

UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2022

Bc. Věra Hübnerová

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Filozofie osoby pro zdravotníky v hospicové péči

Diplomová práce

2022

Bc. Věra Hübnerová

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2020/2021

# ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Věra Hübnerová**  
Osobní číslo: **Z20412**  
Studijní program: **N5341 Ošetřovatelství**  
Studijní obor: **Ošetřovatelská péče v interních oborech**  
Téma práce: **Filosofie osoby pro zdravotníky v hospicové péči**  
Téma práce anglicky: **Philosophy of the person for healthcare professionals in hospice care**  
Zadávací katedra: **Katedra ošetřovatelství**

## Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace průzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **50 stran**  
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**  
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

BLECHA, Ivan. *Filosofie*. 4. opr. a rozš. vyd. Olomouc: Nakladatelství Olomouc, 2002. ISBN 80-7182-147-0.  
BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5402-4.  
KUPKA, Martin. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada, 2014. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4650-0.  
KUŘE, Josef a Marek PETRŮ. *Filosofie medicíny v českých zemích*. Praha: Stanislav Juhaňák – Triton, 2015. ISBN 978-80-7387-972-3.  
SOKOL, Jan. *Filosofická antropologie. Člověk jako osoba*. Praha 2003.  
SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. Karmelitánské nakladatelství v Kostelním Vydří, 2008. ISBN 978-80-7195-307-4.

Vedoucí diplomové práce: **doc. RNDr. ThLic. Karel Sládek, Ph.D., MBA**  
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2020**  
Termín odevzdání diplomové práce: **28. dubna 2022**

**doc. Ing. Jana Holá, Ph.D.** v.r.  
děkanka

L.S.

**Mgr. et Mgr. Michal Kopecký** v.r.  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 10. března 2022

## **PROHLÁŠENÍ AUTORA**

Prohlašuji:

Práci s názvem Filozofie osoby pro zdravotníky v hospicové péči jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 28. 4. 2022

Bc. Věra Hübnerová v. r.

## **PODĚKOVÁNÍ**

Na tomto místě bych chtěla poděkovat panu docentovi RNDr. ThLic. Karlu Sládkovi, Ph.D., MBA za trpělivé vedení diplomové práce. Také bych chtěla vzdát velké dík mé rodině, která za mnou vždy stála a pomohla mi, jak jí síly stačily. Poděkování také patří ochotným respondentkám, které mi věnovaly svůj čas a poskytly mi rozhovory.

## **ANOTACE**

Diplomová práce se zabývá filozofií osoby a aplikací východisek ze znalostí filozofie osoby do praxe hospicové péče. Diplomová práce má dvě části, první část je teoretická a druhá je empirická. V teoretické části je definována hospicová péče a následně filozofie osoby. Tyto poznatky jsou provázány a aplikovány do praxe. V empirické části bylo zkoumáno, jaký mají náhled sestry hospicové péče na konkrétní východiska filozofie osoby a zda je vztah mezi hospicovou péčí a filozofií osoby. Průzkumná část byla provedena pomocí polostrukturovaného rozhovoru a zpracována otevřeným kódováním.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Filozofie osoby, člověk, svět, hospicová péče, komunikace, smrt

## **TITLE**

Philosophy of human person for health professionals in hospice care

## **ANNOTATION**

The diploma thesis deals with the philosophy of human person and the application of knowledge of the philosophy of human person in the practice of hospice care. The diploma thesis has two parts, the first part is theoretical and the second is practical. The theoretical part defines hospice care and subsequently the philosophy of human person. These findings are interconnected and applied in practice. In the practical part, it was examined what the views of hospice care nurses on the specific basis of the philosophy of human person are and whether there is a relationship between hospice care and the philosophy of human person. The research part was performed using a semi-structured interview and processed by open coding.

## **KEYWORDS**

Philosophy of human person, human, world, hospice care, communication, death

# OBSAH

Úvod.....	12
1 Cíle a metody práce .....	14
1.1 Hlavní cíl diplomové práce .....	14
1.2 Dílčí cíle teoretické práce.....	14
1.3 Dílčí cíle empirické práce .....	14
1.4 Metody k dosažení cíle.....	14
Teoretická část .....	15
2 Filozofie osoby a hospicová péče .....	15
2.1 Postavení antropologie člověka v systému filozofických disciplín .....	15
2.2 Co je člověk.....	16
2.3 Člověk jako živočich rozumný.....	17
2.3.1 Osoba jako tělo .....	18
2.3.2 Duchovnost duše.....	19
2.3.3 Člověk ze zkušenosti .....	19
2.4 Osoba a její role .....	21
2.4.1 Role zdravotníka .....	22
2.4.2 Role pacienta.....	22
2.5 Pobyt na světě .....	23
2.6 Člověk jako bytost společenská .....	25
2.6.1 Komunikace osoby .....	26
2.6.2 Komunikace s rodinou pacienta.....	29
2.6.3 Co je to pravda.....	30
2.7 Péče o druhého .....	31
2.8 Konečnost člověka .....	32
2.8.1 Smrt jako věda .....	36
2.8.2 Po smrti člověka.....	38



Empirická část.....	39
3 Metodika Empirické části .....	39
3.1 Cíle diplomové práce .....	39
3.2 Průzkumné otázky .....	39
3.3 Charakteristika průzkumné metody .....	39
3.4 Charakteristika výzkumného vzorku.....	39
3.5 Charakteristika sběru dat.....	41
3.6 Zpracování dat.....	42
4 Interpretace výsledků.....	43
4.1 Kategorie – OSOBA .....	43
4.1.1 Co je člověk .....	43
4.1.2 Duše .....	44
4.2 Kategorie-ŽIVOTNÍ ROLE .....	45
4.2.1 Role člověka .....	46
4.2.2 Ztráta role.....	47
4.2.3 Role zdravotníka v hospicové péči .....	48
4.3 Kategorie-SVĚT OSOBY .....	51
4.3.1 Co je svět osoby .....	52
4.3.2 Bytí člověka na světě .....	53
4.3.3 Životní hodnoty/smysl života .....	54
4.4 Kategorie-KOMUNIKACE .....	55
4.4.1 Co znamená komunikace .....	56
4.4.2 Neverbální komunikace .....	58
4.4.3 Rozdíl v komunikaci s rodinou a s pacientem .....	59
4.5 Kategorie-PÉČE O DRUHÉ .....	60
4.5.1 Péče o druhé.....	61
4.5.2 Poslání.....	62

4.5.3	Péče o sebe.....	63
4.5.4	Vliv péče .....	63
4.6	Kategorie-SMRTELNOST .....	63
4.6.1	Bytí k smrti .....	64
4.6.2	Místo smrti.....	66
4.6.3	Zkušenost se smrtí .....	67
4.6.4	Vyrování se se smrtí u pacienta .....	68
4.6.5	Vyrování se se smrtí u sestry .....	69
4.6.6	Tabu .....	70
4.6.7	Milosrdná lež .....	72
5	Diskuze .....	<b>Chyba! Záložka není definována.</b>
5.1	Podkapitola diskuze .....	<b>Chyba! Záložka není definována.</b>
5.2	Podkapitola diskuze .....	<b>Chyba! Záložka není definována.</b>
6	Závěr .....	88
6.1	Podkapitola závěru .....	<b>Chyba! Záložka není definována.</b>
6.2	Podkapitola závěru .....	<b>Chyba! Záložka není definována.</b>
7	Použitá literatura .....	90
7.1	Primární zdroje.....	90
7.2	Sekundární zdroje.....	91
8	Přílohy.....	94

## SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 - OSOBA .....	43
Obrázek 2 - ŽIVOTNÍ ROLE .....	46
Obrázek 3 - SVĚT OSOBY .....	51
Obrázek 4 - KOMUNIKACE .....	56
Obrázek 5 - PÉČE O DRUHÉ .....	61
Obrázek 6 - SMRTELNOST .....	64
Obrázek 7 Rozdělení na animalitu a ducha .....	95

## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 <i>Respondenti 1</i> .....	40
Tabulka 2 <i>Respondenti 2</i> .....	41

## **SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK**

apod.	A podobně
č.	Číslo
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
např.	Například
Sb.	Sbírka
str.	Strana
tj.	To je
WHO	World Health Organization

## ÚVOD

Diplomová práce se zabývá tématem filozofie osoby se zaměřením na aplikovatelnost východisek filozofie osoby v praxi zdravotníka v hospicové péči. K výběru daného tématu se zaměřením na zdravotníka v hospicové péči mě vedla přímá zkušenost z praxe a uvědomění si, že zdravotník v tak obtížném oboru musí mít jinak vnitřně uspořádané hodnoty a pohled na svět. Chtěla jsem prozkoumat, zda uvedená praxe v hospicové péči může mít na zdravotníka takový vliv, že dojde k přehodnocení svého myšlení.

Jak uvádí Jan Sokol (2016, str. 18), filozofie osoby se stává stále aktuálnější tématem. Tato problematičnost se začala objevovat s přicházející dobou čísel, telefonů a průkazů, kdy osobní vztahy a kontakty přestávají existovat a nahrazují je vztahy neosobní. Osoba se tak dostává do ohrožení a ptá se na otázku kdo jsem „já“. Právě v hospicové péči jde hlavně o osobu pacienta, ale i zdravotníka, který poskytuje péči. Utváří spolu vzájemný vztah, který je postavený na spolupráci, komunikaci a vzájemné důvěře.

Mezi veřejností je zaměňován anebo spojován termín osoba a osobnost. Termín osobnost vychází z psychologie a vyjadřuje jedinečnost člověka. Osobnost je to, co se projevuje navenek, ale uvnitř člověka může být způsob myšlení ukrytý. Osobnost je charakteristická svým prožíváním, uvažováním a chováním na dané skutečnosti. Je také tvořena vnímáním sebe sama a okolí, jaké si tvoří hodnoty a jak jedná. Osobnost rozvíjí získané zkušenosti a způsob uvažování o světě. Osobnost je složená z osobnostních vlastností, které jsou vzájemně provázané (Vágnerová, 2010, str. 12-13).

Teoretická část práce je uspořádaná dle vztahového vývoje člověka. Jako první je představena filozofie osoby a obecná východiska pro tuto vědu, je zde také krátce popsána věda, která se zabývá zkoumáním člověka pomocí vlastní zkušenosti. Poté následuje popsání osoby ve vztahu k rolím. Každý člověk zaujímá na světě nějakou roli a tyto role člověka utváří. Následuje druhá část teoretické práce, která uvádí, že člověk je bytost společenská a jeho svět se utváří skrze druhé osoby. K této části jsou zahrnuty poznatky o světě osoby a významu komunikace pro osoby jako tvory společenské. Na konci části zabývající se člověkem, jako osoby společenské, je kapitola, která vysvětluje přirozenost člověka v péči o druhé. Tento fenomén je pro práci zdravotníka v hospicové péči hluboce ukotvený. Poslední částí teorie je filozofie osoby z pohledu smrtelnosti. Zde jsou popsána filozofická hlediska, která vznikají při konečnosti lidského života a otázky z toho plynoucí. Tato část má největší přesah pro praxi v hospicové péči, svými východisky vysvětluje a přibližuje konečnost lidského života.

V teoretické části práce byla východiska z filozofie osoby aplikována do hospicové péče a srovnána na poli literatury. V empirické části práce byl následně proveden kvalitativní průzkum pomocí polostrukturovaných rozhovorů se zdravotníky domácí hospicové péče. Kvalitativní průzkum byl zvolen pro autentičnost odpovědí zdravotníků, kteří byť nejsou kovaní v teorii filozofie osoby, jistě mají ohledně člověka vytvořen vlastní názor. Tento názor může být odlišný od lidí, kteří se se smrtí nesetkávají tak často anebo vůbec. Tímto směrem neproběhl žádný podobný výzkum. Zjišťovalo se, jaké znalosti mají zdravotníci v hospicové péči o termínech z filozofie osoby, následně jim daná témata byla vysvětlena dle filozofické teorie osoby. Zdravotníci poté dál rozvíjeli své myšlenky o tématu filozofie osoby. Na konci rozhovorů jim byla položena otázka, zda by měli zájem o další studium filozofie osoby a zda v získaných znalostech vidí provázanost hospicové péče a filozofie osoby. Tyto názory budou zpracovány v diskuzi empirické části.

# **1 CÍLE A METODY PRÁCE**

## **1.1 Hlavní cíl diplomové práce**

- Aplikace poznatků filozofie osoby do praxe v hospicové péči.

## **1.2 Dílčí cíle teoretické práce**

- Základní popis filozofie osoby.
- Provázání filozofie osoby a poznatků z paliativní medicíny.
- Charakteristika paliativní péče pohledem východisek filozofie osoby

## **1.3 Dílčí cíle empirické práce**

- Pohled zdravotníka hospicové péče na filozofii člověka jako osoby.
- Porovnání pohledu na člověka s východisky filozofie osoby a její aplikovatelnost do praxe
- Zjištění dopadu znalostí filozofie osoby do praxe s potřebou dalšího vzdělávání pracovníka hospicové péče

## **1.4 Metody k dosažení cíle**

Tato diplomová práce je teoreticko-průzkumná. V teoretické části se nejprve čtenář seznámí s východisky filozofie osoby a následně je aplikuje na znalosti o hospicové a paliativní péči. Teoretická část je rozdělena na tři části, a to části popisující člověka jako osobu, poté je člověk představen jako tvor společenský a poslední částí je konečnost člověka. Teoretická část čerpala z odborné literatury českých i zahraničních filozofů, kdy tato literatura byla podrobně a opakovaně studována.

Empirická část diplomové práce stojí na kvalitativním průzkumu. Průzkum byl proveden pomocí polostrukturovaného rozhovoru s respondenty z domácí hospicové péče. Veškeré rozhovory byly doslovně přepsány a poté kódovány. Z výsledků šetření bylo odpovězeno na hlavní cíl diplomové práce a na dílčí cíle empirické části diplomové práce.

# TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část této diplomové práce se zabývá filozofií osoby a problematikou zdravotníka v hospicové péči. Jsou zde zpracována výchozí témata pro část empirickou. V první části teorie je zpracováno téma člověka jako osoby, dále je to představení člověka jako tvora společenského a poslední část tvoří pojednání o konečnosti člověka. V teorii zabývající se filozofií osoby poté dochází ke komparaci se znalostmi z hospicové péče.

## 2 FILOZOFIE OSOBY A HOSPICOVÁ PÉČE

### 2.1 Postavení antropologie člověka v systému filozofických disciplín

Prvním, kdo použil slovo filozofie byl Pýthagorás. Pojem filozofie pochází z řečtiny a je složen ze dvou částí. První „filein“ v překladu znamená milovat, druhá část slova „sofia“ znamená vědění či poznání. Ten, kdo se v řečtině nazýval „sofos“ byl v našem jazyce moudrý, proto se později filozofie překládala jako „láska k moudrosti“. (Anzenbacher, 2010, str. 16)

Filozofie je složitá komplexní věda, která se zabývá rozličnými otázkami, a to nejčastěji bytím všeho existujícího i neexistujícího. Není zařaditelná do oblastí věd, ať technických, humanitních či sociálních, je to věda, která stojí sama někdy v popředí věd a někdy zase pozorující vzadu. Filozofie ukrývá logiku, analýzu i experiment, ale výsledek se nedá definovat měřítkem. Jádrem zkoumání stanovil již Aristoteles, kdy se jako první začal zabývat jousnem, na jeho zkoumání navazuje ontologie, jako nauka o bytí (Blecha, 2004, str. 16-17). Ontologie je často spojována s metafyzikou, obě vědy jsou centrálními směry filozofie. Metafyzika zkoumá bytí od jeho počátku, zabývá se jeho významem, a tím se snaží vysvětlit přesah jousna. (Volf, 2018, str. 25)

Proces filozofování začíná dle Arnoa Anzenbachera (2010, str. 17), u základní lidské zkušenosti, která vychází ze styku s každodenním světem. Dále ve svém díle „Úvod do filosofie (2010)“ cituje Aristotela, který definuje filozofickou zkušenost následovně: „*U lidí z paměti vzniká zkušenost, neboť mnohokrát opakovaný a paměti uchovaný vjem těžké věci nabývá významu jedné zkušenosti. A zkušenost, jak se zdá, podobá se téměř vědění a umění, vědění a umění vzniká u lidí proto, že mají zkušenost.*“

Filozofie je postavená na otázkách, na které by měl navazovat filozofický údiv, tedy konfrontace s informací, která po položení filozofické otázky dostala jiný rozměr. Celý děj se nazývá filozofická aktivita. Filozofické otázky se mohou ubírat směrem k poznání, potom se tento směr nazývá noetika, pokud jsou otázky položené na podstatu člověka, nazýváme tento



směr filozofickou antropologií, se kterou se snoubí etika, zabývající se jednáním a činy člověka. S vývojem ostatních věd, vznikaly souběžně i filozofické vědy, jako jsou například: politologie, filozofie dějin, estetika, filozofie vědy nebo logika. (Blecha, 2004, s. 13-20)

Filozofie nachází podobnost i ve srovnání s jinými vědami, které vnímají celistvost bytí. Těmito vědami jsou umění a náboženství. Při bližším zkoumání se ukázalo, že právě třeba s náboženstvím toho má filozofie hodně společného, například ve vztahu k vnímání celku a smyslu života. Podobnost s uměním vzniká ve filozofických spisech, které svou podobou a formou připomínají umělecká díla. Vše je propojeno, ale rozdílnost stále zůstává. Filozofie je charakteristická svým způsobem myšlení. Náboženství se projevuje svou vírou a citem, ale ne myšlením. Umění je vytváření celistvé formy, ale bez použití myšlení nýbrž citu. Jedno však neexistovalo bez druhého a pro pochopení celistvosti filozofie jsou tato východiska důležitá. (Störig, 2000, str. 21)

## 2.2 Co je člověk

*„Lidskou bytostnou jednotu těla a ducha jako individuální bytí sebou, jež se uskutečňuje vědomým vlastněním sebe a svobodným disponováním sebou, nazýváme „osoba“.“ (Coreth, 1996, str. 151)*

Každá věda zabývající se člověkem se nazývá antropologie, jen se liší ve směrech zkoumání, ať je to biologické, pedagogické nebo lékařské. Filozofickou antropologii definoval Karl Löwith: *„Čím se liší filosofická antropologie od jiných antropologií, např. od antropologie lékařské nebo biologické? Člověka lze zkoumat anatomicky, fyziologicky, biologicky a psychologicky, a tímto způsobem objasňovat různé jeho aspekty. Ale i kdybychom shrnuli všechny tyto rozličné aspekty, neukázalo by to člověka jako takového. Neboť člověk není ani automaticky preparovaný skelet, ani fyziologicky fungující organismus, ani to co na něm zkoumají různé psychologie. Na rozdíl od takových antropologií je filozofie jediná disciplína, která se snaží postihnout člověka jako takového a v celku, neboť filozofie je vůbec zaměřena na celek a není speciální vědou.“ (Anzenbacher, 2010, str. 225)*

Filozofie osoby začíná u definice člověka, kdy tyto dva pojmy bývají vnímány jako tytéž. Člověk je bytost, která myslí, dokáže vnímat své bytí a je formována poznáním. Lidské já není hmotné, ale tvoří identitu a přesah osoby (Volf, 2018, str. 124). Otázka „Co je člověk?“ je velmi specifická. Tuto otázku položí právě člověk, který je zaujat vlastní podstatou. Skutečnost podstaty pro člověka znamená problém své existence v době, kdy je zmítán událostmi své doby, společnosti a pořádku. V této chvíli si není jist vlastním bytím na světě. Z toho plynou další

závažné otázky týkající se smyslu existence osoby a její postavení na světě. A právě protože je osoba schopna těchto otázek, zákonitě je jasné, že ptát se může pouze člověk. Jiné věci, zvířata či rostliny otázka vlastního bytí netrápí. (Coreth, 1996, str. 9)

Filozofická antropologie uchopila člověka jako bytost živočišnou i duchovní ve vlastním sociálním prostředí (Sokol, 2019, str. 296). Z antropologie tkví antropologismus, který popisuje ve svém díle „Filosofický slovník pro samouky“ Vladimír Neff (1993): „*Antropologismus je názor, že člověk je ve svém poznání světa vázán svým lidským stanoviskem, že tedy jeho poznání nemůže být dokonale objektivní, protože člověk není schopen vylézt ze své lidské kůže*“ (Neff, 1993, str. 23). Provázaností těla a duše se zabýval už Tomáš Akvinský, který hledal společné rysy těchto dvou elementů. Snažil se poukázat na vztah mezi biologickou, duchovní a smyslovou kontinuitou. (Nejeschleba, 2011, str. 93)

Již v antice došlo k uvědomění, že člověk není jen tělo, ale že základem osoby je duše. Dle Jana Sokola (2016, str.21), který odkazuje na Sokrata, došlo k rozvoji od rozlišování mezi živým a mrtvým, k objevení jedinečnosti duše a její individuality, s jejím posmrtným přesahem. Vladimír Neff (1993, s. 153) definuje individualitu jako něco, co si dané individuum uvědomuje, je sebevědomé a také o svou individualitu usiluje. Dále Jan Sokol (2016) uvádí, že byla duše chápána jako rozumná stránka člověka, která je zodpovědná za své jednání. Ve starověku lidská duše dostala osamotnění od těla, kdy se stala nesmrtelnou. Na těle však nebyla úplně nezávislou. Takto vnímal osobu Platón. (Sokol, 2016, s.22)

Paliativní péče bere člověka obdobně, snaží se ho vnímat jako celek, a to z hlediska zajištění sociálního zabezpečení pacienta, péče i o jeho rodinu a také o psychické zdraví, spiritualitu a duchovní potřeby. WHO definuje paliativní medicínu následovně: „*Paliativní medicína je celková léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin*“. (WHO, Kupka, 2014, str. 28)

### **2.3 Člověk jako živočich rozumný**

Člověk se v dějinách označoval za bytost s rozumem, kterou latiníci překládali jako „animal rationale“, což v překladu znamenalo živočich rozumný. Z této myšlenky vzniklo rozlišení dvou stran člověka. Jednou stranou člověka je animalita jako živočišnost a na druhé straně stojí transcendentalita jako poznání „Já“ (viz Příloha A). „*O tomto duchovním bytí člověka Aristoteles říká, že všechno vytváří a stává se vším, ba že je božským prvkem v člověku. V tomto*

*druhém pólu se tedy ukazuje „život nezávislý na zvířeckosti, ba na celém smyslovém světě“.* (Anzenbacher, 2010, str. 226). Právě Aristoteles poukázal na to, že tělem jako částí živočišnou, je pohybováno, ale duše je ta, co tělem pohybuje. Duše tímto pohybováním tělo formuje. Aristoteles duši, v kontextu toho, že je ta, co tělem hýbe, nazval „entelechie“. (Störig, 2000, str. 137)

Arno Anzenbacher ve svém díle „Úvod do filozofie“ (2010. str. 226), cituje text filozofa Hegela, který se těmito stránkami člověka zabýval: *Člověk je zvíře, ale ani ve svých zvířecích funkcích nezůstává stát jako v něčem o sobě (jako zvíře), ale je si jich vědom, poznává je a pozdvihuje je jako např. proces trávení, ve vědu, která si je vědoma sama sebe. Tím člověk ruší přehradu své bezprostřednosti (=animality) jsoucí o sobě, takže právě tím, že ví, že je zvíře, přestává být zvířetem a dává si vědomí sebe jako duch.*“

Ve filozofii se vnímají dva proudy, které odpovídají rozdělení člověka na živočišnost a duchovnost. Ontologická reflexe rozvíjí člověka jako bytost rozumovou a smyslovou, která prochází vývojem a je součástí přírody. Transcendentální reflexe pojímá člověka jako subjekt, který není součástí přírody. Filozofie upozorňuje na nutnost obou směrů, jelikož díky nim je člověk osobou (Anzenbacher, 2010, str.226-227). Transcendentní je chápáno jako něco přesahujícího a neuchopitelného. „*Transcendence je naprosté obemykající, obemykající všeho obemykajícího.*“ (Störig, 2000, str. 448)

### **2.3.1 Osoba jako tělo**

Osobou jako živočišným tělem se zabýval Jan Sokol (2016, str. 25) ve svém díle „Člověk jako osoba“. Popisuje jednotlivé podobnosti se zvířaty, na základě biologických podkladů. Z antropologie je známo, že člověk chodí po dvou, jeho tělo tvoří buňky, které se shlukují a vytváří orgány, kosti a svaly. K této podobě vedla dlouhá cesta vývoje člověka, kdy se již v prehistorii začal odlišovat od primátů. Vývoj proběhl na lebce, páteři, končetinách a hlavně mozku. Udává, že člověk je živý tvor, který má své biologické potřeby, stejně jako třeba zvířata. Z toho vyplývá, že člověk je stále na něčem závislý, aby tyto potřeby naplňoval. Jan Sokol shrnuje, že jako ostatní živočichové, má člověk svou tělesnou schránku na omezený čas, a že naše tělo je tedy smrtelné a konečné.

Péči o tělesnou schránku se zabývá paliativní medicína. Paliativní péče má své pilíře postavené na Maslowově pyramidě základních lidských potřeb. Stejně jak píše Jan Sokol (2016), že člověk potřebuje uspokojovat své potřeby, tak paliativní péče dbá na tyto potřeby též. Zejména se snaží uspokojit potřebu být bez bolesti, také klade důraz na zachování důstojnosti člověka,

včetně jeho hodnot. Paliativní péče se snaží zachovat do posledních chvil života pacienta jeho integritu a vlastní identitu. Hlavními aspekty jsou zmírnění strachu, úzkosti a obtíží, zaopatření základních biologických potřeb, přítomnost blízkého člověka a komunikace, empatie, dodržení autonomie a důstojnosti, podpora fungujících vztahů a v neposlední řadě umožnění naplnění vlastní spirituality. (Kalvach, 2019, str. 27-29)

### **2.3.2 Duchovnost duše**

Pokud je člověk rozdělen na část animální a duchovní neboli transcendentální, je nutné se seznámit s pojmem duše a duchovnost. Ve filozofii se rozlišuje pojem duše od pojmu duch. Duše je chápána jako živost lidské bytosti, jako něco, co dává bytosti život a v literatuře se nazývá „vitální duše“. Proti pojmu duše stojí pojem duch nebo duchovnost. Duch je popisován jako lidská subjektivita, svoboda a transcendentalita. Aristoteles říká, že: *„Pokud jde o ducha, není tím ještě nic objasněno, ale zdá se, že je to jiný druh duše a že jenom ten může být oddělen jako něco věčného od pomíjivého.“* (Anzenbacher, 2010, str. 231). Tuto Aristotelovu myšlenku ještě dále rozvinul Tomáš Akvinský, který sjednotil vitální duši a ducha. Upozorňuje na to, že pokud by se rozlišoval člověk na duši vitální, dále na ducha a v poslední řadě na živou schránku, došlo by poté k roztržení individua osoby. Duch je tedy nad všemi ostatními substancemi a animální tělo je tvořeno pro daného individuálního ducha. (Anzenbacher, 2010, str. 234) Dále také Tomáš Akvinský uvádí, že je duše nesmrtelná a má přesah přes živočišné tělo, a právě díky přesahu nemůže být ani zničena. (Störig, 2000, str. 198)

Marie Svatošová (2008) se také zabývá duší člověka a péčí o ni. Uvádí, že by se mělo o duši pacienta pečovat ještě za jeho života a dbát na jeho spirituální a religiozní potřeby. Tato péče by měla pramenit už od ošetřujícího lékaře, to však mluví o ideálním případě. Praxe je odlišná v tom, že lékaři v paliativní péči ne vždy jsou věřící, a také ne vždy si se situací, kdy pacient potřebuje duchovní oporu, umí poradit. Marie Svatošová (2008) apeluje na to, aby každý zdravotník mohl v případě duchovní potřeby pacientovi vyhovět. (Svatošová, 2008, str. 34-35) V hospicové péči se osvědčil systém, kdy v rámci multidisciplinárního týmu spolupracuje s pacienty, pokud vyjádří souhlas, i kaplan, který pro pacienty zprostředkuje duchovní pomoc, nebo je jako duchovní vyslechne. (Bužgová, 2015, str. 88)

### **2.3.3 Člověk ze zkušenosti**

Člověka lze zkoumat ze zkušenosti čili fenoménu. Vychází z myšlenky, že osobu je možné zkoumat na rovině transcendentality, tehdy, pokud je tělesná. *„Když vykládáme a analyzujeme projevy lidské tělesnosti, pak chápání této jevíci se tělesnosti vždy už předpokládá*

*sebeporozumnění člověka, který ji takto chápe. Ve fenoménu člověka poznávám sám sebe.*“ (Anzenbacher, 2010, str. 227)

Fenoménu jako zkušenosti se zabýval filozofický směr fenomenologie. Pojem fenomén uvedl do praxe filozof Edmund Husserl, který se narodil v roce 1859 v Prostějově na Moravě a na jeho práci měl vliv jeho učitel Tomáš Garrigue Masaryk. Edmund Husserl definoval: „*Co je to fenomenologie? Slovo je odvozeno od řeckého slovesa fainesthai (jevit se, ukazovat se). Participium fainomenon tedy znamená „to, co se ukazuje, jeví“ a ve filosofii se ho užívá odedávna jako synonymum „toho, co se jeví (smyslům, poznání).*“ (Störig, 2000, str. 442)

Fenomenologické zkoumání osoby je založeno na tom, že všichni existujeme v určitém prostoru a čase. Jan Sokol (2016) uvádí, že je důležité zkoumat ne výsledný děj čili poznání, ale proces a postup vedoucí k poznání či zkušenosti. Autor odkazuje na Edmunda Husserla, který stanovil termín fenomenologická redukce, kdy se jedná o filtrování vjemů při získávání zkušenosti na podkladě již známých skutečností. Fenomén se nedá nijak měřit, či smyslově vnímat, ale existuje a může se o něm mluvit. Fenomenologická redukce není svázaná žádnou životní potřebou, tím se rozšiřuje či zužuje, podle toho, jak osoba potřebuje. Z vnímání postupu poznání vyvstal fakt, že je poznávání účelové, to znamená, že před započítím poznávání, musí člověka něco zaujmout nebo fascinovat. (Sokol, 2016, str. 111-113)

Samotný fenomén je diferenciován na časovost a prostorovost. Každý prostor či virtualita má svůj daný logický čas, kterému v té dané chvíli odpovídají aktuální časy a vývoje událostí. Tento sled událostí odměřují čas rozmezí a přechodu mezi aktuálním časem a virtuálním. Tímto procesem si utváříme individuaci věcí a z nich si vysvětlujeme reálnou zkušenost. O tom, že jsou věci rozmanité, svědčí i naše individuální rozdílnost, ne však rozdílností v prostoru a čase. (Prášek, 2017, str. 66-67)

