

Univerzita Palackého v Olomouci
Katedra psychologie Filozofické fakulty

SOCIÁLNÍ REPREZENTACE „OSAMĚLOSTI V UMÍRÁNÍ“ U HOSPICOVÉHO PERSONÁLU



DIPLOMOVÁ PRÁCE

Autor: **Petr Novák**

Vedoucí práce: **Doc. PhDr. Michal Miovský, Ph.D.**

Olomouc
2010

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracoval samostatně a všechny použité prameny jsem řádně citoval a uvedl.

V Košíně, 22. října 2009

.....

Až umřem, staneme se květinami.

Ve dne budeme lidem pro radost
a v noci budem sami.

Konstantin Biebl

Děkuji panu docentu PhDr. Michalu Miovskému, Ph.D. za odborné vedení mé diplomové práce, podnětné rady, kritické připomínky a celkovou podporu. Dále bych chtěl poděkovat panu PhDr. Romanu Hytychovi, jehož studie mi byly cennou inspirací a daly mé práci konečný směr. V neposlední řadě děkuji také všem svým kolegům z Hospice na Sv. Kopečku, s nimiž jsem měl možnost podílet se jako dobrovolník na uvádění zde zmiňované „hospicové myšlenky“ do praxe.

Obsah

Úvod	6
1. Smrt jako psychologický problém	7
1.1 Umírání a smrt jako téma vědecké práce	7
1.2 Několik originálních pohledů	7
1.2.1 Sigmund Freud	8
1.2.2 Carl G. Jung	9
1.2.3 Erich Fromm	11
1.2.4 Viktor E. Frankl	12
1.2.5 Timothy Leary	13
1.2.6 Irvin D. Yalom	14
2. Osamělost v umírání	17
2.1 Proč lidé v dnešní době umírají osamoceni ?	17
2.2 Tři kategorie lidské osamělosti	19
2.3 Emocionální stav umírajícího člověka	20
2.4 Sociální opora – protektivní faktor	23
3. Hospic a hospicová myšlenka	26
3.1 Hospic	26
3.2 Hospicová myšlenka	27
3.3 Paliativní péče	27
3.4 Personál v hospici	29
4. Problematika umírání a samoty ve vývojové a life-span psychologii	31
4.1 Umírání v kontextu české vývojové psychologie	31
4.2 Stáří a samota	32
4.2.1 Biologické determinanty osamělosti ve stáří	33
4.2.2 Afiliace	34
4.2.3 Samota, osamění a sociální smrt	34
4.2.4 Institucionalizovaná samota	35
4.2.5 Jak nebýt sám – úspěšné strategie zvládání samoty ve stáří	36
4.3 Integrita ega versus zoufalství (Erik H. Erikson)	37
5. Teorie sociálních reprezentací	39
5.1 Definice pojmu	39
5.2 Sociální reprezentace v současné psychologii	40
5.3 Geneze a struktura sociálních reprezentací v kontextu humanitních věd	41
5.3.1 Geneze sociálních reprezentací (Kant, Durkheim, Moscovici)	41
5.3.2 Postoj a mentální reprezentace versus sociální reprezentace	44
5.4 Struktura sociálních reprezentací	45

5.5 Sociálně reprezentovaná smrt v pracích R. Hytycha	47
6. Projekt výzkumu (výzkumný design)	50
6.1 Výzkumný problém	50
6.2 Stanovení výzkumných otázek	50
6.3 Metodologie práce s daty a volba výzkumného souboru	51
6.3.1 Strukturální analýza volných asociací v rámci teorie sociálních reprezentací	51
6.3.2 Výzkumný soubor – výběr , popis	52
6.4 Smysl výzkumu sociální reprezentace „osamělosti v umírání“	53
7. Způsob interpretace dat	55
7.1 Popis metody sběru dat	55
7.1 Popis procesu interpretace dat	56
8. Konečná podoba výzkumné a srovnávací skupiny	58
8.1 Výzkumná skupina	58
8.2 Srovnávací skupina	58
9. Etika výzkumu	59
10. Výsledky výzkumu a jejich interpretace	60
10.1 Smrt (asociační struktura)	60
10.2 Umírání (asociační struktura)	63
10.3 Pacient v terminální fázi (asociační struktura)	67
11. Závěry výzkumu	71
12. Diskuse	73
Souhrn	75
Seznam použité literatury	77
Přílohy	
příloha č.1: Abstrakt	83
příloha č.2: Dotazník	85

Úvod

Každý, kdo někdy viděl umírat člověka, se jistě nemohl ubránit otázkám, jakými jsou například: Jaké je to, zemřít? Co prožívá umírající v hodině smrti? Kam směřuji? Mohu také já někdy zemřít?

