

**Pražská vysoká škola psychosociálních studií**



## **Hospicová péče**

Bc. Veronika Kreslová

vedoucí práce: Doc. PhDr. Jaroslav Kořa

**Praha 2012**

**Prague college of psychosocial studies**

**Hospice care**

Bc. Veronika Kreslová

The Diploma Thesis Work Supervisor: Doc. PhDr. Jaroslav Kořa

**Praha 2012**

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma: „Hospicová péče“ vypracovala samostatně a cituji v ní veškeré prameny, které jsem použila.

V Praze dne 27. září 2012

Podpis:

# OBSAH

ÚVOD.....	7
1 HOSPICOVÁ PÉČE.....	8
1.1 Hospicová péče.....	8
1.1.1 Formy hospicové péče.....	11
1.1.2 Komu je určena hospicová péče a čím je jiná .....	12
1.2 Paliativní medicína.....	13
1.3 Dobrovolnictví.....	16
1.3.1 Mezinárodní dobrovolnické organizace.....	16
1.3.2 Dobrovolnictví v České republice.....	17
1.4 Doprovázení.....	19
1.5 Spirituální potřeby.....	20
1.6 Rodina.....	23
2 VZDĚLÁVÁNÍ A PŘÍPRAVA PROVÁZEJÍCÍCH V HOSPICI.....	25
2.1 Lékaři.....	25
2.2 Odborný personál.....	27
2.3 Dobrovolníci.....	28
3 HODNOTOVÁ ORIENTACE.....	29
3.1 Postoje a hodnoty.....	30
3.2 Změna životních postojů.....	32

4 UMÍRÁNÍ A SMRT.....	35
4.1 Umírání.....	35
4.1.1 Definice smrti.....	39
4.2 Život po životě.....	45
4.3 Smrt jako filosofický problém.....	46
4.4 Odraz umírání a smrti v literatuře dávných i současných kultur .....	48
4.4.1 Starověká kultura.....	48
4.4.2 Středověká literatura.....	50
4.4.3 Evropská renesance, humanismus a baroko.....	51
4.4.4 Osvícenství.....	52
4.4.5 Autoři 19. až 21. století.....	52
4.5 Tabuizace smrti.....	53
5 EXISTENCIÁLNÍ ANALÝZA a LOGOTERAPIE.....	56
5.1 Vůle ke smyslu.....	56
5.2 Smysl života.....	58
5.2.1 Smysl života ve stáří.....	60
5.3 Logoterapie.....	62
5.3.1 Základní pojmy v logoterapii.....	62
5.3.2 Svoboda, odpovědnost a svědomí.....	62
5.4 Tragická triáda .....	63
5.4.1 Utrpení.....	64

5.4.2 Vina.....	65
5.4.3 Smrt.....	65
5.5 Logoterapeutický přístup v péči o staré lidi.....	66
LITERATURA.....	69

## ÚVOD

Jako téma své teoretické práce jsem zvolila „Hospicová péče“. Uvedené téma jsem si vybrala proto, že mě zaujalo při studiu na vysoké škole a po té jsem absolvovala několik seminářů k dané problematice.

Hospicová péče je orientována na vytvoření systému služeb a péče pro umírající a jejich blízké a v maximální možné míře respektuje uspokojování individuálních potřeb klienta.

V první kapitole se zabývám historií hospicové péče, dále se zmiňuji o hospicové péči v praxi. Objasňuji klíčové pojmy vztahující se k danému tématu. Pojmy jako hospicová péče, paliativní medicína, dobrovolnictví, doprovázení, spirituální péče a práce s rodinou umírajícího.

Ve druhé kapitole jsou přiblížena specifika a úskalí vzdělávání a přípravy provázejících v hospici. Jedná se o vzdělávání a přípravu lékařů, odborného personálu a dobrovolníků.

Ve třetí kapitole se zmiňuji o hodnotové orientaci, postojích a jejich změnou v různých životních etapách.

Čtvrtá kapitola je věnována procesu umírání a smrti. Definuji zde pojem smrt a zabývám se tímto tématem obšírněji. Nahlížím zde na smrt z různých pohledů, z filosofického pohledu, z pohledu dávných i současných kultur. V neposlední řadě zde narážím na téma tabuizace smrti.

V páté kapitole píš o možnosti terapie, konkrétně existenciální analýzy a logoterapie.

# 1 HOSPICOVÁ PÉČE

## 1.1 Hospicová péče

Hospice pomáhají v současné době řešit etické i praktické problémy spojené s procesem lidského umírání. Hospicová péče není žádnou novinkou dnešní doby. První hospic byl založen ve Velké Británii již v 60. letech minulého století (St. Christopher Hospice v Londýně, zakladatelka dr. C. Saundersová). Původní hospice poskytovaly pouze lůžkovou péči umožňující společné ubytování rodinných příslušníků s potřebnou osobou. Speciálně vzdělávaný personál poskytoval a i dnes poskytuje umírajícímu a jeho blízkým veškerou potřebnou péči a podporu. Teprve později se začíná využívat péče stacionární a domácí.

Do padesátých let 20. století fungovaly ošetrovatelské domy i v Čechách. Personál v nich tvořily řádové sestry. Díky politickému vývoji a potlačování aktivit řeholních komunit byly později ošetrovatelské domy omezovány až po úplné zrušení jejich činnosti.<sup>1</sup>

Hospice fungují po celém světě, například v USA a Kanadě jsou hospice orientovány na domácí hospicovou péči a určité zázemí týmům domácí hospicové péče poskytují ošetrovatelské domy „*nursing house*“. Do zemí bývalé východní Evropy se tato forma pomoci umírajícím rozšiřuje teprve po změnách v politickém klimatu.

V České republice jsou hospice zřizovány podle zákona č. 106/1992 Sb. a zatím nejsou rozvíjeny další legislativní a ekonomické podmínky pro rozšiřování sítě hospiců. Matoušek uvádí v roce 2005 existenci 8 hospiců a 9 agentur, které poskytují hospicovou péči v domácím prostředí. První hospic v České republice vznikl díky zakladatelům českého hospicového hnutí jako nestátní zdravotnické zařízení, kdy zakladatelé chtěli na jeho provozu ukázat nevhodnost legislativy a nevhodného přístupu zdravotních pojišťoven, které zahrnuje lůžko v hospici mezi „ošetrovatelské lůžko“, kde náklady na pacienta jsou mnohem nižší, než se kterými se musí kalkulovat v hospici.<sup>2</sup>

Na tento problém upozorňuje také A. M. Uhura a uvádí, že úhrada péče v hospicích není plně státem hrazena a hospice využívají příspěvek od smluvní zdravotní pojišťovny,

---

<sup>1</sup> MARKOVÁ, M., 2010, s. 27

<sup>2</sup> SVATOŠOVÁ, M. in MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J., 2005, s. 201



část si platí klient ze svého příjmu a významnou pomocí je finanční podpora dárců. Ministerstvo zdravotnictví ve své vyhlášce 134/1998 Sb. pouze upravilo seznam zdravotních výkonů a přiřazuje hospice k paliativní medicíně. Podle zkušeností z ostatních zemí světa, kde systém hospiců funguje mnohem déle, je doporučováno, aby bylo k dispozici minimálně 5 hospicových lůžek na 100 000 obyvatel. A. M. Uhura podtrhuje význam hospiců v tom, že nepomáhají jen umírajícímu klientovi důstojně zemřít s plnou pomocí zdravotní péče, ale že respektují i duševní potřeby jedince, jeho potřeby komunikace s rodinou, ale také dokážou nabídnout pomoc členům rodiny, kteří se vyrovnávají s pocity blížící se ztráty milované osoby.<sup>3</sup> V současné době funguje na území České republiky více hospiců a mobilních hospiců. Z těchto hospiců je šestnáct členem Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče (APHPP). Jedná se o tyto hospice:

- Hospic Anežky České v Červeném Kostelci,
- Hospic sv. Alžběty v Brně,
- Hospic Citadela ve Valašském Meziříčí,
- Hospic Dobrého Pastýře v Čerčanech, o. s. TŘI,
- Hospicové občanské sdružení Duha v Hořicích,
- Hospic Hvězda ve Zlíně,
- Hospicové hnutí Vysočina,
- Hospic sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích,
- Hospic sv. Lazara v Plzni,
- Hospic sv. Lukáše v Ostravě,
- Nadační fond Klíček – provozuje dětský hospic v Malejovicích,
- Hospic v Mostě,

---

<sup>3</sup> A. M. UHURA in ARCHALOUSOVÁ, A. a kol., 2006, s. 163

- Hospic na Svatém Kopečku v Olomouci,
- Hospic sv. Štěpána v Litoměřicích,
- Hospic Štrasburk v Praze,
- Hospicová péče sv. Zdislavy v Liberci.<sup>4</sup>

APHPP ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví České republiky připravila *Standardy hospicové paliativní péče*, které by měly dodržovat veškerá zařízení poskytující specializovanou paliativní péči, aby se zajistila odpovídající a jednotná kvalita péče. Tyto Standardy byly zveřejněny v dubnu 2007 a plné znění je k dispozici na internetových stránkách:

<http://www.asociacehospicu.cz/nase-projekty/standardy-kvality/>

### **1.1.1 Formy hospicové péče**

V současné době fungují 3 základní formy hospicové péče, které odpovídají požadavkům vzhledem ke stadiu nemoci a s tím související nutné péči.

#### **1. Domácí hospicová péče**

Tato forma je pro potřebného člověka asi nejlepší formou. Nicméně klade vysoké nároky na ošetřujícího člena popřípadě členy a vyžaduje kvalitní rodinné zázemí. Kromě zdravotnické a duševní péče a podpory je mnohdy potřeba přizpůsobit i vnitřní prostorové uspořádání bytu a zajištění dostupnosti toalety a koupání. To není vždy možné a navíc, laickým ošetřujícím osobám chybí potřebná znalost „grifů“ pro manipulaci s opečovávanou osobou. Lidem, kteří se rozhodnou věnovat svému potřebnému členu rodiny, mohou pomáhat domácí hospice, které jsou schopné zajistit lékařskou a ošetrovatelskou péči i 24hodin denně a sedm dní v týdnu.

#### **2. Stacionární hospicová péče**

---

<sup>4</sup> <http://www.asociacehospicu.cz/o-asociaci/clenove/>

Do denního pobytu jsou klienti přivázeni rodinou, což je při větších vzdálenostech finančně náročné, ale členům rodiny to umožňuje věnovat se své pracovní kariéře a mít zajištěnu péči o potřebného člena rodiny. Stacionáře mohou poskytovat i léčbu bolesti, doprovázet na chemoterapii apod. Pro samotného klienta má velký přínos budování sociálních kontaktů s ostatními klienty denního pobytu.

### **3. Lůžková hospicová péče**

Matoušek i Uhura zdůrazňují, že přijetí klienta do lůžkového zařízení nutně neznamená, že zde zemře. Zhruba třetina těchto klientů se po stabilizaci svých zdravotních problémů vrací opět do domácího prostředí. Rodinní příslušníci mají neomezený přístup ke svému členovi rodiny a vybavení pokoje navozuje co nejvíce atmosféru domova. Ke klientům se přistupuje s laskavostí a ohleduplností, potřebná vyšetření a zdravotnické a pečovatelské úkony jsou prováděny tak, aby klientům byly poskytovány v době, která je co nejpříjemnější.<sup>5</sup> Matoušek poznamenává, že klienty lůžkové hospicové péče se čím dál více stávají lidé středního věku zasaženi nádorovými onemocněními.<sup>6</sup>

#### **1.1.2 Komu je určena hospicová péče a čím je jiná**

Většinu pacientů hospiců tvoří dnes lidé onkologicky nemocní a staří lidé. Do hospice jsou přijímáni klienti, u kterých platí že:

- postupující choroba je ohrožuje na životě,
- potřebují paliativní léčbu bez nutnosti hospitalizace,
- domácí péče je nedostačující,
- pacient sám si přeje tuto formu péče.<sup>7</sup>

---

<sup>5</sup> A. M. UHURA in ARCHALOUSOVÁ, A. a kol., 2006, s. 164

<sup>6</sup> SVATOŠOVÁ, M. in MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J., 2005, s. 202

<sup>7</sup> MARKOVÁ, M., 2010, s. 28

Pro stejná kritéria umístění do hospice se rozhodují i již zmiňovaní odborníci Matoušek<sup>8</sup> a A. M. Uhura<sup>9</sup>. Možnosti hospiců jsou omezené a je potřeba při výběru maximálně omezit protekci a využívání známostí nastavením přísných interních pravidel pro výběr klientů.

Zvláštním případem hospicové péče je dětský hospic. Do něj se umisťují děti s chorobami ohrožujícími jejich život a zároveň slouží jejich rodinám. Do dětských hospiců se v menším množství dostávají děti potřebující terminální péči, ale mnohem více děti s odlehčovací péčí. Nemocné děti spolu s rodiči v hospicích spíše pobývají na ozdravném pobytu, kde je jim poskytována pomoc a povzbuzující zázemí. Ve střední a východní Evropě jsou pouze tři dětské hospice. Kromě našeho českého hospice provozovaného nadací Klíček, existuje ještě dětský hospic v Polsku a Bělorusku.

Zvláštností hospicové péče a vlastně jejím odlišením od běžného nemocničního pobytu je pojetí přístupu ke klientovi. Hospicová péče je postavena na myšlence úcty k životu a člověku a celý tým pečovatелů se snaží o to, aby odchod člověka z tohoto světa byl spojen s důstojností. Pacienti v hospicích nepodléhají žádnému strohému nemocničnímu režimu, naopak jsou vytvářeny podmínky pro co nejkomfortnější přizpůsobení se jejich potřebám. Rodinní příslušníci se spolu se specializovaným zdravotnickým týmem starají o to, aby do poslední chvíle byl život umírajícího člena rodiny naplněn pohodou, aby netrpěl bolestmi a v posledních chvílích nezůstal osamocen. Proškolený tým musí být nápomocen umírajícímu poskytnout i duchovní útěchu a hovořit s ním i o otázkách smyslu života, umožnit mu hledat porozumění a komunikovat s ním i o smrti, pokud klient cítí tuto potřebu.<sup>10</sup>

V oblasti etiky jsou hospice vázány Chartou práv umírajících (doporučení Rady Evropy č. 1418/1999), Deklarací práv onkologických pacientů a Evropskou chartou pacientů seniorů.<sup>11</sup>

---

<sup>8</sup> MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J., 2005, s. 202

<sup>9</sup> A. M. UHURA in ARCHALOUSOVÁ, A. a kol., 2006, s. 165

<sup>10</sup> MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J., 2005, s. 203 - 204

<sup>11</sup> A. M. UHURA in ARCHALOUSOVÁ, A. a kol., 2006, s. 165

## 1.2 Paliativní medicína

Jednou z hlavních součástí hospicové péče je paliativní medicína. Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) je paliativní medicína definována jako: „Léčba pacientů s nevyлéčitelným, programujícím a výrazně pokročilým onemocněním s omezeným dožitím. Hlavním cílem péče o tyto pacienty je dosažení nejlepší možné kvality života.“<sup>12</sup>

Paliativní postupy zahrnují práci celého týmu odborníků z různých oblastí pomáhajících profesí. Své znalosti zde uplatňují lékaři, ošetrovatelé, sociální pracovníci, duchovní, fyzioterapeuti, dobrovolníci a rodinní příslušníci, kteří se snaží o zmírnění utrpení v poslední fázi života.

Ačkoliv je paliativní medicína již dlouho součástí geriatric, pořád ještě neznáme do detailů hodnotové představy seniorů a jejich představy o umírání a smrti. Neustále se hledají nevhodnější postupy u starých lidí s větším počtem nemocí a u lidí s odlišnou fyziologií stárnutí. Těžištěm paliativní medicíny jsou terminální stadia demence, těžké cévní mozkové příhody a interní onemocnění.<sup>13</sup>

V České republice se projektu Paliativní péče v České republice věnovalo hospicové občanské sdružení Cesta domů, které provozuje v Praze domácí hospic a usiluje o změny v legislativě, aby se mohla výrazně rozšířit péče o umírající v České republice. Paliativní péče je věnována nevyлéčitelně nemocným a důsledně respektuje jejich individuální potřeby. Zároveň podporuje rodinu a nejbližší přátele nemocných v udržování sociálních kontaktů s nemocnými členy rodiny. Jednou ze stěžejních zásad paliativní péče je, že s umírajícím je zacházeno tak, aby neměl pocit strachu, aby nebyl vystaven nesmyslné bolesti a utrpení. Faktory, které ovlivňují kvalitu paliativní péče, vystihuje obrázek č. 1.<sup>14</sup>

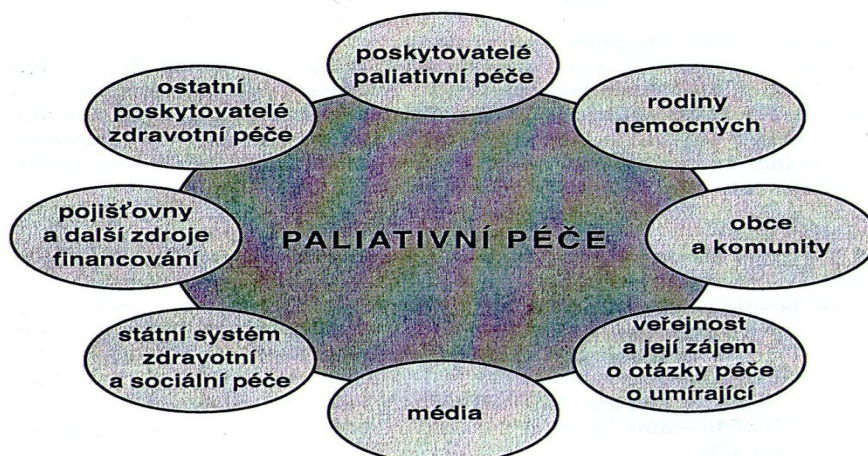
---

<sup>12</sup> SCHULER, M., OSTER, P., 2010, s. 216

<sup>13</sup> SCHULER, M., OSTER, P., 2010, s. 216

<sup>14</sup> SLÁMA, O., ŠPINAR, Š., 2004, s. 13

Obrázek č. 1: Faktory ovlivňující kvalitu paliativní péče



Zdroj: A. M. UHURA in ARCHALOUSOVÁ, A. a kol., 2006, s. 168

Situace v České republice zaostává za vyspělými zeměmi, paliativní péče se začala rozvíjet až po roce 1989, v roce 1992 nemocnice TRN v Babičích nad Svitavou uvedla do provozu vůbec první lůžkové oddělení paliativní péče. Velmi pozadu zůstává i nadále rozvoj domácí paliativní péče.