Jak ve svém díle uvádí Miroslav Petříček (1997, str. 24), který se také zabýval Husserlovým dílem, je důležité pohlédnout hlouběji do povahy pochopení předmětů samých. Věnuje se tomu, kde vznikl daný pojem předmětu, jeho povědomí o předmětu a jeho transcendence. Jinak řečeno se snaží postavit před sebe objektivitu a subjektivitu. Uvádí, že transcendence předmětu tkví v tom, jakým způsobem k němu člověk přistoupí ve svém vědomí. Právě ve vědomí dochází k porozumění předmětu a poté k jeho objektivizaci. Vědomí funguje na bázi reflexe, kdy se obrací k sobě a studuje vlastní struktury. Touto reflexí vědomí opouští od obecné pravdy, nebo také přirozeného postoje, a zaujímá vlastní způsob skutečnosti. Přirozený postoj zosobňuje něco, co je dané, co existuje ve světě bez možnosti změny vlastního postoje jedné osoby. Svět

je záruka stálých skutečností, které tu jsou, i přes to, že člověk bude pracovat, poznávat a jednat spontánně a svobodně. (Petříček, 1997, str. 24-26)

Člověk díky své rozumovosti může své tělo cíleně vést a uchopit ho jako nástroj. Může ho tak vnímat jako prostředek pro realizaci. Když člověk vnímá sebe jako celek čili „Já“, uvědomuje si, že své tělo dává pro pohled druhého „Já“. Pomocí druhého „Já“ dochází k sebereflexi vlastního „Já“. Poté, co si osoba uvědomuje, že „je“ a že „je tělem“, znamená to následně, že si také uvědomí že „má tělo“. Tento vjem se nazývá „bytí na světě“. Tělo se tedy stává místem pro lidskou existenci a jednání osoby. (Anzenbacher, 2010, str. 229)

## 2.4 Osoba a její role

Jan Sokol (2016) se zabýval rolí osoby, která je prostředkem pro styk se společnostmi. Popis role osoby, dle Jana Sokola, přiblíží citovaný odstavec: *„Jenže jak mám být sám sebou? Člověk je, jak víme, kulturní bytost: stal se člověkem v nějaké společnosti, a to tak, že se naučil oblékat, že přijal její jazyk a kulturu – a tedy jistou podobu, formu, „rolí“. Že navázal nějaké lidské vztahy a naučil se chovat jako člověk. Tato základní kulturní role tedy není jen nějaká maska, „pod níž“ by se skrýval ten pravý člověk, a pokud ji lidé někdy – třeba v extrémních podmínkách – odloží, přestávají se chovat jako lidé. Naopak život v rolích dává člověku bohaté možnosti vystupování a vyjadřování, a navíc chrání oblast jistého soukromí, které-podobně jako svoji nahotu-nemusí odhalovat každému.“*. (Sokol, 2016, str. 180)

Člověk zaujímá ve světě nějakou roli, nebo i více rolí. Může to být jakási maska, kterou se prezentuje okolí. Mohou to být role rodičů, zákazníků, podnikatelů, zaměstnanců, studentů a mnoho dalších. Tyto role se odvíjejí od zaměstnání, okolí nebo i zájmů. Role používá člověk vědomě a s jistým záměrem, z toho také plynou povinnosti. Člověk tyto role nepoužívá jako převleky, nýbrž jako jistou formu vystupování, která ho posléze utváří. Navíc se v životě tyto role mění a střídají, a to podle příležitosti, času a naléhavosti situace. (Sokol, 2016, str. 180- 182)

Důležitou roli hrají lidé v povoláních, ve kterých jim druzí lidé svěřují své životy, ať to jsou piloti, policisté či zdravotníci. Na své důležitosti ještě přidává uniforma, která je v těchto profesích používána. Celý tento balíček ujišťuje o tom, že je osoba v dané roli profesionálem, ale znamená to také to, že člověk ve své roli odložil své lidské slabosti. Tato vize je velmi důležitá a neměla by se ničím zničit. Právě pracovník v této roli převzal všechny povinnosti a nesnáze spojené s tímto povoláním. (Sokol, 2016, str. 183-184)

### **2.4.1 Role zdravotníka**

Jak uvádí Jan Sokol (2016), může být pro člověka role o někoho pečovat. Role zdravotníka v hospicové péči je obtížná a je na ni kladen velký nárok. Monika Marková (2010) uvádí, že základem pro sestru je příprava na setkání se smrtí již za svého studia. Většina z nich se poprvé setkala se smrtí na praxích na střední škole, menšina z nich u svých blízkých. Některé budoucí sestry vůbec nevědí, jak v těchto letech se smrtí pracovat. Mělo by být dobrou praxí, že právě v tomto případě převezme mentoring nad vzniklou situací vedoucí pracovník a mladé sestřičky na příští situaci připraví. To, jak člověk vnímá smrt se během života vyvíjí. Konfrontaci se smrtí ovlivňuje přístup rodičů, zda o smrti mluvili otevřeně nebo se tématu vyhýbali, dále ovlivňuje také to, jak dochází ke styku se smrtí, zda je to přímo anebo z literatury, televize či jiných médií. Člověk si tvoří ke smrti postoj, který mu pomáhá v přímém kontaktu se smrtí umět pracovat. Je důležité si při odchodu pacienta stanovit hranice, které stanoví, jak se v daném odchodu angažovat a na kolik si držet odstup od této situace. (Marková, 2010, str. 30-32)

Role zdravotníka je definována zákonem č. 96/ 2004 Sb. anebo také zákonem číslo 391/2017 Sb., kdy je jasně daná způsobilost zdravotníka a jeho kompetence. Koncepce ošetrovatelství, která je z věstníku MZČR č. 9/2004, uvádí, že absolvent všeobecného ošetrovatelství bude mimo jiné vychován ke zmírňování utrpení nevyлéčitelně nemocných a k zajištění klidného umírání a smrti. (Kudlová, Kutnohorská, 2019)

Legislativní rámec myslí i na práva umírajících. Každý umírající člověk má právo na paliativní péči. Paliativní péči se zabývá intenzivně WHO, která vydává novely a doporučení pro členské státy. Umírající člověk má tedy základní právo na důstojnost a solidaritu od každého zdravotnického pracovníka. Dále to deklaruje Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny. Dále v Evropě platí právo pacienta na komplexní paliativní péči v dokumentu Charta práv umírajících z roku 1999. MZČR také deklaruje zákonem č.372/2011 Sb. O zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, kde je stanoveno, že paliativní péče je zařazena mezi zdravotní zařízení, kde je zákonem stanoveno, že paliativní péče může být poskytována ambulantně, v domácím prostředí pacienta nebo v ústavním zařízení. (Tomeš, 2015, str. 34-36)

### **2.4.2 Role pacienta**

Každý člověk má v životě nějakou roli, ať je to role manžela, manželky, role otce, matky nebo zaměstnance. Pacient v paliativní péči stojí před ztrátou těchto rolí. Vlivem diagnózy a přidružených potíží se umírající vzdaluje od svých zájmů, koníčků, zaměstnání a stává se

více izolovaný od svého přirozeného sociálního prostředí (Svatošová, 2008, str. 20). Z toho důvodu je nutné zjistit, jak žil pacient před nemocí, jaké měl zájmy a co tvořilo jeho identitu. Díky tomuto průzkumu je možné pacienta více poznat a pochopit způsob jeho chování. Pacient se musí srovnat s výraznou změnou v jeho životě, a proto může reagovat změnou nálad, chováním a jednáním s lidmi. (Bužgová, 2015, str. 70-71)

Pro osoby, které se ocitli na konci života je nebezpečná ztráta důstojnosti. Lidé, kteří jsou již v terminálním stádiu jsou velmi křehcí a často zcela odkázáni na péči druhých osob. Díky tomu se může stát, že nemocný přichází o svou identitu a o svou životní roli, která byla během života budována vzděláním, prací, či jiným úspěchem. Kvůli nešetrné péči se obraz sebe sama vytrácí a dochází k úplné ztrátě vlastní hodnoty. (Byock, 1997, str. 108)

## 2.5 Pobyť na světě

Fenomenologie pomocí zkušenosti přivádí k člověka k výkladu pojmu „pobyť“ a „svět“. Člověk žije ve světě, který je plný neočekávaných skutečností, které člověk nemůže předvídat. Člověk je zasazen do nejistoty bytí, kdy neví dne ani hodiny, kdy vstane tvář v tvář své konečnosti. Jediné, co doopravdy ví, že zemře. Znamená to, že žije teď a tady, a proto by se měl o svůj život starat. (Sokol, 2016, str. 113-114) Jan Sokol (2016) uvádí, že si člověk sám tvoří svůj svět, který je okolo něj, pomocí smyslů a vědomí. Osoba je vždy uprostřed svého světa a tím existuje prostorové ukotvení v tomto světě podle orientace. Znamená to, že se svět pohybuje někdy nahoru, někdy dolů, někdy vpravo někdy vlevo, a někdy je to dopředu a někdy dozadu. Je to řád světa, který je někdy smutný a někdy zase veselý. Každá osoba si buduje svůj svět po celý život. (Sokol, 2016, str. 116-118)

Arno Anzenbacher (2010) odkazuje na filozofa Martina Bubera, který se zabýval uchopením světa člověka. Martin Buber uvádí, že svět může existovat pouze skrze člověka. Člověk, jako živočich myslící, dává okolnímu prostředí, ostatním živočichům, nebeským vjemům a jiným, smysl jsoucna (Anzenbacher, 2010, str. 230). „*Teprve když před jsoucím stojí samostatně souvislost bytí, samostatný protějšek, je svět.*“ (Anzenbacher, 2010, str. 116)

Emerich Coreth doplňuje myšlenku o tvorbě světa pomocí styku s druhou osobou. Uvádí, že náš tělesný svět, ve kterém žijeme je třeba také utvářet. Jsou to věci, se kterými se denně setkáváme. Autor tím měl na mysli oblečení, jídlo a také bydlení, jelikož naše tělesné bytí je na tento svět odkázáno. Tento svět člověk používá jako prostředek pro svou existenci a pro spolubyť s ostatními osobami. (Coreth, 1996, str. 49)



Každý člověk chápe svůj svět odlišně, ale společné je pro osoby chápání sebe v celku světa. Po sebeuvědomění člověka na světě vzniká otázka bytí na světě. Heidegger bytí na světě chápe jako starost o to, jak v tomto světě žijeme. Tato starost se projevuje obstaráváním věcí a péčí o druhé, kteří nás obklopují. Samotná činnost pro bytí osoby je vedena za jasným účelem a za obstarání nějaké hodnoty. Tento proces je jakousi snahou o blaho. Činnost obstarávání hodnot a snaha o dosažení blaha je každým člověkem vnímána jinak. (Störig, 2000, str. 457) Toto vnímání popisuje citovaný odstavec z díla „Etika Nikomachova“, který uvádí ve svém díle „Úvod do filosofie“ (2010) Arno Anzenbacher: *„Ale v tom, co je podstatou blaženosti, se názory různí a odpověď obyčejných lidí zní jinak než odpověď moudrých mužů. Jedni si ji totiž představují jako něco hmatatelného a viditelného, například jako rozkoš nebo bohatství nebo čest, druzí opět jako něco jiného, ba nejednomu i tentýž člověk mění svůj názor.“*. (Anzenbacher, 2010, str. 23-231)

Osoba žnoucí se stále za novými zájmy, úkoly a cíli, může zapomenout na základní potřebu člověka, a to, být mu dobře. Znamená to jedinečný stav člověka, kdy jen tak je, netvoří žádnou novou hodnotu a užívá si momentálního bytí. Jedná se však o pomíjivou chvíli, ve které nelze přebývat věčně. Důležité totiž je, co předcházelo dané šťastné chvíli, proto nelze donekonečna setrvat v jedné poloze, protože ta poté přechází v nudu. Je to ukojení potřeb, které přinese člověku blaho. Člověk hledá možnosti a strategie, jak danou potřebu naplnit, toto hledání se ale v rámci vyspělé civilizace ztrácí v množství nadbytku všeho. Všem potřebám se člověk snaží předem předcházet, ať už je to topení, hlad, žízeň a jiné. Zrodila se však nová potřeba, a to potřeba mít peníze, jelikož díky penězům se může plnit jiný druh potřeb. Osoba žije tedy z potřeb, které svět nabízí, kdy je spokojená z práce, majetku a získaných hodnot. Splnění potřeb střídá dobrý pocit a dobré naladění člověka, které však netrvá věčně a střídá ho další potřeba. (Sokol, 2016, str. 139-142)

Jan Sokol ve svém díle „Člověk jako osoba“ (2016) dále popisuje životní fázi, ve které má člověk vybudovaný svůj svět a ptá se na otázku „Co s ním?“. Záložní variantou může být, že se převezme od okolí známá a ověřená osnova, názory, zvyky či postoje. Pokud se toto schéma člověku nezamlouvá, musí sám hledat smysl a styl svého života. Člověk musí hledat svůj úkol na zemi, jelikož je osoba myslící a poznávající. (Sokol, 2016, str. 128-131)

Filozof Jan Sokol se, ve svých přednáškách z roku 2000, zabývá otázkou bytí ve vztahu k osobě. Je to složité téma, které rozděluje bytí věcí a lidí. Od pobytu věcí se člověk odlišuje tím, že si pobyt na světě uvědomuje. O bytí se stará a rozumí mu. Že se o své bytí člověk stará znamená,

že nestačí přežívat, ze dne na den, bez smyslu, ale znamená to, že je znát, že mu na jeho bytí na světě záleží, že ho naplňuje a hledí si ho. Je to úkol, kdy se stará o budoucnost, i přes to, že je nejistá. Budoucnost obsahuje příležitosti, rizika, omezení ale i zklamání, ale pokud se budoucnost naplní přítomností není prázdná. Jediná jistota v budoucnosti je smrt, člověk tedy žije bytím ke smrti. V bytí může osobu čas od času přepadnout úzkost, je to známka, že v životě existují problémy a starosti. Je to čas, kdy bere osoba zodpovědnost za své činy a za svůj pobyt a jedná tak aby situaci, ze které úzkost vyplynula, vyřešila a opět se ujala svého života. (Sokol, 2000, str. 71-73)

## 2.6 Člověk jako bytost společenská

Člověk si utváří svůj svět pomocí styku s druhými lidmi. Transcendentní duch osoby se realizuje pomocí řeči, která umožňuje komunikaci s druhými. To, že se náš svět tvoří komunikací s druhými, vysvětluje fakt, že je člověk druh společenský. Díky komunikaci proti sobě stojí individuální bytost „Já“ a druhá individuální bytost „Ty“, tím, že proti sobě stojí tváří v tvář uznávají se navzájem jako osoby s úctou a respektem. (Anzenbacher, 2010, str. 249)

Dialogem „Já-Ty“ se zabýval filozof Martin Buber. Právě on vyslovil myšlenku, že skrze dialog „Já-Ty“ se otevírá nitro osob, které před sebou stojí. Doslova je to popsáno: *“Být člověkem, znamená být bytostí, která je přede mnou.”* Ovšem Martin Buber byl ovlivněn křesťanstvím, a proto je vztah „Já-Ty“ vztahován k rozmluvě k Bohu, dále tím také rozvíjí myšlenku věčného „Ty“. (Störig, 2000, str. 453)

Jednou z přirozeností člověka je, dle Jana Sokola (2016, s. 79), řeč, kdy se osoba může začít prezentovat a kdy nechá nahlédnout do svého nitra. Řeč se vyvíjela po staletí od znaků, posunků, přes první výrazy až po dnešní jazyky. Velkou část komunikace tvoří komunikace neverbální, kdy dochází k největšímu náhledu do člověka, přes jeho gestikulaci, řeč očí, tváří a postoje. Touto komunikací se nepředávají dílčí informace, nýbrž postoje, nálady či emoce. Verbální jazykovou komunikací se učí lidé od dětství, ať už mateřskou řeč či později cizí řeč. V obou případech se člověk učí skládat informace a vjemy, následně je pojmenovávat a předávat dál. Každý může svou řečí vyjádřit vlastní postoj, popsat nějakou skutečnost. Je to hlavní komunikační kanál mezi lidmi. Komunikace je také nástrojem k předávání zkušeností, k výuce a výchově. Je dáno, že starší, zkušenější, ať to jsou rodiče či učitelé, předávají svá vědění dětem, či žákům, snaží se je vést dětstvím a dospíváním a tím je připravit na vlastní zodpovědný, dospělý život. (Sokol, 2016, str. 80-83)

Neverbální komunikace je i ve zdravotnictví rozebírané téma. Má několik funkcí, jednou z nich je podpora pacientů, poté vyjádření emocí a mezilidských vztahů. Právě řeč těla, jak bývá také neverbální komunikace označována, je vnímána za upřímnější projev člověka. „Z antropologických studií vyplynulo, že jen 7% informací z rozhovoru pochází z toho, co slyšíme. To, co přijímáme „verbálním kanálem“, jsou holá fakta. Neverbální forma „zakresluje obraz do duše“-postoje, nálady, pocity apod.“ Neverbální komunikace může být navázána výrazem obličeje, dotekem, fyzickým postojem nebo gesty. Vždy záleží na dovednostech zdravotníka a na vhodné situaci navázání neverbální komunikace. (Venglářová, Mahrová, 2006, str. 39-40)

### **2.6.1 Komunikace osoby**

Slovo je pro osoby charakteristické, jelikož žádný jiný živočich se nedorozumívá mluvenou řečí. Mluvené slovo může mít mnoho funkcí a významů, ať politické, vzdělávací či sdělovací, a proto může být zneužíváno pro ovlivňování druhých osob. Rozhovor je základní forma dorozumívání mezi osobami, a právě proto že rozhovor je mezi osobami, rozlišují se v gramatice tři základní osoby, přičemž první dvě já a ty jsou tvořeny skutečnými osobami, ale třetí osobou není nikdy osoba konkrétně. Při rozhovoru jsou osoby v gramatice tvořeny rolemi, které se během hovoru střídají, proto smysl označení „já“ existuje pouze v případě, že je zde i osoba „ty“. (Sokol, 2016, str. 191-193)

Jak uvádí Jan Sokol (2016), osoba může být oslovena a zapředena do rozhovoru. Pokud se odehrává rozhovor dvou lidí, dochází k porozumění daných účastníků na úrovni, že jeden vidí, slyší a vnímá druhého. Když dochází k této reflexi, jedná se o zrcadlení daných osob. Rozhovor je mocný v tom, že dokáže vztah mezi dvěma jedinci umocnit anebo také zlikvidovat. Rozdíl je také v tom, zda se mluví s cizím člověkem, nebo blízkým, potom je vážnost rozhovoru jiná. Jedinečnou formou rozhovoru je modlitba. Kdy rozhovor probíhá od modlící se osoby, bez odezvy, přesto věřící věří ve vyslyšení modliteb. (Sokol, 2016, str. 201-203)

Stejně jak uvádí filozofie osoby, je komunikace i v paliativní péči základní disciplínou pro styk s druhou osobou. Správná komunikace je odrazem profesionality a osobní zralosti zdravotníka. Zdravotník by měl mít vyjasněné postoje k umírání, ke smrti a k vlastní smrtelnosti. Právě paliativní péče tvoří pro zdravotníky velkou zátěž a je zde riziko syndromu vyhoření (Venglářová, Mahrová, 2006, str. 107). Základním prvkem pro komunikaci mezi zdravotníkem a umírajícím pacientem je rozhovor. Rozhovor nemusí být o kladení otázek, ale tvoří ho naslouchání a až poté se nachází společné odpovědi na těžké otázky pacienta. Pacient by měl mít prostor pro své otázky, strachy a přání (Sieberová, 2019, str. 34). Pro zdravotníka se stává

obsah těchto rozhovorů složitým. Návod, jak postupovat při komunikaci s umírajícím není, ale literatura odkazuje na dílo Elisabeth-Kübler Rossové, které pojednává o fázích smíření. Díky úvaze, ve které fázi se pacient nachází, může zdravotník volit vhodné komunikační reakce. (Heřmanová, 2012, str. 166)

Každý člověk reaguje na obtížné situace rozdílně a současně závisí na mnoha faktorech, jako je osobnost člověka, okolní prostředí či zkušenosti, přesto dokázala dr. Elizabeth Kübler-Rossová popsat pět fází přijetí těžkých informací jedinců, a to na základě vlastní praxe s umírajícími a jejich rodinami. Níže uvedené fáze nemusí jedinec prožívat chronologicky, jak jdou za sebou a ani je nemusí prožívat pouze jednou, ale mohou se opakovat, prolínat či střídat. Další okolností je časový posun fáze prožívání pacienta, oproti fázi, kterou momentálně prožívají jeho blízcí, zde nastává složitá situace, kdy například pacient dojde do fáze smíření, ale rodina nikoliv, ta se může nacházet ve fázi smlouvání. Tento rozkol může být pro nemocného na škodu. (Svatošová, 2008, str. 23-25)

Fáze nejistoty, která se objevuje před stanovením diagnózy je první potíží, se kterou se nemocný setkává. Netrvá příliš dlouho, protože právě somatické obtíže dovedou pacienta k lékaři, kde poprvé uslyší diagnózu. Objevuje se úzkost a obavy z vyřčení diagnózy. (Vágnerová, 2012, str. 86)

*„Fáze: Negace, šok, popírání*

*Projevy: „Ne, já ne, pro mne to neplatí.“*

*„To není možné.“*

*To je určitě omyl.“*

*„Zaměnily výsledky.“*

*Co s tím: Navázat kontakt, získat důvěru.“ (Svatošová, 2008, str. 25)*

Fáze šoku a následně popření přichází hned po zjištění stavu onemocnění. V této fázi pacient odmítá připuštění pravdy o nemoci, jen při pomyšlení na danou skutečnost prožívá velkou úzkost. Dochází k potlačení pravdy a k jejímu iracionalizování. V této fázi pacient není schopen připustit reálnost dané situace, i přes přetrvávající somatické potíže spojené s nemocí. Stále bude přesvědčen, že došlo k chybě a diagnóza se ho netýká. Pro tuto fázi není vhodné pacienta příliš informovat, jelikož dané informace nebude vnímat. (Vágnerová, 2012, str. 86-87)

*„Fáze: Agrese, hněv, vzpoura*

*Projevy: „Proč zrovna já?“*

*„Čí je to vina?“*

*„Vždyť mi nic nebylo.“*

*Zlost na zdravé lidi, na zdravotníky, vyčítá nespravedlnost.*

*Co s tím: Dovolit odreagování, nepohoršovat se.“ (Svatošová, 2008, str. 25)*

S přibývajícím potížením dochází k postupnému akceptování situace a následně přichází nemocný do fáze generalizace negativního hodnocení. Člověk v této fázi prozře a začne si uvědomovat vážnost situace. Pacienti v této fázi mohou být dezorientovaní a frustrovaní z ohrožení jejich existence. V této fázi se velmi projevují osobnostní rysy. Objevuje se negativistický přístup ke všemu, pacient ztrácí smysl života a jediné co má pro něj cenu je zdraví, bez něj nemá nic význam. Tuto fázi doprovází hněv i smutek. Hněv bývá zaměřen na vlastní osud. Smutek nemocný pociťuje, když si uvědomí, že se nedá nic dělat a následně může propadat depresím (Vágnerová, 2012, str. 87-88). Právě pojem smysl života je rozhodující, pokud se jedná o stav pacienta. Ztráta smyslu života má přímý vliv na zdravotní stav pacienta, ten, pokud ztratí smysl, pro co žít, upadá do beznaděje, apatie a následně upadá do kritického zdravotního stavu. Naopak pokud i přes obtíže spojené s nemocí pacient najde smysl života, je prokázáno, že se dožije déle a s větší kvalitou života. (Paulík, 2017, str. 142)

*„Fáze: Smlouvání, vyjednávání*

*Projevy: Hledání zázračných léků, léčitelů a diet, pověr. Ochoten zaplatit cokoliv. Činí velké sliby.*

*Co s tím: Maximální trpělivost, ale pozor na podvodníky.“ (Svatošová, 2008, str. 25)*

Po prodělaném hněvu a smutku se pacient může adaptovat a následně vstoupit do fáze smlouvání. Nemocný už ví, že je stav nezvratný, a tak smlouvá se svým osudem, činí nesplnitelné sliby, jen aby si prodloužil prolaps nemoci na co nejdélší dobu. V této fázi pacient přistupuje k dané léčbě a snaží se co nejlépe spolupracovat. Pacient je orientovaný ohledně svého stavu a způsobu léčby a nemoc akceptuje. (Vágnerová, 2012, str. 88)

*„Fáze: Deprese, smutek*

*Projevy: Smutek z utrpěné ztráty, z hrozící ztráty. Strach z účtování, strach o zajištění rodiny.*

*Co s tím: Trpělivost naslouchat, pomoci urovnat vztahy, pomoci hledat řešení (zajištění rodiny apod.)*

*Fáze: Akceptace, smíření, souhlas*

*Projevy: Vyrovnání, pokora, skončil boj, je čas loučení.*

*„Dokonáno jest.“*

*Co s tím: Mlčenlivá lidská přítomnost, držet za ruku, utřít slzu. Pozor-rodina možná potřebuje pomoc víc než pacient.“ (Svatošová, 2008, str. 25)*

Nejdelší cesta vede k fázi smíření. Pacient je vyrovnaný se svým stavem, k situaci se přizpůsobuje stejně tak i přizpůsobuje způsob života k možným omezením vlivem nemoci. Snaží se o hledání nového smyslu života. Bohužel k této fázi ne všichni dospějí, někteří uváznou ve stavu rezignace, ve které podléhají neustálému negativismu. (Vágnerová, 2012, str. 88)

## **2.6.2 Komunikace s rodinou pacienta**

Komunikace s rodinou umírajícího je stejně náročná jako sama komunikace s umírajícím. Většinou bývá dané, že problémy pacienta jsou stejně tak problémy rodiny. Rodina by měla být součástí týmu, který se stará o umírajícího. Komunikace s rodinou by měla být citlivá a vedená zkušenou osobou. Také by měla být opora v multidisciplinárním týmu. Pro rodinu je smrt jejich blízkého velkou ztrátou, a proto správná komunikace předejde následným komplikacím strany psychiky a vyrovnání se s odchodem blízké osoby (Dobříková et. Mešková, 2017). Komunikace s pozůstalými je pro zdravotníky náročná. Zdravotník je konfrontován s vlastní konečností a s pocitem beznaděje. Základem komunikace je tiché, klidné prostředí, soukromí. Komunikace probíhá zřetelně a jasně s dodržením společenských rituálů včetně vyjádření upřímné soustrasti. Pozůstalí se často ptají na způsob úmrtí pacienta a zda měl či neměl bolest. (Venglářová, Mahrová, 2006, str. 120-121)

### **2.6.2.1 Modlitba**

Jak uvádí filozofie osoby, že je modlitba speciální druh komunikace osoby s bohem, je i pro paliativní péči modlitba a víra obecně velké téma. Ne každý hospicový pacient vyžaduje duchovní podporu, ale v případě potřeby by mělo být každé zdravotnické zařízení schopné poskytnout cestu k uspokojení pacientovi duchovní potřeby. Modlitbu vyžadují lidé, kteří jsou plně srozuměni s vírou a mají k modlitbě plnou důvěru. Víra pomáhá se zmírněním utrpení,

kteří je vyvoláváno nemocí a blížící se smrtí. Lidé, kteří mají náboženskou víru potřebují uspokojovat své duchovní potřeby, aby jim byla oporou. (Sieberová, 2019, str. 35-37)

### 2.6.3 Co je to pravda

Když se Jan Sokol ve svém díle „Člověk jako osoba“ (2016) věnoval komunikaci, zaměřil se také na fenomén pravdy. Pravdivá tvrzení nejsou jednoznačná a rozlišit pravdu od nepravdy není jednoduché. Pravda i nepravda se vyjadřuje stejnými slovy, stejnou gramatikou, ale význam je přece odlišný. Rozlišení pravdy od omylu či lži může být pouze o rozdílném myšlení, dále to může být odlišný postoj druhé osoby a v nejtěžším případě to je rozhodnutí mezi životem a smrtí. K člověku patří možnost lhaní. Je to forma řeči, která ponechává osobě svobodnou volbu ponechat si své vlastní myšlení pro sebe. To, jak osoba hovoří a tváří se u toho, je její vlastní rozhodnutí a její prezentace okolí. (Sokol, 2016, str. 204-206)

Pravda může být vědecky podložena na základě experimentů, které ověřují pravdu od nepravdy, tím se zjistí obecná skutečnost a pravda. Další možností uchopení pravdy je srovnání skutečnosti s vlastním poznáním. Pokud se jedná o lidský život má pravda velkou cenu. Osoba, která zná pravdu, má šanci se podle této pravdy zařídit a připravit se. Říkat pravdu není jednoduché a může to být i dramatické. Z těchto důvodů je pravda nebezpečná. Pro člověka, který je přesvědčen, že by pravda ublížila někomu, koho má rád, raději bude lhát nebo pravdu zamlčovat. To vše z přesvědčení, že je to pro dobro milovaného člověka, jedná však z vlastního pohledu na svět, který se může výrazně změnit. (Sokol, 2016, str. 207-209)

Stejným problémem se ve svém díle „Průvodce smrtelníka“ zabýval Ondřej Nezbeda (2016), kde popisuje, jak je důležité znát pravdu o svém zdravotním stavu. Autor uvádí, že na smrt se nelze připravit, ale lze se připravit na to, co k ní povede. Právě pro pacienta v terminálním stavu je důležité naložit se svým zbylým časem dle svého uvážení. Právě takový pacient může mít i spoustu otázek ohledně toho, co ho čeká a jak se nemoc bude projevovat. Ondřej Nezbeda (2016) odkazuje na průzkum z roku 2013, který provedla agentura STEM/MARK. V tomto průzkumu se většina pacientů vyjádřila, že by si vždy přáli znát pravdu o svém stavu a pokud by se stalo opačně, cítili by se oklamáni a zrazeni. Právě protože vlivem postupující nemoci se zdravotní stav zhoršuje a nemocný chřadne, stejně se o pravdě o svém stavu dozví, ale to už může být pozdě na věci, které chtěl prožít nebo si zařídit. Proti tomu stojí přesvědčení většiny lékařů a rodinných příslušníků nemocných, kteří si myslí, že milosrdnou lží uchrání nemocného před ztrátou naděje a chutí žít. (Nezbeda, 2016, str. 34-36) Ke stejnému závěru dospěl i Philippe Ariès (2020), který se zabývá dějinami smrti. Ariès popisuje zvrát v chápání důstojnosti

v Americe v 20. století, kdy došlo k odklonu od názoru milosrdné lži a preference pravdy pro pacienta. Uvádí také, že společnost sama uvažuje nad důstojností umírání a začíná se o smrt zajímat, tím přestává být smrt tabu. (Ariès, 2020, str.700)

## **2.7 Péče o druhého**

Jak bylo v úvodu kapitoly 2.6“ Člověk jako bytost společenská“ uvedeno, že si člověk utváří svět prostřednictvím styku s druhou osobou, souvisí s tím i péče o druhé. Každý jedinec je od útlého věku svěřen do péče rodičů, kteří se o něj starají až do dospělého věku, kdy odchází z bezpečí domova a začíná se starat sám o sebe. V tomto období dochází k předávání zkušeností a zvyků rodičů svému potomkovi. Ochraňují ho, pečují o něj, je to přirozený vztah rodičů a jejich dětí. Jinou formu závazku může člověk přijmout během života. Je to situace, kdy se člověk rozhodne pomáhat, pečovat o druhého nebo zachraňovat. Je to potřeba převzít odpovědnost za druhého a poskytnout mu láskyplnou péči. Obětává péče o druhého obsahuje úctu k druhé osobě a radost z poskytované péče. Je to pro člověka jako osobu přirozené, protože osoba neexistuje sama o sobě, ale existuje ve společnosti druhých osob. (Sokol, 2016, str. 237-240)

Právě potřeba zachraňovat nebo pečovat je možná hnací silou zdravotníka v paliativní péči. Pokud se jedná o pacienta v paliativní péči je o něj pečováno multidisciplinárním týmem, který tvoří vysoce specializovaní členové, kteří se profesionálně zabývají paliativní péčí. Základní tým je tvořen školenými sestrami a lékaři paliatry, dále psychologem nebo psychoterapeutem, sociálními pracovníky, osobními asistenty, duchovními a fyzioterapeutem. Tento tým může být doplněn o dobrovolníky anebo také lékaře konzultanty v případě potřeby jiné oborové spolupráce. V případě domácí hospicové péče je to pečovatelská služba a domácí hospicová péče. Jednou z nejdůležitější částí týmu je rodina pacienta, ta zajišťuje veškeré potřeby pacienta a laickou zdravotní péči. Multidisciplinární tým je provázaný a stojí na vzájemné spolupráci, členové týmu si pomáhají, zastupují se a vzájemně konzultují aktuální situaci pacienta. (Kalvach, 2019, str. 47-49)

Cílem takového týmu je snaha, aby mohl pacient zůstat doma za co nejlepších podmínek s vysoce specializovanou péčí. Dále se dbá na naplnění splnitelných přání pacienta, spolu s naplněním potřeb sociálních i duchovních. Všechny poskytované služby musí být sehrané tak, aby byly funkční plně u všech pacientů. (Marková, 2015, str. 12)

Otázkou se stává, pokud zdravotníci hospicové péče pečují o terminálně nemocné, což je pro personál velmi vyčerpávající ať po psychické, či fyzické stránce, kdo pečuje o zdravotníky?