I přes hluboký niterný zájem o toto téma dochází často k tomu, že se o smrti mlčí, že mají lidé zábrany o smrti mluvit nebo o ní jen přemýšlet. Důvody tohoto fenoménu tabuizované smrti jsou kulturní i individuálně psychologické. V podstatě se však jedná jen o jednu bazální úzkost – strach z vlastní konečnosti, z definitivní ztráty „já“. Mluvit, stejně jako přemýšlet o smrti nás vystavuje velmi nepříjemnému střetu s tímto sebeohrožujícím neznámem. Dostáváme se tak na dosah smrti vlastní, s kterou zatím nejsme s to se konfrontovat. Svou vlastní smrtelnost si na emocionální rovině jen těžko dokážeme připustit. Smrt je něco, co leží mimo naši vědomou zkušenost, tak proč se s ní tedy zabývat, když máme ještě tolik času. Jednoho dne však přece jen staneme na nejzazším výběžku života a zahledíme se do temnot. Jako hospicový dobrovolník jsem se měl možnost sekat s mnoha umírajícími lidmi. Málokdo z nich však věděl, jak strávit zbytek svého života co nejsmysluplněji. V hospici jsem viděl mnoho nepřipravených. Tito lidé se chovali jako by měli žít ještě nejméně sto let. Většina z nich umírala poprvé nebo si na svou předchozí smrt nepamatovala a měla veliký strach. Strach, který rozpoutává obava z „už nebytí“. Stojí za zmínku, že myšlenka na kvalitativně podobný stav „ještě nebytí“ nikoho nezúzkostňuje. Strach ze smrti je však tím větší, čím umírající pociťuje svou osamělost a pomalé vyřazování ze společnosti „živých – se smrtí aktuálně se nekonfrontujících“. Kontakt s umírajícím nám vlastně připomíná naši smrtelnost a proto se ho často snažíme uklidit do skrytu některé k tomu určené instituce. S tendencí vytěšňovat smrt z našeho života, dochází tedy k pomalému, ale o to pečlivějšímu vytěšňování dosud živých lidí na periferii společnosti a zájmu. Odsuzujeme je tedy k bezútěšné osamělosti.

Velmi často se nám stává, že ve svém vlastním životě zapomínáme na to, že v naší blízkosti může někdo trpět ještě více, obzvláště neslyšíme-li ho naříkat. Tato práce se tak má stát výkřikem osaměle umírajících, na které nesmíme zapomenout, protože by to samé mohlo potkat i nás.

1. Smrt jako psychologický problém

1.1 Umírání a smrt jako téma vědecké práce

V současné době je tematika smrti v odborných kruzích často diskutována. Avšak způsoby, jakými lze toto téma vědecky uchopovat a zabývat se jím, jsou často opomíjeny. Lze vůbec toto téma vědecky zkoumat?

Analýza smrti však zůstává čistě v rámci „tohoto světa“ v tom smyslu, že tento fenomén interpretuje pouze vzhledem k tomu, jak prostupuje každý pobyt¹ jako možnost jeho bytí. I pouhá otázka po tom, co je po smrti, může být smysluplně a oprávněně položena a metodicky zajištěna teprve tehdy, až se nám smrt podaří uchopit v plné ontologické bytnosti (Heidegger, 1996, str. 277-278).

Společně s věhlasným filosofem Martinem Heideggerem můžeme tuto metodologickou skepsi sdílet, neboť omezení naší existence smrtí je pro porozumění a hodnocení tohoto fenoménu značně nepraktické. Naše zkušenost tímto bodem končí a zpoza něj nemůžeme získat ani relevantní data. A zároveň každý člověk, který k tomuto bodu dospěje, ztrácí možnost nám tyto důležité informace sdělit. Spění ke konci představuje modus pro každého člověka naprosto nezastupitelný.

Pokud tedy budeme chtít tento fenomén zkoumat, musíme se zaměřit na etapu těsně před ním – bezprostřední umírání, ze kterého jsou nám data přístupná; popřípadě je třeba se zaměřit na chápání a anticipaci tohoto fenoménu v rámci společensky sdíleného diskurzu.