Od roku 2004 byl povolen samostatný atestační obor **Paliativní medicína a léčba bolesti**. Nejznámější českou lékařkou, která se aktivně zapojuje do propagace hospiců a má vliv na rozvoj hospicového hnutí je MUDr. Marie Svatošová. Za svoji činnost byla v roce 2002 poctěna státním vyznamenáním „Medaile Za zásluhy.“

V letech 2003 – 2004 proběhl průzkum o zajištění paliativní péče, o umírajících a výsledky vypovídají o velmi neuspokojivé úrovni poskytované péče. Výzkumný tým se rozhodl pro získání informací ve 4 různých navzájem souvisejících oblastech, které označil jako body a) až d). Z prezentovaných výsledků vybírám ty nejpalčivější.

a)

- pouze 1% z 105 000 každoročně umírajících osob mělo poskytnuto speciální paliativní péči,
- data zdravotních pojišťoven o péči poskytované pacientům na konci života nejsou dostupná,

- žádná instituce nemonitoruje kvalitu péče o umírající,

**b)**

- výzkum veřejného mínění ukázal hrubý rozpor mezi preferencemi veřejnosti a skutečným stavem: více než 70% všech úmrtí nastává ve zdravotnických nebo sociálních institucích, ale 80% dotázaných si nepřeje v tomto prostředí zemřít,

**c)**

- komunikace mezi lékaři, pacienty a členy rodiny je nedostatečná,
- 90% mladých lékařů se necítí být připraveno na komunikaci s nevléčitelně nemocným a jeho rodinou,
- financování péče o umírající je nedostatečné a dlouhodobě nekoncepční,<sup>15</sup>

**d)**

- v postgraduálním vzdělávání lékařů není téma paliativní medicíny ve většině oborů vůbec zastoupeno,
- výjimku tvoří jen některé ošetrovatelské studijní programy, kde je paliativní medicína vyučována jako obor.

Tyto a další skutečnosti vypovídají o potřebě koncepčnějšího rozvoje paliativní péče v České republice. Tým, který prováděl tento průzkum, pak připravil pracovní materiál koncepce paliativní péče v ČR a doporučuje, aby se paliativní péče stala jedním z hlavních témat státní a regionální politiky.<sup>16</sup>

---

<sup>15</sup> SLÁMA, O., ŠPINAR, Š., 2004, s. 13- 15

<sup>16</sup> SLÁMA, O., ŠPINAR, Š., 2004, s. 13- 15

## 1.3 Dobrovolnictví

### 1.3.1 Mezinárodní dobrovolnické organizace

Dobrovolnictví provází vývoj lidské společnosti. Vždy se v ní nacházeli jedinci, kteří byli ochotni pomáhat těm, kteří kvůli nemoci, nepředvídatelné přírodní katastrofě nebo chudobě potřebovali pomoc. Rok 2001 byl vyhlášen Mezinárodním rokem dobrovolníků jako poděkování a uznání jejich činnosti. Dobrovolnictví dnes dosahuje již takových rozměrů, že vyvstala nutnost koordinace pomocí profesionálních dobrovolníků. K nejznámějším dobrovolnickým organizacím náleží Červený kříž, Červený půlměsíc a v rámci ekologických hnutí Greenpeace.

V roce 1970 byla založena Mezinárodní asociace pro dobrovolnické úsilí (IAVE – International Association for Volunteer Effort), jejímž cílem je podporovat a propagovat dobrovolnictví v oblasti sociální a humanitární. Organizace je řízena radou složenou ze zástupců 25 zemí (z Evropy pouze 4 země), která má za cíl podporu národních a místních dobrovolnických center. Podílí se na vytváření efektivní komunikační sítě mezi těmito organizacemi, zvyšuje svými výcvikovými a vzdělávacími programy úroveň jejich pomoci.<sup>17</sup>

IAVE spolupracuje s OSN, kde má status konzultanta, na přípravě deklarácí. Díky jejímu úsilí byla vytvořena a schválena Všeobecná deklaráce o dobrovolnictví.

V roce 1970 byl ještě na základě iniciativy Valného shromáždění OSN založen Dobrovolnický program OSN (UNV – United Nations Volunteers). Tento program je výjimečný tím, že je to mezinárodní dobrovolnická iniciativa podřízená Rozvojovému programu OSN, a probíhá ve sto čtyřiceti zemích, převážně rozvojových a nejchudších oblastech Afriky, Asie a Pacifiku.

Samotná Evropa má také svou asociaci založenou o něco později – v roce 1972. Asociace pro dobrovolnické úsilí (AVE - Association for Volunteer Effort), která je zaměřena na spolupráci v rámci Evropy. Významným počinem je Evropská univerzita dobrovolnictví, jejímž cílem je informovat veřejnost o dobrovolnictví a objasňovat jeho poslání v současné ekonomicky složité situaci. Přednášky a workshopy se konají ve všech

---

<sup>17</sup> TOŠNER, J., SOZONSKÁ, O., 2002, s. 27



zemích Evropy a kvůli zapojení mládeže do dobrovolnictví vytvořila Evropská komise program Evropské dobrovolné služby (EVS). Díky tomuto programu se mladí lidé od 18 do 26 let mohou zapojovat do programů dobrovolnické práce s postiženými lidmi, dětmi, ale i se podílet na ekologických a kulturních projektech v jiné zemi, než ze které pocházejí.<sup>18</sup>

### 1.3.2 Dobrovolnictví v České republice

Dobročinná činnost různých spolků byla v Čechách rozvinutá již v devatenáctém století. Vznik samostatného Československa umožnil nadále podporovat a rozvíjet dobrovolné organizace, které měly mnohdy polooficiální charakter a významné pravomoce (zemská a okresní péče o mládež).

Práce dobrovolníků v dobrovolnických organizacích byla přerušena druhou světovou válkou a během budování socialistického režimu v následujících letech také nebyla podporována. Nezávislé spolky byly donuceny se stát součástí Národní fronty a spolky spravované církvemi a poskytující charitativní služby byly taktéž zrušeny.

Teprve po roce 1989 dochází k obnově dobrovolnických organizací a rozvoji neziskového sektoru. Skupiny dobrovolníků se začaly sdružovat v řadě dobrovolnických charitativních, sociálních a zdravotních organizací, které si stanovily za cíl pomáhat všem, kteří se ocitli nějakým způsobem ve společnosti znevýhodnění.

Ačkoliv se v různých médiích prezentuje práce organizací neziskového sektoru, pořád je mezi lidmi povědomí o dobrovolnictví a práci dobrovolníků na nedostačující úrovni. Navíc Česká republika nemá dobrovolnictví upraveno žádnými zákony, které by vymezovaly dobrovolnou činnost, práva a míru odpovědnosti dobrovolníků. Přitom činnost dobrovolnických organizací, kde pracují profesionální dobrovolníci, se neobejde bez pomoci nadšených dobrovolníků. Tito dobrovolníci jsou hybnou silou každé takové organizace a pomáhají jí svými činnostmi a znalostmi snižovat finanční náklady. Podílejí se také velkou měrou na zkvalitnění pomoci a péče poskytované v rámci sociálních služeb seniorům či nemocným občanům. Práce dobrovolníků a dobrovolnictví je v naší společnosti vnímáno spíše jako výjimečná činnost, která je považována do určité míry

---

<sup>18</sup> TOŠNER, J., SOZONSKÁ, O., 2002, s. 28 - 29

za ctnost, a do které se z morálního hlediska během svého života zapojí určitá část populace.

Podle průzkumu se v roce 1999 věnovalo dobrovolné práci jen 8% obyvatel, nejvíce hodin odpracovali ti, kteří působili v oblasti sociálních služeb. Postoje české veřejnosti k dobrovolnictví jsou prezentovány v průzkumu, který prováděl Frič se svým kolektivem<sup>19</sup>.

Dobrovolné organizace působí v České republice v několika charakteristických oblastech:

- ochrana životního prostředí,
- humanitární pomoc, činnost organizací na ochranu lidských práv,
- sociální a zdravotní – nejvíce organizací ze všech, přebírají služby, které nedokáže stát zajistit v odpovídající kvalitě, usilují o změnu legislativy v rámci sociální politiky poskytované státem, vedou diskuse a jednání o charakteru poskytovaných sociálních služeb,
- kulturní, sportovní a vzdělávací činnost,
- zahraniční dobrovolná služba.<sup>20</sup>

---

<sup>19</sup> FRIČ, P. a kol. Dárcovství a dobrovolnictví v České republice. NROS a AGNES, Praha 2001

<sup>20</sup> TOŠNER, J., SOZONSKÁ, O., 2002, s. 41 – 50

## 1.4 Doprovázení

Doprovázení umírajícího spočívá v umožnění důstojného umírání v blízkosti druhého člověka. Haškovcová celý proces umírání považuje za sociální akt podobně jako příchod člověka na svět. Období doprovázení je spojeno s kvalitou života. I v této fázi života je potřeba chápat hodnotovou orientaci a životní styl umírajícího, aby bylo možno pro něj zajistit odpovídající podmínky i v poslední terminální fázi. Světová zdravotnická organizace (WHO) definovala toto potřebné zajištění duševních, tělesných i sociálních potřeb jako *osobní pohodu (well-being)*. Pro zajištění těchto potřeb jsou nezbytností následující předpoklady:

- neponechat jedince samotného, při zhoršení stavu zajistit pobyt v přítomnosti dalších osob,
- zachovat soukromí a intimitu (vyjádření citů, pravdivá komunikace o současném stavu, možnost vyjádřit úzkost, obavy z bolesti apod.),
- ujistit umírající osobu, že nejbližší příbuzní „unesou“ jeho ztrátu a budou žít dál,
- respektovat potřebu času na smíření se se smrtí a poskytnout ujištění, že bude uděláno vše, aby smrt nebolela.<sup>21</sup>

„Doprovázení umírajících není záležitost jednostranná. Jde o vzájemné obdarování. Krása a pokoj v tváři člověka umírajícího v pravém slova smyslu šťastně, je tím, co nám pomáhá naplňovat naše vlastní duchovní potřeby. My je totiž máme taky.“<sup>22</sup>

Svatošová zdůrazňuje, že doprovázet umírajícího člověka znamená mu pomoci hledat smysl a přijetí celého života, že jde především o to, pomoci mu kvalitně pomáhat žít i v poslední životní fázi. Údělem doprovázející osoby je sdílení cesty a času s umírajícím, vytvořit s ním vztah plný oboustranného pochopení, vzájemné sounáležitosti a obohacování se hloubkou citových vazeb vytvořených během života a utužovaných společným prožitkem posledních chvil.

---

<sup>21</sup> HAŠKOVCOVÁ, H., 2007, s. 160 - 164

<sup>22</sup> SVATOŠOVÁ, M., 2012, s. 32, M., 2012, s. 32, M., 2012, s. 32

Úkol doprovázející osoby je pomáhat v závěrečné fázi života pochopit smysl utrpení a poskytnout pomoc i v oblasti spirituálních potřeb. Profesionální doprovázející osoba musí oplývat dostatečným soucitem nejen s umírajícím, ale také s rodinnými příslušníky. Hospicový ošetřující tým je schopen poskytnout účinnou pomoc i pozůstalým, obzvláště pokud jsou známy rizikové faktory nebo se jedná o umírající dítě, kde pomoc pozůstalým rodičům alespoň zpočátku je nevyhnutelná. V roli profesionální doprovázející osoby v hospicích je sociální pracovník, který byl vybrán na základě náročného výběrového řízení a zodpovídá za koordinaci činnosti všech členů týmu.

V hospicích je součástí každého pokoje možnost přistýlky pro nejbližší rodinné příslušníky a doprovázení se tu stává týmovou spoluprací všech zainteresovaných stran. Doprovázení pacienta v hospicích dává klientovi jistotu, že až do poslední chvíle bude uděláno vše proto, aby jeho život byl až do konce co nejkvalitnější a nejbohatší, ale také jistotu v tom, že mu bude umožněno v pravou chvíli odejít a nebýt trápen léčbou za každou cenu - dystanází.<sup>23</sup>

## 1.5 Spirituální potřeby

V rámci hospicové péče je klientům zajištěno uspokojení jejich duchovních potřeb. Víra nemocného (spiritualita) je zde akceptována, je s ní počítáno jako s jednou z potřeb umírajícího. Základní listina práv a svobod č. 2/1993 Sb. dává každému jedinci právo na víru a náboženství, proto do hospiců mají přístup duchovní. Nález Ústavního soudu č. 4/2003 Sb. určil církvím zvláštní práva, na jejichž základě mohou poskytovat pastorační péči nejen v hospicích, ale i v Domovech důchodců, nemocnicích, věznicích apod. Pastorační péče je poskytována klientům, jež hledají duchovní pomoc při otázkách spojených s významem lidského bytí a smyslu života.<sup>24</sup>

O duchovní péči, která je dnes nazývána pastorační péčí píše velice podrobně Křivohlavý. On používá výraz *pastýřská péče* (souvislost s biblickým významem pojmu pastýř). Cílem této péče je osvobodit člověka od strachu a obav, být umírajícímu přítelem (doprovazečem), někým, komu umírající může důvěřovat a spoléhat se, že jej bude

---

<sup>23</sup> SVATOŠOVÁ, M. in MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J., 2005, s. 195 - 205

<sup>24</sup> A. M. UHURA in ARCHALOUSOVÁ, A. a kol., 2006, s. 166

provázet i ve chvíli loučení. „Doprovazeč představuje to, v co umírající věří – že Pán Bůh je s ním na každém kroku“<sup>25</sup>

Péče je poskytována v době před úmrtím, při vlastním umírání a také samozřejmě pozůstalým a truchlícím. Konkrétní podoba pastýřské péče se proměňovala v závislosti na vývoji společnosti. Dříve byla všechna iniciativa ponechána na duchovním, dnes se prosazuje oboustranná spolupráce formou dialogu. Křivohlavý rozebírá pastýřskou péči se vši důsledností, nabízí i varianty vhodných biblických citací a poukazuje na některé zásady při vedení dialogu s umírajícím:

- „citová (emocionální) účastnost hovořícího,
- opravdovost ochoty jít s pacientem kus neznámé cesty,
- autenticita – hodnověrnost a opravdovost vztahu,
- pravdivost,
- tolerance.“<sup>26</sup>

Haškovcová uvádí, že pastorační péči je možné poskytnout i umírajícím, kteří nejsou příslušníky žádné církve, jsou nevěřící, ale přesto mají potřebu si promluvit s někým, kdo jim pomůže vyrovnat se s těžkou a neznámou životní situací. Připouští, že vést rozhovor s nevěřícím klientem je obtížné, ale možné, neboť pastor (kněz, farář, kazatel) je také vzděláván v psychologii a může uzpůsobit spirituální rozhovor i potřebám nevěřících. Ukazuje se, že i nevěřící lidé mají potřebu během terminálního stádia určité spirituální potřeby, protože se zabírají smyslem života a hledají odpověď na to, co se bude dále dít. Péče o umírající si mnoho jedinců spojuje také s činností řádových sester, která je spíše zaměřena na praktické činnosti.<sup>27</sup>

Také Špačková se domnívá, že poskytování pastorační péče nemůže nahrazovat odbornou lékařskou péči a nemůže se soustřeďovat jen na slova. Ten, kdo chce efektivně uskutečňovat pastorační péči, musí umět trpělivě a se zájmem naslouchat, musí poskytovat

---

<sup>25</sup> KŘIVOHLAVÝ, J., KACMARCZYK, S., 1995, s. s. 60

<sup>26</sup> KŘIVOHLAVÝ, J., KACMARCZYK, S., 1995, s. 50 – 51, 60 - 65

<sup>27</sup> HAŠKOVCOVÁ, H., 2007, s. 172 - 176

pravdivé odpovědi, aby nebyl narušen pocit důvěry a společně hledat řešení možných osobních problémů.<sup>28</sup>

Svatošová připomíná, že tradice poskytnutí pastorační péče umírajícím ze strany duchovních byla v českých zemích násilně přerušena v minulém století, abychom se k ní v současnosti pomalu vrátili i ve zdravotnictví. Svatošová se domnívá, že naše generace bojuje s důsledky frustrace ze ztráty smyslu života, že dnešní člověk má nevhodnou hierarchii hodnot oproti svým předkům a málo se zabývá svými duchovními potřebami. Mnoha nemocem by se podle ní dalo zabránit, pokud by se dostalo jedinci pomoci a byla ošetřena nejprve jeho spirituální bolest.

Duchovní se stali součástí zdravotnických zařízení a týmů, neboť duchovní potřeba lidí je ve skutečnosti mnohem širší, než si je veřejnost ochotna připustit. Svatošová uvádí, že na základě svých mnohaletých zkušeností vnímá, jak narůstá množství potřebných právě mezi lidmi nevěřícími („majoritní šedá zóna“), kteří se obracejí v nemocnicích a hospicových zařízeních v poslední fázi svého života na přítomné duchovní. Tyto lidi označuje za „nejpočetnější skupinu lidí názorově nevyhraněných, tápajících, hledajících, bloudících a pochybujících.“<sup>29</sup>

20. listopadu 2006 byla uzavřena Dohoda o duchovní péči ve zdravotnictví mezi Českou biskupskou konferencí a Ekumenickou radou církví v České republice. Touto dohodou se signatáři zavázali vysílat nemocniční kaplany a dobrovolníky do zdravotnických zařízení, aby sloužili trpícím bez ohledu na jejich vyznání. Tito kaplani a vyškolení dobrovolníci poskytující spirituální péči jsou vázáni etickým kodexem, který vychází z mezinárodních a národních dokumentů. V podmínkách České republiky je zřejmé, že majoritní vliv má katolická církev, ale kaple zřizované ve zdravotnických zařízeních musí být ekumenické, aby vyhovovali i lidem patřícím k jiným církvím.