Pracovníci poskytují specializovanou péči pacientům na sklonku života, a proto by měli být smířeni s vlastní smrtelností a konečností. Na kvalitu odvedené péče má vliv spokojenost v zaměstnání, proto záleží na pracovním prostředí. Jedním z hlavních potřeb pro zaměstnance je potřeba regenerace. Pro regeneraci pracovníků se doporučují benefity, např. masáže, lázně, delší dovolená. Dalším bodem je podpora týmu. Nejčastěji doporučovaným systémem je supervize, ne vždy se však setkává s pozitivním ohlasem pracovníků v hospicové péči. Při supervizi by měl být kladen důraz na zpětnou vazbu zaměstnancům na jejich odvedou práci. Zaměstnanci potřebují podporu, motivaci a možnost vyslechnutí, ale také čas od času pochvalu, nejlépe od vedoucích pracovníků. (Vodáčková, 2015, str. 78-84)

Přemíra nadměrného stresu má dopady fyziologické a psychologické. Fyziologické dopady jsou znát až u čtvrtiny chorob, které jsou právě způsobeny přílišným stresem. Každý stresový impulz má úlohu aktivovat pro potřebu okamžité reakce nebo útěku, tyto děje se odehrávají automaticky, spolu se zvýšeným tepem. Tato reakce, ale může být tělu škodlivá, pokud trvá příliš dlouho. Dlouhodobý stres se podepisuje i na psychice. Krátkodobé vystavení stresu se může jevit pozitivně, jelikož je mozek rychlejší v aktivitě, člověk je produktivnější v práci, pokud se však překročí tato hranice, dochází k opaku. Po přemíře stresu se snižuje výkon mozku, člověk je unavený, ztrácí pozornost a může mít i kognitivní dopady. (Fontana, 2016, str. 19-28)

Pro práci v paliativní péči je nezbytná motivace. Pokud chybí, může docházet ke zhoršování kvality odvedené práce. Pokud dojde ke ztrátě motivace, může také lehce dojít k syndromu vyhoření. Motivační terapie stojí na základech Maslowovy pyramidy potřeb, ale také na osobnosti člověka a na jeho individuálním nastavení. Mezi základní motivátory pro zaměstnance patří finanční ohodnocení, vyšší postavení ve funkci, lepší pracovní výsledky, dobré vztahy na pracovišti, jistota práce, vyšší odbornost, samostatná práce a možnost kreativity. Všechny tyto prvky může ovlivnit vedoucí pracovník, čili manažer. Existuje však také vlastní motivace, která by měla být samozřejmostí pro každého pracovníka. Každý zdravotník v paliativní péči si stanoví svůj smysl práce, může promyslet nové metody ke zlepšení práce. To vše pomůže ke správné motivaci pracovníků. (Marková, 2010, str. 39-44)

## **2.8 Konečnost člověka**

Člověk se narodí, aby zase zemřel. Arno Anzenbacher ve svém díle „Úvod do filosofie“ (2010), cituje, jak líčí cestu ke smrti Augustin: *“Vždyť od toho okamžení, kdy, kdo počne býti v tomto těle, propadlém smrti, neustále se vněm chystá příchod smrti. Neboť jeho proměnlivost směřuje*

*po celou dobu tohoto života (ačli se to má životem nazývat) k tomu, aby došlo k smrti. Není totiž nikoho, komu by nebyla po roce blíže než před rokem, zítra blíže než včera a nyní blíže než před okamžikem-protože každá částička času, ve kterém žijeme, se ubírá z délky života a zbytek je denně menší a menší, takže doba tohoto života není celkem vzato nic jiného než běh za smrtí, při němž se nikdo nesmí ani na chvíli zastavit, ani trochu pomaleji postupovat, ale všichni jsou hnáni stejným pohybem a nutkání týmž náporem...*

*Jestliže tedy každý začne umírat, tj. býti ve smrti, od toho okamžiku, kdy se v něm začne chystati sama smrt, tj. odnětí života (protože jakmile jsa odňat končí, bude už po smrti, ne ve smrti): pak je ve skutečnosti ve smrti od té chvíle, kdy začne býti v tomto těle. Vždyť oč jiného běží v jednotlivých dnech, hodinách a okamžicích, dokud se jeho strávením nenaplní sama smrt, o kterou šlo, a dokud nenastane už čas po smrti? Když mu přece byl odnímán život, byl ve smrti. Jakmile tedy člověk bytuje v tomto těle, spíše umírajícím než žijícím, není nikdy v životě.“*  
(Anzenbacher, 2010, str. 239)

Jan Sokol ve svém díle „Člověk jako osoba“ (2016) nejprve popisuje stárnutí jako fyziologickou součást života. Je to fenomén, který může osoba pozorovat v okolí, u svých blízkých a také na osobě samé. Když se stáří začíná projevovat, ucítí člověk snížený zájem o nové dovednosti a zkušenosti, nechce nic měnit, ani své jednání. Změny najednou nejsou něco, co člověka posouvá, ale něco, co je pro jeho jistoty nebezpečné a nežádoucí. Tato skutečnost se neslučuje s moderní dobou, která je plná pokroku a inovace. Proto je stáří nežádoucí a tabuizované, je to něco, co se musí odkládat, dokud to jen jde. Zapomíná se na to, že stáří má svůj smysl a je přirozené. V minulosti měli staří lidé dveře otevřené, lidé k nim chovali úctu a respekt, bylo to proto, že staří lidé si již něčím prošli a nasbírali mnoho zkušeností. Další funkcí starých lidí v minulosti byla péče o děti. Předávali tak dál svůj um, kulturu, dovednosti a zvyky. Normální zkušeností bylo, že staří lidé umírali doma mezi svými příbuznými. (Sokol, 2016, str. 164-167)

Tímto tématem se zabývala Helena Haškovcová (2007), která ve svém knize „Thanatologie“ popisuje domácí model umírání, který byl přirozenou součástí životů, ale v porovnání s dnešním vnímáním domácího modelu je nesrovnatelný. Dříve spočíval v laické péči rodinných příslušníků. Umírající, když cítil přítomnost své poslední chvíle, svolal své blízké, aby se rozloučil a vyslovil poslední přání. Poté byl přivolán katolický kněz, který poskytl svátost nemocných, čímž vypravil umírajícího na cestu. Pokud se vyskytly komplikace v podobě neutišitelných bolestí, byl přivolán lékař, který nejčastěji aplikoval morfium. Členové

rodin byli srozuměni se smrtí, jako se součástí života, znali průběh umírání a věděli, jak vypadá smrt. Uměli poskytnou základní laickou ošetrovatelskou péči a zvládali i hygienickou péči, dále zvládali péči o zemřelého, včetně péče o tělo i duši. (Haškovcová, 2007, str. 26-28)

V dnešní době se člověk se smrtí téměř nesetkává, a pokud ano je reakce mnohdy bezradná a panická. Trvá přesvědčení, že péče o člověka na sklonku života, je v rukou profesionálů. Lidem chybí základní dovednosti, jak by zvládli péči o nemocného, ale snaha pečovat se nevytratila. Smrt je vnímána společností jako velmi stresující událost, která je v určitém slova smyslu může ohrožovat. (Haškovcová, 2007, str. 28-29)

Se stářím se neodmyslitelně pojí smrt. Je to něco o čem se v dnešní době nemluví, z důvodu strachu a obav, protože je to něco nepoznaného, nečekaného a nežádoucího. Smrt je i přesto součástí života. Jen těžko se přijímá, když se klade otázka, „proč já a proč teď“, v této chvíli totiž člověk zůstává na smrt sám a stává se osobou. Právě smrt dává životu konečnost a tím i obrovskou cenu času. Právě ve stáří si tento čas člověk uvědomuje mocněji. Je to období, kdy se člověk přestane plahočit za hodnotami a začne se zbavovat zbytečností. Ve stáří osoba završí svůj vlastní životní příběh. (Sokol, 2016, str. 168-169)

Z východisek filozofie osoby, která se zabývá smrtelností a konečností, vycházel ve svém díle „Psychosociální aspekty paliativní péče“ (2014) autor Martin Kupka, který píše, že každá existující civilizace se zabývala otázkou konečnosti a smrti. Smrt je něco jistého, co čeká každého člověka. Dnešní civilizace zvolila formu vnímání smrti jako něco, čím končí zábava, mládí a dobrý způsob života. Lidé se odvrací od smrti, umírání a od všeho co by mohlo způsobovat utrpení. Toto vnímání má za následek překvapení z existence smrti, když už je velmi blízko. Pokud včas přijme lidstvo skutečnost, že smrt je součást života, bude následná konfrontace mírnější, protože v konečné fázi, každý uvnitř vnímá existenci smrti. Pokud člověk přijme smrt jako něco nevyhnutelného a existujícího, dokáže zhodnotit své činy a jejich následky, životní hodnoty a přítomnost omezeného času, mnohem realističtěji. Po uvědomění si této skutečnosti, začne civilizace vnímat svět otevřenými očima a dokáže zhodnotit co je důležité. (Kupka, 2014, str. 12-16)

Jan Assman popisuje konfrontaci se smrtí následovně: „*Co se zde ukazuje, je člověk, a přece ne člověk, obličej, a přece ne obličej. Důvěrně známá tvář a zároveň strnulá grimasa. Oči jsou bez pohledu skleslé, a přece tak hrozivé, že je člověk musí zatlačit, aby unikl jejich působení. Každý zemřelý je dvojník. Od svého živého dvojčete se odlišuje, aniž by byl jiný. Mrtvola nám před oči staví hádanku. Nevíme, co ukazuje. „Kdysi živého člověka?“ Avšak co je to „kdysi živý*

*člověk“? Věc, jež si vypůjčila auru z bývalého života, nebo člověk, jehož aura vyplývá z jeho zvláštního „zvěčnění“? (Assman, 2003, str. 77)*

Jan Sokol uvádí, že s pokrokem moderní medicíny je možné léčit mnoho neduhů, které by v minulosti znamenaly jistou smrt, ale také se objevuje otázka nová, kde je hranice, že je léčba účinná a neškodí a kdy by se měla ukončit. Je na lékařích, kdy je léčba ještě vhodná s pozitivním výsledkem, jak z hlediska nákladů na léčbu, tak ale hlavně z hlediska užitku pro člověka. (Sokol, 2016, str. 171)

Na toto téma se zaměřil, ve své knize „Průvodce smrtelníka“, Ondřej Nezbeda, který uvádí, že problémem se stává způsob, jakým je čas, který pacient získá překotným léčením, navíc užíván, jelikož s pokročilým věkem přibývá mnoho neduhů, které mnohdy nemusí být příjemným partnerem v posledních letech života nemocného. Moderní medicína umí zvládnout řadu nepříjemných symptomů chronických onemocnění, jako jsou nauzea, vertigo, nespavost a další, co ale neumí uchopit dnešní medicína je problém umírání. Lékaři se snaží do poslední chvíle pacienta léčit a nedbají na jeho pohodlí, přání či důstojnost, poté se léčba může stát utrpením. Pro lékaře je velmi obtížné stanovit přesah, kdy se pacient dostává do fáze umírání a přílišná záchranná léčba není žádoucí. (Nezbeda, 2016, str. 19-21)

Nad problémem umírání se zamýšlel i Angelo E. Volandes (2015), který upozorňuje na odlidštění medicíny. V moderní medicíně dochází ke smazání údajů o lidské identitě, vymaže se osobnost člověka a tím se stává pacientem. Když je osoba pacientem, existují o něm údaje lékařské. Vzniká tím emoční odstup lékařů od pacienta a tím se jim lépe rozhoduje, jelikož nerozhoduje emočně o lidské osobě, ale o čísle, které je kvůli statistikám nutné zachraňovat, byť je to člověk smrtelně nemocný. (Volandes, 2015, str. 25-26)

Proti pólu filozofie osoby, která vnímá smrtelnost a konečnost lidské schránky, jako vlastní přirozenosti, stojí vyspělá medicína, která je orientovaná hlavně na dobré výsledky a na zachraňování, nepřipouští možnost smrti, jako přirozeného vývoje lidského života. V moderním světě se klade důraz na šťastný, úspěšný a dlouhý život, pokud tedy dojde k individuální smrti, společnost na ni není připravená a odmítá ji. Pokud už moderní člověk připustí, že smrt patří k životu, představuje si, že umírání přijde rychle, bezbolestně a bez komplikací. Smrt se vnímá jako selhání lékařů či techniky. Obrat by měl nastat ve vnímání medicíny, která se snaží za každou cenu v boji se smrtí vítězit, ale může mít za následek nedůstojné umírání, místo toho, aby zpříjemnila dny umírajícího a pomohla mu v klidu odejít ruku v ruce s paliativní péčí. (Haškovcová, 2007, str. 20-23)

Tato neschopnost medicíny přijmout smrt jako něco normálního je způsobena historickým vývojem umírání. Jak uvedl Jan Sokol (2016), bylo dříve normální umírat doma mezi svými příbuznými. Helena Haškovcová (2007), ale uvádí, že s rozvojem medicíny a potřeby zajištění péče o umírající pomocí hygienické péče, čistého lůžka, jídla a teplé místnosti, docházelo k umísťování nemocných do chudobinců a následně zdravotních zařízení. V těchto zařízeních bylo mnoho lůžek v jednom pokoji, kdy o důstojnosti umírajícího či intimitě nemohla být ani řeč. Tuto ztrátu soukromí mělo změnit používání bílé zástěny, ta se začala používat od 20. let 20. století, měla zajistit větší soukromí pacienta a zamezit pohledu ostatních na člověka na konci života. Postupně došlo k vyčlenění rodinných příslušníků z procesu umírání, které se stalo výhradně institucionální záležitostí. Dochází k tomu, že umírající člověk odchází za bílým závěsem, sám, bez svých blízkých, obklopen pacienty a zdravotníky. (Haškovcová, 2007, str. 29-31)

Tento způsob umírání trvá dodnes, většina pacientů se na sklonku života dostává do nemocniční péče nebo do jiných institucí, typu LDN, domovy pro seniory a jiné, přitom dle průzkumů je zjištěno, že si lidé přejí umírat v domácím prostředí, i přesto je trend opačný. Vliv na tento typ umírání má nedostatečná podpora umírání doma, která brzdí legislativa státu, ta prozatím zcela neproplácí domácí paliativní péči. Díky domácí paliativní péči by nemuselo být tolik umírajících odkázáno na ústavní péči. Stejný problém s financováním platí i pro pečující o umírající, chybí sociální podpora. Jedním z následků je tabuizace tématu umírání a smrti. Mezi lidmi se o těchto tématech hovoří jen sporadicky, přitom umírající mají reálné obavy z daných věcí. Nejčastěji se bojí bolesti, ztráty kontaktu s blízkými, dále že nebudou soběstační anebo, že ztratí důstojnost. To jsou závažné obavy, které mohou trápit osoby na sklonku života, pomocí by mohlo být detabuizace tématu a otevřená komunikace. (Funk, 2014, str. 124-125)

### **2.8.1 Smrt jako věda**

Od umírání vede cesta člověka přímo ke smrti. Smrt definuje Jan Sokol ve své knize „Malá filosofie člověka“ (2019) následovně: „*Smrt, konec lidského života. Tradičně chápána jako rozhod životního principu (duše) s tělem. Protože člověk, na rozdíl od zvířat, je s to vidět svůj život jako celek, je i smrt součástí tohoto celku: každý člověk předem ví, že zemře. Podobně jako život je tak i lidská smrt jedinečná a osobní a není jen nahodilým přerušením organických funkcí*“ (Sokol, 2019, str. 359)

Věda, která se věnuje smrti se nazývá thanatologie. Název vědy vznikl podle boha Thanatose, který, dle řecké mytologie, vládl mocí smrti. Jedná se o vědní obor prolínající filozofií,

medicínu, psychologii, teologii a sociologii. Každá vědní disciplína kouká na thanatologii z vlastního úhlu pohledu. Je to komplexní, složitá a svou naukou náročná disciplína. Dnes se jejími otázkami zabývají mladí lékaři již na lékařské fakultě, kdy se dává důraz na výuku a výchovu v citlivých otázkách ohledně lidských potřeb umírajících. Seznamují se se smrtí jako s fenoménem, který je nevyhnutelný, jako se skutečností, která je běžná od dob dávno minulých a tvoří naše životy. (Haškovcová, 2007, str. 142-143)

Vědecky popisuje Helena Haškovcová (2007) smrt jako biologický zánik individua, ke kterému dochází od našeho narození. Člověk se narodí, aby zase zemřel. Smrt můžeme dělit na přirozenou smrt, ke které člověk dospěje věkem a biologickými faktory, nebo na smrt lékařskou, ke které dojde vlivem nemoci, a to nejčastěji v nemocnici, či jiné instituci. Smrt můžeme dělit i podle její rychlosti na smrt náhlou, rychlou nebo pomalou. Náhlá smrt může vzniknout následkem autonehody nebo jiného úrazu, také se nazývá smrtí tragickou. Rychlá smrt je taková, která je způsobená agresivní, silnou nemocí, která způsobí rychlý skon, například infarkt myokardu. Pomalá smrt bývá provázena různými komplikacemi a její příchod je předem znám. Rychlost příchodu smrti má velký vliv na příbuzné a pozůstalé, protože na pomalou smrt se mohou připravit a vyřídit vše potřebné, v případě rychlé a náhlé smrti je tato možnost vyloučená. Pojem připravit se na smrt je pojem velmi abstraktní, jelikož tato skutečnost je velmi individuální, a ne vždy se to podaří, ať už se jedná o pacienta nebo o rodinu. (Haškovcová, 2007, str.74-75)

Okamžik smrti je pro umírajícího velmi silná chvíle. V tomto okamžiku dochází k úplné rekapitulaci svého života a všech pro umírajícího důležitých okamžiků v jeho životě. Udává se, že je nemocný v této fázi nejbliže sám sobě. Stejně tak pohlíží na smrt filozofie osoby, právě Jan Sokol (2016), uvádí, že v okamžiku smrti se člověk stává osobou. Dále pak nastává změna ve vnímání jedince, postupně přestává mluvit, ztrácí zrak a nakonec sluch. Umírající už nijak nekomunikuje s vnějším světem, ale naopak ve svém vnitřním světě intenzivně rozjímá. Žádoucí je klid, nemluvit na pacienta a spíše mu naslouchat. Spousta umírajících odchází právě ve chvíli kdy jsou naprosto sami, ničím a nikým nerušení. Pacient pocítí úplný mír ve své duši, a i na jeho tváři může být znát pocit vyrovnání a ztráty strachu a následně opustí život své tělo. (Funk, 2014, str. 182-183)

Myšlenka opuštění smrtelného těla a přesah duše vyplývá z konečnosti živé schránky a transcendence duchovna, která je popsána v kapitole 2.3 Člověk jako živočich rozumný. Dochází zde k propojení filozofie osoby a poznatků z praxe paliativní medicíny.

### **2.8.2 Po smrti člověka**

Po smrti člověka zůstává mrtvé tělo. S tímto tělem je nakládáno podle zvyklostí dané kultury. Už z historie je známo, že bylo předmětem různých rituálů, které měly sloužit k rozloučení se zemřelým a také měly pomoci s vyrovnáním se ztrátou blízkého. V moderní době se od honosných pohřbů ustupuje a pohřební rituály mizí úplně. Součástí piety je také předání pozůstalosti zemřelého jeho příbuzným a jiným blízkým členům. Mezi pozůstalými zůstávají na zemřelého vzpomínky, někdy dobré a někdy i ty špatné. Tyto vzpomínky jsou důležité a pomáhají duchu zemřelého, ještě nějakou chvíli, přežít mezi rodinnými příslušníky. (Sokol, 2016, str. 173-176)

Pohřeb se stal rituálem, který měl napomoci pozůstalým k překlenutí smutečního období, ochránit před zármutkem a zprostředkovat rozloučení se zemřelým. V minulosti byly posmrtné rituály spojeny s představou posmrtného života, pohřeb měl umožnit zemřelému vstup do toho světa. Formy pohřbívání se zanechaly až dodnes, a to zpopelnění a pohřbení do země. (Kupka, 2014, str. 17-22)

Zde se prolíná duch filozofie osoby, který po smrti odchází z tělesné schránky a žije ještě nějaký čas mezi svými blízkými, a již z minulosti vnímaný posmrtný život ducha člověka, který se dostává skrze pohřební rituál do světa.

# EMPIRICKÁ ČÁST

## 3 METODIKA EMPIRICKÉ ČÁSTI

### 3.1 Cíle diplomové práce

#### Hlavní cíl diplomové práce

- Aplikace poznatků filozofie osoby do praxe v hospicové péči.

#### Dílčí cíle empirické části

- Pohled zdravotníka hospicové péče na filozofii člověka jako osoby.
- Porovnání pohledu na člověka s východisky filozofie osoby a její aplikovatelnost do praxe
- Zjištění dopadu znalostí filozofie osoby do praxe s potřebou dalšího vzdělávání pracovníka hospicové péče

### 3.2 Průzkumné otázky

- Jak definuje zdravotník hospicové péče člověka?
- Jak vnímá zdravotník hospicové péče způsob, jakým se vytváří svět osoby?
- Jaký postoj zaujímá zdravotník v hospicové péči ke smrtelnosti a „bytí k smrti“?
- Jaký má vliv role osoby v péči o hospicové pacienty?
- Co znamená komunikace pro zdravotníka v hospicové péči?
- Jaký je postoj zdravotníka hospicové péče k péči o druhé?
- Chtějí se sestry hospicové péče dále vzdělávat na poli filozofie osoby?

### 3.3 Charakteristika průzkumné metody

Pro diplomovou práci s názvem Filozofie osoby pro zdravotníky v hospicové péči byla pro empirickou část zvolena metoda kvalitativního průzkumu, který umožňuje pružné zkoumání dané tematiky. Kvalitativní průzkum není striktně omezen na tvrdá data, ale záleží spíše na celkovém obrazu zkoumaného problému. (Hendl, 2016, str. 48)

### 3.4 Charakteristika výzkumného vzorku

Pro sběr dat bylo nejdříve slovně kontaktováno zařízení domácí hospicové péče, kde byl vysloven ústní souhlas s průzkumem vedoucím pracovníkem. Následně byl koncem měsíce března zahájen výzkum. Sestry domácí hospicové péče byly seznámeny s účelem průzkumného šetření a metodou sběru dat. Pro mou diplomovou práci bylo osloveno 10 respondentek



pracujících v domácí hospicové péči, ale pouze 7 jich souhlasilo s výzkumem. Respondentky nebyly vybírány dle jiných kritérií, pouze musely mít praxi v hospicové péči.

Respondentky jsou všeobecné sestry s různou délkou praxe ve zdravotnictví a v hospicové péči. Pro přehlednost textu jsou jednotlivci označováni Respondent 1-7.

**Tabulka 1** Respondenti 1

	Respondent 1	Respondent 2	Respondent 3	Respondent 4
Věk	48	47	49	49
Roky praxe (celkem)	25	23	18	25
Roky praxe (hospicová péče)	8	8	4	8
Vzdělání	Všeobecná sestra	Všeobecná sestra	Všeobecná sestra	Všeobecná sestra Bc.
Vzdělání na poli filozofie a etiky	Ne	Ne	Ne	Ano (zkouška z filozofie a etiky na VŠ)
Chuť sebevzdělání	Ano	Ano	Ano	Ano
Délka rozhovoru	41 min	40 min	36 min	41 min

Zdroj-vlastní

**Tabulka 2 Respondenti 2**

	Respondent 5	Respondent 6	Respondent 7
Věk	31	63	49
Roky praxe (celkem)	9	44	28
Roky praxe (hospicová péče)	5	8	6
Vzdělání	Všeobecná sestra Bc.	Všeobecná sestra	Všeobecná sestra
Vzdělání na poli filozofie a etiky	Ano (zkouška z filozofie a etiky na VŠ)	Ne	Ne
Chuť sebevzdělání	Ano	Ano	Ano
Délka rozhovoru	43 min	47 min	47 min

Zdroj-vlastní

### 3.5 Charakteristika sběru dat

Průzkumné rozhovory byly provedeny na konci měsíce března a začátkem měsíce dubna roku 2022. Sběr dat proběhl v agentuře domácí hospicové péče. Toto zdravotní zařízení poskytuje hospicovou péči v domácím prostředí pacientů. Dále poskytuje půjčení kompenzačních pomůcek, psychologickou pomoc a také zajišťuje podporu duchovního. Kvalitativní průzkum byl veden metodou polostrukturovaných rozhovorů. Metoda kvalitativního dotazování je největší skupina pro sběr dat, jedním způsobem sběru dat je právě polostrukturovaný rozhovor. Kvalitativní rozhovor je náročná disciplína, která vyžaduje citlivost, plnou koncentraci, porozumění mezi osobami a dovednost (Hendl, 2016, str. 164). Na začátku rozhovorů byl respondent seznámen s anonymitou rozhovoru a následně s použitím získaných dat, poté mu byl poskytnut informovaný souhlas (Příloha B) s rozhovorem, který respondent podepsal a do záznamu byl vyjádřen i slovní souhlas s nahráváním a použitím empirických dat. Během rozhovoru byly respondentky seznamovány s teoretickými východisky týkající se filozofie osoby. Tato východiska vycházela z teoretické části diplomové práce. Z teoretické části byly také vybírány otázky do polostrukturovaného rozhovoru, které jsou opřené o filozofii osoby.

Respondentkám byla poskytnuta šablona (Příloha C) struktury rozhovoru, pro lepší orientaci v tématech. Rozhovory byly provedeny v klidné zasedací místnosti dané agentury. Rozhovoru předcházela telefonická domluva. Zvolené prostředí bylo příjemné, s minimem rušivých elementů. Před rozhovorem byla vždy snaha navodit příjemnou a přátelskou atmosféru.

Po ukončení rozhovorů byla provedena rekapitulace se závěrem, že poskytnutá data jsou dostatečná pro nasycení dat, jelikož se odpovědi opakovaly. Rozhovory byly nahrané na mobilní zařízení s funkcí záznamník a následně doslovně přepsané do počítačového programu Microsoft Word.

### **3.6 Zpracování dat**

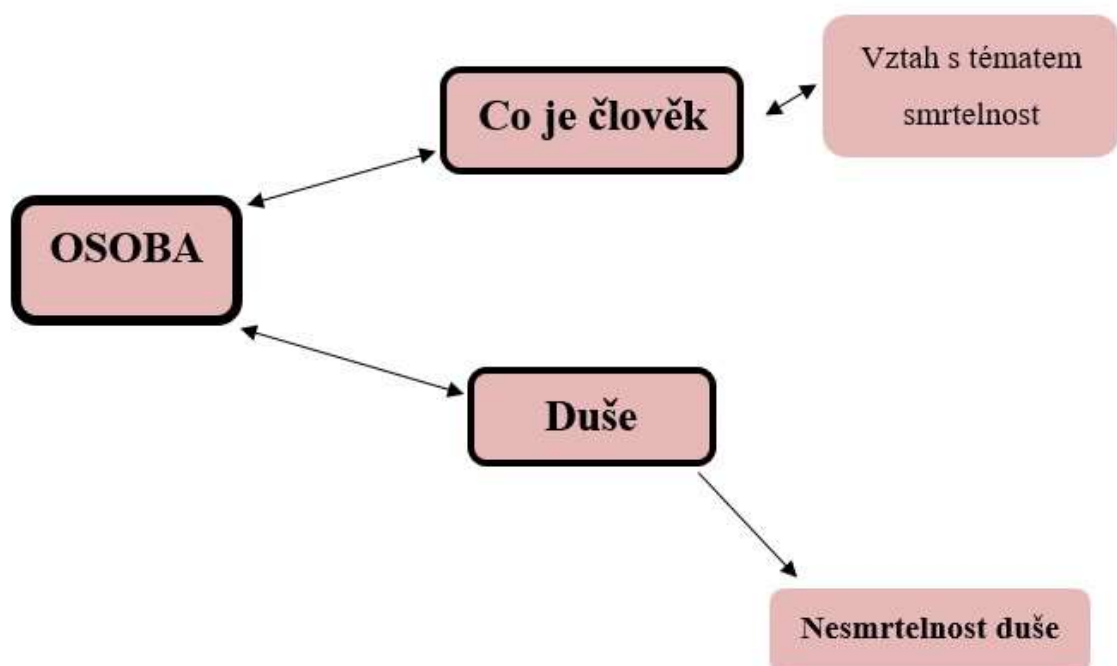
Pro zpracování dat byla použita fenomenologická metoda analýzy. Sama metoda fenomenologie vychází z filozofie. „*V základech fenomenologie leží přesvědčení, že filosofické poznání nespočívá v konstruování obecných principů, ale v deskripci „fenoménů“, tj. věcí samých.*“ Cílem této metody by mělo být objektivní poznávání smyslu daného problému (Hendl, 2016, str. 73). V průzkumu dochází k popisu a analýze prožité zkušenosti s daným fenoménem. Pro zpracování je použito otevřené kódování, které proběhlo formou opakovaného čtení rozhovorů, psaní poznámek (Příloha D) a analyzování vyskytujících se témat (Příloha E).

