělecké aktivity** jsou u dětí snadno aplikovatelné, protože děti mají rády kreslení, rády se vyjadřují pomocí barevných pastelek, papíru a mají rády tvoření s plastelínou. Může se jednat o kreslení (Davidov, 2008), modelování či jiné výtvarné činnosti (Campellová, 2005; Liebmann, 2005).
- V případě starších dětí může být vhodné použití **terapie psaním**. Dítěti je poskytnut zápisník a je povzbuzováno k popisu myšlenek,

citů a otázek týkajících se zesnulého. Děti mohou být také vybízeny k popisu snů, jež se týkají zemřelého. Dítě může psát i různé básničky nebo říkanky. Jinou formou terapie psaním mohou být dopisy psané zesnulému. Tato metoda je vhodná, pokud se dítě nestihlo se zemřelým rozloučit nebo když měli mezi sebou nějaké nevyřešené spory. Dopisy napsané v přítomném čase a adresované zesnulému jsou efektivnější metodou než „pouhé“ bavení se o problému s poradcem (Worden, 1996: 164). Některé děti mohou psát jakési seznamy, body ohledně úmrtí a jejich fantazií,⁴ jiné si mohou vést blogy. Zapomenout bychom neměli ani na památničky nebo kroniky, které mohou zachycovat vzpomínky dětí. Mladší děti ale nebudou schopny realizovat tuto aktivitu bez pomoci (Worden, 1996: 165).

- **Vyprávění příběhu.** Děti potřebují po úmrtí blízkého člověka vyprávět svůj příběh – co se stalo, kde byly, když se dozvěděly o úmrtí, jaké to pro ně bylo. Jeden z nejlepších způsobů, jak je možné dítěti pomoci, je naslouchat jeho vyprávění bez hodnocení, dávání rad či vyjadřování vlastního názoru (Špatenková, 2008). Některé děti ale mluvit nechťejí. Může to být proto, že chrání dospělé kolem sebe před ještě větší bolestí.

Kreativní aktivity jsou pro děti nejvhodnějším prostředkem k vyjádření toho, co prožívají a co je trápí. Takový způsob vyjádření pocitů je pro děti přínosnější než „pouhé“ rozmlouvání s poradcem. Vzhledem k nízkému věku dítěte, které nemá ještě dostatečně rozvinutý pojmový aparát, jsou kreativní intervence skutečně nejvhodnější (Worden, 1996).

Závěr

Téma truchlení dětí (ostatně jako i jiná témata dotýkající se umírání a smrti) bezesporu patří do akčního pole sociální práce. Sociální pracovníci disponují dostatečným profesionálním repertoárem a adekvátními intervencemi, které mohou být efektivně využity v péči o truchlící. Sociální práce jako obor akumulovala relevantní znalosti a praktické dovednosti, má proto i určitý profesionální závazek k poskytování služeb pozůstalým, včetně pozůstalých dětí.

Poznámky

- 1 Kontaktní adresa: nadezda.spatenkova@upol.cz
- 2 Kontaktní adresa: jak.jansa@seznam.cz
- 3 V případě úmrtí domácího mazlíčka je možné uspořádat jakýsi zvířecí pohřeb. Příprava a realizace takového aktu může dítě seznámit s ritualizací smrti a truchlení (Kaufmann-Huber, 1998).
- 4 Dítě zde může vyjmenovat fakta týkající se úmrtí blízké osoby, může psát i otázky ohledně smrti. Seznamy mohou sloužit také k odhalení dezinformativních konstrukcí v chápání pojetí konečnosti. Děti mohou třeba psát svá přesvědčení o tom, že mrtvého můžeme vidět nebo slyšet, nebo body ohledně pohřbu. Ale mohou také popisovat své „fantazie“, např. že zesnulý je stále vidí nebo že se bude zemřelý zlobit, když budou mít problémy ve škole atd.

Seznam literatury:

- BOWLBY, J. **Loss. Sadness and Depression.** London: Pilmico, 1998.
- BOŽUKOVÁ, J. **Člověk mezi životem a smrtí.** Přednáška pořádaná Společností pro logoterapii a existenciální analýzu (SLEA) v Praze dne 1. 11. 2008.
- CAMPBellová, J. **Techniky arteterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi.** Praha: Portál, 2005.
- COLOROSOVÁ, B. **Krizové situace v rodině: Jak pomoci dětem překonat smrt blízkého člověka, nemoc, rozvod a trauma adopte.** Praha: Ikar, 2008.
- DAVIDO, R. **Kresba jako nástroj poznání dítěte.** Praha: Portál, 2008.
- DiGIULIO, R., KRANZOVA, R. **O smrti.** Praha: Lidové noviny, 1997.
- DOKA, K. **Living with grief: children, adolescents, and loss.** Hospice Foundation of America: Psychology Press, 2000.
- DRAGÚŇOVÁ, L. **Adekvátní formy podpory truchlících dětí.** Bakalářská diplomová práce. Olomouc: FF UP, 2010.
- ELIAS, N. **O osamělosti umírajících.** Praha: Nakladatelství Franze Kafky, 1998.
- JANSA, J. **Truchlení dětí a dospívajících.** Bakalářská diplomová práce. Olomouc: FF UP, 2009.
- KAUFMANN-HUBER, G. **Děti potřebují rituály.** Praha: Portál, 1998.

- KLEMENTOVÁ, B. **Když mají děti smutek.** Magisterská diplomová práce. Ostrava: ZSF OU, 2002.
- KŘIVOHLAVÝ, J. **Vážně nemocný mezi námi.** Praha: Avicenum, 1989.
- KUBÍČKOVÁ, N. **Zármutek a pomoc pozůstalým.** Praha: Nakladatelství ISV, 2001.
- KÜBLER-ROSS, E. **O dětech a smrti.** Praha: ERMAT, 2003.
- LIEBMANN, M. **Skupinová arteterapie.** Praha: Portál, 2005.
- MATĚJČEK, Z., DYTRYCH, Z. **Krizové situace v rodině očima dítěte.** Praha: Grada, 2002.
- MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. (eds.) **Sociální práce v praxi.** Praha: Portál, 2005.
- PEŠOVÁ, I., ŠAMALÍK, M. **Poradenská psychologie pro děti a mládež.** Praha: Grada, 2006.
- PŘIDALOVÁ, M. **Proč je moderní smrt tabu?** *Sociologický časopis*, 1998, roč. 34, č. 3.
- ROGGE, J. U. **Dětské strachy a úzkosti.** Praha: Portál, 1999.
- ŘÍČAN, P. **Cesta životem.** Praha: Panorama, 1989.
- SMITH, C. R. **Social Work with the Dying and Bereaved.** London: The Macmillan Press LTD, 1982.
- SMITH, S., PENNELLS, M. **Interventions with bereaved children.** London: Jessica Kingsley Publishers, 2000.
- SOUKUPOVÁ, T. **Zármutek a truchlení u dětí: Praktická doporučení [on-line].** 2006 [cit. 2009-03-01]. Dostupný z WWW: <http://www.umirani.cz/index.php?cmd=page&id=368&lang=cs>.
- ŠPATENKOVÁ, N., a kol. **KRIZE. Psychologický a sociologický fenomén.** Praha: Grada Publishing, 2004.
- ŠPATENKOVÁ, N. **Poradenství pro pozůstalé.** Praha: Grada Publishing, 2008.
- VÁGNEROVÁ, M. **Vývojová psychologie I: Dětství a dospívání.** Praha: Karolinum, 2008.
- VIZINOVÁ, D., PREISS, M. **Psychické trauma a jeho terapie.** Praha: Portál, 1999.
- WORDEN, J. W. **Children and Grief: When a Parent Dies.** New York: Guilford Press, 1996.
- ZAMYKALOVÁ, K. **Sociální práce s umírajícími a truchlícími.** Magisterská diplomová práce. Olomouc: FF UP, 2003.

Konstitucionalizování formalizované péče o pozůstalé

Constitutionalising Formalised Care for the Bereaved

Naděžda Špatenková, Tomáš Kotrlý, Tereza Běhounková

PhDr. et Mgr. Naděžda Špatenková, Ph.D.,¹ je vedoucí Pracovní skupiny pro tvorbu standardů v poradenství pro pozůstalé při Ministerstvu pro místní rozvoj ČR (dále jen MMR).

ThLic. Tomáš Kotrlý, Th.D.,² je odpovědný na MMR za rozvoj českého pohřebnictví.

Bc. Tereza Běhounková³ se podílela na tvorbě kurikula kursu pro poradce pro pozůstalé.

Abstrakt

Pomoc a podporu pozůstalým může poskytnout prakticky kdokoliv, poradenství pro pozůstalé ale vyžaduje víc – poradce musí splňovat určité nároky. Aby mohl poradce pro pozůstalé vykonávat svoji roli kompetentně, měl by být k jejímu výkonu dobře teoreticky i prakticky připraven. V České republice doposud nejsou nastavena a státem autorizována jasná kritéria, co všechno musí kvalifikace poradce pro pozůstalé obsahovat. V zahraničí, kde je poradenství pro pozůstalé již plně etablované, existují školicí centra, specializované vzdělávací kurzy pro poradce a nabízena je pochopitelně i supervize. Ale i v ČR se situace pomalu, ale jistě mění. Vláda České republiky se zavázala do roku 2012 zpracovat koncepci péče o truchlící a pozůstalé. Ministerstvo pro místní rozvoj začalo od roku 2008 ve spolupráci s Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy ČR, Ministerstvem vnitra ČR, Ministerstvem obrany ČR, odbornými autoritami a občanskými sdruženími vytvářet podmínky pro zvýšení kvality života pozůstalých (bod 7. I. vládního materiálu Kvalita života ve stáří). V souladu se zákonem č. 179/2006 Sb., o uznávání výsledků dalšího vzdělávání, jsou vytvářeny kvalifikační a hodnotící standardy dílčí kvalifikace Poradce pro pozůstalé a lze předpokládat, že poradenství pro pozůstalé se skutečně konstituuje jako integrální součást formalizované psychosociální péče.

Klíčová slova

smrt, pozůstalí, truchlení, zármutek, poradenství, péče o pozůstalé

Abstract

Relief for mourners can be provided by nearly anyone, but guidance for mourners requires more – the guide must satisfy certain demands. To carry his or her role competently, the guide must be prepared for it in both theoretical and practical ways. In the Czech Republic, there still are not specified clear criteria, which the mourner's guide must meet. Abroad, where the bereavement care has already been fully established, there are training centres, specialized educational courses for the guides, and, of course, supervision is offered, too. In the Czech Republic, the situation has been slowly changing, too, however. The Government of the Czech Republic committed to elaborate the concept of mourning and bereavement care by 2012. Since 2008 the Ministry for Regional Development, together with the Ministry of Education, Youth and Sports and with the Ministry of Interior and other partners, has started establishing the conditions for improving the quality of life of mourners (item 7. I. of the Government document Quality of Life in Old Age). In accordance with the Act no. 179/2006 Coll., on recognition of further education outcomes, the evaluation standards for the partial qualifications Mourner's Guide are being specified. It can be assumed that the guidance for mourners will be established truly as an integral part of the formalized psycho-social care.

Keywords

death, bereaved, mourning, grief, counseling, guidance for mourners, bereavement care

Neformální a formální pomoc pozůstalým

Utrpení způsobené smrtí blízkého člověka existuje již po tisíciletí, mnohem déle než jakékoliv profesionální poradenské služby (ať už psychologické či jiné). V tradiční společnosti pozůstalým pomáhaly rituály; sociální oporu jim poskytovala jejich rodina, komunita, církve apod. Situace v současné společnosti je ale jiná. Smrt je tabuizována, popírána, vytěšňována. Pohřební rituály a rituály truchlení jsou prázdné a vyčpělé (Špatenková, 2008). Sociální okolí se od pozůstalých distancuje, protože neví, jak s nimi komunikovat, co říci a jak se zachovat. K církvím a náboženským společenstvím se dnes mnoho lidí oficiálně nehlásí a také rodina a vztahy sousedství doznaly značných změn. I Worden (1997: 12) poukazuje na to, že dříve ve velkých rodinách panovala obrovská soudržnost a že existovaly pevné sousedské vazby, které truchlícím pomáhaly se zvládnutím této ztráty. To dávalo pozůstalým pocit sounáležitosti a možnost okamžité podpory. Tento pocit je v dnešní době už pravděpodobně nepředstavitelný. Pozůstalí jsou tak ve svém zármutku nejistí, postrádají vzory a modely jednání. Jsou zmateni ze svého truchlení a jeho projevů. Mohou se domnívat, že jejich zármutek je určitá slabost nebo dokonce nemoc. Mohou se snažit svůj zármutek potlačit, skrývat nebo ignorovat, protože mají pocit, že dát průchod svému žalu je „morbidní“ a „nezdravé“ (Gorer, 1965). Nassehi a Weber (1989: 261) upozorňují na to, že truchlení pozůstalé často také stigmatizuje a diskriminuje: „*Smrt je obecní a trapná – a také truchlení je takové. K bontónu patří zármutek skrývat, protože jeho projevy by mohly ostatní obtěžovat.*“ Truchlíci se tak nacházejí v nezáviděníhodné situaci. Neumějí sami zacházet se svým zármutkem a jejich blízcí jim v tom příliš nepomohou. Nejen z tohoto důvodu se jejich truchlení neřídka komplikuje, vlastně celý stávající a budoucí život pozůstalých je najednou komplikovaný. Nejen ztráta (smrt blízkého člověka) jako taková, ale především proces truchlení na všech úrovních (bio-psycho-sociální i spirituální) podstatně narušuje kvalitu života truchlících, mění jejich identitu a zasahuje jejich integritu. Truchlíci v takové situaci potřebují pomoc a péči. Ale čím? Jestliže neformální, přirozené zdroje sociální opory selhávají, otevírá se prostor pro formalizovanou pomoc. Kdo ale může pozůstalým po-

skytovat adekvátní oporu? Parkes (1980) v této souvislosti zvažuje tři možné přístupy:

1. **Poradenství pro pozůstalé by mělo být vykonáváno jako profesionální služba speciálně vyškolených expertů** (např. lékařů, zdravotníků, sociálních pracovníků či psychologů).
2. **Poradenství pro pozůstalé by mělo fungovat na bázi dobrovolníků**, kteří byli pečlivě vybráni, vyškoleni a průběžně jsou podporováni formou supervize.
3. **Péče o pozůstalé by měla být organizována formou svépomocných skupin**, ve kterých se pozůstalí podporují navzájem.

Všechny výše zmíněné přístupy mají své výhody i určitá rizika. Např. **svépomocné skupiny** představují na jedné straně velmi efektivní formu pomoci pozůstalým. Zjištění, že i jiní lidé prožili podobnou ztrátu a dokázali ji nějakým způsobem zvládnout, dává pozůstalým naději, že i oni jednou dospějí do takové fáze. Svépomocné skupiny nabízejí pozůstalým cenné rolové modely pro identifikaci a socializaci v pozdějších fázích procesu truchlení, stejně jako poskytují podpurnou empatii od těch, kteří „vědí“, protože si tím sami prošli a prožili intrapsychický zmatek akutního zármutku. Vyměňování si zkušeností a vzájemná pomoc a podpora pomáhá pozůstalým překonávat pocity izolovanosti, osamělosti a zoufalství (Špatenková, 2008: 47–48). Na druhé straně ale nejsou svépomocné skupiny řešením pro každého – především ve fázi akutního zármutku potřebují truchlíci spíše individuální přístup. Kromě toho představují svépomocné skupiny velmi specifickou formu pomoci, která se v našich sociokulturních podmínkách stále ještě dostatečně neetablovala.

I programy založené na **laickém poradenství** mohou skýtat jisté problémy, např. v nedodržování či překračování hranic poradenského vztahu, nemožnost (resp. neschopnost) rozpoznat komplikované reakce na ztrátu (např. depresi, závislosti aj.) a adekvátně s nimi pracovat apod. V některých zahraničních zemích fungují dobrovolnické programy (např. Widow-to-Widow) už dlouhodobě a mají svoji tradici. Nikoliv však u nás. Laické poradenství v České republice doposud stále není legitimizováno.

Profesionální expertní model se může jevit jako optimální. Máme vybudovanu relativně

rozšířilo síť psychosociálních a jiných služeb. Experti v těchto službách by mohli poskytovat pomoc a péči pozůstalým na profesionální bázi. Služby psychologů se v péči o pozůstalé rozumějí jaksi mimochodem. Pozůstalí se ale obvykle necítí osloveni nabídkou psychologických služeb. Existuje ale i koncept, který začleňuje poradenství pro pozůstalé do akčního pole sociální práce. Schmied (1985: 162–166) se domnívá, že klíčovou osobou v péči o pozůstalé je především lékař, ať už praktický lékař pozůstalého či odborný lékař (např. psychiatr). Jistě, lékaři představují v systému péče o pozůstalé důležitý základní prvek, protože jsou zpravidla prvními osobami, s nimiž se pozůstalí setkávají (oznamují úmrtí příbuzným, ohledávají tělo zemřelého). Truchlící také často vyhledávají lékařskou pomoc⁵ v důsledku dekompenzace svého zdravotního stavu, z důvodu různých psychosomatických reakcí, nebo také proto, že je projevy zármutku (zejména na fyzické, ale i psychické úrovni) znepokojují. Pro své pacienty jsou lékaři nejen formální, ale často i neformální autoritou (Klimpl, 1998: 105). Klimpl píše: „Jádro lékařské činnosti představuje diagnostika a léčba tělesných nemocí. Pacient však mnohdy vyhledává lékaře z nejrůznějších psychosociálních příčin a očekává něco jiného než jen vyšetření a předpis léku nebo procedury. Přichází s životním problémem, psychickým výkyvem nebo přímo s krizí, a neví, zda se může svěřit ani zda se naplní jeho očekávání pomocí prostřednictvím porozumění, rady a činu lékaře.“ (Klimpl, 1998: 9.) Jeho očekávání se však většinou nenaplní. Lékaři obvykle nedisponují znalostmi základů krizové intervence či psychologické první pomoci a reprodukují dál model medicalizace a medikalizace truchlení (předepíše pozůstalému léky, dají mu „neschopenku“ a učiní tak z truchlení, jakožto přirozené a normální reakce na ztrátu, nemoc). Musíme si ale uvědomit, že každý expert (ať už psycholog, sociální pracovník či lékař) nemusí být s tématy umírání a truchlení blíže odborně seznámen či jakkoliv lidsky konfrontován. I aplikace expertního modelu tak může v praxi snadno ztroskotat.

Praktická péče o pozůstalé

Neopominutelné místo v systému formalizované péče o pozůstalé patří **duchovním autoritám, zповědníkům** a také **pastoračním asis-**

tentům, kteří působí přímo v nemocnicích nebo v ústavech sociální péče.⁶ V USA existuje v každé akreditované nemocnici tzv. program pro pozůstalé, který vede speciální pracovník nemocnice vzdělaný v psychoterapii a speciálních programech zaměřených např. na organizaci pohřbu, komunikaci s nejrůznějšími institucemi i jednotlivými odborníky apod. (Kalvínská, 2007: 6). V České republice pak rozvíjejí péči o pozůstalé systematicky především **hospice**. Podle Standardů hospicové paliativní péče Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče z roku 2006 procházejí pracovníci poskytující tyto služby průběžným školením a dostává se jim adekvátní podpory.

Pozůstalým nabízejí pomoc také některá **občanská sdružení** (např. Sdružení pohřebnictví, Dlouhá cesta, Bílý kruh bezpečí, České sdružení obětí dopravních nehod atd.). Jedná se obvykle o osobní návštěvy, korespondenci, společná setkání pozůstalých, bohoslužby, různé vzpomínkové akce, linky pomoci, individuální rozhovory či podpurné skupiny.

Konkrétní praktickou pomoc a rady s organizací pohřbu a výběrem hrobu poskytnou pozůstalým nejlépe **pracovníci v pohřebních, křemáčních a hřbitovních službách**. Na rozdíl od jiných pracovníků v pomáhajících profesích disponují pracovníci v pohřebnictví kromě bohatých bezprostředních zkušeností s touto klientelou skupinou také teoretickou přípravou v poradenství pro pozůstalé. Většina provozitelů pohřebních služeb v České republice absolvovala v rámci akreditovaného rekvalifikačního kursu i výuku psychologie a poradenství pro pozůstalé. Pracovníci v pohřebních službách figurují v péči o pozůstalé především v akutní fázi zármutku, kde je však jejich poradenská role neoddiskutovatelná. Pro většinu pozůstalých je ale obtížné představitelné, že by člověk společně s technickými záležitostmi pohřbu, které musí obstarat, přijímal od pracovníků útěchu či krizovou intervenci. V pozdějších fázích procesu truchlení, v rámci samostatné služby, která by se odehrávala v jiném prostoru, se zatím pohřební služby více neuplatňují – pravděpodobně je za tím obava, že by setkání s nimi mohlo u pozůstalých vyvolávat nepříjemné pocity, protože by se mohla reaktivovat jejich nedávno prožitá traumata. Přesto se autoři tohoto příspěvku domnívají, že potenciál u této kategorie expertů je v rámci poradenství

pro pozůstalé relativně velký, byť zatím dostatečně nevyužitý.

Konstitucionalizování nové služby – poradce pro pozůstalé

Někteří odborníci (např. Langenmayr, 1999) se přiklánějí k názoru, že kvalifikované poradenství pro pozůstalé si vyžaduje vysokoškolskou průpravu. Poradci pro pozůstalé se tak mohou rekrutovat např. z řad psychologů, psychoterapeutů, lékařů, duchovních, sociálních pracovníků, sociálních pedagogů apod. Vysokoškolské vzdělání ale nezakládá automaticky schopnost být dobrým poradcem, proto se i odborníci přou, zda jsou v poradenství pro pozůstalé důležitější znalosti, nebo zkušenosti poradce. Jiní autoři (např. McKissock, McKissock, 1998, Langenmayr, 1999) se domnívají, že odborné znalosti a dovednosti profesionálního poradenství jsou rozhodující. Argumentují především tím, že profesionálně vyškolený poradce je schopen včas rozpoznat nastupující komplikované či depresivní stavy klienta a nabídnout adekvátní intervenci. Jiní autoři (např. Ludt in Kanel, 2003, Worden, 1997) ale tvrdí, že nejdůležitější výbavou dobrého poradce pro pozůstalé je vlastní zkušenost s truchlením, s tím, co pozůstalý prožívá a cítí, zkušenost s tím, jak na něho reaguje okolí apod. Takový poradce je pro klienta autentický a dokáže lépe a rychleji pozůstalého pochopit a získat si jeho důvěru.

Poradce pro pozůstalé, ať už jako profesionál v pomáhající profesi či laik se zkušeností s truchlením, by měl bezpochyby naplňovat jisté osobnostní, ale i odborné kompetence (Špatenková, 2008: 33–41). Rozhodně by měl být proškolen v problematice truchlení a péče o pozůstalé, protože tato oblast je skutečně citlivá a poradenství pro pozůstalé je velmi náročné. Kvalitní poradenství pro pozůstalé bezpodmínečně předpokládá znalost problematiky procesu truchlení, symptomatologie nekomplikovaného a komplikovaného zármutku, přiměřených metod a technik zvládnutí reakcí na ztrátu a samozřejmě také zpracování si vlastního postoje ke smrti ze strany poradce. Takové požadavky ale není jednoduché naplnit, a jestliže se chce poradenství pro pozůstalé konstituovat jako integrální součást formalizované psychosociální pomoci pozůstalým, pak i příprava poradců pro pozůstalé by neměla

zůstat jen na rovině neformální a informální, ale měla by se zcela cíleně přesunout do roviny formálního učení, resp. vzdělávání (Határ, 2009). Bude nezbytné i v České republice vytvořit akreditované vzdělávací programy, resp. specializační kurzy zaměřené na tuto specifickou problematiku. Některé vzdělávací modely již byly i v české literatuře popsány (Kubičková, 2001; Špatenková, 2008; Šlosarová, 2001; Běhounková, 2010) a byly ověřovány v praxi, především v rámci nejrozličnějších školení hospicových, zdravotnických a jiných poradenských pracovníků. Nicméně jakékoliv akreditované studium zaměřené na poradce pro pozůstalé v ČR doposud stále chybí (Běhounková, 2010).⁷

Návrh hodnotícího standardu MMR

Péče o pozůstalé dosud není součástí našeho právního řádu, to ale rozhodně neznamená nižší úroveň této specializované péče nebo její omezování. Poradenství pro pozůstalé ve veřejných institucích je poskytováno v souladu s ústavním právem České republiky, směřuje k rozvíjení duchovního bohatství demokratické společnosti a k ochraně základních práv a svobod jednotlivců.

Významným krokem v profesionalizaci a specializaci v oblasti péče o pozůstalé v České republice je vytvoření návrhu hodnotícího standardu dílčí kvalifikace Poradce pro pozůstalé v rámci Národní soustavy kvalifikací (Kotrlý, 2010). Cílem návrhu tohoto hodnotícího standardu MMR je zajistit určitou standardní kvalitu poskytovaných služeb v poradenství pro pozůstalé.

Hodnotící standardy předpokládají určité odborné i osobnostní kompetence u osob, které by chtěly poradenství pro pozůstalé realizovat, a stanovují kritéria pro jejich hodnocení a také kritéria a metodické pokyny pro hodnotitele těchto kompetencí (tzv. autorizovanou osobu). K ověření způsobilosti (ke zkoušce) v rámci kvalifikace Poradce pro pozůstalé pak může přistoupit osoba, která má ukončené úplné střední vzdělání a která již minimálně 1 rok pracuje s pozůstalými pod dohledem supervizora, od něhož se ke zkoušce vyžaduje doporučení. Doporučení může kromě supervizora poskytnout také např. vedoucí poradny pro pozůstalé, ředitel hospice, nemocnice, domova seniorů, policie, pohřební služby apod. Vzdělání v některé z pomáhajících profesí, výcvik, resp. specializovaný

kurs a pochopitelně i praktické zkušenosti s poradenstvím jsou výhodou, nikoliv však nutnou podmínkou k přijetí žádosti o zkoušku. Dílčí kvalifikace *Průvodce pro pozůstalé* bude zaměřena více na laickou veřejnost se základním vzděláním. Zkouška u obou kvalifikací je veřejná a má teoretickou i praktickou část. V teoretické části se doporučuje ústní ověřování znalostí, v praktické části jsou dovednosti poradce ověřovány především simulací, modelováním a hraním rolí. Konkrétní úkoly a jejich rozsah určuje autorizovaná osoba.

Zájemce o osvědčení o dílčí kvalifikaci Poradce pro pozůstalé bude moci prokázat při této zkoušce mimo jiné své znalosti, dovednosti a schopnosti v oblasti rozvíjení účinné komunikace s pozůstalými, v aplikaci základních principů poradenství pro pozůstalé do praxe, znalosti symptomatologie nekomplikovaného i komplikovaného truchlení a ověřovány budou i osobnostní kompetence (Kotrly, 2010). Návrh nové kvalifikace Poradce pro pozůstalé schválil ministr pro místní rozvoj Rostislav Vondruška v únoru letošního roku.