Práci nemocničních kaplanů a dobrovolníků ocenil i současný ministr zdravotnictví Heger, který převzal nad jejich činností oficiální záštitu. Více informací je dostupných na [www.nemocnikaplani.cz](http://www.nemocnikaplani.cz).<sup>30</sup>

---

<sup>28</sup> ŠPAČKOVÁ, A., 2011, s. 181

<sup>29</sup> SVATOŠOVÁ, M., 2012, s. 86

<sup>30</sup> SVATOŠOVÁ, M., 2012, s. 86 - 87

## 1.6 Rodina

V současné společnosti se vytvářejí jiné rodinné vazby, než tomu bylo v minulých stoletích. Míží závislost dětí na rodičích i prarodičích, mezigenerační vztahy nejsou udržovány jednak z důvodu vysoké rozvodovosti, jednak proto, že mladí lidé spolu žijí neformálně, bez uzavření sňatku, který nepovažují za životně důležitý závazek. Potvrzuje se i domněnka, že rodič, který opustil rodinu, zůstane ve stáří spíše sám a odkázaný na sociální služby poskytované státem či jinými organizacemi. V průběhu let se také mění názory na státem poskytovanou formu péče. Opouští se myšlenka z 80. let minulého století, kdy péče o staré lidi byla směřována na ohromné domovy důchodců a je již v 90. letech nahrazena modelem komunitní péče.

Vývojové trendy společnosti totiž ani v České republice nepodporují obnovu tradičních rodinných hodnot, je upřednostňována individualizace a odpovědnost každého za sebe sama. Český stát neusnadňuje členům rodiny jejich starost o potřebného seniora a spíše podporuje umístění do rezidenčního zařízení s očekávanou spoluprací rodiny a ošetřujícího personálu.<sup>31</sup>

Také samotné umírání bylo dříve posuzováno jako běžný projev lidského životního cyklu. Rodinní příslušníci byli zvyklí reagovat na potřeby umírajících, kteří zůstávali členy rodiny až do konce své životní pouti. Moderní uspěchaná doba způsobuje, že většina lidí umírá odtržená od své rodiny, ve zdravotnických zařízeních a s pocitu opuštěnosti.

Hospicová péče umožňuje rodinným příslušníkům účast během celého období poslední životní fáze. Pravdou je, že rodinní příslušníci se obávají, že situaci nedokážou zvládnout, a proto se vzdávají možnosti péče o umírajícího v domácím prostředí a najdou se i tací, kteří odmítají i v hospicích možnost ubytování se svým potřebným členem rodiny, ačkoliv hospicové pokoje jsou k tomu uzpůsobeny. Obavy mnohdy vyplývají ze špatné předchozí zkušenosti s obdobím umírání jiného člena rodiny a většinou neznají zvládání projevů lidského chování a možnosti léčby bolesti v terminální fázi.<sup>32</sup>

V rámci paliativní péče je umožněno rodině se připravit na blížící se ztrátu milované osoby a lépe se s ní vyrovnat. Anticipační truchlení pomáhá intimnějším

---

<sup>31</sup> BARVÍKOVÁ, J. in JEŘÁBEK, H. a kol., 2005, s. 58 - 59

<sup>32</sup> MARKOVÁ, M., 2010, s. 75 - 78

sblížení se s umírajícím, k hlubšímu prožívání společně stráveného času, kde není místo na projevy pocitů smutku a obav z budoucnosti. Přitom ale také tito rodinní příslušníci potřebují ventilovat své emoce. Ošetřovatelský tým hospiců je schopen v tomto směru pomoci. Jako účinná pomoc většinou dostačuje kratší, otevřený rozhovor, v němž jsou rodinní příslušníci ujištěni, že svou roli pečujícího člena zvládají i v této bolestné situaci dobře, mají možnost se doslova „vyplakat“ ze svých pocitů a ulevit tím sami sobě.

Pečující tým by měl být schopen odhadnout, zda rodinu nebo klienta trápí v minulosti nedořešené problémy a být nápomocen při jejich řešení. Smíření v rámci rodiny má pro všechny zúčastněné velký duševní význam. Rozloučení se se zemřelým dříve provázely rituály, které probíhaly vně i uvnitř rodiny. Odborníci upozorňují nanebezpečný trend, kdy rodiny opouští tyto tradice a neprožívají všemi smysly rozloučení se zemřelým. Ve svém podvědomí si tak nesou tuto nerozloučenost, prodlužují si dobu truchlení a mohou u nich nastat zdravotní problémy způsobené psychickými poruchami.<sup>33</sup>

Práce s rodinou v hospicovém zařízení probíhá na dvou úrovních. Jednak je rodina klientem hospicového zařízení a zároveň je členem ošetřujícího hospicového týmu. Úkolem personálu v hospici je zjistit o jaký typ rodiny se jedná, jaké vztahy a zvyklosti v ní fungují a poté rodinu poučit o správných krocích při doprovázení umírajícího člena rodiny. Za klíčovou podmínku je považováno poskytnutí kvalitní péče a soukromí.

Zvláštností hospicové péče je, že i po úmrtí klienta hospicový tým poskytuje pomoc pozůstalým členům rodiny. Zhruba jedna třetina rodin potřebuje péči i nadále, aby se dokázala vyrovnat se ztrátou (vzájemná korespondence, konzultace). Pozůstalí členové rodin také hojně přijímají účast na různých vzpomínkových akcích, které hospice pořádají, což má pozitivní vliv na duševní zdraví pozůstalých.<sup>34</sup>

---

<sup>33</sup> MARKOVÁ, M., 2010, s. 78 - 85

<sup>34</sup> SVATOŠOVÁ, M., 2000, dostupné z <http://www.hospice.cz/wp-content/uploads/oldhosp/pece.htm>



## 2 VZDĚLÁVÁNÍ A PŘÍPRAVA PROVÁZEJÍCÍCH V HOSPICI

### 2.1 Lékaři

Součástí služeb v hospicích je poskytování paliativní léčby podložené specificky zaměřeným vzděláváním. Již při zakládání prvního hospice u nás – Hospic Anežky České – bylo pamatováno na zřízení vzdělávacího centra. V každém dalším vzniklém hospici jsou také tato centra k dispozici. Aktivity, které ve vzdělávacích centrech probíhaly, byly nakonec koncepčně podchyceny v Koncepci paliativní péče v ČR, jejímiž autory jsou O. Sláma a Š. Špinka.

Zákonem č. 95/2004 Sb. byla v České republice uzákoněná paliativní medicína a léčba bolesti jako samostatný obor, jehož základem je přijetí zkušeností švýcarských lékařů, jejichž koncepce uceleného vzdělávání v paliativní péči byla přejata. Vzdělávací programy se týkají pregraduální a postgraduální přípravy jednak lékařů, jednak dalšího zdravotnického personálu, a jsou rozděleny do tří stupňů:

- pochopení,
- prohloubení,
- specializace.

Jednotlivé stupně se zaměřují vždy určitým specifickým paliativní péče, při vzdělávání je respektováno dosavadní dosažené vzdělání a pracovní zařazení uchazeče o vzdělávací program. V oblasti vzdělávání lékařů se angažuje v tomto ohledu již od 90. let minulého století Sekce paliativní medicíny při Společnosti pro studium a léčbu bolesti České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně. V roce 2001 byla založena Subkatedra paliativní medicíny v Institutu pro postgraduální vzdělávání ve zdravotnictví v Praze.

Od roku 2004 je možné studovat samostatný atestační obor Paliativní medicína a léčba bolesti jako navazující obor anesteziologie a resuscitace.<sup>35</sup>

---

<sup>35</sup> HAŠKOVCOVÁ, H., 2007, s. 60 - 62

Mladým medikům je dále nabízena výuka thanalogických témat. Témat proto, že obsah oboru thanalogie – věda o smrti a jejích fenoménech zasahuje i do tradičních oborů jako je filosofie, teologie, medicína a psychologie. Tato témata jsou zařazována do výuky lékařské etiky, psychologie a psychiatrie. Výuka klasickým způsobem obsahuje témata:

- fenomén smrti,
- proces umírání,
- zadržaná smrt,
- základní principy paliativní medicíny,
- eutanazie,
- kategorie kvality života,
- ritualizace smrti,
- problematika zármutku a žalu,
- seznámení se zahraniční a českou literaturou k problematice umírání a smrti.

Výuka musí být také propojena s výchovou, aby se student naučil vnímat potřeby umírajících a zároveň zvládl také svoje pocity vyplývající z psychické zátěže, které na něj účast při léčbě umírajícího pacienta je kladena. Navíc jak poznamenává Haškovcová, se studenti medicíny nacházejí v období negligace (vytěsnění smrti) a přesto se musí naučit osobnímu, lidskému přístupu. Proto jsou do výuky zařazována praktická cvičení, kde se provádí nácvik technik konfrontace se smrtí. K těm lehčím technikám náleží:

- smrt Ivana Iljiče (běžná smrt obyčejného člověka),
- nárys životní linie (vážné zamyšlení nad úspěchy a neúspěchy a perspektivou vlastního života),
- metoda her (naučit se vnímat argumenty protistrany, jeden student „hraje“ lékaře a druhý pacienta),

- metoda nekrologu (uvědomit si vlastní konečnost a vlastní cenu pro sebe i druhé).

Další tréninkové techniky označuje Haškovcová jako velice náročné a vhodné jen pro pokročilé:

- metoda konfrontace se smrtí I (učí prožívání bolestných ztrát a uvědomění si konečné osamělosti),
- metoda konfrontace II (vizualizace vlastní smrti, nácvik vyrovnání se),
- technika „mít a být“ (nácvik hierarchizace hodnot a vyrovnání se s extrémní ztrátou).<sup>36</sup>

Prakticky si mohou lékaři vyzkoušet činnost v hospicích právě v rámci jejich vzdělávacích programů. Hospice se neustále snaží nabízet praktické zkušenosti lékařům z klasických nemocnic, kteří díky svému pracovnímu zařazení přicházejí do styku s umírajícími a chtějí si kultivovat svůj přístup k péči o ně. Vzdělávací centra pomáhají i těm lékařům, kteří se rozhodnou vybudovat nový hospic nebo v již stávajícím pracovat. Právě Hospic Svaté Anežky České má vyčleněno 6 lůžek pro stážisty.<sup>37</sup>

V roce 2009 byla založena Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP. Jedná se o občanské sdružení 150 profesionálních lékařů, které pořádá vzdělávání odborníků v paliativní léčbě a péči, podílí se na mezinárodních projektech a je diskusní platformou pro strategii rozvoje paliativní medicíny v České republice.<sup>38</sup>

## 2.2 Odborný personál

V hospicích pracují kromě lékařů staniční sestry, zdravotní sestry, rehabilitační pracovníci a ošetřovatelky. Zdravotní sestry mohou studovat v Brně pomaturitní vzdělávání sester pro hospicovou péči, při jejich výuce lze také uplatnit již výše zmiňované techniky konfrontace se smrtí. Odborný personál pracující v hospicích má za sebou

---

<sup>36</sup> HAŠKOVCOVÁ, H., 2007, s. 178 - 187

<sup>37</sup> HAŠKOVCOVÁ, H., 2007, s. 60 - 62

<sup>38</sup> <http://www.hospice.cz/adresar-hospicu/>

většinou praxi v běžných nemocničních zařízeních a na odlišnosti v hospici je připravován během krátkodobé stáže. Dovednosti a vědomosti si rozvíjí v rámci vzdělávacích programů připravovaných ve vzdělávacích (edukačních) centrech přímo v hospici. Například Oblastní Charita Rajhrad – Dům léčby bolesti s hospicem sv. Jakuba právě nabízí tyto vzdělávací programy pro zdravotní sestry a pracovníky sociální služby:

- koncept stimulace vnímání v péči o nemocné s poruchou vnímání,
- komunikační bariéry,
- důstojnost člověka ve zdraví a nemoci.<sup>39</sup>

### 2.3 Dobrovolníci

Dobrovolník je součástí týmu v hospicích a pracuje pro něj bez nároku na odměnu. Dobrovolníci předávají dál myšlenky hospicového hnutí a zkušenosti s doprovázením umírajícího. Pro dobrovolníky je také smysluplným naplněním jejich volného času.

Příprava dobrovolníka probíhá v několika krocích. Zájemce o pozici dobrovolníka nejprve vyplní dotazník, potom je pozván k pohovoru a zařazen do jednoletého přípravného kurzu pro dobrovolníky. Kurz obsahuje 5 dvouhodinových lekcí teorie, která se zabývá organizací práce dobrovolníka, psychologickou problematikou (zkušenosti s nemocí, smrtí, zármutkem), motivací, problematikou domácí hospicové péče o umírajícího, spirituální problematikou a základům ošetřování nemocného.

Součástí přípravy jsou dva praktické výcvikové víkendy. Po úspěšném zakončení kurzu a při skutečném zájmu realizovat se v činnosti hospice je ještě potřeba absolvovat minimálně dvoudenní stáž v lůžkovém hospici. Po té se setkávají stážisté s koordinátorem dobrovolníků k osobnímu pohovoru a pak již je možnost stát se spolupracovníkem v hospici nebo domácím hospici.<sup>40</sup>

Vzdělávání všech členů hospicového ošetřujícího týmu se různí podle jejich pracovního zařazení. Hospice mají svá vzdělávací centra, kde jsou v nabídce vzdělávací

---

<sup>39</sup> <http://www.dlbsh.cz/index.php?page=26&podpage=28&podpageage=&akce=1>

<sup>40</sup> <http://www.cestadomu.cz/priprava-dobrovolnika.html>

programy zaměřené na pochopení poslední fáze lidského života z různých pohledů. Hospice zakládali věřící lidé, kteří jsou členy církevních institucí nebo občanských sdružení. Dnes je v nich nabízena pomoc i klientům a jejich rodinám bez náboženské víry a také členové ošetřujícího personálu nejsou nutně jen věřícími, i když v každém hospici je kladen důraz na duchovní zaměření péče. Nabídka kurzu zaměřeného na etické, duchovní a sociální aspekty paliativní medicíny je reakcí na potřebu, zprostředkovat různorodému hospicovému týmu chápání smrti a konečnosti lidského bytí v kontextu různých vědních disciplín a víry.

Věřícími je smrt chápána jako přirozená součást života. Katolické náboženství o ní hovoří a spojuje ji s vyhlídkou na věčný život a věřícího na tuto skutečnost připravuje. Je mu kladeno na paměť, aby si prožil svůj život smysluplně, nepromarnil čas, který mu je vyměřen, aby stále myslel na svou smrtelnost. Z tohoto pohledu je pak logické, že hospice se hlásí k myšlence přirozené smrti – nechat člověka odejít, když nastane jeho čas.

Lékaře vedou tyto vzdělávací programy k tomu, aby nevnímali smrt svého pacienta jako své profesionální selhání. Tento pocit mohou mít právě proto, že mají znalosti, jak se dá v současné medicíně „bojovat“ se smrtí a oddalovat ji. Je otázkou etiky, co je správnějším řešením, zda prodloužený život plný závislosti na pomoci druhých, plný léků na tlumení bolesti bez naděje na zlepšení tohoto stavu nebo důstojná smrt v pravou chvíli.

K tomu všemu ještě přistupuje silně rozšířená tabuizace smrti v současné společnosti. Média nás zahrnují smrtí válčících národů, obrázky tragicky zemřelých při dopravních nehodách, ale o přirozené smrti není zmínky. Společností vládne kult mládí, demografický vývoj naznačující prudký nárůst seniorů v populaci je pořád ještě okrajovým problémem a uspěchaná doba plná pracovního vyčerpání žene umírající členy rodin do ústavů, nemocničních zařízení a v lepším případě právě do některého z hospicových zařízení. Smrt je posuzována jako konečná fáze a jen málokdo má zážitky spojené s doprovázením umírajícího člena rodiny, což dává prostor strachu a obavám z přirozené smrti.

## 3 HODNOTOVÁ ORIENTACE

### 3.1 Postoje a hodnoty

Lidské potřeby určují postoje člověka. Znalost postojů člověka dovoluje předvídat jeho jednání a chování. Základní, elementární postoje se zabývají vztahem k objektům, k rodině apod. Životní styl, orientace člověka ve světě určují nejobecnější postoje, označují se pojmem hodnoty, hodnotová orientace nebo žebříček hodnot. Postoje zkoumáme podle vztahu k hierarchii hodnot, z pohledu psychologa je na počátku hodnotícího procesu potřeba. Hodnoty si člověk utváří a diferencuje v procesu socializace.

Postoj definujeme jako sklon ustáleným způsobem reagovat na předměty, situace, a sama sebe. Postoj je součástí osobnosti, pomáhá předem odhadnout chápání, myšlení acítění jedince. Vytváření postojů a rozvíjení hodnotové orientace patří mezi složky afektivních cílů. Postoje obsahují tři složky – kognitivní, citovou a konativní.

Úkol psychologie spočívá v podílení se na formování postojů a přejímání žádoucích životních hodnot. Lze je analyzovat podle Maslowovy hierarchie hodnot. Postoje k sobě samému a ke světu se mění v závislosti na cílech jedince, na hodnotách, na tom, co dává smysl konání jedince.

Hodnoty motivují jedince, vyjadřují cíle, ke kterým se vztahují jeho potřeby. Rozlišení hodnot závisí na individuálních potřebách a hodnotové orientaci jedince. Hodnoty se dají rozdělit do jednotlivých oblastí, v nichž je člověk schopen prožívat sebe, vnější prostředí a vztah sebe k vnějšímu prostředí. Můžeme se zajímat o hodnoty:

- sociální (vztah člověka k sobě samotnému a druhým lidem),
- civilizační (nezávislost na přírodě, životní úroveň, materiální),
- duchovní (prostředek a nástroj sebeuvědomění a sebevyjádření).

Je zřejmé, že současná moderní společnost budování duchovních hodnot není nakloněna.<sup>41</sup>

---

<sup>41</sup> KOSÍKOVÁ, V., 2011, s. 43 - 47

Křivohlavý se dokonce domnívá, že smysluplné pojetí hodnot vychází z pojetí cílesměrné aktivity člověka. Hodnoty představují něco, kvůli čemu se vyplatí žít, stojí za to, o ně usilovat, jít za tím, jako svým cílem.<sup>42</sup>

Psychologové se sjednocují v představě, že cíle a hodnoty se navzájem ovlivňují. Dala by se vyslovit teze, že „na jedné straně je to cíl, který dává všemu, co k jeho dosažení směřuje, kladnou hodnotu, a na druhé straně jsou to hodnoty, které ovlivňují volbu cílů.“<sup>43</sup>

Zjednodušeně se dá říci, že menší cíle lidského snažení jsou podřízeny cíli vyššímu, přičemž všechny tyto dílčí cíle mají kladnou hodnotu. V hierarchii cílů je možné postupovat až k nejhlavnějšímu cíli lidského života, který je spojen se životní snahou mající pro daného jedince nejvyšší životní hodnotu. Cesta k cíli není ani jednoduchá ani přímá, je ovlivněna vztahem k mnoha cílům, které nás v životě potkávají. Pokud je jedinci jasné, jakého nejvyššího cíle by chtěl dosáhnout, získává možnost stanovení prioritního pořadí dílčích cílů, aby dokázal dojít až k tomu nejvyššímu.<sup>44</sup>

Svatošová popisuje hodnoty jako něco, co nám pomáhá smysluplně prožít náš lidský život. V každém okamžiku je lidský život naplněn uskutečňováním hodnot, mnohdy nevědomky. Z tohoto pohledu mohou být vytvářeny hodnoty tvůrčí, prožitkové apostožové.

