Univerzita Karlova v Praze
Fakulta humanitních studií

Martina Štýbrová

Bakalářská práce

Dobrovolníci v hospici v kontextu jejich životního příběhu

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Eliška Pincová
Praha 2011

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně. Všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány. Práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 19.12.2011 .....

podpis

Děkuji Mgr. Elišce Pincové, za odborné vedení a cenné rady a připomínky při zpracování této bakalářské práce. Velké poděkování patří pracovníkům Čerčanského hospice a všem dobrovolníkům, kteří mi pomáhali při realizaci výzkumu.
Praha 2011

OBSAH

1. Úvod ... 4
2. Cíle práce ... 4
3. Teoretická část ... 5
3.1. Dobrá vůle jako konstitutivní prvek lidské společnosti ... 5
3.1.2. Dobrovolnictví ... 5
3.1.3. Kdo je dobrovolník? ... 6
3.1.4. Historie dobrovolnictví v ČR ... 8
3.1.5. Formy a oblasti dobrovolnictví ... 9
3.1.6. Management dobrovolnictví a supervize ... 9
3.1.7. Motivace dobrovolníků ... 11
3.1.8. Prosociální chování ... 15
3.2. Stáří, umírání, smrt ... 19
3.2.2. Paliativní péče a hospice ... 25
3.2.3. Hospice ... 28
3.2.4. Pojem „dobrá smrt“ a proměny jejího chápání ... 35
3.2.5. Život v lidské společnosti ... 39
4. Praktická část ... 51
4.1. Výzkumný projekt ... 51
4.2. Hodnocení kvality výzkumu a etika výzkumu ... 52
4.3. Respondenti a jejich dobrovolnická činnost ... 52
4.4. Výsledky výzkumu ... 54
5. Závěr ... 60
Literatura ... 61
Elektronické zdroje ... 63
Přílohy ... **Chyba! Záložka není definována.**
1. Příloha: Informovaný souhlas ... **Chyba! Záložka není definována.**
2. Příloha: Jak vzniká hospic aneb Hospic v Čerčanech ... **Chyba! Záložka není definována.**
3. Příloha: Evropský rok dobrovolnictví 2011 ... **Chyba! Záložka není definována.**
4. Příloha: Všeobecná deklarace o dobrovolnictví ... **Chyba! Záložka není definována.**
5. Příloha: Charta práv umírajících ... **Chyba! Záložka není definována.**

„Lidé se bojí smrti, jako se děti bojí vejít do tmy; a jako tento pochopitelný dětský strach narůstá tajemnými báchorkami, tak je tomu i s dospělými. Uvažovat o smrti jako o odplatě za hříchy a o pouti na onen svět je jistě svaté a zbožné; ale bát se ji jako daně, kterou splácíme přírodě, je hloupé. Je stejně přirozené zemřít jako se narodit.“[1]

1. Úvod

Ve své bakalářské práci se zajímám o dobrovolnictví v hospici. V rámci tohoto tématu se snažím podat ucelený pohled na dobrovolnictví v České republice, přiblížit čtenáři, co je to paliativní péče a co si může představit pod pojmem hospic. Ukazuji, jak se během staletí proměnily postoje ke smrti a umírání a proč je pro nás péče o druhého tak důležitá a jak se uplatňuje právě při doprovázení nevyléčitelně nemocných. To vše doplňuji vlastním výzkumem mezi dobrovolníky působícími v hospici.

Téma jsem si vybrala z důvodu osobního zájmu o dobrovolnictví. Sama se jako dobrovolník již několik let angažuji. I když musím přiznat, že jsem dosud vždy pracovala spíše v sociální oblasti a s dětmi. Oblast hospice mi tedy byla cizí, avšak to jen zvyšovalo moji zvídavost. K tématu jsem se začala pomalu přibližovat po smrti mého dědy, lékaře, který dlouhou dobu umíral na rakovinu. Myslím, že pozorování jeho trápení (a nejen jeho) k závěru jeho života mě přivedlo k myšlenkám, zda to nejde i jinak. Tato práce je pro mě tedy takovým osobním průzkumem o jiném způsobu umírání propojeným s mou „*láskou*“ - dobrovolnictvím. Neboť možnost osobně se angažovat ve prospěch dobré věci mi přináší vnitřní uspokojení a smysl života.

2. Cíle práce

Cílem této práce je na základě relevantní literatury poskytnout pohled na oblast dobrovolnictví ve specifické zdravotnické oblasti hospice. V první části podávám výklad o situaci dobrovolnictví v České republice, dále se snažím objasnit, jaké motivy mohou stát za činností dobrovolníka. V druhé části práce se zaměřuji na problematiku umírání a smrti, podávám stručný přehled vývoje chápání a přijímání smrti v minulosti a dnes. Snažím se jasně popsat, co je to paliativní péče a hospic, což propojuji s tématem péče o druhého jakožto přirozeným a univerzálním lidským rysem, který je pro společnost významným atributem.

[1] F.Bacon, 1985, str.9-10.

Různorodá témata propojená dohromady neviditelnou nití péče o druhého uzavírám ve výzkumné části práce, kde popisuji svůj vlastní výzkum mezi dobrovolníky v hospici.

Jak jsem již zmínila, ve své výzkumné práci se zabývám problematikou dobrovolnictví v hospici. Hlavní výzkumnou otázkou je: *Kdo je dobrovolník v hospici v kontextu jeho životního příběhu?* Mezi specifické výzkumné otázky patří:

- *Zda se dobrovolnictví v hospici zakládá na jeho životním příběhu a jak?*
- *Co motivuje jedince k práci dobrovolníka?*
- *Jak hodnotí přínos přípravného kurzu vzhledem k jejich budoucí činnosti?*

Porozumění širšímu příběhu dobrovolníka v hospici může pomoci zkvalitnit jejich následnou edukační činnost a supervizi. V následující práci budu používat kvalitativní metodu výzkumu a s vybranými jedinci uskutečním rozhovor, který se bude dotýkat těchto výzkumných otázek.

3. Teoretická část

3.1. Dobrá vůle jako konstitutivní prvek lidské společnosti.

3.1.2. Dobrovolnictví

Než se začneme zabývat specifickými oblastmi dobrovolnictví, jako je motivace dobrovolníka, formy dobrovolnictví apod., uveďme na začátek několik obecných informací o občanské společnosti a situaci dobrovolnictví v České republice.

Občanský sektor vyplňuje prostor mezi státem, rodinou a trhem. Často jsou v něm naplňovány nepokryté potřeby obyvatel. Můžeme rozlišit *formální občanskou společnost* (spolky, nadace, veřejně prospěšné společnosti, školy aj), *neformální občanskou společnost* (veřejná shromáždění, demonstrace aj.), ale také *neviditelnou občanskou společnost* (zvyky, hodnoty) či *neobčanskou společnost* (extrémistické a xenofobní skupiny).[2] Organizace občanské společnosti podporují sounáležitost občanů, umožňují aktivně se podílet na veřejných záležitostech a celkově vytváří pozitivnější atmosféru ve společnosti.

Studie o občanské společnosti v ČR z roku 2004 ze *Střediska empirických výzkumů* uvádí, že nezbytnými předpoklady pro správné fungování neziskových organizací jsou nejen funkční demokratické principy, ale také „*angažovaní a společensky zodpovědní občané, kteří jsou otevřeni přicházejícím podnětům a kulturám*“.[3] Ačkoliv v naší společnosti stále přetrvává

[2] Skovajsa, 2010.

[3] STEM Občanská společnost 2004, str. 4, dostupné on-line z www.nros.cz/programynros/.../stem_obcanska_spolecnost_2004.pdf , staženo dne: 3. 4. 2011.

nedůvěra, v posledních letech se pohled na neziskové organizace zlepšuje a přisuzuje se jim větší důležitost než dříve.

Šetření z roku 2004 ukázalo, že k členství v nějaké nestátní neziskové organizaci (NNO) se přihlásilo 47 % obyvatel (o 18 % více než v roce 2000). Členové neziskových organizací působí nejčastěji ve sportovních organizacích (16 %) a v odborech (13 %), následují organizace zahrádkářů a pěstitelů (6 %), sbor dobrovolných hasičů (6 %), náboženské a duchovní organizace (6 %), organizace rybářů (5 %) a studentské a rodičovské organizace (4 %). Na členství v neziskových organizacích má významnější vliv příjem, zařazení do společenské vrstvy, vzdělání a velikost obce. Členy neziskových organizací často tvoří lidé řadící se do vyšší střední vrstvy s průměrnými a vyššími měsíčními příjmy. A obráceně lidé z dolních vrstev, s nízkými příjmy, se základním vzděláním a osoby žijící ve velkých městech patří častěji do skupin osob, které se k členství ani v jedné z neziskových organizací nehlásí. Mezi přívrženci ODS a KDU-ČSL nalezneme nejvyšší podíl členů NNO, nejnižší podíl členů NNO nacházíme mezi stoupenci KSČM.[4] Časové rozmezí dobrovolnické práce se pohybuje u poloviny dobrovolníků kolem 5 hodin za měsíc, 13 % jedinců věnovali dobrovolné práci od 15 do 49 hodin za měsíc. Mezi postoji obyvatel k dobrovolnictví se projevuje přesvědčení, že dokázal-li by stát plnit všechny své povinnosti, nebylo by dobrovolníků potřeba (67 % obyvatel). Práce dobrovolníků je však vnímána pozitivněji než v předchozích letech, podíl lidí, kteří se na dobrovolnictví dívají s určitým despektem, poklesl o 8 % oproti roku 2000 (dnes 26 % lidí, v roce 2000 to bylo 34 %). Mezi nejčastější důvody neochoty pracovat jako dobrovolník patří: u 73 % lidí nedostatek času, dále nedostatek informací o možnostech dobrovolné práce. Rovněž necelé dvě třetiny (64 %) respondentů deklarují jako důvod neochoty dobrovolně pracovat nedůvěru k neziskovým organizacím, které dobrovolníky zaměstnávají. Přes polovinu potenciálních dobrovolníků uvádí nedostatek vhodných příležitostí dobrovolně pracovat (54 %).[5]

3.1.3. Kdo je dobrovolník?

Začněme s tím, kdo je to vlastně dobrovolník. Tošner a Sozanská jej definují jako „*člověka, který bez nároku na finanční odměnu poskytuje svůj čas, svoji energii, vědomosti a dovednosti ve prospěch ostatních lidí či společnosti. Svobodně a dobrovolně zvolená aktivita a pomoc jsou tím, co činí z dobrovolníka nositele procesu změn ve společnosti. Jeho tvořivá energie je silou, která pomáhá hledat a otvírat zdroje a možnosti nových řešení. Tím se stává mostem*

[4] STEM Občanská společnost 2004, str. 14-15.
[5] STEM Občanská společnost 2004, str. 24.

v procesu spolupráce mezi státem, komerčním sektorem a sektorem neziskovým.“ (Tošner, Sozanská, 2002, str. 35-36). Dobrovolnictví je pak „*svobodně zvolená činnost, konaná ve prospěch druhých bez nároku na odměnu. Dobrovolník dává část svého času, energie a schopností ve prospěch činnosti, která je časově i obsahově vymezena. Dobročinnost provází člověka od nepaměti jako jedna z důležitých občanských ctností, která v našem ‚západním‘ světě má kořeny v křesťanské morálce.*“[6] Jedná se o tzv. „milosrdenství“ neboli převedení křesťanské „lásky k bližnímu“ do roviny praktické pomoci člověku v nouzi a utrpení, které nabývá různých podob, a které se vyvinulo v druh společenské konvence bohatších společenských vrstev. (Petrusek, Winkler, 1997) Neboť jak říká Sokol, křesťanská představa lásky (*charitas)*, která není vedena mým zájmem a mými potřebami, ale řídí se a podřizuje se dobru toho, o koho pečuji, se ukazuje právě v přijetí závazku péče o druhého. (Sokol, 2002, str. 104). To je velmi důležité si uvědomit, neboť poskytovaná pomoc, zvláště ve zdravotnickém zařízení, by měla mít v prvé řadě na srdci blaho klienta. V naší kulturní oblasti je to zvláště křesťanství, které formovalo a formuje hodnoty lidí a jejich vztahy k ostatním. Milosrdenství dalo vzniknout i mnoha sociálním institucím pomáhajících lidem v obtížných životních situacích. Péče o druhého, jak nám dále ukáže Frans de Waal (2006), je člověku dána nejen jeho kulturou, ale je v člověku již biologicky zakódovaná. Tím chce říci, že existují jistá přirozená pravidla, která se vyvinula během evoluce a morální pravidla, která jsou již naším výtvorem, je buď potvrzují, anebo potlačují. Můžeme tedy říci, že podobně jako existuje jistá jazyková kapacita, existuje i morální kapacita, jejíž specifickou soustavu si vtiskujeme.

Petrusek je toho názoru, že vypjatý individualismus, touha po společenském sebeuplatnění, podmínky pracovní a kariérové konkurence vedou v moderní době nejen k izolaci uprostřed intenzivně komunikujícího sociálního světa, k pocitu odcizení, ale i ke ztrátě schopnosti milosrdenství. (Petrusek, Winkler, 1997) S tímto názorem však rozhodně nelze souhlasit, neboť podíváme-li se kolem sebe, nalezneme mnoho příkladů odcizení, ale i projevů lásky k druhému. A dovolím si tvrdit, že je jí stejně ne-li více jak v dřívější době. Jde akorát o to vytvářet příležitosti, kde se dá láska a starost o druhého či pouhý kontakt s druhým člověkem uplatnit.

Ptáme-li se, kdo se věnuje dobrovolné činnosti, zda existuje určitá specifická skupina lidí, kteří se takto angažují, Tošner a Sozanská nás vyvádí z omylu. V zemích bez přerušené tradice dobrovolnictví najdeme mezi dobrovolníky všechny věkové i profesní kategorie.

[6] Staženo z http://www.dobrovolnik.cz/d_coje.shtml , dne: 28. 12. 2010.

Ačkoliv ve velkých českých městech tvoří polovinu dobrovolníků už i zaměstnaní lidé, a nejenom studenti, většina dobrovolníků je stále spíše mladších věkových kategorií, i když je nesporným faktem, že přibývá i mnoho aktivních důchodců a lidí všech profesí.[7]

3.1.4. Historie dobrovolnictví v ČR

Dobročinnost v českých zemích se rozvíjela zejména od 19. století, příkladem můžeme jmenovat *Hlávkovu nadaci*, spolek *Mánes* nebo *Sokol*. Za samostatného Československa došlo k dalšímu rozvoji, zde nám vznikají organizace jako *Československý červený kříž* či *Masarykova liga proti TBC*. S nástupem totalitních režimů dochází k omezení občanské společnosti, neboť pro ně představovala hrozbu. V roce 1951 dochází k proměně zákona z roku 1867 o právu spolčovacím,[8] v kterém byla stanovena pouze ohlašovací povinnost při zakládání spolku, v zákoně z roku 1951 je již ustanoveno povolovací řízení před národním výborem. I v této době se však najdou způsoby jak uniknout všudypřítomné moci, v oblasti šedé zóny vznikají zejména ekologické organizace jako *hnutí Brontosaurus* či Český *svaz ochránců přírody*, které vytváří prostor pro apolitickou činnost, i platformu pro odpůrce režimu. K proměně dochází až po roce 1989, kdy se obnovuje idea občanské společnosti, založená na spolupráci a vzájemné solidaritě. (Skovajsa, 2010, str. 52-58)

Je důležité si uvědomit, že dobrovolnictví je významné jak pro dobrovolníka, klienta, tak i pro společnost jako takovou, neboť pomáhá udržovat a posilovat lidské hodnoty, jako je sounáležitost, tolerance, zájem o druhé, aktivita občanů ve veřejné sféře, demokratické principy. Tošner a Sozanská následně doplňují, že se dá považovat za projev občanské zralosti, protože přináší konkrétní pomoc tomu, kdo ji potřebuje a zároveň poskytuje dobrovolníkovi pocit smysluplnosti, nové zkušenosti a obohacení v mezilidských vztazích.

---

[7] Například, v dobrovolnickém centru v Ústí nad Labem tvoří dobrovolnické spektrum: 125 žen, 19 mužů, 90 studentů, u ostatních se jedná o zaměstnance i nezaměstnané, 7 důchodců a 3 ženy na mateřské. (Beranová, 2001, in Tošner a Sozanská 2002, str. 44)

8 V rámci únorové ústavy z roku 1861 byly přijaty zákony spolčovací a shromažďovací 134 a 135/1867. Zákon spolkový 134/1867 rozlišoval spolky politické a nepolitické, policejní úřady sice nemohly dávat souhlas se založením spolku, mohly ale spolek zakazovat, pokud jeho založení odporovalo zákonu, právu, nebo bylo-li státu nebezpečné. Pokud se úřady ke vzniku spolku nevyjádřily, mohl začít fungovat, protože se mělo za to, že jej vzaly na vědomí. Rozhodování o vzniku spolku patřilo do kompetence zemského místodržitelství, konkrétní dohled pak okresním hejtmanům či policejním ředitelstvím. Těm musely spolky hlásit jména členů, oznamovat konání schůzí, politické úřady měly právo na ně vysílat zástupce. Rakouský právní řád vůbec neupravoval postavení politických stran, které existovaly pouze fakticky, nikoliv právně. Zatímco každý spolek byl právnickou osobou, mohl vystupovat jako nositel práva a povinností, nabývat vlastnictví, strana existovala jen de facto. *Zákon shromažďovacím 135/1867* dovoloval konat shromáždění, až na nepatrné výjimky muselo být každé shromáždění ohlášeno policii 3 dny předem. Policie měla právo vysílat na shromáždění zástupce a rozpouštět je. Staženo z http://ius.tulacek.eu/cech/zkouska/skupina-a/otazka-37 dne: 12. 5. 2011.

(Tošner, Sozanská, 2002, str. 18) Již A. de Tocqueville v díle *Demokracie v Americe* poukazuje na význam dobrovolnictví pro demokratickou společnost.

3.1.5. Formy a oblasti dobrovolnictví

Dobrovolnictví můžeme rozlišit na dvě formy: *dárcovství a dobrovolnictví*. Dárcovstvím rozumíme přispění věcným nebo peněžitým darem. Dobrovolnictví se dá dále rozlišit na *občanskou či sousedskou výpomoc*, na dobrovolnictví *vzájemně prospěšné* uplatňující se v rámci komunity v obci nebo sportovním klubu, a *veřejně prospěšné*, které se uplatňuje v neziskovém sektoru v dobrovolnických centrech. (Tošner, Sozanská, 2002, str. 36) Charakteristické oblasti dobrovolnictví jsou: ochrana životního prostředí, tyto organizace patří k nejlépe organizovaným a mají celostátní působnost. Příkladem *Hnutí DUHA, Greenpeace, Pražské a Jihočeské matky, Český svaz ochránců přírody*. Dále je to oblast humanitárních organizací a organizací na ochranu lidských práv vznikajících v České republice po roce 1989 a uplatňující se při konfliktech v Čečensku, na Balkáně, ale i v České republice jako při záplavách v roce 1997 či při práci s uprchlíky. Patří sem *Adra, Člověk v tísni, Český červený kříž, organizace Pro pomoc uprchlíkům*. Příkladem organizací pomáhajících s občanskými právy je *Český helsinský sbor* nebo *Bílý kruh bezpečí.*[9] Třetí oblastí je sociální a zdravotní oblast zastoupena organizacemi jako *Česká katolická charita, FOKUS*, různá zařízení pro seniory jako *Sue Ryder foundation, Život 90, Výbor dobré vůle – Nadace Olgy Havlové*, aj. Kulturní oblast můžeme charakterizovat organizacemi *Jazzová sekce, Art Fórum či Symposium*. V neposlední řadě zde jsou sportovní a vzdělávací činnosti nebo zahraniční dobrovolná služba, kde najdeme organizaci *Mládež pro Evropu* s programem *EVS, INEX* aj. (Tošner, Sozanská, 2002, 41-43).

3.1.6. Management dobrovolnictví a supervize

V posledních letech se objevuje nový fenomén, vznikají organizace i jednotlivci, kteří se dobrovolnictví věnují profesionálně. Tento fakt se výrazně projevil v roce 2001 s *Mezinárodním dnem dobrovolníků*. V roce 2011 proběhl dokonce *rok dobrovolnictví* neboli rok dobrovolných činností na podporu aktivního občanství, vyhlášený Evropskou unií.[10] S nárůstem oblastí a množství jedinců v dobrovolném sektoru se přirozeně vytvořil management dobrovolnictví. Pro existenci dobrovolnictví je důležité, aby se profesionalita a

[9] Tato organizace spolupracovala například na přípravě zákona *č. 135/2006 Sb. na ochranu před domácím násilím*, který umožňuje vykázání pachatele domácího násilí ze společně obývaného bytu či domu na dobu 10 dnů. Což jen poukazuje na význam organizací občanské společnosti, které mohou nejenom nabízet služby, které klient nenalézá u státu či na trhu, ale podílet se na moci a rozvířit veřejnou diskusi.

[10] Viz příloha č. 4.

cit vzájemně doplňovaly. Díky tomuto spojení je pak dobrovolnictví přínosné pro obě strany, jak pro organizaci, která s dobrovolníky spolupracuje, tak pro dobrovolníka, pro nějž je tato činnost zdrojem nových zkušeností, zážitků a osobního růstu. (Tošner, Sozanská, 2002, str. 23-36)

Zvláště pak u dobrovolnictví ve zdravotnictví[11] je nutné, aby bylo odborně vedeno. Jedinec zde vstupuje do uzavřené instituce, což může vyvolat pocit cizího prvku, nicméně dobrovolníci nejsou konkurenty zdravotnického personálu, ale jejich pomocníkem v oblasti naplňování lidských potřeb pacienta. (Novotný, Stará a kol., 2002) Dobrovolnictví je samo o sobě časově náročné, pokud se jedná o dobrovolnictví v hospici či jiném zdravotnickém zařízení, zvyšuje se psychická zátěž a také složitost koordinace činnosti, proto je nutná kvalitní příprava dobrovolníka a i následné pravidelné supervize.

Supervizí zde rozumíme bezpečnou, laskavou a obohacující zkušenost.[12] „*Jde o dohled kvalifikované osoby nad průběhem programu, který pomáhá zvýšit kvalitu pracovníků*“ (Matoušek, 2008, str. 218). Supervize je důležitou součástí oblasti profesního růstu. Původně byla součástí poradenství, psychoterapie a sociální práce, ale v posledních letech se pole její působnosti rozšířilo i do oblastí práce s lidmi (pomáhající profese, medicína, školství aj.). Supervizor je osoba pomáhající ať jedinci či skupině uvažovat o své vlastní práci a vztazích, nacházet nová řešení problematických situací.[13] Má tři základní funkce: *vzdělávací, podpůrnou a řídící*. (Matoušek, 2008, str. 218) Supervize je díky tzv. „dominovému efektu“ prospěšná nejen supervidovanému, ale především jeho klientům, žákům, zaměstnancům atd.[14]

Příprava dobrovolníků obsahuje dvě složky: *obecně dobrovolnickou a odbornou* dle jejich činnosti. (Tošner, Sozanská, 2002) Výcvik pomůže dobrovolníkovi lépe se zorientovat v zařízení a při prvním kontaktu s pacientem. Každý dobrovolník má právo být na svou činnost náležitě připraven, měl by znát všechny náležitosti i případná rizika. Cílem výcviku je obecně: dále prozkoumat motivaci dobrovolníků, seznámit je se základními pravidly, činnostmi a možnostmi, jejich právy a povinnostmi, vysvětlit dobrovolníkům smysl a cíl programu a supervize, probrat jejich obavy a v neposlední řadě stmelit celou skupinu. (Novotný, Stará a kol., 2002, str. 19-20) Jak dále uvádějí Tošner a Sozanská, dobře

[11] Například nemocnice je složitě strukturovaný mikrosvět se svými samostatnými zákony, provozem, obyvateli a zaměstnanci. Tento svět má svůj specificky uspořádaný prostor a své vůně, a také své zákonitosti fungování, své sítě komunikací, zkrátka svůj způsob života. I když je specifický, je z tohoto našeho světa, je jeho výtvorem a současně i naším zrcadlem. Je tedy v jistém smyslu obrazem toho, jak žijeme, co víme o světě, co si myslíme o svém těle, o svých nemocech, o jejich léčení. (Kapr, Koukola, 1998, str. 45)

[12] Staženo z http://www.supervize.eu/o-supervizi/co-je-supervize/ , dne: 3. 4. 2011.