Velice užitečným metodologickým nástrojem pro tento druh vědecké práce je pro nás metoda analýzy sdílených sociálních reprezentací, jak je například využívá ve svých výzkumech R. Hytych (2002, 2006).

1.2 Několik originálních pohledů

Nalézat významy a činit svět smysluplným je jednou z nejdůležitějších potřeb člověka. V této souvislosti se dá dokonce hovořit o jakési neutuchající vůli ke smyslu (Frankl, 1994). Všichni lidé mají silnou potřebu zorientovat se ve světě, do něhož byli bez svého přičinění a souhlasu vrženi. Psychologie jako každá věda má tendenci integrovat zkušenosti náležející různým

¹ pobyt (německy v originále Dasein), tento pojem užívá M. Heidegger pro označení člověka

sférám reality a začleňovat je do smysluplné struktury. Pouhá zkušenost, která je nutně nárazová a útržkovitá, má být zasazena do širšího rámce a vysvětlena ve srozumitelném kontextu. Ujišťovat lidi, že realita, má bezpochyby svůj řád a pořádek patří nepochybně mezi hlavní úkoly psychologie. Zajišťuje nám tak pocit ontologického bezpečí.

Významnou mezní situaci představuje pro člověka zkušenost se smrtí druhých lidí, což má za následek anticipaci smrti vlastní. Tato okolnost znamená pro mnohé děsivou hrozbu. Všechna vysvětlení a legitimizace mají v této souvislosti podobný úkol – je nutné člověku umožnit pokračování v životě i po smrti blízkých a anticipovat svou vlastní alespoň tak, aby ho to neparalyzovalo a neznemožňovalo vykonávání rutinních povinností každodenního života. Žádná věda, a proto ani psychologie, nedokáže skutečnost smrti bagatelizovat podobně jako skutečnost snu. Smrt sice velmi hezky zapadá do vědecky dobře popsáního a empiricky ověřitelného cyklu přeměny látek, to však většinu lidí příliš neuklidňuje. Patrně jen náboženství je schopno zakomponovat fenomén smrti do svého výkladu způsobem, který nikterak neruší, naopak posiluje pocit ontologického bezpečí. Moderní společnost dosáhla díky vědě neuvěřitelných úspěchů při výkladu technických aspektů fungování světa i při konstrukci světa umělého. Nikdy se jí však zdařilo nahradit dřívější náboženské a filosofické výklady. Vypracovala v tomto směru pouze „diletantské náhražky“, často navíc s nebezpečným etickým a sociálním dopadem (Keller, 2005 str. 36-37).

Vyrovnat se s tematikou smrti a umírání se ve společenských vědách snažilo mnoho významných myslitelů. My se v však v této kapitole, z důvodu značné šíře této problematiky a teoretickému zaměření této práce, zaměříme jen na několik nejzajímavějších pohledů na fenomén smrti v pojetí významných psychologů 20. století.

1.2.1 Sigmund Freud

V raných etapách psychoanalytické pudové teorie vyslovil S. Freud (2000) předpoklad, že hlavní dynamickou silou lidské psychiky je sexuální pud, jehož energetická složka libido je zdrojem prakticky veškerých motivačních sil majících vliv na kognici, afekty a chování člověka. Pudové napětí je mentální povahy a má biologické kořeny v samé podstatě živého organismu. Otázky související s agresí, sadismem a mocí sice zaujímaly v jeho klinických pozorováních a hypotézách významné místo, ale v konfrontaci s hrůzami světové války jeho úvahy ještě potemněly. Začal vidět lidskou přirozenost ve stále tmavších barvách a v roce 1920 ve své stati „Mimo princip slasti“ (Freud, 1998) nastínil zcela novou dualistickou

pudovou teorii, ve které postavil agresivitu na úroveň dříve dominující sexuality. Agresivita se tak stala druhým dominujícím pudem.