### **Tvůrčí hodnoty**

Pod pojmem tvůrčí hodnoty je potřeba si vybavit pracovní povinnosti člověka. Ačkoliv je jedinec při práci hodně omezen, staví cenu tvůrčí práce nejvýše v pomyslném řebříčku hodnot.

### **Prožitkové hodnoty**

Do této oblasti patří hodnoty, které jsou vytvořeny vnímáním krásy přírody, hudby, výtvarného umění, ale i radost z maličkostí a hřejivé pocity štěstí z naplněné lásky. Vytváření prožitkových hodnot není nijak omezeno, mnohdy vzniknou nahodile, aby byly zapsány v povědomí člověka, který si neopakovatelný prožitek trvale ukládá do své

---

<sup>42</sup> KŘIVOHLAVÝ, J., 2006, s. 35

<sup>43</sup> KŘIVOHLAVÝ, J., 2006, s. 36

<sup>44</sup> KŘIVOHLAVÝ, J., 2006, s. 36 - 39

paměti. Je na každém jedinci, zda se během svého života nechá ovlivnit prožitky a naplní jimi svůj život.

### **Postojové hodnoty**

Postojové hodnoty člověk aplikuje v případě, kdy se musí ve velmi závažné životní situaci nějak rozhodnout, zaujmout postoj k řešení. Postojové hodnoty jsou hodnoty nejvyššího řádu, kdy člověk už nemůže na svém nacházejícím neodvratném konci životní cesty nic změnit. Člověk tu dostává neomezenou svobodu, kterou křesťané vnímají jako souhlas s Kristovou výzvou: vezmi svůj kříž a následuj mě.<sup>45</sup>

Trojí kategorii hodnot popisuje už mnohem dříve V. E. Frankl jako zdroje smyslu života. Upozorňuje, že tyto hodnotové kategorie (tvůrčí hodnoty, zážitkové hodnoty a postojové hodnoty) dovolují člověku pružně reagovat na měnící se životní podmínky a přizpůsobovat se jim. Člověk je schopen přecházet od jedné hodnoty ke druhé jen proto, aby udržel smysl svého bytí. Postojové hodnoty jsou tím posledním, čím může člověk projevit svou existenci a dokázat, že život má smysl až do *in ultimo*.

Na případu nemocného člověka pak V. E. Frankl dokumentuje, jak je člověk schopen postupně podle změněné životní situace přecházet od jedné kategorie hodnot ke druhé, aby si udržel smysluplnost svého života. Vážně nemocný člověk opouští tvůrčí hodnoty, nemoc jej připoutává na lůžko a on přechází k prožitkům. Jeho nemoc mu dovoluje obohacovat se hudbou, četbou knih a duchovně zaměřenými hovory. Když kvůli postupující nemoci už nemohl obohacovat své žití prožitky, zaměřil se na postojové hodnoty – radil ostatním, byl vzorem a až do poslední chvíle snášel statečně své utrpení.<sup>46</sup>

### **3.2 Změna životních postojů**

Každý člověk přijímá změny životního postoje v souvislosti se svým stárnutím a stářím odlišně. Postoj, který jedinec zaujme je výsledkem jeho flexibility, ochoty ke změně a dlouhodobě získávaných zkušeností. Determinanty, jimiž je proces změny postojů ovlivňován, jsou následující:

---

<sup>45</sup> SVATOŠOVÁ, M., 2011, s. 38 - 39

<sup>46</sup> FRANKL, V. E., 1996, s. 61 - 63



- prostředí, v němž se člověk pohybuje a postoje komunity ke stáří,
- typ osobnosti,
- výchova, kulturní a společenské vlivy,
- zdravotní stav,
- hloubka emocí, schopnost empatie,
- odolnost vůči zátěži.

Optimální postoj ke stáří hledá nejen sám jedinec, ale po tisíciletí také celé lidstvo. Přístup člověka ke stáří a změny postojů jsou předem těžko odhadnutelné, nelze říci, jaké adaptační schopnosti konkrétní člověk bude mít.<sup>47</sup>

Mnozí odborníci se na tento problém soustředili a stanovili na základě svých pozorování několik typů reakcí člověka na stáří a s tím související změny postojů. Haškovcová se přiklání k nejrozšířenější klasifikaci pěti strategií adjustace na stáří, jejímž autorem je D. B. Bromley.

### **1. Strategie konstruktivnosti**

Člověk, který se se svým stářím vyrovnává konstruktivně, je pohodář a optimista, je přizpůsobivý, změna postojů s ohledem na situaci, v níž se nachází, mu nepůsobí potíže. Je komunikativní a nemá vztahové potíže. Optimisticky hodnotí svůj již prožitý čas a stejně optimistický má přístup k budoucí životní etapě. Okolí jej posuzuje jako milého staršího člověka.

### **2. Strategie závislosti**

Závislým se stává člověk, který je pasivní, v období svého aktivního života se nijak výrazně neangažoval a kariéru nepovažoval za nutnou dominantu svého života. Změna postoje neprobíhá bouřlivě, protože je jím preferován poklidný způsob života i ve stáří. Věří, že se o něj bude postaráno, že bude mít své pohodlí a odpočinek stranou každodenního shonu mu zjevně vyhovuje.

---

<sup>47</sup> MALÍKOVÁ, E., 2011, s. 24

### **3. Strategie obranného postoje**

Tento typ lidí má velké problémy se změnou životního postoje. Stáří a odchod z pracovní pozice a dalších společenských aktivit v něm vyvolává obranné mechanismy, tzn. nechce být na nikom závislý, nechce odejít ze svých pracovních pozic a odmítá se přizpůsobit novým změnám, které stárnutí a stáří přináší.

### **4. Strategie nepřátelství**

Lidem, kteří svým chováním a zaujetím nepřátelského postoje vůči všemu a všem poskytl pro takový postoj podklady jejich vlastní, podle nich neúspěšně prožitý život. Lidé nespokojení s již prožitým obdobím svého života, mění své postoje ve stáří k horšímu. Nedokážou konstruktivně reagovat na změnu životních podmínek, nejsou realističtí ve vztahu ke svému stáří. Zvýrazňují se i jejich negativní povahové vlastnosti jako závist, mrzutost a agresivita. S obviňováním celého světa ze svého neúspěchu se stahují do ústraní, kde se zbytečně trápí svým vlastním neštěstím.

### **5. Strategie sebenávisti**

Touto strategií se řídí lidé, kteří jsou nespokojeni sami se sebou. Svého dosavadního života si neváží a ani ve výhledu na poslední etapu svého života nemají zájem změnit své postoje. Většinou se jedná o jedince velmi nepraktické, kteří nedokázali zvládnout životem nabízené šance k uplatnění se ve společnosti.<sup>48</sup>

Proto také považují svůj život za neštěstí, sebe litují, že je podivné shody náhod dovedly až k hranám stáří. Pocity osamělosti a zbytečnosti jsou u těchto jedinců velmi intenzivní.

Samozřejmě není možné člověka striktně zařadit do některé ze strategií, spíše se vyskytují jejich kombinace. Povahové rysy člověka byly ovlivňovány po celý jeho život a bylo jenom na něm, do jaké míry se ovlivnit nechal. Stejně tak je to s přístupem ke stáří. Jeho přijetí a kvalita života ve stáří je závislá na rozhodnutích, které sám jedinec přijme. Do etapy stáří může vstoupit jako zralá osobnost, nebo zničená troska.

---

<sup>48</sup> HAŠKOVCOVÁ, H., 1995, s. 114 - 116

Přístup jedince ke stáří v dnešní společnosti ještě také ovlivňuje celkové klima ve společnosti, kdy problém celkově stárnoucího lidstva začíná být problémem celosvětovým. Jistě se tu projeví i nejistota z budoucnosti, neboť nejsou dořešeny důchodové systémy a člověk dosud nezávislý se odchodem do penze rázem stává závislým na ekonomických podmínkách. Má sice čas a svobodu rozhodování o jeho prožití, ale lehce může narazit na omezení svých aktivit z finančních důvodů a tím souvisejí kvalitu života ve stáří.<sup>49</sup>

## 4 UMÍRÁNÍ A SMRT

### 4.1 Umírání

My, moderní lidé, jsme nepřipraveni a zaskočení doprovázením umírajícího člověka. Umíme ovládat kdejakou technickou vymoženost naší doby, v médiích můžeme vidět krásné neustále mladé lidi, smrt je prezentována jako něco vzdáleného, něco, co k nám snad ani nepatří, ale ona tady je. Ale jsou zde také jedinci, kteří se snaží vrátit zpátky do vědomí současných lidí, jak se chovat nejen v životě, ale i v jeho definitivním konci.

Umírání (terminální stav) je definován takto: „V určitém čase dochází k postupnému a nevratnému selhávání důležitých, vitálních funkcí tkání a orgánů, jehož výsledkem je zánik individua, tedy smrt. Terminální stav je faktickým umíráním, finálním procesem života.“<sup>50</sup>

Biologické zákonitosti jsou lidstvu natolik nadřazeny, že nad nimi nejde zvítězit, můžeme jen akceptovat konečnost svého života a smířit se s loučením s těmi, které jsme milovali a s tím, co nám způsobovalo radost. Díky pokroku vědy se lidstvu podařilo prodloužit délku života jednotlivce, ale odvrátit smrt není možné.

Péče o umírající v předchozí společnosti byla jednodušší v tom, že smrt byla přijímána jako běžná součást lidského bytí a zkušenost s umírajícími a péčí o ně

---

<sup>49</sup> HAŠKOVCOVÁ, H., 1995, s. 116 - 118

<sup>50</sup> HAŠKOVCOVÁ, H., 1989, s. 372

v domácím prostředí byla předávána z generace na generaci. Taktéž umírající člen rodiny věděl na základě tradičně předávaných zkušeností, jaké chování je od něj očekáváno. Zabývat se psychickými potřebami nebylo nutné, byla tu tradice rituálů, které provázely umírajícího a poskytovaly jistotu v emočně vypjatém období, byla tu péče duchovních a členové rodiny se stávali jaksi automaticky doprovázejícími osobami. Ale ne všem bylo dopřáno takto umírat, péči o ty, kteří se ocitli na okraji společnosti, přebírali chorobince, pastoušky apod. a podstatnou úlohu ve snaze poskytnout péči potřebným sehrávala církev.

Model domácího umírání přetrval ve společnosti dost dlouho, v literatuře se většinou setkáváme s poněkud zidealizovaným podáním, které vyvolává pocit, že umírající byl provázen láskou a porozuměním do posledních chvil. Jak uvádí Haškovcová, tito lidé měli odpozorované fáze umírání a běžně používali synonyma označující přicházející smrt (už se špičatí, záclonky v očích), věděli, že umírající v závěru už nepozře pevnou stravu a nabízeli mu polévkový vývar nebo bylinkové čaje. Současný člověk již tyto a mnohé další znalosti nemá, protože péče o umírající byla ponechána na profesionálních ošetřovateli.

Institucionální model umírání prošel vývojem, který kopíroval jednak úroveň znalostí společnosti o zdravotě, jednak byl odrazem názorového a technického vývoje společnosti. Zatímco v chorobincích postačovala čistá postel, teplé jídlo a základní hygienické zařízení, ve špitálech už navíc přibýly i částečné chorobopisy, v 19. století je již zaznamenán rozvoj ošetřovatelství. Ovšem umírající byli pořád ještě umístěni v jednom velkém pokoji a intimitu jim zajišťovala pouze bílá zástěna.

Vývojem procházela i medicína a její úspěchy v léčbě dosud neléčitelných nemocí vyvolávali v lidech pocit, že smrt se dá zastavit. Navíc lékaři podporovali v umírajícím víru v uzdravení milosrdnou lží, a výsledkem bylo umírání pacientů o samotě, bez účasti nejbližších jen za asistence zdravotníků, kterým laická veřejnost věřila, že vítězná medicína zajistí důstojné umírání. Bohužel i medicína má své hranice a nemůže řídit lidský život. I lékaři musí umět připustit, že pacient, který vstoupil do procesu umírání, nemůže být zachraňován dystanází (zadržovaná smrt), ale že nastává období, kdy pacient bude svěřen do péče rodiny, která mu umožní důstojně odejít z tohoto světa.

Umírání se dá rozdělit do několika stádií, podle Kübler – Rossové uvádí následující tabulka:

**Tabulka č. 1 – Fáze umírání podle Kübler-Rossové**

Fáze	Projevy	Pomoc
<b>Negace, šok, popírání</b>	„ Ne, já ne, pro mne to neplatí. To není možné.“	Navázat kontakt, získat důvěru
<b>Agrese, hněv, vzpoura</b>	„ Proč zrovna já? Čí je to vina?“	Dovolit odreagování, nepohoršovat se
<b>Smlouvání, vyjednávání</b>	Hledání zázračných léků, léčitelů apod.	Maximální trpělivost, pozor na podvodníky
<b>Deprese, smutek</b>	Smutek z utrpěné ztráty, strach z účtování, strach ze zajištění rodiny	Trpělivě naslouchat, pomoci urovnávat vztahy, hledat řešení
<b>Akceptace, smíření souhlas</b>	Vyrovnání pokora, skončil boj, je čas se vyrovnat	Mlčenlivá lidská přítomnost, držet za ruku – <b>Pozor</b> – rodina možná potřebuje více pomoci než pacient

Zdroj: MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J., 2005, s. 198

V zahraniční literatuře upozorňuje např. E. Jentschke na názory dalších odborníků (Koch, Schmeling), kteří s modelem fází umírání podle Kübler-Rossové úplně nesouhlasí. Její popis stádií považují za problematický především proto, že uváděná pravidelná návaznost jednotlivých stádií může být doprovázející osobou přeceněna. Jednotlivá stádia nemusí probíhat postupně, jejich průběh je individuální, některé fáze proběhnou a mohou se znovu vrátit apod.

Jentschke dodává, že sama Kübler-Rossová později pod tlakem kritiky svůj model fází *dobrého umírání* přirovnala k přílivu a odlivu, kdy fáze se také mohou obměňovat

a vracet. Nicméně tento model jednotlivých fází je akceptován a je přijímán jako pomůcka pro doprovázející osobu, která nemá s doprovázením umírajícího zkušenosti.<sup>51</sup>

Názory odborné veřejnosti se mohou různit, ale je potřeba vidět, jaký přínos budou mít pro umírajícího a jeho nejbližší rodinu. Ani pro rodinu ani pro pacienta není lehké smířit se s tím, že léčebné postupy již nemají význam a nastává období posledních dnů života. Přijetí zprávy o konečnosti žití lze rozdělit do 3 fází:

- vidět (všichni vyslechnou a pochopí, oč se jedná, jaká je skutečnost stavu),
- ujmout se toho (ztotožnění se, přijetí souhlasu se situací),
- jednat podle toho (starat se odpovědně o potřebného).

Není lehké přijmout zprávu o blížícím se konci. Jak u umírajícího, tak u některého člena rodiny se může spustit obranný mechanismus, který aktivuje všechny síly k poslednímu boji o přežití, nejedná se ale o dlouhodobou aktivitu.<sup>52</sup>

Do popředí zájmu se dnes dostává paliativní medicína a paliativní formy péče o umírajícího. Znovu se zakládají hospice a rozšiřuje se síť domácích hospiců, kde je klientům umožněno ujít poslední kus cesty ve společnosti sobě milých a drahých členů rodiny a za výrazné pomoci ostatních členů ošetrovatelského týmu. Očekává se, že jak blízcí příbuzní, tak lékař – profesionál - se budou citově angažovat ve prospěch umírajících, i když každý v jiné rovině. Také v nemocničních zařízeních se opět mohou setkávat rodinní příslušníci téměř bez omezení se svými umírajícím, je prosazována možnost kontinuálních návštěv. Umírajícím je potřeba zajistit, aby nezůstávali sami, není potřeba s nimi komunikovat, spíše naslouchat a třeba i beze slov – mlčky – s nimi trávit poslední hodiny a pomoci jim zhodnotit prožitý život.

Chybí ale jasné vymezení pravidel péče o umírajícího (terminální stav), nastavení mravních a lékařských kritérií pro poskytování léčby umírajícím a také by si lidé měli uvědomit, že ani sebelepší lékařské objevy a zdokonalení technologií nemůže přinést lidskému tělu nesmrtnost.<sup>53</sup>

---

<sup>51</sup> JENTSCHKE, E., 2007, s. 33

<sup>52</sup> KŘIVOHLAVÝ, J., KACMARCZYK, S., 1995, s. 43 - 44

<sup>53</sup> HAŠKOVCOVÁ, H., 2007, s. 24 – 33, 381- 385

Umírání je extrémní zátěží pro všechny zúčastněné osoby, jak pro pečující personál, tak pro doprovázející rodinné příslušníky. I oni by si měli v tuto chvíli ujasnit, že porozumění je očekáváno od nich, že porozumění se tu mění v jakési dávání, ve snahu být s tím druhým člověkem, uzavřít s ním hluboký vztah plný nefalšované lidské účasti.