[13] Ibidem

[14] Ibidem

připravený výcvik dává dobrovolníkovi pocit jistoty, že ví, k čemu se zavázal, obvykle se také jeho motivace prohloubí či nabude reálnější podoby. Díky výcviku se předejde možným nedorozuměním. (Novotný, Stará a kol., 2002, str. 21) Supervize je dle Novotného a Staré doporučovaná ve skupině, 1x-2x měsíčně v rozsahu 2 hodin. Přínosem supervize je podpora dobrovolníků, možnost sdílet zde své zážitky a také umožní předcházet konfliktům. Pokud supervize chybí, může způsobit odchod dobrovolníka nebo jeho ohrožení syndromem vyhoření. (Novotný, Stará a kol., 2002, str. 23) Jak vidíme, supervize by měla být nedílnou součástí dobrovolnictví v hospici, jelikož jedinci jsou zde ohroženi více než v jiných oblastech. Vytvoření blízké vazby s ostatními dobrovolníky a supervizorem, pravidelnou komunikací a sdílením zážitků může předejít zklamání, smutku, přílišného napojení se na klienta či jiné vnitřní krize, která by mohla vyvrcholit odchodem z programu a následnou rozmrzelostí nad nastalou situací.

3.1.7. Motivace dobrovolníků

Na tomto místě nám vyvstává otázka související s fenoménem dobrovolnictví: *Co motivuje jedince věnovat svůj volný čas činnosti, za kterou nedostane finanční ohodnocení?* Nejdříve si však vyjasněme pojem motivace. Slovo pochází z latinského *motus* neboli pohyb. (Sokol, 2007, str. 340) Zvolila jsem pojetí S. Kassina, který definuje motivaci jako „*vnitřní stav dodávající jedinci energii, aby mohl pokračovat na cestě za dosažením cíle*“. (Kassin, 2007, str. 429) Dále ji rozděluje na *vnější a vnitřní.* Zatímco *vnější motivace* je touha angažovat se v nějaké činnosti kvůli penězům, uznání či jiným konkrétním odměnám, *vnitřní motivace* je vnitřní puzení motivující jedince bez přítomnosti vnější odměny nebo trestu. Jde o činnosti, které nás baví, zajímají nás apod. Vnitřní motivace může zaniknout, pokud za tuto činnost začne jedinec dostávat peníze, které mu jsou po nějaké době zase odepřeny. (Kassin, 2007, str. 429-430) Vnitřní motivace nám tak trochu osvětluje, proč se lidé věnují dobrovolnictví. Nesmíme však opomenout fakt, že dobrovolníci za svou činnost často jistý druh odměny očekávají, může jít například o uznání, zpětnou vazbu, prostor pro sebeuplatnění, nové vztahy či kontakty, zábavu nebo praxi apod.

Nyní se dostaneme ke studii, která svými výsledky byla pro můj výzkum inspirující. Jedná se o výzkum dárcovství a dobrovolnictví realizovaný Nadací rozvoje občanské společnosti (NROS), Agenturou neziskového sektoru (AGNES) a Agenturou STEM ve spolupráci s nadací VIA a občanským sdružením HESTIA probíhající mezi roky 1999 -2000 v České republice. Tento výzkum rozlišil tři základní motivy k dobrovolnictví:

- *Konvenční či normativní motivaci*: tento druh motivace najdeme u 41 % českých dobrovolníků. Jedinec se stává dobrovolníkem kvůli morálním normám, je zde patrný jak vliv očekávání a vzorce chování v kruhu rodiny a známých, tak morální imperativ širšího společenství. Tito jedinci mají sklon v rozhodování preferovat své náboženské přesvědčení. Motivace se v tomto případě opírá o principy křesťanské morálky a představy o správném způsobu života příslušné vrstvy obyvatel. Dobrovolníkem se jednoduše stávají proto, že se to sluší a patří. Jde zejména o jedince ve věku nad 60 let a věřící.

- *Reciproční motivaci*: nalezneme u 37 % dobrovolníků. Jedinec hledá v práci prvky užitečné i pro něj samotného, jedná se o spojení dobra pro jiné a prospěch pro něj samotného. Typický je zájem o získání nových zkušeností, navazování nových vztahů, snaha uplatnit svoje schopnosti a udržovat se v kondici. Reciproční motivaci najdeme zejména u mladých dobrovolníků do 30 let, většinou se jedná o ateisty.

- *Nerozvinutá motivace*: je charakteristická pro 23 % dobrovolníků. Je omezená na soubor prvků, které vytvářejí základní prostor pro jejich rozhodování. Mezi tyto prvky patří např. důvěra v organizaci, pro niž by měl jedinec pracovat, přesvědčení o smysluplnosti dobrovolnictví v konkrétním případě a pocit, že se skrz dobrovolnictví může podílet na šíření dobré myšlenky. Nalezneme zde zejména vysokoškoláky a osoby střední a starší generace ve věku 46-60 let, (Frič a kol., 2001, in Tošner, Sozanská 2002, str. 46-47).

Dále bych chtěla zmínit studii Kateřiny Životské, která se dotýká výzkumem motivací dobrovolníků ve zdravotnictví mého tématu.[15] Ve své práci uvádí jako nejčastější důvody vedoucí k angažovanosti v oblasti zdravotnictví, mezi nemocnými a umírajícími klienty, že dotázaný chce zpříjemňovat pobyt nemocným a pečovat o ně, pomáhat, být užitečný, dále využít volný čas, nebo že se jedná o oblast, ve které se chce realizovat apod. Na otázku, co jim práce dobrovolníka přináší, lze souhrnně odpovědět: *činnost dobrovolníka obohacuje, naplňuje novými zkušenostmi, dává mu pocit, že může pomáhat lidem (jako člověk je prospěšný).* (Životská, 2006, str. 6). Dále chci uvést výzkum P. Friče (2001, in Novotný, Stará

[15] K. Životská ve svém příspěvku analyzovala pomocí dotazníků skupinu 18 žen, 2 mužů, nejvíce se zde objevilo mladých dobrovolníků do 30 let (15), dále pak lidé v důchodu (4). Většina z nich se dobrovolnictví věnuje 1-2 roky a nemá předchozí zkušenosti s dobrovolnictvím. Kateřina Životská, *Dobrovolnictví jako motivace k celoživotnímu učení*, 2006, dostupné on-line z http://www.kpg.zcu.cz/capv/HTML/157/default.htm , staženo dne: 28. 12. 2010.

a kol., 2002), z kterého vyplývá, že pro 95 % dobrovolníků je motivací smysluplná práce, 77 % jejich činnost posiluje sebevědomí, 71 % takto vyplňuje svůj volný čas. Obdobné motivy uvádí i Urbanová (2001, in Životská, 2006) nebo Jana Zifčáková, která se taktéž zabývala motivací dobrovolníků. Nejčastější motivací byla *pomoc druhému člověku nebo tam, kde je to potřeba, získání zkušeností pro budoucí život nebo zkušenosti pro praxi, osobní pocit, že by měl člověk společnosti něco vrátit, méně často se pak objevil motiv smysluplného trávení volného času nebo seznámení se s novými lidmi.* (Zifčáková, 2010, str. 58).[16] Motivace dobrovolníků je ovlivněna společenskými podmínkami, jako je tradice, společenské ocenění či legislativní zázemí, nebo ekonomickými podmínkami země, například nezaměstnaností. (Mrázová, 2005, in Životská, 2006, str. 7) Jak jsme viděli, motivy dobrovolníků často souvisí s vlastním rozvojem a poznáním, což jen potvrzuje Urbanová, která mezi důvody zájemců o výcvik dobrovolníků v domovech seniorů uvádí: *porozumět myšlení a vnímání starých lidí, vyslechnout životní příběhy, předávat si zkušenosti mezi generacemi, seznámit se s prevencí stárnutí apod*. (Urbanová, 2001, in Životská, 2006, str. 9).

Existují i nevhodné motivy vedoucí člověka angažovat se jako dobrovolník, které by však měly být odhaleny před započetím činnosti. Jedná se o soucit vedoucí k degradaci klienta, nepřiměřená a zbytečná zvědavost, služba z pocitu povinnosti, „skutkaření“, snaha si něco zasloužit, touha po obětování se, osamělost a touha po přátelství, nedostatek sebeúcty a touha najít lidi ještě ubožejší, panovačnost a touha ovládat ostatní. (Vitoušová, 1998, in Tošner, Sozanská, 2002, str. 45-46)

Další zajímavou studií, která je svým zaměřením mé práci velmi blízká, je článek Terezy Pospíšilové *Dobrovolnictví v kontextu životní dráhy dobrovolníků.*[17] Používá koncept životní dráhy pro porozumění dobrovolnictví v lidském životě a předpokládá, že každá životní etapa staví člověka do určitých rolí a že s nimi souvisí určité typy činností, očekávání a povinností, které potom ovlivňují možnost věnovat se dobrovolné práci. Dalším podstatným rysem je, že se perspektiva životní dráhy zaměřuje na lidský život jako na celek, nebo přinejmenším na některé jeho navazující období. Autorka zmiňuje autory Dekkera a Halmana, kteří uvádějí, že v definicích dobrovolnictví nalézáme tři společné prvky: *je nepovinné, je neplacené, je ve*

---

[16] Bc. Jana Zifčáková, DiS*, Motivace k dobrovolnictví v organizaci Charita*, 2010, dostupné on-line z http://is.muni.cz/th/252227/pedf_b/?lang=en , staženo dne: 28. 12. 2010.
Jana Zifčáková se ve své bakalářské práci zajímající o motivaci dobrovolníků v organizaci Charita ve Znojmě, ve své práci zkoumala 6 dobrovolníků od 16-22 let.

[17] Studie vznikla za podpory FHS. Předkládaný článek v periodiku *Lidé města* je součástí mezinárodního projektu *The Patterns and Values of Volunteering* (červen 2009 - prosinec 2010), který vedlo Národní dobrovolnické centrum *Hestia* a na kterém se mj. podílí Katedra studií občanské společnosti FHS UK. Pospíšilová, T., Lidé města 12, 2010, 1. Dostupné on-line z http://lidemesta.cz/index.php?id=676 , staženo dne: 2. 2. 2011.

prospěch druhých. (Dekker, Halman 2003, in Pospíšilová, 2010) Penner sám definuje formální dobrovolnictví jako „*dlouhodobé, plánované a svobodně zvolené prosociální chování, které je bez nároku na odměnu a ve prospěch cizích druhých osob a které se odehrává v kontextu organizace*“ (Penner 2002, in Pospíšilová, 2010). Dobrovolná práce dle Pennera nezahrnuje práci pro rodinu či přátelé, protože taková pomoc v sobě skrývá prvek reciprocity, pocit povinnosti a je vedena láskou, tudíž není svobodně zvolená. (Penner 2002, in Pospíšilová, 2010)

Souhrnně lze říci, že dobrovolnictví je ve vyprávění definováno jako činnost v čase, která je mimo sféru nutné povinnosti (hlavně mimo zaměstnání). Ačkoliv je dobrovolnictví bráno jako volnočasová aktivita, některé jeho formy jsou vnímány jako velmi závažné a zavazující. Odpovědnost zde pak odlišuje dobrovolnou činnost od libovolné činnosti, dělané „*jak se mi hodí*“. Struktura času jednotlivce (kolik má času pro vlastní zájmy, kolik času mu zabere práce, příprava na zaměstnání, studium, domácnost apod.) záleží spíše na jeho subjektivním vnímání a uspořádání, což zase souvisí s životní etapou jedince. Objevily se tři životní období, která ve vztahu k dobrovolnictví hrála významnou roli: *mládí/doba studií; děti/rodina; a důchodový věk*. Období studií a doba v důchodu se odlišují (zejména od života v zaměstnání a s malými dětmi) relativním dostatkem času. V životě žen hraje péče o děti významnou roli, právě ony určují časový režim matky, mohou omezovat, ale i podporovat matku k dobrovolné činnosti. Dobrovolníci vlastně popírají, že čas stojí peníze. Autorka zavádí pojem *rodinná ekonomika*, někteří respondenti totiž dávali dobrovolnou činnost do přímého vztahu k dělbě práce v rodině. Dá se říci, že dobrovolná činnost je záležitostí celé rodiny, protože *rodinná ekonomika* může poskytovat některým členům rodiny pro dobrovolnou činnost prostor. (Pospíšilová, 2010)

Zaměstnání je bráno jako protipól dobrovolnictví, nicméně oba mají dosti společného: jednak obsahové souvislosti jako společné téma nebo vzájemné uplatnění získaných zkušenosti, znalostí a dovednosti a jednak souvislosti z propojené sociální sítě, což znamená, že zaměstnání a dobrovolná činnost sdílí kontakty nebo že sociální postavení v jedné oblasti se odráží v oblasti druhé. Na jedné straně může dobrovolná činnost přímo vést k zaměstnání nebo v něj přerůst.[18] Tyto souvislosti přitom hrají roli i tehdy, když člověk přechází z jedné životní etapy do druhé; sítě a znalosti, které člověk získal, formují a umožňují jeho či její další možnosti. Vidíme, že dobrovolná činnost je kontinuální součástí života dobrovolníka. (Pospíšilová, 2010)

[18] Polovina dobrovolníků z výzkumu Terezy Pospíšilové má své současné zaměstnání právě v nestátním neziskovém sektoru.

Její zjištění o významu životní etapy vzhledem k dobrovolnictví podporuje studie STEM 2004, o které jsem se již zmínila výše: nejčastější důvod, proč se lidé nevěnují dobrovolné práci, je nedostatek času, což může být způsobeno skutečností, že v postkomunistických zemích jsou lidé velmi pracovně vytížení.[19]

3.1.8. Prosociální chování

Už výše jsem se zajímala, co motivuje jedince k dobrovolné činnosti. Nyní se však na problematiku pomáhání druhým podívejme hlouběji. Neboť pomáhající chování, jak dále uvidíme, určuje náš zájem o druhé a je nedílnou součástí společnosti.

Prosociální chování je často považováno za synonymum ke slovu altruismus (Nakonečný, 1997). Já tyto pojmy budu také považovat za rovnocenné. J. Jandourek (2007) definuje altruismus jako *formy myšlení, cítění a jednání vedené nezištností a láskou k bližnímu, přičemž vlastní zájmy mohou výrazně ustupovat do pozadí.* Altruismus je tak opakem egoismu.[20] E. Staub uvádí Leedsovy znaky altruistického chování: *jednání má účel samo v sobě a není zaměřeno na vlastní zisk, jednání je prováděno dobrovolně a způsobuje dobro*. Jde tedy o jednání orientované na prospěch druhých lidí bez přímých zisků pro jeho vykonavatele. Altruistické jednání úzce souvisí s osobní morálkou, která jej motivuje. Altruismus může být brán jako regulátor společenského života, protože svou orientací na druhé přispívá k přežití sociální skupiny i jedinců. Vysvětlení tohoto chování jsou různá, např. pomocí rysů osobnosti, jako je „mateřskost“, nebo konceptem „altruistická osobnost“. (Nakonečný, 1999, str. 105-110) Já se přikláním k vysvětlení J. Reykowského, který jej vysvětluje tak, že *člověk takto činí pro vnitřní satisfakci, realizaci hodnot, který daný jedinec považuje za životně významné v rámci svého vnitřního systému hodnot … a toto jednání mu pak přináší duchovní uspokojení*. (Nakonečný, 1997, str. 245-246)

V sociologickém slovníku J. Jandourka (2007) můžeme dále najít stručný přehled vývoje nahlížení na altruismus v dějinách. Altruismus má ústřední význam v náboženských naukách, které dávají konkrétní pokyny jak ho v praktickém životě realizovat. Pojem zavedl A. Comte jako součást svého „náboženství humanismu“. Kritický postoj k altruismu jako slabosti přinesl F. Nietzsche. Dle Durkheima se altruismus a egoismus v životě doplňují. Sociobiologie E. O. Wilsona hovoří o altruismus *tvrdého* a *měkkého jádra*. První je formou chování vyznačující se iracionálním impulzem jednostranně zaměřeným na jiné lidi.

[19] V ČR v průměru odpracují lidé o pět hodin týdně víc než ve Velké Británii a o sedm hodin víc než v Norsku. (Dudová 2007, in Tereza Pospíšilová, 2010)

[20] Altruismus je některými vědci brán jako důsledek trestání za projevy egocentrismu: chování týkající se vlastního uspokojení je přenášeno na rodinu, přátelé, spoluobčany aj. (Nakonečný, 1998, str. 263-264).

Vykonavatel tvrdého altruismu nevyžaduje žádnou zpětnou odezvu, je to soubor reakcí nedotčený společenskou odměnou nebo trestem. Slouží blízkým příbuzným a vyvinul se pravděpodobně příbuzenským nebo přírodním výběrem. Dle Wilsona je altruismus *tvrdého jádra* nepřítelem civilizace, protože protěžování vlastních příbuzných nebo kmene omezuje rozsah souladu. Zato altruismus druhého typu je svrchovaně sobecký a schopnost k němu se vyvinula vědomým výběrem jednotlivců. Wilson dále poukazuje na roli sebeklamu, protože altruista si sice připadá nezištný, ale ve skutečnosti vždy očekává odměnu, i kdyby to byla odměna v posmrtném životě.

Jiný pohled na altruismu poskytuje *teorie her*, která ukazuje, že z dlouhodobého hlediska je kooperace mezi lidmi výhodnější než podvod. Biolog J. Maynard-Smith soudí, že evoluce nepodporuje instinkty, které vedou k okamžitému uspokojení zájmu na úkor druhého. (Jandourek, 2007, str. 20)

Kde se tedy altruismus vzal? Je v nás geneticky dán nebo byl „vynucen“ společenstvím pro lepší přežití jejich členů? Podívejme se na některá socio-biologická vysvětlení od F. de Waala nebo J. Zrzavého.

Oba se shodují v tom, že altruismus neboli schopnost pomáhat druhým za cenu vlastní ztráty nebo rizika je rozšířen mezi organismy žijícími v nějakém společenství, nejčastěji můžeme altruistický čin vidět mezi rodiči a jejich potomky. (Zrzavý, Storch, Mikulka, 2004) Frans de Waal takto poukazuje na to, že v lidských vztazích můžeme jasně nalézt prvky rodičovské péče, projevující se například jako zdrobněliny, polibek, vysoké tóny hlasu, jsou-li pak opravdu meziosobní vazby kořenem pomáhajícího chování, musí tedy pramenit z rodičovského chování. (de Waal, 2006, str. 55-57) V lidském altruismu se uplatňuje nejen *kooperace založená na vzájemné reciprocitě,* ale i *příbuzenská selekce*. Složitá lidská společnost zahrnuje ještě třetí prvek, a to vysokou *sociální prestiž* těch, kdo se chovají „správně“ a ostrakizaci těch, kdo se chovají „špatně“. (Zrzavý, Storch, Mikulka, 2004) Trochu podobnou myšlenku můžeme nalézt i u Jana Sokola (2007), který zmiňuje, že člověk dokáže jednat nejenom ve svůj prospěch, ale i ve prospěch skupiny, umí se obětovat. Avšak nesmíme zapomínat, že hrdinství se vždy těšilo úctě a pojí se s ním jistá privilegia. Sokol zde také zdůrazňuje, že celkové privilegované postavení člověka ve světě není dáno jen díky jeho zvláštním možnostem a schopnostem, ale tím, že člověk nejedná jen pro sebe, ale že myslí a koná i pro druhé a dokonce i pro přírodu a svět.

Vidíme, jak si lidské společenství vytváří své vlastní přirozené mechanismy zaručující mu přežití a harmonii. Pokrok tak není dán pouze technickými a vědeckými objevy. Tato

myšlenka jasně ukazuje, jak důležité je pomáhající chování (přeneseně i dobrovolnictví) pro naši civilizaci a že pokrok společnosti nejsou pouze výsledky technických inovací.

Lidské pomáhání je založeno na spojení racionálních, emocionálních a fyziologických procesů. Schopnost pomáhat je charakteristická pro všechna kooperující zvířata, myšlení se pak uplatňuje spíše při zaměření pomoci (určuje, co dělat). (de Waal, 2006, str. 55-57)[21] Mezi základní teorie, vysvětlující proč si lidé mohou pomáhat, patří teorie příbuzenské selekce nebo teorie reciprocity. Hamiltonova teorie *příbuzenské selekce* mluví o tom, že můžeme pomáhat svým příbuzným na svůj úkor, pokud pomoc povede ke zvýšenému přežívání a rozmnožování příbuzných. Teorie *reciprocního altruismu* pochází od Roberta Traverse a oblast dopadu pomáhání rozšiřuje i na nepříbuzné. Altruistické chování, na které jedinec z krátkodobého hlediska doplácí, může v delším výhledu přinášet výhody, pokud příjemce altruismu poskytovanou službu vrátí, neboli ve zkratce „kdo dává, dostane“. Reciproční altruismus má tři charakteristiky: za prvé *jednání prospívá příjemci, ale poskytovatele něco stojí*, za druhé *mezi poskytnutím služby a přijetím protislužby je časová prodleva* a za třetí *poskytování služby je závislé na tom, zda jedinec službu také dostává.* (de Waal, 2006, str. 34) Obsahuje riziko, závisí na důvěře a požaduje, aby jedinec neposkytující protislužby byl ostatními potrestán. Mezi nutné podmínky reciprocního altruismu tak patří stálé vztahy a dobrá paměť, tedy výsady primátů a lidí. (de Waal, 2006, str. 34) Na podporu reciprocního altruismu Frans de Waal zmiňuje Kropotkinův *komunální* princip neboli spolupráci a vzájemnou podporu mezi jedinci. Kropotkin oponoval darwinistické představě života jako gladiátorské arény, naopak zastával myšlenku, že v životě jde častěji o kooperaci s cílem odolat společnému nepříteli. (de Waal, 2006, str. 32) Pokud je šance na přežití ve skupině vyšší, než by tomu bylo v opačném případě, jsou vazby spojující skupinu skutečně výhodou. Oproti jednoznačně biologickým přístupům se z filosofického hlediska staví také Jan Sokol, a dodává, že *„v neodarwinistické představě je člověk najednou pouhým prostředkem něčeho, co se reprodukuje a trvá jaksi přes naše hlavy a co v nás jen udržuje iluzi, že žijeme sami pro sebe.“* (Sokol, 2010, str. 38) Tak se i smrt, největší drama lidské existence, najednou může jevit jen jako technický detail. Sokol (2010) zdůrazňuje kulturní vývoj společnosti a to, že žijeme jak ve společnosti, tak i z ní. Lidé vděčí za mnohé „protipřírodním“ vynálezům jako je monogamní rodina, jazyk, morálka nebo právo. Díky tomu můžeme říci, že pohled omezující evoluci pouze na biologický základ je nesprávný. Dále uvádí, že Dawkinsova teorie sobeckého genu a obdobné teorie nejsou zcela oprávněné kvůli slabé pudové výbavě člověka.

[21] Frans de Waal je zoolog a etolog, který se specializuje na výzkum primátů. Ve své knize *Dobráci od přírody* zkoumá evoluci morálky a hledá její kořeny mezi našimi nejbližšími příbuznými – vyššími primáty.

Lidé se dokážou starat o své handicapované potomky, i když jim z biologického hlediska nedávají žádnou naději na přežití a nebývají pro své rodiče ani zdrojem uspokojení. To vysvětluje tím, že člověk dokáže jednat v širší prospěch celé přírody a že dokáže zahlédnout ještě něco, co ho překračuje. (Sokol, 2007, str. 203)

Avšak současní biologové se domnívají, že pomáhající chování se mezi zvířaty vyvinulo díky prospěchu, které jednotlivci přináší a ne kvůli nějakému „vyššímu dobru“. (de Waal, 2006, str. 33) K tématu přispěl ve své době i ekonom Adam Smith s názorem, že úsilí o vlastní prospěch je řídícím principem společnosti neboli sleduje-li jedinec pouze svůj zájem, přispívá často k zájmům společnosti více, než snažil-li by se je naplňovat přímo. Což mi přijde trochu podobné jako rozlišení mezi dvěma sférami směřování našeho života: *proximativní* a *ultimativní*.[22] (de Waal, 2006)

Poslední poznámkou k tématu altruismu a pomáhajícího chování je jejich podmíněnost, neboť jestliže nás něco trápí, pociťujeme nouzi či něco nebo někoho potřebujeme, je těžké starat se o ostatní. Kruh altruismu a mravních závazků paradoxně začíná u závazků vůči sobě samému a dále se může rozšířit nejprve k naší rodině a nejbližším a od nich pak ke vzdálenějším příbuzným, skupině nebo až k národu. Tendence pomáhat druhému se snižuje s rostoucí vzdáleností mezi poskytovatelem a příjemcem. Můžeme to názorně popsat na představě kruhů, kdy se kruh mravního jednání rozšiřuje dál pouze za podmínky, je-li zajištěno zdraví a přežití vnitřních kruhů. Frans de Waal přichází se svou představou, kde namísto soustředných kruhů dává přednost představě plovoucí pyramidy. Vztlaková síla vyzdvihající pyramidu z vody je poskytována dostupnými zdroji a plocha nad hladinou zobrazuje rozsah našeho morálního jednání. (de Waal, 2006, str. 256-258)

Než budeme pokračovat, pouze připomenu, že zájem o společnost je významný pro její rozvoj a přetrvání. Starost o druhého je v nás pevně dána a zpětně prospívá i nám samým. Mít s ostatními harmonické vztahy je důležité pro naše přežití. Jak se společnost stává složitější, nacházíme více a více oblastí, které potřebují náš „*občanský*“[23] zájem, abychom nakonec my sami mohli žít spokojeně v bohaté a úspěšné společnosti. Dá se také říci, že způsob, jak se

[22] De Waal toto směřování vysvětluje na příkladu dvou člunů plujících po velkém bazénu obří výletní lodi. Loď pluje stále stejným tempem na sever, ale my se staráme jen o směřování našich loděk a nevidíme za okraj bazénu. Stejně tak lidé většinou nesledují konečný, velký cíl, ale jenom ten svůj okamžitý záměr, a přitom jsou součástí toho velkého. (de Waal, 2006)

[23] Občanský zde používán ve smyslu morálního závazku jedince vůči zájmům společenství, ve kterém žije. (Potůček, 1997, str. 50)

společnost chová ke svým slabším členům, ať jde o nemocné, handicapované či staré a nemohoucí, je měřítkem její zralosti.