Vytěsnění již nechápal jako zbytečně člověku vnucené restriktivní společností. Vytěsnění se stalo formou sociální kontroly, která umožňuje lidem společné soužití bez neustálého vraždění, vykořisťování a chrání člověka před ním samým. Tento obrat k temnějšímu nazírání na pudovou teorii umožnil pozitivnější hodnocení sociální kontroly, v níž dříve spatřoval původce neuróz. Nyní ji začíná vnímat jako určitou ochraňující nutnost. Vytěsněna tedy nejsou jen neškodná sexuální přání, ale též nepředstavitelně silná agrese a destruktivní síla vycházející z pudu smrti (Mitchell & Blacková, 1999). Nastolil tak předpoklad existence fundamentálního celoživotního konfliktu mezi libidinózními sexuálními impulsy neboli pudem života – Erotem a destruktivním pudem smrti - Thanatem. Duální pudová teorie se, navzdory přetrvávajícím teoretickým nejasnostem, dočkala téměř univerzálních klinických aplikací. V psychoterapeutickém procesu je vzájemné propojení sexuálních a agresivních pohnutek mnohdy velice zřetelné. Na kterékoli vývojové úrovni může vytěsnění nebo potlačení silně agresivně nabitých obsahů narušovat dosažení libidinózního uspokojení (Plháková, 2004).

Konzervativní povaze pudů by odporovalo, kdyby byl cílem života nějaký dosud nikdy předtím nedosažený stav. Musí to být spíše starý, určitý výchozí stav, jež život kdysi opustil a o návrat k němuž přes všechny vývojové okliky usiluje. Jestliže smíme přijmout jako bez výjimky platící zkušenost, že všechno živé z vnitřních důvodů umírá, navrácí se tak do anorganického stavu, pak můžeme pouze říci, že cílem veškerého života je smrt. A zpět směrem do minulosti, že neživé zde bylo dříve než živé (Freud, 1998 str. 33-34). Byli jsme tedy dovedeni k tomu, abychom rozlišovali dva druhy pudů. Pudy sexuální, jež stále znovu usilují o obnovování života a jeho prosazování, a ty druhé, pudy Já pocházející z oživení neživé hmoty, které chtějí znovuoobnovit svůj neživý charakter a směřují veškerý život ke smrti (Freud, 1998).

1.2.2 Carl G. Jung

Švýcarský psychiatr Carl Gustav Jung, kterého považoval samotný Sigmund Freud za „korunního prince“ psychoanalytického hnutí, se od svého učitele značně odklonil i v interpretaci fenoménu smrti. Odmítl Freudovo biologizující pojetí pudu smrti a pokusil se tento aspekt lidského života, který chápe jako „neproblematický konec lidské individuální existence“ (Jung, 1994 str. 107), začlenit do svého celostního chápání lidské duše a světa. Důrazně upozorňuje na fakt, že strach, který prožívá mladý člověk z plného odevzdání se

životu se později se stejnou silou transformuje do strachu ze smrti. Mnozí lidé jsou přesvědčeni o naprosté bezsmyslnosti smrti a vůbec si nejsou s to připustit, že by právě smrt mohla být tím konečným cílem, k němuž má život směřovat. Život člověka jako energetický proces je v zásadě ireverzibilní, a tak je konec takového procesu jeho zákonitým naplněním, potažmo i účelem. Křivka života je jako parabola střely, která vyrušena ze stavu klidu stoupá vzhůru a navrácí se zpět do svého klidového stavu. Psychologická křivka však s touto zákonitostí přírody jakoby nechtěla souhlasit. Tento nesouhlas, promítající se do života člověka, může začít již brzy po vzestupu. Člověk jako pomyslná střela sice biologicky stoupá, ale psychologicky a osobnostně otálí. Tento vzestup a dokonce i pomyslný vrchol křivky letu střely jsou jen stupně a prostředky k dosažení cíle a naplnění účelu, který je na konci druhé poloviny letu ohraničen smrtí (Jung, 1994). Mladý člověk, který podle C. G. Junga (1994, str. 109) nebojuje a nevíteží, propásl to nejlepší ze svého mládí a starý člověk, který neumí naslouchat tajemství potoků zurčících z vrcholů do údolí, je nerozumný, stává se duchovní mumií, která není ničím jiným než strnulým kusem minulosti. Stárí a umírání tedy nesměřuje k prudkému rozmachu a neřízené expanzi, ale má být stádiem postupného zklidnění a vyrovnávání se.