Kelnarová vystihuje současnou společenskou situaci, když konstatuje, že žijící lidé vlastně nemají žádnou zkušenost s umíráním. Umírání je individuální záležitostí, je neopakovatelné, jak neopakovatelný byl život každého jedince. I když se mu budeme snažit pomoci ať už prostřednictvím lékařů, tak svojí přítomností laskavým pochopením jeho obav z neznámého, stejně se člověk na prahu smrti ocitá sám.<sup>54</sup>

#### 4.1.1 Definice smrti

Člověk jako jediná živá bytost této planety si je vědom své smrtelnosti konečnosti své existence a po celou svou lidskou historii prezentuje svou touhu přežít navzdory všem přírodním zákonům. Zachovalé mýty, tradice, rituály, filozofické soustavy a náboženství ukazují nejrozmanitější podoby smrti od děsivých démonů až po anděly. Víra v posmrtný život je nejenom uchovávána v literárních textech, kodexech, ale je prezentována i monumentálními stavbami náhrobků. Smrt dokážeme definovat z hlediska biologického, ale ne z hlediska existencionálního.<sup>55</sup>

Psychiatr Irvin D. Yalom pracoval s lidmi, kteří trpěli nesnesitelnou úzkostí ze smrti. Tato úzkost a strach z umírání ochromovala jejich racionální myšlení a omezovala jejich činnosti v běžném životě. Zkušenosti, které během své dlouholeté praxe získal, vypovídají o tom, že každý člověk má svůj způsob strachu ze smrti. U někoho je úzkost ze smrti viditelná, jiní ji skrývají. Úzkost vyvolávají představy něčeho nepříjemného, opuštěnosti a ztráty existence. Jiní nechápou stav nebytí, nebo se domnívají, že jejich smrtí zmizí vše, kde dosud prožívali svůj život. Skrývaný strach ze smrti se objevuje u některých jedinců v jejich snech, v nichž má smrt nějakou symbolickou podobu, ale především ve chvíli, kdy člověk vážně onemocní nebo je

---

<sup>54</sup> KELNAROVÁ, 2007, s. 11

<sup>55</sup> KELNAROVÁ, 2007, s. 11

zasažen smrtí blízké osoby. Přemítání o závažných událostech v lidském životě vede také k projevu strachu ze smrti.<sup>56</sup> Jak tedy smrt definovat?

Smrt je definována jako ireverzibilní zástava dechu a srdeční činnosti. Pokud má lékař pochyby o nastalé smrti, musí provádět tak dlouho resuscitaci, dokud nezjistí jisté známky smrti. V praxi se určuje jako okamžik smrti doba, kdy se zastaví činnost srdce. Odborná literatura uvádí nejisté (nelze stanovit jednoznačně smrt, mohou se vyskytnout před samotnou smrtí – ochablost svalů, bledost kůže, pokles tělesné teploty) a jisté (posmrtná ztuhlost, hnilobné změny) známky smrti. Smrt lze spolehlivě prokázat EKG vyšetřením, mozkovou smrt EEG vyšetřením a angiografickým vyšetřením.<sup>57</sup>

Haškovcová definuje smrt takto: „Smrt (mors) je individuální zánik organismu, tedy také člověka.“ Smrt a život spolu souvisí, což berou v potaz biologové, kteří používají pojem program života nebo program smrti. Logicky je program života střídán smrtí a program smrti je zahájen po ukončení programu života. Genetici také používají pojem smrtelné hodiny.

Dříve lidé umírali přirozenou smrtí mnohem častěji než současní lidé. V naší době spíše umíráme v důsledku nemoci, která ovlivňuje délku umírání. Proto se dnes rozlišují tři různé typy smrti:

1. náhlá smrt
2. rychlá smrt
3. pomalá smrt

První dva typy spolu téměř splývají, i když náhlou smrt si spojujeme spíše s nějakou neočekávanou tragedií a smrt rychlou spíše s rychlým úmrtím při určitém onemocnění. Oběma typům je společné, že překvapují svou neočekávaností a rychlostí pozůstalé příbuzné.

Pomalou smrtí je chápáno období, v němž člověk trpí mnoha zdravotními i jinými obtížemi, jejichž projevy bolesti se paliativní medicína snaží zmírnit, aby fáze posledního

---

<sup>56</sup> YALOM, I. D., 2008, s. 15 - 28

<sup>57</sup> ŠTEFAN, J., MACH, J., 2005, s. 11



zraní nebyla provázena jen strádáním umírajícího,<sup>58</sup> za což je obvykle považována. Pomalá smrt dává pozůstalým členům rodiny možnost připravit se na smrt milované osoby, ale můžeme se setkat i s tím, že rodinní příslušníci jsou zaskočení i avizovanou smrtí, protože si nedokázali připustit, že by definitivní konec – smrt – mohl již nastat.

Různé typy smrti se dají vymezit i na základě věku umírající osoby. Pokud zemře mladý člověk, hovoří se o předčasné smrti, v případě úmrtí hodně starého člověka o smrti v pozhnaném věku.

Ke smrti nemusí dojít jen z výše uvedených důvodů, zvláštním typem smrti je sebezabití, které si přivodí člověk sám nešťastnou náhodou. V důsledku nezvládnutého stresu a deprese hovoříme o sebevraždě. K sebevraždám se lidé po staletí stavěli různě, ale i dnes se lidé staví k sebevraždám jako k něčemu zoufale poštilému, co nedokážou pochopit a řešení životních problémů tímto způsobem odmítají. Odsuzována je i proto, že vrhá vinu na okolní rodinu, že nezvládla svému ohroženému členovi rodiny pomoci.

Zajímavé je jistě i sdělení, že eutanázii za sebevraždu lidé spíše nepovažují, ačkoliv je ve své podstatě jistým typem sebevraždy. Je to nejspíše dáno tím, že veřejnost tento krok ospravedlňuje utrpením a bolestí způsobovanou nemocí. Věřící lidé setrvávají na tradičním názoru, takže eutanázii a sebevraždu nepřipouštějí, neboť člověk podle víry nesmí rozhodovat o své smrti stejně, jako nerozhoduje o svém zrození.<sup>59</sup>

Munzarová nahlíží na smrt z pohledu etické problematiky odběru orgánů a tkání pro účely transplantace. Dřívější definice vycházející z pouhých zkušeností se zástavou srdce a dýchání se jeví v tomto kontextu neúplné. Od 60. let 20. století přibývají kritéria vypovídající o činnosti mozku a smrt podle nové definice není okamžikem, ale z hlediska biologického procesem.<sup>60</sup>

Nově se řeší, kdy je člověka možné prohlásit za mrtvého, když je při životě udržován uměle pomocí přístrojů. Všechny tyto snahy vedou k jedinému – posunout okamžik smrti do časnější doby. Munzarová důrazně varuje před neuváženými změnami

---

<sup>58</sup> HAŠKOVCOVÁ, H., 2007, s. 89 - 90

<sup>59</sup> HAŠKOVCOVÁ, H., 2007, s. 89 - 90

<sup>60</sup> MUNZAROVÁ, M., 2005, s. 130 - 131

v definici, neboť lékař by se pak mohl stát tím, kdo svého pacienta v podstatě záměrně usmrtí za účelem získání orgánů k transplantaci.<sup>61</sup>

#### 4.1.2 Emoce doprovázející umírání

Období, v němž se umírající před svou smrtí nachází, zasahuje celou psychiku umírajícího. V oblasti rozumové, v oblasti emocí a v oblasti motivace je patrná odezva procesu umírání. Křivohlavý uvádí jev „emocionální indukce“, kdy umírající přenáší své emoce na doprovázející osobu a opačně. V této podkapitole budou zaznamenány emocionální projevy umírajících. Emoce, které umírání provázejí, jsou negativní i pozitivní, přičemž jsou tyto emoce zadokumentovány jak u umírajícího, tak u doprovázejícího. Mezi negativní emoce náleží:

##### - obavy, úzkost, strach

**Úzkost** je projevem pocitů obav a tísně, kdy se člověk obává o vlastní existenci, má pocit ohrožení, který se nedá úzce specifikovat.

**Strach** je přirozenou reakcí člověka, který je stresován nebezpečím vyplývajícím z jeho bezmocnosti, z toho, že ztrácí přehled a vládu nad svým jednáním. Strach ze smrti je komplikovaný jev, zahrnující podle Křivohlavého více složek (jednotlivých typů) strachu. Může sem být zařazen strach z bolesti, z opuštěnosti, ze změny vzhledu, z utrpení, strach o pozůstalé a strach z nedokončení důležité práce.

##### **Pocit viny**

Doprovázející osoba by se měla starat o to, zda je umírající smířen se všemi osobami, zda zvládl dokončit všechny své projekty.<sup>62</sup>

Je důležité věnovat tomu pozornost, aby umírající netrpěl pocitem viny, že něco nestihl, nebo mohl udělat lépe nejen ve vztahu k práci, ale i v sociálních vztazích. Je potřeba umírajícímu odpustit jeho chyby a toto odpuštění mu také ústně sdělit. Rodinní příslušníci, kteří mají s umírajícím nedořešený konfliktní vztah, by se s ním měli

---

<sup>61</sup> MUNZAROVÁ, M., 2005, s. 26 - 27

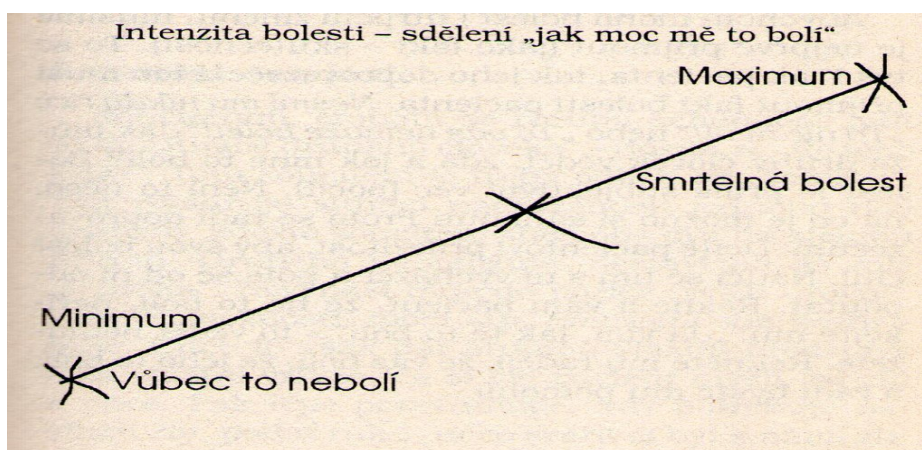
<sup>62</sup> KŘIVOHLAVÝ, J., KACMARCZYK, S., 1995, s. 25 - 27

dohodnout na nějaké formě názorového sjednocení a dohodnout usmíření. Pomůže to velmi zklidnit psychiku umírajícího a také pozůstalí nebudou trpět výčitkami.

### Pocit bolesti

K nemoci náleží i projevy bolesti. Bolest lze posuzovat po stránce fyzické i psychické, protože jedna druhou navzájem ovlivňuje. Umírajícího můžeme léčit podáváním tišících prostředků, ale je nutné věnovat pozornost i jeho duševnímu prožívání bolesti a stav řešit pomocí psychoterapie. Intenzita bolesti umírajícího se dá velmi těžce popsat slovy, ale nabízí se velmi jednoduché řešení pomocí grafu, kde umírající vyznačí sílu své bolesti umístěním značky do určité vzdálenosti mezi krajními body. Situaci ukazuje následující obrázek.

Obrázek č. 2 : Intenzita bolesti



Zdroj: KŘIVOHLAVÝ, J., KACMARCZYK, S., 1995, s. 29

Zkušenosti s umírajícími ukazují, že míra bolesti je adekvátní míře obav a strachu, který si umírající člověk zažívá. Je potřeba mu pomoci objasnit situaci,<sup>63</sup>rozptýlit obavy vyplývající z příliš subjektivního vnímání reality a také vhodně volit slova při komunikaci. Nelze používat frázi: „Vím, jak tě / Vás to bolí.“ Mnohem lépe je říci, že byste rádi pomohli jeho bolest zmírnit.

### Pocit zlosti

<sup>63</sup> KŘIVOHLAVÝ, J., KACMARCZYK, S., 1995, s. 28 - 30

Agresivitou zastírá umírající pocit vzteku, kterým trpí kvůli nezvládnutým projevům nemoci a bolesti. Frustrace z tohoto osobního nezdaru lehce navodí stavy hněvu. Agresivita se projevuje v komunikaci slovním napadáním přítomných ošetřujících osob, nebo i fyzickým odporem. Doprovázející osoba nemůže zareagovat oplácením násilí, ale projevy nezměrné laskavosti, citu a ujištěním umírajícího, že chápe jeho velmi těžkou životní situaci.

Zprostředkování pozitivních emocí je zásadním úkolem doprovázející osoby a ošetřujícího personálu. Schopnost soucítění není soucitem. Neponižuje umírajícího, ale dává prostor pro duševní růst doprovázející osoby, která se musí oprostit od svého vnímání světa a přijmout představy umírajícího. Dobře fungující empatický vztah pak umožní pomáhat umírajícímu, aniž by bylo cokoliv vysloveno.

Mezi pozitivní emoce náleží na prvním místě **naděje**. Zvláště nemocnému umírajícímu člověku pomáhá snášet jeho utrpení. Doprovázející osoba nikdy nesmí naději vzít, ale naopak utvrzovat umírajícího v krátkodobé naději (že bude žít déle, než se očekávalo, že bude mít „lehkou smrt“, u věřících je možné poskytnout naději věčného života). Pokud umírající má potřebu hovořit o svých představách naděje, je nutné mu neodporovat, ať je to představa jakkoli nerealistická.

Další pozitivní nadějí je **víra**. Nejde o víru v Boha, ale o víru umírajícího, že se ještě uvidí s jemu blízkými, kteří žijí ve vzdálené cizině, že se mu ještě naskytne příležitost podívat se do jeho oblíbených míst. Tyto drobné naděje mu dávají sílu žít, ačkoliv doprovázející osoba ví, že je už nebude moci uskutečnit. Na kvalitním prožití terminálního stadia se podílí i další pozitivní emoce jako je dostatek lásky, klidu a míru a radosti.<sup>64</sup>

Stejný pohled na možné emoce doprovázející umírání člověka je možné nalézt i u Kelnarové. Kelnarová si ještě navíc všímá, jak jednotlivci přijímají zprávu o svém umírání, jak reagují na nadcházející období postupného odchodu ze života. Výjimečnost umírání každého jednotlivce se dá vystihnout alespoň přibližně podle typu reakce umírajícího.

E. Stern rozdělil umírající do osmi skupin:

---

<sup>64</sup> KŘIVOHLAVÝ, J., KACMARCZYK, S., 1995, s. 31 - 35

- pacienti se silnou vírou,
- pacienti „psychicky mrtví“,
- pacienti, kteří jsou při plném vědomí,
- lidé, kteří nechtějí zemřít,
- lidé euforičtí a dobré nálady,
- pacienti, kteří jsou duchem jinde,
- nemocní vyčerpání, zesláblí,
- nemocní, kteří filozofují o sociálním dopadu.

Podle této kategorizace může ošetřující personál i doprovázející volit vhodnou strategii zacházení s umírajícím. I přesto, že mu bude věnována co nejlepší péče, poznatky o smrti si odnese jako svoje nesdělitelné tajemství.<sup>65</sup>

## 4.2 Život po životě

Věřit v posmrtný život není pro mnohé z lidí nic nemožného. Tato víra funguje jako jeden z obranných mechanismů pro toho, kdo si neumí představit, že by prostě přestal existovat a přiživují ji autoři jako je Raymond A. Moody, který svůj profesní život věnoval právě zkoumání, zda existuje život po životě. Moody zadokumentoval množství případů lidí, kteří přežili svou smrt, tedy zástavu srdce a vrátili se zpět do života. To, co ovšem Moody „objevil“, je známé jako **Lazarův syndrom** (pocit být mimo vlastní tělo) a význam jeho tvorby spočívá spíše v dokonalém zadokumentování případů než v teorii, že obsah intrapsychických stavů je obrazem života po životě. Jeho kniha vyvolala takový zájem o zkoumání intrapsychických stavů, že dala vzniknout i dvěma společnostem, do jejichž činnosti patří studium zážitků blízkých smrti.

Druhý případ, kdy lidé věří v posmrtný život, najdeme u věřících. Oni jsou na základě své víry přesvědčeni, že duše se po smrti odpoutá od těla a zůstane

---

<sup>65</sup> KELNAROVÁ, 2007, s. 33

nesmrtelnou. Křesťané věří, že nesmrtelnost má formu věčné blaženosti nebo věčného trápení. Materialisticky založenému člověku nelze ani v okamžiku posledních chviliek života vnucovat poznatky víry, stejně tak jako věřícímu nemůže vzít jeho víru v Boha.<sup>66</sup>

### 4.3 Smrt jako filosofický problém

Dívat se na problematiku smrti z pohledu filosofie a jejího myšlení, znamená soustředit pozornost ke čtyřem zásadním otázkám:

1. Co je to smrt?
2. Existuje pro člověka naděje za hranicí smrti? Jak si ji máme představovat?
3. Jak se máme postavit ke smrti?
4. Odkud víme o smrti a jak?

Všechny tyto otázky mají společného jmenovatele – ptáme se jimi po smyslu smrti, kterému chceme porozumět a zároveň se o něm přesvědčit. S otázkami po smyslu smrti souvisí i co je to smrt a co má být ve smrti očekáváno. Lidská existence je ohraničena smrtelností člověka, ovšem tuto skutečnost si uvědomuje právě a jenom člověk jako jediná známá bytost na tomto světě a jako jediná bytost tohoto světa, která chce pomocí biologie odvrátit smrt. Stejně dobře chápe, že konec vlastní existence odvrátit nelze.

V současnosti se lidé ve vyspělých státech světa opět více zabývají otázkami spojenými se smrtí. K návratu k otázkám o smrti a diskuzi o ní přispěla snaha mnohých lidí o zlegalizování eutanazie. Téma eutanazie ve starší generaci vyvolává negativní vzpomínky na období nacismu, kdy lidem v koncentračních táborech byla naprosto odebrána i ta poslední důstojnost žití, zatímco mladší generace ji chápou jako pomoc při umírání, kdy je předem zákony umožněno zabíjení „bezcného života.“

Otázky po smyslu života a diskuze kolem nich rozpoutávají lékařské vědy a techniky díky nimž se prodlužuje život, dále jsme dokázali člověka biologicky udržovat

---

<sup>66</sup> HAŠKOVCOVÁ, H., 2007, s. 92 - 95

při životě, ačkoliv již není schopen specifických lidských činností a dokonce dokážeme vrátit do života lidi, kteří by v dřívější době byli prohlášeni za mrtvé.

Otázka, co je to smrt, se tak opět vrací, aby bylo možno určit definitivní nástup smrti a především důstojné smrti. S tím souvisí hledání odpovědí na to, zda můžeme zmírnit nevyléčitelně nemocnému jeho utrpení účinnými opatřeními způsobujícími jeho klidnou smrt.