3.2. Stáří, umírání, smrt

Dobrovolníky v hospici zkoumám, protože předpokládám, že budou mít lépe vyjasněný přístup ke smrtelnosti své i druhých. Budou tedy schopni se mnou hovořit otevřeně o této tématice a třeba mi i poskytnou zajímavé informace. Neboť v rámci hospice může umírající i doprovázející nabýt důležitých spirituálních zkušeností a tak pro sebe objevit tajemství smrti. (Grün, 2007) V následující kapitole si vyjasníme, co je to smrt, jak se proměňovaly postoje k umírání v dějinách a seznámíme se s hospicovým hnutím a péčí, kterou nabízí.

Co je to smrt? Odpověď každý tušíme.[24] V dějinách lidstva můžeme pozorovat proměnu postojů v závislosti na kulturním povědomí člověka v té které společnosti a etapě lidských dějin. K tomu se však dostaneme dále. Přístup ke smrti a péče o umírající byla v *tradičních* společnostech jednoduší a přirozenější, protože lidé smrt znali, v dnešní *moderní* společnosti, kdy se nemocem a různým neduhům těl umíme dobře bránit, je tomu jinak. Se smrtí se dnes většinou nesetkáváme v mládí, ale až v pozdějším věku, když už je pro nás velmi těžké si k ní vytvořit vyrovnaný vztah. Moderní medicína má díky technickému rozvoji účinnější prostředky, jak smrt léčením oddalovat. Negativem tohoto rozvoje je skutečnost, že člověk často umírá v nemocnici bez svých blízkých během procesu léčení. Tento způsob umírání je některými autory označován jako příznak dehumanizace současné západní kultury. (Ondok, 1999, str. 113-114)

Naše představy o dřívějším umírání v kruhu rodinném jsou však často příliš romantické a zidealizované. Prvně si musíme uvědomit, že se člověk ještě před několika desítkami let dožíval přibližně o dvacet let méně.[25] Zdravotní péče byla na velmi nízké úrovni či se jí nedostávalo vůbec. Lidé umírali relativně rychle na infekční a virová onemocní, která nás již dnes na životě neohrožují, naopak v dnešní době člověk umírá v pozdějším věku a pomaleji na nemoci s delším průběhem. Pouze menšina lidí měla to štěstí umřít ve své posteli obklopen blízkými, ostatní často ukončovali svůj život na ulici či ve velmi špatných podmínkách. Představa věčného rajského života následujícího po trnitém životě na zemi pomáhala vyrovnat se se smrtí. Díky kontaktu s umírajícími se také člověk mohl naučit, jak smrt vypadá, co obnáší a jaké to bude, až přijde i pro něj. (Haškovcová, 2007, str. 23-24)

---

[24] I když ne každý ví, že smrt může být *fyzická* (úplná, trvalá ztráta vědomí), *psychická* (naprostou psychickou rezignací) a *sociální smrt* (vyvázání z důležitých sociálních a interpersonálních vztahů). Staženo z http://www.hospice.cz/slovnik-pojmu/ , dne: 25. 3. 2011.

[25] Například v roce 1920, byla naděje na dožití u mužů 47 let a u žen skoro 50 let. Viz http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/obyvatelstvo_hu , staženo dne: 6. 12. 2011

Zde bych ráda zmínila i velmi zajímavého autora Stanislava Grofa, který současný nezájem a popření smrti porovnává s postoji ke smrti v preindustriální době, kdy se ke smrti a umírání přistupovalo naprosto odlišně. Ukazuje, jak smrt ovládala a uchvacovala lidskou představivost už od prastarých dob vznešených kultur a stávala se inspirací mnoha jejich uměleckých i architektonických děl. (Grof, 2009) Podobně říká, J. Šiklová: „*v mýtech všech národů je dar nesmrtelnosti či alespoň prodloužení života či mládí tou největší odměnou. Jde o úsilí o nesmrtelnost, i když se tím většinou nemyslí život v tomto těle. Byly i období, kdy lidé považovali celý svůj život jen za jakousi přípravu na smrt. Stavěli pyramidy, paláce, dělali dobré skutky, vedli války a dobývali nová území, vědomí smrti tak vlastně bylo podnětem pro vytváření kultury*“ (Šiklová, J.).[26] Ačkoliv v sekularizované společnosti religiozita (zejména příslušnost k velkým a zaběhlým církvím v západoevropských státech) klesá, křesťanské pojetí nemoci i smrti je rozšířeno dodnes, propracované církevní rituály nabízejí zvládnutý řád a jsou tak útěchou i pro nevěřící. „*Umírání a smrt je pro každého člověka vlastně univerzální a nejvýznamnější zážitek. V průběhu života pomalu odcházejí všichni naši blízcí a známí, až nakonec přijde řada i na nás. Člověk o své smrtelnosti ví, což je považováno za jeden z jeho odlišujících znaků od ostatních tvorů*“ (Šiklová, J.).[27] Naše smrtelnost nás provází celým životem, odpočítáváme roky skrz svíčky na dortu a snažíme se naplňovat očekávání vyrůstající z našeho věku. Je tedy zvláštní, že v západní průmyslové společnosti se tématu smrti a umírání nevěnovala téměř žádná pozornost až do konce 60. let minulého století.[28] A to nejenom u laiků, ale i u vědců a odborníků z oblasti lékařství i psychologie. Grof (2009) to vysvětluje skrz hromadné popírání smrti a psychologické potlačení všeho, co s ní souvisí. Obdobně Kastenbaum poznamenává, že problém spočívá v naší tendenci oddělovat smrt od života a všech ostatních normálních zkušeností. (Kastenbaum, 2000, in Payneová, Seymourová, Ingletonová, 2007, str. 382)

---

[26] Staženo z http://www.nezavirejteoci.cz/detail-clanek/jirina-siklova-smrt-a-proc-o-ni-premyslim.html , dne: 25. 3. 2011.
Obdobně jako v Egyptě ztělesňují zaujetí posmrtným životem monumentální pyramidy, rozlehlá pohřebiště, překrásné hrobky a nespočet maleb a soch, i v předhispánské střední Americe Mayů a Aztéků bývaly pyramidy, chrámy a královské dvory dějištěm složitých obřadů zabývajících se smrtí. Významný byl fenomén smrti pro preindustriální domorodé kultury. Mnoho jejich uměleckých výtvorů zobrazuje svět duchů, posmrtnou cestu duše a zvláště pak významnou říši předků. Společným jmenovatelem mnoha pohřebních obřadů domorodců je jejich nezlomná víra v posmrtný život a zároveň i jejich ambivalentní postoj k zesnulým. Specifické rysy mnoha pohřebních obřadů si lze vykládat jako snahu pomoci zemřelým na posmrtné cestě a současně jim zabránit v návratu. (Grof, 2009)

[27] Staženo z http://www.nezavirejteoci.cz/detail-clanek/jirina-siklova-smrt-a-proc-o-ni-premyslim.html , dne: 25. 3. 2011.

[28] V České republice tento nezájem přetrvával déle, řekněme do 80. let 20. století.

Francouzský historik F. Ariés (2000), tvrdí že změny postojů vůči smrti v průběhu staletí odrážejí mínění lidí o sobě, stupeň jejich individuality, koncepci toho, co je osoba, a vztah osoby ke společnosti, ke světu a k Bohu. S tím, že vše se dá pozorovat na proměně čtyř psychologických prvků: *1) vědomí sebe sama, 2) obrana společnosti proti divokosti přírody, 3) víra v posmrtný život, 4) víra v existenci zla*. Na základě těchto čtyř kritérií a jejich proměn se dá vysvětlit fáze vnímání smrti od *ochočené smrti, smrti sebe sama, smrti vzdálené i blízké,* ke *smrti blízkého a převrácené smrti*.

- První orientace v pohlížení na smrt trvala nejdéle, od nejstarších dob až do středověku. Můžeme ji charakterizovat pojmem *zkrocená smrt*, nebo také *neškodná, ochočená smrt, smrt jako soused.* Smrt v tomto období nebyla osobní tragédií, ale spíše zkouškou společenství. To se snažilo o potlačení neznámých přírodních sil skrz daný řád v životě člověka, který byl však narušován smrtí a pohlavním životem. Ztratilo-li společenství svého člena, narušilo to *ochranný val* proti divokosti přírody a společenství bylo oslabeno. Jedině skrz rituál mohla být smrt spoutána a stát se tak podívanou. Ritualizace smrti podporovala jak solidaritu mezi členy společenství, tak i důvěru v život po smrti. Obecně lze říci, že v tomto období byla smrt brána jako běžná a významná okolnost lidského života. Smrt se dotýkala mladých lidí, dětí, matek, častá byla masová úmrtí ve válkách nebo při různých epidemiích a jiných katastrofách. Jak uvádí Munzarová (2005), jedinec viděl umírat své blízké a díky tomu se připravoval na svou vlastní smrt. V posledních chvílích se rozloučil se svou rodinou, zkřížil paže a poručil svůj život Bohu. Péče o umírajícího a následně i o jeho ostatky byla pouze v rukou rodiny. (str. 66-67) Od 5. století před Kristem je doložen pojem *dobrá smrt* (*eu-thanatos*), zahrnovala jak lehké a klidné umírání, tak i čestnou smrt na bitevním poli ve službě vlasti. Křesťané ve středověku tento pojem neakceptovali, protože smrt pro ně byla *mzdou hříchu*, a jako taková nemohla být dobrá. Smrt může být ochočená, ale nikdy nebude bezvýznamným úkazem. Dodnes je smrt neštěstím, způsobené zlem, které je odplatou za dědičný hřích. (Ariés, 2000)
- Další období datuje Ariés od 12. - 15. století, zde si člověk začal uvědomovat svoji jedinečnost a vydělovat se ze společnosti. Individualizace smrti se ve středověku rozšiřuje nejprve mezi elitami (od 11. století). V hodině smrti je třeba uzavřít bilanci života a za tento život se zodpovídat Stvořiteli. Prvotní sklon brát smrt jako zkoušku společenství, byl nahrazen tendencí pohlížet na smrt jako na osobní drama jednotlivce. Je zde důraz na vlastní smrt, ale i na životní prožitky, na boj proti zlu, i na naději v život po smrti. Toto období můžeme charakterizovat pojmy *vlastní smrt* nebo *smrt*

jako osobní konec. Plynulý přechod mezi světem živých a mrtvých byl zprostředkován skrz závěť. Rovněž dochází k rozkvětu literatury *ars moriendi* neboli *umění umírat*,[29] která podávala návody, jak se chovat v umírání a ve smrti. V radách bylo například nepodporovat naději směřující k uzdravení těla, protože smrt těla znamenala začátek existence po smrti. Mnohem důležitější tedy bylo léčení ducha. (Munzarová, 2005) Od 14. století se tělo zesnulého více a více zakrývá, definitivní zakrytí nebožtíka a dlouhodobý zvyk pořizování závětí jsou dva nejvýznamnější prvky modelu *smrt sebe sama*. Tento model se uchoval do 18. století. Ačkoliv už v 16. století se objevovali trhliny. Smrt, kdysi blízká, důvěrně známá a ochočená se pomalu posunovala k násilnické a potměšilé divokosti, z níž jde strach. Ochočená smrt měla znovu zdivočet. Ariés to nazývá jako *trvalou blízkost smrti*. Lidé se nechtějí spoléhat na tradici a snaží se získat zkušenosti vlastní. V 16. století se také jednolitost uvedené literatury rozpadá a s postupným zesvětšťováním kultury a s přibýváním nejrůznějších názorů se mění i pohled na smrt. Vznik přírodních věd nastoluje úspěchy v boji proti přírodním silám, vzniká naděje *technické zkrocení smrti*. (Ariés, 2000) V díle F. Bacona o důstojnosti a pokroku věd se poprvé od starověku objevuje pojem eutanazie. Odlišuje *vnější eutanazii*, jež zahrnuje lékařské postupy a medikamenty tišící bolest a usnadňující umírání, od *vnitřní* přípravy člověka na smrt. Zřejmě vychází z toho, že člověk je schopen sám si smrt ulehčit a zase ji učinit *dobrou*. Bacon tak předesílá moderní pomoc při umírání zaměřující se na tělo i duši a snažící se o zmírnění utrpení. (Špinková, Špinka, 2006)

- Pomalu se nám začíná rýsovat třetí orientace plně se projevující v 19. století. V období třicetileté války, které po sobě zanechalo mnoho mrtvých, má počátek etapa charakteristická pojmem *smrt toho druhého*. Od 18. století pak dochází k privatizaci a estetizaci smrti. Plně privatizována byla smrt v 19. století, kdy dochází k oddělení veřejné a soukromé sféry. Na život bylo většinou pohlíženo jako na smysluplný především skrze vztahy k jiným lidem. Do popředí se dostává nukleární rodina a nahrazuje tradiční společenství. Smrt se stává krásnou, nejhorší na ni je odloučení od

[29] Grof (2009) poznamenává, že evropská kulturní tradice oplývá bohatou literaturou a výtvarným uměním týkající se problematiky umírání a smrti. Tyto materiály jsou pojmenovány jako *ars moriendi* (umění správně umírat – i žít) a největšího rozkvětu dosáhly ke konci středověku. Zájem o ně plynul z nejistoty lidské existence. Grof říká, že jejich hlavním cílem bylo poukázat na pošetilost života zaměřeného na světské cíle a povrchní úspěchy, jako jsou peníze, moc, sláva aj. Jen život prodchnutý duchovnem může člověku přinést mír a pravé uspokojení.

milovaného. Peklo je odstraněno, jediné, co v mysli člověka přetrvává, je očistec. (Ariés, 2000)

- Výše uvedené názory můžeme nalézt i v dnešní době, i když některé z nich se mohou obracet ve svůj opak. Z romantické krásné smrti se stává smrt nečistá, ošklivá a hlavně zbytečná. Na významu stoupá medicína. *Převrácená smrt* stále závisí na soukromí, ale je mnohem přísnější. Snaží se ochránit umírajícího nebo vážně nemocného člověka před jeho vlastním dojetím tím, že se mu nesdělí vážnost jeho stavu. To znemožňovalo poslední rozloučení. (Ariés, 2000) Převoz do nemocnice narušil intimnost posledních chvílí. Jelikož se nemocniční prostředí snažilo zastoupit společenství a medicína považovala smrt za prohru, začala se vytrácet hippokratova poučka, že lékař jen někdy uzdravuje, vždy však pečuje. Dochází k rozlišení léčby *(cure*) a péče *(care*), avšak ta je hodnocena mnohem méně. (Virt, 2000, str. 14-15) O smrti se už tolik nemluví. Toto období je charakteristické pojmem *zakázaná smrt* nebo *popření, odmítání smrti*. Společenství smrt začalo pociťovat čím dál méně, už se nemuselo bránit proti divoké přírodě, kterou zkrotil technický pokrok. Jak postupně ztrácelo smysl pro sounáležitost, přestalo organizovat společný život. Společenství je nahrazeno seskupením vzájemně odcizených jednotlivců. Zlo bylo odstraněno. Co si ale počít se smrtí, neexistuje-li zlo? Buď se její existence nepřipouští, nebo se jí přisuzuje bezvýznamnost a všednost. G. Virt (2000) uvádí, že pojem *vytěsněné smrti* by se měl přeměnit na *smrt diskutovanou*, neboť prohlédneme-li si dnešní literaturu, nalezneme o ní mnoho zmínek. Cíl diskusí je stejný - humanizace smrti, nová-stará otázka o dobré smrti.

Podíváme se ještě na některé autory zabývající se otázkou umírání a smrti v současné české společnosti. Například Helena Haškovcová, která významně přispěla k rozvoji lékařské etiky a jejímu prohlášení za samostatný lékařský obor, charakterizuje současnou situaci umírání v České republice pojmem *tabu*.[30] „*Dnešní situace je charakteristická vytěsněním smrti a důsledkem toho je porušený mechanismus uvědomování si vlastní konečnosti právě tak jako odpovědnosti za život a smrt svou i ostatních*“. (Haškovcová, 2007, str. 18) Dále pokračuje, že moderní medicína je zacílena na úspěchu, což sebou nese problémy jako je rozvolnění vztahu lékaře a pacienta a také odmítání proher. Dříve lékaři byli omezeni možnostmi medicíny a

[30] Pojem *tabu* pochází z Polynésie, kde „ta“ znamená *označit* a „pu“ *velice intenzivně*. *Tabu* tak můžeme chápat jako něco: *nedotknutelného, zapovězeného, nevyslovitelného či vyloučeného ze slušné společnosti*. (Křivohlavý, 2002)

součástí jejich profese byla i laskavá péče o umírající, toto tzv. *cháronství* dnes v medicíně chybí a je nutno jej tam vrátit. Ačkoliv totalitní systémy pozměnily formy tabuizace smrti, nejsou jejich příčinou. Fenomén tabuizované smrti je obecný jev rozvíjející se zejména po 2. světové válce, kdy v souvislosti s pokrokem medicíny a posílením ekonomiky dochází ke vzniku pocitu samozřejmosti života. Vzniká nám tak nový pojem *dystanázie* neboli *zadržená smrt*, což označuje situaci, kdy je život nemocného zbytečně prodlužován. (Haškovcová, 2007, str. 22-23) Člověk by měl dle Haškovcové (2007) respektovat lidskou konečnost a z toho vyvodit závěry pro svůj konkrétní život. Budeme-li si dle autorky opakovaně připomínat svou smrtelnost, začneme jinak a odpovědněji zacházet se svým časem na světě a budeme také vnímavější k problémům umírajících.

J. Křivohlavý (2002) říká, že téma smrti a umírání je do jisté míry *tabu* i ve zdravotnictví, zvláště chceme-li mluvit o vlastním prožívání smrti. Sílu tabuizace můžeme vidět na rozhovorech s některými pacienty (může jít i o příbuzné či profesionální zdravotníky), kteří vnitřně cítí silnou potřebu mluvit o vážnosti diagnózy, o otázkách spojených se smrtí, ale nedokáží se zeptat přímo, namísto toho volí jemnější výrazy, často můžeme otázku vysledovat v jejich gestech či výrazu.

Jiní autoři jako M. Munzarová či M. Svatošová jsou zase toho přesvědčení, že hlavním problémem je nedostatečná zkušenost se smrtí v mládí. Představa o citovém strádání osamělých pacientů v důmyslných institucích spolu s pozdní konfrontací se smrtí v dospělosti vyvolává panický strach a bezradnost. *„Hrozba smrti je nejjasnějším a extrémním případem nebezpečí vůči naší potřebě existovat. U většiny lidí tato hrozba vyvolává strach a děs“*. (Callahan, 1990, in Munzarová, 2005, str. 70-71)

Vidíme, že postoje a vnímání smrti se přirozeně vyvíjeli v závislosti na životních podmínkách dané společnosti. Pojímání smrti jako *ochočené, vlastní*, i její *popírání* je tak vlastně zcela přirozené. Důležité je, jaké následky má toto pojetí na naše životy a naše prožívání života a smrti. Dle mnoha autorů je dnešní postoj nesprávný právě kvůli negativnímu dopadu na člověka, který si nedokáže ke smrti vytvořit správný vztah a plně tak prožít i tuto poslední část života. Lidé se tomuto tématu spíše straní, budí v nich strach a rozpaky, což vytváří problém i pro organizace snažící se v této oblasti o osvětu. Vzniká tak bludný kruh, který se ale v dnešní době daří za celkové spolupráce lékařů, odborníků i samotných angažovaných jedinců pomalu měnit, což jen ukazuje správnost Virtova pojmu *diskutovaná smrt*.

Od J. Křivohlavého jsem si vypůjčila úvahu, která ukazuje, že smrti bychom se neměli bát, ale brát ji jako možnost rekapitulace, uvědomění si našich proher a výher. *„Jde o to, kým je*

člověk, který umírá. Jaké vlastnosti jeho osobnosti, jeho charakteru … jakou stopu za sebou zanechává, do jaké míry si to při bilancování svého života uvědomuje a do jaké míry si to uvědomují ti, jejichž život je spojen s jeho existencí.“ (Kapr, Müller, in Křivohlavý, 2002, str. 160).

3.2.2. Paliativní péče a hospice

Podívejme se konečně na paliativní péči a hospicové hnutí. Paliativní medicína, někdy nazývaná také jako útěšná medicína, umožňuje pomáhat jak umírajícím, tak i jejich blízkým. Paliativní péče se nejčastěji provozuje v zařízeních označovaných jako hospice. Termín paliativní pochází z latinského *pallium* (maska, pokrytí, zakrytí pláštěm), jejím cílem je, jak název napovídá, *„maskovat účinky neléčitelné choroby a zakrýt pláštěm ty trpící, kteří nemohou být ponecháni v chladu tehdy, pokud jim nemohlo být pomoženo léčbou kurativní.*[31] *… Nejzákladnějším cílem zákroků je rehabilitovat nemocného, nakolik je to jen možné a docílit co nejlepší kvality jeho života. I v poslední fázi života se jedná o to, jak žít, tentokrát při umírání*“. (Munzarová, 2005, str. 62)

Moderní paliativní péče:

- se neodvrací od nevyléčitelně nemocných, ale chrání jejich důstojnost a klade hlavní důraz na kvalitu života,
- dokáže úspěšně zvládat bolest[32] a další průvodní jevy závěrečných stadií smrtelných onemocnění,
- je založena na interdisciplinární spolupráci a integruje v sobě lékařské, psychologické, sociální a spirituální aspekty,
- vychází důsledně z individuálních přání a potřeb pacientů, respektuje jejich hodnotové priority a chrání právo pacienta na sebeurčení,
- zdůrazňuje význam rodiny a nejbližších přátel nemocného,[33]

---

[31] Léčí příčiny nemoci. Výsledkem kurativní léčby je úplné vyléčení pacienta, zatímco postupy paliativní medicíny se nemoc sice neodstraní, ale přesto se subjektivní stav pacienta může zlepšit. Viz http://www.hospice.cz/slovnik-pojmu/ , staženo dne 22. 4. 2011.