Pro uvedení přímé řeči respondentek do diplomové práce, byly přímé citace zbaveny „vycpávkových slov“ a byla provedena drobná korektura, autentičnost odpovědí byla zachována.

## 4 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

### 4.1 Kategorie – OSOBA

V teoretické části bylo vysvětleno, jak definuje filosofická antropologie člověka. Člověk jako osoba je bytost individuální, myslící a s vlastním mravním úsudkem. Dále je také uvedeno, že je to bytost živočišná i duchovní, která žije ve vlastním sociálním prostředí. Duše je považována za základ subjektivity a individuality osoby. Dle většiny výpovědí je patrné, že sestry hospicové péče vnímají člověka velmi podobně a shodují se na tom, že duše je nesmrtelná.



Obrázek 1 – OSOBA (zdroj-vlastní)

#### 4.1.1 Co je člověk

Všichni respondenti mají představu o tom, co je to člověk, jen ho každý definuje jinak. Většina respondentů se shodla na tom, že je člověk živá bytost, s rozumem a vlastní individualitou. Respondent 3 uvádí, že je člověk tvořen živočišnou částí a duchovní. Tyto poznatky vychází přímo z filozofie osoby a její rozdělení na animalitu a duchovnost (viz Příloha A). Respondent 2 a 5 uvedli shodně, že si myslí, že je člověk tvořen stykem s okolím a tím, jak na něj okolí působí. Tato skutečnost má vztah s kategorií „Svět člověka“.

Respondent 1: *“Člověka bych definovala jako živého tvora, s vlastním myšlením, vlastními názory, různými životními zkušenostmi. Vyvíjí se od narození až do smrti... má rodinu...”*

Respondent 2: „Člověk je... svým způsobem jedinečná osobnost, každý člověk je jiný, každý člověk je nějak svým způsobem specifický, každý člověk je utvářený svým okolím, každý člověk je jedinečná osobnost.“

Respondent 3: „Člověk je živá bytost a pro mě má takové dvě hlavní jakoby součásti. Je to ta živočišná, že jsme součástí živočišné říše, živé přírody a pak ta druhá ta nadstavba, kterou předpokládám, že ostatní živý tvorové nemají, a to je ta část duševní, duchovní, duše.“

Respondent 4: „Člověka bych definovala jako bytost obdařenou rozumem a rozdílnou od ostatních živočichů třeba tím, že myslí, pracuje a je schopen nějaký sebereflexe.“

Respondent 5: „Myslím si, že to je komplex ... vrozených vlastností, a i naučených vlastností ... vzorů chování, co přijímáme třeba od rodičů, co, kde vidíme, co se naučíme v tom životě. ...komplex různých věcí v tom člověku, jak fyzická stránka, psychická, emocionální, tak i duševní a prostě asi.“

Respondent 6: „Je to lidská bytost, která je jedinečná, nezaměnitelná.“

Respondent 7: „Člověka bych definovala jako bytost myslící.“

#### **4.1.2 Duše**

Všichni respondenti věří v existenci duše. Uvádí, že duši má každý a většina respondentů se shodla na tom, že duše tvoří individualitu člověka. Respondent 5 a 7 se shodli v odpovědích na tom, že vnímají barevnost duše, a to konkrétně u každého člověka jinak. Filosofie osoby vnímá duši velmi podobně, hlavně v tom, že tvoří jedinečnost člověka.

Respondent 1: „...myslím, že každý člověk má jinou duši, nejsem teda věřící člověk, takže to беру svým rozumem, myslím si, že duši má každý. „

Respondent 2: „Každý člověk má určitě nějakou duši, je to takový to neživotný, neuchopitelný, to, co někde mezi nebem a zemí.“

Respondent 3: „...že to je základ vůbec jedinečnosti jednotlivé konkrétní osoby, a že je jakoby navrch, a že to tělo je pouze jako schránka, která má svůj začátek a svůj konec a věřím, protože jsem věřící člověk, že teda duše je nesmrtelná, jedinečná, ...“

Respondent 4: „Duši člověka vnímám jako něco nehmotného, neuchopitelného, co ale vlastně dělá člověka člověkem.“

Respondent 5: „*Tak určitě věřím tomu, že každý tu duši má. Někdo, bych řekla, že, že je dost pozitivní jakoby člověk v tom vnímání třeba světa a sebe sama a lidí. ... někdo má tu duši pro mě třeba jakoby světlou nebo čistou, někdo ji má úplně temnou, a to jsou zas prostě podle mě nešťastný lidé, co si třeba něco zažili nebo jsou fakt na hranici nějakého toho života, ...*“

Respondent 6: „*...aby ta dušička mohla odejít, aby teda došlo vlastně takovému dokonání toho smrtného života.*“

Respondent 7: „*Duši člověka vnímám tak, malinko v barvách, je to ...aura, ale já ji vnímám jako v barvách a vnímám duši...dobrou a zlou.*“

- **Nesmrtelnost duše**

Většina respondentů se shodla na nesmrtelnosti duše a na tom, že po smrti pacienta opouští smrtelné tělo. Jak uvádí respondent 5 a 6 je zvykem otevírat po smrti pacienta okna, aby duše mohla z těla a z místnosti odejít. Respondent 4 uvádí, že čím dál tím víc věří, že není konečná, z toho vyplývá, že tato reflexe může mít přesah z praxe zdravotníka.

Respondent 1: „*...věřím v tu duši, a myslím si, že opouští tělo...tak při úmrtí zapalujeme svíčku, otvíráme okno.*“

Respondent 3: „*No já vnímám, že je duše nesmrtelná, ...*“

Respondent 4: „*...čím dál víc myslím, že není konečná...*“

Respondent 5: „*když kdokoliv zemře, tak první co, takže se otvírá prostě okna, aby ta duše mohla odejít a zapálí se svíčka, takže tomu věřím a věřím, že ta duše prostě někde existuje asi dál.*“

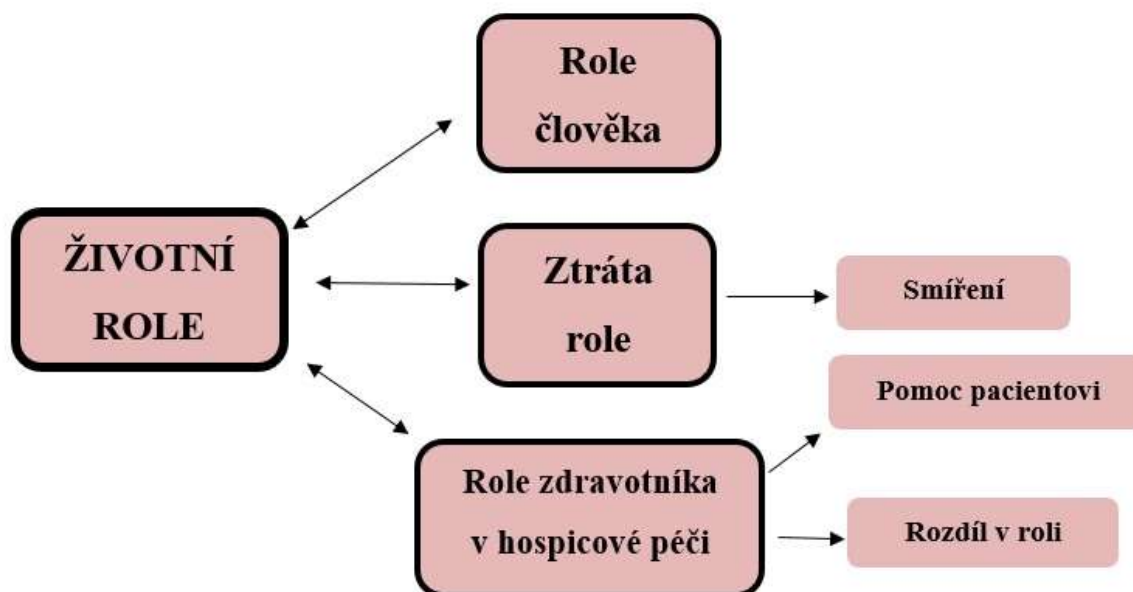
Respondent 6: „*...jako prvořadou věcí je jít a otevřít okno, aby ta dušička mohla odejít, aby teda došlo vlastně takovému dokonání toho smrtného života.*“

Respondent 7: „*... duše, která se odděluje od toho těla.*“

## **4.2 Kategorie-ŽIVOTNÍ ROLE**

Každý člověk má nějakou životní roli, nebo i více rolí. Mohou to být role rodičů, zákazníků, podnikatelů, zaměstnanců, studentů a mnoho dalších. Tyto role korespondují s druhými osobami, zaměstnáním, okolím nebo i zájmy. Role používá člověk vědomě a s jistým záměrem. Člověk tyto role nepoužívá jako převleky, nýbrž jako jistou formu vystupování, která ho posléze utváří. Navíc se v životě tyto role mění a střídají, a to podle příležitosti, času a

naléhavosti situace. Ke střídání rolí dochází u pacientů v terminálním stavu, kdy své role ztrácejí. Také je v této kategorii popsána reflexe sester na roli zdravotníka.



Obrázek 2 - ŽIVOTNÍ ROLE (zdroj-vlastní)

#### 4.2.1 Role člověka

Respondenti se shodli, že každý člověk zastává nějakou roli, a většinou spíše vícero rolí. Často zazněly odpovědi ve smyslu rolí rodinných a pracovních. Respondent 1 a 2 se shodli na tom, že se role v průběhu života utváří. Respondent 3 vnímá roli člověka jako svobodné bytosti, která je své roli otevřená. Respondent 4 jako jediný uvedl, že role člověka spočívá v rozmnožování. Respondent 5 vnímá rozdělení rolí na ženské a mužské a popisuje jejich odlišnosti.

Respondent 1: „...každý člověk má svou roli ve svém životě, vyvíjí se od narození. Jsou to různé role, role dítěte, role dospívajícího, role rodiče, ...role zdravotní sestry, ...role se vyvíjí během života.“

Respondent 2: „Každý člověk má ve svém životě roli. Já třeba za sebe vnímám roli pro mě nejdůležitější momentálně role matky, babičky, zdravotní sestry, ... každý člověk v tom životě má nějakou roli. ...role se během toho života utváří, ...“

Respondent 3: „...každý tady máme nějaké své místo v životě, máme si splnit tu svoji roli a otázka, jak dokážeme, být otevření a jít prostě... Jakoby po té správné cestě, ale máme naprosto svobodnou vůli.“

Respondent 4: „*Já myslím, že člověk je tu, tak samozřejmě od toho, aby vůbec přežilo lidský pokolení, to je jedna role, abychom prostě nevymřeli, tak to je taková role... spousta lidí je zároveň rodič, zároveň dělá nějakou práci a zároveň je něčí sourozenec a třeba to může být vědec nebo umělec a dělat něco prostě pro kulturu a pro vědu a tak. Takže těch rolí prostě hrozně moc, pak onemocnění, je z něj pacient, taky role.*“

Respondent 5: „*... člověk tady nějakým způsobem je, aby ten svět, nějak obohatil, udělal lepší, ale ta role člověka, ... ženská role. Ta má přece jenom jinou roli než chlap. Tak ženská asi pak vidí největší smysl toho svého bytí v tom, že je prostě matka, pak že je prostě babička, že se stará o to potomstvo a nějak stmeluje tu rodinu. Chlap by to mohl brát, tak, že je prostě ten vůdce té rodiny, že to je třeba živitel rodiny, ...*“

Respondent 6: „*... jsem dobrá dcera... manželka...dobrá máma, protože jsem se snažila jako žít pro tu rodinu a děti vychovat v pořádné a slušné lidi. Jako vlastně jsem ten život, až si myslím, že až moc věnovala rodině, ...*“

Respondent 7: „*Role člověka, tak to je třeba ta máma, pracovník, sestra...*“

#### **4.2.2 Ztráta role**

Ztrátu rolí u pacientů v hospicové péči uvádí většina respondentů. Respondent 7 vnímá u pacientů usilování o svou roli. Respondenti 1, 2, 5 a 6 se shodli, že pro pacienty je náročná ztráta role z důvodu závislosti na pomoci druhé osoby. Respondent 6 uvádí ve své odpovědi přímo degradaci osoby pacienta, který se se ztrátou nevyrovnal. Respondent 4 uvádí, že dochází ke ztrátě rolí, jako např. vedoucí či majitel firmy, ale místo nich se pacient vrací ke svým rolím rodinným. Respondent 5 obrací roli opět k příkladu mužské role a její ztráty, stejně jako v popisu role člověka.

Respondent 1: „*...určitě ztrácejí roli hlavně v tom terminálním stádiu, kdy jsou třeba odkázáni na péči rodiny.*“

Respondent 3: „*Určitě, tam ty role ztrácí, ty, co byli vlastně třeba vůdcem celé rodiny, vůdcové nebo i matky, podle kterých se všechno rozhodovalo a řídilo, teď najednou jsou ti, kteří nemohou a potřebují pomoc ostatních, ...*“

Respondent 4: „*Oni už najednou nejsou vedoucí anebo nejsou majitelé firmy, ...k takovým těm úplně jako bytostným rolím, takže oni jsou teda něčí syn nebo něčí otec, něčí manžel. Vlastně zůstali jim tyhle ty úplně primární jakoby prvotní nějaký role a ty ostatní, který se nabrali během života, tak ty najednou jakoby opadávají, ty odkládají.*“



Respondent 5: „...když je to chlap, tak podle mě na něj padne takovýto, že, že už není schopný tu rodinu zabezpečit, není schopný plnit, jako by tu úlohu toho chlapa, ... možná i vyčítají, že nejsou schopní plnit tu roli.“

Respondent 6: „...přijde z nemocnice, snaží se cvičit, snaží se posilovat a jak vlastně ta nemoc, jak ho válcuje strašně, že on ze dne na den jakoby chátrá, že ztrácí tu sílu, ztrácí... Nejdřív to byl humor a srandičky a příběhy ze života, co jsme si vyprávěli během té péče a postupně, jak z toho člověka se stává, tak jako nemluvný, smutný, apatický, přemýšlivý člověk, jako, který už v podstatě to začíná vzdávat.“

Respondent 7: „...oni opravdu jako o tu roli pořád usilují, do konce svého života.“

- **Smíření**

Respondent 1 uvádí, že při ztrátě role, kdy se s tím pacient nesmíří, dochází k těžké spolupráci mezi sestrou a pacientem. Respondent 2, 3 a 7 vnímají, že se ztrátou role, vlivem nevyлéčitelné nemoci, je velmi těžké se vyrovnat. Respondent 2 a 7 to přisuzují ztrátě sebeobsluhy. Respondent 4 uvádí, že pomoci se smířením může pacientovi nová role.

Respondent 1: „...roli statkáře musela převzít manželka. On jí samozřejmě radil a snažil se dál provozovat tu svou firmu, ale u něho to bylo hrozně těžké, protože on se s tím absolutně nesmířil. ...už není tak soběstačný, že nezvládne to, co zvládal...tam je těžké spolupracovat s tím pacientem.“

Respondent 2: „...určitě to je pro ty lidi hrozně ponižující a hrozně psychicky ubíjející, že tu roli v tom svém životě vlastně najednou nejsou schopní zastat.“

Respondent 3: „To se strašně těžko přijímá ...Vůbec jako smířit se s tím, že jsem najednou neschopný.“

Respondent 4: „...oni prostě spoustu těch rolí už pak nepotřebují, ale naopak potřebují už zůstat třeba v některých těch rolích ...právě ještě udělat kus práce ...ještě ledasco třeba můžou zvládnout v té roli, kdy třeba neměli tolik času na děti.“

Respondent 7: „Nezvládá, když zjistí, jako že tam je potřeba v něčem dohled v něčem, něco dopomoc, tak on to většinou psychicky nedává.“

### **4.2.3 Role zdravotníka v hospicové péči**

Roli zdravotníka vnímají respondenti v některých případech odlišně. Respondenti 1, 5 a 6 vnímají, že zastupují ve své profesi vícero rolí, např. psycholog, rodinný kouč nebo soudce,

z toho vyplývá, že si musí poradit ve více rovinách péče. Respondent 2 vnímá svou roli u pacientů, jako někoho, kdo pomůže vyřešit problém. Respondent 3 vnímá roli zdravotníka jako své poslání a jako někoho kdo pomáhá lidem. Tato odpověď má přesah do kategorie „Péče o druhé“. Respondent 7 jediný uvádí, že vnímá roli zdravotníka jako někoho, kdo může pomoci rodině, která pečuje o nemocného.

Respondent 1: „*Když přijdeme do rodiny, jsme v roli zdravotní sestry, jsem v roli psychologa, ...rodinného kouče, ...povzbuzujeme. ...spory rodinné musíme uspořádat, utěšujeme rodinu, ...*“

Respondent 2: „*My jsme styčný bod, my jsme, ta modla, která přijde a která prostě pomůže a která vyřeší ten problém, ...* „

Respondent 3: „*Vnímám to jako poslání, prostě a dělá mi to dobře pomáhat lidem, ...*“

Respondent 4: „*Protože tam už nejde tolik o nějaký vysvětlování nějakých úkonů, ale jde tam hodně o psychologii, jde tam hodně o, o to se navázat na toho člověka, ...*“

Respondent 5: „*...zastupujeme pak v podstatě vícero rolí, ... musíme působit i jako psycholog, protože s těmi lidmi musíme umět nějakým způsobem mluvit a uklidnit je. Je asi špatně, když tam musíme působit třeba v roli soudce, když ta rodina je nějaká jako znesvářená jeden s druhým a my tam jsme jako nárazník pak pro ně.*“

Respondent 6: „*...takový ty základní biologické potřeby, aby prostě všechno, aby fungovalo vlastně až dokonce, ... Aby nestrádali, vlastně se snažíme přimět tu rodinu ke spolupráci, aby to tam tak nějak fungovalo, ten člověk byl obklopený teda láskou.*“

Respondent 7: „*...dopomoc rodině, protože ta rodina to vůbec nemá jednoduché.*“

- **Pomoc pacientovi**

Respondenti 1, 2, 3, 5, 6 se shodli na roli zdravotníka jako někoho kdo může pomoci pacientovi. Respondenti řeší hlavně otázku bolesti, která je v paliativní péči na prvním místě.

Respondent 1: „*...přijdeme a jedna ampulka uleví od bolesti, ...*“

Respondent 2: „*...se snažíme těm lidem v tom terminálním stadiu, ten odchod ulehčit, pomoc jim, aby netrpěli, aby neměli bolesti, ...ale ta naše role je i v tom být tam s těmi lidmi, vyslechnout je, ...*“

Respondent 3: „... můžu trošku ulevit, v nějakých těch starostech, bolestech, utrpeních a podobně.“

Respondent 5: „jde za nějakým účelem tomu člověku třeba ulevit od bolesti, ...“

Respondent 6: „Snažit se jim pomoci od bolesti...“

- **Rozdíl v roli zdravotníka hospicové péče a roli zdravotníka jiného zdravotnického oboru**

Respondent 1 jako jediný uvádí, že si myslí, že role zdravotníka v hospicové péči je stejná, jako role v jiném zdravotnickém zařízení. Respondent 2, 3, 4, 5 a 6 se shodují, že je role rozdílná, hlavně v tom, že zdravotník v jiném zdravotním zařízení je orientován na výkon, zatímco zdravotník v hospicové péči musí mít jiné vnitřní nastavení. Respondent 7 jako jediný srovnal roli zdravotníka z domova důchodců, který nemá možnost pacientovi poskytnout přijatelnou léčbu bolesti, oproti tomu v hospicové péči, dochází přímo u pacientů k léčbě bolesti, zde se možná respondent dotkl frustrace zdravotníka z nemožnosti poskytnutí adekvátní péče.

Respondent 1: „...myslím, že ten zdravotník vystupuje v podstatě skoro stejně v obou případech.“

Respondent 2: „...v té hospicové péči úplně nevyřešíme ten základní problém, ten, bohužel už, kolikrát nejde vyřešit, my nezhojíme defekt, který má na noze...“

Respondent 3: „To je velmi rozdílné podle mě, ten zdravotník na to musí být nastavený, ... proto pracují v tomhle tom oboru medicíny, protože jim to dělá dobře, že ty lidi prostě zachraňují, posílají zpátky do života.“

Respondent 4: „Zdravotník, který je primárně zaměřený na léčení a vyléčení a vyšetřování a prostě všechny tyhle ty úkony, tak funguje a komunikuje prostě úplně jinak nebo asi by i měl jinak komunikovat než zdravotník, který se prostě dá na hospicovou paliativní péči...v té hospicové péči přístup je mnohem takový holističtější.“

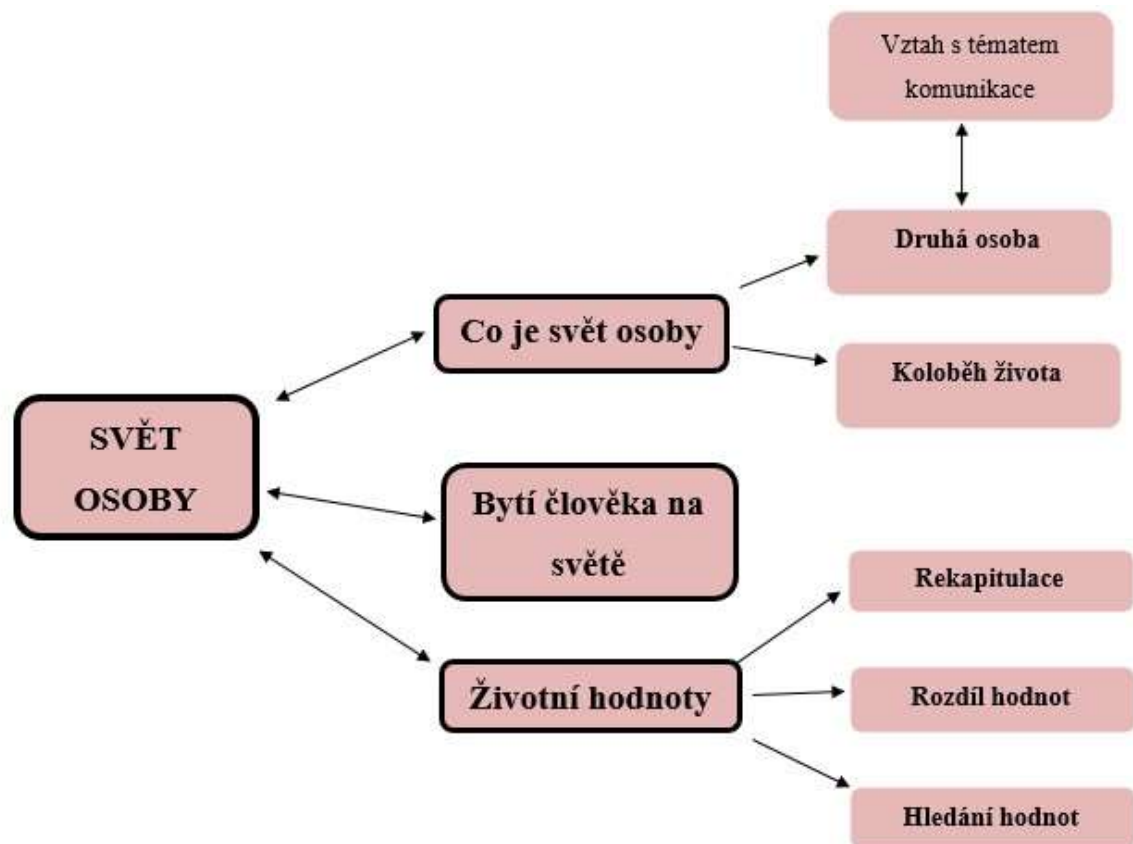
Respondent 5: „... v té nemocnici člověk jede víc jako robot, bych řekla. Nebo prostě na autopilota dělat ty věci, tak jak jako automaticky přijdou pod ruku a v tom množství těch pacientů nemá moc šanci si třeba s tím pacientem navázat nějaký citovější vztah ... V tomhle ta hospicová péče je asi dost rozvinutější v tom, že máme spoustu času a prostoru ty lidi prostě poznávat a každý ten člověk nás nějakým způsobem zasáhne a určitě si při nějaké příležitosti si ho vybavíme, proč nás zasáhl ten určitý člověk a čím. Takže ta hospicová péče si myslím, že se promítla do té role jakoby i ty životní.“

Respondent 6: „V jakýmkoliv jiném zařízení, třeba LDN, tak tam si myslím, že ten přístup těch zdravotníků je trochu jiný. A tady u těch hospicových je takový víc, určitě náročnější, nějak psychicky, hlavně teda psychicky a péče prostě ty pacienty je úplně jiná.“

Respondent 7: „...třeba domovy důchodců tam nemůžou použít výkony, které by těm lidem byly prospěšný, takže infuze, infuzní terapie je nesmysl, ...ty lidi v domově důchodců, bohužel umírají v bolestech.“

### 4.3 Kategorie-SVĚT OSOBY

Z literatury je patrné, že člověk žije ve světě, který je pro něj předem daný, ale svět člověka je utvářen vztahem s druhou osobou. Vztahy s druhou osobou se zabývá subkategorie „Druhá osoba“. Ve výpovědích se objevila vztahovost k tématu komunikace. Dále se filozofie zabývala tím, že by se měl člověk starat o své bytí. Tím se rozumí, že každému člověku by mělo záležet na způsobu bytí na světě a na tom, jak se o svůj svět stará. Souvisí s tím i tvorba hodnot a hledání smyslu života. Hledání hodnot a smyslu života je pro pacienta v terminálním stádiu onemocnění těžká úloha, a ne vždy se podaří ji splnit.



Obrázek 3 - SVĚT OSOBY (zdroj-vlastní)

### 4.3.1 Co je svět osoby

Všichni respondenti se shodli na tom, že svět osoby tvoří blízké okolí člověka, zejména rodina. Respondent 3 jako jediný uvedl, že svět osoby ovlivňuje okolí, a okolní světy druhých osob. Dále se respondenti 4 a 5 shodli na tom, že je svět osoby závislý od výchovy v dětství. Respondent 5 uvedl, že svět osoby se také utváří zkušenostmi.

Respondent 1: „...svět člověka se vytváří od narození tím, jak dítě vyrůstá v rodině, vidí rodinný život, buduje si vztahy s rodinou, potom dospívá...stárne...svět člověka se vytváří jak rodinou, prací, okolím.“

Respondent 2: „Ten je utvářený asi úplně od narození, protože myslím si, že ho ovlivní opravdu ta rodina, do které se narodí. Rodina, v které vyrůstá. Taky vidí tam ty vztahy těch rodinných příslušníků, jak se k sobě chovají rodiče, jak se k sobě chovají babička a děda, jak se k nim chovají sourozenci, ...“

Respondent 3: „každý člověk podle mě ovlivňuje samozřejmě to prostředí a ten svět okolo sebe, to jednoznačně, tím, jak se chová, tím, jak žije, tím, jak všechno vnímá, ...“

Respondent 4: „Svět člověka se vytváří už když přijde na svět, na tenhle svět, ...ovlivňuje ho jeho okolí, kdo ho vychovává, v čem vyrůstá, co na něj působí. Vlastně ta osobnost, která potom, v kterou ten člověk vyrostě, tak to je právě díky tomu působení toho okolí a všech lidí kolem.“

Respondent 5: „No, myslím si, že, že to je právě to, že člověk je nějakým způsobem odmalička vychovávaný, takže ten první svět mu asi utváří nejbližší okolí, jakože rodiče, prarodiče, pak děti ve školce, škola, ty vrstevníci postupně třeba v práci. Takže, takže si myslím, že svět člověka utvářejí všechny ty okolnosti, který ho ovlivňují v životě všechny zkušenosti to, co se naučí. „

Respondent 6: „.... rodina a pak je to vlastně pracovní kolektiv, práce, a tak jako všechno ostatní kolem, ale na prvním místě ta rodina a ta práce.“

Respondent 7: „V našem světě je rodina. Děti. Kamarádi, přátelé, ...“

- **Druhá osoba**

Respondenti 1 a 5 uvádí, že pro svět osoby je důležitý kontakt s druhou osobou. Respondenti 3 a 4 se shodují, že osoby svými činy mohou mít přesah pro svět druhých lidí.

Respondent 1: „...potřebujeme lidi kolem sebe a potřebujeme komunikovat, jsme společenský tvor...“

Respondent 3: „...*toto souvisí právě s tím morálním základem každého toho jednotlivého člověka, že jo, od toho se odvíjí to jeho chování, a od toho se odvíjí ten vliv na ty ostatní. Někdo holt víc kolem sebe šíří třeba, když to takhle rozdělím, dobra, někdo je třeba víc sobecký, tak víc toho zla.* „

Respondent 4: „*A měli by se starat o svoje bytí, protože tím vytváří i pro ty ostatní ten svět...*“

Respondent 5: „*Vzájemně si vytvoříme nějaké pouto i třeba s tou rodinou, aby ta péče měla tu nejlepší možnou kvalitu. Takže si myslím, že se jako ovlivňujeme navzájem, že se možná jeden od druhého učíme, učíme se podle různých reakcí toho pacienta nebo mých, i třeba emocionálních, ...musíme vzájemně poznat já-jeho, on-mě, ...*“

- **Koloběh života**

Respondent 3 vnímá svět osoby jako koloběh života. Tuto odpověď uvedl jako jediný.

Respondent 3: „*Vnímám to tak, že to neustále prostě koluje a neustále se obnovuje ten svět, ale víceméně ta hmota a tady zůstává. ...živý tvor zemře, zeteleje, dostane se do půdy, dostanete se všude do toho, pak zase nový život ve formě rostliny, kterou zase použije nějaký život.*“

#### **4.3.2 Bytí člověka na světě**

Respondent 1 vnímá starost o bytí jako něco co už vytváří svět osoby. S tím souhlasí i Respondent 2 a popisuje přesah pro druhou osobu, tím je vyjádřen vztah subkategorie „Bytí člověka na světě“ a „Co je svět osoby“ – „Druhá osoba“. Respondenti 3, 4 a 6 uvádí, že každý se stará o své bytí na světě individuálně.

Respondent 1: „...*jak kdo se stará o své bytí, ale že svým způsobem si všichni lidé tvoří svůj svět už tím, jak se starají o sebe, o své tělo, o svou duši, jak komunikují, jak pracují, jak odpočívají...*“

Respondent 2: „*Nadarmo se neříká, jaký si to uděláš takový to máš. Tak to je, takže, jako, pokud se staráš o to, aby si měl spokojený život, aby si měl spokojené manželství, spokojenou rodinu, tak od toho se to všechno utváří, ... to je to spokojený bytí, ... A je důležité se o to starat, ..., abys byl spokojený a vytvářel jsi tu spokojený bytí všem okolo.*“

Respondent 3: „*To je strašně individuální, někdo ano někdo ne.*“

Respondent 4: „*To je individuální, si myslím, že existují lidé, kteří se nestarají o své bytí, celkem je jim všechno jedno. Ale jsou lidé určitě, kteří se starají o svoje bytí.*“

Respondent 5: „...lidé, kteří trošku už mají v hlavě srovnáno, co by třeba se životem chtěli, takže ty si zatím asi jdou a třeba hledají to, co pro ně správný. To si myslím, že u těchto funguje. Pak je otázka těch druhých, který to mají úplně jako nebo jim to jedno.“

Respondent 6: „No, je to asi individuální, u každého je to jiný. Co je člověk, co je rodina, tak tam se setkáváme úplně s odlišnými a s jinými. ...Vlastně jiným přístupem, jiným přístupem myšlení k téhle otázce.“

### 4.3.3 Životní hodnoty/smysl života

Tato subkategorie byla rozdělena na tři části a to Rekapitulace, Rozdíl hodnot a Hledání hodnot.