Zastánci eutanazie a emancipační hnutí se domnívají, že každý jedinec má právo na svá vlastní rozhodnutí o své smrti. Opírají se o myšlenky H. Marcuse, který tvrdí, že: „Smrt se může stát znakem svobody. Nevyhnutelnost smrti neodporuje možnosti konečného osvobození.“<sup>67</sup> Toto osvobození znamená dát smrti rozumovou podobu, umožní člověku nebýt smrtí překvapen, ale zvolit si ji jako smrt dobrovolnou a očekávanou. J. Améry ale oponuje, že člověk se tímto přístupem dostává do rozporu s logikou života, která je každému jedinci naprogramována. Na druhou stranu je tu otázka, zda musí člověk žít svůj život. Zda život patří k nejvyššímu dobru či tomu nejlepšímu, co ho mohlo potkat.<sup>68</sup>

Sebevrah se stává svobodným právě ve chvíli, kdy se pro sebevraždu rozhoduje. Popírá tím chápání naší lidské existence, s lidskou svobodou nakládá natolik neobvyklým způsobem a veřejnost se ptá, zda aktivní pomoc umírajícímu je totéž a zda se tím potvrzuje, že smrt nemá žádný smysl.

Chceme – li zajistit důstojné umírání každému jednotlivci, musíme mu umožnit zemřít s vědomím, že si prožil svůj život a smrt mu dovoluje vyjádřit jeho vlastní názor na smysluplnost nebo nesmyslnost jeho života.

Heidegger říká, „že člověku připadá život jako to, co je nezastupitelně jeho, protože ve vztahu ke smrti zaujímáme vztah k sobě.“<sup>69</sup> Současná společnost ale nemá zájem řešit vztah jednotlivce k životu a smrti, nemá snahu zaměřovat se na individualitu, kolektivní myšlení je orientováno na společnost a řešení společenských problémů. Přitom realizovat lidskou svobodu znamená vrátit se k objevování člověka samého a jeho vazeb na ostatní sociální okolí.

---

<sup>67</sup> SCHERER, 2005, s. 23

<sup>68</sup> SCHERER, 2005, s. 21 - 23

<sup>69</sup> SCHERER, 2005, s. 27

S celým procesem umírání souvisí také pojem a diskuze o přirozené smrti, která je definována jako smrt věkem, jenže právě tato definice dnes vyvolává polemiku. Úroveň současné lékařské vědy a souhrn všech lidských znalostí dovoluje člověku posunout vhodně zvolenými aktivitami hranici přirozené smrti, čímž popírá biologickou přirozenost bytí člověka. Člověk tak manipuluje se svou přirozeností, ovládá nepřirozeně biologické procesy a vytěšňuje ze svého života prostor pro to dát se ovlivnit jen tím, co se mu „přihází“. Snaha ovládnout a naplánovat svou vlastní smrt vytěšňuje myšlení na umírání. Setkání se s umírajícím pak nepřipravené jedince nepříjemně zaskočí, neví si rady a umírající je ponechán nakonec osamocen nejistotě smrti, neboť si ji vysvětlíme jako neodvratné přírodní dění.

Georg Scherer je autorem teze o vytěšňování. Jeho teze je založena na tom, že moderní člověk jinak chápe smrt a toto chápání se opírá o nové poznatky vědy a odpovídá současné racionální společnosti. Scherer zdůrazňuje, že moderní člověk už nevěří v život po smrti a v přecházení smrti v život po ní. K tomuto myšlenkovému posunu dochází díky změně způsobu života, díky nutnosti trvalého zaměstnání, kdy jedinec nemá dostatek příležitostí vidět kolem sebe chování umírajících,<sup>70</sup> tím ztrácí konkretizaci smrti a dochází k jejímu vytěšnění a jen někde v lidském vědomí je uložený fakt, že člověk je smrtelný a jednou zemře. Scherer své práce o smrti psal na počátku 20. století a navázali na něj další autoři domnívající se, že dnešní člověk chápe přirozenou smrti spíše prodlužování života pomocí rozumových opatření, což navozuje nové způsoby chování shodující se s chováním lidí vytěšňujících svou smrt.

## **4.4 Odraz umírání a smrti v literatuře dávných i současných kultur**

### **4.4.1 Starověká kultura**

Jižní Mezopotamii proslavila nejstarší známá civilizace Sumer a její kultura. V první polovině 18. století před naším letopočtem vznikaly sumerské epické skladby známé dnes jako Epos o Gilgamešovi (legendární král z města Uruku). Tato nejznámější báseň starověké kultury se zabývá problémy života a smrti, přičemž téma smrti je nosným tématem. Smrt je stavěna do rozporu s příběhem lásky, přátelství a hrdinství.

---

<sup>70</sup>SCHERER, 2005, s. 29 - 34



Epos Gilgamešova smrt (vznikl v 21. století př. n. l.) vysvětluje chápání smrti v tehdejší době – věřili, že smrtí se jedinec přesouvá jinam, stává se součástí nadpřirozeného světa. Tomu odpovídají i pohřební zvyklosti – mrtvý je uložen v mělké jámě, je skrčený a bohatší jedinec je obklopen předměty k obdarování bohů a pro svou osobní potřebu.

„Od pradávna nic stálého není. Spící i mrtví – jak sobě se podobají! Což obojí obraz smrti nevytvářejí? Ať prostý člověk, ať urozený, když osud jejich se naplní, tu vznešení bozi jim přidělí smrt i život, však smrt- dny její nikomu známy nejsou!“<sup>71</sup>

Egypt nás dodnes udivuje monumentalitou pyramid, kam byli pohřbíváni egyptští králové, zatímco obyčejní lidé byli i zde ukládáni do jam. Staroegyptské kodexy a mravní nauky z let 1200 – 52 př. n. l. zachycují odpovědnost člověka bohům, před něž přichází po smrti jeho duše a bůh spravedlivě zvažuje lidské činy a srdce.

„Jméno smrti jest „Pojď sem!“ . Všichni, které k sobě volá, jdou k ní ihned, ačkoliv se jejich srdce chvějí strachem před ní.“<sup>72</sup>

V 5. století př. n. l. zreformoval Buddha staroindické náboženství a nové učení se zabývalo odstraněním utrpení ze světa. Buddha připouštěl ve svém učení znovuzrození a nepřipouštěl příčinný vztah mezi životem a životem následujícím. Konec lidského života je vyjadřován pomocí přirovnání ke svíci.

Starořecká kultura je myšlenkově bohatá a na formování řeckého náboženství a filosofických představ měl z počátku této éry největší vliv básník Homér svými epickými díly Ílias a Odyssea. V pozdějším období starořecké kultury se rozvíjela filosofická próza. Řecký filosof Sókrates krátce před svou smrtí měl starost o vyrovnání dluhu a Epikuros říká: „Smrt není pro nás ničím, neboť pokud žijeme, není přítomna, a když je přítomna, již zde nejsme.“<sup>73</sup>

Ze starořecké kultury vycházejí i římstí vzdělanci, kteří navazují na myšlenky řeckých filosofů, aby pozvedli upadající římskou říši. Ta během svého vývoje dává vzniknout novému náboženství, které vychází z tradic židovských a islámských, křesťanství. Ústřední postavou je Ježíš Kristus. Počáteční fáze křesťanství zahrnuje

---

<sup>71</sup> SÍGL, M., 2006, s. 36,

<sup>72</sup> SÍGL, M., 2006, s. 38

<sup>73</sup> SÍGL, M., 2006, s. 48

zhruba 3 století našeho letopočtu a vztah k umírání a ke smrti je součástí děl významných římských literátů, filosofů a politiků. Za toto období je zvolen citát nejslavnějšího řečníka starověkého Říma M. A. Cicera:

„Většina lidí se uboze potácí mezi strachem před smrtí a životními útrapami, nechtějí žít a nedovedou zemřít.“<sup>74</sup>

Do starověké kultury ještě náleží počátky židovství. Semitské etnikum, které osídlilo pobřeží Středozemního moře asi kolem roku 1700 př. n. l. z Izraele zapsalo své dějiny do biblických textů obsažených v Pěti knihách Mojžíšových. Právě první kniha – Genesis se zabývá stvořením světa Bohem a také životem a smrtí. Tradice judaismu je zachycena v Talmudu, ale mnohem většímu zájmu se těší Etický zákon Izraele, který je předáván z generace na generaci. Tento mravní zákoník předává dál ponaučení, že: „život je více než smrt, že není vyšších hodnot než život.“<sup>75</sup> Zastánci judaismu jsou učeni, že člověk nemocný a umírající nesmí být opuštěn, odmítají kremaci a praktikují rituál očištění mrtvého před uložením do hrobu.

#### 4.4.2 Středověká literatura

Středověk je časové období, které vymezuje svržení posledního římského císaře Augusta v roce 476 a Kolumbovo objevení Ameriky v roce 1492. Významná literární díla vznikající v tomto období také zachycují vztah tehdejší společnosti k životu a smrti. V roce 653 vzniká základní kniha islámu – korán, v níž se dozvídáme představy o každodenním životě a víře muslimů, která se dostává do rozporu s křesťanským pojetím Ježíše Krista. Pro muslimy je jediným Pánem všehomíra Alláh. Vnímání smrti a posmrtného života v islámu je také v koránu zachyceno. Islám chápe smrt jako přechod duše do mezisvěta, v němž získává nemateriální tělo se stopami předchozího pozemského života. Po smrti materiálního těla dojde ke vzkříšení, které je dovršeno posledním soudem. Islámské pohřební rituály jsou jednoduché, ostatky mrtvého se ovinou plátnem a uloží

---

<sup>74</sup> SÍGL, M., 2006, s. 39

<sup>75</sup> SÍGL, M., 2006, s. 57

do země v prostorné rakvi tak, aby hlava směřovala k poutnímu místu, jímž je Mekka. „Každá duše okusí smrti- a teprve v den zmrtvýchvstání obdržíte plně své odměny.“<sup>76</sup>

Ve staroanglické literatuře je vrcholným dílem Beowulf, zachycující dobu krutých křížových výprav a za vrchol je pokládána Božská komedie od D. Alighieriho. Její tři části Peklo, Očistec a Ráj jsou vzorem žití vedoucí člověka k dosažení blaženosti. Cesta záhrobními říšiemi je alegorií lidského života. V českých zemích je z tohoto období známá česká báseň Spor duše s tělem, kde se autor zabývá jistotou smrti a duší, která může být jako nesmrtelná trestána za hříchy těla. Spor těla a duše je vnímán jako spor nebe a d'ábla. Dílo bylo napsáno na počátku 14. století, ale otázka věčného sporu se přenáší dál do moderní literatury. Pohřební zvyklosti té doby rozlišovaly, kdo zemřel. Lidé nehodní křesťanského pohřbu (byla na ně uvalena kletba) byli pohoženi na opuštěných *mrchovištích*, zatímco spořádaní křesťané byli pohřbíváni do hrobu v kostele nebo v jeho blízkosti. Středověké obyvatelstvo sepisovalo závěti – poslední vůli, z níž se koncem 15. století stal literární žánr. J. Régnier, francouzský básník ve své závěti napsal: „Jisto je, že každý křesťan řádný, co se jméním rozvážit má si pro případ, že smrt se mu ohlásí, neb to je k závěti důvod pádný.“<sup>77</sup>

#### 4.4.3 Evropská renesance, humanismus a baroko

Časová epocha těchto směrů zahrnuje asi nejvíce ceněné období ve vývoji lidstva. Časový úsek začíná renesancí přibližně v roce 1350 a končí 17. stoletím. Lidstvo se vrací k myšlenkám antického světa, protože nabízí rozumný náhled na život a smrt. Ze světových autorů a známých myslitelů je možno uvést F. Villona, E. Rotterdamského, G. Bruna W. Shakespeara, R. Descartese. Výčet není úplný, zmínění pánové se zaobírali nesmrtelností duše, snažili se prokázat boží existenci a zároveň svými fyzikálními objevy ovlivnili materialismus 18. století.

Do světových dějin této doby se nesmazatelně zapsal český filosof a zakladatel evropské pedagogiky Jan Amos Komenský. Komenský se ve svých dílech zaobíral smyslem lidské existence, hledal cesty, jak člověku umožnit plnohodnotný život bez strastí

---

<sup>76</sup> SÍGL, M., 2006, s. 63

<sup>77</sup> SÍGL, M., 2006, s. 69

děsivých válek a pojednával také o smrti. Citát je z jeho díla Labyrint světa a ráj srdce. „Když jsem se dosti s křesťany naprocházel a na jejich činy vynadával, spatřil jsem naposledy, že i mezi nimi Smrt se procházela. Ale ne tak jako ve světě mrzuté postavy, nahá a nemilá...“<sup>78</sup>

#### 4.4.4 Osvícenství

Období 17. – 19. století je posledním obdobím, kdy se projevuje odpor proti feudalismu a společnost významně bojuje proti předsudkům a neznalosti. Do popředí zájmu se dostává poznání, vzdělání a neomezenou vírou v rozum. V Čechách probíhá proces národního obrození. V literatuře pořád zůstávají náměty smrti a života, o kterých píše nejen spisovatelé, ale i filosofové, novináři a vědci.

Citát pro toto období pochází od Spinozy, holandského filosofa, který se odvážil kritizovat náboženství. „Svobodný člověk nepřemýšlí o ničem méně než o smrti a jeho moudrost spočívá v úvahách o životě.“<sup>79</sup>

#### 4.4.5 Autoři 19. až 21. století

Obě světové války, revoluce a vyhlazení Židů změnily pohled lidstva na svět. Úvahy o životě už nejsou odrazem ideálu, že dobrý Bůh stvořil dobrý svět, do popředí se dostávají myšlenky nového směru – existencialismu. Existencialisté tvrdí, že nepřáteli člověka jsou starosti a strach, odvracejí se od pesimismu předcházejících filozofů, upírají své myšlenky k pevnému bodu ve vesmíru a předznamenávají dobu, v níž se vytvoří další a další otázky o smyslu a hodnotě života v moderní době a taktéž o vnímání smrti.

První citace je z Babičky B. Němcové, je začátek 19. století a umírání a smrt je obrazem poklidného idealizovaného smíření se s během života. „Babička spojuje svůj život se starou jabloní rostoucí v blízkosti stavení. Když jabloň začala chřadnout, pocítila

---

<sup>78</sup> SÍGL, M., 2006, s. 78

<sup>79</sup> SÍGL, M., 2006, s. 80

i babička, že její dny jsou nachýleny. Babička ulehla a všichni, z myslivny, z mlýna, z hospody i ze Žernova, se chodili ptát, jak je babičce...<sup>80</sup>

V dalších letech 20. a 21. století nalezneme otázky týkající se života a smrti v souvislostech s nějakými událostmi, které zasáhli nejen do každodenního života lidstva, ale vyvolaly i odezvu v jejich myšlení. Vývoj vědy předznamenává i orientaci současných filozofů na nové uchopení otázek smrti a života v souvislosti s možnostmi ovlivnit délku života, stejně tak jako s možností svobodně rozhodnout o jeho konci.

Posledním úryvkem je symbolicky uzavírán záznam toho, jak lidstvo po tisíciletí vnímalo smrt, jak se chovalo ke svým zemřelým, abychom se obloukem vrátili tam, kde jsme začínali a kde doprovázení umírajících do posledních chvil bylo samozřejmostí, po které lidé v přetechnizované, individualizované době opět touží. Úryvek je z knihy uznávané české odbornice M. Svatošové, která vyšla poprvé v roce 2003.

„Představa umírajícího pacienta o laskavé péči:

Když ke mně přijdete přesto, že víte, co všichni víme – že umírám.

Když ke mně přijdete, i když reprezentujete profese, které selhaly v zajištění mého uzdravení...

Když se mnou trávíte čas, ačkoliv vám to nemohu vrátit.“<sup>81</sup>

#### 4.5 Tabuizace smrti

Moderní společnost nemá rituály, kterými naši předkové reagovali na přirozenou smrt. Smrt není součástí života moderního člověka, je negativum, které narušuje zaběhnutý řád. Veřejnost v moderní společnosti je vedena k ovládnutí svých citů, jsme vedeni k emocionální rezervovanosti, což nám nedovoluje otevřeně vyjádřit své pocity ve vztahu k umírající osobě.

---

<sup>80</sup> SÍGL, M., 2006, s. 93

<sup>81</sup> SVATOŠOVÁ, M., 2011, s. 21

T. Walter, R. G. Dumont a mnoho dalších autorů se domnívají, že tabuizování smrti není otázkou celé společnosti, ale jen některých sociálních skupin. Blauner spojuje otázku tabulace smrti s věkovou strukturou moderní společnosti. Podle něj je smrt skrytá mezi staršími a starými jedinci společnosti. Umírající jsou dnes lidé vyššího věku než dříve, mají odžitý kus svého života, jejich děti jsou dávno samostatné a smrt rodičů považují za jednu ze smutných událostí svého života, ale netrápí se s ní, tak jako tomu bylo dříve, když na umírajícím závisela existenčně pozůstalá rodina. Blauner zastává názor, že současná společnost snad ani netabuizuje smrt, jenom podle něj své zemřelé postrádáme daleko méně, protože s námi prožili hodně dlouhou dobu. Proto se omezily rituály a smrt není velkou událostí v životě pozůstalých.

Odpůrci tohoto názoru oponují tím, že naopak se posouvá doba, kdy je smrt tabu do období počátku stáří. To proto, že v moderní společnosti jsou staří lidé opovrhováni a odkládáni jako nepotřební, jejich status je velmi špatný a neoplakávaná smrt je důsledkem celkového přístupu společnosti ke svým starším a starým spoluobčanům.<sup>82</sup>

Můžeme se také setkat s teorií limitovaného tabu, která z tabuizace smrti obviňuje zdravotnictví a média. Dumont a Foos prosazují názor, že strach ze smrti je přirozený, a že všechny společnosti jsou založeny na popírání smrti, vyrovnávají se s ní zvýhodňováním a propagací mládí a neustálé regenerace. Smrt tabuizuje ne společnost, ale jednotlivci, tabulace se přesouvá do soukromí každého jedince. Přidalová stanovila na základě své činnosti čtyři příčiny tabuizace.

### **1. Pokrok a rozvoj**

Pokrok v oblasti zdravotnictví, které má pod kontrolou dříve smrtelné nemoci, minimalizovaná kojenecká a dětská úmrtnost, prodloužená střední délka života a mnoho dalších faktorů umožnilo odsouvat dobu smrti. Člověk má čas k prožití a uskutečnění mnoha svých aktiv a tato pokroková opatření ovlivnila formu umírání. Smrt zmizela z každodenního života a byla odsunuta do nemocničních pokojů, kde jsou jejími svědky jen zdravotničtí profesionálové. Tím, že není viděna, se vytváří určité představy plné úzkosti a strachu.<sup>83</sup>

---

<sup>82</sup> PŘIDALOVÁ, M., 1998, s. 347 - 348

<sup>83</sup> PŘIDALOVÁ, M., 1998, s. 349 - 350

## **2. Racionalizace a sekularizace**

Moderní člověk si rozumově dokáže popsat vše, co se při umírání odehrává, ví, že je to definitivní konec, že dál už nic není, má vědecky potvrzeno, že odchází „nikam“. Náboženství a tradiční rituály kolem smrti ustoupily do pozadí, kam byly zatlačeny vědou. Věda ale nenabídla v otázkách umírání a smrti žádnou náhradu a moderní člověk se cítí být smrtí ohrožen. Prázdnota, která se tímto vytvořila, zbavila racionálně uvažujícího a jednajícího člověka schopnosti čelit vlastní smrti.