[32] *Bolest je důmyslné opatření, které nám možná mnohokrát zachránilo život, příkladem nám může být bolest u slepého střeva, tato akutní bolest je užitečná. Jenže chronická bolest nedovolí mnohdy nemocnému myslet na nic jiného. Což znamená, že prvotní je zvládnout bolest. Existuje mnoho příčin bolesti a tomu odpovídá i strategie léčby. Základní pravidlo zní, že bolest vnímá každý jinak, a proto je nutné nemocnému věřit*. (Svatošová, 1995, str. 30-31)

[33] Autoři tzv. *holistického přístupu* k analýze podmínek nemoci a terapie zdůrazňují význam širšího sociálního prostředí nemocného. Rozhoduje nejen jeho individuální způsob života, ale i to, jak a v jaké sociální síti je jedinec začleněn, nalézá-li v ní oporu. Zhroutí-li se tato stabilní pozitivně působící struktura sociálních vztahů a podmínek, vzniká v něm pocit izolace, cizoty, nepřítomnosti opory relevantních osob jeho okolí, jeho život je odkryt stresujícím vlivům, je jimi zraňován, což se opět odráží negativně na obecně definovaném celkovém zdravotním stavu. (Kapr a Koukola, 1998, str. 42)

- nevytrhává nemocné z jejich přirozených sociálních vazeb, ale umožňuje jim, aby poslední období života prožili ve společnosti svých blízkých a v důstojném a vlídném prostředí,
- nabízí všestrannou účinnou oporu příbuzným a přátelům umírajících a pomáhá jim zvládat jejich zármutek i po smrti blízkého člověka,
- vychází ze zkušenosti, že umírání nemusí být provázeno strachem, bolestí a utrpením.[34]

Za zakladatelku moderní paliativní péče je považována Cecílie Saundersová, která ve své práci upozorňovala na skutečnost, že každý člověk je jedinečný, a proto i v nemoci má své specifické potřeby a to nejenom on, ale i jeho rodina. „*Je proto nutné všechny jeho strázně, trápení odhalovat a odlehčovat v nesení jejich tíže nejen nemocnému, ale i jeho rodině, a to i v době truchlení*.“ (Munzarová, 2005, str. 61)

Obecně platí, že pokud jsou negativní účinky kurativní léčby větší než její přínos, měla by být kurativní léčba vystřídána léčbou paliativní. Rozhodně to však neznamená, že při paliativní léčbě jsou léky odebrány, spíše naopak některé léky, zvláště ty, které potlačují bolest, jsou nutné. Například v knize *Poslední dary* od Callananové a Kelleyové se velmi často setkáváme s momentem, kdy doprovázející zdravotní sestry nemocným vysvětlují, že při stabilní dávce léků proti bolesti nebudou nemocní zažívat takové výkyvy a vysoké hladiny bolesti, které vyžadují zvýšenou dávku léků.

Nutnost interdisciplinární spolupráce, zajištěné patřičným týmem, je evidentní. Je však třeba, aby veškeré aktivity byly doprovázené nadšením, bez něhož lze stěží rozšiřovat znalosti, dovednosti a postoje a pokračovat tak v započatém díle. Velmi důležité je si uvědomit, že paliativní péči nelze chápat pouze jako péčí o umírajícího v posledních hodinách života, i když i zde se uplatňuje.

Výše jsme zmínila, že paliativní medicína přispívá ke kvalitě života, tedy osobního prožitku pacienta. Psychický stav je významným aspektem při léčbě nemocného. Jedná-li se o nevyléčitelně nemocného, jeho psychický stav je nutné sledovat a pomáhat nemocnému celou situaci zvládat. Ve snaze o porozumění vnímání umírání pacientem a jeho blízkými jsou pro nás významné studie Elisabeth Kübler-Ross, které se snaží skrz popis stádií, kterými umírající, ale i jeho okolí, prochází, pomoci doprovázejícím osobám.[35] Popis je doplněn o

[34] Umírání a paliativní péče v ČR, 2004, dostupné on-line z http://www.hospice.cz/hospice1/data/umirani.pdf .
[35] Stádia vznikla na základě rozhovorů s více než čtyřmi sty nemocnými, které autorka sledovala po dobu pěti let. (Svatošová, 1995)

rady, jak nejlépe klientovi a jeho blízkým pomoci. Vzniká nám tak jakési nové *ars morendi*. (Svatošová, 1995) Než se umírající dokáže vyrovnat se svou nemocí a následnou smrtí, střetávají se v něm různé emoce a nálady. Může se snažit pokračovat v práci, jako by se nic nestalo nebo začít navštěvovat vícero doktorů, aby diagnózu vyvrátili. Může také zamlčet špatnou zprávu před členy rodiny, aby je uchránil, nebo i naopak rodina se může snažit zamlčet diagnózu před nemocným. Každopádně jednou přijde čas, kdy nemocný bude muset čelit pravdě. Naučit se rozlišovat, co se v člověku nevyléčitelně nemocném děje, nám pomůže správně reagovat na jeho chování. (Kübler-Ross, 1995). Jako první stádium označujeme *negaci*: nemocný se dozví o své špatné diagnóze, popírá však tento fakt a uzavírá se do izolace, nepřipouští si situaci, protože na ni není připraven. Jedinec prochází šokem, objevují se otázky jako „*Proč právě já?*“ a může docházet k popírání diagnózy, „*To je určitě omyl, zaměnili výsledky“*. V této fázi může dojít ke stažení se do sebe a k izolaci od okolí. V tomto okamžiku je důležité navázat s nemocným kontakt a získat si jeho důvěru. Druhým stádiem je *agrese*: velmi náročné období pro okolí nemocného, který propadá nenávisti a hněvá se na všechny a všechno. Okolí by se nemělo nad takovým chováním pohoršovat, ale snažit se ho chápat a nechat nemocného odreagovat. Třetím stádiem je *smlouvání*: nemocný zde hledá nějakou možnost jak se uzdravit, smlouvá s „vyšší“ silou, aby smrt ještě chvilku počkala, než se stane to či ono. Podstatné mezi různými přáními je jejich časová omezenost, „*Kéž bych se dočkal promoce syna*“ apod. Je nutné mít velkou dávku trpělivosti. Nemocný také hledá různé zázračné léky, je proto nutné dávat pozor na podvodníky, kteří by jej mohli obalamutit. Čtvrtým stádiem je *deprese a různé projevy smutku*: nastupuje totiž přijetí nemoci a faktu, že se nelze vyléčit. Nemocný má strach z utrpěné i z budoucí ztráty a také o své blízké. Nemocnému by se mělo dosti naslouchat, mít s ním trpělivost, pomoci mu urovnat vztahy a respektovat jej. V pátém stádiu přichází *smíření*: nastává období klidu, mizí zájem o informace a nemocný začíná komunikovat spíše za pomoci gest než slovy, v této etapě je nutné být s nemocným a zamezit pocitu osamění. Přijetí pravdy však nemusí vyvolat klid, ale třeba rezignaci a zoufalství. Měl by se také projevit větší zájem o rodinu pacienta. Nicméně, každý pacient reaguje individuálně a nemusí projít všemi fázemi.[36]

Také bychom mohli zmínit Dominika Pecku, který se taktéž snaží objasnit prožívání konce života. Říká, že hrůza ze smrti je řádu duchovního, to se projevuje jako trojí rozcestí: Prvním je **rozcestí svobody a nutnosti**: smrt je přirozená a nevyhnutelná, člověk se jí však vzpírá.

[36] Kutnohorská, 2007, str. 73. Podobně Kübler-Ross, 1995, str. 15

Smrt je děsivá, jelikož duch je otřesen obrazem zkázy těla a duše. Duch takovou představu popírá a drama smrti spočívá v tom, že duch nemá co činit z nutností. Druhým je **rozcestí naděje a zoufalství**: naději dává představa, že smrt je pokračováním života, zoufalství vyvolává přediva věčné nicoty po smrti. Ačkoliv víra v nesmrtelnost nemusí být pouze útěchou, ukládá člověku jistou odpovědnost za své skutky, za které bude odměněn či potrestán. Jelikož nejsou důkazy pro ani proti, všichni jsou zatíženi určitou nejistotou a pochybnostmi. Vše se dozvíme až v okamžiku smrti. Posledním je **rozcestí společenství a samoty**: v náboženství je představa nesmrtelnosti spojena s ideou osobního Boha, protože člověk se věčné samoty bojí. Sama smrt je takovou odlukou od světa a přátel a proto z ní máme obavy. (Pecka, 1970, in Munzarová, 2005, str. 15)

Paliativní péče se tradičně soustředila především na péči o terminálně nemocné a umírající onkologické pacienty a na podporu jejich příbuzných a blízkých.[37] V posledním desetiletí jsme však svědky narůstající pozornosti věnované potřebám lidí, kteří trpí i jinými (neonkologickými) chronickými a smrtelnými chorobami.[38] Zkušenosti získané při péči o onkologické pacienty se ukazují jako velmi účinné rovněž u jiných skupin pacientů. Dochází tak k určitému rozšíření konceptu paliativní péče, a to ve dvou dimenzích: první dimenzí je rozšíření *spektra diagnóz*, pro které jsou postupy paliativní péče relevantní. Druhou probíhající změnou je *rozšíření časového úseku* v průběhu nemoci, ve kterém jsou postupy paliativní péče použitelné. (Munzarová, 2005)

3.2.3. Hospice

3.2.3.1. Historie hospice

Typickým a specializovaným poskytovatelem paliativní péče je hospic. Výraz hospic v angličtině označující *útulek* nebo také *útočiště*, byl znám již ve středověku a používal se pro označení tzv. *domů odpočinku*. Právě ve středověku se objevila silnější tendence vybudovat funkční a dostupnou síť pomoci potřebným, která je ilustrovaná vývojem chudobinců, chorobinců, špitálů i pastoušek a domovského práva. Hospic byl využíván jak unavenými poutníky, tak nemocnými cestovateli nebo rodičkami na cestách. „*Hospic vedl člověk, který byl schopný vést hostinec a vyznal se i v ranhojičství. Středověký hospic poskytoval*

[37] Za terminální (konečné) stadium nemoci považujeme to období, při kterém se pacient musí vyrovnávat s postupným zhoršováním svého zdraví v důsledku progrese vážného chronického onemocnění, a které je svou konečnou prognózou letální (smrtelné). (Munzarová, 2005)

[38] Mezi pacienty přijatými do hospice v ČR v roce 2002 bylo 76 % onkologicky nemocných a 24 % pacientů neonkologických, viz Umírání a paliativní péče v ČR, 2004.

v elementární úrovni vše, co můžeme moderní terminologií nazvat bio-psycho-sociálním a spirituálním komfortem.“ (Haškovcová, 2000, str. 45-46).

Postupně však hospice vymizely a k jejich obnově došlo až v 19. století, [39] když v roce 1842 Jeanne Garnier založila v Lyonu ve Francii společenství žen, které se plně věnovalo péči o nevyléčitelně nemocné a v roce 1843 toto společenství otevřelo dům pro umírající. V návaznosti na snahu J. Garnier bylo po její smrti založeno dalších šest zařízení pro umírající v New Yorku a v Paříži. Následně bylo díky snaze Mary Aikenhead v Dublinu a Corku otevřeno speciální zařízení pro umírající, nazvané hospic. Mary Aikenhead byla představenou nového řádu, Irských milosrdných sester, které o několik let později, v roce 1905, otevřely hospic sv. Josefa ve východní části Londýna. Avšak první institucionální domov pro umírající založila Frances Davidson roku 1885 v Mildmay Parku v Londýně. Práce Cicely Saundersové, která zasvětila svůj život a dílo zlepšení péče o umírající, byla jistě těmito zakladatelkami raných hospiců ovlivněna. (Payneová, Seymourová, Ingletenová, 2007, str. 48-51) Počátky moderního ošetřovatelství se pojí s angličankou Florence Nightinagale, která žila v letech 1820 až 1910. Snažila se prosadit ošetřovatelství jako samostatné povolání, v roce 1860 vydala knihu *Notes on Nursing*, kde říká, že „*ošetřovatelka má být osobou, na kterou se lze plně spolehnout, musí být důvěryhodná, spolehlivá, svědomitá, střídmá a počestná a také zbožná.“* (Kutnohorská, 2007, str. 24). Zdůrazňovala vliv dobré péče na průběh onemocnění. Obdobně říkala, že „*to co působí dobře na mysl, musí působit pozitivně i na tělo, protože obojí je v nerozlučitelném spojení.“* (Kutnohorská, 2007, str. 25). Sama Florence Nightingale byla velmi zajímavou ženou, která předběhla svou dobu. Pocházela z významné rodiny, dostalo se jí skvělého vzdělání a i přes odmítavý postoj rodiny k jejímu zájmu o ošetřovatelství navštěvovala různé nemocnice a detailně je popisovala. (Kutnohorská, 2007) Dramatický rozvoj zařízení pro umírající nastal až v 2. polovině 20. století, což lze dát do souvislosti s rozvojem *vítězné medicíny*, která nebyla schopna uspokojit potřeby umírajících. Dochází také k prodloužení věku dožití díky novým léčivům. Lidé žijí déle, ale déle také umírají. (Špinková, Špinka, 2006).

Na území České republiky se vývoj péče o umírající pojí s rozvojem moderního ošetřovatelství. Jak se rozvíjelo lékařství a lékaři prováděli více výkonů, potřebovali

[39] Tato obnova souvisí s epidemiologickým zlomem v 19. Století, kdy namísto rychlých infekčních onemocnění s následnou rychlou smrtí, nastupují déletrvající chronické choroby. Vzniká tak skupina lidí nazývaných *umírající*. Poprvé nám zde tak vznikají instituce zaměřující se výhradně na péči o lidi na sklonku života. Často zakládané náboženskými řády či nábožensky motivovanými filantropy. (Payneová, Seymourová, Ingletenová, 2007, str. 46-47).

pomocníky, zdravotní sestry. Ošetřovatelské školy začaly vznikat ve druhé polovině 19. století pod vlivem první ošetřovatelské školy v Londýně a emancipačního hnutí.[40]
První česká ošetřovatelská škola vznikla v roce 1874 v Praze, zasloužili se o ní V. Janovský, Karolína Světlá a Eliška Krásnohorská. V roce 1882 vznikla ošetřovatelská škola ve Vídni, v roce 1916 byla v Praze otevřena státní dvouletá ošetřovatelská škola. O dva roky později ji následovalo otevření vyšší sociální školy v Praze, která v jednoletém studiu připravovala sociální pracovníky pro práci v terénu.[41] Mezi významné osobnosti angažující se v ošetřovatelském vzdělávání patřila i Alice Masaryková. (Kutnohorská, 2007) Ze snahy zlepšit situaci umírajícího i ostatních pacientů na větších pokojích vznikla ve 20. letech 20. století praxe *bílé zástěny*, později samostatný pokoj. Věřilo se v neomezenou moc moderního lékařství, a pokud přece jen zklamalo, upřednostňovala se tzv. *milosrdná lež*. Dále se také praktikovalo omezení návštěv nemocného kvůli zajištění klidu a řádu. Moderní člověk tak začal umírat sám, obklopen bílou zástěnou, v péči profesionálních zdravotníků, kteří jsou pro něj, stejně jako on pro ně, cizí lidé.[42] To se ale pomalu mění.

Na území České republiky se začala paliativní péče rozvíjet zejména od 90. let 20. století. V roce 1992 bylo otevřeno první oddělení paliativní péče v nemocnici v Babicích nad Svitavou u Brna. O rozvoj hospicového hnutí se významně zasloužila lékařka Marie Svatošová. Již v roce 1993 založila občanské sdružení *Ecce homo,*[43] které se později zasloužilo o výstavbu *Hospice Anežky České v Červeném Kostelci*. Hospic byl za spolupráce s Diecézní charitou v Hradci Králové otevřen v roce 1996. (Haškovcová, 2000, str. 47) V následujících letech došlo k rozvoji výstavby hospiců a dnes máme 14 lůžkových hospiců a několik mobilních.[44] Příkladem můžeme uvést *Hospic Štrasburk v Praze*, který byl uveden do provozu v lednu 1998. Za jeho vznik se zasloužili vojenský a špitální řád sv. Lazara Jeruzalémského, který se zasloužil i o vznik *Hospice sv. Lazara v Plzni*. *Hospic Citadela* ve Valašském Meziříčí byl otevřen roku 2004 a vznikl díky snaze křesťanské nestátní neziskové organizaci Diakonii Českobratrské církve evangelické. *Hospic v Červanech* existuje díky

[40] Historie ošetřovatelství, dostupné z *mefanet.lfp.cuni.cz/download.php?fid=64 , staženo dne: 25. 4. 2011.*
[41] Historie ošetřovatelství.
[42] Haškovcová, 2007
[43] Název odkazuje k podobě trpícího pacienta s trpícím Ježíšem, nad kterým vyřkl Pilát Pontský ono Ejhle, člověk?! *„Ecce homo chce prosazovat práva pacientů a úctu k lidskému životu od jeho početí až do přirozené smrti a chce podporovat rozvoj hospicového hnutí a domácí paliativní péče v celé ČR.“* (Haškovcová, 2000, str. 47).
[44] Viz http://www.asociacehospicu.cz/o-hospicich/hospice-v-cr/ *,staženo dne: 10. 11. 2011.*
Podobný počet uvádí i M. Svatošová v rozhovoru s D. Vondráškovou, kde uvádí, že dnes máme 14 lůžkových hospiců a pouze ve třech krajích (Vysočina, liberecký a karlovarský kraj) ještě hospic chybí. *Viz.* http://www.prvnikrok.cz/detail-rozhovor.php?rozhovor=30 *, staženo dne 10.11.2011.*

snaze občanského sdružení TŘI, k otevření došlo v roce 2008.[45] *Hospic sv. Štěpána v Litoměřicích* byl slavnostně otevřen v roce 2001. Zajímavostí je, že jeho základní kámen byl roku 1997 posvěcen papežem Janem Pavlem II.[46] *Hospic na Svatém Kopečku* u Olomouce byl zřízen Arcidiecézní charitou Olomouc v bývalém poutním domě na Svatém Kopečku u Olomouce. Otevření proběhlo v listopadu 2002. Další pražský hospic, *Hospic Malovická,* bude od října roku 2011 poskytovat 30 lůžek pro nevyléčitelně nemocné a to přednostně pro klienty z Prahy 4. [47]

3.2.3.2. Hospicová péče

Činnost hospice vychází z úcty k životu a úcty k člověku jako jedinečné, neopakovatelné bytosti. Hospic nemocnému garantuje, že: *nebude trpět nesnesitelnou bolestí*, *bude vždy respektována jeho lidská důstojnost* a *v posledních chvílích nezůstane osamocen*.[48] Hospicová péče je charakteristická tím, že klade důraz na komfort.[49] Více než nemocnici by prostředí mělo připomínat domov. Klient si zde připlácí na lůžko dle svých finančních možností. V pokojích pacienta je možnost připravit přistýlku pro přespání příbuzného, denní režim je v zásadě na pacientovi, pokoje jsou vybaveny telefonem, televizí, hospic je spojen s terasou a zahradou, návštěvy jsou možné 365 dní v roce, každý hospitalizovaný má k dispozici sestru nebo ošetřovatelku. (Svatošová, 1995, str. 134)

Dále se v hospici zdůrazňují psychické a spirituální rozměry péče a mnoho práce tu vykonávají dobrovolníci. Ti se zde věnují různorodé činnosti, která jim nejlépe vyhovuje, od péče o květiny nebo obsluhu recepce, přes nákupy, zajištění kulturních programů, až po návštěvy pacientů apod. (Svatošová, 1995, str. 134). Spolu s nimi v hospicovém týmu působí opatrovatel nemocného a jeho rodina, hospicový lékař a sestra, sociolog starající se o rodinu a pozůstalé, duchovní – kněz, psycholog, sociální pracovník a další specialisti dle akutních potřeb nemocného.

Dobrovolnictví v hospici (či nemocnici) je důležité, jelikož moderní medicína se snaží udělat krok dále a naplnit veškeré potřeby nemocného, nejen ty biologické.[50] Uznává, že v současné technicky vyspělé medicíně je nutné s pacienty udržet lidský kontakt. Nemoc již dnes není

---

[45] Viz příloha č. 3.
[46] Viz http://www.hospiclitomerice.cz/O-nas/Z-historie .
[47] Viz http://www.hospice.cz/adresar-hospicu/ .
[48] Umírání a paliativní péče v ČR, 2004.
[49] Kolem 50 % hospicových lůžek je v jednolůžkových pokojích. Viz Umírání a paliativní péče v ČR, 2004.
[50] Zdraví je dle *Světové zdravotnické organizace* (WHO) definováno jako *stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody, nikoli pouze nepřítomnost nemoci*. Odtud můžeme odvodit potřeby biologické, duševní a sociální. („*A state of complete physical, mental and social well-being, and not merely the absence of disease*", viz http://www.who.int/en/).

chápána jen jako problém orgánů, ale celého člověka. Právě dobrovolník zde hraje prostředníka, který poskytuje pacientovi to, *co je zdravé a co pacient v nemocnici ztrácí, co má pro pacienta hodnotu a co mu umožní otevřít jiné životní souvislosti*. (Novotný, Stará a kol., 2002, str. 8)

Dle informací z webových stránek či od pracovníků hospice, je zde velká snaha o osvětu, pořádání akcí, kvalitní přípravu a občasné setkávání se všemi členy, ať v rámci supervizí, tak jiných příležitostí. Výcvik je v hospicích zpravidla doplňován přednáškami a setkáními zabývající se např. komunikací, tématikou umírání a smrti a psychologickými tématy, jako vyhoření, psychická hygiena aj. Hospice také poskytují konzultace a poradenství. Všechna zařízení disponují knihovnou.[51] Samozřejmě i zde se naráží na malou informovanost veřejnosti, nedostatek času i financí.

Hospicová péče má tři základní formy. Rozděluje se na:

- *Domácí hospicovou péči:* pro nemocného je tato forma péče ideální, bohužel ne vždy dostačující, protože jejím předpokladem je určitá úroveň rodinného zázemí, které často schází, nebo se dlouhou službou nemocnému unaví a vyčerpá, nebo je ošetřování touto formou příliš náročné pro rodinné příslušníky. Pečující rodině zde pomáhají kvalifikovaní pracovníci. V současné době máme v ČR 19 mobilních hospiců.[52]
- *Stacionáře – denní pobyty*: stacionář je obyčejně součástí hospice. Pacient je v tomto případě přijat ráno nebo odpoledne a na večer se vrací domů. Tento způsob naráží na problematiku dopravy nemocného do hospice, většinou připadá v úvahu u nemocných z blízkého okolí hospice, pokud u něj nestačí domácí péče.
- *Lůžková hospicová péče:* pokud dvě předchozí formy nestačí či nejsou k dispozici, přichází na řadu lůžková hospicová péče. V případě, že je i možnost výše uvedených dvou forem, po zlepšení zdravotního stavu nemocného, nebo „vydechnutí“ jeho rodiny, se klient může vrátit do domácí

[51] Příkladem z mého blízkého okolí, může být občanské sdružení *Cesta Domů*, které usiluje o zásadní zlepšení péče o nevyléčitelně nemocné, umírající a jejich rodiny v České republice, provozuje v Praze domácí hospic a poskytuje odborné poradenství osobně, telefonicky i na internetu; dále umožňuje využít odlehčovací služby; půjčuje pomůcky; nabízí služby veřejné paliativní knihovny; věnuje se ediční a edukační činnosti; pro pozůstalé otevřelo klub *Podvečer*. Dále provozuje informační a diskusní portál *www.umirani.cz*, veřejnou knihovnu, přednášky, semináře a různá školení, internetovou stránku *vzpominky.nezavirejteoci.cz*, konzultační linku pro lékaře a vydavatelskou činnost. Viz http://www.cestadomu.cz/cesta-domu-o-s.html , staženo dne: 6. 3. 2011.

[52] Viz http://www.asociacehospicu.cz/o-hospicich/hospice-v-cr/ .

péče.[53] V současné době máme 14 lůžkových hospiců a 384 registrovaných hospicových lůžek.[54]

3.2.3.3. Výzkumy

Dále bych zde zmínila zjištění z výzkumu uskutečněného v rámci publikace *Umírání a paliativní péče v ČR* z roku 2004, která se zabývá paliativní péčí, hospici v České republice a otázkami, kde by lidé chtěli a nechtěli umírat a jak tomu ve skutečnosti je. A výsledky mezinárodní konference *Jak se umírá v ČR?,*[55] která proběhla v roce 2007.

Z výzkumu *Umírání a paliativní péče v ČR* vyplývá, že 68 % úmrtí se odehraje ve zdravotnických zařízeních a 4,5 % v sociálních zařízeních, což znamená, že takřka tři čtvrtiny úmrtí se odehrají v nemocnicích, léčebnách dlouhodobě nemocných (LDN) a domovech důchodců (DD). Zatímco jedna čtvrtina úmrtí nastává doma a méně než 1 % v hospicích. Současné instituce určené k péči o nevyléčitelně nemocné a umírající (LDN, DD, nemocnice), jsou jako místo k umírání nejvíce odmítány (až 80 % respondentů výzkumu si zde nepřeje zemřít). Naopak lidé si nejvíce přejí strávit poslední okamžiky v domácím prostředí, čímž se ale nemyslí sám domov jako spíše domácnost blízkých lidí.[56]

Dá se konstatovat, že z veřejného mínění vyplývá nutnost celkového zkvalitnění péče o umírající (především zlepšení informovanosti nemocných, péče o jejich psychické utrpení a podpory jejich rodin), dále orientovat se na péči o umírající v domácím prostředí a za přítomnosti jejich rodin, naléhavou potřebou je zásadním způsobem zlepšit péči o umírající ve zdravotnických a sociálních institucích, především v LDN a DD, zejména co se týká zachování důstojnosti umírajících. Pokud zde tedy již ke zlepšení nedošlo.[57]

Hlavními překážkami „dobré smrti“ jsou tedy chybějící znalosti i praktické a komunikační dovednosti ošetřujícího personálu, nedostatečné financování péče o umírající, špatné rozdělení kompetencí v péči o terminálně nemocné a stále chybějící systémová, legislativní i praktická podpora domácí paliativní péče.[58]

Podíváme-li se pak detailně na čísla, tak v roce 2002 bylo na lůžka hospiců v ČR přijato 1191 osob. Z toho 831 pacientů v hospici zemřelo a 210 pacientů bylo propuštěno domů. Ve všech českých hospicích pracují dobrovolníci. Přestože hospice poskytují přímou péči méně než 1 % všech terminálně nemocných v ČR, jejich význam tato relativně malá čísla nikterak nesnižují.