- **Rekapitulace**

Všichni respondenti se shodli, že pacienti v terminálním stádiu rekapituluji svůj život.

Respondent 1: „...v terminálním stádiu se ty lidi k tomuhle vracejí, hledají smysl života, snaží se si to všechno sesumírovat a projít, co udělali špatně, co udělali, co mohli udělat jinak.“

Respondent 2: „... pacient v tom terminálním stadiu si ty životní hodnoty hodně přehodnocuje.“

Respondent 3: „Až když přijde nějaká fatální záležitost, tragická ztráta někoho blízkého, nebo ta nemoc vážná, takže pak člověk začal velmi rychle.... Většina z lidí začíná velmi rychle přehodnocovat a teprve dochází k tomu jádru a k tomu, co vlastně v tom, že o životě je a není důležité.“

Respondent 4: „Přemýšlí nad svým životem, nad hodnotami, vůbec nad tím svým bytím, nad vztahy, ...“

Respondent 5: „...rekapituluji, jestli si splnily to, co chtěli, nebo jestli ne, ...nějakým způsobem bilancuje nad tím životem a určitě si uvědomuje, že jsou věci, který třeba šlo udělat jinak nebo který by chtěl ještě stihnout.“

Respondent 6: „...rekapituluji si to svoje žití.“

Respondent 7: „...zrekapituluji ten svůj život, že si ho tak nějak jako proberou to, co tam bylo, co tam nebylo, ...“

- **Rozdíl hodnot**

Respondent 1 a Respondent 2 shodně uvedli, že vnímají rozdíl v hodnotách člověka v mládí a ve zdraví, proti hodnotám člověka ve stáří nebo v nemoci. Respondent 3 vnímá rozdíl hodnot ve smyslu přístupu člověka.

Respondent 1: „...většina našich pacientů jsou starší, takže ty mají trošičku jiný životní hodnoty, než dnešní mladý lidi...“

Respondent 2: „...když je člověk mladý, nevnímá ty životní hodnoty, tak úplně. Když je člověk mladý, vnímá ty hodnoty, prostě... chci si užívat, chci žít, ...“

Respondent 3: „Někdo opravdu se ptá po smyslu toho všeho, snaží se žít dobrý život a nikdo nad tím vůbec nepřemýšlí, žije víc konzumně a materiálně.“

- **Hledání hodnot**

Respondenti 2, 3, 4 a 7 se shodují na tom, že pacienti v terminálním stádiu se snaží hledat hodnotu svého života anebo smysl života v tom, že ještě chtějí udělat něco pro své blízké, zanechat jim něco co bude mít smysl pro pozůstalé. Respondent 6 vidí hodnotu, kterou pacient v terminálním stádiu může hledat, jako urovnání vztahů.

Respondent 2: „Oni snaží se, nepřemýšlí ..., aby oni se měli dobře, ale snaží přemýšlet o tom, aby až tady nebudou, aby ta jejich rodina se měla líp, aby prostě to zvládli, ten odchod, když tady nebudou.“

Respondent 3: „Nebo předat, předat něco ještě manželce, předat něco dětem, ať už to mají být informace nebo něco hmotného.“

Respondent 4: „...chtějí jenom něco dodělat, dokončit něco co prostě, co prostě začali...“

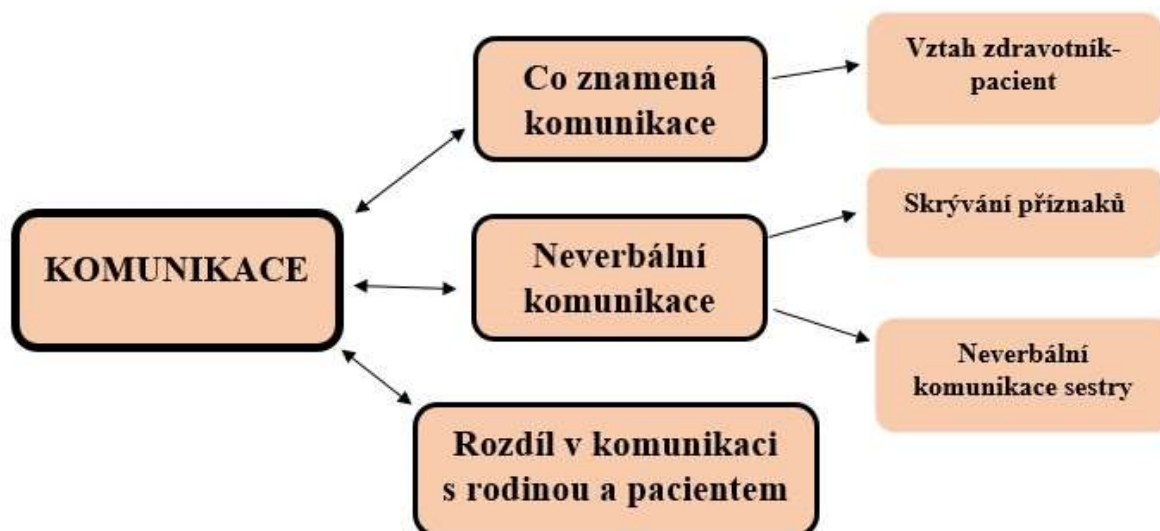
Respondent 6: „snažili jako o urovnání nějakých těch vztahů, co měli nedořešené a aby teda odcházeli tak nějak v klidu a smíření, srovnání s tím životem.“

Respondent 7: „V tu chvíli asi tam myslí i na ty své příbuzné, děti a podobně, jak to udělat, tak, aby oni potom žili.“

#### **4.4 Kategorie-KOMUNIKACE**

Komunikace je pro osoby charakteristická, jelikož žádný jiný živočich se nedorozumívá mluvenou řečí. Rozhovor je základní forma dorozumívání mezi osobami. Dalším způsobem je neverbální komunikace, kdy dochází k největšímu náhledu do člověka, přes jeho gestikulaci, řeč očí, tváří a postoje. Touto komunikací se nepředávají dílčí informace, nýbrž postoje, nálady či emoce. Pro hospicovou péči je komunikace hlavním pilířem pro navázání vztahu s pacientem. Navázání důvěrného vztahu je důležité pro správnou léčbu, která má pacientovi zkvalitnit život. Neverbální projevy jsou důležitým měřítkem pro zhodnocení léčby.





Obrázek 4 – KOMUNIKACE (zdroj-vlastní)

#### 4.4.1 Co znamená komunikace

Respondenti 1, 2, 3, 4 a 5 se shodují na tom, že pro péči je komunikace v hospicové péči velmi důležitá. Respondent 6 popisuje individuální přístup ke komunikaci ze strany zdravotníka.

Respondent 1: „...je obrovsky důležitá u těch pacientů...“

Respondent 2: „...každý člověk v průběhu té nemoci potřebuje úplně jinou komunikaci, úplně jinou informovanost.“

Respondent 3: „Komunikace, jedna z nejdůležitějších věcí mezi lidmi...“

Respondent 4: „Komunikace to je alfa a omega, no. To je komunikace. Jakmile nefunguje komunikace, tak podle mě nefunguje prostě nic...“

Respondent 5: „je komunikace všechno, protože kdybychom nekomunikovali a pacient nechtěl komunikovat s námi, tak v podstatě my nejsme schopný tu péči zajistit.“

- **Vztah zdravotník-pacient**

V komunikaci je důležité navázat důvěrný vztah. V hospicové péči je to nezbytná disciplína. Respondenti 1, 3 a 5 ve svých výpovědích uvádí, že pro získání důvěrného vztahu s pacientem a udržení jeho důstojnosti je třeba dobře volit komunikaci. Respondent 2 poukazuje na důležitost naslouchání pacientovi i rodině. Respondenti 3 a 7 se shodují na tom, že chápou, v jaké je pacient situaci a jakýkoliv projev pacienta respektují. Respondent 4 upozorňuje na důležitou chybu z praxe, že by se nemělo hovořit o pacientovi s rodinou v jeho blízkosti a mít domněnku, že nás neslyší.

Respondent 1: *“...když přijde k pacientovi zdravotník, který nekomunikuje, je tichý, nebo jenom jednoslovně odpovídá, nebo se ptá jenom na základní věci, tak ten pacient cítí odstup, cítí takový chlad, než když přijde k pacientovi, který prohodí, jaké je dnes počasí venku ... co bude dobrého k obědu a jestli ho nebolí nohy a že má hezké pyžamo, tak si myslím, že ta komunikace je fakt důležitá.“*

Respondent 2: *„Kolikrát si myslím, že vyslechnou tu rodinu a popovídat si s nimi, nejenom rodinu, ale i toho pacienta, je daleko důležitější, než přijít a píchnout nějakou analgetickou medicínu, prostě, že, kolikrát lidi uvítají daleko víc než opravdu ten samotný úkon, vyloženě na to čekají. „*

Respondent 3: *„Takže ta sestra to tam musí držet a musí reagovat a snažit se samozřejmě toho pacienta, nějakým způsobem podpořit, porozumět mu, dát mu najevo, že mu rozumí, že je v takové situaci, že jeho chování je normální, že ty jeho reakce v téhle situaci jsou normální a že ho akceptuje a respektuje.“*

Respondent 4: *„...je určitě dobré jako nedělat takovou tu chybu, že třeba komunikujeme s rodinným příslušníkem, si myslím o tom pacientovi nad jeho postelí a on třeba částečně vnímá, nevnímá, ale je potřeba komunikovat i s ním s tím člověkem samotným. Protože je to, je to o té důvěře, o tom, že se tam nějaký vztah vytvoří.“*

Respondent 5: *„...od toho prvního kontaktu, se musíme snažit nějak vzájemně se respektovat, ... navázat ten vztah, ale takovým způsobem, abych já prostě respektovala tu důstojnost toho pacienta, nějak mu ji nenarušovala, aby se necítil prostě nepříjemně, nebo že by se styděl mluvit.“*

Respondent 6: *„Je to hrozně individuální, protože v podstatě každý pacient je jiný a člověk vlastně přijde do nové rodiny, vlastně toho člověka neznáme a musíme se rychle orientovat a rychle podle toho taky reagovat. ... vždycky s takovou přívětivostí a s takovou pokorou k těm lidem přicházím a čekám teda, jak, jak se ta situace jako začne vyvíjet, protože ta se teda vyvíjí a pokaždé je to jiné.“*

Respondent 7: *„On může být hodný, on může být agresivní, on může být odevzdaný, on může být všelijaký..., takže v tu chvíli já toleruju všechno...“*

#### 4.4.2 Neverbální komunikace

Respondenti 3, 4, 5 a 7 uvádí svou zkušenost z praxe, jak se neverbálně chová pacient v hospicové péči. Respondenti 4, 5 a 7 shodně uvádí, že pacient verbálně své pocity nevyjádří, ale sestra se může dle pozorování neverbálních projevů domnívat, že se něco děje.

Respondent 3: „*Výraz obličeje, ta mimika, to je jednoznačný, u někoho to přichází do celého těla, že prostě je roztěkaný, neklidný, že je rozklepaný ...*“

Respondent 4: „*...to může být takové uhýbání pohledem – prostě nechci, nechci úplně vidět to, jak je to špatný, tak radši uhnu, jo. I to může být, třeba že ten pacient jako mávne rukou, jakože dobrý, že vlastně se nic neděje.*“

Respondent 5: „*... pacient s námi třeba nechce mluvit, tak neotevře na nás oči, otočí se prostě zády nebo mávne rukou, když se ho něco ptáme.*“

Respondent 7: „*...takže já vidím, jak ten člověk se tváří, protože on takhle verbálně plno věci neřekne...*“

- **Skrývání příznaků**

Respondenti 2, 4, 5, 6 a 7 přiřazují nejčastější neverbální projev bolesti. Pacienti se snaží bolest skrývat a nemluví o ní, někdy ani s rodinou, ale zdravotník může podle neverbálních projevů zjistit, že pacient trpí.

Respondent 2: „*spousta pacientů, který se snaží třeba tu bolest, konkrétně skrýt, snaží se být jako hrdinou, ...nechtějí přidělovat rodině starosti, takže je pak důležité, když vidíme, že třeba ho otočíme na bok a vidíme, že sykne.*“

Respondent 4: „*...vidíme, že, sice nám říká ne, mě to nebolí, je to dobrý. Ale ve skutečnosti je vidět, že fakt jako trpí, ...*“

Respondent 5: „*Když má bolesti, tak je vidět, že prostě má bolestivé grimasy, přivírá jako očima, třeba ruce v pěst, takže z toho ty bolesti dokážeme nějakým způsobem vypořádat.*“

Respondent 6: „*oni neřeknou AU, to mě bolí, ale už jako z těch výrazů nebo i z těch pohybů člověk hodně pozná.*“

Respondent 7: „*co vás bolí, protože ty lidi, to kolikrát neřeknou, ale zatváří se, ...*“

- **Neverbální komunikace sestry**

Dle uvedených odpovědí bylo zjištěno, že nejčastějšími neverbálními projevy jsou dotek a úsměv. Sestry se tak snaží pacientovi vyjádřit porozumění a podporu, Respondent 3 uvádí, že co lze někdy vyjádřit neverbálně, slovy vyjádřit nelze.

Respondent 1: „...člověk musí odhadnout pacienta...dotyk pacienta, pohladit ho, stačí si myslím chytit za ruku, což teda se snažím dělat u většiny pacientů. ...do teď byly roušky, takže úsměv není moc vidět, ale myslím si, že na očích poznají, že se ten člověk usmívá, že opravdu...emoce... dát najevo, že s ním prostě soucítím, že jsem tady s ním, že jsem tady pro něj.“

Respondent 2: „Samozřejmě i z naší strany je důležitý, byť to pro nás není mnohdy jednoduchý, se snažit je povzbudit tak, ať je to třeba pohlazením, úsměvem, tak tohle to si myslím, že je strašně důležitý.“

Respondent 3: „...někdy stačí neverbální komunikace pro vyjádření nějakého pochopení a podpory. Někdy tam slova ani úplně nejsou a nejdou použít podle mě.“

Respondent 5: „pacienta nějak jakoby povzbudit, takže prostě se ho dotkneme na ruce, na rameni, pohladíme ho po lopatce nebo cokoliv. To si myslím, že ten dotyk používáme všechny a možná, že už to děláme opravdu nevědomě. Hodně podle mě funguje to, že se na ty lidi smějeme, ...“

Respondent 7: „... je to přirozený, tak chytím...když to není přirozený tak to neudělám...“

#### **4.4.3 Rozdíl v komunikaci s rodinou a s pacientem**

Ve většině odpovědí se respondenti shodli, že musí v komunikaci s rodinou volit jiný přístup nežli s pacientem. V komunikaci s pacientem se musí vhodně volit slova. V komunikaci s pacientem se nejčastěji sestra snaží připravit rodinu na to co nastane, když pacient zemře. Jak uvádí Respondent 2 někdy je potřeba říct rodině, že přichází pacientův čas, aby se včas mohli rozloučit.

Respondent 1: „,, ...málokterý pacient zeptá, jak dlouho mi ještě zbývá...většinou jsme více otevřenější v komunikaci s rodinou, ...upínají se asi na každý den, kdy tady ještě mohou být...rodina chce být připravená, ...Rodinu informujeme, co může nastat, ...jak mají postupovat, ...“

Respondent 2: „...té rodině pak řeknu, ... připravte se, buďte s maminkou, ten konec se blíží. Držte ji za ruku. Tohle to před tím pacientem neřeknu. Tohle to řeknu té rodině, protože ten pacient si myslím, že sám vycítí, že už ten konec se blíží, ale ta rodina si to, kolikrát nechce připustit, což samozřejmě chápu a je to jasné.“

Respondent 3: „,,Musí se opravdu hodně volit slovo a každý člověk je jiný, takže co zafunguje u jednoho, nezafunguje u druhého, je nutný vnímat všechny tu neverbální komunikaci té rodiny i toho nemocného. „

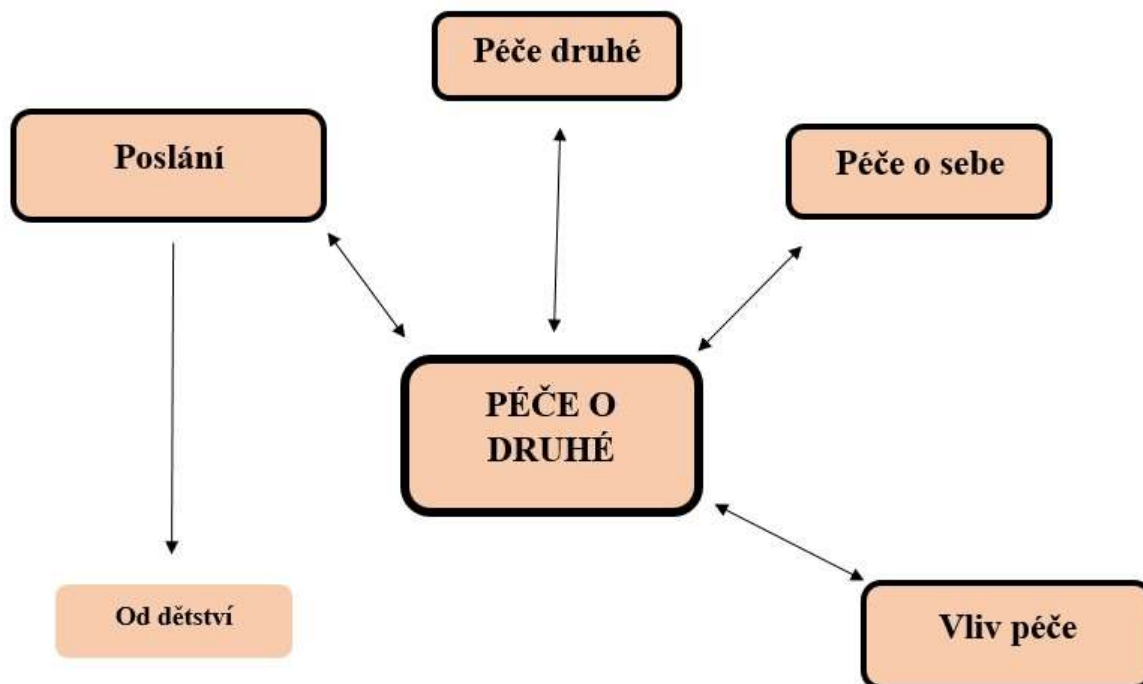
Respondent 4: „...často je potřeba použít jiný přístup na rodinu a na pacienta...Ale u té rodiny hodně často pak dochází k tomu, že potřebujeme s nimi promluvit i o takových těžších věcech a tam ten přístup je podle mě jiný.“

Respondent 5: „Takže určitě rozdíl v té komunikaci s pacientem, ať už tam je ta rodina nebo není, ale je to znát, že když tam není, je sám, tak se určitě dokáže víc otevřít. To samý, že rodina asi úplně nechce ty, ty nepříjemný věci, co přijdou po tom konci řešit samozřejmě před tím, před tím dotyčným tak, že to se snažíme řešit někde taky v klidu sami, kde nám ty lidi můžou říct právě ty obavy, ten strach svůj, co, co tam panuje nebo čeho se nejvíc boj.“

Respondent 6: „,ta rodina, mám někdy pocit, že pořád něco rozehrává, ne vždycky, ale velice často a člověk tak jako kolikrát se jim snaží naznačit, tak jako trošku dát vysvětlit jim, jak vlastně ta situace, jak vypadá...“

#### **4.5 Kategorie-PÉČE O DRUHÉ**

Péče o druhé je ve filozofické literatuře chápána jako něco přirozeného. Tento pud se vyvíjí od dětství, kdy hlavní vliv na tento fenomén má zkušenost se způsobem výchovy rodičů. Jinou formou péče o druhé je zachraňování a pečování o cizí osoby. Je to potřeba převzít odpovědnost za druhého a poskytnout jim láskyplnou péči. Obětavá péče o druhého obsahuje úctu k druhé osobě a radost z poskytované péče. V paliativní péči mají sestry tento pud v sobě hluboko ukotven a většina z nich to chápe jako své poslání.



Obrázek 5 - PÉČE O DRUHÉ (zdroj-vlastní)

#### 4.5.1 Péče o druhé

Respondent 1, 4, 5 a 7 shodně vnímají péči o druhé, jako něco, co je v lidech zakotvené a vyvíjí se od dětství. Respondent 4 vnímá péči o druhé jako přirozený pud žen. Respondenti 3, 4 a 5 vnímají péči o druhé jako svou přirozenost.

Respondent 1: „*A péče o druhé, od malička, prostě narodí se miminko, stará se o něj maminka. Dítě vyroste, pomáhá se třeba starat o sourozence. Potom v dospělosti se zase staráme o rodiče, ... Vlastně z toho taky pak vychází to, že jsem prostě zdravotní sestrou a tam ta péče o druhé je nejdůležitější, ta součást.*“

Respondent 2: „*...jak jsem byla vychovaná, ovlivní tu péči o ty moje pacienty, byla jsem vychovaná se postarat o ty, kdo mě potřebují, a tak to praktikuji ve svém životě a ve své profesi a ve své práci.*“

Respondent 3: „*Já vím, že pro mě přirozenější a mé povaze pečovat o ty právě ty seniory a umírající...*“

Respondent 4: „*...tak já si myslím, že jako přirozenější nebo možná to je předsudek, já mám pocit, že ženský, tak všeobecně mají úplně už jako v sobě asi zakódovanou geneticky péči o druhé víc...Tak samozřejmě, o některý lidi je úplně samozřejmí pečovat. To je jako prostě o*

*malý děti a o svoje blízký, nemocný nebo tak, tak to je to, nevím, to je něco, co je si myslím úplně přirozený“*

Respondent 5: *„... většina lidí má v sobě možná vrozený pud. To, že potřebuje pečovat o ty druhé, takže tím, jak dospíváme, dobře, nejdřív starali o nás rodiče, když jsme byli malí. ... Víme, že se budeme muset starat o naše rodiče, že se budeme muset starat o prarodiče. Takže si myslím, že většina lidí tu péči dělá tak nějak asi jakoby přirozeně, nevědomě.“*

Respondent 6: *„...ať to bylo v rodině, mimo rodinu, tak, ... nenechala nikoho na holičkách...tenhle vztah tam teda mě je zakotvený silně...Jako vnitřní uspokojení, takový pocit, že můžu pomoci těm druhým.“*

Respondent 7: *„Péče o druhé může být o děti, o manžela a podobně. ...Myslím si jako, že to naše povolání už jako k tomu je.... k tomu jsme stavěné snad, ...“*

#### **4.5.2 Poslání**

Všichni respondenti se jednohlasně shodli na tom, že péči o druhé vnímají jako své poslání.

Respondent 1: *„...je to součást mého života, ...to poslání a je to součást prostě mé práce.“*

Respondent 2: *„Asi jsem takový ten tvor, který to má v tom svém nějakým tom osudu napsaný, že se prostě o ty druhé bude vždycky starat.“*

Respondent 3: *„No, já žiju proto abych pečovala o druhé.“*

Respondent 4: *„Tak vnímám to tak, že je to smysluplný, dává to životu nějaký úplně jiný, asi jiný smysl, ...“*

Respondent 5: *„Takže já to beru jako přirozenou součást toho života se starat o ty, co už pak třeba nemůžou nebo to potřebují.“*

Respondent 6: *„pro mě je to takový smysl života péče o druhé“*

Respondent 7: *„Jako naplňuje mě to, i když je to jako strašně těžký občas, ...“*

- **Od dětství**

Respondenti 1, 2, 5 a 6 uvedli, že chtěli pracovat s lidmi nebo jim pomáhat už od dětství.

Respondent 1: *„...když je to takový klišé, tak jsem se chtěla starat o druhé od malička.“*

Respondent 2: *„...od dětství jsem chtěla pracovat s lidmi...“*

Respondent 5: „*Tak mamka dělala ve zdravotnictví, takže když jsem za ním chodila se koukat, tak jsem to viděla.*“

Respondent 6: „*od mala věděla, že bych tuhle práci chtěla dělat...*“

### **4.5.3 Péče o sebe**

Respondenti 4 a 6 se shodují na tom, že je potřeba pečovat o sebe a nepřekračovat hranice svých možností.

Respondent 4: „*Ale samozřejmě, že musíme pečovat i o sebe, abychom pak byli schopni pečovat o ty druhý, no, protože zase pečovat o druhý úplně bezmyšlenkovitě, skákat za nimi do nějaký jámy, aniž bychom jim tam třeba spíše jako podali žebřík, tak to je, to si myslím, že je potom může být jako zničující. Takže mít nastavený nějaký hranice i v té péči o ty druhé...*“

Respondent 6: „*nějaký trošku odstup, aby to toho člověka úplně nesešlo. Jo, tak jako ve vši jako citlivosti, ve vši pokoře, ale ten odstup prostě tam nějaký funguje.*“

### **4.5.4 Vliv péče**

Respondenti 2, 5, 6 a 7 cítí, že je péče o hospicové pacienty ovlivnila. Respondent 2 došel k myšlence, že chce pomáhat lidem strávit své poslední dny mezi svými blízkými. Respondent 6 uvádí, že mu péče o terminální pacienty změnila pohled na člověka.

Respondent 2: „*...ovlivnilo hrozně moc a díky tomu prostě vím, že by se mělo každému člověku umřít tam, kde si přeje a v blízkosti těch svých milovaných.*“

Respondent 5: „*... to ovlivní každého, protože to je hrozně, myslím si, že hlavně psychicky a emocionálně náročný, tahle péče. Setkávat se v podstatě s tou smrtí dost často, protože to člověk jakoby úplně takhle k tomu nepřijde, když nedělá v tom zdravotnictví nebo v nějakých jiných záchranných složkách.*“

Respondent 6: „*...určitě mě změnila taky ten pohled na život vlastně nakonec toho života. A asi o tom člověku víc trošku přemýšlím.*“

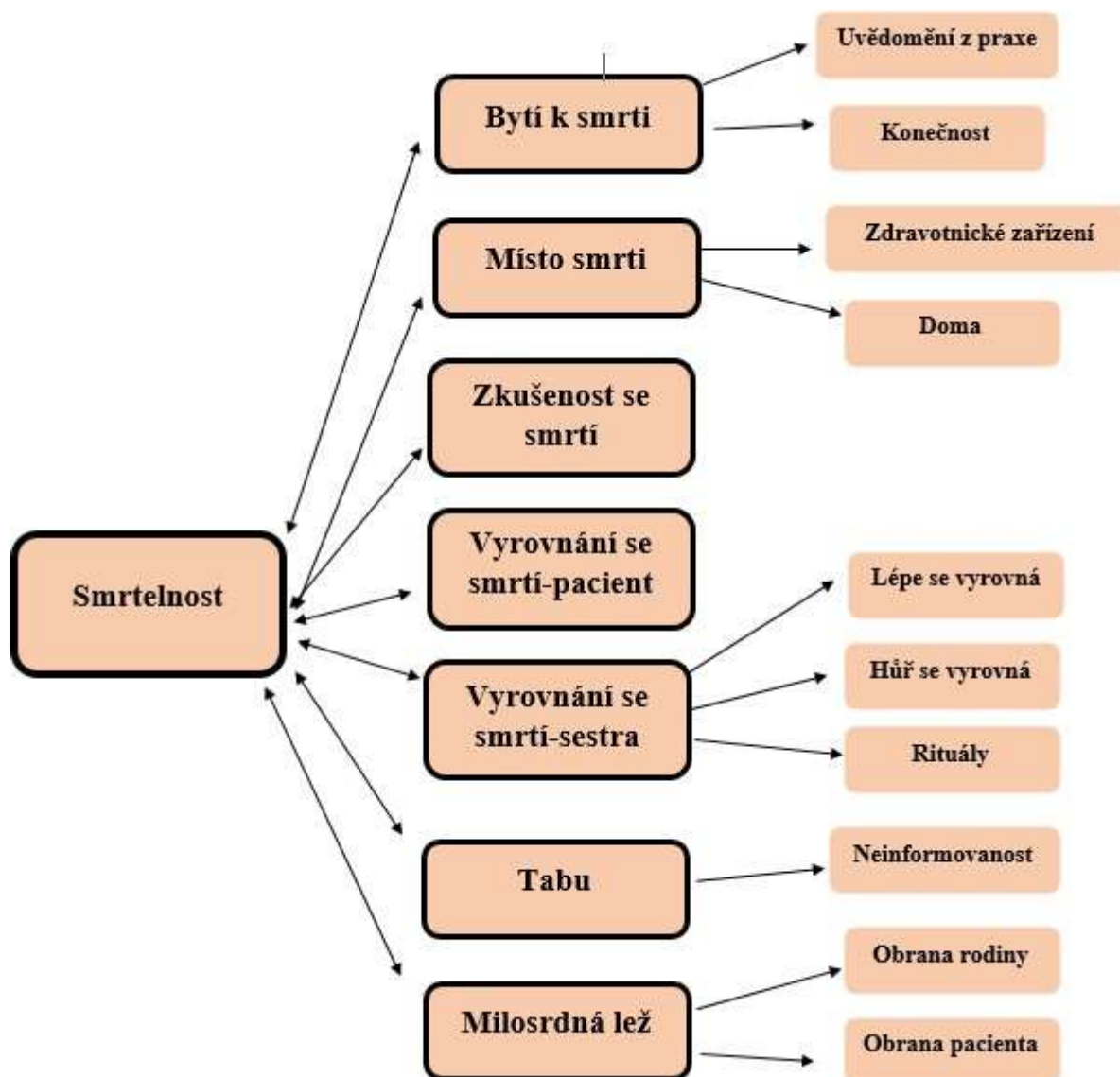
Respondent 7: „*Ovlivnila mě v tom, jako, že vůbec to není jednoduché pro nikoho, jak pro toho pacienta, tak i pro tu rodinu, ...*“

## **4.6 Kategorie-SMRTELNOST**

Pro hospicovou péči je otázka smrti velkým tématem. Zdravotníci hospicové péče se se smrtí setkávají velmi často, a proto se zkoumalo jaký má praxe v hospicové péči vliv na zdravotníky,



co jim pomáhá se se smrtí vyrovnávat a jak vnímají smrtelnost u svých pacientů. Dále se v kategorii „Smrtelnost“ objevuje subkategorie „Milosrdná lež“, která má přímý vztah k subkategorii „Tabu“. Filozofie osoby pojednává o tom, že člověk již od narození směřuje ke smrti. Tato informace se vyskytovala i v odpovědích respondentů.