Závěr

Žádná součást státní zdravotní ani sociální péče v České republice nevěnuje systematickou pozornost pozůstalým, ačkoli velmi často trpí zdravotními, sociálními i psychickými problémy. Jejich kvalita života je v důsledku prožitých událostí (ztráty blízké osoby smrtí) podstatně narušena. Jednou ze základních podmínek pro zvýšení kvality života pozůstalých je neustálé prohlubování a zvyšování kvalifikace personálu v pohřebních, sociálních a poradenských službách. MMR se po 7 letech existence zákona o pohřebnictví přihlásilo v rámci této své agendy o nový strategický a koncepční úkol: chránit nejen pietu zemřelých, ale také zvýšit kvalitu života pozůstalých. Na tomto ministerstvu vznikla v roce 2008 pracovní skupina pro tvorbu standardů v poradenství pro pozůstalé v čele s Naděždou Špatenkovou. Tato desetičlenná skupina vytvořila během dvou let při několika pracovních setkáních návrh nové dílčí kvalifikace *Poradce pro pozůstalé* s cílem dosáhnout jeho publikování v Národní soustavě kvalifikací, posunout tuto kvalifikaci na úroveň maturitní zkoušky z odborného předmětu a přiznat poradnám pro pozůstalé nezastupitelnou roli

v procesu dalšího vzdělávání odborné veřejnosti. Nedílnou součástí vytvořené kvalifikace je také otevření tématu péče o pozůstalé široké veřejnosti, protože pozůstalým je obecně věnována jen malá, nebo vůbec žádná pozornost. Státem dané směrnice by měly mít hodnotu skutečných morálních imperativů: skýtat základní horizont, který poradce vede k tomu, aby hledal a nacházel podobné způsoby, jak přizpůsobit vlastní poradenství pro pozůstalé hodnotám a základní vizi státu. Na druhé straně bude mít veřejnost možnost lépe podporovat, monitorovat a kontrolovat činnosti v tomto specifickém poradenství. Pozůstalí budou mít možnost využít publikovaný seznam služeb znalých, kompetentních a postojově zralých poradců. Pracovní skupina MMR pro tvorbu standardů v poradenství pro pozůstalé také vytvořila dvě příručky – pro pozůstalé a pro poradce – „Pohřeb a jeho organizace“. Bližší informace můžete získat na webových stránkách MMR: <http://www.mmr.cz/Pohrebnictvi/Koncepce-Strategie/Pece-o-pozustale-v-CR>

Poznámky

- 1 Kontakt na autorku: PhDr. Naděžda Špatenková, Ph.D., Katedra sociologie a andragogiky FF UP, Křížkovského 8, 771 80 Olomouc. E-mail: nadezda.spatenkova@upol.cz.
- 2 Kontakt na autora: ThLic. Tomáš Kotrly, Th.D., Ministerstvo pro místní rozvoj, Staroměstské náměstí 6, 110 00 Praha 1. E-mail: Tomas.Kotrly@mmr.cz.
- 3 Kontakt na autorku: Bc. Tereza Běhounková, Katedra sociologie a andragogiky FF UP, Křížkovského 8, 771 80 Olomouc.
- 4 Vyhledání psychiatrické péče je pro řadu pozůstalých stále ještě nepřijatelné. Tato neoprávněná obava vůči psychiatrické péči je ale irrelevantní. Psychiatrická péče je indikována zejména v případech komplikovaných forem zármutku a při suicidálních tendencích. Přestože jsou sebevražedné úvahy u pozůstalých časté a jen výjimečně nabývají podobu sebevražedného pokusu, neměly by být v žádném případě devalvovány nebo ignorovány. Sebevražedné výhrůžky jsou specifickým „voláním o pomoc“ a vždy v sobě nesou jisté riziko realizace. Vzhledem k tomu, že psychiatrie je často v současné době redukovatelná na farmakoterapii, je vhodné spolupracovat

- s psychology, psychoterapeuty, s příbuznými a případně někým dalším, kdo může napomoci eliminovat případné nebezpečí.
- 5 V Londýnské studii se uvádí, že tři čtvrtiny vdov z Parkesova výzkumného vzorku se v prvních šesti měsících od úmrtí manžela obrátily na svého praktického lékaře. Parkes při analýze výsledků tohoto výzkumu konstatoval, že se vdovy a vdovci rádi obrací na své lékaře s žádostí o pomoc a dokonce se na ně v záležitostech truchlení obrací mnohem častěji než na duchovní, kteří představují tradiční zdroj pomoci pozůstalým (Parkes, 1996, s. 188).
 - 6 Duchovní péče o pozůstalé v českých nemocnicích je díky ekumenickému projektu z let 2006 až 2008 „Nemocniční kaplan“ nejdále v Praze. Například na onkologickém oddělení Všeobecné fakultní nemocnice pracuje pastorační asistentka – lékařka na částečný úvazek. V nemocnici milosrdných sester sv. Karla Boromejského je pro tuto práci vyčleněna – na čtvrt úvazku – magistra teologie – řádová sestra a denně s ní zde obchází všechny nemocniční pokoje farář. K dispozici mají i zdravotního bratra, který je zároveň kněz a je dostupný pozůstalým i v noci. Do Fakultní nemocnice v Motole dochází pravidelně 1x týdně na dospělou onkologii jeden duchovní s dobrovolnicí – absolventkou teologické fakulty (Kalvínská, 2007: 5).
 - 7 Kurikulum tohoto vzdělávacího kursu bylo vytvořeno a program je připraven k akreditaci podle vyhlášky MŠMT č. 176/2009 Sb., kterou se stanoví náležitosti žádosti o akreditaci vzdělávacího programu, organizace vzdělávání v rekrutivačním zařízení a způsob jeho ukončení.

Seznam literatury:

- BĚHOUNKOVÁ, T. **Poradenství pro pozůstalé**. Nepublikovaná diplomová práce FF UP: Olomouc, 2010.
- GORER, G. **Death, Grief, and Mourning in Contemporary Britain**. London: The Cresset Press, 1965.
- HATÁR, C. **Sociálna pedagogika, sociálna andragogika a sociálna práca – teoretické, profesijné a vzťahové reflexie**. Praha: Česká andragogická společnost, 2009.
- KALVÍNSKÁ, E. **Spirituální péče v nemocnici z pohledu lékaře**. Praha: nepublikované studijní texty pro studenty ETF UK, 2007. Dostupné z WWW: <http://www.etf.cuni.cz/moodle/mod/resource/view.php?id=1608>.
- KANEL, K. **A Guide to Crisis Intervention**. Pacific Grove: Books/Cole, 2003.
- KLIMPL, P. **Psychická krize a intervence v lékařské ordinaci**. Praha: Grada Publishing, 1998.
- KOTRLÝ, T. **Poradenství pohřebních služeb pro pozůstalé. Zdravotnictví a právo**. 4 (2010), s. 14–18.
- KUBÍČKOVÁ, N. **Zármutek a pomoc pozůstalým**. Praha: Nakladatelství ISV, 2001.
- LANGENMAYR, A. **Trauerbegleitung. Beratung, Therapie, Fortbildung**. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1999.
- McKISSOCK, D., McKISSOCK, M. **Bereavement Counselling**. Terrigal: Griffin Press, 1998.
- NASSEHI, A., WEBER, G. **Tod, Modernität und Gesellschaft. Entwurf einer Theorie der Todesverdrängung**. Opladen: Westdeutscher Verlag, 1989.
- PARKES, C. M. **Bereavement Counselling: Does It Work?** *British Medical Journal*, 1980, 281, s. 3–9.
- PARKES, C. M. **Bereavement. Studie of Grief in Adult Life**. London: Penguin Books, 1996.
- SCHMIED, G. **Sterben und Trauen in der modernen Gesellschaft**. Opladen: Leske & Budrich, 1985.
- ŠLOSAROVÁ, E. **Institucionalizovaná pomoc pozůstalým (v německy mluvících zemích)**. Diplomová práce, Olomouc: FF UP, 2001.
- ŠPATENKOVÁ, N. **Poradenství pro pozůstalé**. Praha: Grada Publishing, 2008.
- WORDEN, W. J. **Grief Counselling and Grief Therapy**. London: Routledge, 1997. <http://www.mmr.cz/Pohrebnictvi/Koncepce-Strategie>

Role rituálů v procesu truchlení

The Role of Rituals in the Mourning Process

Radana Nováková

Mgr. Radana Nováková, Ph.D., je odbornou asistentkou Ústavu pedagogických věd Fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. Vystudovala učitelství sociálních a zdravotních předmětů pro střední odborné školy na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. V roce 2009 ukončila doktorský studijní program v oboru Antropologie. Disertační práci na téma *Současné Hornolidečsko z pohledu sociokulturní antropologie* obhájila na katedře antropologie a zdravotní vědy na Pedagogické fakultě v Olomouci.

Abstrakt

Autorka v předkládaném textu pojednává o roli rituálů v procesu truchlení. V rámci přehledové studie definuje „rituál“ a z něj vycházející pojem „přechodový rituál“, ve kterém v souladu s odkazem Arnolda Van Gennepa (1909) rozlišuje zvláštní kategorie samostatných a na sebe navazujících fází. Ty vyjadřují odloučení, pomezí a sloučení, přičemž jejich význam je stále tentýž – umožňují jedinci přejít od jedné životní situace k jiné. Tím přispívají k naplnění důležitých životních funkcí. Průběh jednotlivých fází autorka dokládá na příkladu pohřebních rituálů, které byly popsány v polovině 19. století ve Vizovicích.

Klíčová slova

pohřeb, pohřební obřad, přechodový rituál (odloučení, pomezí, přijetí), rituál, rituální chování, smrt, sociální a kulturní antropologie, truchlení, umírání, zármutek

Abstract

The author of the text looks into the role of rituals in the mourning process. Within the following overview statement, the author defines “transitive ritual” in which specific categories of separate and consecutive phases are distinguished in accordance with Arnold Van Gennep (1909). They express the separation and the border merger while their meaning is still the same, i.e. allowing individuals to move from one living situation to another. As such, they contribute to the fulfilment of important social functions. The course of each phase is illustrated by example of funeral rituals which were recorded in the middle of 19th century in the town of Vizovice.

Keywords

funeral, funeral ceremony, rites of passage (separation, transition, reincorporation), ritual, ritualistic behaviour, death, social and cultural anthropology, mourning, dying, grief

„Rituály jsou mincí, již splácíme pozornost dané chvíli.“

Robert Fulghum

Úvod

„Je chvíle, která půlí krajinu...“ napsal ve své sbírce *Smuténka* (1965) Jan Skácel. S pokorou a citem vyjádřil okamžik, kdy do života vstoupí událost, která nás zasáhne tak hluboce, že navždy ovlivní naše další směřování. Životní přechody, které jsou provázeny vnitřní bolestí a utr-

pením, jsou ritualizovány všemi společnostmi světa – tradičními i moderními.

Chceme-li na odborném poli hovořit o roli rituálů v procesu truchlení, měli bychom se v první řadě seznámit se základními pojmy, kterých se tato problematika dotýká. V rámci přehledové studie budou definovány pojmy umírání, smrt,

rituál, přechodový rituál a ritus s akcentem na pohřební ritus. Pochopení významu rituálů v procesu truchlení předchází porozumění rituálu samotnému. V předkládaném textu proto nejprve pojednáme o rituálu jako předmětu sociální a kulturní antropologie s důrazem na rituály přechodu. Na tyto nahlédneme v souladu s Arnoldem Van Gennepem (1909) jako na kategorie samostatných a na sebe navazujících fází, které vyjadřují odloučení, pomezí a opětovné začlenění. Průběh jednotlivých fází dokládáme na příkladu pohřebních rituálů, které byly popsány v polovině 19. století ve Vizovicích.

Cílem předkládaného textu je představit léčivou úlohu rituálu v lidském životě, zvláště pak v jeho nejtěžších chvílích. Rituály dokážou podporovat vztahy, obnovovat soulad a rovnováhu životních sil. Pomáhají zpracovat strach, bolest a utrpení, umožňují novou orientaci a nastavení na novou situaci. Proto je žádoucí rituály iniciovat a podporovat (Kaufmannová-Huberová, 1998).

Základní pojmy

Umírání, smrt

„Umírala, už když ji přinášeli, měla tak krátký dech a v pokrývkách dusila kašel, jako uštvaná gazela, už přemožená, ale dosud nic netušící, protože se ráda usmívala. Ale ten úsměv byl jak vítr na řece, stopa snu, brázda labutě, a den ze dne byl čistší, vzácnější, prchavější, až z něho zbyla jen prostá brázda, přecházející linka po labuti, která odletěla.“

Antoine de Saint-Exupéry

Říčan (1989) již před dvaceti lety upozornil na to, že procházíme historickou krizí vztahu k mrtvému tělu člověka. „Na hřbitovech pozorujeme náhrobky, na nichž už není ani jméno zesnulého, tím méně datum narození a úmrtí, nýbrž pouze jméno rodiny: Je to lacinější. Při smutečním obřadu promluví většinou obřadník, který si – v lepším případě – na poslední chvíli vyžádá od pozůstalých několik údajů o životě zemřelého, aby je vložil do jedné z variant připravené řeči. Provoz je rychlý. Upadá obyčej, že nad rakví promluví někdo, kdo zemřelého znal a měl k němu blízký vztah.“ (Říčan, 1989: 416.)

Proces umírání představuje pro všechny zúčastněné náročnou a vysilující událost. Kdo chce být na blízku umírajícímu, musí zaujmout

pevný postoj nejprve sám k sobě a ke konečnosti lidského života. Pouze ten, kdo se smířil s jeho pomíjivostí, má správné předpoklady pro to, aby stál při těch, co jsou k smrti nejbližší. Takový člověk má být autentický, citlivý a tolerantní, oproštěný od hodnotících výroků (Brabec in Zemanová, 2009).

Je nesporným faktem, že smrt nemůžeme poznat, neboť je mimo naši smyslovou zkušenost. Přesto se smrt, jako mnohé generace před námi, snažíme verbalizovat. V dnešním sekulárním světě užíváme nespočet eufemismů: „odešel“, „vydechl naposledy“, „ztratil se“, „odpočívá“, „vydal se na dlouhou cestu“. „Eufemismy, otrěpané fráze a prohlášení jsou jen výrazem snahy nějak zmírnit dopad noviny. Nepomáhají. Ve skutečnosti jsou skrytým popřením a odmítáním pravdy, dělají ze smrti tajemství a marně se snaží zmírnit bolest. Často zakrývají naši vlastní nervozitu ze smrti a pochyby o tom, co vlastně cítíme, a nakonec jen zvyšují zmatek a strach. Míváme pocit, že bychom měli něco dodat, i když není co říct.“ (Coloroso, 2008: 40.)

To, co je v sekulárním světě eufemismem, je pro křesťana realitou každodenního života. Výrazy „odešel k Pánu“, „je v nebi“, „je s Ježíšem“, „odpočívá v pokoji“ nabývají v náboženském světě odlišné hodnoty. V Bibli má slovo smrt specificky teologický obsah. Váže se k hříchu, bývá spojováno s utrpením, bolestí a strachem. Umírání není v Bibli přesně určeno. Je posuzováno jako proces, při kterém se člověk vědomě přibližuje ke konci svého pozemského života. Jedni umírají v hříchu, tedy ve stavu duchovního oddělení od Boha, druzí s vnitřním pokojem, jistotou a beze strachu (Křivohlavý, 1995).

Rituál

Rituál [z lat., posvátný řád, obřad, zvyk, obyčej] představuje událost, která se řídí přesnými pravidly. Znázorňuje společenský obřad, provázený výrazným individuálním nebo kolektivním způsobem chování, který je standardizován, tj. založen na stanovených nebo tradičních pravidlech s cílem posílit solidaritu skupiny (Malina a kol., 2009).

Rituál „je představení či předvedení, naplánované nebo improvizované, kterým se realizuje přechod od každodenního života k alternativnímu kontextu, v jehož rámci je proměněn všední den“ (Alexander in Bowie, 2008: 149). V souvislosti s představením můžeme vnímat spojitost

s hereckým výkonem, konkrétní hrou. Nicméně divadlo (performance) a rituál není zcela jistě totéž. Jeden ze zřejmých rozdílů spočívá v tom, že rituální představení není jen opakování daného scénáře, ale že je to „způsob jednání skutečných a důvěrně se znajících lidí, který ovlivňuje život jiných skutečných a důvěrně se znajících lidí“ (Alexander in Bowie, 2008: 154).

Rituály určují, jakým způsobem se jedinec vyrovnává se ztrátou a následným znovu nabytým postavením. Zároveň sdružují všechny blízké osoby, aby tomuto napomohly. Jakákoliv změna v postavení, ať už je normální součástí životního cyklu, či je mimořádná, je obdobím úzkosti a nejistoty pro toho, kdo změnou prochází, a pro všechny lidi v jeho okolí. To je nejlépe vidět na dramatických změnách, ke kterým ve společenských vztazích dochází okolo zesnulého člena skupiny (Murphy, 2006).

Přechodové rituály

Přechodové rituály (rites de passage) definují přechod z jedné fáze života k jiné. Poskytují zúčastněným prostor pro přecházení ze sociální pozice, vyznačující se jasně vymezeným souborem práv a povinností jednotlivce vůči ostatním členům společenství do pozice jiné. Zkušenost člověka je utvářena především v krizových momentech. Tyto nečekané změny zapříčiní, že nic není jako dřív. Jedinec stojí před kritickým rozhodnutím jak dál, s vědomím, že rozhoduje o svém budoucím nasměřování. Arnold Van Gennep (1909) představil třífázový model rituálu, který se sestává z odloučení (oddělení), pomězí (přechodu) a znovu přijetí (opětovného začlenění). Někdy se pro jejich vazbu k prahu (z lat. „limen“ – práh) označují jako prelimitální, liminální a postlimitální. Každá etapa má svůj charakteristický typ rituálu, přičemž při pohřebních obřadech mají značnou váhu především rituály odlučovací.

Úmrtí je možností k přerozdělení majetku a změně společenského statusu. Normální pravidla jsou omezena, pozůstali obvykle obléknou tmavý šat, který je doprovází ke vstupu do jiné společenské kategorie. Období mezi smrtí a pohřbem je vyhrazeno oznámením úmrtí a připravám k pochování zemřelého, zároveň je spojeno s odpovědností pozůstálých za splnění úkonů, které jsou nezbytné k řádnému rozloučení. Významnost tohoto období se váže k pohanským dobám a k přesvědčení, že od okamžiku smrti

až do svého pohřbení je nebožtík neustále obklopen zlými démony, proti nimž je třeba ho chránit. Tento přechodový stav vytvářel také reálnou hrozbu pro pozůstalé. Proto byly přípravy pohřbu spjaty s mnoha profylaktickými rituály, při nichž se jako ochranného prostředku užívalo vody, kouře, modlitby, strážilo se tělo zesnulého, dodržovaly se náležitosti spjaté s úpravou těla, včetně jeho výbavy na onen svět (Navrátilová, 2004). Kromě odluky zemřelého od rodiny, domova a komunity se pohřební rituály zaměřují na vypravení zemřelého na onen svět. Vlastní pohřební rituál začíná v domě a končí spuštěním rakve do hrobu.

Význam přechodových rituálů v postmoderní společnosti poněkud upadl. I když pohřební rituály si oproti sňatku, křtinám a svatému přijímání uchovávají svůj značný význam (Eriksen, 2008).

Ritus, pohřební rítus

Synonymem obřadu je rítus [z lat., obřad, zvyk], přičemž **pohřební rítus** vyjadřuje závazný způsob ukládání zemřelých. „Pohřební rituály se postupně vyvíjely a jejich historie je mimořádně zajímavá. Svědčí mimo jiné o tom, jakou úctu požívali zemřelí v jednotlivých společenských etapách, a tedy i jaký význam měla pro danou společnost konečnost lidského osudu (smrt) a jakou roli sehrávala víra (nebo nevíra) v posmrtný život.“ (Haškovcová, 2007: 113.) Pohřební obřad „zahrnuje vše, co se děje od okamžiku smrti až po konečné uložení pozůstatků zemřelého na vyhlédnutém, případně i připraveném místě. Patří k tomu zpravidla uložení, umytí, oblečení, smutek pozůstalých, tanec, hudba, zpěv, gestikulace, mimika, zvláštní oděv, vystavení zemřelého, přenesení na připravené místo, uložení na hranici, zapálení hranice, pohřbení spálených pozůstatků nebo nespáleného těla, péče o pohřebiště a rituální hostina.“ (Malina a kol., 2009: 2872.)

V původních společnostech byla těla mrtvých ponechána na pospas dravým zvířatům, později se odstraňovala mimo lidská obydlí. Původním pohřebním ritem u Slovanů bylo spalování. K pohřbívání nespálených těl přešli moravští Slované někdy na počátku 8. století, přičemž se po určitou dobu vedle kostrových hrobů objevují také hroby žárové, zejména na mohylnicích. Všichni vědci se shodují v tom, že změna ritu souvisela s hlubokými převraty ve světonázorových představách tehdejších lidí. O příčinách

těchto změn se vedou diskuse. Uvažuje se buď o vlivu avarském, nebo křesťanském. Nejsprávnější bude hledat příčiny změny pohřebního ritu v celém komplexu podmínek vzniku nového společenského řádu a v souvislosti se změnami ve společenských vztazích (Dostál, 1966).

Pohřební obřad zahrnuje vše, co se děje od okamžiku smrti až po uložení tělesných pozůstatků. Současná forma pohřbu se skládá z oznámení úmrtí (zvonem, smutečním oznámením), rozloučením se zemřelým u rakve v obřadní síni, popř. kostele, ze smutečního průvodu na hřbitov, rozloučení se nad hrobem s proslovy a z pohřební hostiny (Haškovcová, 2007).

Rituál jako předmět sociální a kulturní antropologie

„Rituály neodměřuje tikot hodin, ale tlukot srdce ... čas srdce není totéž, co čas hodin – rituály se nikdy nemají uspěchat. Rituály jsou rámem kolem zrcadla okamžiku...“

Robert Fulghum

Problematikou rituálů a rituálních symbolů se sociální a kulturní antropologové zabývají především od druhé poloviny 19. století. Klasický výklad nalezneme v díle britského filologa, později významného antropologa Sira **J. G. Frazera**, kterého ke studiu iniciačních rituálů (initiatory rites) přivedla neobjasněná báje, jež byla součástí filozofických textů nalezených ve svatyni Diany Nemorejské v Itálii. Texty, popisující rituály různých společností světa, se staly podkladem pro budoucí několikavazkové dílo *Zlatá ratolest*.

James George Frazer (1854–1941), významný britský filolog a etnolog, který je pokládán za posledního klasického antropologa – evolucionistu ve Velké Británii. Ve své vědecké práci se věnoval zejména antropologicko-psychologickému výkladu magie a jejího místa v prvobytně společné společnosti, který podal ve svém, dnes již klasickém díle *Zlatá ratolest*. Dále se ve své autorské tvorbě věnoval totemismu a tabu. Jeho zájem o antropologii neustal ani poté, co ztratil zrak. Tento handicap překonal, především díky své manželce Lily Grove Frazerové, která mu vytvořila potřebné zázemí pro vědu a výzkum. Bibliografie: *The Golden Bough: A Study in Magic and Religion* (1890), *Totemism and Exogamy* (1887, 1910).

Novou dimenzi ve studiu rituálů nastolil **A. Van Gennep**, když pod souhrnným označením přechodový rituál rozlišil zvláštní kategorii samostatných na sebe navazujících rituálů (rites de passage), které vyjadřují odloučení (séparation), pomezí (marge) a přijetí (agrégation). Přičemž pro každou změnu odehrávající se v lidském životě nabývají různého kvalitativního i kvantitativního zastoupení. „Při pohřebních obřadech mají značnou váhu odlučovací rituály, pomezí rituály jsou zviditelněny zejména při iniciaci, těhotenství nebo zásnubách, zatímco přijímací rituály nabývají značné důležitosti při svatebních obřadech.“ (Budil, 2003: 423.) Van Gennep svou teorii přechodu rozpracoval v díle *Přechodové rituály: Systematické studium kultury* (1909), které se stalo podkladem pro budoucí systematický výzkum struktur iniciačních rituálů v preliterárních společnostech.

Arnold Van Gennep (1837–1957), profesor etnografie, nezávislý badatel a nestor francouzské folkloristiky. Tvůrce trojfázového schématu přechodových rituálů, kterému se dostalo přijetí nejen v antropologii, ale také religionistice a dalších příbuzných oborech. Hovoří se o tom, že byl vynikající vědec, ale nepříliš úspěšný vysokoškolský učitel. Ve svých názorech se nebál konfrontace s velikánem, jako byl Durkheim, kterého kritizoval za nadřazování sociálního nad individuální.

Bibliografie: *Les rites de passage, Étude systématique des rites* (1909).

Na Van Gennepa navázal další z představitelů klasických koncepcí rituálu **V. W. Turner**. Tento rodák z Glasgowa, představitel symbolické antropologie, nahlížel na rituál jako na prostředek sociálních struktur a procesů. Podklady pro své pojetí rituálního chování získal při terénním výzkumu kmene Ndembu v severozápadní Zambii. Sám s nadsázkou hovořil o tom, že byl k výzkumu rituálů přinucen okolnostmi: „Pokud chci zjistit, o co doopravdy jde v jakékoli součásti ndembuské kultury, budu muset překonat svoje předsudky vůči rituálu a budu ho muset začít zkoumat.“ (Turner, 2004: 20.) Výsledky svého snažení prezentoval v dnes již notoricky známém díle *Průběh rituálu*. V něm se kriticky vyrovnal s tehdy dominantním paradigmatem strukturalismu, v jehož rámci byly rituály vysvětlovány jako příklady strukturálních modelů nacházejících se v mýtech (Preissová-Krejčí, Šotola, 2008).

Victor Winter Turner (1920–1983), americký antropolog skotského původu, kterého proslavila jeho výřečnost a schopnost hlasové imitace, kterou zřejmě zdědil po své matce herečce. Turner našel ve své ženě Edith, podobně jako Frazer v ženě Lily, celoživotní oporu. Spolu vychovávali pět dětí, přitom podnikali terénní výzkumy a současně autorsky tvořili.

Jeho životní dílo jej přivedlo k výzkumu symbolů, rituálů a poutí kmene Ndembu v severozápadní Zambii. Význam jeho děl je přirovnáván k výkladům Goffmanovým, Levi-Straussovým či Geertzovým.

Bibliografie: *The Forest of Symbols: Aspects of Ndembu Ritual* (1967), *Schism and Continuity in an African Society* (1968), *The Ritual Process: Structure and Anti-Structure* (1969), *Dramas, Fields, and Metaphors: Symbolic Action in Human Society* (1974), *Image and Pilgrimage in Christian Culture* (1978), *From Ritual to Theatre: The Human Seriousness of Play* (1982), *Liminality, Kabbalah, and the Media* (1985), *The Anthropology of Performance* (1986), *The Anthropology of Experience* (1986).

Význam rituálů v životě člověka

„Neboť když uctíváme něčí památku, pak ten, kdo odešel, je přítomnější a mocnější než živý.“

Antoine de Saint-Exupéry

„Ve všech kulturách se pěstují rituály, které mají stejnou funkci. Jednoznačně tu jde o specificky lidský způsob chování ve smyslu hlubinné psychologie C. G. Junga a chování archetypické. Je tudíž nasnadě, že tento způsob chování působí v individuálním životě člověka. Ve skutečnosti najdeme rituály chování u všech lidí, ať už v krizích vývojových, individuálních nebo v dobových krizích celého národa.“ (Kaufmannová-Huberová, 1998: 10.)

Před tím, než nastíníme roli rituálů v tak náročné životní situaci, jako je ztráta člena rodiny, je nutné uvědomit si, jakou plní **funkci v jednotlivých vývojových fázích lidského života**.

Základy pro pozdější harmonický vývoj osobnosti dítěte se formují již v novorozeneckém období. Významnou roli zde hrají primární sociální kontakty, zejména matky a dítěte. (Čížková a kol., 1999). Po narození rituály významně posilují výše zmíněný diadický vztah matka–dítě a připravují podmínky pro následné odpoutání. Skrze původní zážitky dochází dítě k vlastním, často neopakovatelným rituálům, které mu na-

pomáhají posilovat sebedůvěru a vyjadřovat vlastní pocity.

V období **vstupu do mateřské školy** rituály výrazně pomáhají odpoutání se od rodiny a nejbližšího okolí. Dítě se snáze adaptuje ve vrstevnické skupině a celkově lépe zvládá strach z neznámého prostředí. V tomto věku si také začíná uvědomovat strach ze smrti, z nemoci nebo války.

Na prvním a druhém stupni **základní školy** plní rituály důležitou roli směrem k vrstevníkům, usnadňují kontakty se spolužáky, podporují radost ze školních a mimoškolních aktivit. „Úspěšná seberealizace v zájmové činnosti dítě nejen rozvíjí a obohacuje osobnost dítěte, ale může být i vhodnou kompenzací výkonových či sociálních neúspěchů ve škole.“ (Čížková a kol, 1999: 99.) Dítě se v tomto věku často seberealizuje skrze péči o domácí zvíře, které mu pomáhá přijmout zodpovědnost, rozvíjí jeho sociální dovednosti, učí jej trpělivosti a toleranci. Skrze úmrtí zvířete lépe chápe nezvratnost a nevyhnutelnost konečnosti života. Také tuto ztrátu by mělo mít možnost prožít. Je důležité, aby se potomek podílel na výběru místa pohřbu i jeho formě. Jednorázový rituál není dostačující, protože dítě potřebuje čas, aby dokázalo svůj, často první zážitek se ztrátou zpracovat. Teprve opakováním rituálu – návštěvou, zdobením hrobu po jistý čas, umožňuje zpracování události. „Nemusí se ale nutně jednat o pohřeb v tradičním slova smyslu. Jde o účast na jakémkoliv vhodném odlučovacím či přechodovém rituálu.“ (Špatenková, 2008: 80.) **Rituály posilují v dítěti vědomí, že všichni tvorové jsou smrtelní.** Je úkolem nás dospělých touto skutečností nepodceňovat. Děti potřebují upřímnost, lásku a útěchu. Držte se toho, co se stalo. Buďte dětem nablízku a připraveni je obejmout. Ujistěte je, že za vámi mohou kdykoliv přijít (Colorado, 2008). Poskytujte jim dostatek prostoru, aby mohly propojit své zážitky s vědomostmi, které již mají. Aby se, slovy Roberta Fulghuma, rozpomněly „na semínko v plastickém kelímku – koříanky míří dolů a rostlinka stoupá vzhůru a nikdo vlastně neví, jak a proč, ale my všichni jsme takoví. Zlaté rybičky, křečci a bílé myšky a dokonce i to semínko v kelímku – všichni umřou. My také.“ (Fulghum, 2007: 14.)

„Na **období puberty** je tradičně pohlíženo jako na léta ‚bouří a stresů‘, které provází přechod mezi dětstvím a dospělostí.“ (Čížková a kol. 1999: 101.) Rituály v tomto období pomáhají pochopit vlastní identitu, rozpoznat a pojmenovat své slabé a silné

V prvním roce života	<ul style="list-style-type: none"> • Podporují vztah matka–dítě • Posilují sebedůvěru • Pomáhají respektovat hranice
Předškolní věk	<ul style="list-style-type: none"> • Podporují nové kontakty • Napomáhají lépe zvládat strach • Prospěšné v přizpůsobování se skupině vrstevníků • Rozvíjí pozitivní vnímání sexuální identity
Školní věk	<ul style="list-style-type: none"> • Umožňují radost ze školního a mimoškolního výkonu • Posilují pozitivní postoj k práci • Podporují vytrvalost, houževnatost • Usnadňují vztahy s vrstevníky • Pomáhají řešit konflikty férovým způsobem
Puberta	<ul style="list-style-type: none"> • Pomáhají nalézat vlastní identitu • Napomáhají poznávat silné a slabé stránky, nadání • Posilují pocit sounáležitosti k novému společenství
Dospělost	<ul style="list-style-type: none"> • Dodávají sílu • Připouštějí, zpracovávají a překonávají strach • Umožňují novou orientaci, nastavení na novou situaci

stránky, otevírají prostor pro nová společenství (Kaufmannová-Huberová, 1998).