---

[53] Umírání a paliativní péče v ČR, 2004.
[54] Viz http://www.asociacehospicu.cz/o-hospicich/hospice-v-cr/ .
[55] Lidé města, 10, 2008, 1. Dostupné online z http://lidemesta.cz/index.php?id=174 .
[56] Umírání a paliativní péče v ČR, 2004.
[57] Novější studie nemám k dispozici, nicméně předpokládám, že se během této doby situace vyvíjí k lepšímu.
[58] Umírání a paliativní péče v ČR, 2004.

Nastavují nový standard péče o terminálně nemocné a vedou ke kultivaci společenského klimatu.

V roce 2007 proběhla Mezinárodní konference *Jak se umírá v ČR?,*[59] kde bylo zmíněno, že podle doporučení Světové zdravotnické organizace (WHO) by mělo na sto tisíc obyvatel připadat alespoň pět hospicových lůžek. V souladu s tímto nařízením by v České republice mělo být o 441 lůžek více k 384 stávajícím.[60] Musíme si však uvědomit, že rozvoj hospicové péče je v ČR ve srovnání s Velkou Británií opožděnější, první moderní hospic v České republice vznikl až v polovině devadesátých let 20. století. Další srovnání se zahraniční praxí poskytují informace o situaci rozvoje paliativní medicíny v sousedním Německu, taktéž zmíněné na konferenci *Jak se umírá v ČR?*. Ačkoliv je Německo v rozvoji paliativní medicíny o něco před námi, setkávají se zde s podobnými problémy jako my: *úmrtnostní statistiky jsou si velmi podobné, více než polovina lidí umírá v nemocnicích, přestože si většina obyvatelstva přeje zemřít doma, specializovaná ambulantní péče se rozvíjí komplikovaně a prostředky na poskytování paliativní péče se shánějí obtížně atd.*[61] Němečtí lékaři se zmínili i o tzv. *lékařsko-vědecké pokrokové pasti*, čímž označují stav nedostatečných finančních zdrojů při stále se rozšiřujících možnostech léčby, které jsou závislé na velmi drahých přístrojích a lécích. Dle toho rozlišili v medicíně dvě skupiny: *lékařskou a ekonomickou medicínu*. *Lékařská medicína* se zaměřuje výhradně na pacienta a jeho léčbu, uvažuje pouze reálné lékařské možnosti bez ekonomických aspektů léčby neboli léčí pacienta za každou cenu. Oproti tomu tzv. *ekonomická medicína* uvažuje jak o pacientovi a jeho zdraví, tak zvažuje i další oblasti, jako je poměr mezi ekonomickou náročností léčby a jejími výsledky.[62]

Sami lékaři připouštějí jisté mezery v péči o terminálně nemocné (jedná se zejména o osamělost pacientů, že jsou bráni jako předmět, absence důstojnosti při umírání nebo také zmechanizovaný proces celého umírání). Problematičnost situace vystihuje asi nejlépe výrok jednoho z lékařů: *„Jako lékař jsem spokojen se současným stavem, jako potencionální umírající ne.“* (Svatošová, 1995, str. 125) Marie Svatošová je toho názoru, že myšlenku hospice můžeme uplatnit skoro kdekoliv, mohla by být použitelná i v nemocnici. Zároveň však upozorňuje na fakt, že poslání nemocnice je trochu jiné než hospice. Středem zájmu je zde nemoc, a ne pacient. Jak dále uvádí, jistého pokroku k lepšímu by se dalo dosáhnout, obohatíme-li domácí péči o více odbornosti a nemocniční péči naopak o přítomnost rodiny a

[59] Lidé města, 10, 2008, 1. Dostupné online z http://lidemesta.cz/index.php?id=174.
[60] Čísla platná ke květnu, 2011. Viz http://www.hospice.cz/otazky-a-odpovedi/ .
[61] Viz Lidé města, 10, 2008, 1.
[62] Viz Lidé města, 10, 2008, 1.

přátel, co pak nelze uskutečnit ani doma ani v nemocnici, to jistě zvládnou v hospicích. (Svatošová, 1995).

Můžeme shrnout, že ačkoliv dochází k celosvětovému rozvoji paliativní medicíny, ve zdravotnických systémech vyspělých zemí se stále jedná o oblast spíše zanedbávanou, podobně je tomu i v českém zdravotnictví. Přes určité změny, ke kterým u nás v posledních letech dochází, stojí stále péče o nevyléčitelně nemocné a umírající mimo hlavní zájem zdravotnického systému. Každoročně v ČR umírá více než 100 000 lidí.[63] Péče o terminálně nemocné a umírající by tak měla být významným tématem veřejného zdravotnictví. Bohužel tomu tak není. Zdravotní pojišťovna stále nechce akceptovat fakt, že hospicová léčba je levnější než ostatní stávající možnosti. Což dokládají i studie ze zahraničí, kde má hospicová péče delší tradici.[64] Nedůvěřivý přístup a stereotypní uvažování ukazuje i fakt, že až v roce 2006 byl lůžkový hospic vymezen v legislativě (mobilní hospic stále není).[65] Způsob a úroveň péče o terminálně nemocné je zcela zásadním způsobem ovlivňován celkovým společenským klimatem (vztahem společnosti k otázkám umírání a smrti) a také způsobem, jak je tato péče na úrovni zdravotní politiky státu deklarována a na úrovni fungování zdravotnického systému organizována.[66] Zdá se potřebné, aby úsilí části jedinců bylo podpořeno i aktivitou státu a zdravotními pojišťovnami, a samozřejmě širší společenskou diskusí, což by dodalo hospicovému hnutí nový impulz.

3.2.4. Pojem „dobrá smrt“ a proměny jejího chápání

Existují různé přístupy k otázce umírání a jejich snaha zajistit důstojný odchod ze života. Podíváme se, jak se pojem dobrá smrt vyvíjel od starověku do dnešní doby. Pojem *dobrá smrt* neboli *eu-thanatos* se pojí s různými významy. Jejím tradičním obsahem je *dobrá smrt* chápaná jako lehká, krásná smrt, přicházející rychle a bezbolestně po dlouhém a spokojeném životě. Později se význam posunuje a pojmem eutanazie se myslí smrt z milosti.

Jedním způsobem, jak můžeme pojem *dobrá smrt* v dnešní době chápat, je jejím spojením s kvalitním, dobrým životem, zachováním důstojnosti jedince do posledních okamžiků, s

[63] V roce 2010 zemřelo v ČR 106.844 lidí. Pro srovnání v tomtéž roce se narodilo 117.153 dětí. Viz http://www.uzis.cz/ .

[64] „Paliativní péče je schopna ušetřit peníze a přitom pacientovi poskytuje kvalitní péči.“ http://www.nhpco.org/files/public/Statistics_Research/Hospice_Facts_Figures_Oct-2010.pdf , str. 11, staženo dne 28. 3. 2011.

[65] „Zvláštní ústavní péče – péče paliativní lůžková – ve znění: Léčba paliativní a symptomatická o osoby v terminálním stavu poskytovaná ve speciálních lůžkových zařízeních hospicového typu“, §22a zákona č. 48/1997 Sb. Viz http://www.hospice.cz/legislativa/ .

[66] Umírání a paliativní péče v ČR, 2004.

kvalitní péčí respektující jedinečnost každého člověka a s lidskou účastí, jak se o to snaží *paliativní medicína*. Neboť jak říká Marie Svatošová: „*Nejde o to naplnit život dny, ale dny životem. A i když člověk umírá, stále ještě žije a měl by své poslední dny strávit co nejlépe. Jsou to právě poslední dny a týdny, které určují, zda bude konec života umírajícími a jejich blízkými prožit jako lidsky důstojný a smysluplný.*“ (Svatošová, 1995, str. 123).

Druhý způsob představuje pojetí moderního *hnutí za euthanasii* usilující o uzákonění či toleranci eutanazie[67] jako důstojné smrti pro pacienty s nesnesitelnými bolestmi či i jinak trpícími. Zastáncům eutanazie jde, řekněme, o urychlení či navození smrti, která člověku pomůže předejít bolesti, osamění a ztrátě důstojnosti. M. Munzarová vidí viditelnější diskuse o eutanazii v posledních desetiletích jako odpověď na jev „technického umírání“,[68] život nemocného trvá, i když je vnímán jako zátěž pro nemocného i jeho blízké. Také zde hraje roli větší respekt západní společnosti k autonomii jednotlivce. Každý nejlépe sám ví, co je pro něj dobré a co chce. (Munzarová, 2005, str. 11) V neposlední řadě je to způsobeno i sekularizací společnosti, kdy se určité hodnoty a ideály vytrácí. Život není brán jako dar, ale jako věc k vlastnění. Krize hodnocení života spočívá i v tom, že společnost je orientovaná na výkon spojovaný s mládím, kdo nepodává výkon, je vylučován. Hnutí pro eutanazii se paradoxně velmi brzy ztotožňuje s *popíráním a odmítáním* umírání a přirozené smrti jako vítězná medicína po 2. světové válce, i když v opačném smyslu: namísto oddalování smrti, se snaží o její urychlení. (Munzarová, 2005, str. 66-69) Eutanazie vyvolává velké emoce a stále je předmětem diskusí. Měli bychom si uvědomit několik potencionálních nebezpečí, která v sobě skrývá, jedním z nich je tzv. *slippery slope* neboli *kluzký svah*, což znamená, že dovolíme-li si dělat něco, co bychom však dělat neměli, okamžitě vyvstanou otázky, zda bychom si nemohli dovolit udělat i něco dalšího. Jestliže povolíme lékařům ukončovat životy umírajících na jejich žádost, nemusí to u toho skončit a možnosti, za jakých je přijatelné *pomoci* někomu umřít, budou rozšiřovány. (Munzarová, 2005, str. 38-39) Dále také není jisté, jak by aplikovaná eutanazie ovlivnila mentalitu pacientů, zda by ji nevolili z jiných důvodů než skutečného fyzického utrpení. Jak doplňuje Svatošová, žádost o urychlení smrti většinou

[67] Eutanazie byla v Nizozemí definována jako *úmyslné ukončení života osoby na její explicitní žádost někým jiným než osobou samotnou (lékařem).* Označovaná také jako *aktivní vyžádaná eutanazie*. Ukončuje-li pacient svůj život sám s pomocí rady lékaře, jedná se o *asistovanou sebevraždu*. V některých článcích se můžeme setkat s označením *pasivní eutanazii*, což znamená přerušení léčby, například odpojení od přístrojů nebo ukončení podávání léčiv, a pojmem eutanazie se již neoznačuje. Při bližším rozboru je vhodné si uvědomit tři důležité body: 1. *Eutanazie je čin a nezahrnuje ustoupení od aktivity (ukončení léčby). 2. Eutanazie je záležitostí chtěnou ze strany nemocného a nelze tedy pod tento pojem zahrnovat takové aktivity, jako je ukončení života novorozenců nebo pacientů v kómatu. 3. Eutanazie je záměrné ukončení života, ukončení je v úmyslu jednajícího (pojem se nevztahuje na nezamýšlené ukončení života, např. při tlumení bolesti opiáty)*. (Munzarová, 2005, str. 35)

[68] Haškovcová, 2000.

značí, že nemocnému něco chybí. Podaří-li se nám tuto potřebu nalézt a uspokojit, můžeme předejít volání po eutanazii. Mezi příčiny žádosti o urychlení smrti patří hlavně *bolest, strach, nezájem a neúcta k člověku.* Záleží i na tom, jak se na nemoc díváme, onemocnění nemusí vždy znamenat pouze negativní zkušenost, dá se pochopit i jako příležitost pro nemocného i pro celé jeho okolí. Podaří-li se nám tuto příležitost uvidět a využít, může být nemoc plodnou a cennou životní zkušeností. (Svatošová, 1995, str. 36) „*O smysluplnosti života rozhodují jeho vrcholné body a jediný okamžik může dát zpětně smysl celému životu*". (Frankl, 1996, str. 62)

3.2.4.1. Proměny nazírání „dobré smrti" ve filosofické tradici

Pro lepší porozumění tématu smrti a umírání se podíváme, jak se pojem *dobrá smrt* vyvíjel od starověku ve filosofické tradici. Začněme u hippokratovy přísahy, ze které vychází tradice lékařství a ošetřovatelství. V jednom z jejich odstavců se říká, že lékař bude *aplikovat dietetická* (odpovídající zásadám správné výživy)[69] *opatření pro dobro nemocných podle svých schopností a podle svého úsudku, bude je bránit před poškozením a před křivdou. Nepodá nikomu smrtící látku, i kdyby ji nemocný žádal, a ani nikomu tuto možnost nenavrhne*. (Kutnohorská, 2007, str. 102) U klasických národů byl zdůrazňován způsob umírání, bylo žádoucí, aby člověk umíral *dobrou smrtí*, v klidu, ve vyrovnaném stavu mysli a za sebekontroly. Sebevražda ve starém Řecku byla sice přípustná, ale pouze na rozkaz obce, při nevyléčitelné nemoci nebo při bezmezné hanbě. Pythagorejci z náboženských důvodů se zabitím nesouhlasili a zdůrazňovali respekt k lidskému životu. Naproti tomu Sokrates namítal, že protahovat život v bolesti a utrpení není správné. Smrt chápal jako bezesný věčný spánek a proto se jí neobával. Ačkoliv Platon se na sebevraždu díval v zásadě negativně, při zničující a bolestné chorobě by ukončení života schvaloval. Ve *Faidonu* uvádí, že člověk může spáchat sebevraždu, pokud trpí smrtelnou nemocí a není pro něj žádné záchrany. V *Ústavě (Políteiá)* popírá, že by člověk vděčil za život bohům a neměl tedy právo ukončit své strádání. Hodnotu člověka váže ke státu. Aristoteles byl toho názoru, že vyhýbat se těžkostem je zbabělé. Člověk by se měl postavit vůči smrti. Umírat v odvaze a nepodat se smrti ani v případě terminální choroby je velkým mravním testem ctnostného člověka (Munzarová, 2005, str. 25-27) Rozdílné pojetí mají kynici, pro něž je sebevražda východiskem z každé situace, kdy se člověku nedaří vést rozumný život, „*buď rozum, nebo provaz.*" (Rist, 1998, str. 247) Na druhou stranu moudrý člověk má mnohem důležitější věci na práci, než se zabíjet, takže není důvod se touto otázkou moc zaobírat. Zajímavým směrem byl epikureismus, který byl radikálně individualistický a odmítal se zabývat čímkoliv, co by jeho současný život

[69] Viz heslo dietetik. (Klimeš, 1981)

přesahovalo. Říká, že štěstí, kterého můžeme dosáhnout, je omezené. Na místo velkých ideálů by měl člověk využívat toho, co mu život nabízí a štěstí hledat v tom, že se zbaví bolesti a strachu. Štěstí dle Epikúra je životní pocit přítomné chvíle, který si člověk nesmí nechat pokazit ani strachem z budoucnosti (např. smrti) ani jinými strastmi. Vyvstává zde otázka, zda není lepší v případě trápení život dobrovolně ukončit. Epikúros však říká, že kdo je moudrý, nevzdá se života a nebude se o něj bát. (Sokol, 2010, str. 115-116) Stoici byli žáky kyniků, ale na problém sebevraždy se dívali odlišně. Hledali, kdy je rozumné se zabít. Moudrý člověk pozná, kdy je pro určitý čin vhodný okamžik. Střední stoa byla pro odchod, až se nám dostane znamení. „*Smrt je přístav a pro nás připravené útočiště*." (Rist, 1998, str. 255) Seneca znamenal obrat v jejich učení. Pomíjí čin božského znamení a vyzdvihuje obecnou platnost práva na sebevraždu. (Rist, 1998) Stoikové uznávali volbu eutanazie, jestliže jedinec nemohl dosáhnout souladu mezi poznáním sebe sama a jeho individuálními potřebami, kvůli bolesti, chorobě anebo tělesným abnormalitám. Avšak aby eutanazie mohla být zdůvodněná jako čin rozumný, musí motivace být odpovídající a vše muselo být zváženo i vůči ostatním. (Munzarová, 2005, str. 27). Hodně ohledně nauk stoiků se dozvídáme od sv. Augustina. Pro křesťany to bylo důležité téma. Sebevražda byla nepřijatelná, i když například Jeroným se zmínil, že za jistých okolností je to možné (dívky chránící své panenství). Augustin mluví o pochopení s některými sebevrahy a říká, že by jim mělo být odpuštěno, tím však už předpokládá hřích. Důležitý rozdíl mezi stoickým mudrcem a křesťanem je hrdost, pro kterou se stoici zabíjejí, zatímco snášení hany je záležitostí křesťana. (Rist, 1998) Stoici byli pro evropskou tradici významní kvůli svému zdůraznění lidské individuality a autonomie. Křesťanská tradice vnesla do vztahu k umírajícímu a trpícímu člověku nový prvek, v přístupu k trpícímu se uplatňuje milosrdná láska, neboť trpící člověk zrcadlí utrpení Ježíše Krista. (Kutnohorská, 2007, str. 30) Thomas Moore (1516) se ve svém díle *Utopie* zmiňuje, že nevyléčitelně nemocný by měl mít právo zbavit se svého utrpení. Nový smysl pojmu eutanazie prý přiřkl Francis Bacon, když rozlišil *vnější eutanazii* a *vnitřní přípravu na smrt*.

Otázkou smrti (která se pojí s otázkou eutanazie) se zabývali i moderní filosofové. Zmiňme alespoň několik z nich. Smrt se v existenciální filosofii J. P. Sartra, M. Heideggera a K. Jasperse stala podstatným prvkem, který u Sartra ukazuje na bezvýchodnost a absurditu lidské existence. U Heideggera je smrt brána jako základní určení bytí člověka neboli „bytí ke smrti" nebádající k „autentickému" životu a vymanění se z „propadlosti světupovšechnosti", v níž se člověk zříká své autonomní svobody volby a sebeurčení. Jasperse chápe smrt jako „mezní situaci", což je prostor pro „skok" z oblasti imanence do oblasti transcedence (tím že ve svobodném aktu důvěry zvolí transcendentní smysl smrti třeba skrze víru). I Freud se ve své

psycho-analytické filosofii vyjádřil k fenoménu smrti. Freud tvrdí, že vlastně nikdo nevěří na svou osobní smrt a naopak každý v hlubině svého podvědomí uvažuje o vlastní nesmrtelnosti. Náš postoj k smrti druhých je pak dle Freuda ambivalentní: je jak pocitem ztráty někoho blízkého, tak i uspokojením z „odchodu rivala“. (Ondok, 1999, str. 115-116) S tímto se dá jenom souhlasit, protože naše vlastní smrti je pro nás nepředstavitelná, když přijde, už ji nemůžeme vnímat. Opravdu prožít tak můžeme pouze smrt toho druhého, která v nás vyvolá smutek a bolest nad ztrátou blízkého.

K tomuto tématu bych asi jenom dodala, že jak bylo řečeno výše: bezpodmínečná úcta ke každému lidskému životu, nemůže dovolit a zejména obhájit zabití člověka. Ačkoliv stále existuje malé procento lidí, kteří trpí bolestmi, které nelze dostupnými léky plně tlumit, eutanazie nemůže být tou pravou odpovědí. Je zde příliš otázek a možností o její správnosti a důsledcích než, aby mohla být bez problémů aplikovatelná. *Riskovat životy jiných je nezodpovědné*.[70] Každý se bojí smrti, zejména utrpení a bolesti. Proto lidé mohou přitakat smrti z milosrdenství, ale je nutné seznámit společnost s tím, že existuje i jiná cesta a tou je paliativní medicína.

3.2.5. Život v lidské společnosti

Jak jsme viděli výše, otázka umírání byla předmětem veřejných diskusí již před mnoha staletími, odpověď na ni se vždy pojila s celkovým přístupem k životu. V následující části bych se ráda blížeji podívala na pojmy jako etika, morálka (a mrav), které by mohly pomoci mému cíli objasnit, jak významné je pomáhající chování (přeneseně i dobrovolnictví) pro společnost a její hodnoty. Neboť dobrovolnictví můžeme chápat jako pomáhající chování, které je jednou z podmínek pro harmonické soužití s ostatními ve společnosti. Způsob, jak se společnost staví ke svým slabším, nemohoucím, umírajícím a jak chápe smrt, je pak ukazatelem jejího mravního vývoje. Otázka důstojného umírání v moderní době disponující technicky pokročilou medicínou vyvolává nové etické problémy. To ukazuje i vznik nové etické disciplíny, bioetiky. Jaké odpovědi na tyto otázky poskytneme, je sice pouze na nás, ale naše stanovisko nepostihne pouze nás, ale i generace přicházející po nás. Vzniká tak jistá zodpovědnost za naše činy, která se nevztahuje pouze k naší současnosti, ale i budoucnosti, a skrz zodpovědnost za dědictví i k minulému.[71]

[70] Sokol, 2007, str. 201

[71] S tím, jak člověk stále více rozhoduje o podstatných věcech svého života, přebírá stále větší odpovědnost i za život jako takový. Modernizace života a společnosti v posledním století přinesla radikálně nové možnosti, jak zasahovat do procesu reprodukce, do předávání, počínání i ukončování života. Přinášejí také nové etické

Slovo **etika** má tři jazykové základy: řecké *ethos* znamená způsob jednání, postoj. Latinské *mos* značí vůli uloženou člověku bohy nebo panovníkem, tradiční mravy a obyčeje. A poslední slovanský základ ukazuje, že české slovo mrav pochází z praslovanského *norv*, označující něco co se obecně líbí, co je vhodné. (Kutnohorská, 2007, str. 13-14) Souhrnně lze říci, že etiku lze chápat jako *obyčej, zvyk* či *filosofickou nauka o dobrém jednání*. Etika ukazuje společné a obecné základy, o které se opírá morálka. Morálka je charakteristická tím, že udává konkrétní pravidla, jak bychom se měli a neměli chovat, vyžaduje od člověka, aby se v něčem omezil (nezabiješ, nepokradeš, zákaz incestu, lži, sexuální omezení, stravy). Morální pravidla mezi různými tradičními kulturami jsou si vcelku podobná. V dnešní multikulturní společnosti je společné založení mravních pravidel velmi aktuální. Mnoho filosofických etik zakládá morální pravidla na principu, že mravné jednání se dlouhodobě vyplácí.[72] Řada etických systémů vychází z biblického *zlatého pravidla*: „*Co nechceš, aby ti jiní činili, nečiň ani ty jim*“ nebo Kantova kategorického imperativu: „*Jednej tak, aby se tvé jednání mohlo stát pravidlem pro všechny.*“ Jejich slabinou je právě to, že se vyplatí a platí pouze v dlouhodobém horizontu a s ohledem na celou skupinu, ale v krátkodobém horizontu vyhrávají jedinci sobečtí. (Sokol, 2007, str. 299-300) Vzpomeňme si však na Franse de Waala a jedno z jeho vysvětlení pomáhajícího chování: reciproční altruismus, který vlastně také předpokládá, že dnes něco obětuji a v budoucnu něco dostanu. Jak dále uvidíme, péče o komunitu založená na jistých pravidlech, jako je reciprocita, která je jedním ze základních kamenů morálky, je významná pro přežití celé společnosti i jedince v ní.