V 70. letech minulého století byl v oblibě R. Moody, který v zaznamenaných výpovědích klinicky zemřelých lidí nabídl vlastně zaplnění onoho prázdného prostoru. Jeho prezentace ale smrt romantizuje a zlehčuje. Rozumové chápání života a odmítnutí víry vede moderního člověka k potřebě připoutávat k sobě věci, stejně tak lidi jako svůj majetek, který dává jistotu a vylučuje tím nestálost a pomíjivost. Chybějící slib posmrtného života stupňuje bolest a umocňuje strach z toho, že smrtí jedinec ztrácí vše, co vlastnil.<sup>84</sup>

## **3. Profesionalizace a specializace**

Zatímco dříve člověk ovládal vše, co ke svému životu potřeboval, dnes je odkázán na pomoc odborníků a specializovaných institucí. Rozvoj poznatků a jejich nebývalé množství donutilo člověka být závislým na profesionálních a specializovaných službách.

Profesionalizace se dotýká i oblasti umírání a smrti. Umírající, obyčejný člověk je svěřen do péče lékařů a ošetřujícího personálu. Očekává se, že lékař jej bude léčit, ošetřovatelky o něj pečovat a v případě smrti, že bude povolána pohřební služba, která zajistí veškeré náležitosti spojené se smutečním obřadem, čím dál častěji dokonce i bez něj. Profesionalizace ve zdravotnictví se týká i přístupu samotných lékařů k umírajícím a smrti. Způsobuje nepřekonatelný rozdíl vědomostí mezi lékařem a pacientem. Lékař je během studia veden k léčbě všemi dostupnými prostředky, má nejvyšší možnou prestiž ve společnosti a smrt pacienta považuje za své selhání. Navíc vědomí, že on jako odborník nezná prostředky pro záchranu člověka před smrtí, způsobuje jeho nevhodnou komunikaci s pacientem, neinformuje ho otevřeně o jeho skutečném stavu a také se nezabývá

---

<sup>84</sup> PŘIDALOVÁ, M., 1998, s. 353

jeho duchovními potřebami. K tabuizaci tedy přispívá vysoká úroveň zdravotnictví a to, že si nedokážeme uvědomit hranice možné léčby.

#### 4. Pluralita a privatizace významu

Současný člověk je obklopen mnoha světovými názory, myšlenkovými proudy a životními styly. Vše existuje vedle sebe a je na každém jedinci, co si z nabízených příležitostí vybere. Problém spočívá v neexistenci autority, která by s jistotou označila jednu možnost jako definitivní a neomylnou.

Tato pluralita platí i v názorech na smrt. Jak bylo již dříve prezentováno v historických souvislostech, člověk si může vybrat. V nabídce je zaujímání postojů ke smrti vycházejících z náboženství – nabízí se převtělování duší, vzkříšení nebo posmrtný život – nebo také nic, pokud jsme nevěřící. Smrt, která má tolik významů je pro moderního člověka ničující skutečností, chybí autorita, jež by dokázala určit jednu z alternativ jako opravdovou a všemi sdílenou. Jednotlivec sám si určí, jaké místo v jeho životě bude určeno smrti, jak se s ní bude vyrovnávat. Společnost si našla způsob, jak smrt překonávat – neustále prezentuje nové a nové produkty, nechává jedince neustále se „loučit“ se starými, nudnými a okoukanými produkty, ale tím v člověku pěstuje pocit nahraditelnosti ztraceného. Jenže jedinec ví, že jeho vlastní život nahradit nelze. Chybí tu všemi sdílená jistota, jak se v určitých situacích chovat, což vyvolává silné znepokojení nad umíráním a smrtí v moderní společnosti.<sup>85</sup>

## 5 EXISTENCIÁLNÍ ANALÝZA a LOGOTERAPIE

### 5.1 Vůle ke smyslu

V jedné ze svých přednášek řešil V. E. Frankl problém současné generace, kdy za ním přichází čím dál více klientů, kteří trpí *pocitem bezsmyslnosti*. Čím dál více lidí zjišťuje a přichází žádat pomoc k psychiatrovi právě proto, že si sice dokážou zajistit výborné materiální a finanční podmínky, ale nenacházejí v tom žádný smysl, spíše jen prázdnotu. V. E. Frankl jejich pocity označuje jako **existenciální vakuum**.

---

<sup>85</sup> PŘIDALOVÁ, M., 1998, s. 355 - 359



Výzkumy, které proběhly v Americe, Evropě i Africe ukazují, jak prudce se zvýšil počet lidí a především mladých lidí, kteří propadli výše uvedenému pocitu prázdnoty, nenaplněnosti svého života, nenalezením jeho smyslu.

Příčinou tak ohromného rozšíření existenciálního vakua je, že moderní člověk opustil po staletí předávané tradice nahrazující zvířecí instinkty, chybí tu povinnost a člověk neví, jak naložit se svou svobodou, neví, co chce a pocit bezsmyslnosti života se stává neurózou. V. E. Frankl potvrzuje, že nejde ale o neurózu klinického rázu, ale spíše o sociogenní neurózu a označil ji novým pojmem **noogenní neuróza**.

Další příčinu rozšiřování existenciálního vakua spatřuje v přeměně redukcionismu v nihilismus. Dnešní nihilismus se projevuje slovním obratem „nic než“ a má naprosto nevhodný vliv především na mladou generaci, která místo lidského postoje propadá cynismu. Ztráta tradic se nedotýká smyslu, který je jedinečný a neopakovatelný, zatímco hodnoty jsou odrazem typických opakovaných životních situací. V. E. Frankl se domnívá, že lidé hledají smysl života za pomoci svědomí, které je orgánem smyslu. V moderní době, kterou se šíří pocit bezsmyslnosti je nutné, aby posilování svědomí bylo součástí výchovy, aby člověk byl schopen reagovat na situace, s nimiž je každodenně konfrontován a našel tím znovu ztracený smysl žití. Do výchovy je nutné vrátit výchovu k odpovědnosti, aby se člověk orientoval v množství informací a uměl vybrat jen to podstatné, aby si dokázal každý najít svůj smysl života. Pokud by mu byl vnucován, jednalo by se o moralizování. Morálka musí být:

1. ontologizována – za dobré bude považováno to, co podporuje smysluplnost,
2. existencializována – smysl lidského utrpení i lidského života je existence,
3. fenomenologizována – vůle ke smyslu nutí smysl hledat a nacházet, smysl je nacházen trojí cestou (již dříve zmiňované troje kategorie hodnot).

Kdo není schopen nalézt smysl života, stává se nešťastným a nedokáže svůj život žít. Pouhé přežívání nemůže být považováno za nejvyšší hodnotu. Nejvyšší hodnotou je, pokud dokážeme orientovat svůj život na budoucí cíle, na nějaký smysl, který je potřeba naplnit.<sup>86</sup> V. E. Frankl říká: „Ve skutečnosti může člověk přežít pouze tehdy, když žije

---

<sup>86</sup> FRANKL, V. E. 1997, s. 7 - 21

pro něco. A jak se mi zdá, platí to nejen o přežití jednotlivého člověka, nýbrž také o přežití lidstva.<sup>87</sup>

## 5.2 Smysl života

Ptát se na smysl života je typicky lidskou otázkou a zabývá se jí jak psychologie, tak existenciální filosofie. Pojetí psychologické vychází ze zaměření se člověka k určitým cílům. Prvořadou úlohu zde sehrává motivace, která vede k dosažení cíle a určení hodnoty a smyslu činností, které k dosažení cíle jsou zapotřebí. Filozofové smysluplnost lidského žití spatřují v jakémisi konečném bodu, v dosažení vyššího cíle. Od počátku 19. století byla otázka po smyslu lidského života součástí bádání mnoha významných osobností.

První, kdo se touto otázkou vážně zabýval, byl psycholog A. Adler. Smysl lidského života viděl v životním stylu a životních cílech jedince, které jsou realizovány nejen ve prospěch individuality člověka, ale také ve prospěch společnosti. Sociální rozměr je považován za velmi důležitou složku Adlerovy individuální psychologie.

S. Freud neurolog a psychiatr, zakladatel psychoanalýzy, se zabýval smyslem života a analýzou nevědomých motivů.

C. G. Jung hledal smysl života v archetypech, v předávaných lidských zkušenostech, které jsou nápomocny člověku, pokud se dostane do obtížné životní situace. Poznatky ověřené v praxi byly používány a nadále rozvíjeny. Smysl života je hledán i v současné postmoderní lidské společnosti a do popředí zájmu se dostávají názory na smysl života pocházející od A. M. Maslowa, I. D. Yaloma a V. E. Frankla.

A. M. Maslowa proslavila jeho hierarchie hodnot, kdy člověk postupně uspokojuje svoje potřeby díky silné vnitřní motivaci a smysl života nachází ve směřování k vyšším cílům. Za svůj názor byl kritizován a později přijal prosazovaný názor, že prvotním zájmem člověka je jeho vůle ke smyslu.

I. D. Yalom se jako terapeut střetával s otázkami pacientů po smyslu života. Existenciální otázky, o kterých s nimi málokdo byl ochoten otevřeně promlouvat,

---

<sup>87</sup> FRANKL, V. E. 1997, s. 21

nebyly řešeny psychoterapií, ale léky. Yalom považuje za správnou terapii pomoc najít lidem v diskusi smysl života a především v tom, že mnohem větší smysl mají aktivity cílené ne na člověka samotného, ale na něco nebo někoho mimo ně.

V. E. Frankl je autorem konceptu smysluplného života vycházejícího z Freudovy psychoanalýzy a Adlerovy individuální psychologie. Kombinací obou názorových směrů vytvořil logoterapii. Při hledání smyslu života klade důraz na objevování a uskutečňování jedinečného smyslu a hodnot v každodenních životních situacích a nezapomíná na zdůraznění svobody a odpovědnosti.

Na Frankla navázala E. Lukasová. Šíří logoterapii společně s psychoterapií mezi odborníky, ale i laickou veřejností. Logoterapii považuje za poradenskou metodu umožňující nalezení smyslu života. Tato metoda se podle ní dá uplatnit v celé škále lidských činností.

A. Längle rozpracovává Franklovo dílo poněkud odlišně. Pod jím zavedeným pojmem existenciální analýza se skrývá jeho snaha filosoficky zakotvit Franklovy názory a metodicky je rozšířit. Z českých osobností, které se zabývají problematikou hledání životního smyslu, je možné jmenovat J. Křivohlavého nebo K. Balcaru.<sup>88</sup>

Smysl velice podrobně zkoumá právě Křivohlavý. Kromě jiných významů slova smysl je vyjádřením celkového zaměření lidské existence. Smysl je vyjádřením účelu, používá se v psychologii lidské motivace, slouží k ujasnění důvodů lidského jednání, určuje směr vývoje událostí i vlastní lidské existence.

Každodenní činnosti, rozhodování o problémech, jejich řešení, to vše dává životu řád a smysl. Smysl může mít i vyšší úroveň, než jakou nalézána v drobných každodenních činnostech. Vyšší úroveň se vztahuje právě k problematice smysluplnosti žití, k vyšším hodnotám, které jsou v lidském životě stabilní.<sup>89</sup>

Hledáním smyslu existence je snahou o porozumění tomu, co se děje a dát tyto události do širších souvislostí. Na základě výsledků současných psychologických studií zabývajících se významem slova smysl lze stanovit dva druhy smyslu.

---

<sup>88</sup> ONDRUŠOVÁ, J., 2011, s. 56 - 58

<sup>89</sup> KŘIVOHLAVÝ, J., 2006, s. 41 - 46

**Implicitní smysl** je smysl nevyslovený, všem srozumitelný na základě toho, že je vázán na události, které jsou běžné pro život každého člověka, a každý si v nich smysl dokáže najít.

**Existenciální smysl** je snahou pochopit události v životě člověka, jak spolu souvisejí. Tento smysl si musí každý pro sebe objevit. Pochopit směřování své činnosti a sloučit její smysl se smyslem vyšším, spojeným s existencí světa.

Psychologická zkoumání smysluplnosti lidské existence mají za cíl:

- dát vjemům a zážitkům správný význam, vřadit je do celkového života,
- být základem pro hodnocení naplnění života smyslem,
- pomáhat smysluplně spravovat vlastní život každého jedince.<sup>90</sup>

Definice smysluplnosti je možné nalézt několik, Křivohlavý nabízí také svou definici:

„Tam, kde je lidské vědomé jednání a rozhodování o něčem zaměřeno k určitému, pro daného člověka hodnotnému cíli, tj. tam, kde je toto jednání z úmyslu a vůle daného člověka cílevědomé, tam je možné hovořit o účelné a smysluplné činnosti.“<sup>91</sup>

### 5.2.1 Smysl života ve stáří

Ve stáří se začínají mnohem intenzivněji objevovat otázky po smyslu života a jeho směřování. Existenciální otázky se v životě stárnoucího člověka stávají mnohdy příčinou jeho trápení, protože je nucen bilancovat svůj dosavadní život, vyrovnávat se s různými ztrátami a zvládnout pocity, které vyvolává v člověku blížící se smrt. Pochopení všeho, co se v životě jedince událo, přispívá k jeho osobnímu vyzrání a má pozitivní vliv na schopnost vyrovnat se s involučními procesy, které v tomto období probíhají.

---

<sup>90</sup> KŘIVOHLAVÝ, J., 2006, s. 48 - 51

<sup>91</sup> KŘIVOHLAVÝ, J., 2006, s. 51

Vývojovým cílem ve stáří je dosažení integrity, aby byly překonány pocity zoufalství a beznaděje, které vyvstávají v souvislosti s uvědomováním si, že jedinci zbývá již málo času na to, aby mohl začít žít jinak. Je tu nutnost vyhodnocení dosavadního života, vyrovnání se s již prožitým obdobím, což umožní člověku dozrát a zmoudřet. Zmoudřet je chápáno jako schopnost člověka s nadhledem přijímat úspěchy i nezdary, dojít k přesvědčení, že prožitý život byl smysluplný a nepromarněný.

Starý člověk potřebuje nalézt smysl i zbývající části svého žití, byť je jeho hodnota ovlivněna vědomím časové omezenosti. Čím dříve pochopí, že je nutné akceptovat přicházející změny a naučí se radovat jen z toho, co mu ještě zbývá, tím více bude smysluplná i poslední etapa jeho života. Na udržování smyslu v životě stárnoucích lidí se podílí několik faktorů:

- konstruktivní reminiscence,
- angažovanost v aktivní činnosti, tvořivost
- udržování optimismu,
- rozvíjení duchovní složky života a religiozity,
- rozvíjení vztahů k druhým lidem, být jim užitečný poskytováním i drobné služby,
- naděje do budoucna.

Mnohé výzkumy prováděné mezi seniory ukazují, že před ztrátou smyslu života je chráněna dobrá fyzická zdraví, život v rodinném kruhu a religiozita. V každodenním životě musí velmi staří lidé překonávat pocity beznaděje a zoufalství ze ztráty osobní nezávislosti a slábnutí sebedůvěry. Současní odborníci nabízejí pro proces, v němž se stáří lidé smiřují se všemi omezeními a zaměřují se spíše do svého nitra, pojem *gerotranscendence*. Člověk se v tomto období odpoutává od materiálního chápání světa a míří ke spiritualitě.<sup>92</sup>

---

<sup>92</sup> ONDRUŠOVÁ, J., 2011, s. 86 - 90

## 5.3 Logoterapie

### 5.3.1 Základní pojmy v logoterapii

Zakladatelem logoterapie je V. E. Frankl, který tuto moderní metodu léčby a ochrany duševního zdraví jedince, zaměřil na hledání, nalezení a obnovu smyslu života a také na hodnoty, pomáhající reintegrovat osobnost člověka. Logoterapie se zaměřuje jednak na podporu činností člověka, jednak na přímý dialog s ním, aby se zamezilo soustředění jen na člověka samého. Podle Lukasové má zásadní význam **sebepřesah, sebeodstup, svoboda a odpovědnost**. Také Frankl považuje sebepřesah a sebeodstup za základ lidské existence a přidává ještě třetí prvek – výzvu okamžiku. Frankl neustále zdůrazňuje zaujímání odpovědnosti a svobodné rozhodování při hledání, jak má člověk zaujmout a zaplnit své místo v životě.<sup>93</sup>

H. Raskob připomíná, že v německy mluvících zemích se podařilo v 80. letech minulého století institucionalizovat logoterapii a zajistit tak výchovu a vzdělávání nové generace logoterapeutů. Svou pozitivní úlohu při prosazování logoterapie měl právě V. E. Frankl. Inspiraci a metody čerpala tehdejší generace německých a rakouských odborníků především v Argentině a Brazílii. Nejznámějšími osobnostmi se staly již zmiňovaná E. Lukasová a A. Längle, ačkoliv každý z nich se specializuje na určitou oblast logoterapie. Ve stejné době jako v Rakousku a v Německu se logoterapie rozvíjela i v severských zemích. Raskob neopomněl připomenout i příznivé reakce a aplikaci logoterapie v zemích bývalého východního bloku od počátku 90. let 20. století.<sup>94</sup>

### 5.3.2 Svoboda, odpovědnost a svědomí

Svobodné jednání člověka obnáší také jeho odpovědnost, která nemusí být ani vědomou odpovědností. Svoboda a odpovědnost jsou podstatou lidské existence a nemůže jedna bez druhé existovat.

**Svoboda** jedince je omezována okolnostmi jeho života, vazbami, které si po celý život utváří. Frankl odmítá pojetí svobody jako ničím neomezené volnosti, je zastáncem

---

<sup>93</sup> ONDRUŠOVÁ, J., 2011, s. 69

<sup>94</sup> RASKOB, H., 2005, s. 73 - 75

svobody dovolující člověku možnost volby při rozhodování v určitých situacích a také za svou volbu převzít odpovědnost.

Především Frankl klade důraz na **odpovědnost** člověka za sebe. Díky odpovědnosti se jedinec rozhodne věnovat jen takové činnosti, která mu přináší hodnoty, jichž si cení.