Rituály dospívajících nejsou tak názorné jako rituály dětí. Avšak také v dospělosti a na sklonku života si uchovávají svůj význam – brání zmatku, pomáhají vyrovnat se s osobními těžkostmi a strachy, které nás na cestě životem doprovázejí. V našich kulturních podmínkách chápeme čas lineárně. Postupuje ve vteřinách, minutách, týdnech a rocích bez návratu nebo opakování. Pro mnoho přírodních národů je však čas cyklický, každý sezónní cyklus je uzavřený a každý další rok se stává obrazem toho předcházejícího (Murphy, 2006). Teprve setkání se smrtí a znovuuvědomění si konečnosti lidského života dodává času důležitost, naléhavost.

Role rituálů v období truchlení

Umírání bývalo většinou veřejnou záležitostí a rituály s ním spojené měly člověku pomoci se vyrovnat se světem v rovině náboženské i světské. Bylo třeba, aby byl člověk v okamžiku smrti smířen s Bohem, rodinou, komunitou. Starobylým jevem bylo oplakávání mrtvého, u mnoha národů obvyklé již v předkřesťanské době. Jeho původní význam byl v odehnání zlých duchů. Později hrály klíčovou úlohu v procesu vyrovnávání se s životní událostí. Žalozpěvy doprovázelo také rituální ničení majetku (Navrátilová, 2004).

Jedním z prvních rituálů, který se v období truchlení vykoná, je plnění přání zemřelého, po-

kud jde o formu pohřbu. Jestliže zemřelý žádné přání nevyslovil, uvažujte o tom, co by si asi nejspíše přál. „Věnujte pozornost výběru rakve nebo urny, starejte se o pozemek na hřbitově, o pomník atd. **Jde o vaše city – berte je vážně, neutíkejte od nich, dejte si na ně čas! Odpusťte mrtvému, čím vám ublížil, protože když spolu lidé žijí, ublíží si vždycky.**“ (Řičan, 1989: 416.)

V období truchlení po milované bytosti nabývají skupinové (v kontextu tohoto pojednání především rodinné) rituály nový rozměr. V souvislosti s nimi můžeme zmínit např. rodinná setkávání, která jsou pro rodinu jedinečnou příležitostí ke společnému plánování, řešení problémů, předávání zkušeností a vzájemnému sdílení. „**Rodinná setkávání** se mohou konat v pravidelně stanovených intervalech nebo v souvislosti s nějakými významnými dny.“ (Špatenková, 2008: 80.) Těmi jsou míněna především výročí, pojící se k osobě zemřelého (výročí narození a úmrtí, jmeniny), ke skupinám, jichž byl členem (maturitní zkouška, abiturientký sraz) a k významným svátkům, které jsou v našem sociokulturním prostředí během roku oslavovány – Vánoce, Den matek, Den otců, Den dětí aj.

Alternativou rituálu, který může mít podobu individuální i skupinovou, jsou alba vzpomínek – „**knihy života**“, které napomáhají k utváření realistického obrazu o zemřelé osobě. Nemusí se nutně jednat o knihy v tradičním slova smyslu. Stejně dobře mohou posloužit volné listy papíru,

deníky, fotoalba, pohlednice, dopisy, kresby apod. **Síla rituálu v tomto případě spočívá v potvrzení identity zemřelého, v utváření realistického obrazu (dokumentaci) jeho života** (Špatenková, 2008). „Je nebezpečné idealizovat si mrtvého, postavit si jeho přikrášlený obraz na domácí oltářiček jako nedostižný vzor lidských ctností.“ (Říčan, 1989: 416.)

Další inspiraci můžeme hledat v reminiscenční terapii, která pracuje se vzpomínkovými krabicemi, tzv. **memory boxy**. Jejich výhodou je, že obsahují trojrozměrné předměty, které se vážaly k životu zemřelého nebo pro něj měly zvláštní význam – fotografie, dopisy, šperky, části oděvu aj. Krabice se mohou dovybavit také předměty, na jejichž výrobě se podílejí pozůstalí. Projevy nejsou nikterak limitovány – malba, kresba, háčkování, pletení, výroba z přírodnin. Vzpomínání (hlasité nebo tiché) může probíhat v soukromí nebo spolu s ostatními pozůstalými.

Jedinec či rodina může v rámci rituálu vytvořit také **vývod, rozrod či rodokmen rodiny**. Význam tohoto „genealogického rituálu“ spočívá především ve vykreslení příbuzenských vztahů členů rodiny a vyjádření moci v pokoleních. Zvýrazněním člena rodiny jako možného zakladatele další rodové větve navíc **významně posilují orientaci do budoucnosti**.

Jakmile akutní krize odezní, také rituály často zmizí. Jejich přetrvání či transformace do jiné podoby jsou hodnoceny pozitivně. Výjimkou jsou situace, kdy získávají neopodstatněný nutkový charakter. Nutkavé, a v tomto případě rizikové rituální chování sice eliminuje strach, ale významně brání dalšímu vývoji a blokuje cestu k žijícím lidem.

Pohřební obřady ve Vizovicích v polovině 19. století

„Úcta k mrtvému tělu ztělesňuje úctu k rodinné tradici i k tradici jiných společností, a zároveň souvisí s úctou k živému tělu, s respektem k osobnosti druhého člověka. Neúcta k mrtvému tělu podřívá morální základy společnosti, naši nevyjímaje.“ (Říčan, 1989: 415.)

Vizovice byly do této přehledové stati vybrány ze dvou důvodů. První důvod je ryze subjektivní, neboť autorku váže k městu osobní vztah. Druhý důvod se pojí k sociokulturním a demografickým charakteristikám města. Vizovice se rozprostírají východně od Zlína, v údolí, kde se stéká řeka Dřev-

nice s potokem želechovským, slatinským, čamínským, chrastešovským, dubovským a říčkou Jaseňkou. Snad proto se předpokládá, že jméno je odvozeno z maďarského slova „viz“ (voda). S tím se neztotožňuje Čizmár (1933), který se domnívá, že koncovka -ice, značí příslušnost k rodu. V případě Vizovic rodu Vizů, pojmenovaném po stařešinovi Vizovi či Vizovici. Tak či tak, klíčovou roli sehrává fakt, že Vizovice leží v údolí obklopeném pohořími. Právě přírodní podmínky tvořily v minulých dobách překážku pro přirozený pohyb obyvatelstva a způsobily, že v údolí obklopeném pohořími žilo obyvatelstvo do velké míry izolované. Město Vizovice v minulosti vykazovalo charakteristické znaky regionální kultury, zvláště lidového oděvu, dialektu, ale i somatického vzhledu obyvatel a tvořily to, co Machová (1972) nazývá regionálním izolátem.

Blíže pojednáme o pohřebních obřadech Vizovjanů, které byly obyvateli města praktikovány ještě na počátku 19. století. Pohřební obřady Vizovjanů, odehrávající se ještě v polovině 19. století v jednotlivých hospodářstvích, poskytují klasický příklad kombinace přechodových rituálů s rituály profylaktickými.

Ve všech dobách a kulturách panuje velmi ambivalentní vztah ke smrti. Na jedné straně mají lidé ze smrti přirozený strach, na straně druhé touží po spojení se světem mrtvých. Mnohé společnosti věří, že osoby, za které nebyly provedeny pohřební rituály, jsou odsouzeny k ubohé existenci. Nikdy nemohou dostat kýženého odpočinku a touží po znovunavrácení se do světa živých. Protože to nemohou, škodí.

Víra v návrat zemřelých byla v 19. století u valašského lidu všeobecná. Peck (1884) píše: „Lidé dosud pevně věří, že může člověk chodit po smrti, ale takových, kteří ducha na své oči viděli, pořád ubývá.“ Obzvláště obávaní byli lidé, kteří se za života něčím provinili, proto se jim rakve zajišťovaly kamenem. Ze stejné obavy se umírajícímu důsledně plnilo poslední přání. Věc, kterou si určil, mu příbuzní po smrti vložili do hrobu.

Všem Slovanům byla vlastní idea smrti jako ženské bytosti, oděné v bílém šatu nebo plachetce, které odpovídaly i názvy smrti v ženském rodě – kmotřička Smrt, Smrtka. Lidová představovala smrti jako ženy vysoké po trámy stavení, zahalené v bílém šatě, byla blízká také Valachům. Věřili, že jejímu vstupu předchází mnohá „znamení“. Člověku nejbližší byly předzvěsti, které se vztahovaly k přírodnímu prostředí, jež ho

obklopovalo: k rostlinám, domácím zvířatům, ptákům, hmyzu a přírodním úkazům (Navrátilová, 2004). Takové znamení mohly představovat kvetoucí stromy na podzim, krtek před stavením, ale i sen o vytrženém zubu nebo sen o silném krvácení. Mezi všeobecně špatné znamení patřilo náhlé zastavení hodin, pád obrazu ze stěny nebo samovolné otevření dveří. Tyto pověrečné představy upevňovaly v lidech iluzi, že jsou spolutvůrci svého osudu, nikoliv jeho loutkami.

V následující pasáži nahlížíme na pohřební obřady v souladu s odkazem Arnolda Van Gennepa (1909) jako na kategorie samostatných a na sebe navazujících fází vyjadřující odloučení, pomezí a sloučení.

Období odloučení a blížící se smrti bylo naplněno rozloučením se s rodinou a přáteli. „Smrt očekávali naši předkové téměř všichni pokojně, poněvadž – jsouce aspoň ‚posledním pomazáním‘ s Bohem smíření – přenášeli se již duchem sami na onen ‚lepší‘ svět. Před smrtí se loučil otec nebo matka napomínáním dětí, aby se dobře spolu ‚znášali‘ a jeden druhému odpouštěli. Před blížící se smrtí podávali všem příbuzným a známým ruku a žehnali dětem – pokládajíce ruce na hlavy jejich – slovy: ‚Požehnej ťa Bůh Otec, Bůh Syn a Bůh Duch svatý, amen.‘ Aby umírající lehčeji skonali, nemělo se u jeho ‚ložnice‘ hlasitě mluvit a nesmělo se na něho volati. Někde brali za starodávna umírajícímu pod hlavou podušku, poněvadž se prý na slepícím peří těžko umírá.“ (Čižmář, 1938: 41.)

Období pomezí se vyznačovalo materiálním setrváním těla zemřelého ve smuteční místnosti, ve které se otevíralo okno. To aby mohla duše zemřelého („tín“) tiše odletět. Ženy i muži byli po omytí svátečně oděni, svobodní chlapci a dívky byly ustrojeny do svatebního kroje. Hospodářům se na znamení odstupu majetku vkládaly do rukou krejčary, dívkám květy rozmarýnu a dětem obrázky svatých.

„Jakmile se uložil mrtvý do rakve, postavila se u nohou kroupka a každý návštěvník pokropil mrtvého svěcenou vodou, poklekl a pomodlil se za duši zemřelého. Potom přichází povstal a pohládl mrtvého dvěma prsty, ‚aby sa mu nepředstavoval.‘“ (Čižmář, 1938: 42.) Mrtvý zůstával ve smuteční místnosti po dva dny, kdy se u něj příbuzní a přátelé modlili a zpívali truchlivé písně. V této fázi se opět, stejně jako u svatebního strojování svobodných zemřelých, uplatňují pozůstatky pohanického myšlení. Než mrtvého uložili do rakve, políbili jej, pokropili a teprve, vždy nohama napřed,

vynášeli. Než „nosiči“ smuteční místnost opustili, třikrát poklepli truhlou o práh ložnice. Pak se rakev opentlila a průvod se za zvuků hudby vydal do kostela a dále na hřbitov. „Na hřbitově bývalo ve zvyku po skončení církevního obřadu odprošování za mrtvého. Odprošovala obyčejně žena nebo matka zemřelého slovy: ‚Prosím vás na místě v Pánu zemřelého, lesti vám on v něčem ublížil, abyste mu to pro milosrdenství Boží a z křesťanské lásky odpustili.‘ Odpros tento opakoval se třikrát za sebou.“ (Čižmář, 1938: 42.)

Rakev, uložení v hrobu i jeho následná úprava symbolizují materiální postup odloučení. Malina (2009) uvádí, že hrob můžeme chápat jako zhmotnění rituálu čitelné archeologickými metodami, a zdůrazňuje, že cesta zemřelého do světa mrtvých je přechodovým rituálem a z tohoto hlediska je možno některé milodary chápat jako výbavu na cestu, nikoliv jako výbavu na onen svět. Toto tvrzení deklarují také nálezy kapesních nožů, které byly v některých vesnicích Valaška (obec Zádveřice) vkládány zemřelým do hrobů. Smutek je stavem pomezí pro pozůstalé, do nějž vstupují odlučovacími rituály a z něj vystupují **opětovným začleněním do společnosti**. Během smutku se společenský život pozůstalých zastavuje, a to na tím delší dobu, čím bylo přirozené pouto se zemřelým užší a čím bylo společenské postavení zemřelého vyšší (Van Gennepe, 1996).

Přijímací rituály probíhají v podobě tryzny, kdy je navázáno pouto mezi všemi pozůstalými, které bylo smrtí jednoho člena skupiny zmařeno. Tyto kolektivní vzpomínkové slavnosti posilují integraci a soudržnost rodiny a celého společenství pozůstalých.

Závěr

„K umírání je třeba jistá příprava, a jediná skutečná příprava na umírání je opravdový život.“

Fynn

Narození, dospívání a stáří doprovázejí rituály, které jsou nedílnou součástí lidského života ve všech kulturách světa, v těch tradičních i postmoderních. Rituály bychom měli pěstovat a chránit, neboť zamezují zmatku, napomáhají při vyrovnávání se s osobními těžkostmi a strachy, orientují nás na budoucnost. Zvláště významné a důležité jsou rituály spojené s obdobím smrti, kdy plní roli smíření se s odchodem blízkého jedince. Nezastupitelná je úloha rituálů při setkávání lidí

náležících do jednoho společenství, ať už se jedná o rodinu, přátele, či obyvatele obce. Samotné setkávání blízkých přispívá k prohlubování sociálně společenských vztahů v rámci těchto skupin.

Lidský život není klidný a stálý. Pro skupiny i pro jedince znamená „oddělování a opětovné spojování, změnu podoby a stavu, smrt a znovuzrození. Znamená to činit a přestávat, čekat a odpočívat, a pak znovu začínat, ale jinak. A stále existují nové prahy, které je třeba překračovat: prahy léta a zimy, prahy určitého období nebo roku, měsíce nebo noci, prahy narození, dospívání, zralosti a stáří, prahy smrti a posmrtného života – pro ty, kdo v něj věří...“ (Van Genep in Bowie, 2008: 161.)

Poznámky

- 1 Kontakt na autorku: rnovakova@fhs.utb.cz.
- 2 „Zbrání smrti je hřích.“ (1K 15, 56.)
- 3 „Srdce se mi v hrudi svírá, přepadly mě hrůzy smrti, padá na mě strach a chvění, zděšení mě zachvátilo.“ (Žalm 55, 5.)
- 4 Les Rites de passage: Étude systématique des rites (1909).
- 5 Skupina východo-středoafričských kultur, hlavním způsobem obživy je zemědělství a lov, vládnou bohatou rituální symbolikou a výskytem iniciačních obřadů s příznačnou odlučovací fází.
- 6 The Ritual Process: Structure and Anti-Structure (1969).
- 7 Erving Goffman (1922–1982), americký sociolog kanadského původu, který se proslavil tím, že internáty, nemocnice a kláštery s věznicemi souhrnně označil za totální instituce.
- 8 Claude Levi-Strauss (1908–2009), zakladatel francouzské sociální antropologie, významný představitel strukturalismu.
- 9 Clifford Geertz (1926–2006), jeden z nejvýznamnějších amerických antropologů, představitel interpretativní symbolické antropologie.

Seznam literatury:

- BOWIE, F. **Antropologie náboženství – rituál, mytologie, šamanismus, poutnictví.** Praha: Portál, 2008.
- COLOROSO, B. **Krizové situace v rodině.** Praha: Ikar, 2008.
- ČÍŽKOVÁ a kol. **Přehled vývojové psychologie.** Olomouc: UP, 1999.
- ČÍŽMÁŘ, J. **Dějiny a paměti města Vizovic.** Brno, 1933.

ČÍŽMÁŘ, J. **Národopisné a životopisné paměti Vizovic.** Vyškov, 1938.

DESPELDER, L. A., STRICKLAND, A. L. **The Last Dance.** New York: McGraw-Hill, 2009.

DOSTÁL, B. **Slovanská pohřebiště ze střední doby hradištní na Moravě.** Praha: Academia, 1966.

ERIKSEN, T. H. **Sociální a kulturní antropologie.** Praha: Portál, 2008.

FULGHUM, R. **Všechno, co potřebuji znát, jsem se naučil v mateřské škole.** Praha: Argo, 2007.

FYNN. **Pane Bůh, tady Anna.** Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2000.

HAŠKOVCOVÁ, H. **Thanatologie. Nauka o umírání a smrti.** Praga: Galén, 2007.

KAUFMANNOVÁ-HUBEROVÁ. G. **Děti potřebují rituály.** Praha: Portál, 1998.

KŘIVOHLAVÝ, J. **Poslední úsek cesty.** Praha: Návrat domů, 1995.

MACHOVÁ, J. **Antropologický aspekt regionálního izolátu.** Praha: Univerzita Karlova, 1972.

MURPHY, R. F. **Úvod do kulturní a sociální antropologie.** Praha: Sociologické nakladatelství, 2006.

NAVRÁTILOVÁ, A. **Narození a smrt v české lidové kultuře.** Praha: Vyšehrad, 2004.

PARKES, C. M., RELFOVÁ, M., COULDRICKOVÁ, A. **Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé.** Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007.

PECK, E. **Lid na Vyzovsku.** Brno: 1884.

PREISSOVÁ-KREJČÍ, A., ŠOTOLA, J. **Kapitoly z historie antropologického myšlení.** Olomouc: UP, 2008.

ŘÍČAN, P. **Cesta životem.** Praha: Panorama, 1989.

SAINT-EXUPÉRY, A. **Citadela.** Praha: Vyšehrad, 2002.

ŠPATENKOVÁ, N. **Poradenství pro pozůstalé.** Praha: Grada, 2008.

TURNER, V. **Průběh rituálu.** Brno: Computer Press, 2004.

Van GENNEP, A. **Přechodové rituály.** Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1997.

ZEMANOVÁ, M. **Různé tváře smrti.** Hradec Králové: Gaudeamus, 2009.

Internetové zdroje

MALINA a kol. Antropologický slovník. <http://is.muni.cz/do/1431/UAntrBiol/el/antropos/index.html> [on-line] [29. 3. 2010]

Motivační systém konkrétní neziskové organizace s ohledem na potřeby zaměstnanců

Motivational System of a Specific Non-profit Organization with Regards to Employee Needs

Eva Kubáčková

Mgr. Eva Kubáčková je absolventkou Masarykovy univerzity v Brně, Fakulty sociálních studií (2009)¹, magisterského studijního programu Sociální práce a sociální politika, specializace Personální management, a bakalářského studijního programu Mediální studia a žurnalistika. V současnosti pracuje jako asistentka generálního ředitele v projekční a inženýrské firmě v Brně.

Abstrakt

Tato stať se zabývá srovnáním míry shody motivačních prvků využívaných či přítomných v postupech a dokumentech konkrétní neziskové organizace s reálnými potřebami jejích zaměstnanců. Do výzkumu byli zahrnuti řadoví zaměstnanci a vedoucí pracovníci na různých úrovních organizační hierarchie.

Použitými technikami sběru dat byly polostrukturované rozhovory, standardizované dotazníky a analýza formálních dokumentů organizace. Polostrukturovanými rozhovory se zaměstnanci a vedoucími pracovníky organizace a analýzou formálních dokumentů autorka této stati zjišťovala přítomnost a uplatňování motivačního systému či jeho prvků v řízení organizace. Administrováním dotazníků a rozhovory dále ověřila reálné motivační potřeby zaměstnanců.

V závěru stati je zodpovězena hlavní výzkumná otázka, získaná data jsou interpretována a v diskusi jsou připojena také doporučení pro praxi.

Klíčová slova

motivace, motivace práce, teorie motivace, potřeby zaměstnanců, neziskový sektor

Abstract

This article inquires into the comparison of the range of motivational components' congruency used or present in the practice and documents of a specific non-profit organization and the real needs of its employees. Ordinary employees and leaders on various levels of organizational hierarchy were included in this research.

Techniques used for data acquisition were semi-structured interviews, standardized questionnaires and analysis of the formal organizational documents. Having interviewed employees and organizational leaders and having analyzed formal documents, the author of this article surveyed the actual presence and exercitation of a motivational system or its components in the organization proceedings. Having administered questionnaires and using semi-structured interviews, the author saw into the employees' real motivational needs.

Acquired data are interpreted and the central research question answered in the conclusion of this article, and practice recommendations are attached in the final discussion.

Keywords

motivation, work motivation, motivation theories, employee needs, non-profit sector

Úvod

Tématem této stati je míra shody motivačního systému konkrétní neziskové organizace s potřebami jejích zaměstnanců. Důvodem volby tohoto tématu byla několikaletá odborná praxe autorky stati v zařízeních této neziskové organizace, při níž měla možnost si povšimnout značných rozdílů v pozorované úrovni motivace zaměstnanců této organizace, stejně jako ve způsobech a postupech, jež vedoucí pracovníci jednotlivých center k motivaci používali. V této stati se proto autorka pokusí zjistit, zda v dané neziskové organizaci existuje formálně určený či blíže definovaný motivační systém, popř. jaké motivační prvky jsou při řízení zaměstnanců vedoucími pracovníky používány. Současně ověří, co zaměstnanec podle jejich vlastního pohledu v pracovním životě reálně motivuje, jaké jsou jejich potřeby v této oblasti, do jaké míry jsou si těchto faktorů vědomi a uplatňují je vedoucí pracovníci a jak jim odpovídají prvky zavedeného motivačního systému.

V teoretické části stati autorka přibližuje základní pojmy a teoretická východiska, přičemž důraz je kladen na rozlišení motivace na vnitřní a vnější z důvodu odlišného fungování a možných způsobů ovlivnění těchto dvou subsystémů.

Metodologická část stati vymezuje výzkumnou strategii, techniky sběru a analýzy dat, dílčí výzkumné otázky a jejich operacionalizaci.

V analytické části je zahrnut rozbor a možné interpretace výzkumem získaných zjištění spolu s odpověďmi na dílčí výzkumné otázky.

Závěrečná diskuse se na základě výzkumných zjištění z teoretické i empirické části stati pokouší zodpovědět hlavní výzkumnou otázku, tedy *do jaké míry se motivační systém konkrétní neziskové organizace či jeho prvky shoduje/-í s potřebami zaměstnanců s ohledem na jejich vnitřní i vnější motivaci*. Autorka stati zde také navrhuje konkrétní změny motivačních prvků tak, aby odpovídaly zároveň potřebám zaměstnanců i možnostem organizace.

I Teoretická část

1. Vymezení pojmů

1.1 Motiv

Motiv „individualizuje prožívání a dává činnosti psychologický smysl“ (Bedrnová a Nový, 2007: 222; velmi podobně Nakonečný, 1993). Zahrnuje jak fyziologické síly, tak sociální touhy lidských bytostí.

V Nakonečného publikaci (1993: 103) nalézáme základní rozlišení motivů na *biogenní* či *fyziologické* motivy (potřeba potravy, odpočinku apod.) a *sociogenní* či *psychogenní* motivy (potřeby výkonu, opory, kompetence apod., tj. potřeby člověka coby sociální bytosti).

Většinu běžně uváděných rozlišení motivů lze do značné míry ztotožnit s Maslowovým pojetím pyramidy potřeb (viz 1.2) nebo se mu přinejmenším přibližují, zjednodušují ho či obohacují. V této stati proto bude autorka podobně vycházet z chápání motivů jako potřeb. Kromě toho bude, vzhledem k možnostem jejich ovlivnění, přihlížet převážně ke zkoumání motivů označovaných výše jako sociogenní.

1.2 Potřeby

Potřeba je stav iniciovaný motivem (Nakonečný, 2005; Kolman, 2006). Jde o člověkem subjektivně prožívané napětí nebo ne vždy zcela uvědomovaný nedostatek něčeho pro jedince důležitého (Bedrnová a Nový, 2007).

Teorie stupnice hodnot A. H. Maslowa, dnes asi nejznámější a všeobecně uznávaná teorie motivace, vychází z myšlenky, že zdroji základních motivů lidského chování jsou právě rozhodující potřeby člověka. Hierarchicky „nejnižší“ jsou fyziologické potřeby, následují bezpečnostní potřeby, dále potřeby sociální, potřeba společenského ocenění a hierarchicky nejvýše je potřeba seberealizace:

- *Fyzické potřeby* (také „existenční“ či „fyziologické“), viz např. Kleibl a kol., 2000, 2002: Ukojení pocitu hladu, žízně, spánek atd. Musí být uspokojeny přednostně, aby člověk mohl vůbec pracovat (Vysušil, 1996).
- *Potřeba jistoty* („bezpečí“): Zajištění a jistota, osvobození od bolesti a hrozby fyzického napadení, ochrana před nedostatkem a nebezpečím. V období ekonomické recese tato potřeba nabývá na síle.
- *Potřeba lásky* („sociální“ – ibid.): Vztahy a kontakty s okolím. City, pocit příslušnosti k někomu, společenské aktivity, přátelství, dávání a přijímání lásky.
- *Potřeba vážnosti* („psychologická“ – ibid.): Uznání, status, úcta k sobě samému i úcta ze strany ostatních.
- *Potřeba seberealizace*: Rozvíjení a realizace plného potenciálu člověka, osobních vloh, pocitu vlastní hodnoty a schopnosti ovlivnit utváření vlastního života.

Pokud je uspokojena potřeba na určité úrovni, přestává pro člověka fungovat coby motivátor a dalším motivátorem se obvykle stává některá z potřeb vyšší úrovně. Člověka tedy motivují pouze neuspokojené potřeby.²

Vysušil (1996) v návaznosti na Maslowovu pyramidu potřeb s ohledem na život organizace specifikuje potřeby:

- elementární, tj. fyziologické – základní životní potřeby, jež musí být uspokojeny přednostně (jídlo, oděv, přístřeší),
- zajišťující bezpečí – pocit trvalosti zaměstnání, zabezpečení v nemoci, zabezpečení ve stáří,
- sounáležitosti – kolegalita, solidarita, přátelství, láska,
- významnosti – sebedůvěra, vědomí vlastní ceny, dosažení uznání,
- seberealizace – možnost podílet se na rozhodování a učit se nové věci. Jedná se o nejvíce individualizované potřeby, jež je nejsložitější uspokojit.

1.3 Hodnoty

Hodnoty jsou významnými aspekty biologického i kulturního života. To, jak jsou u jedince uspořádány, současně vypovídá o tom, jak je vytvářen systém jeho motivů (Nakonečný, 1993). Člověk bude více motivován k činnostem vedoucím ke skutečným umístěným „výše“ v jeho hodnotové hierarchii.

Paarlberg a Perry (2007) z výsledků svého výzkumu vyvozují, že organizace nejsou schopné ovlivnit chování zaměstnanců pouhým „komunikováním organizačních hodnot“, předávaných ve formě formálních prezentací apod. Zaměstnanci jsou výrazněji motivováni širšími sociálními a kulturními hodnotami. Na snahy managementu (např. systémy odměňování) reagují jen tehdy, pokud vnímají, že těmto hodnotám odpovídají.

1.4 Motivace v organizaci

Motivace označuje jednu ze základních lidských osobnostních substruktur, vnitřní duševní proces, který vzbuzuje určité chování, udržuje ho v chodu a zaměřuje ho na konkrétní cíl (Cajthamr a Dědina, 2005; stejně Bedrnová a Nový, 2007, a jejich dimenze motivace: intenzita, stálost a směr). Vysušil (1996: 45) podobně označuje motivaci jako proces, jímž se dává určité osobě důvod, aby pracovala na tom, na čem je zapotřebí v podniku pracovat, tedy aktivní tendence člověka jednat způsobem, kterým by dosáhl vytčeného cíle (také Luba-

sová, 2008). Jedinec si tedy vybírá takové chování, od něhož očekává, že přinese co nejpríznivější následky (Vysušil, 1996; Kolman, 2006).

Motivace je jednou z nejkompikovanějších dimenzí osobnosti, jelikož chování jedince lze hodnotit někdy až zcela protikladně, v závislosti na okolnostech a podmínkách, jež k tomuto chování vedly (Bedrnová a Nový, 2007). Při studiu motivace se proto zajímáme, *proč* se lidé chovají určitým způsobem (Čírtková, 1998; Bedrnová a Nový, 2007).

1.4.1 Zdroje motivace

Podle Bedrnové a Nového (2007) k základním zdrojům motivace patří potřeby, návyky, zájmy, hodnoty a ideály.

Vzhledem k tomu, že předmětem zjišťování výzkumu nebudou návyky (coby naučené vzorce chování člověka) ani ideály (ve smyslu ideové či názorné představy něčeho subjektivně žádoucího či pozitivně hodnoceného), a zájmy lze chápat jako odvozené potřeby (Bedrnová a Nový, 2007), níže se autorka soustředí na přiblížení potřeb a hodnot.

V kontextu této práce autorka zařazuje mezi zdroje motivace také širší pojem *motiv* jako pohnutí, popud, jednotlivou vnitřní psychickou sílu, příčinu či důvod určitého lidského jednání (Nakonečný, 1993; Vitoušová, nedatováno), přičemž motivem mohou být jednotlivé výše zmíněné zdroje motivace.

1.4.2 Způsoby motivace

V této stati autorka vychází z vymezení dvou základních způsobů motivace podle Lubasové (2008).

Vnější:

- Systém odměňování,
- sociální funkce firmy a sociální program/program Cafeterie,
- hodnocení a kariérový postup (probíhají přirozeně v každé organizaci, je jen otázkou, zda formálně či neformálně),
- komunikační systém.