Mravnost je způsob jednání člověka řídící se buď společenským mravem či nějakou představou správného jednání. V tradičních společnostech mají normy mravnosti náboženský základ. S mravností osobní se můžeme prvně setkat u Sókrata nebo v Bibli. „*Nepřidáš se k většině, když páchá zlo.*“ V pozdní antice dochází ke spojení mravnosti s představou ctnosti, která je *sama sobě odměnou* (stoa). Nicméně v moderních společnostech ztrácí mravnost náboženský základ a je chápána čistě jako *konvenční*. Ačkoliv filosofické teorie mravnosti zdůrazňují princip rovnosti, společenský charakter člověka a jeho odpovědnost vůči druhým,

---

problémy, které nebude možné řešit na základě představy individuálního života, respekt ke každé lidské osobě se bude muset rozšířit o ohledy vůči těm, kdo přijdou po nás. *Můj život je také součástí života vůbec a v tomto smyslu tedy nepatří jen mě*. (Sokol, 2010, str. 44)

[72] *Filosofická etika bývá spíše etikou elit, které se omezují i z jiných důvodů. Na rozdíl od filosofických etik, které zdůvodňují omezení pozdějším užitkem, vychází náboženská etika z opačného předpokladu: k mravnímu sebeomezování zavazuje člověka vděčnost za dar života a světa. Důvodem sebeomezení tedy není budoucí užitek, nýbrž nezasloužený užitek minulý a již přijatý. Novověký úpadek náboženské etiky souvisí se ztrátou pocitu, že by život, svět, existence byly darem, a tedy s úpadkem náboženství vůbec*. (Sokol, 2007, str. 300-301)

nebo nutnost převzetí odpovědnosti a jistou *věrnost sám sobě* pro celistvost života, zůstává laická mravnost spíše záležitostí elit. (Sokol, 2007, str. 341) Dalo by se říci, že společenský mrav je jako *topografie prostoru možných jednání a nejednání*. (Sokol, 2007, str. 191) Také udržuje společnost pohromadě a odlišuje ji od jiných (jak zdravit souseda, jak se chovat při jídle, na veřejnosti apod.). Na druhou stranu, mrav vzniká z lidských zkušeností, a proto se mění. Společenský mrav se ve všech společnostech týká pěti hlavních oblastí: *1. účesů, vlasů a vousů 2. oblečení 3. společného jídla a stolování 4. chování vůči jiným lidem, zejména starším 5. vztahů mezi pohlavími*. Na výše uvedených bodech závisí i stabilita společnosti. Pro moderní společnost platí, že se v ní mrav pomalu rozpadá a tím se následně rozpadá i sama společnost. (Sokol, 2007, str. 190-196) V mé práci se věnuji čtvrtému bodu, mezi chování vůči starším lidem spadá i péče o ně. Zkusíme-li si představit, jak se k starším lidem chovali lidé před několika staletími a srovnáme-li tento obraz s naším dnešním přístupem, můžeme vidět, jak se mravnost proměňuje.

Předstupněm mravnosti byla dle Franse de Waala rovnostatkářská etika. *„Péče o komunitu*[73] *vychází z nezbytného zájmu každého organismu na sociálním prostředí, které by bylo optimální pro jeho přežití a rozmnožení.“* (de Waal, 2006, str. 250). Jak dále pokračuje, jádrem lidské mravnosti je tedy vědomá péče o společnost. Péči o komunitu můžeme definovat jako *zájem každého jedince na posilování těch charakteristik komunity či skupiny, které zvyšují prospěch vyplývající ze života ve skupině pro něj a jeho příbuzné.* Porozumění tomu, že každá událost ve společnosti spouští kaskádu dalších, umožňuje všem jedincům aktivně se zapojit do utváření charakteru společenství. Touha po způsobu života, který by dával slušné možnosti každému, může být nahlížena jako evoluční pokračování potřeby vyjít s ostatními a spolupracovat s nimi. (de Waal, 2006, str. 251-254)

Sokol zmínil, že mravnost se může odvolávat na společenský charakter člověka a jeho odpovědnost za druhé, podobnou odpovědnost bych spatřovala ve snaze každého jednotlivce o udržení harmonie ve společnosti či komunitě, snahu předcházet konfliktům a být tak silnější

[73] Komunitou rozumíme souhrn osob, které žijí v určitém vymezeném prostoru, kde vykonávají každodenní aktivity a obvykle tvoří autonomní jednotku, nebo tím myslíme pospolitost danou zvláštním typem vnitřních vazeb a jejich zařazením do širšího sociálního prostředí. Komunity tradiční existovaly po většinu doby, byly ohraničeny prostorově, příbuzenskými vztahy, vlastními zdroji, suverenitou uvnitř i vně společnosti a společnou hodnotovou orientací svých členů. Takové typy komunit se v moderní společnosti mění na společenství ne zcela soběstačná. Jejich členy spojuje buď způsob smýšlení, nebo dokonce jenom cíl, ale nikoli představa o cestách k jeho naplnění. (Hartl, 1997)

a schopnější přežít, jak píše de Waal. Záleží tedy jen na nás, zda převezmeme zodpovědnost za náš život v širším smyslu a jakou zkušenost budeme předávat dál. [74]

S lidskou mravností souvisí následující sklony a tendence, jež vypozoroval de Waal ve společenství primátů:

1) Rysy související se soucítěním – *vzájemné vazby, pomáhající chování, nakažlivost emocí. Naučené přizpůsobení a zvláštní zacházení s postiženými a poraněnými. Schopnost mentálně si vyměnit místo s druhými jedinci (schopnost vcítit se do druhého).*
2) Charakteristiky vztahující se ke společenským normám – *předpisová sociální pravidla, internalizace pravidel a očekávání trestu.*
3) Reciprocita – *koncept dávání, výměny a odplaty. Moralizující agrese vůči jedincům porušující pravidla reciprocity.*
4) Schopnost spolu vycházet – *usmiřování a vyhýbání se konfliktu. Zájem o stav společenství a aktivní údržba dobrých vztahů. Sdílení protichůdných zájmů prostřednictvím vyjednávání.* (de Waal, 2006, str. 254-255)

Jak už víme, altruismus souvisí s morálkou, pro její evoluci byly dle Franse de Waala nutné tři podmínky. První je *význam skupiny*, která označuje závislost na skupině při opatřování potravy nebo obraně před nepřáteli. Další je *vzájemná pomoc*, která poukazuje na význam spolupráce a reciproční výměny uvnitř skupiny. A poslední je *vnitřní konflikt*, což znamená, že jednotliví členové skupiny mají rozdílné zájmy, konflikt musí být řešen skrz rovnováhou individuálních a kolektivních zájmů, což je možné řešit na dyadické (interakce dvou jedinců) nebo vyšší úrovni (péče o komunitu neboli o dobré vztahy mezi ostatními, zprostředkovávání při řešení sporů aj). (de Waal, 2006, str. 45-46)

Vraťme se ale ještě k J. Sokolovi, který na rozdíl od ostatních autorů rozlišuje pojmy mravnost a morálka. Nerozlišování pojmů jsme mohli postřehnout jak u de Waala, tak i u J. Kutnohorské, která definuje etiku jako *vědeckou disciplínu, jejímž objektem je mravnost,*[75] kterou dále slučuje s morálkou.

Morálku pociťujeme, když se rozhodujeme dle toho, co za správné považujeme my a opouštíme názor většiny. (*nepřidáš se k většině, páchá-li zlo*). (Sokol, 2007, str. 197) Toto jednání se nejlépe projeví ve sporu (jako u Sókrata). Díky mravu či obyčeji můžeme rozlišit,

[74] Život znamená jak můj život (vnitřní a soukromí), tak také život vůbec (všechno, co žije, v současnosti i v minulosti a budoucnosti). (Sokol, 2010, str. 31)

[75] Kutnohorská, 2007, str. 11.

kdo je vychovaný a kdo ne, v morálce jde o rozlišení individuální: co je správné a co špatné. Mrav po nás žádá jisté chování, ale neptá se proč. V morálce už se takto ptát musíme. Sokol to ukazuje na příkladu otázky proč „nezabiješ“, na kterou existují tři druhy odpovědí: *pragmatickou* (někdo by tě zabil), odpověď dle *laické morálky* (nesmí se to a stihl by tě trest) a *náboženskou* (život jsme dostali a není náš), jen ta se dle Sokola odvolává přímo na naše svědomí a na naší vnitřní osobu, a proto se z ní nelze vykroutit. Avšak předpokládá něco, co nemáme všichni - „úctu k životu“. (Sokol, 2007, str. 199)

Pro zajímavost zde můžeme zmínit názor V. E. Frankla, který je spíše v rozporu s výše zmíněným, neboť dle něj v člověku neexistuje nějaká mravní nebo náboženská hnací síla, která by určovala jeho bytí na způsob základních instinktů. K morálnímu chování není člověk puzen, nýbrž se k němu v každém případě rozhoduje. Chová se mravně nikoli, aby měl dobré svědomí, ale kvůli věci, jíž se oddal. (Frankl, 1997, str. 67) Frankl se také zmiňuje o současném stavu společnosti a jedince v ní. Obdobně jako Sokol říká, že mravnost bledne a rozpadá se a s ním i celá společnost, mluví Frankl o *existenčním vakuu*, čímž myslí rozšířený jev 20. století, způsobený dvojí ztrátou, kterou člověk utrpěl v dějinách. Hned na počátku lidských dějin ztratil některé pudy, jimiž je dáno chování jedince. Člověk tak musí provádět volbu. Další ztráta je, že mu žádný instinkt ani tradice neříká, co by měl učinit. Neví tedy, co má dělat a nechává se ovládat jinými lidmi. Existenční vakuum se projevuje hlavně stavem nudy. Jeho důsledky můžeme vidět např. u alkoholismu, zločinností mládeže, neuróz či sebevražd. (Frankl, 1997, str. 70-71)

Viděli jsme, že mravnost je ústředním prvkem zařazení se do společnosti. Moderní doba vyvíjí na člověka větší a větší požadavky, týkající se i jeho mravnosti. Je nutné, aby člověk svou mravní odpovědnost chápal v širších souvislostech než dřív, důsledky našich činů totiž, ať už jsme je způsobili my nebo ne, dopadnou na naše potomky i na přírodu kolem nás. (Sokol, 2010) Proto Sokol (2010) dále zmiňuje potřebu vytvoření nové univerzální mravnosti, která by poskytovala odpovědi na otázky moderní společnosti. Pomocnou ruku nám dle Sokola nabízí praktická filosofie, která se zabývá tím, jak máme žít. Ačkoliv není schopna nám poskytnout jednu univerzální odpověď, poskytuje nám jistá hlediska, dle kterých můžeme volit a rozhodovat se. Jana Kutnohorská (2007) říká, že otázka po smrti je právě otázkou praktické filosofie, neboť se ptá, jak se umíme se smrtí vyrovnat.

Na rozdíl od jiných sfér, umírání a smrt nejsou záležitostí pouze celého kolektivu, jejich specifičnost tkví v tom, že dostihnou každého člověka, proto je v zájmu každého jednotlivce, aby se této tématice věnovala dostatečná pozornost a zájem.

3.2.5.1. Praktická filosofie v ošetřovatelství

Jak už víme, etika nám pomáhá odlišit mravné a nemravné chování a díky tomu se rozhodnout k správnému jednání. Zvláště citlivé otázky v souvislosti se vznikem a závěrem života a života vůbec studuje *bioetika.* Mezi základní etické principy v ošetřovatelství patří: 1) *Autonomie* neboli každý by měl mít právo určovat své chování a jednání dle svých osobních etických zásad. 2) *Benefice* znamená konat dobro a vyknout se působení škody. 3) *Důvěryhodnost* neboli věrnost svým závazkům a jejich dodržování, jde o dodržení slibů a zachování citlivých dat. 4) *Spravedlnost* se týká rovného jednání s lidmi, kteří jsou v podobné situaci a diferencovaného jednání s lidmi nacházejících se v různých situacích. 5) *Pravdomluvnost* označuje princip říkat druhým pravdu. (Kutnohorská, 2007, str. 18)

Podíváme-li se na poslední princip detailněji, objeví se před námi spousta otázek: *kdy, komu, jak a kdo by měl podávat pravdivé informace o nepříznivé diagnóze?* Vývoj názorů na sdělování pravdy nemocnému prošel jen ve dvacátém století mnoha cestami. Po 1. světové válce a zejména po 2. světové válce a holocaustu převládla strategie milosrdné lži (*pia fraus*), která byla zdůvodněna ohleduplností vůči pacientovi. V druhé polovině 20. století došlo k několika proměnám (pokrok medicíny v léčbě onkologických onemocnění, pozornost a dokumentace psychického prožívání vážné nemoci, která odhalila, že nemocný o své diagnóze většinou ví nebo ji tuší, ale bez informací od lékaře si důsledky a budoucnost domýšlí, společenská dohoda o sdělování pravdy - nerozhodují pouze zdravotníci, ale i celá společnost). Je tedy stanoveno, že nemocný má dostávat pravdivé informace, které unese.[76] (Kutnohorská, 2007, str. 64-65) Velmi zde záleží na taktu konkrétního lékaře. Obecně lze říci, že nejdříve se má diagnóza sdělit nemocnému a až poté s jeho souhlasem jeho příbuzným. Přesné informace o délce života a uzdravení se nepodávají, protože řekne-li se pacientovi přesný počet dní, které mu zbývají a on tyto dny „přežije“, vznikne u něho pocit velmi nepříjemné psychické tísně. Nemocnému by se také nikdy nemělo výslovně říci, že umírá, ale raději použít slova jako vážné onemocnění apod. Taková informace by měla být podepřena jistou nadějí, která neznačí lhaní, ale podání informací o všech možnostech léčby. Pokud se neinformovaný člen rodiny obrátí s přímou otázkou na nějakého člena ošetřovatelského týmu, měla by se mu se souhlasem ošetřujícího lékaře podat informace o stavu jeho blízkého. (Kübler-Ross, 1995, str. 22-23)

---

[76] Etický kodex České lékařské komory (§ 3.4) uvádí: *Lékař je povinen, pro nemocného srozumitelným způsobem, odpovědně informovat jeho nebo zákonného zástupce o charakteru onemocnění, zamýšlených diagnostických a léčebných postupech včetně rizik, o uvažované prognóze a o dalších důležitých okolnostech, které během léčení mohou nastat. (§ 3.5): Zadržení informací o nepříznivé diagnóze nebo prognóze je možné individuálně v zájmu nemocného dle úvahy a svědomí lékaře …* (Kutnohorská, 2007, str. 53).

3.2.5.2. Péče o duši a umění doprovázet.

- ***V.E.Frankl a logoterapie.***

Viděli jsme, že terminálně nemocný pacient může procházet širokou paletou pocitů a nepřipravené okolí nemusí umět správně reagovat a tím způsobí ještě více škody, což si při nevyléčitelném onemocnění nikdo nepřeje. Člověk však může být nemocen a přitom se cítit relativně dobře. Jak toho docílit, bych chtěla vysledovat v následujícím textu.

Člověk, který trpí, má větší tendenci pátrat po tom, *jaký smysl to všechno má*. Takovéto otázky však kdekoho přivedou do rozpaků, lékaře nevyjímaje. Autorů, kteří se péčí o duši či doprovázením umírajícího zabývají, je čím dál tím více. Příkladem může být již zmíněná E. Kübler-Ross, H. Haškovcová, M. Munzarová, J. Křivohlavý nebo V. E. Frankl, o jehož péči o duši bych se zde chtěla zmínit. Franklova *logoterapie* pomáhá doprovázející osobě chápat každý život jako dobrý a smysluplný. Podobně i pacientovi vysvětluje, že jeho utrpení má smysl, i když tento smysl si musí najít každý sám. V. E. Frankl popisuje péči o duši takto: „*Lékařská péče o duši nemá být žádnou náhražkou náboženství. Nechce být ani náhražkou psychoterapie v dosavadním smyslu, ale jejím pouhým doplněním. Chceme jen překročit kruh lékařského jednání a vyčerpat možnosti lékařského konání*“ (Svatošová, 1995, str. 41-42). Podívejme se tedy na jeho dílo detailněji.

Logoterapie neboli *léčení pomocí nalézání smyslu,* (řecké *logos* znamená smysl), má poukazovat na to, že lidský život se vždy vztahuje k nějakému smyslu. Dle Frankla je úsilí nalézt smysl vlastního života prvořadou motivační silou v člověku. (Frankl, 1997) Nejde však o to, co očekáváme od života my, ale co život očekává od nás. Zakoušíme výzvy a otázky života, na něž správně odpovíme jedině odpovědným jednáním. Každá situace je specifická, stejně jako člověk. Pokud konkrétní situace ukládá utrpení, bude muset člověk i v něm vidět úkol. Tím hlavním je, jak toto utrpení snášíme a přijímáme. (Frankl, 1997, str. 65)

Vrátíme-li se k počátečnímu problému, jak odpovědět pacientovi tázající se po smyslu života či utrpení, Frankl odpovídá, že lékař tuto otázku nemůže zodpovědět. Neměli bychom hledat abstraktní smysl života. Člověk by se neměl tázat, co je smyslem jeho života, ale vzít vážně konkrétní otázky, které mu klade v každé chvíli život. Pravou odpovědí na tyto otázky je jen odpovědnost za vlastní život. V odpovědnosti je dle logoterapie podstata lidské existence. Což velmi připomíná, názor Sokola, který zdůrazňuje zodpovědnost za dar života a vůči společenství. Člověk je tvor zodpovědný a je povinen uskutečňovat možný smysl života, čímž Frankl zdůrazňuje, že pravý smysl života může být nalézán spíše ve světě než uvnitř člověka. Můžeme jej dosáhnout třemi cestami: *prováděním nějakého činu, zakoušením nějaké hodnoty,*

utrpením. Kdykoliv jsme vystaveni situaci, které se nemůžeme vyhnout, která je nepříjemná, bolestivá, ale nevyhnutelná, dostává se nám příležitost uskutečnit nejvyšší hodnotu a naplnit nejhlubší smysl, který je skryt v utrpení. Utrpení přestává být utrpením, jakmile nalezneme smysl. (Frankl, 1997, str. 72-73) Nicméně, pro nalezení odpovědí na otázky, jež před nás život klade, je nutné postavit se pravdě čelem a připustit si otázku. To jenom zvýrazňuje právo na pravdivé informace.

Viktor E. Frankl rozlišuje tři kategorie hodnot: *tvůrčí hodnoty*, uskutečňující se v naší činnosti: v manuální práci, duševní či umělecké aktivity. Patří sem vše, co člověk aktivně utváří a přináší jako hodnotu do světa. Na této úrovni nebývá problémem hodnoty vypozorovat. Snad každý spatřuje smysl v tom, když něco dělá. Další kategorií jsou *zážitkové hodnoty*, které uskutečňujeme v prožívání světa, např. při pozorování západu slunce nebo poslechu vážné hudby. Tyto hodnoty souvisí s naší emocionalitou, zpříjemňují nám život. Jedná se o momenty, v kterých si člověk pomyslí, že *„už jen pro to stojí za to žít“*. Takový moment může být ukazatelem velikosti života. Frankl to vysvětluje na příkladu: *výška pohoří se také měří dle nejvyššího bodu a ne v údolích*. Tedy i takový okamžik, například láska, může být vrcholem lidského života a zpětně dát smysl celému životu. Poslední kategorií hodnot jsou *hodnoty postojové,* které patří mezi ty nejvyšší a realizují se při omezení životních možností člověka třeba následkem nemoci. Člověk se musí aktivně a svobodně rozhodnout, jak se k dané situaci postaví a jak ji přijme. Postojové hodnoty se uplatňují v situacích zdánlivé bezmocnosti proti osudu, ale člověk zde přitom proměňuje nezměnitelnou situaci svým vlastním postojem. Jak napovídá název jiné Franklovi knihy - *A přece říci životu ano*, je právě toto nejvýznamnější myšlenkou celé logoterapie i samotného autora. Lidská existence nemůže být nikdy zcela beze smyslu. (Frankl, 1996)

- ***Umění doprovázet***

Skutečné doprovázení znamená jít kus cesty společně.[77]

Proč je doprovázení umírajícího či těžce nemocného tak důležité? Protože právě když je člověku nejhůře, nejvíce potřebuje dobrého přítele, kterému se bude moci svěřit se svými obavami a bolestmi. Nemocný má také často tendenci vidět jen jednu cestu a právě druhá osoba mu může ukázat, že existují i jiné možnosti. (Křivohlavý, 1989). Již ve středověkém *ars moriendi* bylo zmiňováno, že umírající by měl prožívat svou smrt ve společenství s lidmi,

[77] Svatošová, 1995, str. 19.

kteří mu mohou dopomoci ke smíření s vlastním životem, vinou a beze strachu spočinout v Bohu. (Grün, 1997) Umírání nám vlastně umožňuje nalézt smysl svého života.

Současní autoři se na pomoc nemocnému dívají podobně, například Jana Kutnohorská (2007) definuje péči jako *pomoc potřebným formou asistence, podpory a ulehčení při zlepšování kvality života a při střetu s nemocí.*[78] Péče by měla být poskytována humanistickým, empatickým a uctivým způsobem, protože jen tak může naplňovat důležité potřeby jedince a jeho rodiny. V knize M. Munzarové (2005) nalezneme citaci bioetika D. Callahana, jenž vystihuje co je to *pečovat* o nemocného, takto: „*Pečovat o někoho znamená věnovat mu čas, pozornost, sympatie a veškerou sociální podporu, jíž jsme schopni, abychom učinili jeho situaci snesitelnou, a pokud ne snesitelnou, tedy aspoň takovou, která nikdy nevede k opuštění nemocného, k nejhoršímu ze všech lékařských zel vůbec. Přechod ze života ke smrti musí stát v centru dramatu lidského života. Ti, kteří ke smrti přecházejí, potřebují doprovod a péči jiných proto, aby byli začleněni ve společnosti až do nejposlednějšího možného okamžiku. Je třeba je ujišťovat, že nebudou zapomenuti, že smrt jejich těla nebude předcházet smrt jejich sociálního bytí, že nebudou vytlačeni z pohledu a z myslí bojácných zdravotníků a rodin. Největší hodnota hospicového hnutí tkví v jeho přínosu k péči o umírající a v tom, že znovu otevřelo možnost kladného přijetí nemoci a smrti“.*[79] Nezáleží, zda jde o jedince handicapované, tělesně postižené, duševně či jinak nemocné, všichni potřebují ujištění, že nebudou odděleni od společnosti a budou stále přijímáni jako cenní a milovaní členové společnosti. Což má význam a dopad zpětně i na celou společnost. (Munzarová, 2005, str. 70-71)

Jana Kutnohorská dále říká, že pečování se často ztotožňuje s morálními atributy, jako je potřeba být někým ochraňován, nebo naopak někoho ochraňovat nebo s potřebou lásky.[80] Péče je tak etickým závazkem, což znamená specifickou povinnost, kterou lidé mezi sebou uskutečňují. Dále zdůrazňuje, že pečování je člověku přirozené a univerzální, což dokládá na výzkumu M. Leiningerové, zakladatelky akademického oboru transkulturního ošetřovatelství. Její výzkum ukázal, že mezi péčí a lidským zdravím existuje přímý vztah, a dokonce pečovatelské jednání slouží i ke snížení interkulturních stresů a konfliktů. Významné je, že jej praktikují všechny kultury a je důležitý pro evoluci lidstva. (Kutnohorská, 2007, str. 42-43)

[78] Kutnohorská, 2007, str. 43.
[79] Callahan, 1990, in Munzarová, 2005, str. 70-71.
[80] Srovnejme toto s F. de Waalem, který taktéž poukazuje na prvky rodičovské péče v lidských vztazích a z toho vyvozuje kořeny altruismu v rodičovském chování. Viz výše de Waal, 2006, str. 56-57.

Přejděme však k doprovázení samotnému. Seymourová (2007) podotýká, že pečování je základním prvkem paliativní péče. Jeho náplní je nejen starost o fyzický stav pacienta, ale také navázání a udržení vztahu s druhou osobou. Může tak ale vzniknout problém s tím, jak udržet silné emoce v určitých hranicích a přitom neztratit láskyplný vztah k druhé osobě. (str. 66) Poskytnout umírajícímu psychickou podporu je nesmírně náročné, i proto, že jsme při této činnosti konfrontováni s naší vlastní konečností. Což jak jsme viděli, většinou nebylo a není jednoduchou záležitostí. Pro profesionála je nutná jistá speciální příprava, důraz se klade na individuální přístup k nemocnému ze strany ošetřujícího personálu a spoluúčast rodiny. Doprovázející by měl pomoci zvládnout umírajícímu jeho poslední úkol, dát mu na to dostatek sil (dobře známými zdroji sil jsou láska, naděje, smích a smysl pro humor).[81] Jak říká Svatošová: „*Doprovázení umírajících ubere kus sil, ale přidá kus moudrosti a zralosti*“ (Svatošová, 1995, str. 124), a dále cituje E. Kübler-Ross: „*Právě od našich pacientů se učíme poznávat pravé hodnoty života. Kdybychom byli schopni dosáhnout stádia přijetí již v mládí, prožili bychom mnohem smysluplnější život, dokázali bychom se radovat z maličkostí a jistě bychom mohli mít i jiný žebříček hodnot.*“ (Svatošová, 1995, str. 124). Podobně mluví i Anselm Grün, když říká, že vědomí blízkosti smrti je výzvou, aby se žilo odpovědně a intenzivně. Hodně lidí v blízkosti smrti pociťuje svou existenci jako dar.[82]

Mezi důležité schopnosti doprovázejících osob patří *empatie* a *umění naslouchat*. Jde o neverbální komunikační dovednosti, kdy nasloucháním rozumíme aktivní vnímání pacienta, což znamená, že doprovázející by neměl vnímat pouze to, co pacient říká, ale i jak to říká (vnímání mimiky, gest, pohybů). Aktivní vnímání zahrnuje i umění klást správné otázky. Dokážeme-li opravdu naslouchat druhému člověku, jsme schopni vcítit se do druhého a pochopit jeho vnitřní svět.[83] Empatie se dá rozvíjet tím, že se budeme plně věnovat tomu, co pacient říká, budeme k němu tolerantní a nebudeme jej hodnotit, akceptujeme jej tak, jaký je. Také je důležité sledovat své vlastní pocity navozené během rozhovoru. (Kutnohorská, 2007, str. 46-47) Naslouchání je velmi důležité. Zvláště u terminálně nemocných může citlivé naslouchání umožnit porozumět pacientovi, a tak mu pomoci. Jak se můžeme dočíst v knize *Poslední dary* (2005), někteří umírající mohou vycítit přicházející konec života a začít mluvit zdánlivě pomateně, ale nasloucháme-li mu správně, můžeme za jeho slovy objevit informace

[81] Svatošová, 1995, str. 33-35.