Obrázek 6 – SMRTELNOST (zdroj-vlastní)

#### 4.6.1 Bytí k smrti

Respondenti 1, 2, 3 a 4 uvádí, že člověk ve svém životě spěje ke smrti. Stejně definuje konečnost života filozofie osoby. Respondenti 6 a 7 se zaměřují na způsob života, kterým následně dojdou ke smrti, záleží jim na spokojeném bytí.

Respondent 1: „...člověk se narodí a v podstatě prochází životem s tím, že je život konečný a končí prostě smrtí...všichni jsme smrtelní...všichni k tomu směřujeme.“

Respondent 2: „Každý člověk, který se narodí, tak probíhá tím životem a ten život prostě končí, nikdy nevíme, kdy to bude, někdy to může být ve 40, 50, 80, 95, je to prostě takové, ale každý ten člověk prostě jednou umře.“

Respondent 3: „Od samého začátku, vlastně od narození. Nejdřív samozřejmě teda dorůstáme, pak stárneme a tenhle ten současný život je takový bytí k smrti, dá se říct.“

Respondent 4: „...každé bytí směřuje ke smrti, že od svého začátku prostě tím, že vůbec to samotný bytí vlastně je počátkem něčeho, co je konečný, tzn. že prostě k té smrti směřuje vždycky.“

Respondent 6: „... odejdeme a budeme se snažit tak, abychom ten život prožili podle svých představ. Podle představ, ... abychom tak nějak byli spokojený sami se sebou a spokojený s tím, jak jsme ten život prožili.“

Respondent 7: „Bytí k smrti...nějaký život, který si prožiješ ...je lepší.... Každý, jak si ho udělá takový je...A pak je ta smrt.“

- **Uvědomění z praxe:**

Respondenti 1, 3 a 4 uvádí, že k vnímání smrtelnosti člověka a k zamyšlení nad daným tématem je dovedla praxe v hospicové péči. Respondent 7 uvádí jako východisko z praxe, že pacientům záleží na způsobu smrti.

Respondent 1: „Myslím, že mě k tomu dovedla i ta praxe hospicové sestry, ...protože všichni naši pacienti směřují ke smrti v terminálním stádiu.“

Respondent 3: „...do jisté míry si to člověk uvědomoval už od mládí, ale pak už víceméně životní zkušenost, to že jsem přišla o rodiče, ve svých 25 letech... pak i ta, samozřejmě, to že se s tím setkávám při své profesi.“

Respondent 4: „Ale u lidí, kteří jsou políbení hospicovou péčí nebo v ní pracují, tak je samotná ta práce podle mě nutí k tomu nebo vede k tomu, že nad tím přemýšlejí víc.“

Respondent 7: „Asi většina lidí si přeje, mít tu smrt jako rychlou. Ne takovou natáhlou...“

- **Konečnost**

Respondenti 1 a 5 uvádí souvislost vnímání konečností života s přibývajícím věkem. Respondent 3 usuzuje, že je dobré myslet na konečnost už od mládí, aby člověk měl dobře nastavený vnitřní hodnotový systém. Respondent 4 pozoruje konečnost u svých pacientů ve fázi smíření. Tím odkazuje na dílo Elisabeth-Kübler Rossové, popisující fáze smíření umírajícího pacienta.

Respondent 1: „...s přibývajícím věkem si to člověk opravdu uvědomuje, ...třeba v domácí hospicové péči se setkáváme i s pacienty v našem věku, ...to si člověk uvědomuje čím dál víc.“

Respondent 2: „Každý člověk prostě ví, že ten jeho konec se blíží a že už moc nezbyvá. Takže určitě ta smrtelnost tady je a každý člověk se s tím vyrovnává trochu jinak, ...“

Respondent 3: „No je pravda, že je dobře i v mladým věku na tu smrt jako myslet, aby právě si člověk rovnal ty hodnoty, co je a není důležitý a za čím se v tom životě hnát a nehnat.“

Respondent 4: „...dojdou do nějaké fáze, kdy tam dojdou k nějakému smíření, tak tam si myslím, že oni už se vyrovnávají, vlastně už je to takový ten zlom, který přichází a už nebojují o ten život a vlastně smíří s tím, že jsou smrtelní, že ta smrt přijde a berou to jako přirozeně.“

Respondent 5: „Rozhodně ne v mládí nebo nějakým středním věku, asi ke stáří už nad tím člověk začne uvažovat.“

#### **4.6.2 Místo smrti**

Subkategorie „Místo smrti“ bylo rozděleno na část „Zdravotnické zařízení“ a část „Doma“.

- **Zdravotnické zařízení**

Respondenti 1, 2 a 5 vnímají jako problém umírání v instituci v samotě pacienta, kdy jsou často odříznutí od svých rodin a jsou obklopeni cizími lidmi. Dále Respondenti 1, 2, 5 a 6 uvádí odosobnění péče ve zdravotnických zařízeních. Respondent 3 uvádí ve své výpovědi, že ne vždy se podaří zajistit péči rodiny doma a dále popisuje skutečnost, kdy se vlivem rychlého úmrtí pacient nestihne dostat domů. Respondent 4 vnímá pobyt hospicového pacienta v nemocnici jako zbytečný.

Respondent 1: „...přišlo mi to anonymní, o samotě, ti lidé umírali většinou v noci, sami prostě, rodina tam nebyla vpuštěna.“

Respondent 2: „...umře sám v nějaké instituci, kde, ... ho berou jakoby jako kus, ...“

Respondent 3: „...spouště z nich to není dopřáno, protože k tomu buď nemají rodinu, která by byla schopná, ochotná se postarat, nebo to fakt není v jejich možnostech, anebo ta smrt přijde tak rychle, že se z toho, z těch institucí nestačí dostat.“

Respondent 4: „v té instituci mu nikdo nepomůže, takže tam už to není o tom, že ho někdo odoperuje, že mu dá nějaké infuze a tabletky a bude to dobré...“

Respondent 5: „a v té nemocnici to je tak strašně neosobní, že si myslím, že ty lidi trpí už jenom z té psychický stránky, že tam musí být, že jsou sami, že ta rodina je někde doma a nemůžou se třeba rozloučit.“

Respondent 6: „... profesionální, bez nějakého lidského přístupu, bez toho, bez nějakého citu, bez... Taková jako pasivní. ... z toho lidského hlediska prostě ta péče tam není.“

- **Doma**

Respondenti se shodují na faktu, že pro pacienta v terminálním stádiu je důležité být v posledních chvílích v kruhu svých blízkých.

Respondent 1: „...když umírají doma, jsou s rodinou, jsou ve svém prostředí, jsou ve své posteli.“

Respondent 2: „...je pro něj strašně dobře, když umírá v kruhu rodinným, že má ty blízké kolem sebe, ...“

Respondent 3: „Řada má jednoznačné přání, hodně z nich si myslím, že chce zemřít doma, ...“

Respondent 4: „Tady už prostě ví, že je to konec a chce být prostě s těmi lidmi, se kterými za celý ten život třeba navázal vztahy a chce je mít blízko.“

Respondent 5: „umírat doma, protože doma jsou ve svém prostředí, jsou, jsou prostě jakoby smířený, jsou, dejme tomu, nějak odevzdaný tomu, že to prostě přijde, když je to očekávaný, samozřejmě. Mají tam tu rodinu, ...“

Respondent 6: „aby opravdu byl doma a byl doma v kruhu svých nejbližších, že to je teda teď taková ta alfa omega.“

Respondent 7: „Tam je to tak, jakože rodina se postará, ...“

### **4.6.3 Zkušenost se smrtí**

Respondenti 2, 4, 5 a 6 se ve svých výpovědích shodli v tom, že první zkušenost se smrtí si odnesli ze studentské praxe, Respondent 5 uvádí špatnou zkušenost, která ho negativně

ovlivnila. Respondenti 1 a 7 se poprvé se smrtí setkali v zaměstnání. Respondent 2 uvádí jako další zkušenost se smrtí v rámci domácí péče, která respondenta zasáhla. Respondent 3 uvádí první zkušenost se smrtí ze svého dětství, která ho špatně neovlivnila. Respondent 7 uvádí, že v dětství se se smrtí nesešel, ačkoliv mu dle odpovědí v rozhovoru zemřela babička, nicméně byla v rodině smrt tabu a bylo nepřijatelné o tom s dítětem mluvit. Zde je vztah k subkategorii „Tabu“.

Respondent 1: „...na interním oddělení, ...byla jsem tam sama, ...i po těch letech si to pamatuju. ...nemyslím, že mě to ovlivnilo nějak negativně, ...“

Respondent 2: „... na praxi na interně, ... umřela pacientka, ale nebyla to zas taková zkušenost, ...sestry mě poslaly pryč... setkání bylo až v práci v domácí péči. A musím říct, že to se mnou hodně zamávalo, ...pro mě bylo strašně psychicky náročné, ... říct té rodině, že ten pacient zemřel.“

Respondent 3: „...byla to stará babička, měla za sebou, pěkný život, a člověk se nad tím tak jako tolik nezabýval, ...a myslím se, že mě nepoznamenala nějak negativně, prostě přirozeně. Součást života.“

Respondent 4: „Tak první, první kontakt se smrtí asi v průběhu studia na zdravotnické škole v nemocnici, ... Prostě jsem to brala, že to tak jako je.“

Respondent 5: „...na praxi si myslím, v nemocnici, to bylo určitě na interně. ... . Dodneška si to asi neseme všichni, jak to tam probíhalo, že to tam prostě bylo vlastně v místnosti na špinavý prádlo byli ty lidi prostě strčený, než je odvezli do márnice. Takže to asi byla první zkušenost, rozhodně nebyla pozitivní.“

Respondent 6: „byla na škole, na zdravotnický škole a vlastně to jsem se setkala poprvé vlastně takhle tváří v tvář.“

Respondent 7: „Já jsem neměla nikdy jako dítě, protože u nás v rodině to bylo takový tabu...Moje první zkušenost se smrtí potom byla, když jsem nastoupila do domova důchodců.“

#### **4.6.4 Vyrovnaní se se smrtí u pacienta**

Respondenti 3, 5 a 6 uvádí zkušenost z praxe, že většina umírajících pacientů odchází nesmířením. Odkazuje se zde na autorku, díla zabývajícího se fázemi smíření umírajícího pacienta, Elisabeth-Kübler Rossovou.

Respondent 3: „*Někdy toto je přesně o tom o těch fázích přijetí toho všeho. Záleží na tom, jaký, jestli člověk stihne do té své smrti dojít, do té své poslední fáze smíření a bohužel teda vidím kolem sebe, že to není úplně pravidlem, a že spíš jich je menšina těch opravdu smířených.* „

Respondent 5: „*No, to je asi pacient od pacienta, někteří to vědí, že ten konec nastane, nebo to tuší, někdo si to nepřipustí prostě ani v ty poslední chvíli, není s tím smířený.*“

Respondent 6: „*... smíření nejsou. ...nepřipouští si, že by měli třeba odejít a opravdu i ti nemocí se snaží to nějak tak bagatelizovat ...Určitě teda smířený nejsou, v tom stáří, natož teda potom v tom mladším věku, kdy jsou třeba oni ještě v plném zdraví a teď přijde nějaká nemoc a přijde teda opravdu šok. Ty lidi nejsou smíření.* „

#### **4.6.5 Vyrovnání se se smrtí u sestry**

Tato subkapitola je rozdělená na část „Lépe se vyrovná“, „Hůř se vyrovná“ a „Rituály“. Části „Lépe se vyrovná“ a „Hůř se vyrovná“ byly použité pro zpřehlednění odpovědí a vyjádření kontrastu.

- **Lépe se vyrovná**

Respondent 1 uvádí, že se s odchodem pacienta lépe vyrovnává, když se jedná o pacienta pokročilého věku. Respondent 2 uvádí, že se se smrtí pacienta lépe vyrovná, když ví, že se jednalo o pacienta, který trpěl.

Respondent 1: „*...ale když třeba zemře pacient, který je už třeba hodně starý, tak se to trošičku líp snáší, ...*“

Respondent 2: „*...je to třeba opravdu tak rychlý, že to nejde, a pak, když vidíme, že ty lidi trpí, tak jim prostě přejeme, aby umřeli, aby našli klid, ...*“

- **Hůř se vyrovná**

Respondenti 1, 2 a 3 se shodují na tom, že se hůř vyrovnávají se smrtí pacienta, pokud takový pacient byl mladý, nebo podobně starý jako respondent. Respondenti 1 a 2 shodně uvádí, že také záleží na délce péče.

Respondent 1: „*...než když mi třeba zemřel spolužák mého manžela, který měl 2 malé děti. ...kde jsou mladší lidi, anebo kam jezdíme dýl. ...opravdu jezdíme dlouho, tak nám jsou hodně blízko, a to nás zasáhne.*“

Respondent 2: „*...rozdíl, ...vrstevníci ... to pak snášíme trošku hůř, a ještě nejhůřší jsou pacienti, které vlastně máme nějakou delší dobu a vytvoříme si s ním nějaký určitý vztah.*“

Respondent 3: „...vyrovnávání se smrtí mladého člověka, kde je třeba rodina, malý děti běhají kolem, a tak. Tak to je určitě také horší. To pak vnímám jako nespravedlnost.“

- **Rituály**

Pro vyrovnání se smrtí je možné používat rituály. Mezi respondenty se ukázalo, že i oni někdy pro propuštění pacienta použijí rituál. Respondent 1, 2 a 7 uvádí, že se občas neubrání pláči, ale nemá to negativní efekt. Respondent 2 uvádí, že zapálí svíčku, otevře okno. Respondent 3 se se smrtí vyrovnává pomocí své křesťanské víry. Respondent 4 a 5 volí metodu relaxace v přírodě. Respondent 6 neuvádí žádný rituál, který by mu pomohl s vyrovnáním se smrtí pacienta.

Respondent 1: „...Není to o tom, že bych se zhroutila, ale je fakt, že si doma vzpomenu, přemýšlím nad tím a občas si třeba i popláču třeba v autě, ...“

Respondent 2: „...tak si opravdu třeba pobřečím, ...zapálím tu svíčku. Když jsem u toho pacienta, tak otevřít okno, aby ta duše mohla taky odejít.“

Respondent 3: „Tak já to řeším přes moji víru, přes modlitbu, přes ten duchovní život.“

Respondent 4: „...jít do lesa, vzít psy, a to je tak jako si vyčistit hlavu no.“

Respondent 5: „...odejít ven do přírody, třeba se psem na procházku nebo jít do kina. Zaměstnat si hlavu prostě, aby člověk nad tím vůbec ne nepřemýšlel a nepřipouštěl si to...“

Respondent 6: „Tak asi se sama rozloučím, nepotřebuju k tomu asi nikoho...“

Respondent 7: „...když jako odjždím, tak slzička ukápne, to je nejistý.“

#### **4.6.6 Tabu**

Všichni respondenti se souhlasně shodli, že ve společnosti přetrvává tabuizování smrti. Respondent 3 uvádí vztah mezi tabuizováním smrti a následným přijetím smrti pacientem. Respondent 4 se zmiňuje o tom, že pozoruje ústup tabuizování smrti.

Respondent 1: „...půl napůl jakoby ta informovanost a mluvení o smrti, ale stává se nám dost často, že u některých pacientů se o smrti nehovoří. ...prostě se tam v té rodině asi o tom nemluví, vůbec se nepoužívá slovo smrt, odchod.“

Respondent 2: „Určitě ve spoustě rodinách je to tabu a myslím si, že dneska, dneska už vím, že ať ten umírající, tak ta rodina mají právo na to vědět, že se ten konec blíží.“

Respondent 3: „Já myslím, že to je vůbec to, jak ta společnost v dnešní době jako žije. Že se těmi otázkami nezabývá, a že ty lidi nad tím opravdu nepřemýšlí. Pak už, kolikrát se to zjistí

*velmi pozdě, tako nějaká záležitost...a už na to nemají čas, aby k tomu došlo, protože to se nedá zpracovat během pár měsíců na to je potřeba času víc. ,,*

Respondent 4: *„Určitě i v té hospicové péči se s tím setkávám, že rodina navzájem třeba nechce mluvit o smrti, o smrtelnosti, o blížící se smrti, a tak. Myslím si, že to tabu trochu přestává být ta smrt, jo, že to ještě v nedávných letech bylo tabu.“*

Respondent 5: *„...myslím si, že větší část lidí tu smrt nebere úplně jako samozřejmost, nebo že to je něco, co, co přijde a že se s tím dá nějakým způsobem smířit nebo se na to připravit. ... lidi se toho bojí té smrti, nevědí, co nastane v tu chvíli a asi si to do té chvíle, než to úplně přijde nechtěj jako připustit.“*

Respondent 6: *„Myslím si, že mezi touhle generací, tou starší, se moc nemluví. Spíš, jestli tak mezi těma mladšíma, ale mezi těmi starými ne. ...Myslím si, že spíš se jí bojí, než aby otevřeně o ní hovořili.“*

Respondent 7: *„... myslím si, že jako dřív ... ta smrt jako byla taková, jako že tabu, že tady není.“*

- **Neinformovanost**

Respondent 3 a 7 vyjadřují pochopení proč dochází k neinformovanosti. Respondent 3 uvádí vztah ke zkušenosti se smrtí. Respondent 4 uvádí špatný vliv na práci zdravotníka s neinformovaným pacientem. Respondent 6 popisuje následek neinformovanosti rodiny.

Respondent 3: *„Tak já jim rozumím, oni neměli příležitost, třeba se s tou smrtí setkat, protože právě nedělají třeba v takové profesi pomáhající, nebo neměli tu zkušenost v rodině, ale myslím si, že stejně to čeká jednou každého, může se s tím setkat.“*

Respondent 4: *„komplikuje to práci, komplikuje práci tam, kde, kde prostě jsme nuceni nějak milosrdně lhát. Tak jednak to vyčerpává ten personál určitě.“*

Respondent 6: *„Což mě přišlo smutné, že dcera v podstatě nebyla poučená, že nevěděla, jak se má zachovat v tom terminálním stadiu nemoci. Pořád hledala vlastně nové léky, nové možnosti, ... místo, aby trávila poslední chvíle s tou maminkou.“*

Respondent 7: *„Vzhledem k mým zkušenostem tak tomu rozumím, tak, protože někteří pacienti jsou opravdu nastavení tak jako moji rodiče, takže jako zminula, ..., že prostě o tom nemluví.“*



#### 4.6.7 Milosrdná lež

S problémem neinformovanosti souvisí subkategorie „Milosrdná lež“, zde uváděli respondenti přímou zkušenost z praxe. Respondenti 1 a 7 uvádí, že v případě milosrdné lži u pacienta může dojít k tomu, že bude umírat nesmířený a neklidný, protože si nestihl vyřídit své záležitosti. Respondenti 2, 5 a 6 uvádí zkušenost z praxe, kdy popisují nepříjemný pobyt v rodině, ve které k milosrdné lži dochází. Respondent 4 uvádí, že milosrdná lež může mít dopad na způsob stráveného posledního času pacienta.

Respondent 1: „...jsou na to postupně připravovaný...ví k čemu směřuje...když jsou informovaný, můžou si vyřídit své záležitosti, ...máme pocit, že nechce odejít, dokud si nevyřeší svoje záležitosti.“

Respondent 2: „...daleko líp se pracuje v rodině, kde ta rodina i ten pacient jsou úplně informovaný. Daleko líp se tam komunikuje, daleko líp se tam prostě pracuje.“

Respondent 3: „Tak setkáváme se s tím u těch umírajících, kdy ta rodina si opravdu nepřeje jim to říct.“

Respondent 4: „...je velká tendence, jak bych řekla, u poloviny snad lidí, jako tomu člověku tak jako lhát a říkat bude to dobrý a ono se ještě to může spravit, tak... Naděje samozřejmě umírá poslední, ale je pravda, ale, že spousta těch rodin potom dospěje v průběhu času k tomu, že není teďka v tuhle chvíli čas si hrát na schovávanou, že třeba jim vzájemně ten čas, třebas můžou plnit něčím jiným než milosrdnou lží.“

Respondent 5: „... prostě nesmíš říct ani, že někdo umírá nebo, nebo že ta smrt přijde nebo nedej Bože, když řekne, že se tomu člověku dává morfin. Tak většina těch pacientů ví, že když se řekne morfin, že je konec. ... Nikdo se nesmí proříct předtím pacientem nebo před tou rodinou a je to v tu chvíli podle mě jako, nebo pro mě dost stresující, protože člověk se tam pak bojí promluvit, aby prostě neřekl něco, co nemá, protože ví, že ta rodina, ten pacient bude reagovat prostě úplně špatně.“

Respondent 6: „...lidi by měli vědět, na čem jsou, aby si uspořádali vlastně ty svoje poslední záležitosti, aby se připravili na ten odchod, aby odcházeli smíření.“

Respondent 7: „...opravdu už ti zbývají 2 měsíce, tak se sebere a nějak vyřeší své účty, dědictví a podobně, ...“

- **Obrana rodiny**

V této části jsou rozebrány důvody proč k milosrdné lži může docházet. Jedním z důvodů může být vlastní obrana blízkých, pro které je přijetí, že jejich rodinných příslušník odchází, velmi těžké.

Respondent 1: „...rodina sama o sobě to nepřijímá a tím pádem nechce, aby se o tom mluvilo, ...“

Respondent 2: „...že když to řeknou a ta rodina se takto vysloví...bude to reálný, bude to hmatatelný, ...“

Respondent 3: „...je těžké o tom mluvit...já ze své zkušenosti vím, že to nebylo lehké mluvit s mojí mamkou, o tom, když umírala, ...“

Respondent 4: „oni se bojí sami, samozřejmě, že se bojí, že jo, protože spousta těch lidí se smrtí neseťkává...“

Respondent 5: „...nějakou skulinku tam asi hledají proto, aby se s tou situací těžkou srovnali nějakým způsobem, ...“

- **Obrana pacienta**

Dalším důvodem, proč lidé volí milosrdnou lež je, že se snaží chránit pacienta. Respondenti 1, 2 a 7 se shodují ve výpovědích, že se rodina obává ze ztráty chuti do života. Respondenti 4 a 5 si myslí, že rodina nechce pacientovi přidělovat další starosti.

Respondent 1: „...lidí říkají, že ten člověk by to vzdal, kdyby věděl...“

Respondent 2: „...strach z toho, jak se s tím ten pacient vyrovná, že třeba ztratí chuť do života, ztratí chuť bojovat.“

Respondent 3: „Chtějí ho chránit, mají strach, že to neunesou psychicky, to bývá velmi často.“

Respondent 4: „nechtějí mu přidělovat další starosti tím, že ještě oni se budou muset jako trápit, ale budou mu třeba říkat ...jako ten život končí...“

Respondent 5: „chtějí toho člověka nějak chránit a nechtějí ho v tu chvíli poslední, asi stresovat a dělat mu to ještě těžší, než třeba to je.“

Respondent 7: „...ta rodina opravdu, jí to neřekne dál, protože ona by se úplně sesypala, opravdu v tu chvíli by byl konec.“

## 5 DISKUZE

V této kapitole diplomové práce je odpovídáno na stanovené cíle práce a k nim zpracovaných průzkumných otázek. Dochází zde ke komparaci poznatků nasbíraných studiem literatury filozofie osoby s výsledky kvalitativního průzkumu. V diskusi je také použita literatura pojednávající o hospicové a paliativní péči, která má za úkol ukotvit nebo vyvrátit tvrzení vycházející z odpovědí respondentek. Empirická část měla stanovené tři dílčí cíle:

- Pohled zdravotníka hospicové péče na filozofii člověka jako osoby.
- Porovnání pohledu na člověka s východisky filozofie osoby a její aplikovatelnost do praxe.
- Zjištění dopadu znalostí filozofie osoby do praxe s potřebou dalšího vzdělávání pracovníka hospicové péče.

Dále bylo stanoveno sedm průzkumných otázek:

- Jak definuje zdravotník hospicové péče člověka?
- Jaký má vliv role osoby v péči o hospicové pacienty?
- Jak vnímá zdravotník hospicové péče způsob, jakým se vytváří svět osoby?
- Co znamená komunikace pro zdravotníka v hospicové péči?
- Jaký je postoj zdravotníka hospicové péče k péči o druhé?
- Jaký postoj zaujímá zdravotník v hospicové péči ke smrtelnosti a „bytí k smrti“?
- Chtějí se sestry hospicové péče dále vzdělávat na poli filozofie osoby?

Na první dva dílčí cíle bude odpovídáno prvními šesti průzkumnými otázkami. Na třetí dílčí cíl, bude v diskusi odpovídat poslední průzkumná otázka.

### 5.1 Jak definuje zdravotník hospicové péče člověka?

Průzkumná otázka, jak definuje zdravotník hospicové péče člověka vycházela ze základní filozofické otázky „Co je člověk?“. V literatuře se filozofií osoby zabývá filozofická antropologie. Filozofická antropologie uchočila člověka jako bytost živočišnou i duchovní ve vlastním sociálním prostředí. (Sokol, 2019, str. 296)

Na otázku: „Jak byste definovala člověka?“, nejčastěji odpovídaly respondentky, že je člověk živá bytost, obdařená rozumem a vlastní individualitou. Tato východiska se shodují s poznatky filozofické antropologie. Například Jan Volf (2018) uvádí, že člověk je živá bytost myslící, schopná pravdy a vlastní transcendentality (Volf, 2018, str. 118). Respondentka 3 už přímo ve své výpovědi rozlišuje člověka na část živočišnou a duchovní. Toto rozdělení je přímo definované filozofií osoby. Jak uvádí Arno Anzenbacher (2010) je člověk rozdělen na část

animální čili živočišnou a transcendentální, to znamená duchovní (Anzenbacher, 2010, str. 226). Dále se respondentky zmiňovaly ve svých odpovědích, že člověka utváří styk s druhou osobou, respondentka 5 uvedla konkrétně vztah s rodiči. Tento poznatek má přímý vztah k tématu svět osoby, kdy svět je tvořen stykem s druhými lidmi. Respondentka 3 také ve své odpovědi uvedla, že člověk má své potřeby:

*„Člověk má jakési potřeby samozřejmě, od těch nejjednodušších živočišných, až po duševní, duchovní, spirituální a sociální, samozřejmě. „*

Zde je souvislost s praxí z paliativní péče, kdy se dbá na uspokojení potřeb hospicového pacienta na úrovních biologických, psychologických, sociálních a spirituálních. Potřeby takového pacienta jsou specifické a v průběhu nemoci se mění. (Svatošová, 2008, str. 18)

Respondentka 4 uvádí ve své odpovědi, že člověk je schopen sebereflexe, zde je shledána provázanost s autorem Miroslavem Petříčkem (1997, str. 24), který popisuje, že vědomí se utváří reflexí.

K průzkumné otázce „Jak definuje zdravotník hospicové péče člověka?“ vznikla podotázka, která se týká duše člověka. Všechny respondentky se shodly na tom, že existuje duše člověka. Z toho také plyne rituál, kdy se sestry snaží, při úmrtí pacienta, otevírat okno, aby duše člověka mohla odejít. Dále také odpovídaly, že duše tvoří individualitu člověka. Arno Anzenbacher (2010) shodně uvádí, že duše, duch, nebo duchovnost je subjektivita člověka, která tvoří jeho individualitu (Anzenbacher, 2010, str. 234). Respondentka 4 uvedla, shodně s filozofickými východisky definující duši, že duše je to: „...co dělá člověka člověkem.“

Jan Sokol (2016) uvádí, že byla duše chápána jako rozumná stránka člověka, která je zodpovědná za své jednání. Ve starověku lidská duše dostala osamotnění od těla, kdy se stala nesmrtelnou. (Sokol, 2016, s.22) S nesmrtelností duše souhlasila i většina respondentek, které buď v nesmrtelnost věřily, nebo, se získanou praxí, začaly věřit.

## **5.2 Jaký má vliv role osoby v péči o hospicové pacienty?**

V této průzkumné otázce bylo nejdříve zjišťováno, jak sestry hospicové péče vnímají roli člověka. Poté byly sestry dotazovány, jak vnímají u svých pacientů ztrátu rolí a zda takový fenomén pozorují. U této subkategorie vznikla část nazvaná „Smíření“, z důvodu vyprávění o problému smíření pacienta se ztrátou role. Subkategorie, zkoumající roli zdravotníka v hospicové péči, se rozvinula o část, která se nazývá „Pomoc pacientovi“. Tato část vznikla z důvodu shodných odpovědí, kdy se sestry uvedly, že vidí svou roli zdravotníka jako někoho,

kdo může pomoci pacientovi, například od bolesti. Dále je v této subkategorii srovnávána role zdravotníka v hospicové péči a role zdravotníka v jiném zdravotnickém zařízení.

Při otázce, jak respondentky vnímají roli člověka, shodně odpověděly, že každý člověk má v životě nějakou roli, jsou to role v rodině či v zaměstnání. Respondentky 1 a 2 se shodly na tom, že se role v průběhu života utváří a mění.

Filozofie osoby popisuje roli osoby, jako prostředek, jak se člověk prezentuje okolí. Role se v průběhu života mění, často podle toho, v jaké životní etapě se člověk nachází. Mohou to být role matky, otce, zaměstnance a podobně. Role používá člověk vědomě a s jistým záměrem. Životní role může člověka utvářet. (Sokol, 2016, str. 180- 182) Z toho plyne, že respondentky mají povědomí o tom, co role pro člověka znamená. Respondentka 4 vnímá roli člověka v rozmnožování a pokračování lidského pokolení, naproti tomu Respondentka 5 chápe role v kontextu rozdělení na ženskou roli a mužskou roli.

V rozhovoru byla použita otázka zkoumající ztrátu rolí u pacientů. Zdravotníci v hospicové péči by měli být schopni rozpoznat role pacienta a co pro něj ztráta jeho role může znamenat. Z uvědomění skutečnosti, co je pro pacienta důležité, je následně možné odhadovat jeho budoucí jednání. Snaha o pochopení pacienta je základem pro udržení jeho kvality života. (Marková, 2010, str. 38-39)

Ztrátu rolí pozoruje u pacientů v hospicové péči většina respondentek. Uvádí, že ztráta role je náročná z důvodu snížené sebeobsluhy a závislosti na péči druhé osoby. Respondentka 6 uvedla přímo na příkladu z praxe, jak se pacient pod tíhou ztráty role a nemohoucnosti změnil.

*„Šok z toho, že se ze dne na den dozvěděl takovou strašnou diagnózu... Je mladý, plný energie, plný síly. A chce bojovat. A během krátké doby, jak vlastně to bylo, tak hmatatelný, tak viditelný, jak ten člověk vlastně, kdy přijde z nemocnice, snaží se cvičit, snaží se posilovat a jak vlastně ta nemoc, jak ho, tak válkuje strašně, že on ze dne na den jakoby chátrá, že ztrácí tu sílu, ztrácí... Nejdřív to byl humor a srandičky a příběhy ze života, co jsme si vyprávěli během té péče a postupně, jak z toho člověka se stává, tak jako nemluvný, smutný, apatický přemýšlivý člověk, jako, který už v podstatě to začíná vzdávat.“*

Poznatkem pro praxi je část „Smíření“, kdy Respondentka 1 uvedla, že pokud nedojde ke smíření se ztrátou role, je to těžké jak pro pacienta samotného, ale také pro vztah pacient-sestra a společnou spolupráci.