Vnitřní:

- Motivování zpětnou vazbou (motivující zpětná vazba by měla být individualizovaná, konkrétní, popisná, včasná, nikoli sarkastická, nezevšeobecňující, realistická, soukromá, bez omluv. Platí, že to, co hledám, nejčastěji také nalézám; co nalézám, ovlivňuje mé reakce a postoje),

- pocit podílu na výsledku,
- spoluúčast na určení cílů (ponechat lidem možnost určit, jak danou činnost provedou),
- pozitivní nespokojenost (nabuzuje energii k činu),
- uznání („*děkuji*“ a „*prosím*“ dává životu smysl),
- jasné představy (specifikovat, co od pracovníků očekáváme, a vyjádřit možnost opory a kontroly),
- motivace přístupem (lidé mění názory na základě pozorování, nikoli argumentace).

S výjimkou „kariérního růstu“ toto pojetí „způsobů vnitřní motivace“ téměř odpovídá Herzbergovým (1968) *faktorům růstu* (viz Teorie motivace níže). „Kariérní růst“ však může být chápán i jako „profesní“ (u Herzberga), tj. motivovat na principu osobního rozvoje či seberealizace – tedy zapojením vnitřní motivace. U Lubasové může být „kariérní růst“ pojímán jako „vnější motivátor“ např. proto, že s formálním postupem v organizační hierarchii je pracovníku obvykle také navýšen plat. Chybí zde však vnitřní motivátor *práce sama o sobě* uváděný Herzbergem. Pro účely statí ho její autorka k vymezení Lubasové dodává.

Tím, kdo vytváří vnější motivaci, je organizace sama, a příjemcem jejích efektů je pak zaměstnanec. Tvůrcem vnitřní motivace je zaměstnanec sám a z jejího přínosu těží organizace. Organizace může vnitřní motivaci ovlivňovat, nikoli však vytvářet. Z hlediska vnitřní motivace jsou zásadní cíle, mající podobu potřeby, úkolu, požadavku, s nimiž se osobnost ztotožnila nebo jejichž dosažení považuje za nezbytný prostředek k dosažení jiného cíle, popř. potřeby či motivu (Lubasová, 2008).

1.4.3 Teorie motivace

Teorie motivace jsou hypotetickými konstrukcemi, které charakterizují cíl a příčiny lidského chování (Kleibl a kol., 2002). V rámci statí využívá autorka především poznatků dvou níže uvedených teorií, v personalistice často uplatňovaných.

1.4.3.1 Maslowova teorie hierarchie potřeb (viz 1.2)

1.4.3.2 Herzbergova dvoufaktorová teorie motivace a hygieny

Vedle Maslowovy teorie potřeb bývá v personalistice uplatňována dvoufaktorová Herzbergova teorie motivace a hygieny (1968).

Hygienické faktory aneb *dissatisfactory* samy o sobě nemohou motivovat, ale slouží jako prevence nespokojenosti. Jde o odstranění pocitu nepřijemnosti práce, nespravedlivosti jednání apod.

Faktory motivace aneb *motivátory* čili *růstové faktory* odrážejí vztah pracovníka k práci a projevují se ve zvýšené výkonnosti. Jsou spjaty s pracovní náplní či smyslem práce a ovlivňují pocitu a uspokojení, nikoli však nespokojenost. Zhruba odpovídají Maslowovým potřebám vyšší úrovně.

1.4.4 Motivační systém

Do motivačního systému organizace řadí Koubek (2005) hodnocení, rozvoj a odměňování zaměstnanců. Tyto složky by měly být vzájemně propojeny. Pojem *prvky* motivačního systému bude v této statí ztotožněn s pojmem *složky* motivačního systému podle Koubka (2005) a obohacen o vymezení způsobů vnitřní a vnější motivace podle Lubasové (2008).

Motivační systém organizace by měl být nastaven tak, aby vycházel vstříc potřebám pracovníka a současně ho dokázal stimulovat k co možná nejvyššímu pracovnímu výkonu. Je na každém vedoucím pracovníkovi a jeho odborné erudici, zkušenosti a tvořivých schopnostech, aby vybral a použil při motivaci pracovníků takové metody, které budou odpovídat individuální specifice každé motivační situace (Kleibl a kol., 2002: 15).

Podle Koubka (2005) se motivační systém organizace skládá ze tří složek: hodnocení, rozvoje a odměňování (podrobněji viz níže). Tyto by měly být vzájemně propojeny.

Ad a) Hodnocení

Hodnocení může probíhat formou poskytování zpětné vazby týkající se výkonu či chování zaměstnance, popřípadě oceněním, uznáním či pochvalou, ale také sebehodnocením. Nejvíce motivující je na úrovni významu, kdy příjemce ukazuje, že opravdu správně pochopil smysl sdělení. To lze ověřit vhodně volenými otázkami či kontrolou praktického provedení úkolu (Bělohlávek, 2008).

Ad b) Rozvoj

Požadavky na některé pracovní pozice jsou definovány přímo ze zákona (např. dosažené vzdělání). Další vzdělávání je důležité jak pro organizaci (zajistí jí efektivnější pracovní výkon zaměstnance), tak pro zaměstnance samotného (větší uspokojení z práce, pracovní či kariérní růst, prohlubování znalostí).

Ad c) Odměňování

Lidé jsou odměňováni podle svého pracovního výkonu a v souladu s hodnotou, kterou mají pro organizaci (Lubasová, 2008). Systém odměňování by měl odpovídat potřebám organizace i jejích zaměstnanců.

Pojem odměňování podle Koubka (2005) zahrnuje tyto složky:

- Mzda/plat/peněžní odměny poskytované jako kompenzace za vykonanou práci
- Povýšení, formální uznání (pochvaly)
- Zaměstnanecké výhody (zpravidla nepeněžní)
- Věci či okolnosti, které nejsou zcela samozřejmé (vybavení kanceláře, zařazení na určité pracoviště, přidělení zařízení – počítače apod.)
- Vzdělávání poskytované organizací

Výše uvedené položky lze zařadit mezi tzv. *vnější odměny*: organizace je do značné míry kontroluje a rozhoduje o nich. Pro účely této stati považujeme vnější odměny za prvek stimulující vnější motivaci (v pojetí Lubasové, 2008). Např. zásluhový platový plán je opatřením, které je používáno v neziskových organizacích čím dál častěji. Jeho nevýhodou je potenciální negativní vliv na vnitřní motivaci zaměstnanců. Podle výzkumu Deckopa a Cirky (2000) zásluhové odměny způsobily snížení vnitřní motivace u zaměstnanců, kteří byli původně vysoce motivováni.

Vnitřní odměny oproti tomu nemají hmotnou povahu a souvisejí se spokojeností pracovníka, s radostí, již mu práce přináší, skutečností, že se může účastnit určitých aktivit a úkolů, mít pocit úspěšnosti a užitečnosti pro organizaci, radost z neformálního uznání okolí či budování kariéry. Lze sem zařadit nepeněžní formy odměňování (např. pochvala, ocenění, zpětná vazba), filozofii, strategii, plány, postupy a politiku organizace, které jsou používány v souvislosti s udržováním a rozvojem systémů odměňování.

Pro účely této práce považujeme vnitřní odměny za prvek rozvíjející a podporující vnitřní motivaci ve smyslu chápání tohoto pojmu Lubasovou (2008).

Lidské chování je tedy funkcí přinejmenším dvou různých motivačních subsystémů. Porozumění motivaci zaměstnanců se tak stává záležitostí porozumění povaze a rozdílům motivačních subsystémů („*Který motivační subsystém je při motivaci tohoto chování zapojen?*“). Vnitřní motivace motivuje chování potřebou kompetence a sebeurčení (Deci, 1975), tj. díky uznání. Vnější motivační systém funguje spíše na bázi odměn, resp. je na ně

zaměřen. Zde se vracíme k propojení s Herzbergovou teorií (1968). Pokud je podle ní zaměstnanec řečeno, aby vykonal určitou činnost pro organizaci „za“ něco (odměnu, povýšení apod.), dochází k zapojení hygienických faktorů. Naproti tomu Herzberg jako jeden z motivačních faktorů či faktorů růstu identifikoval „uznání úspěchu“. Pokud je třeba vyvolat poslušnost, jsou odměny dostatečnými podněty; nutné je pouze, aby organizace vyjasnila zaměstnanci, co po něm chce a co je mu za to ochotna poskytnout. Musí ale být srozuměna s tím, že ustanovení odměny vytváří instrumentální chování. To platí dokonce i tehdy, kdy žádoucí chování bylo původně motivováno „vnitřně“, jelikož použití vnějších odměn způsobuje posun v osobním motivačním subsystému. V případě, že dojde k nastolení instrumentálního spojení mezi chováním a odměnou, může nastat situace, kdy žádoucí chování bez příslibu odměny vůbec nebude uskutečněno. Paarlberg a Perry (2007) souhlasně uvádějí, že systémy finančních odměn založené na výkonu mohou signalizovat, že vztah mezi zaměstnanci a cíli organizace je tzv. „tržní“, a tím narušit fungování vnitřní motivace zaměstnanců. Doporučují proto nastavení pozitivních vztahů mezi managementem a zaměstnanci díky určení si očekávání výkonu a průběžnému hodnocení postupu v osobním kontaktu.

Má-li uznání účinně podpořit vnitřní motivaci, musí být zaměstnancem vnímáno jako autentické a skutečné. Pokud by působilo jako povrchní nebo nepřesvědčivé, bude považováno za pokus o manipulaci a vnitřní motivaci spíše naruší.

1.5 Specifika neziskového sektoru

Neziskový sektor se definuje a profiluje coby „vyvažující prvek“ vůči dvěma institucím – trhu a státnímu sektoru (Jantulová, 2001). Motivace, jež uvádějí do pohybu tento sektor, jsou odlišné, pokud spolu s Bourdieuem (1998) uvažujeme, že určité společné dispozice (obsahující základní dimenze, čili hodnoty) či motivační faktory pro jednání sdružují určité jedince do jednoho sociálního pole, něčím typického. V tomto případě za takové pole pokládáme neziskový sektor.

Specifikum neziskových institucí spočívá v tom, že nemají příliš tendenci klást důraz na výsledky a výkonnost, přičemž právě zde je obojí obtížněji vyhodnotitelné – paradoxně však důležitější. Drucker (1998) uvádí, že pro realizaci plného potenciálu neziskových organizací jsou potřeba tři věci: Zprv, průměrná nezisková organizace

musí být řízena stejně dobře, jak jsou řízeny ty nejlepší z nich. Nemohou tedy fungovat na pouhém „principu dobré vůle a čistého srdce“. Zadruhé, neziskové organizace se musí naučit získávat peníze. Autor poukazuje na to, že organizace by neměly zdůrazňovat potřeby, nýbrž potenciální „podíl na výsledcích“, který může veřejnost díky svému příspěvku organizaci získat. Posledním bodem je přístup státu a státní byrokracie, respektive jejich činitelů a politiků. „Dobře řízená“ nezisková organizace by ve srovnání se státní institucí z každého dolaru vytěžila minimálně dvojnásobný efekt. Dostupné zdroje proto musí být soustředěny tam, kde může být dosaženo nejlepších výsledků (Drucker, 1994). To se v našem případě týká také efektivity motivačního systému – počítáme-li s tím, že čím bude efektivnější, tím bude efektivnější organizace jako celek vzhledem ke zvýšené loajalitě zaměstnanců vůči organizaci, kvalitě jejich práce a potažmo také snížené fluktuaci.

1.5.1 Motivace pracovníka v neziskové organizaci
Obvykle se předpokládá, že zaměstnanci neziskových organizací dostávají vnitřní či „psychické“ benefity (Smith, 1995), které mají kompenzovat relativně nízký plat. Neziskové organizace často sázejí na vnitřní motivaci zaměstnanců, mj. proto, že obvykle nedisponují dostatečným množstvím finančních prostředků na výraznější povzbuzení motivace vnější. Vnitřní motivace je tak v neziskových organizacích cenným zdrojem pracovního úsilí a motivační prvky organizace by měly být prozkoumány s ohledem na ni.

V neziskovém sektoru je poměrně zřídka využíváno platu za výkon. Častěji je plat zvyšován plošně všem (Pynes, 1997), což vychází z myšlenky „rovnosti“ v oblasti odměňování. Na druhou stranu je podle výzkumu Deckopa a Cirky (2000) zaměstnanci neziskových organizací často odmítán také plat za zásluhy, jelikož je v prostředí, které má podporovat společné úsilí, vnímán jako něco rozporuplného. Existují nepřímé důkazy, že zaměstnanci neziskových organizací upřednostňují platové plány „za výkon“ méně než zaměstnanci ziskových organizací a celkově přikládají platu menší důležitost (Rawls, Ullrich a Nelson, 1975).

Od každého pracovníka neziskové organizace je třeba očekávat *informační odpovědnost*, tj. každý musí vědět, jaké informace, od koho, kdy a v jaké formě potřebuje ke své práci a jaké informace a kdy musí poskytovat ostatním, aby mohli svou práci vykonávat oni. To je důležité i pro navození

a získání vzájemné důvěry, porozumění a předvídatelnosti chování mezi pracovníky, na základě čehož teprve může dojít k delegování odpovědnosti. Každá vrstva hierarchie navíc znamená další informační filtr, proto jsou pro komunikaci v organizaci většinou výhodnější a efektivnější plošší organizační struktury.

Kontrola dodržování kritérií výkonnosti u neziskových organizací s lokálními autonomními „buňkami“ by měla být řízena z „centra“; vhodné je, pokud např. vedoucí z centrály často navštěvují osobně všechny místní pobočky. Funkcí každé organizace je dát každému ze svých pracovníků „příležitost, aby uplatnil své přednosti a neutralizoval své slabé stránky“ (Drucker 1994: 107). Talenty, tedy špičkoví pracovníci, by v neziskových organizacích měli pracovat na takových pozicích, kde by se jejich schopnosti mohly nejlépe realizovat a kde by současně byli ve středu pozornosti ostatních pracovníků. Přínosem pro talenty bude uznání kolegů a pro řadové pracovníky možnost učit se od nich v praxi. K práci v terénu by se měl pravidelně dostat každý pracovník, aby neztratil ze zřetele účel existence dané organizace.

II Metodologická část

2 Metodologie a operacionalizace

V následující části práce bude autorka stati krátce charakterizovat konkrétní neziskovou organizaci. Poté vymezi hlavní výzkumnou otázku, odvodí dílčí výzkumné otázky a přiblíží výzkumnou strategii a techniky sběru a analýzy dat.

2.1 Charakteristika organizace

Jedná se o neziskovou organizaci, jejímž posláním je předcházení a pomoc lidem v obtížné životní situaci související s drogovým problémem a současně ochrana společnosti před možnými negativními důsledky zneužívání návykových látek.

Organizace má řadu pracovišť v Brně a dále několik mimobrněnských regionálních center.³

Pro účely zodpovězení výzkumných otázek byli zaměstnanci rozlišeni na kategorii „vedoucích pracovníků“ a „zaměstnanců“. „Vedoucím pracovníkem“ se přitom rozumí pracovník formálně nadřazený alespoň jednomu dalšímu pracovníku.

2.2 Výběrový vzorek, jednotky zjišťování a jednotky zkoumání

Základním souborem tohoto výzkumu byli všichni pracovníci konkrétní neziskové organizace

v počtu přibližně 100, z toho 50 na pracovištích v Brně a 21 zaměstnaných na zkrácený úvazek. Výzkumu se zúčastnilo 31 respondentů, z toho 11 vedoucích pracovníků a 20 zaměstnanců, z nichž 2 byli zaměstnání na zkrácený úvazek. Účast na výzkumu byla dobrovolná a anonymní, proto se autorce stati nejevilo jako smysluplné z takto vzniklého relativně malého souboru ještě dále selektovat vzorek. Totožnost respondentů, kteří vyplnili dotazník, tak není vždy shodná s totožností těch, kteří souhlasili s účastí na rozhovoru.

Jednotkami zjišťování byli vedoucí pracovníci, zaměstnanci organizace a formální dokumenty. Jednotkou zkoumání u vedoucích pracovníků byly formy a způsoby využívání prvků motivace při práci se zaměstnanci. U zaměstnanců to byly potřeby související s pracovní motivací, u formálních dokumentů organizace jejich obsah.

2.3 Použité metody a techniky sběru dat

Pravděpodobně žádná lidská bytost si není vědoma všech na vlastní motivaci působících pohnutek v celé jejich struktuře a proměnlivosti. Metody používané ke zjišťování pracovní motivace jsou proto většinou metodami nepřímými.

Validitu výzkumu se autorka stati pokusí zvýšit triangulací dat. Tou rozumí srovnávání výsledků za použití několika různých metod a více zdrojů dat při výzkumu.⁴ Budou využity techniky polostrukturovaného (polostandardizovaného) rozhovoru, dotazníku a analýzy dokumentů.

Polostandardizovaný rozhovor obsahuje soubor otázek ve stejném pořadí a ve stejném slovním znění pro každého respondenta.⁵ Použití techniky rozhovoru je vhodné pro zjištění respondentovy vnitřní perspektivy, jelikož jeho pocity, myšlenky a záměry nemůžeme pozorovat (Patton, 1990). Samotná osoba tazatele⁶ může ovšem být zdrojem potenciálního zkreslení odpovědí. Také skutečnost zaznamenávání rozhovoru⁷ může vyvolat zkreslení a rušit přirozený průběh interakce mezi tazatelem a respondentem. Náročná je i kontrola proměnných (Švancara, 2003).

Celkem se uskutečnilo 9 rozhovorů⁸ s vedoucími pracovníky⁹ a 17 se zaměstnanci organizace. Nejkratší trval 22 minut¹⁰, nejdelší 58 minut. Průměrná délka rozhovoru byla 38 minut.

Dále bude využit standardizovaný Stoewerův **dotazník** motivů (Kleibl a kol., 2000). Tento dotazník vychází z korigované Maslowovy pyramidy potřeb. Uvádí dvacet kategorií potenciálních motivačních zdrojů vycházejících z lidských po-

třeb. U každé kategorie je možnost zvolit vlastní pozici na sedmibodové hodnotící škále od volby „(nejví) nedůležité“ po „(maximálně) důležité“. Druhá část dotazníku napomáhá zhodnotit, do jaké míry podle názoru pracovníka dochází k naplňování uvedených potřeb organizací. Poté by pracovník měl seřadit všech dvacet motivů podle jejich subjektivně pocíťované důležitosti. Autorka stati se však domnívá, že požadavek řadit všech dvacet motivů je poněkud (nejen časově) náročný a respondenty může snadno stavět do situace, kdy se v takovém množství přestávají orientovat. Byli proto požádáni, aby vybrali prvních pět pro ně osobně nejdůležitějších motivů a ty pak seřadili sestupně od 1 (nejdůležitější) do 5 (pátý subjektivně nejdůležitější motiv).

Dotazník vyplnili 9 vedoucích pracovníků a 15 zaměstnanců. Většinu respondentů k tomu postačovalo přibližně 15 minut (Kleibl a kol., 2000, doporučují maximálně 25 minut).¹¹

Dalším pramenem výzkumného zjišťování budou sekundární data získaná studiem a analýzou veřejně přístupných **oficiálních dokumentů** organizace (např. výročních zpráv na webových stránkách) a materiálů poskytnutých pracovníky. Za dokument přitom považujeme „jakýkoli hmotný záznam lidské činnosti, který nevznikl za účelem našeho výzkumu“ (Disman 2002: 166).

Podobně jako v rozhovorech bude autorka stati v dokumentech hledat a ověřovat prvky a postupy, které mohou nebo mají probouzet či podporovat motivaci zaměstnanců.

2.4 Hlavní výzkumná otázka a vedlejší výzkumné otázky

Výzkumné otázky byly odvozeny na základě teoretické části stati.

Hlavní výzkumnou otázkou (HVO) této stati je:

Do jaké míry se motivační systém konkrétní neziskové organizace či jeho prvky shoduje/-í s potřebami zaměstnanců s ohledem na jejich vnitřní i vnější motivaci?

Zodpovězení hlavní výzkumné otázky napomůže syntéza odpovědí na dílčí výzkumné otázky:

DVO 1: Jaké jsou reálné potřeby zaměstnanců organizace vzhledem k motivačnímu systému organizace či jeho prvkům?

DVO 2: Jakým způsobem jsou tito zaměstnanci aktuálně motivováni?

DVO 3: Jaké jsou styčné body či rozpory mezi organizací již uplatňovanými prvky motivačního sy-

stému a reálnými potřebami zaměstnanců v oblasti vnitřní i vnější motivace?

DVO 4: Jaké jsou překážky bránící možnému zavedení pozitivních změn do motivačního systému organizace či jeho prvků?

DVO 5: Existují případně další možnosti změn motivačního systému či jeho prvků tak, aby vyšel/-ly vstříc zjištěným motivačním potřebám zaměstnanců a současně byly přiměřené aktuálním možnostem organizace (personálním, finančním apod.)?

Výzkumem získané poznatky a závěry učiněné v jeho rámci budou velmi úzce zobecnitelné a reprezentativní jen pro danou organizaci v daném čase a s daným personálním zastoupením.

III Analytická část

3. Výzkumná zjištění a diskuse

Pro podrobnější vyhodnocení „sily“ jednotlivých motivů pro pracovníky autorka stati využila jejich výběru a řazení pěti osobně nejdůležitějších. Přitom motivu označenému pracovníkem jako první přidělila hodnotu 5 bodů, druhému nejdůležitějšímu 4 atp., až po pátý s hodnotou 1. Po součtu bodů zjišťujeme toto pořadí motivů podle subjektivní důležitosti (v závorce je vždy uveden celkový počet bodů):

- | | |
|---|------|
| 1. Spolupráce v oddělení/ centru | (57) |
| 2. Mzda/plat | (40) |
| 3. Možnosti dalšího vzdělávání | (33) |
| 4. Uznání osobních výsledků/výkonu | (31) |
| 5.–6. Atmosféra ve vedení pracovníků | (28) |
| 5.–6. Jistota udržení pracovní pozice | (28) |
| 7. Pracovní místo neohrožené krizí | (24) |
| 8. Vztahy k nadřízeným | (20) |
| 9.–10. Podnikové klima | (19) |
| 9.–10. Způsob zadávání pracovních úkolů | (19) |
| 11. Možnost spolupráce a dohody s vedením | (9) |
| 12. Možnosti postupu | (4) |
| 13.–14. Vážnost mezi kolegy | (3) |
| 13.–14. Pracovní podmínky | (3) |
| 15. Image org., Informace, Status, Připojištění | (1) |

Na prvních místech reálných potřeb zaměstnanců vzhledem k motivačnímu systému organizace lze vysledovat prvky zapojující vnitřní motivaci (především samotný charakter práce – jde o faktor růstu podle Herzberga, 1968), zatímco vedoucí pracovníci za motivační prvek považují primárně mzdové ohodnocení a dále pak dobrý pracovní kolektiv.

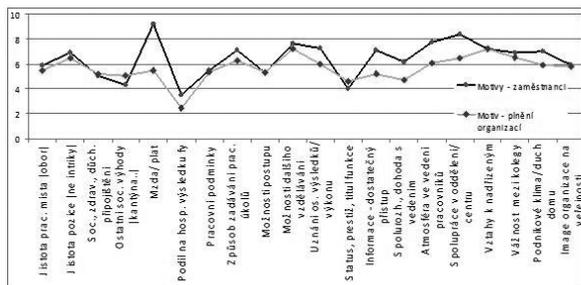
V dotazníkovém šetření (viz graf č. 2) je tedy celkem pracovníků značně akcentován motiv „spolupráce v oddělení/centru“, s výraznou bodovou převahou nad potřebou „mzdy/platu“. Přestože graf č. 1 vypovídá o potřebě mzdy u zaměstnanců jako „nejvýznamnější“ z nabízených, celková „hodnota“ motivu spolupráce je vnímána jako mnohem vyšší. Důležitost spolupráce v rámci centra je pochopitelná, vezmeme-li v úvahu povahu práce většiny respondentů v malých týmech (2–5 osob) a také deklarovanou schopnost prosazovat cíle, návrhy nebo změny spíše nebo pouze v rámci „svého“ centra.

V organizačních dokumentech nalézáme hodnoty do značné míry odpovídající motivačním potřebám deklarovaným zaměstnanci¹², resp. potřebám třetí až páté úrovně podle Vysuřila (1996). Potřeby v oblasti pracovní motivace popisované zaměstnanci v rozhovorech do značné míry těmto hodnotám skutečně odpovídají, což může přispět k zesilování loajality vůči organizaci i podpoře vlastní vnitřní motivace zaměstnanců pro práci v ní. Zaměstnanci organizace jsou pravděpodobně reálně motivováni především „altruisticky“ (Deckop a Cirka, 2000) a získávají vnitřní či „psychické“ benefity (Smith, 1995), především díky samotné povaze práce. Oproti tomu vedoucí pracovníci předpokládají výraznější motivační působení finančních odměn. Z jejich strany naopak dochází k podceňování přímého vlivu osobnosti vedoucího pracovníka („motivace příkladem“), jejíž působení zaměstnanci vnímají jako značně motivační prvek.

Odpovědi na dotaz po „ideálním motivačním činiteli“ a výsledky dotazníkového šetření (viz graf č. 1) však potvrzují pocítovanou potřebu mzdy ze strany zaměstnanců jako nejvíce deficitní ve srovnání s realitou. Motiv mzdy se také objevuje jako druhý subjektivně nejdůležitější v celkovém pořadí standardizovaným dotazníkem nabídnutých motivů. To vyvrací tvrzení, že pracovníci neziskových organizací přikládají obecně platu „menší důležitost“ (Rawls, Ullrich a Nelson, 1975).

Deficit v oblasti naplňování potřeby mzdy se však neprojevil ve výsledcích dotazníkového šetření v regionálních centrech. Motivační vliv zvýšení mezd jako takového lze tedy považovat za diskutabilní, což odpovídá názoru Hansena, Smitha a Hansena (2008) vycházejícímu z Deciho poznatku (1975), že „odměny“ zapojující vnější motivaci na úkor vnitřní hrozí vyvoláním

Graf č. 1: Míra shody potřeb zaměstnanců a jejich zajištění organizací



instrumentality v chování pracovníka. Na zvýšení mezd si také člověk rychle zvykne (Koubek, 2005; Lubasová, 2008). Kromě toho v situaci současné finanční krize a nejistoty v oblasti financování neziskové sféry obecně nelze ani počítat s významnějším nárůstem úrovně mezd pracovníků organizace v blízké budoucnosti. Vedoucí pracovníci by tedy měli brát v úvahu a zapojovat vnitřní motivační faktory, tj. faktory růstu (Herzberg, 1968). Mezi nimi zaujímá významné místo prvek uznávání, jehož efektivitu potvrzují vyjádření pracovníků srovnávajících se zkušeností s prací v soukromém sektoru nebo jiných neziskových organizacích (Zaměstnanec 2¹³, Vedoucí pracovník 7).

Organizace v dokumentech podporuje „otevřenost komunikace“¹⁴, v rozhovorech se však tato skutečnost jeví spíše problematičtě – ať již z důvodu nedostatečného propojení a spolupráce center¹⁵, komunikace a vyjednávání s „vyššími úrovněmi“ organizační hierarchie, nebo nedostatku pozornosti ze strany vyššího vedení¹⁶. Efektivnější komunikační systém a větší pozornost vedení je vedle změny systému financování neziskových organizací také nejčastěji navrhovanou změnou pro lepší fungování motivačních prvků organizace ze strany vedoucích pracovníků i zaměstnanců. Poznatzky získané dotazníkovým šetřením (viz graf č. 2) potvrzují značnou důležitost potřeby poskytování informací a spolupráce, a současně vypovídají o jejich deficitu.

Informační nepropojenost center či organizačních úrovní přítom může úzce souviset s pocíťovaným nedostatkem pozornosti ze strany vyššího vedení. Zajímavostí je téměř naprostá spokojenost pracovníků regionálních center, která se projevila také v rámci dotazníkového šetření v míře uspokojení potřeb pracovníků ze strany organizace, včetně potřeby mzdy.

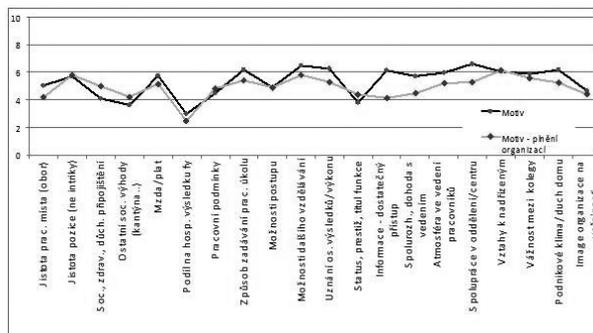
Jednou z příčin značných odlišností mezi brněnskými a regionálními centry může být využívání specifické formy hodnocení v regionech, do níž jsou pravidelně zapojeny i vyšší úrovně organizační hierarchie.

Nejčastěji vyjadřovanou překážkou zavedení pozitivních změn, které by působily motivačně, je „lidský faktor“, resp. neochota či nedostatečné prioritizování problému (tj. většinou věnování pozornosti) ze strany vyššího vedení.

Několik vedoucích a jeden zaměstnanec vidí potíž v personální oblasti, resp. v nedostatku financí na zaměstnávání personalisty, který by se plně věnoval řízení lidských zdrojů. Souvisejícím problémem je samotný systém financování neziskových organizací, jež neposkytuje jistotu a není příliš flexibilní ani v oblasti motivační složky odměňování či možnosti nárokování určitých forem benefitů. Paarberg a Perry (2007), Deci (1975) a další však upozorňují na riziko devalvace vnitřní motivace zapojením vnějších odměn, např. finančních. Naopak důležitost zapojení vnitřních složek motivace, přispívajících také k uspokojení motivace vnější, demonstruje výsledek dotazníkového šetření v regionech (viz graf č. 3).