**Svědění** je nástrojem hodnocení, pomáhá člověku ulehčit jeho volbu. Bývá označováno za *orgán smyslu*. Člověk má vždy dvě možnosti – jednat podle svého svědomí nebo proti němu. Pokud se člověk uchýlí k jednání proti svědomí, dostávají se výčitky, pocity viny a sebeobviňování. Nejhorší situací pro člověka zůstává volba mezi dvěma odporujícími si hodnotami. Pak se stává svědomí svobodným a odpovědným rádcem. Yalom se domnívá, že člověk je odpovědný za to, jaký smysl dává svému konání.

V. E. Frankl toto téma uzavírá tvrzením, že člověk se často snaží zbavit své odpovědnosti ze svých činů, převádí ji na druhé a propadá fatalismu, který je náhražkou za projevy odpovědnosti.<sup>95</sup>

## 5.4 Tragická triáda

Součástí lidského života je osudové strádání, které si nikdo nepřeje prožívat, ale přesto k němu dochází. V logoterapii je osudové strádání známé pod pojmem **tragická triáda**. Její součástí je utrpení, vina a smrt. Ve stáří se tyto osudové události stávají častěji a nutí stárnoucího jedince zaujmout nějaké stanovisko. Postoj, který si zvolí v této mezní situaci je příležitostí k hlubšímu lidskému růstu, ke zmoudření.

Úspěšný v boji s osudovým strádáním bude ten člověk, který i v této situaci dokáže spatřovat pozitiva a nepropadne zoufalství. Logoterapie pomáhá lidem k tomu, aby je těžké životní situace nezbavily smyslu života, podporuje jejich odvahu vzdorovat nepříznivému osudu. I v tomto těžkém období může člověk změnit svůj postoj a může dál hledat smysl života i přesto, že je jeho lidská existence omezována. Úspěšná změna postoje se může odehrát jen za předpokladu, že člověk je ochoten překonávat sebe samého. Zvládnutí těžké životní situace se projeví „dozráním“ osobnosti, znovuoobením smyslu života a dalšími pozitivními důsledky:

---

<sup>95</sup> ONDRUŠOVÁ, J., 2011, s. 70

- zlepšení v oblasti sociálních vztahů,
- změny hodnot a životní filozofie,
- jiné strategie pro zvládnutí zátěžové situace.

### 5.4.1 Utrpení

Utrpení v lidském životě existuje od nepaměti a je výzvou pro filosofy, duchovní, lékaře a psychology. Podle Frankla podléháme dvěma druhům utrpení – nezbytnému a zbytečnému. Zbytečné utrpení se dá odstranit, nebo zmírnit jeho důsledky. Nezbytné utrpení se dá zvládnout změnou postoje, i nevléčitelně nemocnému člověku lze pomoci změnit náhled na jeho trápení.

Utrpení má dvojí formu: buď je způsobené druhými lidmi, nebo je „ranou osudu“. První formu utrpení lze překonat, netrápit se špatným stavem mezilidských vztahů a ani se nepodávat zlu. Logoterapie nabízí jak řešení vzdát se odezvy, neoplácet a zlo tím zastavit.<sup>96</sup> Druhý typ utrpení lidé nemohou ovlivnit, ale mohou na něj reagovat pozitivně (vnitřní, duchovní rozvoj osobnosti) nebo negativně, kdy zatrpknou a vyčítají. Obě formy spolu souvisí jako nevyhnutelné utrpení. Pro člověka je důležité, jak dokáže utrpení snášet. Smysl utrpení spočívá ve způsobu, jak člověk trpí, zda si dokáže zachovat svou lidskou důstojnost i v bolesti a beznadějně životní situaci. Pokud situaci dokáže důstojně zvládnout, je příkladem i pro ostatní. Člověk, který svůj život prožívá smysluplně, obvykle dokáže přijmout a překonávat potíže spojené s utrpením, které ho postihlo a jeho překonávání člověka posiluje v jeho osobnostním a duchovním růstu.

Druhým možným postojem k utrpení je zloba, zoufalství a rezignace. Frankl tvrdí, že k zoufalství přistupují lidé, kteří v utrpení nenašli smysl. Za nejnepřijatelnější utrpení je považována duševní a duchovní bolest.

S fenoménem utrpení přicházejí do kontaktu především staří lidé, kterým logoterapie pomáhá zvolit správné stanovisko: zda nalézt sílu bojovat,

---

<sup>96</sup> ONDRUŠOVÁ, J., 2011, s. 75 - 77



nebo se smířit s danou situací. To znamená, zda zvolit strategii konstruktivního postoje, či realizaci prožitkových a postojových hodnot.

### 5.4.2 Vina

S pocitem viny se vyrovnávají lidé, kteří cítí, že nesou odpovědnost za své zlé, nevhodné jednání. V jejich svědomí bojuje s pocitem viny ze dvou důvodů. Jedním z nich je to, že udělali, co neměli. Druhým důvodem naopak to, že neudělali, co měli.

Pocity viny je potřeba u starých lidí účinně odstranit. Smysluplná lítost jim pomůže napravit to, co se jim během života nezdařilo a změna postoje je posune k pozitivní proměně a odpuštění. Navíc napravené viny z jejich minulosti, nebo vnitřní proměna díky lítosti jim umožní klidný odchod ze života.

### 5.4.3 Smrt

Mnoho filosofů a psychologů došlo k názoru, že časová omezenost lidského života v kombinaci s podvědomím smrti poskytují člověku smysluplně prožít svůj život, chovat se v něm zodpovědně a využít každé nabízené možnosti žít co nejintenzivněji.

Každý jedinec ví, že v jemu určeném čase jednou zemře, že smrt do života lidstva patří. Přesto se jí snaží podvědomě popírat, nemyslet na ni.<sup>97</sup>

Ale v životě každého člověka přijdou situace, kdy se ocitá smrti „tváří v tvář“, když umírajícími jsou jeho blízcí, přátelé a známí. Mohou se objevit i jiné podněty, kvůli kterým člověk začne přemýšlet nad smyslem svého života a jeho definitivním koncem. Smířit se s vlastní smrtí je téma, které je pro starého člověka důležitým aktuálním tématem umožňujícím zhodnotit jeho vlastní život a dosáhnout integrity osobnosti. Starý člověk vnímá, že smrtí skončí jeho fyzické bytí, ale symbolicky zůstane žít ve vzpomínkách lidí, v jejichž blízkosti žil, ve svých dětech a ve věcech, které za svůj život vytvořil.<sup>98</sup>

---

<sup>97</sup> ONDRUŠOVÁ, J., 2011, s. 79 - 80

<sup>98</sup> ONDRUŠOVÁ, J., 2011, s. 80 - 81

## 5.5 Logoterapeutický přístup v péči o staré lidi

Lukasová vysvětluje logoterapeutickou léčbu starého, umírajícího člověka jako korekci obrazu. Při svém objasnění, jak logoterapie ve vztahu k péči o staré lidi funguje, vychází z Platónova podobenství, tedy že pravou lidem nepřístupnou skutečnost nahrazují obrazy skutečnosti.

V psychoterapii, jejímž základem je logoterapeutický přístup, je využívána jako neúčinnější léčebný nástroj **korekce obrazů**. To znamená, že existují obrazy, které způsobují ztrátu duševní vyrovnanosti a ve svém důsledku vedou ke vzniku onemocnění. Stejně tak existují jako protiklad takové obrazy, které zmírňují poruchy a podporují rozvíjení životních hodnot.

Logoterapie přináší obraz nekonečné útěchy pro člověka přístupnému smyslu a hodnotám. Lukasová připomíná, že 21. století přinese problémy v péči o stárnoucí populaci, jejíž dlouhověkost jednotlivců si vyžaduje zvýšenou péči ve zdravotnictví i jiných oblastech, ale bohužel tradiční psychoterapie se těmito lidmi nezabývá, psychoanalýza je „vypustila“ ze své sféry zájmu. Naproti tomu logoterapie nabízí své obrazy o člověku, světě, v němž žije a snaží se, aby odpovídaly realitě.

Podporuje osoby pečující i opečovávané prostřednictvím specifických zásad, které stanovil V. E. Frankl. Jedná se o tyto tři zásady:<sup>99</sup>

- **lékařský čin předpokládá „něco“** (pokud ošetřující osoba ví „pro co“ a „pro koho“ vykonává denně péči o nemocného, umírajícího člověka, lehčeji svou pečovatelskou práci vykonává a navíc je obohacena dobrým pocitem),
- **ve skutečnosti žádného člověka nevytváříme** (ošetřovatelé nemohou zlepšit zdravotní stav opečovávané osoby, ale mohou posílit jeho duchovní prožitky a rozvíjet prožitkové hodnoty),
- **duchovní osoba je nesmrtelná** (pečující, nebo také doprovázející osoba usiluje o to, aby její péče nebyla zbytečná, takže pátrá „k čemu“ je její snaha, ta snaha najde své zhodnocení v úspěšném doprovázení umírajícího,

---

<sup>99</sup> LUKASOVÁ, E., 1997, s. 198 - 204

aby dorazil na konec svého života usmířený a s pocitem, že zanechal na tomto světě po sobě své stopy).<sup>100</sup>

---

<sup>100</sup> LUKASOVÁ, E., 1997, s. 204 - 207

## ZÁVĚR

Cílem diplomové práce bylo popsat problematiku hospicové péče v České republice. Součástí nebyla pouze deskripce hospicové péče v praxi, ale svou pozornost jsem zaměřila i témata související s hospicovou péčí, jako hodnotová orientace a postoje, umírání, smrt. Též jsem se dotkla možnosti terapie, a to konkrétně existenciální analýzy a logoterapie.

Úvodní část práce byla věnována historii hospicové péče a výkladu základních pojmů, náhledu do odborné literatury a seznámení s jednotlivými subjekty, které mají podíl na hospicové péči v praxi. Byla zde nastíněna úloha paliativní medicíny, dobrovolníků, doprovázejících a rodiny.

Významná část byla věnována kapitole pojednávající o vzdělávání a přípravě provázejících v hospici, příprava a vzdělání lékařů, odborného personálu a dobrovolníků.

Nebylo opomenuto seznámit čtenáře s hodnotovou orientací, postoji a jejich změnou v průběhu našeho života.

Zásadní pozornost byla věnována kapitole o umírání a smrti. Zabývala jsem se definicemi umírání a smrti, emocemi doprovázející umírání a smrt. Snažila jsem se popsat smrt z pohledu filosofického. Dále jsem využila poznatků z literatury a zmapovala jsem odraz umírání a smrti v kulturách dávných i současných.

V poslední kapitole jsem blíže seznámila čtenáře s existenciální analýzou a logoterapií jako možností terapie.

Závěrem lze zkonstatovat, že hospicová péče se i v České republice stává nedílnou součástí konce života jedince. Komplexnost jejich péče přispívá k lepšímu vyrovnání se pozůstalých se ztrátou blízkého. Dává jim možnost zužitkovat jejich bolest a utrpení jako ukazatele a motivátory nového směru. Také je důležité podotknout, že oproti některým nemocničním zařízením se v hospicích velmi respektuje důstojnost každého člověka. Nevytrácí se zde účast a zájem o starého člověka a nepotlačuje se svoboda rozhodování až do posledního dne jejich života.

## LITERATURA

1. ARCHALOUSOVÁ, A. a kol. *Ošetrovatelská péče*. 1.vyd. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2006, 296 s. ISBN 80-246-1113-9
2. FRANKL, V. E. *Lékařská péče o duši*. 1.vyd. Brno: Cesta, 1996, 237 s.  
ISBN 80-85319-50-0
3. FRANKL, V. E. *Vůle ke smyslu*. 2. české vyd. Brno: Cesta, 1997, 212 s.  
ISBN 80-85139-63-2
4. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1.vyd. Praha: Panorama, 1990, 416 s.  
ISBN 80-7038-158-2
5. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanalogie*. 2. přepracované vyd., Praha: Galén, 2007, 244 s. ISBN 978-80-7262
6. JENTSCHKE, E. *Die Notwendigkeit der palliativen Medizin in der Altersversorgung*. 1.vyd. Berlin: LIT Verlag Dr. W. Hopf, 2007, 194 s.  
ISBN 978-3-8258-0267-7
7. JEŘÁBEK, H. *Rodinná péče o staré lidi*. 1.vyd. Praha: UK FSV CESES, 2005, 97 s. ISSN 1801-1640
8. KELNAROVÁ, J. *Tanalogie v ošetrovatelství*. 1.vyd. Brno: Littera, 2007, 112 s.  
ISBN 978-80-85763-36-2
9. KOSÍKOVÁ, V. *Psychologie ve vzdělávání*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2011, 265 s. ISBN 978-80-247-2433-1
10. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie smysluplnosti existence*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2006, 204 s. ISBN 80-247-1370-5
11. KŘIVOHLAVÝ, J., KACMARCZYK, S. *Poslední úsek cesty*. 1.vyd. Praha: Návrat domů, 1995, 93 s. ISBN 80-85495-43-0

12. LUKASOVÁ, E. *Logoterapie ve výchově*. 1.vyd. Praha: Portál, 1997, 208 s.  
ISBN 80-7178-180-0
13. MARKOVÁ, M. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1
14. MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J. *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005, 352 s. ISBN 80-7367-002- X
15. MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2005, 153 s. ISBN 978-80-247-1024 -2
16. MUNZAROVÁ, M. *Lékařský výzkum a etika*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2005, 153 s. ISBN 978-80-247-0924 -6
17. ONDRUŠOVÁ, J. *Stáří a smysl života*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2011,  
168 s. ISBN 978-80-246-1997-2
18. PŘIDALOVÁ, M. *Proč je moderní smrt tabu*. Sociologický časopis, XXXIV,3/1998 dostupné z [http://sreview.soc.cas.cz/uploads/7d2cd500a6dfd2a3e9719063a5c9c0cd6ced8cb\\_f\\_231\\_347PRIDA.pdf](http://sreview.soc.cas.cz/uploads/7d2cd500a6dfd2a3e9719063a5c9c0cd6ced8cb_f_231_347PRIDA.pdf)
19. RASKOB, H. *Die Logotherapie und Existenzanalyse Viktor Frankels*. 1.vyd. Wien: Springer-Verlags, 2005, 435 s. ISBN 3-211-21192-6
20. SÍGL, M. *Co víme o smrti*. 1.vyd. Praha: Epoque, 2006, 416 s.  
ISBN 80-87027-11-6
21. SLÁMA, O., ŠPINAR, Š. *Koncepce paliativní péče v České republice*. Praha: Cesta domů, 2004, 48 s. ISBN 80-239-4330-8 dostupné z <http://www.cestadomu.cz/res/data/028/003426.pdf>

22. SCHERER, G. *Smrt jako filosofický problém*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2005, 271 s. ISBN 80-7192-914-X
23. SCHULER, M., OSTER, P. *Geriatric od A do Z pro sestry*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 336 s. ISBN 978-80-247-4
24. SVATOŠOVÁ, M. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2012, 112 s. ISBN 80-247-4107-9
25. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 7. dopl. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské vydavatelství, 2011, 149 s. ISBN 978-80-7195-580-1
26. ŠPAČKOVÁ, A. *Umění dialogu*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2011, 200s. ISBN 978-80-247-3810-9
27. ŠTEFAN, J., MACH, J. *Soudně lékařská a medicínsko-právní problematika v praxi*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2005, 247 s. ISBN
28. TOŠNER, J., SOZONSKÁ, O. *Dobrovolníci a metodika práce s nimi v organizacích*. 2.vyd. Praha: Portál, 2002, 152 s. ISBN 80-7367-178-6
29. YALOM, Irvin D. *Pohled do slunce*. 1.vyd. Praha: Portál, 2008, 208 s. ISBN 978-80-7367-376-5

### Internetové zdroje

- <http://www.asociacehospicu.cz/o-asociaci/clenove/> [cit. 13. 05. 2012]
- <http://www.asociacehospicu.cz/nase-projekty/standardy-kvality/> [cit. 13.05.2012]
- <http://www.cestadomu.cz/res/data/028/003426.pdf> [cit. 13. 05. 2012]
- <http://www.hospice.cz/wp-content/uploads/oldhosp/pece.htm> [cit. 17. 05. 2012]
- <http://www.hospice.cz/adresar-hospicu/> [cit. 20. 05. 2012]
- <http://www.cestadomu.cz/priprava-dobrovolnika.html> [cit. 20. 05. 2012]
- <http://www.dlbsh.cz/index.php?page=26&podpage=28&podpageage=&akce=1> [cit. 20. 05. 2012]

## **ANOTACE**

Autorka v diplomové práci přibližuje problematiku hospicové péče v České republice. Zhodnocuje především význam této péče pro potřebné a jejich rodiny.

V úvodních kapitolách seznamuje čtenáře s historií hospicové péče, s jejími formami, legislativou a s hospicovou péčí v praxi. Dále zaměřuje pozornost na objasnění důležitých pojmů, které se vztahují k praktickému využití hospicové péče, jako je paliativní medicína, dobrovolnictví, doprovázení, spirituální péče a práce s rodinou umírajícího.

V potřebném rozsahu jsou přiblížena specifika a úskalí vzdělávání a přípravy provázejících v hospici. Autorka zmiňuje hodnotovou orientaci a postoje provázejících.

Prostřednictvím studia dokumentace jsou čtenáři podrobně seznámeni s termíny umírání a smrt. Současně podává náhled na možnosti terapie, konkrétně existenciální analýzy a logoterapie.

V závěru práce autorka vyzdvihuje potřebu rozšiřování hospicové péče v České republice.

### **Klíčová slova:**

Hospic, paliativní medicína, dobrovolnictví, provázení, rodina, umírání, smrt, existenciální analýza, logoterapie.



## **ABSTRACT**

The author of this diploma thesis describes the issue of hospice care in the Czech Republic.

Especially evaluates the importance of care for the needy and their families.

In the opening chapters concentrates on the history of hospice care, with its forms, legislation and hospice care in practice. It also focuses on clarifying important concepts that relate to the practical use of hospice care, such as palliative medicine, volunteering, accompanying, spiritual care and work with families dying.

To the extent necessary are zoomed specifics and difficulties of education and training of accompanying in a hospice. The author mentions the value orientation and attitudes of accompanying.

Through studies documentation readers are introduced in depth with the terms of dying and death. At the same time gives insight into the possibilities of therapy, namely existential analysis and logotherapy.

In conclusion, the author stresses the need for the dissemination of hospice care in the Czech Republic.

### **Keywords:**

Hospice, palliative medicine, volunteering, accompanying, family, dying, death, existential analysis, logotherapy.