Filozofie osoby uvádí, že lidé, kteří pracují v povoláních, ve kterých jim druzí lidé svěřují své životy, např. zdravotníci, působí jako profesionálové a stávají se z nich pro ostatní osoby neotřesitelnou jistotou. Tato jistota je velmi důležitá a neměla by se ničím zničit. Právě pracovník v této roli převzal všechny povinnosti a nesnáze spojené s tímto povoláním. (Sokol, 2016, str. 183-184)

Dále byly v rozhovoru respondentky dotazovány, co si myslí o roli zdravotníka v hospicové péči. Respondentka 2 ve své odpovědi uvedla: *“My jsme styčný bod, my jsme, ta modla, která přijde a která prostě pomůže a která vyřeší ten problém, ... ,..”*. Tato odpověď se shoduje s tvrzením filozofie o vnímání role zdravotníka, jak bylo uvedeno výše. Respondentky 1, 5 a 6 uvedly, že svou roli vnímají multioborově. Jsou si vědomy toho, že o hospicového pacienta a jeho rodinu je třeba pečovat ze všech stran jejich potřeb. V paliativní medicíně je trendem zajistit komplexní potřeby pacienta i jeho rodiny. To potvrzuje i Marková (2015), která ve své knize uvádí důležitost specializované péče, která by měla být poskytována multidisciplinárním týmem odborníků, mezi které patří lékař, ošetrovatelský personál, sociální pracovník, psycholog a také pracovník zajišťující fyzioterapii či duchovní činnost (Marková, 2015, str. 12). Sestry jsou s pacientem v terminálním stádiu denně v kontaktu, proto první problémy, které pacient nebo jeho rodina mají, směřují právě k nim, tím však může docházet k přetěžování zdravotníků v domácí hospicové péči. Proto je potřeba spolupracovat s multioborovým týmem, pokud je to možné.

Respondentka 3 vnímá roli zdravotníka jako své poslání, tato odpověď má přesah do kategorie „Péče o druhé“.

Respondentky ve svých odpovědích blíže specifikovaly svou roli zdravotníka jako někoho, kdo může pomoci pacientovi, a to zejména v potřebě ulevit od bolesti. Bolest je v hospicové péči velmi diskutovaným aktuálním tématem. Dle literatury, trpí bolestí až 73% pacientů, kteří jsou v terminálním stádiu. Pro zdravotníky v hospicové péči by měla být prioritou snaha o tlumení nesnesitelných bolestí. Bolest je vždy taková, jakou popisuje pacient, je velmi subjektivní a může se skládat z vícero složek, např. fyzická bolest, strach, opuštěnost, úzkost, spirituální tíseň. (Marková, 2010, str. 96-97)

V této průzkumné otázce byla blíže zkoumána zkušenost zdravotníků, která se týká rozdílu v roli zdravotníka hospicové péče a roli zdravotníka jiného zdravotnického oboru. Pouze Respondentka 1 se domnívá, že jsou obě role stejné, ostatní respondentky se shodly na tom, že každá role je rozdílná. Především uvádějí rozdíl v tom, že zdravotník v jiném zdravotním

zařízení je orientován spíše na výkon, zatímco zdravotník v hospicové péči musí mít jiný způsob myšlení, přístup k péči i vnitřní nastavení. Toto tvrzení se shoduje s popisem sestry v paliativní péči, který definuje, ve svém díle „Sestra a pacient v paliativní péči“ (2010), Monika Marková.

### **5.3 Jak vnímá zdravotník hospicové péče způsob, jakým se vytváří svět osoby?**

Této průzkumné otázce odpovídá kategorie „Svět osoby“, která byla použita pro analýzu dat. Z odpovědí vznikla subkategorie „Co je svět osoby“. Respondentky se shodují, že svět člověka je utvářen druhými osobami. Respondentky 4 a 5 jsou toho názoru, že svět osoby se odvíjí již od způsobu výchovy dětí. Respondentky popisují, že svět je tvořen od narození, a právě tím jaký je vztah rodičů ke svému dítěti, nebo jaké jsou vztahy v rodině obecně, se utváří svět člověka. Respondentky se ve většině výpovědí shodly, že pro svět osoby, je důležitý kontakt s druhou osobou, konkrétně Respondentka 3 uvádí, že je důležité se chovat tak, aby přesah tohoto jednání byl pro ostatní pozitivní.

Svět osoby je konkrétní filozofické téma, které popisuje Arno Anzenbacher (2010). Tento autor, ve své knize „Úvod do filosofie“, odkazuje na filozofa Martina Bubera, který se zabýval uchopením světa člověka. Tento filozof uvedl, že svět může vznikat pouze ze vztahu s druhou osobou. Tato skutečnost se shoduje s výpovědí respondentek. Respondentka 3, která svou výpovědí upozorňuje na přesah našeho jednání, vnímá svět podobně jako Emerich Coreth (1996). Tento autor, ve svém díle „Co je člověk“, vyslovil myšlenku, že je třeba se starat o svůj tělesný svět, který je hmotný pro spolubytí ostatních osob. (Coreth, 1996, str. 49)

Respondentka 3 při rozhovoru vyjádřila, že svět vnímá jako věčný koloběh života:

*„Vnímám to tak, že to neustále prostě koluje a neustále se obnovuje ten svět, ale víceméně ta hmota a tady zůstává. ...živý tvor zemře, zeteleje, dostane se do půdy, dostanete se všude do toho, pak zase nový život ve formě rostliny, kterou zase použije nějaký život.“*

Tato myšlenka může mít vztah s křesťanskou vírou respondentky, ke které se během rozhovoru vyjádřila.

*„Protože jsem byla vychovávána, dá se říci, i k tomu křesťanství...“*

*„Já to mám zase je spojené s tou mojí vírou, ...“*

Téma svět osoby, filozofie rozvíjí o otázku bytí na světě. Filozofie chápe bytí na světě jako starost o to, jak v tomto světě žijeme. Způsob, jakým se o život staráme, má přesah pro osoby v našem okolí, protože se tato starost může projevat péčí o ně. Činnost bytí osoby je vedena myšlenkou obstarání nějakých hodnot. Tento proces je jakousi snahou o uspokojení potřeb a dosažení blaha. Činnost obstarávání hodnot a snaha o dosažení blaha je každým člověkem vnímána jinak. (Störig, 2000, str. 457)

S výše popsanou filozofickou teorií se shodují i dotazované respondentky. Konstatují ale, že přístup ke starosti o bytí, je velmi individuální. Respondentka 2 ve své odpovědi přímo uvádí, že by se měl člověk o své bytí starat, aby vytvářel i pro okolí spokojené bytí. Tato odpověď má přímý vztah k výše uvedenému teoretickému východisku.

Jak autor Hans Joachim Störig (2000) uvádí, hodnoty mají pro každou osobu jiný význam a je to způsob člověka, jak dosáhnout uspokojení. Hodnotami se zabývá subkategorie „Životní hodnoty/smysl života“. Tato subkategorie byla, rozdělena na Rekapitulace, Rozdíl hodnot a Hledání hodnot. Všechny části jsou reflexí na filozofické vnímání hodnot člověka.

Všechny respondentky se shodly na názoru, že pacienti v terminálním stádiu rekapitulují své hodnoty. K tématu hodnot uvádí Marie Svatošová (2008), že život je možný utvářet pouze prostřednictvím hodnot. Je si, ale vědoma, že lidé nemají plné podvědomí o tom, co hodnota je. Odkazuje na materialismus, jenž žene člověka ke schraňování materiálního majetku. Autorka rozděluje hodnoty do tří skupin: hodnoty tvůrčí, hodnoty prožitkové, hodnoty postojové. Hodnoty tvůrčí jsou utvářeny manuální prací, které lidé doceňují nejhodnotněji, bohužel se ztrácí jako první s prvním fyzickým omezením nemoci. Hodnoty prožitkové popisuje jako jakékoliv příjemné prožití okamžiků. Toto prožití je poskytnuto všem, bez rozdílu, jen záleží, zda to pacient přijme. Poslední, hodnoty postojové: „*Ty patří zcela jistě do kategorie nejvyššího řádu, a to proto, že člověk zde má prakticky neomezenou svobodu.*“ (Svatošová, 2008, str. 38-39)

Rozdíl v přístupu člověka ze strany konzumního přístupu reflektuje Respondentka 3:

*„Někdo opravdu se ptá po smyslu toho všeho, snaží se žít dobrý život a nikdo nad tím vůbec nepřemýšlí, žije víc konzumně a materiálně.“*

Respondentky 1 a 2 uvedly zajímavý poznatek z praxe, že lidé vnímají rozdílně hodnoty podle toho, jak jsou staří.



Odpovědi Respondentek 2, 3, 4 a 7, které se týkají hledání hodnot, odráží tvrzení autorky Marie Svatošové, která jak bylo výše uvedeno, píše, že život je možný utvářet pouze skrze hodnoty. Respondentky uvedly, že nejčastěji nacházejí pacienti hodnotu nebo smysl života v práci, která bude mít přesah pro jejich blízké.

Hledání budoucího smyslu života pacientů v terminálním stádiu může být podpořeno tvrzením filozofa Jana Sokola (2000), že budoucnost obsahuje příležitosti, rizika, omezení ale i zklamání, ale pokud se budoucnost naplní přítomností, poté není prázdná. Jediná jistota v budoucnosti je smrt, člověk tedy žije bytím k smrti. (Sokol, 2000, str. 71-73)

#### **5.4 Co znamená komunikace pro zdravotníka v hospicové péči?**

Filozofie popisuje komunikaci jako jednu z přirozeností člověka. Jan Sokol (2016) uvádí, že řeč, jako verbální způsob komunikace, je hlavní komunikační kanál. Může sloužit pro výuku, výchovu nebo také pro předávání zkušeností. Každý může svou řečí vyjádřit vlastní postoj nebo popsat nějakou skutečnost. (Sokol, 2016, str. 80-81)

Na otázku, co je komunikace, odpověděla většina respondentek tak, že komunikace v paliativní péči je velmi důležitá. Je to věc, bez které by nebylo možné kvalitně zajistit celkovou péči o paliativního pacienta. Sestry ve své profesi chápou, že nebýt komunikace, nemohly by si předávat informace nejen s pacientem, rodinou, ale i mezi sebou. Jak bylo uvedeno výše, že komunikace slouží pro předávání zkušeností, pro paliativní péči toto tvrzení platí dvojnásob. Sestry se edukují navzájem a předávají si cenné rady z praxe.

Z rozhovorů s respondentkami bylo zjištěno, že v komunikaci v hospicové péči je důležité navázání důvěrného vztahu. Pomůže to zajistit správnou péči o pacienta a jeho potřeb. Tato informace je shodná s tvrzením Jana Sokola (2016), kde dodává, že v rozhovoru dvou lidí, dochází k porozumění daných účastníků na úrovni, že jeden vidí, slyší a vnímá druhého. Když dochází k této reflexi, jedná se o zrcadlení daných osob. (Sokol, 2016, str. 201-203)

Respondentky 3 a 7 vyjádřily ve svých odpovědích pochopení, že pacient v terminálním stádiu může mít jakékoliv verbální projevy. Tyto projevy mohou být způsobené bolestí, nenasycením jeho potřeb, pocitu úzkosti a mnoha dalšími. Je proto důležité vytvořit vztah sestra-pacient, aby se zvýšila kvalita života pacienta. (Venglářová, Mahrová, 2006, str. 109)

Respondentka 4 upozorňuje na důležitou chybu z praxe, že by se nemělo hovořit o pacientovi s rodinou v jeho blízkosti a mít domněnku, že nás neslyší.

*„...nedělat takovou tu chybu, že třeba komunikujeme s rodinným příslušníkem, co si myslím o tom pacientovi, nad jeho postelí a on třeba částečně vnímá, nevnímá, ale je potřeba komunikovat i s ním s tím člověkem samotným. Protože je to o té důvěře, o tom, že se tam nějaký vztah vytvoří.“*

Jan Sokol (2016) uvádí že velkou část komunikace mezi lidmi tvoří neverbální komunikace, ve které dochází k největšímu náhledu do člověka. Touto komunikací se nepředávají dílčí informace, nýbrž postoje, nálady či emoce. (Sokol, 2016, str. 80-83)

Neverbální komunikaci považují sestry hospicové péče za užitečný a důležitý komunikační způsob, kdy z odpovědí respondentek je patrné, že pozorování neverbální komunikace ovládají a umějí ji číst. K neverbální komunikaci pacienta může také dojít při skrývání příznaků. Jak je vidno například z citace Respondentky 5.

*„Když má bolesti, tak je vidět, že prostě má bolestivé grimasy, přivírá jako očima, třeba ruce v pěst, takže z toho ty bolesti dokážeme nějakým způsobem vypořádat.“*

Respondentky uvedly, že samy používají neverbální komunikaci, často právě pro navázání důvěrného vztahu s pacientem, kdy mu gesty mohou vyjádřit porozumění či podporu. Dle odpovědi Respondentky 1 je důležité umět pacienta odhadnout, aby mu zvolená neverbální komunikace nebyla nepříjemná.

V subkategorii „Rozdíl v komunikaci s rodinou a s pacientem“ bylo zjištěno, že sestry musí volit vhodný přístup pro komunikaci s rodinou pacienta a pro komunikaci s terminálním pacientem.

Autorky Dobříková a Mešková (2017) uvádí, že komunikace s rodinou umírajícího je stejně náročná jako sama komunikace s umírajícím. Komunikace s rodinou by měla být citlivá a vedená zkušenou osobou. (Dobříková et. Mešková, 2017).

Poznatek z praxe uvádí Respondentka 2 a to konkrétně, že je třeba říci rodině, že přichází pacientův čas, aby se včas mohli rozloučit.

*„...té rodině pak řeknu, ... připravte se, buďte s maminkou, ten konec se blíží. Držte ji za ruku.“*

## **5.5 Jaký je postoj zdravotníka hospicové péče k péči o druhé?**

Z výsledků šetření vyplynulo, že péči o druhé vnímají respondentky shodně. Je to pro ně přirozený fenomén, něco, co cítí, že mají v sobě zakotveno. Uvádí, že péči o druhé vnímáme

již od dětství a neseme si ji v sobě až do dospělého života. Respondentka 4 přiřazuje přirozenost péče o druhé ženskému pohlaví.

Filozofie vnímá péči o druhé také jako přirozenou součást osoby. Stejně jak uvedly respondentky, tak Jan Sokol (2016) tvrdí, že jedinec je od útlého věku svěřen do péče rodičů, kteří se o něj starají až do dospělého věku. V období pečování o potomka dochází k předávání zkušeností a zvyků rodiči. Rodiče se ho snaží ochraňovat a pečovat o něj. (Sokol, 2016, str. 237)

V těchto tvrzeních dochází ke shodě s filozofií osoby a praktických zkušeností sester hospicové péče.

Všechny respondentky se shodly, že péči o druhé vnímají jako své životní poslání. A respondentky 1, 2, 5 a 6 uvedly, že to tak vnímaly už od dětství.

Jan Sokol ve svém díle „Člověk jako osoba“ (2016), popisuje situaci, kdy se člověk rozhodne pomáhat, pečovat o druhého nebo zachraňovat. Je to potřeba převzít odpovědnost za druhého a poskytnout mu láskyplnou péči. Obětavá péče o druhého obsahuje úctu k druhé osobě a radost z poskytované péče. Jan Sokol, zde zmiňuje skutečnost, že osoba neexistuje sama o sobě, ale existuje ve společnosti druhých osob. (Sokol, 2016, str. 237-240)

Respondentky 4 a 6 uvádí důležitou myšlenku, a to, že je potřeba pečovat o sebe a nepřekračovat hranice svých možností. Tuto skutečnost reflektuje i literatura, která uvádí, že pracovníci v pomáhající profesi, jsou často vystavováni stresu, který má závažný dopad na zdravotníka. Syndrom vyhoření se nejčastěji objevuje u pracovníků, kteří pečují o umírající. Vyplývá to z velké náročnosti na odolnost zdravotníka a jeho schopnost zvládat stres. Člověk se na tuto zátěž může adaptovat, a to akceptováním vlastní smrtelnosti, osvojením si znalosti thanatologie a supervize. Stresující faktory v paliativní péči jsou mnohé, je to stres z komunikace s umírajícím pacientem a jeho rodinou, stres při zhoršování stavu pacienta nebo při přechodu z kurativní léčby do paliativní péče a následná komunikace s pacientem. (Kupka, 2014, str. 36-38)

Respondentky popisují přesah jejich práce v hospicové péči. Uvádí, že je péče o umírající pacienty ovlivnila. Respondentka 2 vnímá poselství své péče, kterou poskytuje na rovině doprovázení umírajících k nejlepší možné smrti. Respondentka 6 uvádí, že ji praxe v paliativní péči změnila pohled na život.

*„...určitě mě změnila taky ten pohled na život vlastně nakonec toho života. A asi o tom člověku víc trošku přemýšlím.“*

## **5.6 Jaký postoj zaujímá zdravotník v hospicové péči ke smrtelnosti a „bytí k smrti“?**

Filozofie prezentuje pojem „bytí k smrti“ jako samozřejmost lidského života, ke kterému směřujeme od narození. Člověk se učí umírat. *„K autenticitě člověka bytostně patří, aby se vyrovnal se svým životem jakožto bytím k smrti, aby ve svém činném bytí ve světě před touto svou konečností a vržeností neuhýbal, nýbrž aby ji odhodlaně přijal jako možnost.“* (Anzenbacher, 2010, str. 240)

Tímto odstavcem je shrnuto bytí k smrti, jak je vnímáno filozofickými východisky. K tomuto chápání bytí k smrti se přiklání Respondentky 1, 2, 3 a 4. Shodně definují bytí k smrti jako přirozenost, ke které od narození spějeme. Respondentka 2 uvádí myšlenku, že každý člověk zemře, jen nikdo neví dne ani hodiny, kdy konec života nastane.

Respondentky 1, 3 a 4 uvedly, že je ke vnímání smrtelnosti a bytí člověka k smrti, přivedla praxe v hospicové péči, která má pro zdravotníky silný přesah pro jejich osobu. Respondentka 7 uvedla, jiný směr vnímání smrtelnosti, a to jako způsob umírání, který dělí na rychlý a pomalý. Tuto problematiku rozebírá Helena Haškovcová ve svém díle „Thanatologie“ (2007), kde rozděluje smrt na přirozenou a lékařskou, dále na rychlou a pomalou. Právě u smrti pomalé uvádí, že je často provázena různými komplikacemi. (Haškovcová, 2007, str.74-75)

Respondentky 1 a 5 se shodují v otázce konečnosti smrti, kde hodnotí z vlastní zkušenosti, že s přibývajícím věkem si člověk konečnost uvědomuje mnohem silněji. Respondentka 3 jako jediná popsala svůj postoj tak, že by se nad smrtí měl člověk zabývat už od mládí, jelikož by byl schopný lépe zhodnotit co je v životě důležité a co nikoliv. Respondentka 4 zmínila ve vztahu ke konečnosti člověka fáze smíření. Fáze smíření vypracovala Elisabeth-Kübler Rossová, podle které se také postupuje při komunikaci s umírajícím pacientem (viz kapitola 2.6.1 Komunikace osoby).

Respondentky byly dotazované, co si myslí o místě smrti pacienta, zda existuje rozdíl mezi umíráním doma a umíráním v jiné zdravotnické instituci. Z výpovědí respondentek bylo zjištěno, že na místě smrti velmi záleží. V případě, kdy respondentky popisovaly umírání v nemocnici se shodovaly, že v nemocnicích dochází k umírání o samotě, pacient je bez své rodiny a personál není schopen zajistit správnou péči o umírajícího pacienta. Tato problematika

je rozebírána i v odborné literatuře. Jak Kupka (2014) uvádí, situace je taková, že ne každý umírající má možnost být v domácím prostředí, obklopen rodinou. Buď rodina chybí úplně, nebo je zdravotní stav tak vážný, že není možné ho zvládnout doma. Následkem toho pacient umírá osamocen a smrt jako taková se stává bezútěšnou. (Kupka, 2014, str.105-106)

Respondentka 3 přesně reflektuje výpověď autora Kupky (2014), jak uvedeno v následující citaci.

*„...spouště z nich to není dopřáno, protože k tomu buď nemají rodinu, která by byla schopná, ochotná se postarat, nebo to fakt není v jejich možnostech, anebo ta smrt přijde tak rychle, že se z toho, z těch institucí nestačí dostat.“*

Proti umírání v institucích stojí domácí model umírání. Tento model popisuje Helena Haškovcová (2007), kdy domácí model umírání býval běžnou součástí životů. V porovnání s dnešním vnímáním domácího modelu je nesrovnatelný. (Haškovcová, 2007, str. 26-28) K přirozenosti umírání doma se přiklání i filozof Jan Sokol, který stejně jako Helena Haškovcová (2007), uvedl, že dříve byli příbuzní schopni se o svého nemocného postarat. Nicméně také přidává svůj pohled na vnímání stáří a umírání, kdy je v dnešním moderním světě zastíráno, že existuje něco jako stáří, umírání a smrt. (Sokol, 2016, str. 164-167).

Dnešní domácí model umírání závisí především na péči odborníků. Je to specializovaná mobilní paliativní péče, jinak známá jako mobilní hospic. Jedná se o péči poskytovanou v domácím nebo sociálním zařízení, kde je pacient doma. Tuto péči může poskytovat paliativní tým, který se skládá z lékaře paliatra, všeobecné sestry, sociálního pracovníka, psychologa, duchovního a dobrovolníků. Péče musí být zajištěna nepřetržitě, a to sedm dní v týdnu a dvacet čtyři hodin denně. (Sláma, 2012) Výhodou domácího pečování je přirozené prostředí pacienta a blízkost rodiny, která mu může poskytnout láskyplnou péči.

Podstatu domácího umírání vystihly i všechny respondentky, které uvedly, že pro pacienta v terminálním stádiu nemoci je důležité strávit své poslední dny v kruhu svých blízkých.

Zajímavé byly poznatky respondentek týkající se zkušenosti se smrtí. Většina respondentek uvedla, že svou první zkušenost měly na praxi ještě jako studentky. Respondentka 5 uvádí, velmi špatnou zkušenost, kterou poukázala na nedůstojné zacházení s tělem pacienta, bohužel tato zkušenost měla na pacientku negativní vliv. Respondentka 7 uvedla, že v dětství měla přímou zkušenost s tabuizováním smrti ze strany rodičů. Později bylo v rozhovoru zjištěno, že

rodiče nechtěli o smrti mluvit, jelikož oba přišli tragicky o své rodiče. Dále také Respondentka 7 vyjádřila souhlas s tím, že by uvítala, ze strany rodičů, otevřenou komunikaci o smrti.

Jan Sokol (2016), se své práci dotkl otázek, které si kladou pacienti na sklonku života. „Proč já a proč teď“ se ptá člověk, který už zůstává na smrt sám a uvědomuje si svou konečnost. V dnešní době se o smrti nemluví, z důvodu strachu a obav, protože je to něco nepoznaného, nečekaného a nežádoucího. (Sokol, 2016, str. 168-169)

Toto filozofické východisko je hmatatelné i u umírajících pacientů, jak popisují dotazované respondentky. Ve vyrovnání se se smrtí u pacienta většinou nedojde k fázi smíření. Shodli se na tom Respondentky 3, 5 a 6. Opět je zde odkazováno na fáze smíření, které jsou uvedené v kapitole 2.6.1 Komunikace osoby.

Jak uvádí Respondentka 5: „*No, to je asi pacient od pacienta, někteří to vědí, že ten konec nastane, nebo to tuší, někdo si to nepřipustí prostě ani v té poslední chvíli, není s tím smířený.*“

Zdravotní sestry se se smrtí pacienta také vyrovnávají. Byť je sestra v paliativní péči profesionálem, stává se, že smrt konkrétního pacienta ji zasáhne víc, jiného míň. Tato skutečnost je lidská. Respondentky 1 a 2 uvedly, že snadněji se vyrovnají s odchodem pacienta, pokud se jedná o pacienta těžce nemocného, který viditelně trpěl anebo pokud se jedná o pacienta vysokého věku. Opačná situace nastává v případě mladých pacientů, kteří jsou například v podobném věku jako respondentky, nebo je péče u terminálního pacienta dlouhodobá. Poté hodnotí respondentky, že je to pro ně psychická zátěž.

Jak uvádí Monika Marková (2010), je dobré, když si sestra dovolí být smutná, protože pokud si sestra neprojde smutkem, může docházet ke kumulaci a následnému propadu k depresím.. (Marková, 2010, str. 32-34) Jak vyplynulo z šetření, 3 respondentky uvedly, že občas neubrání pláči. Respondentka 3 se vyrovnává se smrtí pacientů pomocí své křesťanské víry. Respondentky 4 a 5 volí metodu relaxace v přírodě.

Fenoménem pravdy se zabýval filozof Jan Sokol (2016, str. 207). Uvádí, že možností uchopení pravdy je srovnání skutečnosti s vlastním poznáním. Osoba, která zná pravdu má šanci se podle této pravdy zařídit a připravit se. Říkat pravdu není jednoduché a může to být i dramatické.

V moderní společnosti je smrt tabuizována a zastírána. Lidé kladou důraz na šťastný, úspěšný a dlouhý život. Společnost není na smrt připravená a odmítá ji. (Haškovcová, 2007, str. 20-23)

Ve svých odpovědích se respondentky shodly, že ve společnosti přetrvává tabuizování smrti. Jediná Respondentka 4 uvedla, že vnímá ve společnosti pokrok ve směru k větší informovanosti

veřejnosti o smrti. Dále respondentky vyjádřily zkušenost, ve které uvádí, že pokud provádí hospicovou péči u neinformovaného, terminálního pacienta, nepracuje se jím v takovém prostředí dobře, a to z důvodu nucení ke lži.

*„Nikdo se nesmí proříct předtím pacientem nebo před tou rodinou a je to v tu chvíli podle mě jako, nebo pro mě dost stresující, protože člověk se tam pak bojí promluvit, aby prostě neřekl něco, co nemá, protože ví, že ta rodina, ten pacient bude reagovat prostě úplně špatně.“*  
(Respondentka 5)

K problému neinformovanosti pacientů se pojí subkategorie „Milosrdná lež“. Respondentky uvádí, že v případě milosrdné lži u pacienta může dojít k tomu, že bude umírat nesmířený a neklidný, protože si nestihl vyřídit své záležitosti. Jediná Respondentka 4 popisuje, že milosrdná lež může mít dopad na způsob stráveného posledního času pacienta.

Jedním z důvodů, proč dochází ke lhaní pacientovi může být vlastní obrana rodiny. Jak uvádí respondentky, i pro rodinu je přijetí informace o odchodu svého milovaného člena rodiny, velmi těžká. Dalším důvodem, jak uvádí respondentky je samotná ochrana pacienta. Shodně tento fenomén popisuje i Jan Sokol (2016). Pro člověka, který je přesvědčen, že by pravda ublížila někomu, koho má rád, raději bude lhát nebo pravdu zamlčovat. To vše z přesvědčení, že je to to pro dobro milovaného člověka, jedná však z vlastního pohledu na svět, který se může výrazně měnit. (Sokol, 2016, str. 207-209)

## **5.7 Chtějí se sestry hospicové péče dále vzdělávat na poli filozofie osoby?**

Tato průzkumná otázka odpovídá na dílčí cíl: Zjištění dopadu znalostí filozofie osoby do praxe s potřebou dalšího vzdělávání pracovníka hospicové péče.

Na konci rozhovoru byla položena otázka, zda by se respondentka, chtěla blíže věnovat studiu filozofie a filozofie osoby. Poté byla položena další otázka, zda shledává v nově nabytých vědomostech o tématech filozofie osoby provázanost s praxí v hospicové péči anebo zda mají tato témata přímý dopad na hospicovou péči.

Respondentka 1 vyjádřila souhlas s první otázkou, ale svou odpověď blíže nespécifikovala. Stejně tak vyjádřila souhlas, zda nachází provázanost východisek filozofie osoby a hospicové péče. Opět svou odpověď dál nerozvedla.

Respondentka 2 odpověděla na druhou otázku následovně: *„Já si myslím, že i ta filozofie nás vlastně prolíná celým tím svým životem, že byt' si to člověk neuvědomuje, ta filozofie tady je a myslím si, že určitě je to praktikovatelné do naší práce, a i do života.“*

Respondentka 3 na otázku, zda by se chtěla vzdělat ve filozofii odpověděla: „*Ano, ale jenom do jisté míry. Já už bych se pak v tom dál ztrácela, protože si myslím, že patřím spíš mezi praktiky, zabývám se hodně duchovnem, ale musí to být pro mě uchopitelný a ta filozofie, pokud už to je nějaká ta nadstavba vyšší, tak to už pro mě není příliš...to nechávám na ostatních.*“

Na druhou otázku odpověděla, že si myslí, že provázanost v tématech shledává, jelikož filozofové vycházeli ze zkušeností z běžného života a tyto zkušenosti aplikovali do filozofických myšlenek, které následně mohou ovlivnit praxi

Respondentka 4 odpověděla na první otázku souhlasně. Odpověď na druhou otázku formulovala ve smyslu přesahu filozofie osoby pro péči o umírající, z důvodu toho, že dochází k zamyšlení nad duší, bytím a smyslem života.

Respondentka 5 uvádí, že by se studiem filozofie zabývat nechtěla, ale uvítala by možnost vzdělávacího kurzu na podobné téma. Na otázku, zda shledává provázanost vysvětlených témat filozofie osoby s praxí v hospicové péči, odpověděla:

*„Já si myslím, že to, co jsme tady probrali, že se buď v praxi děje, nebo to děláme, anebo to z té praxe vychází. Jinak bychom v podstatě asi ani nevěděli, že to existuje, když by to někdo někdy nezjistil, že to z té praxe vychází.“*

Respondentka 6 odpověděla, že nad dalším studiem filozofie bude přemýšlet. Na druhou otázku odpověděla, že ve výkladu filozofie osoby shledává komplexní vnímání člověka.

Respondentka 7 stručně odpověděla, že by s dalším studiem filozofie souhlasila. Na druhou otázku odpověděla kladně, ale svou výpověď blíže nespecifikovala.

Shrnutím odpovědí respondentek bylo zjištěno, že dalšímu vzdělání ve filozofické disciplíně anebo ve filozofii osoby by se nebránilo pět respondentek. Respondentka 5 se bližším studiem filozofie zabývat nechce a Respondentka 2 nebyla na otázku dotázána vlivem chyby tazatele. Všechny respondentky se shodly, že získané poznatky z filozofie osoby mají dopad pro praxi v hospicové péči, ale jen dvě respondentky odpověděly konkrétně co těmito poznatky myslí.