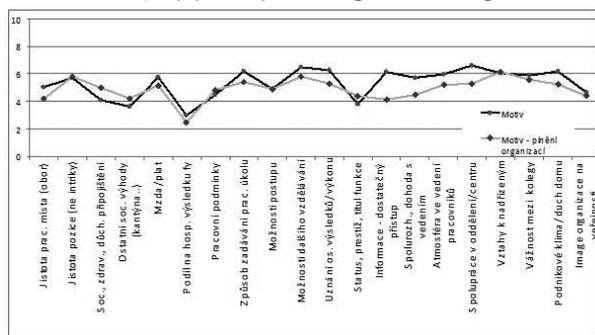
HVO lze tedy zodpovědět takto:

Motivační prvky užívané organizací se s potřebami zaměstnanců shodují ve velmi diferencované míře. Prvky podporující vnitřní motivaci jsou zapořovány frekventovaněji (v čemž se shodují vyjádření zaměstnanců, vedoucích pracovníků i obsah organizačních dokumentů) a současně jsou zaměstnanci častěji jako motivační vnímány. Nejvýznamněji deficitní potřebou v tomto ohledu se ukazuje být úroveň spolupráce v rámci centra, přičemž spolupráce je zároveň potřebou respondenty zařazovanou subjektivně



Graf č. 2: Míra shody potřeb pracovníků (vedoucích + zaměstnanců) a jejich zajištění organizací

Graf č. 3: Míra shody potřeb pracovníků (vedoucích + zaměstnanců) a jejich zajištění organizací v regionech



nejvýše (dotazníkové šetření, rozhovory). Potřebám zaměstnanců ne zcela odpovídají také některé prvky vnější motivace – oblast mzdového ohodnocení a především dostatečný přístup k informacím. (V případě komunikace jde však o natolik komplexní systém, že roli zde může hrát nejen komunikační systém jako takový, ale i neuspokojení některé z potřeb zapojujících vnitřní motivaci – např. nedostatečná schopnost podílet se na určení cílů celku organizace, prosazování změn apod.)

Možnosti změn odpovídající potřebám zaměstnanců a přiměřené možnostem organizace by tak mohly spočívat v zefektivnění fungování komunikačního systému¹⁷, ztransparentnění systému odměňování¹⁸, zavedení odborných porad, individualizovanějšího celoo organizačního systému hodnocení¹⁹ a návštěv center vyšším vedením²⁰.

Závěry a doporučení pro praxi

Z poznatků získaných administrací standardizovaného dotazníku, provedeními výzkumnými rozhovory a analýzou organizačních dokumentů vyplynulo, že motivační prvky organizačního systému se s potřebami zaměstnanců shodují ve velmi diferencované míře. Rozhovory i dotazníkové šetření vypovídají o důležitosti vnitřních faktorů motivace pro zaměstnance i vedoucí pracovníky. Vyplynuly značné rozdíly mezi mírou uspokojení pracovních potřeb mezi pracovníky brněnských center a regionů, zvláště v oblasti dostatečného přístupu k informacím, spolupráce a pozornosti věnované jednotlivým centrům ze strany vyššího vedení organizace.

Z důvodu značné nejednoznačnosti pojmu „odměňování“, „benefity“, „hodnocení“ apod. v chápání pracovníků lze zvážit zahrnutí jednotlivých směrnic do uceleného dokumentu s jasným vymezením podmínek jejich poskytování a získávání pro vedoucí pracovníky i zaměstnance.

Důležité je přesvědčit zaměstnance o reálné možnosti komunikace s vedením organizace zcela otevřeně, bez strachu a obav. Jedním z možných řešení by mohlo být zavedení systému hodnocení fungujícího v regionech do širší organizace, kdy by vedoucí místních oddělení pravidelně navštěvovali centra a konzultovali se zaměstnanci potenciální změny, směřování těchto center i jejich vlastní, a může být také příležitostí k upozornění zaměstnanců na jejich možnosti vývoje. Porad by se manažeři měli účastnit spíše jako rovnocenní členové než vůdci (Sypher, 1990), také s ohledem na deklaraci prostoru pro „zajištění zpětné vazby od všech účastníků porady“ v dokumentech organizace.

Snaha a návrhy zaměstnanců by vždy měly být reflektovány a oceněny. Zavedení příležitostných tematických porad se může stát platformou určenou k diskusi a většímu sjednocení odborných názorů a přístupů jednotlivých center. Díky tomu může současně dojít k navázání efektivnější spolupráce mezi centry.

V zájmu maximálního využití synergie je zásadní důkladně poznávat pracovníky a jejich základní motivy a potřeby, používat motivační teorie a propojovat je s motivací jednotlivých zaměstnanců i s potřebami a možnostmi organizace jako celku, propojovat motivační prvky se systémem komunikace, hodnocení, odměňování a vzdělávání a nezapomínat přitom na shodu slov a činů.

Poznámky

- 1 Kontaktní informace: Kabátníkova 222/12, 602 00 Brno – Královo Pole. E-mail: Eva.Kubackova@gmail.com.
- 2 V. E. Frankl oproti tomuto pojetí argumentuje vlastní zkušeností z koncentračního tábora, kdy – přes nemožnost uspokojení základních fyziologických potřeb – lidé přežívali díky vizi svého smyslu života, „přeskočili“ tedy základní příčky Maslowova žebříčku hodnot. „Neboť nám už dávno nešlo o otázku po smyslu života, která bývá často kladena a přitom se jí nemyslí nic víc než uskutečnění nějakého cíle vlastní tvořivou činností. Nám šlo o smysl života jakožto oné totality, jež v sobě skrývá i smrt, a tak neposkytuje jen smysl života, nýbrž i smysl utrpení a smrti; a o tento smysl jsme zápasili.“ (Frankl, 2006: 90.)

- 3 Toto rozlišení bylo provedeno dodatečně z důvodu odlišností ve výsledcích výzkumu mezi brněnskými a regionálními centry.
- 4 Metodolog a sociolog N. Denzin triangulaci definuje jako „kombinaci metodologií v jedné studii stejného fenoménu“ (1989: 234). Rozeznává přitom čtyři typy strategie triangulace: kombinaci různých datových zdrojů, výzkumníků, teorií a metodologií. V rámci této stati byla použita kombinace různých datových zdrojů (zaměstnanci a vedoucí pracovníci organizace, organizační dokumenty) a metodologií (analýza dokumentů, polostandardizovaný rozhovor, standardizovaný dotazník).
- 5 Pokud při rozhovoru použije výzkumník další dodatečné či vyjasňující otázky, musí je spolu s odpověďmi respondenta zaznamenat, stejně jako prostředí, v němž se rozhovor odehrál. Výzkumník tak může dané téma prohloubit či názorově rozšířit.
- 6 (jeho vzhled, přízvuk, chování, přítomnost jako taková)
- 7 (na kterou musí být respondenti předem upozorněni a dotázáni, zda s ní souhlasí)
- 8 Všechny rozhovory byly předem telefonicky domluveny. Rozhovory probíhaly až na jednu výjimku (restaurace) přímo v kancelářích nebo na pracovištích respondentů v brněnských a regionálních centrech organizace v průběhu dubna 2009. Podle preference respondenta byly buď nahrávány, nebo zapisovány ve formě poznámek (ve 4 případech).
- 9 (jejich funkce se lišily od vedoucích center až po ředitelské funkce)
- 10 (Důvodem byl pracovní úvazek zaměstnance na dohodu, a tudíž neobeznámenost respondenta s některými záležitostmi v organizaci, kterých se výzkumné otázky dotkly.)
- 11 Dotazníky byly distribuovány v průběhu dubna 2009 na pracovištích v Brně a dalších dvou regionech. Administrace proběhla ve většině případů za přítomnosti výzkumníka, jenž koncept a princip vyplňování dotazníků krátce vysvětlil a na něhož byly směřovány dotazy respondentů. V několika případech (5) byla respondenty k zaslání vyplněných dotazníků využita (elektronická) pošta.
- 12 Hodnoty deklarované v organizačních dokumentech:
 - a) Pokyn odborného ředitele vymezuje „podporu autonomie (zvýšení nezávislosti, dovedností, kompetencí) a motivace (vztahu k sobě, profesi, profesionální identifikace)“ jako jeden z cílů supervize. „Tvořivost a svoboda uplatňování vlastních nápadů“ je přitom jednou z potřeb uváděných zaměstnanci.
 - b) V dalších dokumentech se setkáváme s dalšími hodnotami odpovídajícími potřebám zaměstnanci popisovaným jako osobně motivační následovně:
 - Pomoc lidem nalezneme jako hodnotu vymezenou na webových stránkách organizace, ve výroční zprávě, Etickém kodexu jednoho z regionálních oddělení. Naplnění této hodnoty mohou v práci nacházet respondenti, kteří uvedli jako svou motivační potřebu „kontakt s lidmi“, „možnost pomoci klientům“ a „pocit smysluplnosti“.
 - Společenská užitečnost je opět deklarovaná na webových stránkách a v aktuální výroční zprávě. „Otevřenost k potřebám veřejnosti“ nalezneme ve Sborníku příspěvků z mezinárodních konferencí, „dobrou vůli pomáhat jedincům, skupinám při jejich rozvoji a řešení konfliktů se společností“ v Etickém kodexu jednoho z oddělení. To přibližně odpovídá respondenty vyjádřeně potřebě po „užitečnosti“ a „smysluplnosti práce“.
 - Zvyšování povědomí a informovanosti vymezuje organizace jako jeden z cílů ve výroční zprávě. Potřeba respondentů po „užitečnosti“ může souviset také s touto hodnotou.
 - Týmová práce je zdůrazňována ve výroční zprávě. V Operačním manuálu jednoho z center patří mezi etické zásady kolegiality. Týmová práce může být zásadní hodnotou pro zaměstnance vyjadřující potřebu „dobrého kolektivu“, „kontaktu s lidmi“ a „podílu na rozhodování o problémech“.
 - Výroční zpráva jednoho z regionálních oddělení se odlišuje tím, že podle ní služby i lidé v oddělení tvoří „výrazný a silný celek“. Vznik „stabilního týmu“ a navázání „dobré spolupráce“ s ostatními centry organizace ve zprávě oceňuje další regionální centrum. Tyto hodnoty mohou konvenovat zaměstnancům s potřebou „dobrého kolektivu“, „kontaktu s lidmi“ a „schopnosti vedoucího vytvořit dobrou atmosféru“.
 - Odbornost, vstřícnost a otevřenost jsou základními požadavky na práci všech zaměstnanců podle Sborníku příspěvků z mezinárodních konferencí. Vyskytují se i v Etickém kodexu regionálního oddělení. Tyto hodnoty mohou být obsaženy v samotném „charakteru práce“ a vycházet vstříc potřebě „seberozvoje“ a „získávání zkušeností“.

- Otevřenost organizace vůči hledání nových způsobů práce je zdůrazněna ve Sborníku příspěvků z mezinárodních konferencí i v Pokynech odborného ředitele. Zde může být zmíněna „tvořivost, svoboda vlastních nápadů“.
- Možnost využití získaných zkušeností v rámci mezinárodní spolupráce je zdůrazněna ve Sborníku příspěvků z mezinárodních konferencí. Budování kontaktů a navazování zahraniční spolupráce podporuje také regionální vzdělávací centrum. Do této kategorie lze zařadit „získávání zkušeností“, „seberozvoj“ a „tvořivost, využití vlastních nápadů“.
- Zkvalitnění péče díky vzdělávání pracovníků je vymezeno jako specifická činnost jednoho z center ve Sborníku příspěvků z mezinárodních konferencí. Etický kodex regionálního oddělení potvrzuje, že „zařízení usiluje o vysokou odbornou úroveň, přičemž poskytuje pouze takové služby, které naplňují standardy“ vztahující se k daným sociálním službám. Operační manuál dalšího centra a informační brožurka potvrzují potřebu „budování kapacity lidských zdrojů a s tím rozvoje celé organizace“. Jiný manuál zmiňuje „motivování pracovníků týmu k dalšímu sebevzdělávání v potřebných oborech“. Z osobních motivačních prvků zde připadá v úvahu „seberozvoj“.
- Zvyšování profesní prestiže skrze pozvedání odborné úrovně práce a celoživotní prohlubování kvalifikace zdůrazňuje Etický kodex regionálního oddělení i Operační manuál jiného centra. S touto hodnotou se mohou ztotožňovat zaměstnanci zmiňující „zvysování profesní prestiže sociálních pracovníků“ jako „ideálně motivační“.
- V závěru úvodního shrnujícího textu oblastní ředitel oceňuje všechny kolegy, již měli hlavní podíl na rozvoji stávajících i nových služeb, a děkuje jim za dobře vykonanou práci. Zde nacházíme prvek ocenění a uznání.

V Zákoníku práce ČR, jehož opatření organizace respektuje, je zakotven požadavek naplnění „pracovních a životních podmínek a odborného rozvoje zaměstnanců“ (§ 139), „stravování zaměstnance“ (§ 140) a „zabezpečení při pracovní neschopnosti a ve stáří a zaměstnávání po návratu do práce“ (jde o zapojení vnější motivace, resp. uspokojování potřeb z nižších úrovní Maslowovy pyramidy potřeb – hmotného zabezpečení, bezpečí a jistoty) a „odborného rozvoje zaměstnanců“ a „zvysování jejich

kvalifikace“ (§ 141 až 144), což obojí naopak může přispívat k naplňování vyšších potřeb, např. sebe-realizace. Pro zaměstnavatele mají tyto právní normy především doporučující charakter. Toto obecné zaměření zaměstnavatelovy činnosti musí být konkretizováno v kolektivních smlouvách či vnitřních předpisech (Foot a Hook, 2002: 320).

- 13 „Tady je fakt všechno tak průhledný, že vím, že ať by to byla příjemná věc nebo nepříjemná věc, tak že se můžu na vedoucí s tou záležitostí obrátit a že by mně neřekla, ty seš debil, vůbec s tím za mnou nechod.“ (Zaměstnanec 2.)
- 14 Podle Pokynů odborného ředitele „vedoucí služby odpovídá za věrné a pravdivé předání informací z porad vedoucích pracovníků, pokynů, směrnic organizace. Porady nemají demoralizovat účastníky nepravdivostí, nepřipraveností, neúnosnou délkou nebo nezajištěním potřebné atmosféry klidu a bezpečí. Mají být vedeny i s ohledem na zajištění zpětné vazby od všech účastníků porady.
- 15 „A určitě by stálo za to propojit centra – tu jsou tři nízkopraháče, preventivní centra, kontaktní centra, můžou se předávat zkušenosti, půjčovat materiální vybavení, dělat společné programy. Všichni ti říknou – tady nejsou peníze. Ale ony tam jsou, chtělo by to ale větší propojení a spolupráci. Tam jsou obrovské rezervy. Je potřeba něco nad tím, co buňky spojuje.“ (Zaměstnanec 5.)
- 16 „V rámci celé organizace, pokud se mi něco nelíbí? Tak spíš o tom tlacháme v hospodě, než jako že bychom se dobrali nějakého řešení. Pár náznaků bylo, ale teď si uvědomuju, že to je spíše zprostředkovaně. Že jsem chtěla, aby to vedoucí tlumočil na poradě. Protože v podstatě se nesejdem, jo. Že vidíme se strašně málo s vedením, jsou naprosto izolovaní a... My sice máme jakoby v nějaké směrnici, že můžeme posílat náměty na zlepšení... Ale když vidíš, že třeba ti neodepisují na ty maily, tak to vzdáš. Fakt musíš nějak fungovat jako samostatná buňka.“ (Zaměstnanec 12.)
- 17 „Když se vyjadřuje nějaká nespokojenost nebo kritika, tak mně kolikrát přijde, že to je tak jako pro mě nepochopitelně bráný, nějak osobně, útočně nebo tak nějak. Takže v těchhle věcech to fakt jako někdy ... vážne. Já už tady pracuju dlouho, a právě jako že to nefunguje, tak s tím už nic nedělám. Já nevím, mně to přišlo takovej ten model, že je nějaký třeba odborný problém, kterej prostě objektivně je, a když řeknu, že je problém, tak prostě jako kdybych já byla ten problém, že ten problém pojmenovávám. Že to bylo vnímáno tak, že jim do toho chce někdo kafrat, jo.“ (Zaměstnanec 8.)

- 18 „Zprůhlednit to zacházení s téma odměnami a... Já vím, že organizace má v tomhle svázaný ruce hodně, co se týče přísunu těch peněz, ale... Třeba dát tam nějaký nástroje, který umožní ještě větší pohyby tomu vedoucímu s platem zaměstnance.“ (Vedoucí pracovník 7.)
- 19 „Takže by to bylo určitě podle objemu vykonané práce, případně podle referencí. Že když z celé organizace na toho člověka bude přicházet dobrý ohlas, že jsou s ním spokojení, vykonává opravdu ty věci okamžitě, nebo dělá něco navíc, tak aby to bylo někde zohledněno.“ (Zaměstnanec 13; také Vedoucí pracovníci 7 a 8.)
- 20 „Já bych určitě udělal, aby si management organizace pravidelně pohovořil se všemi zaměstnanci a zjistil jejich motivaci, ambice, nápady, vize.“ (Zaměstnanec 5.)
- „Určitě bych ocenila větší zájem vedoucích pracovníků, nemyslím tady u nás v centru, ale výš v té pyramidě. Že by prostě někdy přišli, zeptali se, jak se máš, jak se ti daří. Tak to se nikdy neděje. Nezáměr o člověka, to vnímám, že je tady hodně vidět. V těch vyšších patrech pyramidy tady chybí lidský přístup. Lidi sedí roky na svých místech a jsou vyhořelí. To je tady myslím strašně moc cítit. Chybí zájem toho vedení.“ (Zaměstnanec 10.)
- „Ty informace z toho, co se děje v té organizaci, jsou tak zprostředkované a tak nedostatečné, že se potom člověk těžko cítí součástí celé té organizace. Takže má tendenci se spíš spojovat do nějakých takových menších celků, než aby to byl tým, celá ta organizace, protože nikdo neví, co dělá předseda, nikdo neví, co dělá ani odborný ředitel moc, jo. To jsou takový jako postavy, který jsou spjatý nějak s tou historií té organizace, ale teď už vlastně teda o nich se jako moc neví, jo. Nebo kam ta organizace směřuje. Potom si, já nevím, přečtu v novinách, že předseda se účastnil mítinku ODS třeba... Spoustu lidí to vyvede a řekne si, jako – kde to jsem, jo? Takže vybudování fakt nějakého systému sdělování těch informací, aby to šlo oboustranně.“ (Vedoucí pracovník 5.)

Seznam literatury:

- BAJER, P. **Optimálně formovaná organizační kultura posiluje motivaci pracovníků.** *Sociální práce/Sociálna práca*, 2006, č. 3, s. 3–6. Brno: Asociace vzdělavatelů v sociální práci.
- BEDRNOVÁ, E., NOVÝ, I. **Psychologie a sociologie řízení.** Praha: Management Press, 2007.
- BĚLOHLÁVEK, F. **Jak vést a motivovat lidi.** Brno: Computer Press, 2008.
- BOURDIEU, P. **Teorie jednání.** Praha: Karolinum, 1998.
- CAJTHAMR, V., DĚDINA, J. **Management a organizační chování.** Praha: GRADA Publishing, 2005.
- ČÍRTKOVÁ, L. **Kriminální psychologie.** Praha: Eurounion, 1998.
- DECI, E. **Intrinsic Motivation.** New York: Plenum, 1975.
- DECKOP, J. R., CIRKA, C. C. **The Risk and Reward of a Double-Edgedsword: Effects of a Merit Payprogram on Intrinsic Motivation.** *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 2000, č. 29. <http://nvs.sagepub.com/cgi/content/abstract/29/3/400> [on-line] [20. 10. 2008].
- DENZIN, N. **The Research Act.** London: Prentice-Hall, 1989.
- DISMAN, M. **Jak se vyrábí sociologická znalost.** Praha: Karolinum, 2002.
- DRUCKER, P. F. **Řízení neziskových organizací.** Praha: Management Press, 1994.
- DRUCKER, P. F. **Řízení v době velkých změn.** Praha: Management Press, 1998.
- FOOT, M., HOOK, C. **Personalistika.** Praha: Computer Press, 2002.
- FRANKL, V. E. **A přesto říci životu ano. Psycholog prožívá koncentrační tábor.** Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, s. r. o., 2006.
- HANSEN, F., SMITH, M., HANSEN, R. B. **Rewards and Recognition in Employee Motivation.** *Compensation Benefits Review*, 2002, č. 34, ročník 5. <http://cbr.sagepub.com/cgi/content/abstract/34/5/64> [on-line] [20. 10. 2008].
- HERZBERG, F. **Work and the Nature of Man.** New York: Thomas Y. Crowell, 1968.
- KLEIBL, J., a kol. **Metody personální práce.** Praha: Vysoká škola ekonomická v Praze, 2000.
- KLEIBL, J., a kol. **Personální řízení, 2. část.** Praha: Vysoká škola ekonomická v Praze, 2002.
- KOLMAN, L. **Determinanty pracovního chování, II. část.** Praha: Česká zemědělská univerzita v Praze, Provozně-ekonomická fakulta, 2006.
- KOUBEK, J. **Řízení lidských zdrojů.** Praha: Management Press, 2005.
- LUBASOVÁ, A. **Řízení lidských zdrojů: kapitola 10 a 11.** Studijní materiál k předmětu Ří-

- zení a rozvoj lidských zdrojů. Dostupný z: IS MUNI. Brno: IS FSS MUNI, 2008.
- NAKONEČNÝ, M. **Základy psychologie osobnosti**. Praha: Management Press, 1993.
- PAARLBERG, L. E., PERRY, J. L. **Values Management: Aligning Employee Values and Organization Goals**. *The American Review of Public Administration*, 2007, č. 37. <http://arpsagepub.com/cgi/content/abstract/37/4/387> [on-line] [20. 10. 2008].
- PATTON, M. **Qualitative Evaluation and Research Methods**. Newbury Park: SAGE, 1990.
- PYNES, J. E. **Human Resource Management In Public and Non-profit Organizations**. San Francisco: Jossey-Bass, 1997.
- RAWLS, J. R., ULLRICH, R. A., NELSON, O. T., Jr. 1975. **A Comparison of Managers Entering or Re-entering the Profit and Non-profit Sectors**. *Academy of Management Journal*, 1975, č. 18, s. 616–623.
- SMITH, D. H. **Some Challenges in Non-profit and Voluntary Action Research**. *Non-profit and Voluntary Sector Quarterly*, 1995, č. 24, s. 99–101.
- SYPHER, B. D. (Eds). **Case Studies in Organizational Communication**. London: The Guilford Press, 1990.
- ŠVANCARA, J. **Emoce, motivace, volní procesy: studijní příručka k předmětu Obecná psychologie II (prožívání, jednání)**. Brno: Psychologický ústav FF MU, 2003.
- VITOUŠOVÁ, P. **Motivace pro práci v neziskovém sektoru**. Závěrečná práce kurzu Řízení neziskových organizací. Praha: Katedra sociální práce FF UK, nedatováno (nástupní ročník: 1997 – 1998).
- VYSUŠIL, J. **Základy managementu**. Praha: HZ Praha, spol. s r. o., 1996.

Dále byly použity elektronickou formou veřejně dostupné formální dokumenty konkrétní neziskové organizace (výroční zprávy, propagační materiály) a interní dokumenty poskytnuté pracovníky organizace.

STUDENTSKÉ PRÁCE

Jak staří lidé vnímají konec života?

How do Elderly People Perceive the End of Life?

Jana Roberts

Bc. Jana Roberts, roz. Králová,¹ roku 2009 dokončila studium oboru Sociální práce na Univerzitě Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem a získala titul „bakalář“. Nyní pracuje v Anglii, na The Loddon School, jako „Unit leader“ v ústavu pro mladé dospělé postižené autismem a souvisejícími problémy, jako jsou epilepsie, sebepoškozování, agrese a disruptivní chování.

Abstrakt

Stať nese název: Jak staří lidé vnímají konec života? Zabývá se otázkou, jak je v biografických vyprávěních starých lidí konstruován konec života. Konec života je popsán třemi strategiemi. Tyto strategie můžeme v jednotlivých rozhovorech analyzovat uvnitř kategorie, kterou jsem nazvala „Sociální smrt“. Těmito strategiemi jsou „Šťastný konec života“, „Sociální izolace“ a „Vytěsňený konec života“.

Klíčová slova

staří lidé, kvalita života, konec života, smrt, sociální smrt

Abstract

Title of this article is: How do elderly people perceive the end of life? Paragraph is interested in a question how is the end of life constructed in the biographical narrations of seniors. The end of life is described by three strategies. We can see these strategies in interviews based on presence or lack of the category called „Social death“. Strategies are called „Happy end of life“, „Social death“ and „Removed end of life“.

Keywords

elderly people, quality of life, the end of life, death, social death

Kde je, co je konec života?

V tomto článku se věnuji otázce, jakým způsobem je konstruován konec života v biografických vyprávěních starých lidí. Potřeba definovat konec života mne poprvé zastihla v rámci praxe v domově pro seniory. Vždy jsem podvědomě vnímala, že lidé s odchodem do starobního důchodu výrazněji chřadnou, jako by ztráceli chuť do života. U obyvatel domova pro seniory mi připadal tento proces chřadnutí ještě výraznější. Jejich neustálé doufání v brzký příchod smrti a nesmyslnost jejich bytí mě nenechávaly v klidu. Rozhodla jsem se tedy ve své práci zjistit, je-li tomu tak, a případně, proč.

Zmíněnou praxi jsem vykonávala v roce 2007 a v té době jsem měla jen velmi mlhavou představu o konci života. Chápala jsem ho ve dvou pojetích, buď jako paralelu smrti, tedy

zániku lidského organismu, anebo jako blíže nespécifikovaný časový úsek života seniora. V mých představách tento konec života souvisel se stářím a seniorským věkem, sama jsem za etapu konce života považovala čas od odchodu do starobního důchodu do smrti, a to i navzdory článkům o aktivním stárnutí či aktivizačních programech pro seniory (Štílec, 2004). Popsání toho, co konstruuje můj současný obraz konce života, je úkolem následujícího textu.

Kde se vzala data?

Po důkladném zvážení jsem oslovila Dům s pečovatelskou službou v Chlumci². Paní ředitelku jsem obeznámila s cíli výzkumu, a protože ji zaujaly výzkumné otázky, laskavě mi umožnila stát se na neurčitou dobu součástí týmu. Představila mě při nejbližší možné příležitosti všem

obyvatelům zařízení jako praktikantku dobrovolnici, která se bude v zařízení vyskytovat na různých místech za účelem získání praktických dovedností. Stejně tak mě představila i personálu zařízení.

Celý proces poznávání a budování vzájemného vztahu byl postaven na pravidelném setkávání se s obyvateli zařízení. Zpočátku jsem se účastnila jejich programu dvakrát týdně. V úterý kavárny pro seniory a v pátek ergoterapeutické dílny. Asi po měsíci návštěv jsem zintenzívovala svou přítomnost v domově díky pravidelnému navštěvování ergoterapeutických dílen třikrát v týdnu. V dílnách jsem však zjistila, že se setkávám neustále s těmi samými klienty, a proto jsem musela zvolit jinou strategii. Rozhodla jsem se účastnit „ranních návštěv u klientů“. Smysl této ranní návštěvy spočívá v ověření, zda je klient v pořádku a zda potřebuje od pečovatelek nějaké služby. To mi umožnilo poznat většinu klientů zařízení. Tento způsob se ukázal jako velmi efektivní pro obecné seznámení se s klienty.

Nebudu předstírat, že se mi podařilo navázat blízký vztah se všemi klienty, a ani nemám v úmyslu tvrdit, že to šlo vždy snadno. Obecně mohu říci, že záviselo na osobnostních rysech každého klienta, zda a do jaké míry se se mnou rozhodl komunikovat. Někteří byli otevřenější než jiní, další mi přímo řekli, že jim dlouho trvá, než si na někoho zvyknou a navážou s ním bližší vztahy. Po pěti měsících pravidelného docházení do zařízení jsem usoudila, že doba uzrála a je vhodné přistoupit k samotnému sběru dat.

Etika sběru dat

Základním etickým dilematem zůstávalo, do jaké míry mám respondenty skutečně obeznámit s cíli výzkumu. Co když představení tématu uvede respondenta do smutné nálady či deprese? Existuje cesta, jak rozvířené emoce zpět uklidnit? Je vůbec vhodné žádat o rozhovor na toto téma starého člověka v zařízení sociální péče? Těmto etickým dilematům se v literatuře věnuje například Hendl (2005) či Silverman (2005), ale žádný „správný“ a jediný návod pro jejich řešení nenabízejí.

Proces požádání obyvatel domova o spolupráci na výzkumu probíhal tímto způsobem. Paní ředitelku a sociální pracovníci jsem s týdenním předstihem obeznámila se svým záměrem přistoupit k natáčení rozhovorů a požádala

jsem je o doporučení nejvhodnějšího způsobu, jakým obyvatele domu o tuto laskavost požádat. Po vzájemné dohodě jsme dospěly k závěru, že výhodné bude prostředí „kavárny pro seniory“, která je jedním z volnočasových programů zařízení.

Předstoupila jsem tedy před přítomné, shrnula své působení v domově, připomněla, jaký studuji obor v rámci které univerzity, a vyjádřila žádost o spolupráci na výzkumu. V následující okamžik jsem se ocitla v konfliktu s otázkou zatajení cílů výzkumu. Rozhodla jsem se cíl výzkumu co nejpřesněji popsat, avšak pokud možno se vyhnout „kontaminaci“ dat. Tento termín vystihuje problematiku toho, jak poskytnout subjektům úplné informace a zároveň výzkum zbytečně těmito informacemi „nekontaminovat“ (Silverman, 2005). Šlo mi hlavně o to, neovlivnit, respektive v co nejmenší možné míře ovlivnit, výpovědi respondentů.