[82] Dále se autor přiznává, že při myšlení na svou smrt, pociťuje touhu, aby na tomto světě zanechal stopy své lásky, které zůstanou a ukáží cestu, na které si na něj druzí rádi vzpomenou, a od nichž budou dále hledat cestu pro sebe. (Grün, 1997, str. 9)

[83] Jaro Křivohlavý (1993) vypočítává, co vše naslouchající osoba věnuje druhému takto: věnuje čas, pozornost, úctu, přátelství, prostor pro myšlení toho, kdo hovoří, důvěru, příležitost něco mu sdělit.

o jeho blížícím se odchodu a případné obavy, které se snaží vyjádřit. Abychom mohly rozluštit poselství, která se nám snaží sdělit skrz náznaky a symboly, musíme mít otevřenou mysl a pozorně jej poslouchat. Podaří-li se nám informaci od umírajícího rozluštit, zbavíme jej tísně a úzkosti. Tím, že usilujeme o pochopení události umírání, a tudíž se jí více účastníme, můžeme všichni – příbuzní i přátelé – získat útěchu, stejně jako nezbytnou vědomost o tom, co skutečné umírání znamená a co je k pokojné smrti nezbytně nutné. Všichni zúčastnění potom mohou tyto znalosti šířit, a nejenže najdou útěchu po smrti milované osoby, ale zbaví se strachu z dalších úmrtí včetně toho vlastního. Autorky rozlišují dvě nejdůležitější a nejčastější témata, která se umírající snaží sdělit: *jednak se pacienti snaží popsat, co zakoušejí v okamžicích umírání, jednak žádají o něco, co jim umožní klidnou smrt.* (Callananová, Kelleyová, 1992, str. 22) Velmi často se umírající zmiňují o cestě, například jistá Laura rodině sdělovala, že nastal čas postavit se do řady, čímž chtěla vyjádřit, že smrt již brzy přijde i pro ni, a že se konečně setká se svými již zesnulými blízkými, ale zároveň potřebovala ujistit, že její přítel vše chápe a je na její odchod připraven. Obdobně Ellen zase hledala mapu, nebo se Dick tázal po přílivu. Když se podaří odhalit tyto skryté významy, mohou se blízcí na odchod nemocného připravit a rozloučit se s ním a i umírající pociťuje větší klid. (Callananová, Kelleyová, 1992) Odborníci se shodují v názoru, že by člověk neměl umírat sám. Je důležité s ním alespoň chvilku mluvit nebo být u něj, aby vnímal naši přítomnost. Je však také zajímavým faktem, který je zmiňován jak v literatuře, tak jsem se s ním setkala i při svém vlastním výzkumu, že někteří lidé jakoby potřebovali ve chvilce smrti být sami. Stalo se několik případů, kdy blízcí trávili s umírajícího každou chvíli, a když nakonec zůstal umírající na minutu sám, vydechl naposledy.

Péče o klienta či jeho doprovázení se v hospici odehrává vlastně v týmu jak odborných pracovníků, tak i laiků.[84] Doprovázení umírajícího před nás staví zrcadlo, poskytuje nám zpětnou vazbu a otevírá zcela nové otázky, můžeme díky němu poodstoupit od sebe a dosáhnout tak osobního zrání a růstu. Lidé pečující o pacienta stejně jako samotný pacient jsou tak jakoby „na cestě“, všichni tak potřebují svého společníka, který jim umožní překonávat nástrahy. (Křivohlavý, 1995)

Mezi „výbavu“ doprovázející osoby by mimo empatie a umění naslouchat měla patřit schopnost milovat sám sebe, protože neumíme-li přijmout sami sebe, nemůžeme se dávat druhým. Obdobně, se musíme znát, být vyrovnaní se sebou, svými chybami, přednostmi apod. Mezi výhody patří znalosti související s doprovázením (ať se týkají psychologie, teologie,

[84] Payneová, Seymourová, Ingletonová (2007) zmiňují klíčové koncepty v paliativní péči: znát pacienta, týmová práce, důstojnost, kvalita života, empatie, podpora apod. (str.65)

biologie aj). Důležité je, že pokud se jedinec rozhodne doprovázet umírajícího, měl by v tom vytrvat. Nejde totiž pouze o službu, ale i jistý závazek vůči druhému. Intenzita setkávání by měla vycházet z přání a možností obou, tak aby nemocný nebyl osamělý a doprovázející přetížen.[85] To je velmi nebezpečné, a mělo by se tomu předcházet pravidelnou supervizí a odborným dohledem. Správný doprovázející si je vědom svých hranic, reálných možností a své hodnoty. Doprovázení může být dlouhodobá (ale i krátkodobá) záležitost, navázání důvěry mezi oběma jedinci však přece jenom nějaký čas zabere. Každopádně to podstatné je rozhodnutí, zda si dobrovolník na nemocného čas udělá nebo ne. A pokud se rozhodne pro doprovázení, měl by nemocný pocítit, že tento čas patří jemu. Tak může mít i krátká návštěva svůj smysl. (Křivohlavý, 1985) *Lidé moudří nabádají k tomu, aby ve zralém věku jedním z nejdůležitějších cílů člověka byla snaha o dobrou smrt; vždyť největším uměním na světě jest spokojeně umírat. I u lůžka umírajícího platí, že mohu dát jen to, co mám sám. Proto je tak významné přijetí své vlastní smrtelnosti. Strach ze smrti jistě zůstane, bude však otupen snahou o život lepší a odpovědnější. A budeme spíše schopni chápat utrpení jiných a pomáhat těm, kteří nás na cestě ke smrti již dnes předcházejí*.[86]

Závěrem bych znovu zmínila Sokola, který říká, že *lidský život může skončit v každém okamžiku, třeba násilím nebo nehodou. Naopak stáří a vyhasínání je přirozená, i když těžká část života, kterou se teprve uzavře a stane celkem. Je to ovšem období, kdy je člověk odkázán na pomoc druhých, podobně jako v dětství. Péče o umírající je splátka dluhu a nikomu se tedy nemůže vyplatit. Starý a umírající člověk nepotřebuje jen jídlo a lékaře, ale potřebuje i prostředí, podmínky a podporu, aby se mohl smířit se smrtí, se sebou, s druhými a s Bohem. Se smrtí se může smířit pouze ten, kdo předtím žil.*[87]

Jak se v této věci osvědčují dobrovolníci, ukážu v následující kapitole, pro niž jsem připravila na základě výše napsaného textu následující okruhy otázek:

- **Jak jedinec vnímá vztah mezi dobrovolnou činností a placenou prací?** (*harmonický – doplňuje se, přesně opačné, souvisí spolu).*
- **Jak jedinec vnímá vztah mezi dobrovolnictvím a rodinou / blízkými** (*existují v rodině nějaké zvláštní okolnosti umožňující jedinci angažovat se jako dobrovolník,*

[85] Například Křivohlavý (1995) vyjmenovává, jak pečovat o psychickou hygienu pečovatele.
[86] Viz http://www.nezavirejteoci.cz/detail-clanek/marta-munzarova-prijeti-sve-vlastni-smrtelnosti.html . Staženo dne: 25. 3. 2011.
[87] Viz http://www.nezavirejteoci.cz/detail-clanek/jan-sokol-se-smrti-se-muze-smirit-jen-ten-kdo-predtim-zil.html . Staženo dne: 25. 3. 2011.

oceňuje rodina dobrovolníka, děti, byla v rodině nějaká blízká osoba, která inspirovala dobrovolníka?).

- **Jak probíhala příprava na činnost v hospici? Probíhají nějaké supervize? Jak je hodnotí?**
- **Co motivovalo respondenta k dobrovolnictví?** (*důvody započetí činnosti - objevuje se v rámci motivace nějaká blízká osoba/rodinný příslušník - původní očekávání a současný pohled respondenta, jedná se o první dobrovolnou zkušenost, pozice/činnost*).
- **Jak vnímá respondent svou činnost? Dala by se pojmout jako celek či směřování?** (*zodpovědnost, vděčnost, naplňování určitých hodnot*)
- **Má dobrovolnictví v hospici vliv na jejich současný život?**
- **Cítí respondent rovnováhu mezi dáváním a dostáváním?**
- **Co konkrétně si dobrovolník odnesl od svěřeného případu?**
- **Jak dobrovolníci mohou pomoci pacientovi nalézat smysl života v těžké chvíli?**
- **Zda dle jejich názoru hospic splňuje svou roli, dostává se zde terminálně nemocným dostatečně kvalitní péče? Změnili by něco? Případně jaké jsou překážky ke zlepšení?**

4. Praktická část

4.1. Výzkumný projekt

V následující kapitole představím svůj vlastní výzkum mezi dobrovolníky v hospici a jeho zjištění. Za hlavní výzkumnou otázku jsem si stanovila: *Kdo jsou dobrovolníci v hospici v kontextu jejich životního příběhu?* Specifické otázky pak jsou: *Zda se dobrovolnictví v hospici zakládá na jejich životním příběhu a jak? Co motivuje jedince k práci dobrovolníka? Jak hodnotí přínos přípravného kurzu vzhledem k jejich budoucí činnosti?* Jako výzkumnou strategii jsem zvolila kvalitativní výzkum,[88] který vyhovuje mé snaze o porozumění tomu, kdo jsou dobrovolníci v hospici, jejich motivaci a vnímání činnosti v hospici. S dobrovolníky uskutečním tzv. *rozhovor s návodem* neboli *polostrukturované interview*. Návod zde představuje seznam otázek nebo témat, které si tazatel předem připraví, a které chce v interview probrat. (Hendl, 2005) Oblasti, o které se v rozhovoru budu zajímat, jsou velmi obecně*: rodina, zaměstnání, dobrovolnictví, doprovázení aj*.

[88] Kvalitativní výzkum můžeme definovat jako *proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách."* (Creswell, in Hendl, 2005, str. 50).

Jelikož se zajímám o určitý okruh dobrovolníků pracující v dané organizaci, zvolila jsem *účelový vzorek*, neboli vzorek konstruovaný s ohledem na výzkumný problém. V mém případě se jedná o heterogenní vzorek, tedy jedince zařazené pouze dle jedné klíčové vlastnosti a to dobrovolné činnosti v hospici. Dále rozhodovala délka činnosti v hospici (nejméně 1 rok), pravidelnost činnosti a samozřejmě ochota se mého výzkumu zúčastnit. Velikostně se jedná o malou skupinu osob (6 jedinců). Sběr dat a jejich analýza probíhá v kvalitativním výzkumu současně.

4.2. Hodnocení kvality výzkumu a etika výzkumu

V mém výzkumu, jako u každého kvalitativního výzkumu, zvláště pak u rozhovoru, bylo velmi důležité, jak zapůsobím na informátora, zda bude ochotný se se mnou podělit o své soukromí, pocity a názory. Kvalitativní výzkum je charakteristický vysokou reaktivitou[89] a možností zkreslení.[90] Je nutné také upozornit, že ve svém výzkumu pracuji s výpověďmi informátorů o jejich životě, jedná se o subjektivní výpovědi, které nemusí odrážet věcnou správnost, ale o jejich subjektivní vnímání reality, přisuzování významnosti událostem nebo osobám a odkrývání kauzalit v jejich životě. Výsledky jsou tak přínosné pouze pro úzkou oblast mého zájmu (dobrovolnictví v hospici).

Celkově jsem se snažila dodržovat tzv. *čtyři pilíře etiky kvalitativního výzkumu*: *princip dobrovolné participace*, kdy jsem jedince seznámila s důsledky jejich účasti ve výzkumu, s cíli výzkumu a jeho následným použitím, *princip důvěryhodnosti*, kdy jsem respondenty ujistila o zachování jejich anonymity, předložila jim informovaný souhlas a v textu je uvádím pod náhodně vybranými přezdívkami, *princip neubližovat zúčastněným* a *princip správnosti*, kdy jsem dbala na správné zacházení s citacemi informátorů a celkově o čestné zacházení s výpověďmi a jinými materiály.

4.3. Respondenti a jejich dobrovolnická činnost

Výzkumu se zúčastnilo 6 žen, tři z nich se angažují jako dobrovolnice v hospici ve Středočeském kraji, dvě v pražském hospici a poslední z žen v současné době spolupráci s hospicem ukončila.

Kontakty na respondenty jsem získala přes jejich supervizory. Ačkoliv můj prvotní záměr byl sejít se s dotazovanými několikrát a navázat bližší vztah, musela jsem ze svého požadavku

[89] Přítomnost výzkumníka může ovlivnit procesy, na něž je výzkum zaměřen. (Hendl, 2005)

[90] Z možných rizik zkreslení, které výzkumu hrozí, se jedná například o tzv. *efekt morčete*, kdy zkoumaní vědí, že jsou zkoumaní a tomu přizpůsobují své chování nebo jednání. Může vzniknout i situace, kdy je *měření zdrojem změny*, což se děje zejména u témat, o kterých jedinec příliš nepřemýšlel a výzkum tak způsobuje postoje nové nebo jejich proměnu. (Hendl, 2005)

slevit, protože jsem nevzala v úvahu časové vytížení dobrovolníků a celkovou obtížnost navázat s nimi kontakt. S každou z žen, která kladně odpověděla na mou výzvu podílet se na výzkumu, jsem uskutečnila samostatný rozhovor v délce jedné hodiny. Okruhy otázek, které jsem si předem připravila, jsem využila všechny. Otázky[91] jsem se snažila pokládat volně dle jejich vlastního vyprávění. S každou z nich jsem se sešla zvlášť a v jiném prostředí, vždy však někde venku, většinou v zahradní restauraci nebo v parku. Schůzky se odehrály v rozmezí dvou měsíců.

Tři rozhovory nebyly nahrávány kvůli povětrnostním podmínkám, ostatní se nahrát podařilo. Každé z žen jsem se na začátku rozhovoru představila, vysvětlila důvod rozhovoru a jeho další zpracování a použití. Také jsem všem respondentkám předala informovaný souhlas,[92] kde jsem zaručila jejich anonymitu. V textu je budu uvádět pod přidělenými přezdívkami.

Všechny respondentky se věnují práci dobrovolníka v hospici od 1,5 - 3 let. Dobrovolnictví v hospici bylo pro pět respondentů první dobrovolnickou zkušeností a pro jednoho respondenta druhou. Intenzita dobrovolnictví se pohybuje průměrně mezi 1 – 2 návštěvami týdně.

Jak jsem předpokládala, všichni mí respondenti byli ženy. Což může být ovlivněno tím, že jde o emočně náročnou zdravotnickou oblast, ale také výběrem informátorů či hospiců, ochotou podělit se o své zážitky cizí osobě aj. Oproti zjištěním Kateřiny Životské (2006) se v mém výzkumu vyskytly převážně osoby ve středním věku, pouze jedna žena byla v důchodovém věku a jedna studentkou do 26 let. Tuto skutečnost bych připisovala oblasti hospice, která nemusí být zcela atraktivní a možná i přístupná pro mladého nevyzrálého člověka.[93]

Většina respondentek od začátku navštěvuje pacienty na jejich pokojích a tráví s nimi čas. Pouze jedna respondentka (Tereza) nejdříve vypomáhala s vedením recepce, a až později

---

[91] 1. jak jedinec vnímá vztah mezi dobrovolnou činností a placenou prací? 2. Jak jedinec vnímá vztah mezi dobrovolnictvím a rodinou / blízkými. 3. Jak probíhala příprava na činnost v hospici? Probíhají nějaké supervize? Jak je hodnotí? 4. Co motivovalo jedince k dobrovolnictví? 5. Má dobrovolnictví v hospici vliv na jejich současný život? 6. Jak vnímá respondent svou činnost? Dalo by se pojmout jako celek či směřování? 7. Cítí respondent rovnováhu mezi dáváním a dostáváním? 8. Co konkrétně si dobrovolník odnesl od svěřeného případu? 9. Jak dobrovolníci mohou pomoci pacientovi nalézat smysl života v těžké chvíli? 10. Zda dle jejich názoru hospic splňuje svou roli, dostává se zde terminálně nemocným dostatečně kvalitní péče? Viz příloha č. 2.

[92] Viz příloha č. 1.

[93] Musíme si uvědomit, že dobrovolnictví se sice pomalu stává součástí života poloviny lidí v ČR, ale stále není zcela obvyklé. Angažovaní jedinci také mají na výběr nepřeberné množství různých organizací, kde se mohou stát dobrovolníky. Vliv na výběr organizace má osobní zájem každého jednotlivce, informovanost a celková dostupnost včetně vzdálenosti od bydliště jednotlivce. Vezmeme-li pak v úvahu pouze několik existujících hospiců. Menší povědomí občanů o tom, co je to hospic, nevyrovnaný vztah k naší konečnosti a v neposlední řadě relativně nedávný rozvoj hospicového hnutí, nelze se divit, že ve srovnání např. s Velkou Británií, je u nás hospicových dobrovolníků poskrovnu.

začala chodit za pacienty. Dobrovolníci s pacienty mluví o jejich denních starostech, vzpomínají na minulost, hrají hry, i když někdy pouze drží pacienta za ruku a dávají mu tak pocítit lidský kontakt a spoluúčast. Jedna z dobrovolnic (Eleanora) dochází za pacienty se svým pejskem, který jim poskytuje kousek „psí radosti“.

4.4. Výsledky výzkumu

První dvě otázky pátrající po *vztahu zaměstnání a dobrovolné činnosti* a *rodinné situaci* respondenta zde uvedu pohromadě, protože spolu silně souvisí. Ačkoliv jsem původně předpokládala silný počet respondentů pracujících pouze na zkrácený úvazek, opak byl pravdou. Tři respondentky pracují na plný úvazek (Eleanora pracuje v rodinném podniku, Dita je učitelkou a Jitka zdravotní sestřička). Zbývající tři ženy nejsou tak pracovně vytížené (Andrea je již v důchodu, Tereza pracuje na půl úvazku jako administrativní pracovnice a Petra je studentkou vyšší zdravotnické školy). U většiny respondentek by se vnímání vztahu mezi jejich placenou prací a dobrovolnou činností dalo označit za protikladné. Dobrovolná činnost je vnímána jako smysluplná a svobodně zvolená aktivita, která jedinci poskytuje naplnění a odlišný pocit uspokojení než zaměstnání. Ze tří výpovědí však vyplývá, že se tyto činnosti také mohou vzájemně doplňovat. Paní Jitka pracuje ve zdravotnictví, slečna Petra je studentkou zdravotní školy a u paní Dity jde o činnosti na první pohled protikladné, ale vnitřně provázané. Nicméně ani jeden jedinec se nepohyboval v neziskovém sektoru profesionálně. Uplatnily se zde zjištění Terezy Pospíšilové (2010), kdy čtyři z žen věnující se dobrovolnictví, měly děti již odrostlé a v rozhovorech samy připustily, že děti je již tolik nepotřebují a tak se mohou věnovat i svým zájmům.

Všem respondentkám se dostává podpory od jejich rodiny. Je důležité, aby motivace jedince byla podpořena jeho blízkými, bez jejich souhlasu dobrovolnictví může vzniknout, ale jeho trvání je již otázkou. Jak uvádí Tereza Pospíšilová (2010), dobrovolná činnost je skrz *rodinou ekonomiku* záležitostí celé rodiny. Nejde pouze o pocit podpory, atmosféru v rodině, ale i o ekonomické možnosti. V otázce týkající se rodiny se tři respondentky zmínily o pozitivním vlivu na ostatní členy rodiny (zejména děti) a u čtyř respondentů se objevila osoba v rodině, která se také věnovala dobrovolnictví anebo dobrovolně pomáhala jiným lidem v rámci své profese či ve volném čase. Ačkoliv je tito rodinný příslušníci k dobrovolnictví přímo nedovedli, ukázali jim, že pomáhat druhým je potřebné a přirozené pro každého zodpovědného člověka.

Třetí otázka se zaměřila na *přípravu a supervizi dobrovolníků v hospici*. Dle informací, které jsem vyčetla na webových stránkách hospiců, jsem očekávala, že jedinci na začátku činnosti projdou školením, a následně se budou zúčastňovat pravidelných supervizí. Budou mít také možnost navštěvovat tematické semináře a přístup k relevantní literatuře. Tyto informace byly správné. Na otázku, jak respondenti hodnotí vzdělávání, přípravu a supervize v hospici, jsem dostala většinou kladné odpovědi. Velmi kladně byla hodnocena příprava na činnost, která probíhala skrz sezení dobrovolníků se supervizorem, někde i za účasti psychologa. Vyzkoušely si možné rozhovory, způsoby navázání komunikace a následně byly seznámeny s prostředím hospice, jeho zaměstnanci a pacienty. Přístup k možnému dalšímu vzdělávání byl hodnocen také dobře, díky existenci knihovny, seminářů a případné neustálé pomoci od supervizora či jiného člena týmu. Na jedné straně byly vyzdvihávány různé akce probíhající v rámci hospice, na druhé straně by však některé respondentky přivítaly více možností, jak se setkat s ostatními dobrovolníky v hospici.

Zaměříme-li se na problematiku motivace dobrovolníků, uvidíme, že u většiny respondentek vzniklo dobrovolnictví jako souhra mnoha okolností. Ačkoliv jsem z výše uvedených výzkumů vyvozovala větší zastoupení jedinců, kteří se dobrovolnictví věnují kvůli morálním normám, jsou silně ovlivnění vzorci chování v kruhu rodiny a známých a mají sklon v rozhodování preferovat své náboženské přesvědčení (konvenční morálka), uplatnily se zde spíše principy přesvědčení o smysluplnosti dobrovolnictví v konkrétním případě a pocit, že se skrz dobrovolnictví může podílet na šíření dobré myšlenky (nerozvinutá motivace) a nejsilněji se objevil prvek užitečnosti dobrovolné činnosti jak pro dobrovolníka, tak pro ostatní, neboli spojení dobra pro jiné s prospěchem pro něj samotného (motivaci reciproční).
Pouze u jedné z respondentek, studentky Petry, bylo dobrovolnictví cílené, i když při výběru konkrétní instituce šlo spíše o náhodu, když ji do hospice přivedl kamarád. Jak sama uvádí: *„Již nějakou dobu jsem hledala možnost, jak bych se mohla podílet na nějaké dobré věci, návštěva hospice se mi líbila, ale zdálo se mi, že je to pro mě moc velké sousto“*. Od okamžiku první návštěvy hospice a jejím následným rozhodnutím zapojit se, uplynul skoro půl rok. „*Chtěla jsem si být opravdu jistá, že to zvládnu. Dnes však nelituji a děkuji šťastné náhodě, která mě do hospice přivedla“*. Na dotaz, proč konkrétně chtěla začít pracovat jako dobrovolník, odpověděla: *„To je takhle těžký říct, potřebovala jsem praxi do školy a kontakt se staršími lidmi mi nevadí, již dřív jsem chodila do domova důchodců. Líbí se mi poslouchat příběhy, jaké to dřív bylo a taky se mi to zdálo potřebné, být s těmi lidmi v takovém okamžiku. Vždyť je to hrozné být sám a někteří nemají blízké, co by za nimi pravidelně chodili“*. Petra

bude v současné době ukončovat svá studia a ráda by se vrátila zpět na Moravu, odkud pochází. Svou činnost v hospici tedy ukončí, zda bude pokračovat, se uvidí, dle možností v okolí jejího budoucího bydliště.

Paní Andrea se s prací hospice seznámila nejdříve jako klient, když jí jeho pracovníci pomáhali s péčí o manžela. S hospicem zůstala v kontaktu i po smrti manžela asi po roce, kdy se s novou situací vyrovnala, se začala pomalu zapojovat. *„Nedá se říci, že bych se pro činnost v hospici rozhodla z nějakého pocitu nudy, můj muž již odešel, ale mám velkou, láskyplnou rodinou a spousty radosti i starostí s vnoučátky. Na hospic si čas najdu, protože v něm pracují velmi milí lidé a také asi pociťuji touhu se revanšovat za poskytnutou pomoc“*.