## 6 ZÁVĚR

Diplomová práce s názvem *Filozofie osoby pro zdravotníky v hospicové péči* měla za hlavní cíl aplikovat poznatky filozofie osoby do praxe v hospicové péči. Tohoto cíle bylo dosaženo pomocí teoretické i empirické části práce. V teoretické části byly představeny a vysvětleny tematické rámce týkající se filozofie osoby, které jsou myšlenkově rozděleny na okruh, který představuje člověka jako osobu, spolu s jeho rolemi, poté je uveden člověk do vztahu společenského, s tím souvisí i téma komunikace nebo péče o druhé. Poslední částí je uvedení osoby do styku se svou smrtelností. Uvedené části zaměřené na filozofii osoby, byly postaveny do vztahu k hospicové péči. V teoretické části byly stanoveny tři dílčí cíle, na které bylo výše popsanou metodou odpovězeno. V teoretické části vznikl podklad pro vytvoření empirické části.

Empirická část obsahuje kvalitativní výzkum, který proběhl s respondentkami z domácí hospicové péče. S respondentkami byly vedeny polostrukturované rozhovory. V empirické části jsou popsány metody sběru a analýzy dat. Analýza a zpracování dat proběhlo pomocí fenomenologické metody kvalitativního průzkumu. Získaná data byla interpretována a následně diskutována s literaturou filozofie osoby nebo paliativní medicíny. V diskuzi byly uvedeny i zajímavé poznatky, které se týkaly individuálních pohledů respondentek. Empirická část, stejně jako část praktická, odpovídá na hlavní cíl diplomové práce. Pro empirickou část práce byly stanoveny také tři dílčí cíle. Na první dva dílčí cíle bylo odpovězeno prvními šesti průzkumnými otázkami, které byly komparovány v diskuzi práce. Na poslední dílčí cíl odpovídá poslední průzkumná otázka.

Z výsledků, získaných polostrukturovanými rozhovory průzkumného šetření, vyplynulo, že respondentky pracující v hospicové péči mají k tématům filozofie osoby reálné pohledy, které se velmi často shodovaly s teoretickými východisky. Ke každému okruhu témat se respondentky vyjádřily i k dalším otázkám, které dané téma rozvíjely. Nejdříve byly kladeny otázky na pojmy, které byly vyspecifikované v teoretické části práce, poté se rozhovor rozvíjel k poznatkům z praxe. Z rozhovorů vyplynulo, že práce v hospicové péči má na respondentky vliv a že došlo ke změnám vnímání člověka jako osoby.

Největším diskutovaným tématem byla smrtelnost, jelikož se s ním respondentky soustavně setkávají ve své práci. Byl zde také zjišťován fenomén zkušenosti se smrtí a způsoby vyrovnání se se smrtí. Dále bylo pohlédnuto na tabuizování smrti a jeho následek. Z průzkumu vyplynulo, že sestry si jsou své konečnosti vědomy, ale tento pohled nepozorují u svých pacientů. Nepřijetí

smrti u pacientů vede k jejich nesmíření se se smrtí. Dále bylo zjištěno, že neinformovanost pacienta může vést ke ztrátě posledních chvil života a nemožnosti vyřízení si svých osobních záležitostí.

Závěrem bych chtěla říci, že ačkoliv nejsou zdravotní sestry ve svém vzdělání kované ve znalostech filozofie, můžeme shledat, že jejich názory filozofii osoby reflektují. Zjistila jsem, že praxe v hospicové péči opravdu může ovlivnit pohled na život a na člověka obecně, a že důležitou hodnotou pro člověka je uvědomění si vlastní konečnosti pro jeho budoucí jednání.

Tato diplomová práce by mohla poskytnout východisko pro výzkum filozofie osoby v jiných oborech, než je hospicová péče.

## **6.1 Doporučení pro praxi**

Snahou této diplomové práce bylo zjistit, zda východiska filozofie osoby lze najít v praxi hospicové péče anebo, zda z praxe vychází. Tento fakt se potvrdil a výsledkem je, že hospicová péče z filozofie osoby tkví. Z toho by mělo plynout i doporučení pro praxi, třeba i v jiných oborech ošetrovatelské péče. Zdravotník by měl vnímat člověka jako osobu individuální, s vlastním myšlením, vlastními pocity a starostmi. Také jako osobu s vlastním příběhem a zkušenostmi, které jí formovaly. Bylo by dobré brát pacienta jako rovnocennou druhou osobu, se kterou si vytvoříte vztah, který stojí na důvěře a vzájemné komunikaci. Komunikaci by měla být věnována velká pozornost, jelikož má pro člověka velký význam. Problém je neinformovanost a tabuizace smrti. Veřejnost se smrtí nechce zabývat a zarputile jí odsouvá, jako něco, co neexistuje. Pokud však dojde k přímému styku s konečností osoby, nejsou na to připraveni a neví, jak s tím pracovat. Na tomto poli by mohly proběhnout veřejné semináře, které by vysvětlily, jak vnímat smrtelnost. Pro zdravotnický personál bych volila jako doporučení pro praxi, aby se zamysleli nad člověkem od jeho úplné podstaty a nebránili se studiu filozofie osoby. Filozofie se člověkem zabývá ve všech rovinách, co dělá člověka člověkem, pomůže to najít cestu k druhému a pochopit jeho jednání.

## 7 POUŽITÁ LITERATURA

### 7.1 Primární zdroje

ANZENBACHER, Arno, 2010. *Úvod do filosofie*. Vyd. 3., V Portálu 2. Přeložil Karel ŠPRUNK. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-727-5.

BLECHA, Ivan, 2002. *Filosofie*. 4. opr. a rozš. vyd. Olomouc: Nakladatelství Olomouc. ISBN 80-7182-147-0.

BUŽGOVÁ, Radka, 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5402-4.

CORETH, Emerich, 1996. *Co je člověk?* 2. vyd. Praha: Zvon. Studium (Zvon). ISBN 80-7113-170-9.

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2007. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2., přeprac. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-471-3.

HENDL, Jan, 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.

KUPKA, Martin, 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4650-0.

MARKOVÁ, Monika, 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3171-1.

NEZBEDA, Ondřej, 2016. *Průvodce smrtelníka: prakticky o posledních věcech člověka*. V Praze: Paseka. ISBN 978-80-7432-747-6.

SLÁMA, Ondřej. Obecná a specializovaná paliativní péče v ČR: General and specialist palliative care in Czech republic. *Paliativna medicína a liečba bolesti*. Bratislava: SOLEN, 2012, **5**(1), 10-12. [online]. 2012. [cit. 2022-02-25]. ISSN 1337-6896. Dostupné z: <https://www.solen.sk/storage/file/article/af6a9ed66bb837eccc430ff37f3263da.pdf>

SOKOL, Jan, 2016. *Člověk jako osoba: filosofická antropologie*. Třetí, rozšířené vydání. Praha: Vyšehrad. Moderní myšlení. ISBN 978-80-7429-682-6.

STÖRIG, Hans Joachim, 2000. *Malé dějiny filosofie*. 7., přeprac. a rozš. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. ISBN 80-7192-500-4.

SVATOŠOVÁ, Marie, 2008. *Hospice a umění doprovázet*. Karmelitánské nakladatelství v Kostelním Vydří. ISBN 978-80-7195-307-4.

TOMEŠ, Igor, Eva DRAGOMIRECKÁ, Katarina SEDLÁROVÁ a Daniela VODÁČKOVÁ, 2015. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-2941-4.

VÁGNEROVÁ, Marie, 2012. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 5. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0225-7.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ, 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing. Sestra. ISBN 80-247-1262-8.

## 7.2 Sekundární zdroje

ARIÈS, Philippe, 2020. *Dějiny smrti*. Přeložil Danuše NAVRÁTILOVÁ. Praha: Argo. Každodenní život. ISBN 978-80-257-3251-9.

ASSMANN, Jan a Thomas MACHO, 2003. *Smrt jako fenomén kulturní teorie: obrazy smrti a zádušní kult ve starověkém Egyptě*. Praha: Vyšehrad. Světová náboženství (Vyšehrad). ISBN 80-7021-514-3.

BYOCK, Ira, 2005. *Dobré umírání: možnosti pokojného konce života*. Přeložil Ladislav ŠENKYŘÍK. Praha: Cesta domů. Cesty. ISBN 80-7021-797-9.

DOBRÍKOVÁ, Patricia a Barbora MEŠKOVÁ. Komunikácia s rodinnými príslušníkmi pacienta v paliatívnej starostlivosti. *Paliatívna medicína a liečba bolesti*. Bratislava: SOLEN, 2017, **10**(1-2e), 10-12. [online]. 2017. [cit. 2022-03-28]. ISSN 1339-4193. Dostupné z: <https://www.solen.sk/storage/file/article/bdde28387caf2107de543c8da04cc41b.pdf>

FONTANA, David, 2016. *Stres v práci a v životě: jak ho pochopit a zvládat*. Přeložil Alice ZAVADILOVÁ. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1033-7.

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

HEŘMANOVÁ, Jana, 2012. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3469-9.

KAPOUNOVÁ, Jana a Pavel KAPOUN, 2017. *Bakalářská a diplomová práce: od zadání po obhajobu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0079-8.

- KUDLOVÁ, Pavla a Jana KUTNOHORSKÁ. Setkání se smrtí-příprava studentů. *Paliativna medicína a liečba bolesti*. Bratislava: SOLEN, 2019, 12(2e), 69-73. [online]. 2019. [cit. 2022-01-04]. ISSN 1339-4193. Dostupné z: [https://www.solen.sk/storage/file/article/PALMED\\_2\\_2019\\_final%20%E2%80%93%20Kudlova.pdf](https://www.solen.sk/storage/file/article/PALMED_2_2019_final%20%E2%80%93%20Kudlova.pdf)
- KUŘE, Josef a Marek PETRŮ, 2015. *Filosofie medicíny v českých zemích*. Praha: Stanislav Juhaňák - Triton. ISBN 978-80-7387-972-3.
- MARKOVÁ, Alžběta, 2015. *Hospic do kapsy: příručka pro domácí paliativní týmy*. 2. aktualizované vydání. [Praha]: Cesta domů. ISBN 978-80-905809-4-7.
- NEFF, Vladimír, 1993. *Filosofický slovník pro samouky neboli Antigorgias*. 2., rozšíř. vyd. Praha: Mladá fronta. ISBN: 80-204-0383-3.
- NEJESCHLEBA, Tomáš, Václav NĚMEC a Monika RECINOVÁ, 2011. *Pojetí člověka v dějinách a současnosti filosofie*. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury. ISBN 978-80-7325-247-2.
- PAULÍK, Karel, 2017. *Psychologie lidské odolnosti*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5646-2.
- PETŘÍČEK, Miroslav, 1997. *Úvod do (současné) filosofie: [11 improvizovaných přednášek]*. 4. upr. vyd. Praha: Herrmann.
- PRÁŠEK, Petr, 2018. *Člověk v šíleném dění světa: filosofie Gillesa Deleuze*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. Myšlení současnosti. ISBN 978-80-246-4049-5.
- SIEBEROVÁ, Jana, 2019. *Proč máme strach ze smrti?: jak zvládnout její příchod*. Praha: Stanislav Juhaňák - TRITON. ISBN 978-80-7553-654-9.
- SOKOL, Jan, 2019. *Malá filosofie člověka: a Slovník filosofických pojmů*. Vydání sedmé. V Praze: Vyšehrad. ISBN 978-80-7601-190-8.
- SOKOL, Jan. *Člověk jako osoba*, 2000. Praha: Univerzita Karlova – Institut základů vzdělanosti. [online]. [cit. 2022-02-25]. Dostupné z: <https://is.muni.cz/www/384/30618506/koncepty/Jan-Sokol-Clovek-jako-osoba.pdf>
- VÁGNEROVÁ, Marie, 2010. *Psychologie osobnosti*. Praha: Univerzita Karlova v Praze. ISBN 978-80-246-1832-6.

VOLANDES, Angelo E, 2015. *Umění rozhovoru o konci života*. Přeložil Lenka KAPSOVÁ. V Praze: Cesta domů. ISBN 978-80-88126-03-4.

VOLF, Jan, 2018. *FILOSOFIE I*. Lukáš Vik, ISBN 978-80-75-36-197-4.

## **8 PŘÍLOHY**

Příloha A – *Rozdělení na animalitu a ducha*

Příloha B – *Informovaný souhlas*

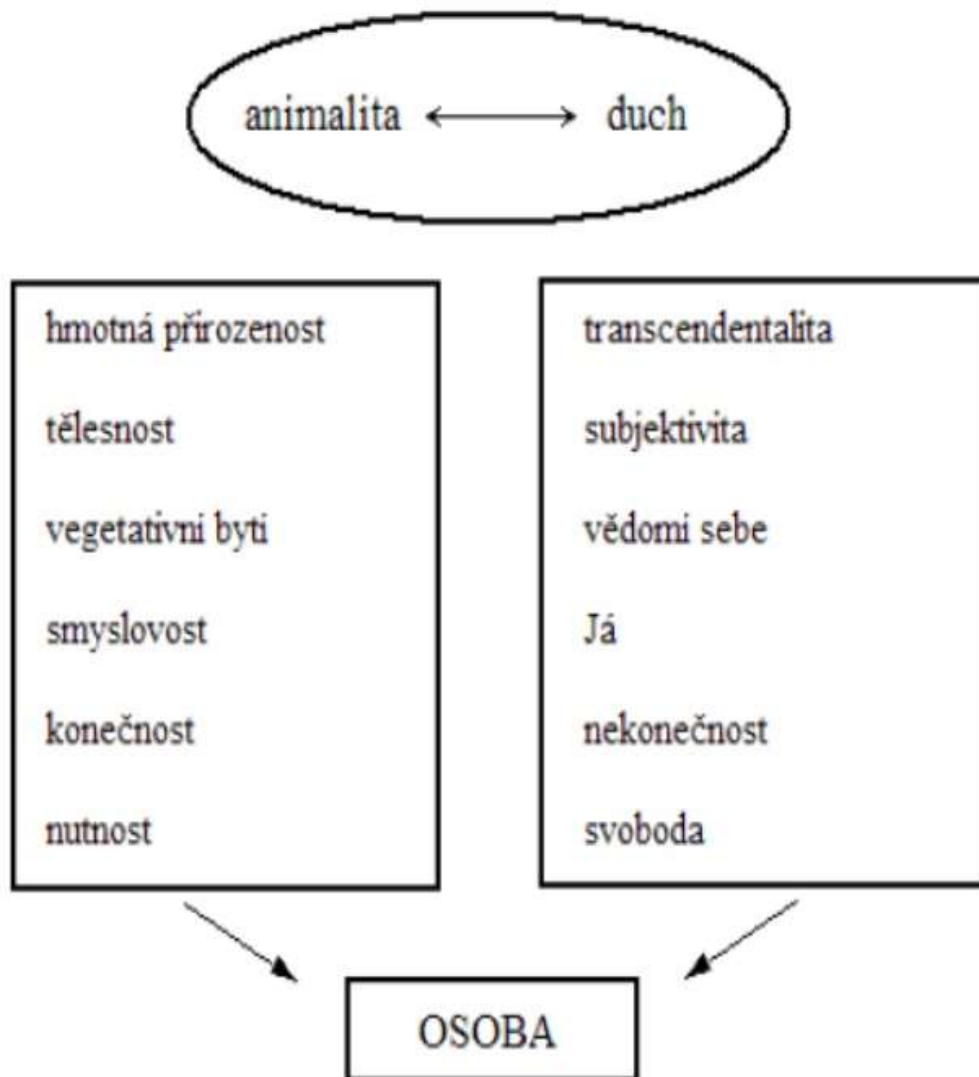
Příloha C – *Šablona polostrukturovaného rozhovoru*

Příloha D – *Opakované čtení rozhovorů, psaní poznámek*

Příloha E – *Analyzování vyskytujících se témat*

Příloha A – *Rozdělení na animalitu a ducha*

Obrázek 7 Rozdělení na animalitu a ducha



(Anzenbacher, 2010, str. 226)



**Informovaný souhlas pro průzkumný rozhovor**

Já, ..... souhlasím s účastí na průzkumném šetření, které je součástí diplomové práce Bc. Věry Hübnerové.

Průzkumné šetření se zabývá aplikací východisek filozofie osoby do praxe hospicové péče.

Podepsáním tohoto dokumentu uděluji souhlas s anonymním zpracováním získaných údajů, jejich použitím pouze pro účely průzkumu a též následné anonymní publikace.

Rozumím cíli, charakteru průzkumného šetření i v čem spočívá má úloha.

Tyto informace mi byly srozumitelně předem poskytnuty.

Měl/a jsem možnost položit průzkumníkovi dotazy, na které i bylo dostatečně odpovězeno.

Tímto potvrzuji, že má účast ve průzkumném šetření je čistě dobrovolná.

Od průzkumu mohu kdykoliv odstoupit, a to bez udání důvodu.

K tomuto kroku postačí dle předchozí domluvy pouze ústní sdělení průzkumníkovi.

Dne: ..... Podpis: .....

Kontakt na průzkumníka:

Bc. Věra Hübnerová

Mobil: 721715704

Email: hubnerova.vera@gmail.com

## Příloha C-Šablona polostrukturovaného rozhovoru

Iniciály:

Věk:

Roky praxe:

Vzdělání:

Vzdělání na poli filozofie a etiky:

Kurzy, vzdělání (humanitní kurzy):

Chuť sebevzdělání:

### **Struktura rozhovoru:**

- Znalost tématu
- Vysvětlit teorii
- Zeptat se na zkušenost nebo názor z praxe
- Aplikace do praxe

### 1.OSOBA

- Jak byste definovala člověka?

*Teoretické východisko:* Filozofie člověka definovala člověka jako bytost individuální, myslící a s vlastním mravním úsudkem. Filozofická antropologie uchopila člověka jako bytost živočišnou i duchovní v sociálním prostředí. Rozdělení na živočišnou část člověka a duchovní je rozdílné ve vnímání člověka. Již v antice došlo k uvědomění, že člověk není jen tělo, ale že základem osoby je duše. Dle Jana Sokola (2016, s.21), který odkazuje na Sokrata, došlo k rozvoji od rozlišování mezi živým a mrtvým, k objevení jedinečnosti duše a její individuality, s jejím posmrtným přesahem. Duše je základ naší subjektivity a našeho lidského bytí

- Jak vnímáte duši člověka?
- Když vezmete fakt, že živočišné tělo člověka je smrtelné, myslíte, že je duše člověka taktéž konečná?
- Má tato zkušenost pro Vás přesah do praxe?

### 2. SVĚT ČLOVĚKA

- Jak myslíte, že se vytváří svět člověka?

*Teoretické východisko:* Člověk žije ve světě, který je pro něj již předem daný, ale jen díky vztahu člověka k druhému se svět utváří. Svět neexistuje sám o sobě, ale je tvořen vztahem já-ty, jelikož osoba je odrazem vztahu s druhou osobou. Vztahem k druhému člověku zjišťujeme jeho myšlení, cítění, osobní život a tato zkušenost má přesah pro naši osobu. Člověk v takovém světě by se měl starat o své bytí. Tím se rozumí, že každému člověku by mělo záležet na způsobu bytí na světě, jak se o svůj svět stará. Souvisí s tím i tvorba hodnot a hledání smyslu života.

- Jak si tedy myslíte, že si lidé tvoří svůj svět a myslíte, že se starají o své bytí?
- Jak vnímáte u pacientů životní hodnoty a hledání smyslu života?

### 3. SMRTELNOST

- Jak byste uchopila pojem „bytí k smrti“?

*Teoretické východisko:* Smrt je biologický zánik individua, ke kterému dochází od našeho narození. Člověk se narodí, aby zase zemřel. Smrt můžeme dělit na přirozenou smrt, ke které člověk dospěje věkem a biologickými faktory, nebo na smrt lékařskou, ke které dojde vlivem nemoci, a to nejčastěji v nemocnici, či jiné instituci.

Člověk už od narození směřuje ke smrti. Právě smrt dává životu konečnost a tím i obrovskou cenu času. Pro člověka je přijetí smrtelnosti těžkou disciplínou.

- Jak vnímáte smrtelnost a konečnost lidského života?
- Jak vnímáte konečnost života u pacientů?
- Myslíte, že má pacient vztah k tomu kde smrt proběhne, je tím myšleno doma nebo v instituci?
- Kdy jste měla svou první zkušenost se smrtí a jak Vás ovlivnila?
- Jak se vyrovnáváte se smrtí pacientů, když v hospicové péči je tento fenomén tak častý?
- Smrt bývá často mezi lidmi tabuizována. Máte také takovou zkušenost z praxe?
- Jak vnímáte pravdu v aplikaci k vaší profesi a setkáváte se někdy s milosrdnou lží?
- Co myslíte, že vede příbuzné k nepravě?

### 4. ŽIVOTNÍ ROLE

- Co si představíte pod pojmem role člověka?

*Teoretické východisko:* Člověk zaujímá ve světě nějakou roli, nebo i více rolí. Je to jakási maska, kterou se prezentuje okolí. Mohou to být role rodičů, zákazníků, podnikatelů, zaměstnanců, studentů a mnoho dalších. Tyto role se odvíjejí od zaměstnání, okolí nebo i zájmů. Role používá člověk vědomě a s jistým záměrem, z toho také plynou povinnosti. Člověk tyto role nepoužívá jako převleky, nýbrž jako jistou formu vystupování, která ho posléze utváří. Navíc se v životě tyto role mění a střídají, a to podle příležitosti, času a naléhavosti situace.

- Sledujete u svých pacientů ztrátu rolí a jak se projevuje?
- Jak vnímáte svou roli zdravotníka v paliativní péči a myslíte, že je rozdíl mezi rolí zdravotníka v hospicové péči a v ostatních oborech zdravotní péče?

## 5. KOMUNIKACE

- Co pro Vás znamená komunikace?

*Teoretické východisko:* Slovo je pro osoby charakteristické, jelikož žádný jiný živoch se nedorozumívá mluvenou řečí. Mluvené slovo může mít mnoho funkcí a významů, ať politické, vzdělávací či sdělovací, a proto může být zneužíváno pro ovlivňování druhých osob. Rozhovor je základní forma dorozumívání mezi osobami, a právě proto že rozhovor je mezi osobami, rozlišují se v gramatice tři základní osoby, přičemž první dvě já a ty jsou tvořeny skutečnými osobami, ale třetí osobou není nikdy osoba konkrétně. Při rozhovoru jsou osoby v gramatice tvořeny rolemi, které se během hovoru střídají, proto smysl označení „já“ existuje pouze v případě, že je zde i osoba „ty“.

Jednou z přirozeností člověka je řeč, kdy se osoba může začít prezentovat a kdy nechá nahlédnout do svého nitra. Řeč se vyvíjela po staletí od znaků, posunků, přes první výrazy až po dnešní jazyky. Velkou část komunikace tvoří komunikace neverbální, kdy dochází k největšímu náhledu do člověka, přes jeho gestikulaci, řeč očí, tváří a postoje. Touto komunikací se nepředávají dílčí informace, nýbrž postoje, nálady či emoce.

- Jak byste popsala vztah komunikace já-ty pro pacienta v hospicové péči?
- Vnímáte nějaké typické projevy neverbální komunikace v hospicové péči?
- Vidíte rozdíl v komunikaci mezi pacientem a rodinou?

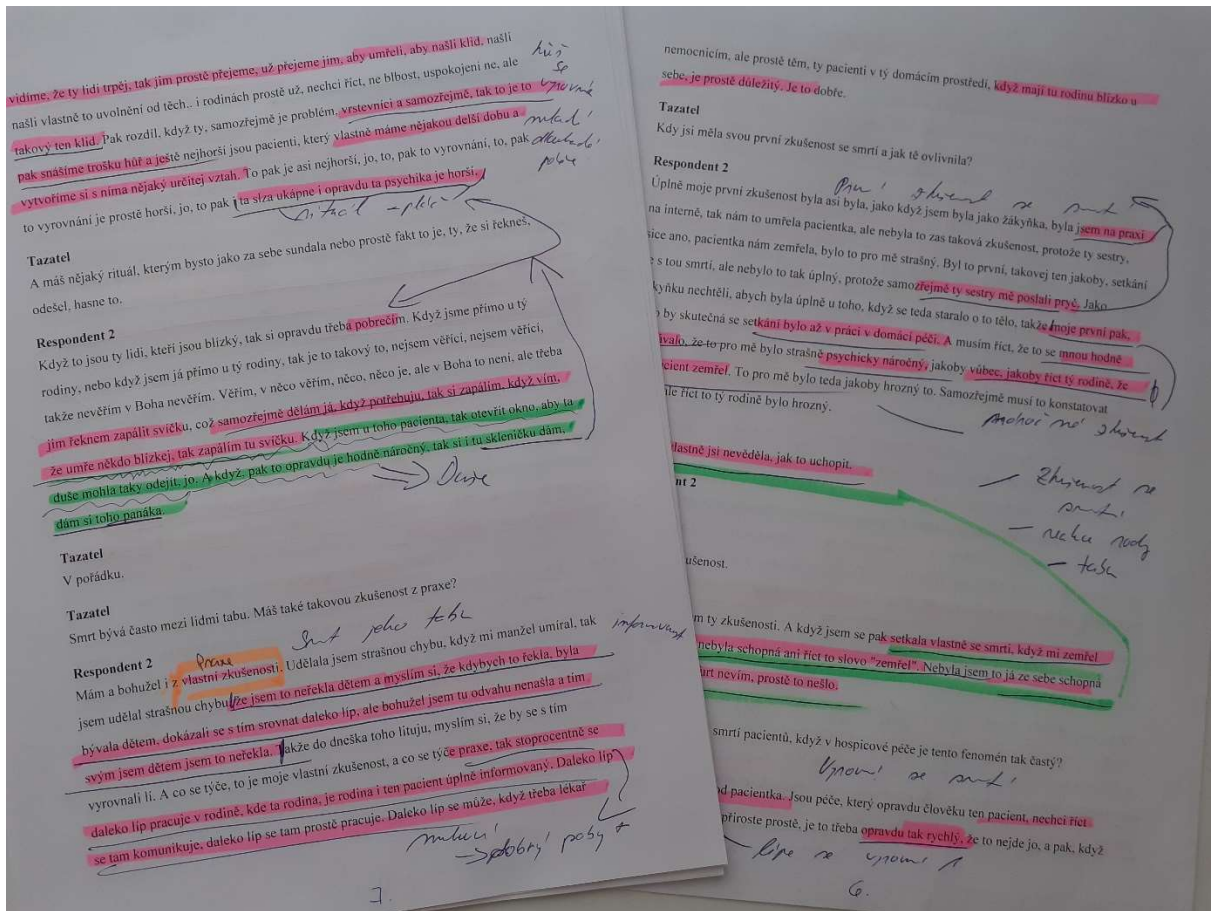
## 6. PÉČE O DRUHÉ

- Jak byste definovala péči o druhé?

*Teoretické východisko:* Každý jedinec je od útlého věku svěřen do péče rodičů, kteří se o něj starají až do dospělého věku, kdy odchází z bezpečí domova a začíná se starat sám o sebe. V tomto období dochází k předávání zkušeností a zvyků rodičů svému potomkovi. Ochraňují ho, pečují o něj, je to přirozený vztah rodičů a jejich dětí. Jinou formu závazku může člověk přijmout během života. Je to situace, kdy se člověk rozhodne pomáhat, pečovat o druhého nebo zachraňovat. Je to potřeba převzít odpovědnost za druhého a poskytnout mu láskyplnou péči. Obětavá péče o druhého obsahuje úctu k druhé osobě a radost z poskytované péče. Je to pro člověka jako osobu přirozené, protože osoba neexistuje sama o sobě, ale existuje ve společnosti druhých osob.

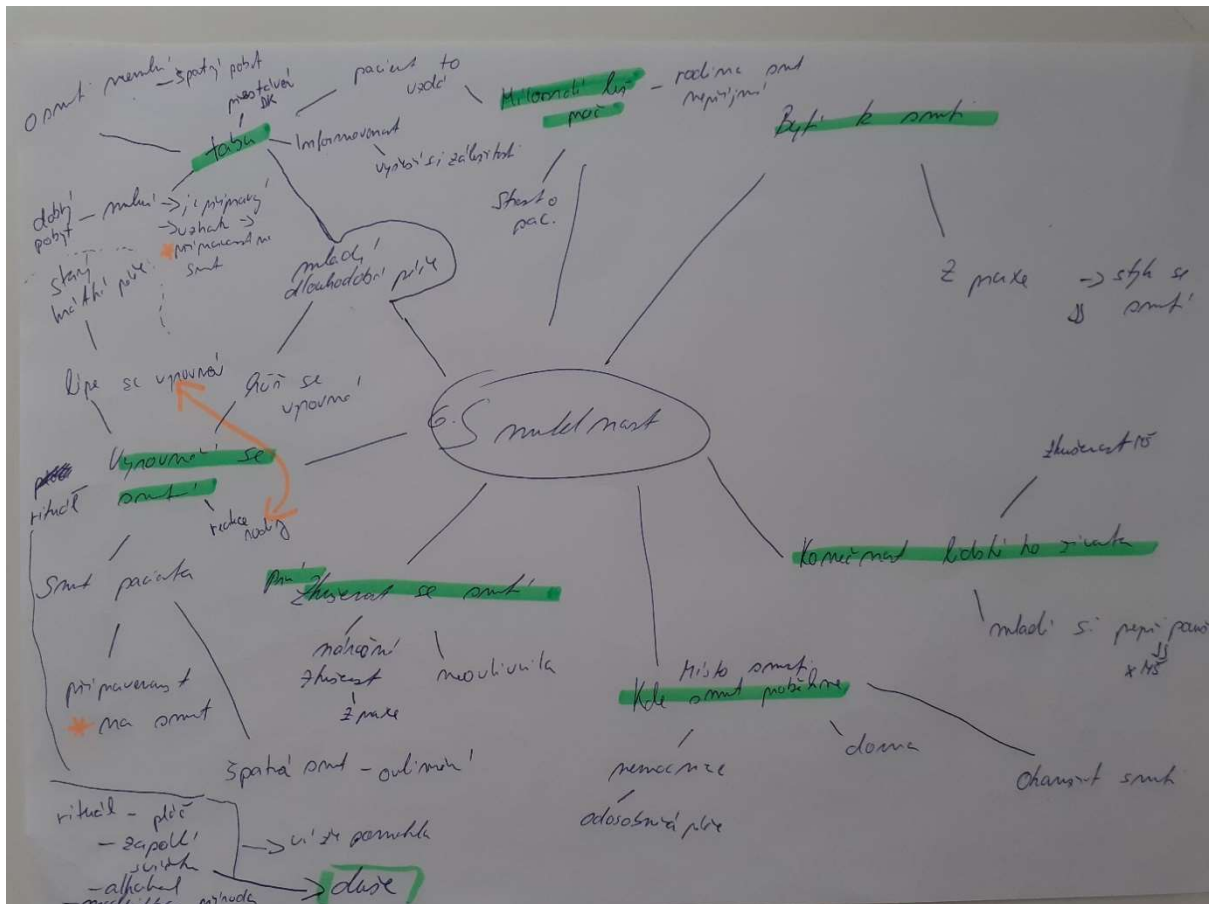
- Jak vnímáte péči o druhého a jak Vás zkušenost s péčí o umírající pacienty ovlivnila?

## Příloha D – Opakované čtení rozhovorů, psaní poznámek



Zdroj-vlastní

Příloha E – Analýza výskytujících se témat



Zdroj-vlastní