Vedena touto úvahou jsem sdělila účastníkům, že se zajímám o jejich každodenní život v domově, o způsob, jakým tráví svůj volný čas, o přátele, se kterými se stýkají, o starosti a radosti jejich všedních dní. O myšlenky, kterými se zabírají ve volných chvílích.

Toho dne se „kavárny pro seniory“ účastnilo jedenáct obyvatel domova, z nichž mi osm přislíbilo poskytnout rozhovor³.

V mé práci jsem následovala metodologii vedení nestandardizovaného rozhovoru. Disman (2000) jej chápe jako interakci mezi tazatelem a respondentem, kde tazatel má připraven jen velice obecný plán a rozhovor je pak dotvářen i respondentem. Vedlo mě k tomu přesvědčení, že právě tento způsob bude nejšetrnější vzhledem k citlivosti tématu i vzhledem k respondentům. Na úvod rozhovoru jsem ve většině případů zvolila otázku směřující k popisu činnosti respondenta v průběhu celého týdne.

V rámci hovoru o kontaktech, rodinných příslušnících, přátelích a jiných lidech jsme vždy narazili na souvislosti, které vedly k již zesnulým. Nejčastěji manželům a v jednom případě k úmrtí manželky. Tato nepatrná zmínka o zesnulých vedla ve všech případech k tématu smrti. Ve chvíli, kdy jsme se dotkli tématu zesnulého životního partnera, bylo celkem logické a relativně dostupné pokládat otázky týkající se konce života. Nejčastěji v prvé řadě v souvislosti se zesnulým a následně většinou v souvislosti s respondentem. Většina případů měla silný emocionální

náboj, který kladl jak na respondenta, tak i na mne vysoké nároky. Vzhledem k respondentům jsem se snažila rozhovor ve všech případech zakončit pozitivně. Na konci rozhovoru jsem se ptala na plány respondenta v nejbližší době, ať již v rozsahu odpoledne či následujících týdnů.

Analýza dat

Pro analýzu dat jsem zvolila zakotvenou teorii, tak jak ji popsali Strauss a Corbinová (1999).

„Zakotvená teorie je induktivně odvozená ze zkoumání jevu, který reprezentuje. To znamená, že je odhalena, vytvořena a prozatímně ověřena systematickým shromažďováním údajů o zkoumaném jevu a analýzou těchto údajů. Proto se shromažďování údajů, jejich analýza a teorie vzájemně doplňují. Nezačínáme teorií, kterou bychom následně ověřovali. Spíše začínáme zkoumanou oblastí a necháváme, ať se vynoří to, co je v této oblasti významné.“ (Strauss, Corbinová, 1999: 14.)

Z důvodu přehlednosti budu v celém následujícím textu uvádět jednotlivé kategorie získané kódováním dat tučným písmem.

Sociální smrt

V případě, kdy je kvalita života seniorem považována za neuspokojivou, přichází **Sociální smrt**. Jejím důsledkem pak bývá **Touha zemřít**, která je v protikladu k **Touze žít**. Z **Touhy zemřít** vyplývá **Strach ze způsobu umírání**, jehož subkategorie jsou **Bezmoc**, **Spravedlivá smrt**, **Co bude po smrti?** a **Existuje Bůh?**

Podíváme-li se na to, co **Sociální smrt** obsahuje, je to především pocit nepotřebnosti pro okolní svět, nedostatečnost kvalitních volnočasových aktivit, nedostatek sociálních kontaktů, slabé zdraví a rezignace na současný život, které zpětně poukazují na neuspokojivou kvalitu života.

„(...) každý den je stejný, a to už si tak zvyknete, že si říkáte, pro co tady sem? Na co tu sem? Večer si lehnu, ráno vstanu, poklidím (...) a konec. No a co potom? Celej den se tady tak nějak plácáte, nebo já nevím (...).“

„No, tak že, přijdou deprese takový (...). Říkám si, na co, pro co žiju, nač sem tady? Už jsem tady na poslední štaci a tak dále.“

Související kategorií je **Touha zemřít**. Zajímavým způsobem vysvětluje pacientovu žádost o urychlení smrti Svatošová (1999), jejíž zkušenosti plynou z hospicové péče. Uvádí, že

ve chvíli, kdy pacient vyjádří žádost, aby mu lékař pomohl ukončit jeho život, mnohdy touto žádostí nemíní to, co je součástí jejího obsahu. Často je důvodem takového vyjádření neuspokojení všech potřeb klienta. Poté, co se problém odstraní, pacient od svého požadavku obvykle ustoupí a více se k němu nevyjadřuje.

Po shrnutí všech faktorů dochází Svatošová k závěru, že nejčastější příčinou žádostí o ukončení života je nezájem a neúcta k člověku jako k jedinečné a neopakovatelné bytosti. Tento závěr pak staví například otázku eutanazie do velmi zajímavé pozice. Pokud uvažujeme výše uvedené závěry v kontextu eutanazie, zdá se, že řešením problému eutanazie by mnohem spíše měla být kvalitní paliativní péče než legalizace této metody předčasného ukončení života. Kromě eutanazie však ještě existuje i jiná forma ukončení života a tou je sebevražda.

„S věkem dokonce stoupá počet dokončených sebevražd a jejich počet zřetelně převyšuje počet sebevražedných pokusů. Mizí koketérie mezi životem a smrtí, přibývá případů s rozhodným úmyslem zemřít. Bilanční sebevraždy gerontů mívají racionální podklad („nestojí za to žít“).“ (Pacovský, 1997: 83.)

Pacovského „nestojí za to žít“ v podstatě kopíruje kategorii **Touha zemřít**, která se vyskytlá i v této práci.

„(...) když prostě nákej takovej stres, nebo něco, na mě přijde, tak si říkám, kdybych radši usnula a už se nezbudila...“

„No, tak někdy, tak si člověk říká, někdy si říkáte, už kdybych byla u tebe.“ (v hrobě)

Z uvedeného mohu tedy vyvodit, že důvodem touhy zemřít je nedostatečné uspokojení životních potřeb, které jsou v podstatě součástí **Kvality života**.

Touha žít působí v protikladu k **Touze zemřít**. Jak jsem již vyjádřila, vidím přímou souvislost mezi neuspokojivou kvalitou života a touhou po smrti a uspokojivou kvalitou života a touhou žít.

„[...] a když se z toho pak dostanu, říkám, tak ještě nákou chvíli bych tady chtěla bejt.“

„Aby mě sloužilo ještě trochu zdraví, abych tady byla aspoň do sto let a mohla běhat.“

Strach ze způsobu umírání

Obsahuje subkategorie: **Bezmoc**, **Spravedlivá smrt**, **Co bude po smrti?** a **Existuje Bůh?** Nejprve se budu věnovat jednotlivým kategoriím

a prostřednictvím jejich určení se pak pokusím definovat Strach ze způsobu umírání a vyjádřit se k vzájemnému propojení jednotlivých kategorií a určit, k čemu směřují.

Bezmoc jako zvláštní subkategorie v zastoupení je docela malá, ale stav, který zastupuje, mi připadá natolik významný, že jsem se rozhodla ho zde uvést. Jak je zřejmé z uvedených citací, vztahuje se bezmoc k situacím, které člověk nemůže ovlivnit.

„(...) bolí to, bolest, bolest, lítost, nemohoucnost, že nemůžete pomoci. (...) tak když sem viděla toho muže, jak prostě prostě je nemocnej, a teď jsem věděla, že kdybych dělala co chtěla, že mu pomoci nemůžu. Ta nemoc, že je taková ta, to jako člověka drásá, bolí.“

Požadavek **Spravedlivé smrti** mě v rámci získávání rozhovorů zaskočil. Respondenti se zmiňovali o tom, že smrt by měla přicházet na základě jakéhosi principu spravedlnosti, myšleno tak, že hodní lidé si smrt nezaslouží a ti nedobří ano, avšak v protikladu k této logice se také vyskytovala přání, aby milovaný člověk již zemřel za účelem ušetření mu trápení a strádání. Tyto dva jevy jsou evidentně ve vzájemném rozporu.

„Smrt jako přirozený jev patří k vysokému věku. Jako nutnost se také musí přijímat a přijmout. Adaptace na realitu umírání a smrti je především individuální záležitostí, vyznačuje se osobními zvláštnostmi. V postojích k smrti se odráží vnitřní svět člověka, jeho osobní filozofie.“ (Pacovský, 1997: 82.)

„Ale sou to takový někdy, když třeba sem nemohla spát v noci, když mě to všechno šlo jak ten biograf, tak říkám, je to nespravedlivý a eště další věc třeba, jako můj muž, nebo víc takovejch lidí. Jsou hodný a vodejdou, a takovej ksindl, z vodpuštěním, kterej škodí, na kterou stranu se podívá, ty tady zůstávají, a to je taková nespravedlnost bych řekla.“

Co bude po smrti?

„Někdo si pomáhá vírou, že mu bude po smrti dán věčný život v ráji, jinému stačí jistota, že zanechává následníky rodu nebo pokračovatele svého díla, satisfakce z vykonaného a zanechaného.“ (Pacovský, 1997: 82.)

„Nejeden medicínsky velice erudovaný lékař se ocitá ve slepé uličce, když si pacient splete dveře jeho ordinace s dveřmi zpovědnice. A dnešní pacient opravdu mnohem častěji než dříve očekává od lékaře pomoc v hledání uspokojivých

odpovědí na otázky, které ho nenechávají spát. Na otázky po smyslu života, nebo dokonce po smyslu utrpení.“ (Svatošová, 1999: 39.)

„No, a někdy mi ale zase tak přijde na rozum, tak si jako přemejšším vo tom a říkám si, no jaký to asi bude, jestli tam budeme spolu taky mluvit, až tam budeme spolu. (v nebi) Tak to mi kolikrát přijde ta myšlenka tedy.“

„Jo. A že jestli tam budeme spolu mluvit. No, ale zase si říkám, je to blbost, protože je to popel, že jo?“

Kategorie **Existuje Bůh?** je velmi úzce spjata s předcházejícími dvěma, tedy **Co bude po smrti?** a **Spravedlivá smrt**. V rozhovorech se otázka existence Boha vyskytovala nejčastěji s nespravedlností vnímanou na tomto světě. Lidé si kladli otázku, zda by to Bůh mohl dopustit, aby se na zemi děla taková příkoří. Zajímavé je, že někteří ve stejné větě jeho existenci popřeli s tím, že „by se na to nemohl dívat“, a zároveň tvrdili, že „něco je“.

„[...] kdyby tam někdo byl nad náma, kterej by prostě ovládal, nebo to, tak mohl by tohleto trpět? Já nevím, těžko říct. Když třeba vezmete, vždyť cizí státy támhle, kde trpěj ty děti malý, hladem a to.“

„Takže vim, že z něčeho, nebo někdo, že musel ten svět, že to muselo počít, ale to nedokážu vysvětlit. A věřit, no věřit, těžko říct věřit. Já tvrdím jedno, že bych věřila tomu, že existuje někdo, když by tudletu, takovou tu nespravedlnost, nebo aby třeba pomohl těm nemocnejm lidem nějak.“

Závěrem k **Sociální smrti** a jejím subkategoriím bych ráda vyjádřila přesvědčení, že právě ony poskytují obraz konce života tak, jak je konstruován v biografických vyprávěních starých lidí.

„I na konec života je vhodné se připravovat. Je nerozumné, patří-li umírání a smrt stále ještě mezi tabu. Přípravě na smrt, přesněji na problémy, jež mohou být s koncem života spojeny, věnuje se zvláště v poslední době ve světě velká pozornost. Tvoří to také důležitou součást osnovy různých kursů přípravy na stáří.“ (Pacovský, 1997: 82.)

Jak je konstruován konec života v biografických vyprávěních starých lidí?

Konec života je v biografických vyprávěních starých lidí vystižen třemi strategiemi.

První strategii si dovoluji nazvat „šťastný konec života“. Ten je chápán jako časově nepřimo

ohraňené období, které v tomto případě koresponduje s přechodem do domova s pečovatelskou službou. Tento životní úsek je pak respondentem vnímán jako relativně šťastné období života. Tento člověk v něm pocituje uspokojení základních potřeb a celkovou pohodu, která trvá až do smrti, tedy zániku lidského organismu. Rozhodně to neznamena ideální situaci seniora, ale je z něho cítit jakési smíření a vyrovnanost s průběhem událostí.

Druhou strategií budu pro účely tohoto textu nazývat „sociální izolace“. Strategie „sociální izolace“ je přesně vymezené období, které trvá od udání se jisté závažné události v životě člověka až do jeho smrti. Tato „klíčová událost“ má často souvislost se zásadním zhoršením kvality života. Mezi tyto „klíčové události“ patří ztráta zraku či ztráta možnosti chodit, které odpovídají kategorii Zdravotní stav. Dále mezi tyto události patří Smrt životního partnera nebo i přechod z přirozeného prostředí do prostředí domu s pečovatelskou službou. Je to čas, kdy člověk rezignoval na svůj život a v podstatě čeká na smrt. Smrt, ve smyslu zániku lidského organismu.

Třetí strategií chápání konce života označím jako „vytěsněný konec života“, který znamená možnost si konec života nepřipouštět v žádné jeho možné podobě. Respondent nechce o tomto tématu hovořit, nepřemýšlí o něm a možnost vlastní smrti popírá. Pokud hovoříme o „vytěsnění smrti“, nabývá tento výraz dvou významů. Jedná se o „vytěsnění“ buď na individuální, nebo sociální rovině.

Vytěsnění na rovině individuální je chápáno freudovským pohledem a jde v něm o celou skupinu sociálně zabudovaných psychologických mechanismů, jež zabráňují, aby do vědomí pronikly příliš bolestné zkušenosti z dětství. Těmi jsou raná dětská traumata a úzkostné pocity viny. Raně dětské zkušenosti a fantazie se také podílejí na tom, jak člověk zvládá vědomí blížící se smrti. Někteří lidé jsou schopni jít s klidem vstříct vlastní smrti, jiní z ní mají ochromující strach, o kterém často nejsou schopni hovořit. Způsob, jak zvládnout tuto velkou úzkost ze smrti, je představa vlastní nesmrtnosti. Problém nastává ve chvíli, kdy by se takový člověk měl stát průvodcem umírajícího. Přítomnost umírajících totiž vyvolává u lidí se zmíněným strachem ze smrti pocit ohrožení. Smrt druhého člověka jim totiž připomíná jejich vlastní

smrt. Za potřebou věřit ve vlastní nesmrtnost se obvykle skrývají vytěsněné těžké pocity viny. Ty mohou souviset i s přáním smrti otce, matky či sourozenců nebo s obavou, aby si naši smrt nepřáli oni (Elias, 1998).

Vytěsnění na rovině sociální chápe smrt jako velké biosociální nebezpečí v lidském životě, a proto ji přesouvá do zákulisí společnosti. Pro umírající je pak důsledkem tohoto vykazování do zákulisí jejich izolace od ostatní společnosti (Elias, 1998). Velmi zřetelně je vidět izolace smrti od každodenního života na péči o mrtvé. Dnes, když někdo zemře, se pečlivý mechanismus institucí, které jsou pro veřejnost uzavřené, o mrtvého postará. Zajistí tak, aby všechna ošklivost, nečistota či rozklad lidského organismu, které dříve byly přirozenou součástí každodenního lidského života, byly pečlivě ukryty před zraky veřejnosti. Považuje se za nezpůsobilé ukazovat smrt v jejím naturalistickém obraze (Rajčanová, 2001).

Lidé se nechtějí zabývat otázkou smrti, často o ní nemluví, stala se jakýmsi tabu. Tím, že problém společnost popře, ho ale samozřejmě neřeší a ani nedonutí zmizet. Častěji se stane, že se začne projevat jinak. Za jednu z možných reakcí na tabuizaci tématu smrti může být považován i zvýšený zájem o symbolicky prezentovanou smrt v mediální produkci. Mediální smrt pak bývá akceptována lhostejně, bez jakýchkoli emotivních projevů, ovšem se skutečnou smrtí se většina lidí nikdy nesešla. To, že umírání obvykle probíhá v instituci, mimo společnost nám také znemožňuje vytvořit si přiměřené obranné strategie pro vyrovnávání se se smrtí (Vágnerová, 2000).

Můžeme tedy říci, že v případě této třetí strategie chápání konce života se jedná o jeho „vytěsnění“ na rovině individuální a o izolaci smrti od života na rovině celospolečenské.

Shrnutí

Nosnými pilíři celého výzkumu jsou kategorie Kvalita života a Sociální smrt. Na základě získaných dat lze vyvodit, že staří lidé vnímají konec života podle jeho kvality. Tuto kvalitu posuzují podle vlastních hodnot, kterými jsou v různém pořadí zdravotní stav, sociální síť, volnočasové aktivity či finanční situace. Vzájemná souvislost kategorií Kvalita života a Sociální smrt je zřejmá ve chvíli, kdy dojde k zásadnímu zhoršení

kvality života seniora. Pokud tato kvalita klesne pod individuálně stanovenou míru únosnosti, dochází u jedince k sociální smrti. Sociální smrt naznačuje tři strategie v chápání konce života: Šťastný konec života, Sociální izolaci a Vytěsňený konec života.

Dovolu mi na tomto místě připomenout definici sociální práce: „Sociální práce podporuje sociální změnu, řešení problémů v mezilidských vztazích a posílení a osvobození lidí za účelem naplnění jejich osobního blaha. Užívajíc teorií lidského chování a sociálních systémů, sociální práce zasahuje tam, kde se lidé dostávají do kontaktu se svým prostředím. Pro sociální práci jsou klíčové principy lidských práv a společenské spravedlnosti.“ (IFSW, 1982.)

Zamyslíme-li se nad tím, jak se sociální práce staví ke stáří, můžeme říci, že ho víceméně unifikuje v rámci ústavní péče. Pokud by však chtěla respektovat klienta, potom by musela respektovat i jeho volbu sociální smrti a strategie, které praktikuje. Jako je například právo na izolaci, možnost odmítnout návštěvy nebo mít lepší soukromí. Zde se nabízí paralela diskuse o eutanazii (Třešňák, Pařko, 2007). Pokud obor lékařství zvažuje tuto alternativu jako možnost volby, měla by její sociální práce následovat a také nabídnout možnost sociální smrti? Nebo bychom měli více naslouchat odborníkům na paliativní péči (Svatošová, 1995) a orientovat se na důslednou saturaci potřeb klienta, která požadavkům smrti jak sociální, tak fyziologické zabrání?

Poznámky

- 1 Kontakt na autorku: jannakralova@seznam.cz
- 2 Zařízení je zveřejněno, neboť mám k tomuto aktu povolení. V případě respondentů zachovávám anonymitu, také na základě předchozí domluvy.
- 3 Z těchto osmi osob bylo sedm žen a jeden muž. K danému dni byl celkový počet klientů domova 28 osob. Z toho 24 žen a 4 muži. Se všemi, kteří přislíbili, byl rozhovor uskutečněn.

Seznam literatury:

- DISMAN, M. **Jak se vyrábí sociologická znalost.** Praha: Univerzita Karlova, 1993.
- ELIAS, N. **O osamělosti umírajících.** Praha: Nakladatelství Franze Kafky, 1998.
- HAYFLICK, L. **Jak a proč stárneme.** Praha: Columbus, 1997.
- HENDL, J. **Kvalitativní výzkum.** Praha: Portál, 2005.
- HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K. **Vybrané kapitoly z gerontologie.** Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2003.
- PACOVSKÝ, V. **Proti věku není léku?** Praha: Karolinum, 1997.
- PICHAUD, C., THAREANOVÁ, I. **Soužití se starými lidmi.** Praha: Portál, 1998.
- RYCHTAŘÍKOVÁ, J. **Starci na pochodu. Stríbrovlasá společnost. Přítomnost,** 2007, roč. 10, č. 3, s. 28–29.
- SILVERMAN, D. **Ako robíť kvalitatívny výskum.** Bratislava: Ikar, 2005.
- STRAUSS, A., CORBINOVÁ, J. **Základy kvalitativního výzkumu.** Boskovice: Albert, 1999.
- SVATOŠOVÁ, M. **Hospice a umění doprovázet.** Praha: Ecce Homo, 1995.
- ŠTILEC, M. **Program aktivního stylu života pro seniory.** Praha: Portál, 2004.

Internetové zdroje:

- <http://www.biograf.org/clanky/members/clanek.php?clanek=v2502> [on-line] [16. 3. 2008]
- <http://www.eutanazie-dobrasmrť.cz/?akce=media&id=297> [on-line] [4. 12. 2007]
- <http://www.ifsw.org/f38000138.html> [on-line] [10. 10. 2009]
- <http://www.mpsv.cz/cs/1057> [on-line] [6. 4. 2008]
- http://www.pmfhk.cz/VZL/VZL%201_2004/Vz11_2.%20Slovacek.pdf [on-line] [20. 2. 2009]
- <http://www.who.int/about/definition/en/print.html> [on-line] [7. 12. 2007]
- http://www.who.int/ageing/active_ageing/en/ [on-line] [1. 3. 2009]

ŠKOLY SE PŘEDSTAVUJÍ

Dorkas se zaměřuje na potřeby křesťansky orientovaných poskytovatelů sociálních služeb

V naší pravidelné rubrice zůstáváme stejně jako v předchozím čísle na půdě vyšší odborné školy a s přestávkou v minulém čísle se vracíme opět do Olomouce. Vyšší odbornou školu sociální a teologickou – Dorkas představuje ředitel školy Mgr. **Petr Hlaváček**.

Kdy byla vaše škola založena? Kdo stál u jejího zrodu?

Vyšší odborná škola sociální a teologická – Dorkas je církevní školou, kterou zřídila Bratrská jednota baptistů (BJB). Škola vznikla v roce 1991 pod názvem Biblická škola BJB v Olomouci. Zpočátku se jednalo o dvouleté pomaturitní studium v oboru Duchovní a sociálně-zdravotní péče, které bylo po zhodnocení prvních zkušeností rozšířeno v následujícím roce na pětímestrové a následně na tříleté. Tímto způsobem se postupně vytvářely podmínky k dalšímu rozvoji školy a transformaci na vyšší odbornou školu se vzdělávacím programem zaměřeným na sociální práci. Při zpracovávání projektu vyššího odborného studia sehrála důležitou roli spolupráce s Asociací vzdělavatelů v sociální práci, již je škola řádným členem od roku 1994.

Rozhodnutím ministerstva školství s účinností od 1. 9. 1996 byla škola zařazena do sítě škol pod novým názvem jako Vyšší odborná škola sociální a teologická v Olomouci a s nově koncipovaným vzdělávacím programem Sociální a teologická činnost. V roce 2003 byl název školy doplněn na Vyšší odborná škola sociální a teologická – Dorkas. Označení Dorkas odkazuje na jméno významné raně křesťanské diakonky, o které se píše v Bibli (Skutky apoštolské 9, 36–41). S platností od 1. 9. 2010 udělilo ministerstvo školství akreditaci inovovanému vzdělávacímu programu s novým názvem Sociální a diakonická práce.

Jaké je zaměření školy?

Cílem vzdělávacího programu Sociální a diakonická práce je komplexní příprava pro výkon profese sociálního pracovníka se zvláštním ohledem na problematiku neziskového sektoru. Pojetí studijního oboru bylo koncipováno na základě specifických potřeb křesťansky orientovaných poskytovatelů sociálních služeb. Studenti jsou

připravováni pro samostatný výkon profese sociálního pracovníka v celém spektru sociálních institucí s důrazem na motivační a identifikační předpoklady pro působení v diakonických a dalších církevních službách.

Jaká je podoba praxe na vaší škole?

Odborná praxe představuje interdisciplinární předmět, který zahrnuje poznatky a dovednosti z odborných předmětů jak sociálních, tak i teologických. Odborná praxe vytváří předpoklad pro budoucí samostatnou práci absolventů v provozních podmínkách sociálních nebo církevních zařízení a umožňuje studentům získat profesní identitu. Odborná praxe proto tvoří významnou část výuky. Celkový rozsah činí 21 týdnů. Koná se v souvislých, tří- až čtyřtýdenních blocích v průběhu celého studia. V prvním ročníku jsou praxe doplňovány společnými exkurzemi v rámci sociální sféry a besedami s odborníky, ať již ve škole či v jiných institucích. Student je povinen během studia absolvovat odbornou praxi na stanovených základních typech pracovišť – úvodní kolektivní praxe na geriatrickém oddělení olomoucké fakultní nemocnice, dále individuální praxe v zařízeních pro seniory, pro děti či mládež, pro handicapované, na pracovišti orgánů státní správy nebo samosprávy a praxe v diakonické či církevní organizaci. Dále má student možnost zvolit si v průběhu studia i jiné typy pracoviště podle svého zájmu a osobní profesní profílance.

Vzhledem k tomu, že škola má celostátní působnost, vykonávají studenti podle možností část praxí v místě či v blízkosti svého bydliště, aby se mohli lépe seznámit se sociální problematikou a potřebami regionu, kde žijí. Při výběru organizací pro vykonání odborné praxe se přihlíží k dosaženému stupni vzdělání podle jednotlivých ročníků. Na konci druhého ročníku a na začátku třetího ročníku mají studenti možnost volit pracoviště podle zaměření své

Informace o přijímacím řízení:

Ke studiu jsou přijímáni uchazeči, kteří získali střední vzdělání s maturitní zkouškou, mají vážný zájem o sociální práci a kladný postoj k diakonickému zaměření vzdělávacího programu. Příslušnost k některé církvi není podmínkou přijetí, uchazeč by však měl mít respekt ke křesťanskému zaměření školy a akceptovat vyučované předměty.

Přijímací řízení probíhá formou individuálního pohovoru, při němž se zajímáme o osobnostní profil uchazeče a motivaci ke studiu. Přijímací pohovor probíhá na základě motivačního dopisu.

Počty přijímaných:

Pro školní rok 2010/11 budeme přijímat 20 studentů.

Informace o oboru, formě, době studia

Kód a název oboru vzdělání: 75-32-N/.. Sociální práce a sociální pedagogika

Kód a název vzdělávacího programu: 75-32-N/08 Sociální a diakonická práce

Délka vzdělávacího programu: tři ročníky (šest období)

Forma vzdělávání: denní

Informace pro uchazeče

Podrobnosti o všech náležitostech k přijímacímu řízení a nabízeném vzdělávacím programu zájemci najdou na www.dorkas.cz.

Adresa školy:

Vyšší odborná škola sociální a teologická – Dorkas

Blažejské náměstí 9

772 00 Olomouc

Telefon: 585 208 813

Fax: 585 227 508

E-mail: info@dorkas.cz

absolventské práce. Studenti jsou vedeni k písemné reflexi zkušeností z odborné praxe a sebereflexi, aby si uvědomili sebe jako nástroje sociální práce. Důkazy o osobnostním a profesním růstu studenti dokládají v portfoliích. Odbornou praxi doprovázejí v průběhu celého studia supervizními semináři.

Spolupracujete s některou další školou podobného zaměření? Jak?

Škola uzavřela v roce 2007 smlouvu s Teologickou fakultou Jihočeské univerzity (TF JU) v Českých Budějovicích o odlišných podmínkách pro přijetí uchazečů z řad absolventů školy Dorkas k bakalářskému studiu na TF JU a o podmínkách, na základě kterých může děkan TF JU uznat studentovi předměty absolvované v předchozím studiu na škole Dorkas. V současnosti probíhají rozhovory o obdobné spolupráci s Evangelickou teologickou fakultou Univerzity Karlovy v Praze.

Při absolutorii působí na naší škole jako předsedové zkušebních komisí vysokoškolské akademické pracovníci, především z Univerzity Palackého v Olomouci. Ředitel školy a jeho zástupkyně naopak vykonávají pravidelně funkci předsedy zkušebních komisí na absolutorii jiných sociálně či teologicky zaměřených VOŠ.

Můžete přiblížit specifika, odlišnosti školy?

Nad rámec běžné přípravy pro výkon profese sociálního pracovníka má student na základě svých osobních dispozic příležitost vytvořit si individuální podobu své profesní profílce v oblasti katechetických a pastoračních dovedností pro případné uplatnění v křesťansky orientovaných zařízeních volnočasových aktivit či přímo v církevní sféře v oblasti katechetické, evangelizační a pastorační služby.

Při procesu vzdělávání usilujeme o rozvíjení tří klíčových oblastí profesní přípravy: odborné, praktické a duchovní. Specifikem vzdělávacího

programu Sociální a diakonická práce je, že světonázorově vychází z prakticky orientovaného teologického vzdělání, považovaného za podstatnou složku přípravy pro zodpovědnou službu potřebným, a motivace studentů k duchovní formaci. Zvláštní péči o duchovní klima školního společenství má školní spirituálka coby zaměstnankyně zřizovatele školy.

Jak vypadá život vašich studentů v prostorách školy?

Kapacitně patří škola Dorkas mezi školy menší. Může proto vytvářet rodinnou atmosféru motivující rozvoj osobnosti a umožňující individuální přístup vyučujících ke studentům. Součástí školní budovy je i studentská kolej s celodenním ubytováním, což přispívá k vytváření hlubších vztahů mezi studenty, kteří pocházejí z velmi různorodého duchovního prostředí. Studenti mají po vyučování včetně víkendů k dispozici veškeré učebny, školní počítače a přístup na internet.

Navázali jste spolupráci s některou zahraniční školou?

Prozatím pouze pro oblast pastorální teologie.

Co všechno bude umět a znát váš absolvent?