Zajímavostí je, že jak u výše zmíněné Petry, tak i u ostatních respondentek, se často objevuje *blízká osoba*, která je jedním ze stimulů k zapojení se do činnosti. Například paní Tereza se o organizaci hospic dozvěděla od své známé, která zde měla maminku. Sama již delší dobu přemýšlela o nějaké alternativní činnosti, která by vyplňovala její volný čas po práci (paní Tereza pracuje na půl úvazku, děti již studují na vysoké škole nebo pracují, její rodiče již nežijí). *„Hledala jsem alternativu k práci, která by mi přinesla vnitřní naplnění, protože to jsem v posledních letech začala nějak ztrácet, i když to zní paradoxně, potřebovala jsem nový náboj a našla jsem ho v hospici“*. Výhodou bylo, že se hospic nacházel v blízkosti jejího bydliště. Zpočátku se necítila dostatečně odhodlaná, aby chodila za pacienty, vykonávala tedy spíše pomocné práce ve fungování hospice, ale po třičtvrtě roce začala chodit za pacienty a dnes s tím, již nemá problém.

Paní Dita má zaměstnání na plný úvazek, čas na hospic si však také najde. Za rozhodnutím stát se dobrovolníkem stálo mnoho motivů. *„Prožívala jsem zvláštní období, kdy plno lidí v mém okolí mělo nějaké trápení, ale u mě doma byl klid … říkala jsem si, jak žiju krásný život a začala jsem se o to své štěstí bát. Uvědomila jsem si, že lepší než se o něj bát, je začít jej vracet“*. V témže období se paní Ditě vrátil do života i její starý kamarád, který se stal lékařem – onkologem. *„Vyprávěl mi příběhy o svých pacientech a já se pomalu scvrkávala, připadala jsem si neužitečná“*. Dále pokračuje: *„Hospic je také místem, kde mohu páchat dobro, a nikdo neřeší, co mi poskytne na oplátku“*. Dita bydlí kousek od hospice a shodou okolností v té době došlo k jeho slavnostnímu otevření, kterého se zúčastnila a využila nabídky stát se dobrovolníkem.

Paní Eleanor je dobrovolnice, která tak trochu v mém výzkumu vystupuje z řady, do hospice za klienty dochází s pejskem (obdobně navštěvuje i dětský domov). Její aktivity se tak vážou k němu a snaze složit kynologické zkoušky. Jak sama říká: *„Díky pejskovi mám k pacientům jednoduší přístup, jelikož slouží jako skvělý prostředník a pomáhá mi s navázáním*

komunikace.“ Sama pracuje pro manželovu firmu, díky čemuž si čas může lépe přizpůsobit svým potřebám. Začít s kynologií nebylo dlouhodobým záměrem rodiny, ale když děti začaly toužit po psím kamarádovi, rozhodly se, že si psa pořídí, ale že jej budou aktivně využívat a trávit s ním čas.

Ačkoliv zdravotní sestřičce Jitce práce zabírá mnoho času, dokáže si vyšetřit pár hodin na návštěvu klientů. V hospici se angažuje druhým rokem, k činnosti se rozhodla po semináři zaměřeným na paliativní medicínu, který navštívila. Sama přiznává, že ji návštěvy v hospici pomáhají vyrovnat se s občasnými úmrtími v práci nebo jinými případy, na které však není tolik času, kolik by si sama přála. „*Občas k nám přivezou jedince v bezvědomí, který je na pomezí a i přes naši snahu odejde … měla jsem jednoho pacienta, strávil u nás dlouhou dobu a já si ho oblíbila, ale neprobral se. Asi proto jsem začala docházet do hospice“*.

Vliv hospice na život respondenta hodnotí všichni respondenti pozitivně. Často jsou zmiňovány pojmy jako *pozitivní vliv na ostatní členy rodiny či blízké, přehodnocení hodnot, vnitřní uspokojení a větší docenění sebe sama*. Například studentka Petra říká: *„Hospic mi toho hodně přinesl a určitě změnil mé nazírání na svět, na to, co je v životě důležité a kvůli čemu se svět nezboří“*. Obdobně jako ostatní respondentky uvádí i ona, že práce v hospice je sice někdy moc smutná, ale má i své veselé okamžiky, které člověka dokážou „*prohřát*“ na velmi dlouho. Paní Tereza uvádí, že ji činnost v hospice naplňuje jistým klidem a pokorou vůči životu samotnému. Také ji poskytuje zcela odlišný pocit zadostiučinění, než nacházela v zaměstnání, nebo dříve při studiu. „*Vždy mám takový zvláštní pocit, když z hospice odcházím, je to velmi špatně popsatelný pocit jistého rozechvění, spokojenosti a hlubokého klidu“*. Pro paní Andreu činnost v hospici představuje možnost, jak se lépe vyrovnat s odchodem jejího manžela. Paní Dita pracuje s dětmi a tak ji hospic nabízí jistý „protipól“ k zaměstnání. Činnost v hospici ji naplňuje a poskytuje pocit, že je díky své činnosti důležitá a užitečná. Na druhou stranu však dnes nemůže pochopit jisté malichernosti, které třeba právě v práci zažívá. Eleanor říká: „*Díky činnosti v hospici se cítím být užitečná a nápomocná v důležitých chvílích lidského života“*. Oproti zaměstnání zde její život dostává zcela jiný rozměr. *„Doprovázení mi poskytuje jiný druh ocenění, které mě velmi naplňuje“*. Pro své aktivity má Eleanor podporu rodiny, a sama říká, že její činnost nemá pozitivní dopad pouze na ni, ale i na její dcery.

Většina respondentů nevěděla, jak na otázku, zda svou činnost vnímají jako směřování, odpovědět. V jejich výpovědích se však objevily některé podobné výrazy jako *vnitřní*

sebenaplnění neboli *naplňování, pro ně důležitých hodnot*. Často motivované *vděčností za život*. Podobné výpovědi můžeme najít i v práci Jany Zifčákové (2010), například jako důvod angažovanosti uvádí *osobní pocit, že by měl člověk společnosti (či životu / Bohu) něco vrátit*. Často se také ve výpovědích objevuje motiv *smysluplné činnosti*.[94] Jednotlivci zde sice působí z různých důvodů, ale skrz naplňování svých „malých" cílů, nevědomky naplňují jeden veliký. Tím je zodpovědný přístup k životu svému i druhých, snaha pomoci a postarat se o druhého člověka i v jeho nejtěžší chvíli a naučit sebe i druhé jak takovou situaci zvládat.

Na otázku zda jedinec cítí rovnováhu mezi dáváním a dostáváním se mi dostalo nejvíce kladných odpovědí. Některé respondentky dokonce uvedly, že občas mají pocit, že si toho od svých klientů odnáší více, než jim poskytují. Převládaly však postoje, že jde o vyrovnaný vztah obou. *„Nejsem si jistá, kolik toho těm lidem mohu poskytnout, přece jenom jsem mladá holka a moc toho o životě nevím, takže ano, občas mám pocit, že toho získávám více, ale na druhou stranu si myslím, že to že s nimi někdo je a dělá jim společnost, je pro ně hrozně důležité… "* (Petra). Nebo paní Jitka: *„Od svých pacientů toho získávám mnoho, celkově mě ta činnost vnitřně obohacuje. Na druhou stranu, jsme zde pro ty klienty, vyslechnu je, popovídáme si, trávíme spolu čas … přicházím k nim jakoby na návštěvu. Je důležité, aby vztah uspokojil obě strany. Ale o tom se můžu občas jen domnívat"*. Zmiňme ještě paní Ditu, která přiznává, že po prvních návštěvách měla pocit, že nic jiného nemá smysl. Brzy získala jistý nadhled, i když jednou se jí stalo, že se nechala k pacientce až příliš připoutat, což mělo negativní vliv na ní i její rodinu. Jinak však má pozitivní zkušenosti a dá se říci, že jde o vyrovnaný vztah.

Dalším tématem bylo, co konkrétně si dobrovolník odnesl od svěřeného případu? Paní Dita pokračuje, že doprovázení pacientů ji celkově obohatilo, na příklad péče o jednoho pacienta ji pomohla přiblížit se svému tchánovi, se kterým neměli v minulosti blízký vztah. *„Doprovázela jsem klienta s vitálním kóma, vůbec nic jsem o tom člověku nevěděla, a přesto jsem s ním strávila dvě hodiny a vynaložila tolik energie, abych ho jen chytila za ruku. Zatímco támhle leží můj tchán, který mi nikdy neublížil a já to (chytit jej za ruku) nedokážu. Jak je to možné? O několik dní později však přišel zlom a já se na tchána začala těšit a*

[94] Tento motiv můžeme spojit s autory v této práci uvedenými, jako je J. Sokol, F. de Waal či V. E. Frankl, kteří zdůrazňují zodpovědnost za dar života či vůči komunitě, díky které můžeme přežít. Vděčnost a zodpovědnost vůči dědictví, kterého se nám dostalo a vůči našim výtvorům, které tu po nás zůstanou. Podobně Frankl mluví o nutné odpovědnosti za vlastní život, chceme-li v našem jednání i v životě nalézat smysl.

dokázala ho chytit za ruku. Asi díky zkušenosti s pánem v hospici". Paní Jitka přiznává, že *„občas se přistihnu, že bych raději šla domů než do hospice, ale pak si vzpomenu třeba na nějakého klienta, či moji první pacientku, a to mě přinutí jít. Ona (první pacientka) byla naprosto skvělá osoba a ty její vzpomínky si pamatuji dodnes. Měla takový obyčejný život, ale přitom toho tolik zažila. Díky ní jsem získala větší nadhled a bude to znít divně, ale když je mi těžko tak si na ní vzpomenu a to mi pomůže".*

Předposlední otázkou bylo, jak dobrovolníci mohou pomoci pacientovi nalézat smysl života v těžké chvíli? Například paní Andrea uvádí: *„Doprovázení poskytuje nemocnému pocit, že jeho život má stále nějaký smysl, někoho zajímá … a nejde pouze o nemocného, sama ze své zkušenosti vím, jak je to náročné, když vám umírá blízká osoba, … bylo dobré, když jsem věděla, že tam muž nebude sám, necítila jsem takové provinění, že od něho odcházím".* Stejně tak slečna Petra říká: *„Jedna pacientka byla zpočátku dosti zamlklá a těžko se mi s ní komunikovalo, ale vytrvala jsem a asi po čtvrté návštěvě, když jsme se více sblížily, mi řekla, že než přišla do hospice, připadala si spíše jako přítěž a čekala jen na smrt, ale že zde se jí zase dostává pocitu, že někoho zajímá a má to smysl".* Paní Eleanor zmínila v rozhovoru podobnou situaci, kdy byla do hospice přijata paní, se kterou to nevypadalo dobře, ale během pobytu v hospici začala zase rozkvétat. Svůj přínos paní Eleanor mimo jiné vidí v tom, že lidé, kteří byli zvyklí na domácí zvířátko, jej teď v hospici mohou velmi postrádat a toto je dobrá cesta jak jim to trochu vynahradit.

Poslední otázka po tom, zda hospic naplňuje svá předsevzetí, a zda by respondenti něco změnili, přinesla očekávaný výsledek. Hospic naplňuje očekávání respondentek, jako místo pro terminálně nemocné je hodnocen kladně. Nejvíce respondentů se shodlo na tom, že je hospiců málo a bylo by skvělé, kdyby jejich počet narostl.

Jak jsem zmínila výše, všichni mí respondenti byli ženy, k dobrovolnictví se dostaly většinou „*náhodně*", nešlo o jasný cíl, spíše hledání vlastního využití a příhodné šance, která vznikla v jejich blízkém okolí. Právě „*blízké okolí*" je motiv zmíněný ve všech rozhovorech. Zda se jedinec zapojí či ne (zvláště pokud je jinak zaměstnaný na plný úvazek a nemá tolik volného času), významně ovlivňuje vzdálenost bydliště od hospice. Často se také objevil motiv „*osoby blízké*", která jedince seznámila s hospicem či jiným způsobem ovlivnila jeho motivaci. Dá se říci, že dobré jednání často není výsledkem nějaké jasné úvahy, ale spíše náhodným spojením

mnoha okolností a schopností vidět potřeby druhých. Dobrý člověk nouzi druhého vidí a jedná proti ní.

5. Závěr

Sokol ve své práci zmiňuje 6. přikázání Desatera: „*Starej se o své rodiče, abys byl dlouho živ a dobře se ti dařilo*“ (Sokol, 2007, str. 200). Což krásně vystihuje snahu této práce, poukázat na skutečnost, že chceme-li žít plný a šťastný život, musíme se starat o své blízké a poskytnout jim svoji pomoc. Pokud by ať už doktoři, dobrovolníci psychologové a jiní neinvestovali do hospice před námi či dnes, většina z nás by neměla šanci neodcházet v osamocení. Nežijeme v ústraní, ale mezi lidmi, náš život souvisí s našimi rodiči i dětmi, nejen biologicky, ale i morálně. Uvědomujeme-li si tento vztah, je pro nás samozřejmé věnovat se nějakému odkazu, který po nás zůstane.

Dobrovolníci v hospici věnují svůj volný čas druhé osobě, kterou vlastně ani neznají. Ale i přesto jsou s ní a prožívají s ní její nejintimnější chvíle. Být s druhou osobou je někdy velmi těžké, zvláště když jsme plně zaměstnáni svým vlastním životem. Na druhou stranu, právě zde se nám naskytuje možnost, jak si od svého života na chvíli odpočinout, získat vůči němu odstup a být moudřejší.

Skrz téma dobrovolnictví v hospici a péči o druhého jsem chtěla vyjádřit morální závazek, který vůči sobě jako lidé máme. Neboť i my jsme zde díky péči ostatních a možná ji my sami zanedlouho budeme potřebovat. Měli bychom se tedy umět zastavit a udělat si čas i na druhého. Neboť tak můžeme dospět k nalezení smyslu našeho života.

Tato práce pro mě byla „osobní cestou za poznáním“, jak mohou vypadat poslední okamžiky člověka. Musím přiznat, že na jejím počátku jsem byla zastánce práva každého na ukončení svého života, nyní však musím uznat, že tento způsob není morálně přijatelný a obsahuje příliš mnoho potencionálních nebezpečí, než aby mohl být praktikován. Paliativní medicína a hospic je tak přijatelnějším řešením, které by mělo být více podporováno a zviditelněno, neboť práce je to obdivuhodná a nelehká. Právě informovanost o hospicích ve společnosti není zcela ideální a přitom je tak důležitá, jak pro potenciální klienty, tak i dárce a dobrovolníky. Můžeme tedy jen doufat, že se situace zlepší a že hospicové hnutí neztratí své nadšení a bude i nadále doprovázet člověka v jeho posledních okamžicích.

Literatura

1) Ariès, P. Dějiny smrti. Díl *2*. Zdivočelá smrt. 1. vydání. Praha: Argo 2000, s. 369-382. ISBN: 80-7203-293-3.
2) Bacon, F. Eseje, čili, rady občanské a mravní. 2. vydání. Praha: Odeon, 1985. 212. s.
3) Callananová, M., Kellerová, P. Poslední dary. 1. vydání. Praha: Vyšehrad 2005. 221. s. ISBN 80-7021-819-3.
4) Frankl, V. E. Lékařská péče o duši: základy logoterapie a existenciální analýzy. Brno: nakladatelství Cesta, 1996. 237. s. ISBN: 80-85319-50-0.
5) Frankl, V. E. Člověk hledá smysl: úvod do logoterapie. 1. vydání. Praha: Psychoanalytické nakladatelství 1994. 86. s. ISBN: 80-901601-4-X.
6) Frankl, V. E. Vůle ke smyslu: vybrané přednášky o logoterapii. 2. vydání. Brno: nakladatelství Cesta 1997. 212. s. ISBN: 80-85139-63-2.
7) Grof, S. Lidské vědomí a tajemství smrti. 1. vydání. Praha: ARGO 2009. s. 19-28, 113-114. ISBN: 978-80-257-0177-5.
8) Grün, A. Smrt v životě člověka. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství 1997. 71. s. ISBN: 80-7192-221-8.
9) Haškovcová, H. Fenomén Stáří. 2. vydání. Praha: Havlíček Brain Team 2010. 365. s. ISBN: 978-80-87109-19-9.
10) Haškovcová, H. Thanatologie: nauka o umírání a smrti. 2. vydání. Praha: Galén 2007. 244. s. ISBN: 978-80-7262-471-3.
11) Hartl, P. Komunita občanská a komunita terapeutická. 1. vydání. Praha: SLON 1997. 221. s. ISBN: 80-85850-45-1.
12) Hendl, J. Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace. 2. vydání. Praha: Portál 2008. 407. s. ISBN: 978-80-7367-485-4.
13) Holota, V. B. Hovory na nemocničním lůžku. 1. vydání. Praha: Zvon 1994. 184. s. ISBN: 80-7113-112-1.
14) Jandourek, J. Sociologický slovník. 2. vydání. Praha: Portál 2007. 285. s. ISBN: 978-80-7367-269-0.
15) Kapr, J., Koukal, B. Pacient: revoluce v poskytování péče. 1. vydání. Praha: SLON 1998. 75. s. ISBN: 80-85850-49-4.

16) Kassin, S. Psychologie. 1. vydání. Brno: Computer press 2007. 771. s. ISBN: 978-80-251-1716-3.
17) Klimeš, L. Slovník cizích slov. Praha: Státní pedagogické nakladatelství 1981. 816. s.
18) Kübler-Ross, E. Odpovědi na otázky o smrti a umírání Praha: Tvorba 1995. 288 s.
19) Kutnohorská, J. Etika v ošetřovatelství. 1. vydání. Praha: Grada Publishing 2007. 163. s. ISBN: 978-80-247-2069-2.
20) Křivohlavý, J. Psychologie nemoci. 1. vydání. Praha: Grada 2002. 198. s. ISBN: 80-247-0179-0.
21) Křivohlavý, J. Vážně nemocný mezi námi. 1. vydání. Praha: Avicenum 1989. 107. s.
22) Křivohlavý, J. Mít pro co žít. 1. vydání. Praha: Návrat domů 1994. 94. s. ISBN: 80-85495-33-3.
23) Křivohlavý, J. Povídej – naslouchám. 1. vydání. Praha: Návrat 1993. 105. s. ISBN: 80-85495-18-X.
24) Křivohlavý, J. Poslední úsek cesty. 1. vydání. Praha: Návrat 1995. 93. s. ISBN: 80-85495-43-0.
25) Matoušek, O. Slovník sociální práce. 2. vydání. Praha: Portál 2008. 271. s. ISBN: 978-80-7367-368-0.
26) More, T. Utopie. 2. vydání. Praha: Mladá fronta 1978. 156. s., překlad z latinského originálu Utopia z roku 1516.
27) Murphy, R. F. Umlčené tělo. 1. vydání. Praha: SLON 2001. 188. s. ISBN: 80-85850-98-2
28) Munzarová, M. Eutanazie, nebo paliativní péče. 1. vydání. Praha: Grada Publishing 2005. 108. s. ISBN: 80-247-1025-0.
29) Nakonečný, M. Psychologie osobnosti. 2. vydání. Praha: Academia 1997. 336. s. ISBN: 80-200-0628-1.
30) Nakonečný, M. Základy psychologie. 1. vydání. Praha: Academia 1998. 590. s. ISBN: 80-200-0689-3.
31) Nakonečný, M. Sociální psychologie. 1. vydání. Praha: Academia 1999. 287. s. ISBN: 80-200-0690-7.
32) Novotný, M., Stará, I., a kol. Dobrovolnictví v nemocnicích. Praha: Hestia 2001. 32. s.
33) Ondok, J. P.: Bioetika. 1. vydání. Praha: Trinitas 1999. 134. s. ISBN: 80-86036-24-3
34) Petrusek, M., Winkler, J. Velký sociologický slovník. Praha: Academia 1997.
35) Potůček, M. Nejen trh: role trhu, státu a občanského sektoru v proměnách české společnosti. 1. vydání. Praha: SLON 1997. 188. s. ISBN: 80-85850-26-5.

36) Skovajsa, M. Občanský sektor: organizovaná občanská společnost v České republice. Praha: Portál 2010. 372. s. ISBN: 978-80-7367-681-0.
37) Payneová, S., Seymourová, J., Ingletonová, Ch. Principy a praxe paliativní péče 1. vydání Brno Společnost pro odbornou literaturu 2007. ISBN: 978-80-87029-25-1.
38) Špinková, M., Špinka, Š. Euthanasie: víme o čem mluvíme? Praha: Cesta domů 2006. 42. s. ISBN: 80-239-8592-2.
39) Sokol, J. Malá filosofie člověka a slovník filosofických pojmů. 5. vydání. Praha: Vyšehrad 2007. 411. s. ISBN: 978-80-7021-884-6.
40) Sokol, J. Filosofická antropologie: člověk jako osoba. 1.vydání. Praha: Portál 2002. 222. s. ISBN: 80-7178-627-6.
41) Sokol, J. Etika a život: pokus o praktickou filosofii. 1. vydání. Praha: Vyšehrad 2010. 239. s. ISBN: 978-80-7429-063-3.
42) Svatošová, M. Hospice a umění doprovázet. Praha: Ecce homo 1995. 144. s.
43) Tošner, J., Sozanská, O. Dobrovolníci a metodika práce s nimi v organizacích. 1. vydání. Praha: Portál 2002. 149. s. ISBN: 80-7178-514-8.
44) Virt, G. Žít až do konce: etika umírání, smrti a eutanazie. 1. vydání. Praha: Vyšehrad 2000. 95. s. ISBN 80-7021-330-2.
45) De Waal, F. Dobráci od přírody. 1. vydání. Praha: Academia 2006. 324.s. ISBN: 80-200-1421-7.
46) Kolektiv autorů. Umírání a paliativní péče v ČR. Praha: Hospicové občanské sdružení Cesta domů 2004.

Elektronické zdroje

1) Mgr.Kateřina Životská DiS. *Dobrovolnictví jako motivace k celoživotnímu učení*. (online). Staženo: 28. 10. 2010. Dostupné z: http://www.kpg.zcu.cz/capv/HTML/157/default.htm .
2) Bc.Jana Zifčáková, DiS. *Motivace k dobrovolnictví v organizaci Charita*. (online). Staženo: 28. 12. 2010. Dostupné z: http//is.muni.cz/th/252227/pedf_b/?lang=en .
3) Kolektiv autorů. *Umírání a paliativní péče v ČR*. (online). Vytaveno 2004. Dostupné z: http://www.hospice.cz/hospice1/data/umirani.pdf .
4) STEM. *Občanská společnost 2004*. (online). Vystaveno 2004. Staženo: 3. 4. 2011. Dostupné z: www.nros.cz/programynros/.../stem_obcanska_spolecnost_2004.pdf .

5) Pospíšilová, T. *Dobrovolnictví v kontextu životní dráhy dobrovolníků*. (online) Staženo: 2. 2. 2011. Dostupné z: http://lidemesta.cz/index.php?id=676 .
6) Nešporová, O. *Mezinárodní konference „Jak se umírá v ČR?“* (online) Staženo 5. 4. 2011. Dostupné z: http://lidemesta.cz/index.php?id=174 .
7) *Historie ošetřovatelství*. Staženo dne: 25. 4. 2011. Dostupné z: mefanet.lfp.cuni.cz/download.php?fid=64 .
8) National Hospice and Paliative care organization. *Hospice care in America.* (online) Staženo: 28. 3. 2011. Dostupné z: http://www.nhpco.org/files/public/Statistics_Research/Hospice_Facts_Figures_Oct-2010.pdf
9) Ústav zdravotnických informací a statistiky, http://www.uzis.cz/ .
10) Informační portál o hospicích, www.hospice.cz .
11) Informační portál o dobrovolnictví, www.dobrovolnik.cz .
12) Ius Wiki – informační portál pro studenty. Právní úprava občanských práv a svobod v druhé polovině 19. století. Staženo: 12. 5. 2010. Dostupné z: http://ius.tulacek.eu/cech/zkouska/skupina-a/otazka-37
13) Informační portál o supervizi, http://www.supervize.eu .
14) Světová zdravotnická organizace, http://www.who.int/en/ .
15) Asociace hospiců, http://www.asociacehospicu.cz .
16) Informační a diskusní portál o umírání, http://www.umirani.cz .
17) Informační a diskusní portál Nezavírejte oči, http://www.nezavirejteoci.cz .
18) Stránky hospice sv. Štěpána v Litoměřicích. http://www.hospiclitomerice.cz .