Absolvent je způsobilý k vyhledávání a zajišťování kontaktů se sociálně potřebnými jednotlivci a rizikovými skupinami, k sociální diagnostice, řešení sociálně-právních a sociálně-zdravotních

problémů klientů, mapování sociálně-právních problémů v příslušné lokalitě, vytváření integrační strategie a plánů k začlenění jednotlivce a menšinové skupiny do společnosti, komplexní výchovné, diagnostické a preventivní činnosti zaměřené na resocializaci klienta, poskytování sociálně-právního poradenství, jednání se správními orgány a dalšími organizacemi, vedení příslušné dokumentace, provádění instruktaží v oblasti získávání, udržení nebo znovunabytí pracovních návyků, komplexní koordinaci a zabezpečování pečovatelské služby, osobní asistence a asistenční služby, k řízení sociálních zařízení a pomoci v psychosociálně spirituální oblasti.

Na jaký hodnotový systém je orientována vaše škola?

Etické postoje jsou formovány na základě etického kodexu sociálního pracovníka a křesťanské hodnotové orientace tak, aby absolventi:

- dbali při vytváření vztahu mezi klientem a pracovníkem na otevřenost, ohleduplnost a citlivé porozumění,
- respektovali osobnost klienta, byli diskrétní a dodržovali profesní tajemství,
- byli připraveni nést zodpovědnost za svá rozhodnutí,
- zohledňovali při řešení sociální problematiky křesťanské hodnoty,
- dokázali poskytnout klientům duchovní podporu.

Připravil Pavel Bajer

inzerce

ROVNOVÁHA

ZPRAVODAJ
ASOCIACE
POSKYTOVATELŮ
HOSPICOVÉ
PALIATIVNÍ PÉČE

Rovnováha - nový zpravodaj z oblasti hospicové péče

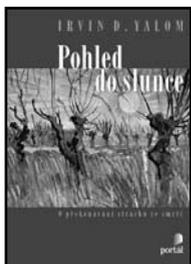
přináší každé dva měsíce aktuální informace z hospiců v ČR a rozličná témata týkající se rozvoje hospicové paliativní péče.

Objednejte si jeho zaslání do vaší e-mailové schránky zdarma.

Kontaktní osoba: Mgr. Jarmila Neumannová, propagace@asociacehospicu.cz, 731 625 951.

www.asociacehospicu.cz

RECENZE



Irvin D. Yalom: Pohled do slunce – O překonávání úzkosti ze smrti. Portál, Praha, 2008.

Proč zrovna název Pohled do slunce? Yalom vychází a rozvádí citát francouzského filozofa Françoise de la Rochefoucauda: Ani na slunce, ani na smrt se nepodíváš zpřima. Yalom tvrdí, že každý člověk má obavy, úzkosti ze smrti. Sneseme jen jistou dávku smrti i slunce. Nemůžeme však žít ztuhlí strachem, proto vytváříme postupy, jak smrt utlumit, ať už v podobě kariéry, úspěchu, slávy, vidění se v dětech, nutkavých obranných rituálech či víry v Záchrance. I přesto nedokážeme úzkost ze smrti nikdy zcela přemoci, což už znepokojovalo babylonského hrdinu Gilgameše: Srdce mi svírá žal. Obávám se smrti.

Yalom nabízí na setkání se se smrtí pohled psychotherapeutický, přesněji řečeno existenciálně psychotherapeutický. Úkolem existenciální psychotherapie je postarat se o lidské zoufalství. Předpokládá, že trpíme nevyhnutelnou konfrontací s naší vlastní existencí. My lidé jsme jediní tvorové, pro něž je vlastní existence problém.

Autor v knize zdůrazňuje, že strach ze smrti vytváří problémy, které na první pohled nemusí mít se smrtelností spojitost. Můžeme potlačit nejen svoji sexualitu, ale celé já své bytosti a zejména pak svou konečnou povahu. V další kapitole se zabývá rozpoznáním skryté úzkosti ze smrti. Mnoho lidí podle Yaloma trpí úzkostí, depresí a dalšími symptomy živými úzkostí ze smrti. Autor dále ukazuje, že situace, kdy člověk čelí smrti, nutně nemusejí vést k zoufalství, ale mohou být zkušeností probouzející k úplnějšímu životu. Ústřední teze této části je: Přestože fyzická stránka smrti je naší zhoubou, představa smrti je naší záchranou.

Jak je zřejmé z prvního odstavce, Yalom rád cituje výjimečné postavy lidských dějin. Působivé myšlenky známých osob používá jako sílu pomáhající překonávat strach ze smrti. Dobře však ví, že myšlenky se nemohou vyrovnat hrůze obklopující smrt. Mocným způsobem, jak smrt zmást upřeným pohledem, je synergie myšlenek a lidských vztahů, k čemuž nabízí zkušenosti z praxe. Yalom neopomíjí ani svou vlastní smrtelnost

a popisuje své postoje ke smrtelnosti, doplněné o své paměti osobních zkušeností. V poslední kapitole pak poskytuje vodítka terapeutům, jak pracovat s úzkostí ze smrti.

Zásadní je však ještě jedna otázka: Proč se zabývat, psát o smrti? Yalom má silný pocit jako člověk, který v blízké budoucnosti zemře, a jako psychiatr, který strávil desetiletí prací s úzkostí ze smrti, že „postavit se smrti nám umožní nikoli otevřít nějakou nechutnou Pandořinu skříňku, ale vrátit se do života bohatším, soucitnějším způsobem,“ (str. 14). Smrt je totiž pořád s námi, objevuje se skrytá a zamaskovaná v různé podobě, je stálým zdrojem mnoha našich obav, stresů a konfliktů. Na koho se lidé obracejí dnes s úzkostí ze smrti? Mohou to být rodina, přátelé, církve či terapie, nebo hledají v knize, třeba v této.

„Ochutnávkou“ smrti zažíváme každý večer, když upadáme do spánku nebo pod vlivem anestetik, upozorňuje psychotherapeut. Thanatos (smrt) a hypnos (spánek) jsou dvojčata. V této souvislosti cituje Yalom českého existenciálního romanopisce Milana Kunderu, podle něhož náznak smrti zažíváme prostřednictvím aktu zapomnění: „To, co většinu lidí děsí na smrti nejvíce, není ztráta budoucnosti, ale ztráta minulosti. Akt zapomínání je ve skutečnosti jistou formou smrti, vždy přítomnou v životě,“ říká Kundera.

Úzkost ze smrti se objevuje skrytě ve snech a určitých životních situacích. Ve snech se objevuje často v symbolické formě. Zjevný strach ze smrti se objevuje prakticky vždy při závažném onemocnění, smrti někoho blízkého, nezvratném ohrožení základní bezpečnosti člověka – prožitím znásilnění, rozvodu, výpovědi z práce nebo přepadení. Úzkost ze smrti souvisí s nesplněnými životními sny a ideály. Zaměření se na toto hluboké zklamání bývá výchozím bodem v překonávání úzkosti ze smrti. Yalom na základě příběhu klientky Susan, která se upnula na svého syna, výstižně upozorňuje, že pro mnoho rodičů představují děti program nesmrtelnosti. Uvědomění si vlastní smrti však může být i léčivé, konstatuje autor: „Může posloužit jako okamžik probuzení, jako nesmírně užitečný katalyzátor zásadních životních změn.“ (Str. 28.)

Yalom se rád inspiruje filozofy, především stoiky, kteří učili, že naučit se dobře žít znamená naučit se dobře zemřít a naopak. Cicero

řekl: „Filozofovat znamená připravovat se na smrt,“ a sv. Augustin napsal: „Teprve tváří v tvář smrti se v člověku rodí jeho já.“ Podle Yaloma konfrontace se smrtí podporuje zásadní a trvalé změny. K tomuto názoru dospěl na základě dlouhodobé intenzivní práce s lidmi umírajícími na rakovinu. „Rakovina léčí neurózy,“ řekla mu jedna z pacientek.

Doporučení pro ty, co pomáhají umírajícím, dává psychoterapeut skrze Tolstého Smrt Ivana Iljiče, který si uvědomil, že tak špatně umírá, protože tak špatně žil. Blížkost smrti v něm aktivizuje radikální změnu jeho postojů ke druhým lidem, k nimž býval velmi hrubý.

I v každodenním životě můžeme nalézt zážitky probouzející změnu. Mohou jimi být tyto nálehavé životní události: zármutek ze ztráty osoby, na níž nám zaleželo; nemoc ohrožující život; rozpad důvěrného vztahu; některé významné životní milníky – kulaté narozeniny; kataklyzmatičtější trauma – požár, znásilnění nebo loupežné přepadení; odchod dětí z domova (prázdné hnízdo); ztráta práce nebo změna zaměstnání; odchod do penze; přestěhování do domova důchodců. Životními milníky, které mohou být probouzejícími zážitky, jsou rovněž třídní srazy, narozeniny a výročí, plánování pozůstalosti – probouzejí úzkost ze smrti.

Jako „nemožnost dalších možností“ definoval smrt Heidegger. Když se pro něco rozhodneme, něco jiného ztrácíme, což Yalom spojuje s rozhodnutími v banálních situacích, jakou zažívala klientka Pat, která se nemohla rozhodnout, zda má vzít svého partnera Sama na večírek s přáteli. Tento zážitek považuje autor za typickou ukázkou úzkosti ze smrti.

Sílu myšlenek v boji s úzkostí ze smrti propaguje Yalom, když předkládá úvahy velkých myslitelů. Do protikladu staví bonmot Woodyho Allena: „Smrti se nebojím, jen u toho nechci být, až k tomu dojde,“ s názorem Epikura, jenže zastával názor, že základní příčinou lidského utrpení je všudypřítomný strach ze smrti. Proto neustále nabádal k vybavování si vzpomínek na příjemné zážitky. Za mimořádně působivou myšlenku, která pomáhá čelit úzkosti ze smrti, považuje Yalom zčeření hladiny, tedy zanechat za sebou něco ze své životní zkušenosti. V praxi ji realizovala jedna členka Yalomovy skupiny uvědoměním si, že i blízko smrti může něco nabídnout: příklad toho, jak zemřít, postavit se smrti odvážně, důstojně, být vzorem pro své děti a přátele.

Jako podnět ke změně náhledu na svou životní situaci může podle autora pomoci otázka z Nietzscheho díla Tak pravil Zarathustra: Co kdybyste měli žít tentýž život stále znovu a znovu, až navěky – jak by vás to změnilo? A ještě jednou Nietzscheho výrok: Vytvoř si osud, který můžeš milovat.

Synergie myšlenek a důvěrných vztahů s druhými, takový podává autor návod k překonání hrůzy ze smrti. Sám je neústupný v udržování a péči o stará přátelství, protože člověk si nemůže udělat nové staré přátele. Jenže co je umírání: „Osamělá, nejosamělejší událost života. Umírání člověka nejen odděluje od ostatních, ale vystavuje ho také druhé, ještě děsivější formě osamělosti: vydělení ze světa.“ Uvědomění si vlastní smrtelnosti však může přinést i probuzení, protože: „Způsobem, jak si cenit života, jak cítit soucit s druhými, jak cokoli hlouběji milovat, je uvědomovat si, že jsou tyto zážitky určené k zániku.“ (Str. 108.)

Na působnosti knize přidává Yalomova autentičnost a ochota podělit se o velmi osobní prožitky. Při psaní knihy s úžasem viděl, že jej stín smrti doprovází celý život, a žasl nad trvalostí a jasností mnoha vzpomínek, které se smrtí souvisejí. Jak se tedy postaví k vědomí vlastní smrti? Stejně jako se stavíme k jiným druhům strachu, uvažovat o tom, že jednou nastane náš konec, obeznámit se s ním, rozpitvat a zanalyzovat ho, vyvozovat z něj závěry a zbavit se hrozivých zkresení smrti z doby našeho dětství. Yalom dobře ví, že konfrontaci se smrtí vždy bude provázet úzkost, ale zároveň vyzývá ve světle naší konečnosti „k vychutnávání vzácnosti každého okamžiku a k potěšení z prostého bytí, ale také k větší shovívavosti a soucitu vůči sobě a vůči všem lidským bytostem“ (str. 199).

U této výborné knihy nelze říct, že je určena jen určitému okruhu čtenářů, i když jednu kapitolu věnuje Yalom psychoterapeutům; týká se každého, protože všichni jednoho dne zemřeme.

K čemu může kniha posloužit? Možná k hledání odpovědi na následující otázky: Čeho se bojím na smrti? Co konkrétně mě na smrti děsí? Jak se vypořádávám se strachem ze smrti? Co chci udělat se zbytkem, zbylou částí života? Jakým smyslem ho naplním?

Na hledání odpovědi máme čas a prostor do konce našeho lidského bytí.

Pavel Bajer

Cicely Saunders: Brücke in eine andere Welt. Was hinter der Hospizidee steht. Hrsg. und eingeleitet von Christoph Hörl, Freiburg-Basel-Wien, Herder 1999.

Cicely Saunders: Stavím most do jiného světa. Rozhovor s první dámou hospicového hnutí a průkopnicí léčby bolesti onkologicky nemocných. Takto se měl jmenovat překlad knihy do češtiny, který na konci devadesátých let minulého století připravovalo k vydání nakladatelství Vyšehrad.

Bohužel k vydání nedošlo. Knihu rozhovorů je tak možné číst pouze v němčině, nebo v nedokončeném překladu, který vám ochotně a bezplatně zašlu. A samozřejmě dalších nejméně 40 publikací o paliativní medicíně a doprovázení v umírání od téže autorky si lze přečíst v angličtině.

Dr. Cicely Saundersová (1918–2005) se během války stala nejprve zdravotní sestrou, pak ze zdravotních důvodů sociální pracovnící a nakonec lékařkou. Doktorát medicíny získala v 39 letech. Po dalších více než deseti letech hledání, studia a výzkumu v oblasti tišení bolestí onkologicky nemocných založila v roce 1967 v jižním Londýně St. Christopher's Hospic, první novodobý hospic – domov přátelský umírajícím lidem. Hospic nabízel svým pacientům a jejich rodinám komplexní péči, která zahrnovala nejen paliativní (zmiřující, utišující) léčbu somatického onemocnění, ale i péči o pacienta a jeho rodinu po stránce psychologické, sociální a duchovní. Hospicová myšlenka byla formulována v pravý čas na pravém místě a rozšířila se bleskurychle po celém světě. Dnes, po více než 40 letech hospicového hnutí, se počet hospiců ve světě odhaduje na osm tisíc, přičemž v samotné Anglii na více než 220. Cicely Saundersová byla za své celoživotní dílo povýšena do šlechtického stavu, dostalo se jí titulu „Dame“. Zemřela ve vysokém věku v hospici, který sama založila.

Knihy rozhovorů vznikala v letech 1997/98 při několika návštěvách Christopa Hörla v hospici sv. Kryštofa v Londýně. Tento muž pak zajistil jejich překlad, napsal úvod a knihu redakčně připravil k vydání.

Interview je rozděleno do 11 kapitol, které mapují podhoubí vzniku prvního hospice, nosné myšlenky hospicového hnutí a jejich vývoj, osudy pacientů, kteří Saunders silně zasáhli a které nazývá „pacienty-zakladateli“, vědecký výzkum léčby bolesti, roli hospicového programu v systému zdravotního zabezpečení, diskurs témat „pomoc v umírání“ a „pomoc zemřít“, týmovou

souhru (hospic jako křesťanské společenství lidí, kteří se budou starat o umírající), smrt jako ztrátu, konverzi autorky ke křesťanství i její osobní život, a v neposlední řadě vnímání Boha jako Boha druhé šance.

První polovina knihy je lidsky přístupná, i když zde potkáváme mnoho otazníků, nejen ty redaktorovy: Zamilovat se do terminálně nemocného? Přislíbit mu i sobě něco, co možná splním za dvacet let anebo vůbec.

Druhá polovina knihy je filozoficky laděná, a zvláště ve vyšších kapitolách přemítá Saunders nad tématy Boha a smrti někdy málo srozumitelně neškolenému čtenáři. Srozumitelné mi naopak přijdou křesťanům známé otázky po obrazu Boha, na které odpovídá konkrétními příběhy lidí, a v nich hovoří o milujícím a chápajícím Bohu a o víře v odpuštění, a výslovně odmítá Boha jako soudce. Naopak v kapitole sedm jej pojmenuje jako Boha druhé šance.

Zajímavě reaguje na myšlenku tzv. koperníkovského obratu v medicíně, zda paliace není postavením vítězné medicíny na hlavu. Saunders odpovídá citací: „Dříve byla bolest a další symptomy považovány za ukazatele na cestě k diagnóze a k léčbě. Ošetření symptomů bylo spíše podružné a nebylo součástí stavovské medicíny. Některé projekty, jako například hospicové hnutí, nám ale dávají poznat, že naši pozornost vyžadují bezprostřední potřeby pacientů a že musíme znovuobjevit staré metody péče a doprovázení nemocných. A to nejlepší z medicíny musí být pak použito do výzkumu tišení bolesti,“ tolik citát Patrika Walla ve čtvrté kapitole.

Lze tušit, že redaktor se rád pohybuje na pomezí filozofie a psychologie, má i teologickou ambici, v čemž jsou si blízcí i s Dame Saunders. Ne každý smrtelník je však schopen je do těchto úvah následovat.

Nicméně i běžnému čtenáři toho zůstává dost. Cicely Saunders opakovaně a srozumitelně zdůrazňuje, že člověk je hodnota sama o sobě, a to až do konce. Každý člověk je cenná bytost už jen proto, že je člověk. Hospic pak není budova, nýbrž spíše postoje a schopnosti, které umožňují setkat se s umírajícími pacienty skutečně jako s lidmi. Paliativní doprovázení nemocného je zde proto, aby bylo řečeno ano životu – a nikoli, aby byla urychlována smrt. Paliativní přístup chápe smrt jako přirozený proces. Stojí na křesťanských základech, respektuje však hodnotu a individualitu každého člověka, který přichází s prosbou o pomoc. Nabízí

tíšení bolesti a jiných tíživých symptomů, pomáhá pacientům zvládat jejich silné nechtěné pocity, prozkoumávat význam, cíl a hodnotu jejich života, nabízí jim možnost uzdravit vztahy a usmířit se s blízkými, dovést do konce jejich osobní předsevzetí. Paliativní péče zahrnuje podporu pro příbuzné a přátele nejen během nemoci pacienta, ale i v době truchlení a zármutku.

Toto poselství je obsahem knihy s dvojnásobným názvem *Most do jiného světa – světa přátelského člověku i tehdy, když už nepodává žádný výkon a když se jeho pozemské dny krátí*.

Hana Friedrichová, hani159@seznam.cz

Dana Sýkorová: Autonomie ve stáří. Kapitoly z gerontosociologie, SLON, Praha, 2007.

Zajímají vás jako studenty sociologie, psychologie, sociální politiky, sociální práce a dalších oborů otázky stárnutí a stáří, anebo se vás toto téma dotýká ve vaší odborné praxi? Pak je právě vám určena publikace autorky Dany Sýkorové, jejímž hlavním tématem je individuální stárnutí a stáří, a v něm především problematika autonomie seniorů. Jde o odbornou studii, která kromě teoretických aspektů obsahuje i konkrétní výsledky empirických výzkumů. Jejich prostřednictvím můžeme blíže nahlédnout, jak vnímá seniory společnost, jak vidí své rodiče střední generace, jak senioři pohlížejí sami na sebe, co pro ně samotné vlastně autonomie znamená nebo jaké strategie používají pro její zachování. Sama autorka studii charakterizuje jako „sociologický pohled na autonomii ve stáří“ a uvádí, že by „měla přispět k doplnění poznatků z jiných vědních oborů, v nichž se autonomie seniorů – na rozdíl od sociologie – již etablovala jako významný předmět výzkumu“ (s. 11).

Jednotlivé části publikace vždy uvozují nejprve teoretické koncepty k dané problematice, které jsou dále doplněny interpretacemi samotných seniorů a střední generace. Vzájemné porovnání pohledů obou skupin respondentů umožnil multi-zdrojový výzkum *Senioři ve společnosti. Strategie zachování osobní autonomie*, jehož výsledky jsou v knize prezentovány. Ve výzkumu byly využity jak kvantitativní, tak především kvalitativní výzkumné metody, což umožnilo přiblížit se reálně prožívané zkušenosti aktérů.

Knihla začíná přehledem tří generací gerontosociologických teorií. Podrobnější výklad je zde věnován interpretativní sociologii, neboli sociologii kontroly, která se zaměřuje na „způsoby zís-

kání nebo udržení kontroly individuů nad jejich situací, vztahy a institucemi“ (s. 24). Právě interpretativní sociologie byla teoretickým východiskem prezentovaného výzkumného projektu. Navazující kapitola *Populační stárnutí a jeho sociální konsekvence* tvoří důležitý situační rámec pro stěžejní téma individuálního stárnutí, kterému je věnována další kapitola. Je nesporné, že v současné společnosti stáří zatěžuje spousta stereotypů a mýtů, které zpochybňují kompetentnost seniorů samostatně o sobě rozhodovat. Sýkorová je s využitím poznatků dalších autorů uvádí na pravou míru. Jak mýty, tak skutečnost o stáří a starých lidech jsou zachyceny v tabulce na s. 50. Dále již můžeme sledovat vyjádření samotných respondentů. A co o sobě vlastně „prozradili“? Z výsledků kvalitativní studie se např. dovídáme, že relativně největší část ze zkoumaných seniorů se mezi staré vůbec nezařazuje a odchod do důchodu nepovažuje za kritérium reprezentující vlastní stáří, podstatný je spíše zdravotní stav. Synonymem autonomie je pro ně v podstatě mobilita a fyzická soběstačnost. Zajímavé je, že střední generace hodnotí situaci seniorů „zjevně hůře než senioři samotní“, a to zejména z hlediska jejich společenského statusu a finanční situace (s. 64).

Ve druhé části knihy je nejprve blíže vysvětlen pojem osobní autonomie a její předpoklady, a to z několika pohledů: sociologického, filozofického, psychologického a sociálně gerontologického. Všechny zde mají svůj význam, neboť autonomie je jevem „multidimenzionálním“ a „...dotýká se všech rozměrů lidské existence...“ (s. 73). Autonomii dává autorka do souvislosti především se svobodou člověka, důležitým aspektem je i respekt vůči soukromí jedince. Podstatné je její zařazení do celého souboru lidských potřeb, z hlediska hierarchického uspořádání podle Abrahama Maslowa je autonomie na samotném vrcholu pyramidy a patří tak mezi potřeby sebeaktualizace. Sýkorová upozorňuje na neblahou, leč často praktikovanou skutečnost, že potřeby seniorů jsou většinou interpretovány druhými – experty, pečovateli, ale i rodinnými příslušníky. Z hlediska osobní autonomie senioři definovali jako nejpodstatnější již zmíněnou fyzickou soběstačnost (podmíněnou zdravím), na kterou ve výpovědích navazuje soběstačnost finanční. Stejně důležitá je však pro ně možnost samostatně se rozhodovat. Těmto třem významovým dimenzím autonomie je vymezena nejrozsáhlejší kapitola knihy.

Senioři vlastní autonomii vyjednávají v rámci sociálních vazeb, především v rámci rodiny. Zde

dochází k neustálým střetům autonomie a závislosti, což má praktické dopady i do strategií zvládnutí a stárání. Sociálním vztahům proto autorka věnovala samostatně (třetí) část knihy a je na ně pohlíženo jak optikou teorií rodinné integrace a příbuzenské podpory, tak gerontosociologických výzkumů provedených na dané téma. Logické vyústění celé knihy do určitých přístupů, jak se senioři s daným životním obdobím vyrovnávají, je obsahem poslední části publikace. Jsou zde popsány a pomoci schémat vyjádřeny (s. 221 a 226) jednotlivé typy strategií a mechanismů zvládnutí stárání, které se liší jak svou intenzitou, tak zaměřením.

Knihy je důležitou sondou do života seniorů v určité jejich životní etapě. Odkrývá pozadí, ve kterém se stárnutí a stárání odehrává a napomáhá tak k lepšímu pochopení celkových souvislostí. Zejména však vede k hlubšímu porozumění potřebám (a v nich především autonomii) seniorů relativně soběstačných až po ty nejméně soběstačné. Je nutno upozornit, že text publikace je pro čtenáře, i pozorného, poměrně náročný. Cenné a velmi zajímavé je nahlédnutí pod po-

kličku kvalitativního výzkumu, velké množství dat však znesnadňuje čtení a orientaci v textu. Té napomáhá alespoň shrnující kapitola po každé empirické části publikace. Studenti společenských věd jistě ocení velké množství především cizojazyčné literatury, ze které autorka čerpala. Odborníci pak mohou ve své praxi využít především výsledky výzkumu, které přispívají k pravdivějšímu, objektivnějšímu obrazu stárnutí a stárání a vyvrací tak některé zakořeněné mýty. Stárání totiž není jen „příběhem nezpůsobilosti a závislosti, ale také a především příběhem kompetence a autonomie“ (s. 230). Je škoda, že autorka až v úplném závěru knihy zmiňuje výsledky z dílčí studie o sociálních pracovnících, která „odhalila velký rozdíl v pohledu sociálních pracovníků na seniory a jim poskytované služby a představě seniorů o sobě samých a vhodné pomoci [...]“. Teprve v tomto porovnání vystupuje výrazně do popředí možnost zcela praktického využití výsledků výzkumu prezentovaného v knize, např. ve vzdělávání sociálních pracovníků, ale i při samotném poskytování sociálních služeb pro seniory.

Ingrid Štegmannová

inzerce

www.facebook.com/nakladatelstvi.portal

www.portal.cz



H. Jůn

Moc, pomoc a bezmoc v sociálních službách a ve zdravotnictví

Knihy vychází z principů kognitivně-behaviorální terapie a zabývá se tím, jak mohou ošetřovatelé, vychovatelé a další lidé, kteří pracují s lidmi s problémovým chováním, změnit své chování tak, aby nevyvolávali problémové chování svých klientů.

brož., 144 s., 189 Kč



Úvod do sociologie

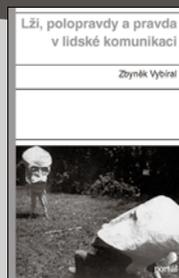
Jan Jandourek

J. Jandourek

Úvod do sociologie

V publikaci se probírají důležitá témata – sociální jednání, socializace, skupina a společnost, politika, ekonomie, náboženství, kultura aj. Sociologie je rovněž představena jako vědní obor, který má svou metodologii a institucionální základnu.

brož., 232 s., 249 Kč



Lži, polopравdy a pravda v lidské komunikaci

Zbyněk Vybíral

Z. Vybíral

Lži, polopравdy a pravda v lidské komunikaci

Komunikace mezi lidmi zajímá jak běžné laiky, tak odborníky. Tím spíše nás zajímá, proč nás druzí často klamou a jaké prostředky k tomu používají. Přestože výchozím oborem autora je psychologie, text má zřetelné mezioborové přesahy.

brož., 176 s., 245 Kč

Pro Česko: Portál, s. r. o., tel. 283 028 203, e-mail: obchod@portal.cz
 Knihupectví Portál: Jindřišská 30, Praha 1; Dominikánské nám. 8, Brno; Prokopova 19, Plzeň
 Pro Slovensko: portalslovakia@stonline.sk, tel. 00421 910 995 655, www.portalslovakia.sk


 portál

O posledních věcech člověka a doprovázení umírajících – 2. sociální konference

Ve středu 31. března 2010 se ve východomoravském městě Zlíně konala 2. sociální konference na téma O posledních věcech člověka a doprovázení umírajících, kterou pořádal Ústav pedagogických věd Fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně.

„*Chtěli jsme, aby to byla konference pro lidi z praxe, ne pouhé setkání akademiků,*“ popsala záměr pořadatelů organizační garantka Soňa Vávrová. Po loňském úspěšném pilotním tématu Transformace pobytových sociálních služeb jako posun v kvalitě a dostupnosti se sociální konference zaměřila na téma ve společnosti zanedbávané a přitom tak významné, protože se dotýká bez výjimky každého z nás – téma nazvané O posledních věcech člověka a doprovázení umírajících. Hlad po informacích o této problematice dokázal zcela zaplněný konferenční sál, který poskytl zázemí více než stovce posluchačů. Byly mezi nimi tváře studentek i studentů, řádových sester, sociálních pracovníků a pracovníc, zdravotních sester, vysokoškolských vyučujících a dalších, kterým je téma umírání at z profesních, či z osobních důvodů blízké.

Po oficiálním zahájení děkana Fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně Vlastimila Švece byla otevřena první část jednání v plénu, v němž zazněly referáty z úst uznávaných odborníků. Nemocniční kaplan FN Motol Vítězslav Vurst přednesl příspěvek, v němž porovnal proces vyrovnávání se s tragickou událostí z pohledu dětí a dospělých. Ve svém projevu se vrátil také k tragickým událostem v Beslanu a společně s posluchači se zamýšlel nad otázkou: „*Co je možné se naučit ze zkušeností z Beslanu?*“ Naděžda Špatenková, průkopnice v poradenství pro pozůstalé v naší zemi, se ve svém projevu rovněž věnovala specifikům truchlení dětí a dospívajících. Účastníci konference se dozvěděli, jaké to je, „*když mají děti smutek*“. Zástupce Ministerstva pro místní rozvoj ČR Tomáš Kotrlý poreferoval o stavu institucionalizace péče o pozůstalé v ČR. Dopolední blok uzavřela Marie Přidalová z Fakulty sociálních studií Ma-

sarykovy univerzity, která seznámila posluchače se svými praktickými zkušenostmi z poskytování sociální práce v paliativní péči.

Ve druhé, odpolední části jednání v plénu zaznělo celkem pět referátů z nejrůznějších oblastí souvisejících s posledními otázkami člověka. Posluchači byli informováni o výsledcích kvalitativně i kvantitativně orientovaných výzkumů s respondenty pracujícími s umírajícími a pozůstalými; dozvěděli se, jaký je stav vzdělávání pracovníků pomáhajících profesí v oblasti thanatologie a jakou roli hrají rituály v procesu truchlení. Zajímavé bylo i představení nejdůležitějších charakteristik péče o seniory ve vybraném zařízení ze Spolkové republiky Německo.

Konferenci uzavřela osobním svědectvím Iveta Coufalíková z občanského sdružení Dlouhá cesta, které pomáhá rodičům, jež potkala ta největší představitelná bolest – smrt dítěte. Pomocnou ruku zde nabízejí matky a otcové, kteří se sami s touto tragédií musejí vyrovnávat.

V závěru potvrdila akce svůj lidský rozměr, když s kyticí květin k narozeninám poblahopřáli Soňa Vávrová a Tomáš Kotrlý jedné z přednášejících Naděždě Špatenkové. Ta, ač očividně zaskočená, s humorem sobě vlastním situací pohotově glosovala: „*Děkuji vám. Jsem opět o rok blíž své smrti.*“ Ukázala, že i tak hluboké a citlivé téma, jakým umírání bezesporu je, lze brát se smířlivou pokorou a zdravým nadhledem.

Časopis Sociální práce/Sociálna práca se stal mediálním partnerem konference a výtisk, který právě držíte v ruce, má být neoficiálním sborníkem vybraných akademických statí vzešlých z tohoto setkání. Věříme, že i do třetice všeho dobrého se příští rok na jaře opět sejdeme ve Zlíně na další podnětné sociální konferenci.

Zdeňka Dohnalová, Jana Kopřivová

Dlouhá cesta nabízí pomocnou ruku rodičům po úmrtí dítěte

Výroční členská schůze občanského sdružení Dlouhá cesta a setkání svépomocné skupiny pozůstalých rodičů, jež spojuje bolestný prožitek ztráty dítěte, se uskutečnila na konci dubna v Praze. Dlouhá cesta je v současnosti jediná organizace v České republice primárně zaměřená na podporu rodinám po anticipovaném i neanticipovaném úmrtí dítěte. Sdružení nabízí psychologickou i praktickou pomoc rodičům a celým rodinám, kterým zemřelo dítě v jakémkoliv věku a z jakýchkoliv příčin.

Setkání rodičů se tentokrát zúčastnil také zástupce Policie ČR, nprap. Zdeněk Chalupa, který s rodiči ochotně prodiskutoval komunikační problémy ze strany policie související s předáváním zpráv o tragických událostech. Setkání s ním bylo prvním krokem ke zlepšení situace v této oblasti, protože mnozí z rodičů se podle svých výpovědí dodnes těžce vyrovnávají se způsobem, jakým jim byla zvěst o tragédii sdělena. Všichni přítomní potvrdili slova Marty Hráské, která na začátku tohoto vstupu potvrdila, že forma obeznámení rodičů o tragédii, při níž jejich dítě zesnulo, nemůže nic

změnit na nesmírné bolesti, kterou rodiče prožívají, ale je velmi důležité, aby jim tato zpráva byla oznámena s co největší šetrností a taktem. Jedná se totiž o zlomový okamžik v jejich životě a k této chvíli se později v myšlenkách často vracejí. Ne všichni přítomní rodiče, kteří prožili neanticipovanou, tedy náhlou ztrátu dítěte, se však setkali s neempatickým postojem ze strany policistů. Někteří z nich naopak zpětně oceňují jejich lidský přístup a je jim líto, že již nemají možnost těmto jednotlivcům z řad Policie ČR za jejich ohleduplnost poděkovat.

V současnosti Dlouhá cesta zahájila spolupráci se zástupci policie, prozatím ze Středočeského kraje z okresu Praha-venkov. Členové sdružení připravují letáčky, které by policisté oznamující zprávu o tragické smrti dítěte pozůstalým rodičům předávali, a mají v plánu navštívit také jedno z interních setkání policistů z tohoto území.

Jak sdělil Zdeněk Chalupa, přišel mezi pozůstalé rodiče nasát atmosféru, kterou jedna z přítomných maminek nazvala „*koncentrací bolesti*“, a zjistit, jak rodiče s odstupem hodnotí spolupráci s policií. Všichni zúčastnění poděkovali panu



Členové Dlouhé cesty během setkání svépomocné skupinky.
Foto: archiv Dlouhé cesty

Chalupovi za jeho odvalu a za podporu, kterou Dlouhé cestě vyjádřil.

Ve druhé části setkání se rodiče pokusili formulovat základní pocity a prožitky v kontaktech se svým okolím. Při práci v malých skupinkách uzavřených společnou závěrečnou diskusí dospěli k závěru, že truchlení je záležitost značně individuální, a co pomáhalo jednomu, druhému naopak mohlo ubližovat. Proto pozůstalí rodiče formulovali pro všechny osoby ze svého okolí následující výzvu: „*Nebojte se nás a nebojte se nás zeptat, co potřebujeme a co pro nás můžete udělat.*“ Pozůstalí rodiče se shodli na tom, že většinou mají potřebu a chtějí o svých dětech hovořit a plané útechy typu „*Už na to nemysli*“ jsou pro ně zcela zbytečné a ještě více traumatizující.

Závěr setkání byl věnován volné rozpravě, při níž rodiče neformálně sdíleli své příběhy a vzájemně si předávali zkušenosti o tom, jaké to je naučit se žít s nepředstavitelnou bolestí, kterou smrt dítěte představuje. Jak konstatovala jedna z přítomných maminek, kdo si touto bolestí neprošel na vlastní kůži, nikdy nemůže pochopit hloubku žalu matky a otce po smrti svého dítěte. Také proto

Dlouhá cesta připravila projekt s názvem **Nejste sami**, který spočívá ve vybudování sítě proškolených dobrovolných poradců (tzv. průvodců) z řad rodičů a dalších příbuzných, kteří si prožili smrt svého dítěte na vlastní kůži. Tito lidé se naučili znovu žít a chtějí dále pomáhat lidem, kteří se často z minuty na minutu, naprosto nečekaně, ocitli ve stejné situaci jako oni. Iniciace projektu vznikla od samotných rodičů, již v době po úmrtí svého syna nebo dcery postrádali a hledali jakýkoliv kontakt s lidmi se stejnou životní zkušeností.

Z nejbližších akcí Dlouhé cesty mají zájemci možnost navštívit výstavu děl dětí, které již nejsou mezi námi, s názvem Láskyplné vzpomínky. Tato výstava je přístupná denně v prostorách areálu Office Park Nové Butovice, Bucharova 1314/8, Praha 13 (více na www.dlouhacesta.cz).

Jak je vidět z fotografie, setkání nebylo jen o žalu a bolesti. Kromě slz došlo i na úsměvné vzpomínání na život dětí, které sice již nejsou mezi námi, ale jsou a stále budou součástí života svých rodičů.

Zdeňka Dohnalová

Co je to InteRRismus?

V roce 2007 zásluhou doc. Jaroslava Balvína a dalších zanícených kolegů vznikl pojem InteRRa. Ten se stal symbolem pro cyklus konferencí, které se v současné době konají na různých univerzitách. InteRRa 9 – Metody práce s etnickými a marginálními skupinami v Českých Budějovicích, na podzim bude InteRRa 10 v Ústí nad Labem pod názvem Dvacet let práce s etnickými a marginálními skupinami, na jaře roku 2011 InteRRa 11 v Olomouci pod názvem Multikulturalismus v práci s etnickými a marginálními skupinami a InteRRa 12 v Pardubicích pod názvem Resocializační pedagogika a etnické a marginalizované skupiny.

Po vzoru pojmu multikulturalismus jsme si „vymysleli“ pojem inteRRismus, který chápeme šířeji: jako veškeré snažení zanícených lidí, odborníků, teoretiků a praktiků, kteří usilují o realizaci rovnoprávné komunikace a dialogu mezi všemi lidmi nezávisle na etnicitě a marginalitě. Ty, kteří v tomto procesu dosáhli dobrých výsledků, oceňujeme na našich konferencích diplomem Za rozvoj inteRRismu.



Mgr. Alena Kajanová, Ph.D., Mgr. David Urban, Ph.D., doc. Jaroslav Balvín, CSc. a PhDr. Miloslav Dědič (zleva). Foto: archiv Davida Urbana

InteRRismus je tedy odvozenina od názvu našich konferencí InteRRa. Název InteRRa je vymyšlen proto, že:

- první část slova obsahuje slovo *inter*, který je základem slov jako interkulturalita apod.,
- když si řekneme první část slova jako *inte* a řekneme jí pozpátku, vyjde nám základ *etni*, který vyznačuje, že se zajímáme o rovnoprávnost různých etnik,
- dvě velká *RR* znamenají, že se zajímáme o romské otázky, a protože slovo *Rom* se řekne v mezinárodní romštině *Rrom*, chceme, aby naše úsilí bylo evropské a světové.

Ocenění za inteRRismus patří k ohodnocení náročné práce ve vztahu k lidem. Na jubilejním desátém setkání takových dlouhodobě zaangażovaných lidí budou ti, kteří se zabývají rozvojem inteRRismu, ocenění jako inteRRisté.

Člověk je tvor hravý. A proto si také se slovem InteRRa a inteRRismus hrajeme. Nehrajeme si však se sociálními otázkami, které na našich konferencích probíráme. Snažíme se přispět k řešení sociálních problémů. Snažíme se o to vážně, protože to je život a nikoliv jenom hra. A takovouto filozofii nazýváme inteRRismem.

Jaroslav Balvín

Ohlédnutí za mezinárodní konferencí InteRRa 9

Devátý ročník mezinárodní vědecké konference InteRRa, s tématem Metody sociální, edukační a zdravotnické práce s etnickými a marginálními skupinami se začátkem dubna uskutečnil v Českých Budějovicích. Pořadatelem konference byla Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta a Hnutí R, ve spolupráci s Vysokou školou pedagogickou v Lodži, Pedagogickou fakultou univerzity J. E. Purkyně v Ústí nad Labem, Katolickou univerzitou v Ružomberku a sdružením. Prom.

Po úvodním slovu děkana zdravotně sociální fakulty prof. MUDr. Miloše Velemínského, CSc., dr. h. c., byla předána doc. Jaroslavem Balvínem (předsedou Hnutí R) ocenění za celoživotní přínos InteRRismu a následovaly referáty v plénu. Poté se uskutečnilo rokování v sekcích, kdy byli účastníci konference rozděleni podle převažujících tématiky svých příspěvků – romská minorita a ostatní minority včetně sexuálních a náboženských. Součástí konference tvořil též workshop, v jehož rámci byly prezentovány některé výsledky projektu Grantové agentury ČR s názvem Kvalita života, střední a zdravá délka života z aspektu determinant zdraví u romského obyvatelstva

v České a Slovenské republice (hlavní řešitel PhDr. Eva Davidová, CSc.).

Konference se zúčastnili kolegyně a kolegové z České republiky, Slovenska a Polska, nejen z akademické sféry, ale také sociální pracovníci, zdravotníci, pedagogové a další, kteří se ve své práci setkávají s minoritami. Celá konference se tak nesla v duchu diskuse a výměny zkušeností mezi teorií a praxí a napříč různými pracovišti i zeměmi.

Výstupem konference bude elektronický sborník obsahující jednotlivé příspěvky, který vyjde během léta 2010.

Alena Kajánová, David Urban

Dobrovolnictví v české společnosti – současnost a perspektivy

Již 10. ročník konference o dobrovolnictví, tentokrát na téma Dobrovolnictví v české společnosti – současnost a perspektivy, se konal ve dnech 24. a 25. května 2010 v Kroměříži. Konferenci společně uspořádaly Klub UNESCO Kroměříž a Národní dobrovolnické centrum HESTIA za podpory Zlínského kraje a města Kroměříž.

Akce se nesla v duchu předzvěsti Evropského roku dobrovolných činností na podporu aktivního občanství, kterým byl vyhlášen rok 2011. V příštím roce tomu bude navíc 10 let od doby, kdy OSN vyhlásila rok 2001 jako Mezinárodní rok dobrovolníků. V jeho průběhu byla uspořádána první kroměřížská konference. Letošní konference umožnila ohlédnout se a zhodnotit, co se od té doby událo a čeho bylo dosaženo. A není toho málo – vznikl zákon o dobrovolnické službě, ke kterému je nyní připravována novela s ohledem na dobrovolnickou činnost, došlo k novelizaci zákona o zaměstnanosti a hmotné nouzi a zákona o sociálních službách, bylo vydáno Metodické doporučení pro zavedení dobrovolnického programu v nemocnicích v souladu s procesy řízení rizik a bezpečnosti pacientů, realizuje se projekt Klíče pro život zaměřený na neformální výchovu a vzdělávání, byla zaklá-

dána nová dobrovolnická centra v celé České republice a zahájena řada dobrovolnických programů.

Pestrá paleta přednášek pak ukázala dobrovolnictví v jeho rozmanitosti a z různých úhlů pohledu – zaznělo zde, jaké možnosti mají v roli dobrovolníků mladí lidé i senioři, co čeká při využití veřejné či dobrovolnické služby nezaměstnané, jaký je stav dobrovolnictví ve zdravotnictví a v domovech seniorů a jak funguje zapojení municipalit, co to je mentoring a proč je důležitý, proč je dnes potřebná neformální výchova a vzdělávání, jak jsme na tom na poli mezinárodního dobrovolnictví a v neposlední řadě, proč by mělo být firemní dobrovolnictví součástí odpovědné firmy.

Konference také naznačila perspektivy a dala nemálo podnětů k zamyšlení. Přispěly k tomu mimo jiné první výsledky Česko-norského

výzkumu Vzory a hodnoty dobrovolnictví v české a norské společnosti, který navázal na obdobný výzkum z roku 2001. Klád si za cíl zjistit stav dobrovolnictví u nás a také, kdo je český „homo voluntas“. Výzkum stojí na reprezentativním šetření, které se uskutečnilo na podzim roku 2009 na vzorku 3 800 občanů ČR, ve věku od 15 let, který zahrnoval 1 132 dobro-



Účastníci konference. Foto: archiv Hestia, o. s.

volníků. Výzkum doložil, že organizovanému, tj. formálnímu dobrovolnictví v rámci nestátní neziskové organizace se věnuje 30 % občanů ČR. Individuálnímu, tedy neformálnímu dobrovolnictví se věnuje až 38 procent občanů ČR.

Výzkum také představil nejdůležitější důvody, které vedou k rozhodnutí stát se dobrovolníkem: „Jednoduše mě to bavilo; možnost uplatnit své schopnosti; jednoduše cítím, že je důležité pomáhat jiným; přesvědčení, že je to má občanská povinnost.“ Velký počet dotázaných (72 %) souhlasil s výrokem: „Dobrovolníci ukazují cestu, jak změnit společnost založenou na sobectví“, ale stále je dost těch (24 %), kteří souhlasí s výrokem: „Dobrovolníci jsou naivní lidé, kteří nevidí, že je někdo zneužívá.“

Konference opět přispěla k užitečné diskusi o dobrovolnictví jako nástroji celoživotního neformálního vzdělávání a formě rehabilitace občanské společnosti.

V závěru se účastníci konference dohodli především na potřebě úspěšné realizace aktivit v roce 2011, zejména s ohledem na:

- podporu a další rozvoj dobrovolnických center a programů s důrazem na komunitní dob-

rovolnictví ve spolupráci s municipalitami, úřady práce, občany a organizacemi obce či města;

- prohloubení dosavadní spolupráce s resorty vnitra, zdravotnictví, kultury a práce a sociálních věcí a na nastartování nové úrovně spolupráce s resortem školství, mládeže a tělovýchovy;
- pokračování legislativních prací na novele zákona o dobrovolnické službě, resp. na novém zákoně o dobrovolnictví a dobrovolnické službě;
- pokračování prací na nastavení jednotného systému oceňování dobrovolnické činnosti, zejména ve spolupráci s Českým statistickým úřadem a Radou vlády pro NNO.

Bližší informace o konferenci včetně jednotlivých příspěvků naleznete v připravovaném sborníku, který si můžete objednat na adrese: Klub UNESCO Kroměříž, Riegrovo nám. 149, 767 01 Kroměříž. Informace o dobrovolnictví najdete na adrese www.hest.cz nebo www.dobrovolnik.cz.

Jana Aglerová

odborný časopis 

sociální služby

157
cena: 50 Kč / 2 €

www.socialnisluzby.eu

měsíčník Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR pro registrované poskytovatele, pracovníky v sociálních službách, studenty, veřejnou správu, uživatele sociálních služeb a jejich blízké. Vychází v nákladu 3700 - 4000 ks s celkovou čteností cca 16 000 - 17 000 čtenářů. Distribuujeme již také na Slovensko.

INFORMACE, INSPIRACE, POMOC, ZAJÍMAVOSTI, RADY, ZKUŠENOSTI, KNOW-HOW

AKTUALITY APSS ČR, SOCIÁLNÍ PÉČE,
ZDRAVOTNÍ PÉČE, ROZHOVORY,
REPORTÁŽE, OKÉNKO DO SVĚTA,
EKONOMIKA A ŘÍZENÍ,
KVALITA SOCIÁLNÍCH SLUŽEB,
PROJEKTY, TERAPIE, VZDĚLÁVÁNÍ,
PRÁVNÍ PORADNA,
NÁZORY A OHLASY, STRÍPKY Z DOMOVA

Cena: 50 Kč / 2 €

výrazné slevy pro členy APSS ČR, studenty,
příbuzné uživatelů soc. služeb



další informace na www.socialnisluzby.eu
e-mail: sefredaktor@apsscr.cz
tel./fax: 381 213 332
mob.: 606 832 551



PŘIHLÁŠKA K ODBĚRU

Objednávám časopis Sociální služby od čísla v počtu kusů

FAKTURAČNÍ ADRESA

.....
JMÉNO NEBO NÁZEV ORGANIZACE

.....
ADRESA (ulice, č. p.)

.....
MĚSTO, PSČ, STÁT

.....
TELEFON

KORESPONDENČNÍ ADRESA

.....
JMÉNO NEBO NÁZEV ORGANIZACE

.....
ADRESA (ulice, č. p.)

.....
MĚSTO, PSČ, STÁT

.....
IČO

.....
DIČ

ÚHRADA FAKTUROU / SLOŽENKOU (nehodící se škrtněte)

Souhlasím se zpracováním osobních údajů za účelem evidence předplatitelů ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb.
Objednávejte na adrese: APSS ČR, Kotnovská 137, 390 01 Tábor, tel./fax 381 213 332
e-mail: redakce@apsscr.cz
www.socialnisluzby.eu

Společnost „E“ si připomíná 20 let od svého založení

Osmého května 1990 vzniklo občanské sdružení Společnost „E“/Czech Epilepsy Association, česká nezisková organizace s celostátní působností podporující lidi s epilepsií bez rozdílu věku a míry postižení, která v tomto roce slaví své dvacáté narozeniny. Kromě poskytování sociálních služeb tvoří základ její činnosti především zvyšování informovanosti o epilepsii, a to mezi nemocnými, jejich blízkými i širokou veřejností, která se s nemocí třeba ještě nesetkala.

K zakládajícím členům před dvaceti lety patřili rodiče a přátelé osob nemocných epilepsií. Hlavním impulsem ke vzniku sdružení byly někdy nepřijemné zkušenosti s přístupem okolí a odsuzování postižených lidí. Že je tento typ služby velmi žádaný, dokazují navyšující se počty jejích příznivců a zájemců o služby. „*Za dvacet let rozšířila Společnost „E“ svoji základnu na dnes již 1 200 členů a ještě více klientů,*“ potvrzuje Alena Červenková, předsedkyně Společnosti „E“.

Za svůj cíl si sdružení klade pomáhat lidem s epilepsií k lepšímu zařazování do společnosti a nacházet možnosti, jak i s tímto postižením žít běžným způsobem života. Mezi širokou veřejnost šíří informace, které by měly naučit zdravé lidi, jak rozumět epilepsii a jak v případech potřeby nemocným pomoci. Společnost „E“ považuje za nutné, aby se i veřejnost o této nemoci dozvěděla více a přestala se jí bát, či ji dokonce odsuzovat. O epilepsii totiž stále kolují zbytečně zkreslené informace. „*Na základě různých průzkumů a ohlasů z řad svých členů i veřejnosti však můžeme s potěšením konstatovat, že sice pomalu, ale s jistými úspěchy se názory na epilepsii a osoby takto postižené přece jen zlepšují. Dostane-li se k lidem více správných informací, se kterými mohou pracovat,lepší se i jejich přístup k dané situaci. Pomalu, ale přece se tajemné a obávané stigma, kterým byla epilepsie po staletí obestřena, stírá,*“ domnívá se Alena Červenková.

Záběr činnosti sdružení je široký. Pro děti s epilepsií pořádá Společnost „E“ integrované tábory v České republice a pro dospělé a jejich rodiny s tímto postižením rehabilitační poby-



Stánek s výrobky klientů Společnosti „E“. Foto: archiv Společnosti „E“, o. s.

ty u nás i v zahraničí. Dvakrát v roce se ve stacionáři Společnosti „E“ konají jednodenní vzdělávací semináře za účasti odborníků, jejichž přednášky Společnost „E“ zajišťuje dále také na požádání škol a zdravotnických zařízení po celé republice. Téměř od počátku vzniku sdružení se datuje vydávání měsíčníku Aura – informace o epilepsii, kterým Společnost „E“ naplňuje jedno ze svých poslání – zvyšovat povědomí a informovanost o epilepsii. Především je však rádcem a povzbuzovatelem nemocným a jejich blízkým. Organizace je také jedním z iniciátorů vzniku Národního dne epilepsie, který se od roku 2004 koná vždy 30. září. Prostřednictvím akcí, které v tento den organizuje, chce Společnost „E“ připomenout, že nikdy nevíme, co nás na cestě životem může potkat. I proto je solidarita a tolerance s postiženými důležitá.

Další informace o občanském sdružení, jeho činnosti a akcích najdete na internetové adrese www.spolecnost-e.cz.

Jana Kopřivová

Katolická charismatická konference znovu v červenci v Brně

Již 21. ročník charismatické konference pořádá hnutí Katolické charismatické obnovy ve dnech 7.–11. července 2010 v Brně. Tato akce je určena nejen pro účastníky hnutí, ale i pro křesťany jiných spiritualit a také pro zájemce z řad veřejnosti. Pořadatelé očekávají účast okolo pěti tisíc lidí.

Konferenci zahájí bohoslužbou v katedrále na Petrově brněnský biskup Vojtěch Cikrle, který nad ní také spolu s prvním náměstkem primátora města Brna Danielem Rychnovským převzal záštitu. Samotná konference se uskuteční v areálu brněnského výstaviště v pavilonu F, v přilehlém pavilonu G budou připraveny prostory pro dětskou konferenci se zvláštním programem. Vstup do areálu pro pěší bude možný pouze vchodem G 2, pro řidiče je k dispozici velké záchytné parkoviště.

Na přípravě konference, která se koná se v Brně již počtvrté, pracuje skupina dobrovolníků již během roku a asi dvě stovky, převážně mladých dobrovolníků, se podílejí na jejím samotném průběhu.

Pozvání na konferenci přijal francouzský kněz Jacques Philippe z komunity Blahoslavenství, exercitátor a autor několika knih s duchovní tematikou a několik známých osobností z našeho církevního prostředí, mimo jiné zakladatelka hospicového hnutí v České republice Marie Svatošová. Během čtyř dnů účastníci vyslechnou jejich přednášky a zamyšlení nad mottem letošní konference: Uviděl ho a byl pohnut soucitem (Bible, Lukáš 10, 33), zúčastní se společných modliteb, bohoslužeb, adorace. Jeden z večerů mohou volit mezi několika paralelními programy na různá témata, mohou se zúčastnit koncertu známého křesťanského hudebníka Johna de Jonga nebo odpoledního divadla spolu s dětmi.

Podrobnější program včetně elektronické přihlášky najdete na adrese <http://konference.cho.cz>.

Hlavním hostem letošního ročníku konference bude kněz Jacques Philippe z Francie, člen Komunity Blahoslavenství a uznávaný exercitátor. Je známý také jako autor několika knih o duchovním životě. Dovede jasně, jednoduše a srozumitelně formulovat své myšlenky, a proto jsou jeho knihy velmi oblíbené a hojně překládány. V češtině dosud vyšly tyto tituly: Ve škole Ducha svatého, Vnitřní svoboda, Čas pro Boha a Hledej pokoj a usiluj o něj. Další kniha o povolání k životu se připravuje k vydání.

Kněz Jacques Philippe se narodil v roce 1947 ve Francii. Vystudoval matematiku a poté ji několik let vyučoval. S Komunitou Blahoslavenství se seznámil téměř v jejích začátcích a v roce 1976 do ní vstoupil. Několik let žil v Izraeli, poté vystudoval v Římě teologii a roku 1985 přijal kněžské svěcení. Po dalším studiu kanonického práva byl několik let zodpovědný za kněze a seminaristy Komunity Blahoslavenství. V současnosti je jeho hlavním posláním vedení duchovních cvičení ve Francii i po celém světě. V České republice vedl v minulých letech dvakrát duchovní cvičení dvakrát. „Jsme rádi, že v letošním roce přijal Philippe pozvání na konferenci do Brna,“ říká sestra Lucie z Komunity Blahoslavenství, „kromě několika přednášek povede i sobotní přímělnou modlitbu za účastníky,“ dodává.

A co už teď Philippe účastníkům konference vzkazuje? Prosí o modlitbu, aby jeho slova byla pro všechny dobrým poselstvím.



OBJEDNÁVKA PŘEDPLATNÉHO 2010 Tuto objednávku vystřihněte a odešlete na adresu redakce	
Jméno a adresa objednatele (uvádějte prosím včetně čísla popisného a PSČ):	
Fakturační adresa (Uvádějte prosím tehdy, je-li fakturační adresa odlišná od adresy zasilací. Platí pro objednávky organizací.):	
tel./mobil:	e-mail:
IČO, DIČ objednatele:	
Závazně objednávám předplatné časopisu SOCIÁLNÍ PRÁCE/SOCIÁLNA PRÁCA: <input type="checkbox"/> celý ročník 2010 (set 4 čísel) <input type="checkbox"/> (vypište počet kusů)	
<input type="checkbox"/> ks 1/10 Sociální práce a boj s chudobou	<input type="checkbox"/> ks 3/10 Praktické užití teorie v SP
<input type="checkbox"/> ks 2/10 Sociální práce s umírajícími	<input type="checkbox"/> ks 4/10 Zdravotní postižení v kontextu SP
Prosím o zaslání minulých čísel (vypište počet kusů):	
<input type="checkbox"/> ks 1/09 Komunitní plánování	<input type="checkbox"/> ks 4/08 Duchovní rozměr v sociální práci
<input type="checkbox"/> ks 2/09 Sociální práce se zadluženými*	<input type="checkbox"/> ks 4/07 Praxe a supervize v sociální práci
<input type="checkbox"/> ks 3/09 Různá pojetí sociální práce	<input type="checkbox"/> ks 3/07 Sociální práce s lidmi se závislostí
<input type="checkbox"/> ks 4/09 Sociální práce a rozvojová pomoc	<input type="checkbox"/> ks 2/07 Sociální práce s imigranty
<input type="checkbox"/> ks 1/08 Soc. práce s lidmi s duševní nemocí	<input type="checkbox"/> ks 1/07 Role sociálního pracovníka*
<input type="checkbox"/> ks 2/08 Spol. zakázka a naše odpovědnost	<input type="checkbox"/> ks 4/06 Bezdomovectví*
<input type="checkbox"/> ks 3/08 Podniková sociální práce	<input type="checkbox"/> ks 3/06 Organizační kultura*
Číslo 1/03 až 2/06 si můžete zdarma stáhnout z našich webových stránek. * Číslo označená hvězdičkou již nejsou dostupná v tištěné podobě. Můžeme Vám je zaslat v el. formátu (PDF – pro Acrobat Reader). Cena je shodná s cenou výtisku. V případě zájmu toto číslo odešleme na Vámi uvedenou e-mailovou adresu. Velikost souboru se pohybuje kolem 3 MB.	
Druh předplatného (zakřížkujte):	
<input type="checkbox"/> základní cena: 265 Kč/ks vč. DPH za ročník 2009	
<input type="checkbox"/> cena pro studenty: 165 Kč/ks vč. DPH za ročník 2009	
<input type="checkbox"/> roční předplatné (4 čísla) se slevou 10%: 954 Kč vč. DPH za ročník 2009	
<input type="checkbox"/> roční předplatné pro studenty (4 čísla) se slevou 30%: 462 Kč vč. DPH za ročník 2009	
<input type="checkbox"/> studentské – 99 Kč/ks, ročník (4 čísla) 396 Kč za starší čísla	
<input type="checkbox"/> občanské 129 Kč/ks, ročník (4 čísla) 516 Kč za starší čísla	
<input type="checkbox"/> pro organizace 229 Kč/ks, ročník (4 čísla) 916 Kč za starší čísla	
<input type="checkbox"/> sponzorské předplatné: 1 200 Kč vč. DPH	
Studenty (prezenční formy studia) mimo MU žádáme o zaslání potvrzení o studiu. Možno i e-mailem scan ISiCu – oboustranně.	
Platbu provedu (zakřížkujte): <input type="checkbox"/> složenkou <input type="checkbox"/> převodem z účtu	
Adresa redakce: Časopis Sociální práce/Sociálna práca • ASVSP, Joštova 10, 602 00 Brno • tel.: +420 549 495 224 • fax: +420 549 491 920 • IČO: 49465619, číslo účtu: 777630001/5500 (Raiffeisenbank) • e-mail: socialniprace@socialniprace.cz • www.socialniprace.cz	
Podpis/podpis a razítko:	