Jungův nepopiratelný příklon k syntetické tvorbě celku a transcendenci běžného uvažování je zřetelný i v jeho chápání smrti jako archetypální představě a symbolu. Symbolizace smrti nabývá pro nevědomé psychické obsahy značné důležitosti (Jung, 1999). Nevědomí stárnoucího člověka se takto připravuje na smrt. S přibývajícími léty je smrt nejen mnohem více anticipována nevědomím, ale stává se i stále častějším obsahem bdělé vědomé mysli. Sny a fantazijní představy jsou přípravnými jednáními nebo dokonce psychickými nácviky na určitou budoucí skutečnost. Fakt stále se blížící smrti se zpravidla ohlašuje symboly, které jsou v normálním životě prakticky pouze změnami stavu, či určité dané skutečnosti. Taková upozornění na blížící se smrt můžeme ve snech zaznamenat v symbolické podobě jako cestu, znovuzrození nebo odchod. Psychická příprava na smrt a psychologické umírání již tedy začíná mnohem dříve, než jsme ochotni si připustit (Jung, 1994). C. G. Jung (1994, str. 112-113) uvádí, že jej celkem udivilo, když viděl, jak málo rozruchu dělala nevědomá duše před smrtí. Podle toho by smrt musela být něčím relativně bezvýznamným, nebo se naše duše netrápí tím, co se náhodně individuu přihodí. O to víc se však, zdá se, nevědomí stará o to, jakým způsobem jedinec umírá. A zda-li zaměření vědomí odpovídá procesu umírání, či nikoli. Duši však není umírání individua zcela lhostejné. Nutkání dát všechno špatné ještě do pořádku, které tak často u umírajících pozorujeme, by tomu patrně nasvědčovalo.

1.2.3 Erich Fromm

Velmi významné místo v díle známého amerického psychologa a sociologa Ericha Fromma (1992, 1993, 1996, 2007) zaujímá dialektika protikladů lidské existence, která dává člověku zakoušet její božskou i zvířecí tvář. Kultura vydělila člověka z přírody, ale tato odluka zdaleka neprobíhá klidně a bezproblémově. Ve stavu pasivního stvoření je člověk vystaven samotě a odloučenosti. Lidskou přirozeností je tuto neuspokojivou pasivní roli překročit a k svému životu se aktivně postavit. Životní postoj charakterizuje E. Fromm (1996) v protikladech biofilní lásky k životu a nekrofilní lásky ke smrti.

E. Fromm (1996, 2007) užívá výrazu „nekrofilní“ k označení charakteru, specifickému způsobu vztahování se k okolnímu světu, nikoli tedy k označení perverzního jednání v běžném významu. Rozhodujícím pro něho byla teorie pudu smrti S. Freuda (1998) na kterou bezprostředně navazuje. Všímá si úzké souvislosti mezi nekrofilii, analitou a k němu vztaženou sadistickou destruktivitou. Freudovo teoretické vysvětlení tohoto jevu (1998, 2000) však nemohl úplně přijmout a podrobil jej určité revizi. Přesto jej psychoanalytická teorie přiměla vidět klinické údaje v novém světle a nově reformulovat kontextuálně již neplatné myšlenky. Nespornými zdroji jeho úvah však bezpochyby byly Freudovi teorie análního charakteru a ničivé síly pudu smrti – thanatu. S. Freud a především jeho blízcí spolupracovníci K. Abraham a S. Ferenczi odhalili, že sadismus je častým derivátem nezdařile proběhlé anální vývojové fáze. E. Fromm (2007, str. 344) definuje nekrofilii jako zhoubnou formu análního charakteru. Dále předkládá hypotézu, že vývojová řada od normálního anální-hromadícího charakteru, přes sadistický charakter až k charakteru nekrofilnímu je dána postupným nárůstem narcismu. Na rozdíl od Freuda, který považuje pud smrti a pud života jako tendence stejného řádu, chápe biofilii jako normální stav, zatímco nekrofilii jako psychopatologický fenomén.

Člověk s nekrofilním charakterem má tendenci být silně přitahován vším, co je mrtvé, zetlelé, rozložené a nemocné, je to vášně měnit živé v něco neživého, ničit pro ničení samo, výlučný zájem o všechno, co je čistě mechanické. Je to puzení k destrukci živých organismů a struktur (Fromm, 2007 str. 329). Tento zvláštní zájem charakterově nekrofilních osob o smrt se často projevuje nejen v chování a konverzaci, ale v celém jejich způsobu života a vztahování se ke světu. Rádi se baví o smrti a různých aspektech umírání. Jsou cyničtí a jejich reakce mají povětšinou povahu destruktivního aktu, než konstruktivního řešení daného problému. Výrazným projevem nekrofilního charakteru je přesvědčení, že interpersonální

konflikt a nedorozumění lze řešit pouze hrubou silou a násilím. Žijí nejraději v přetechnizovaném světě moderních přístrojů, které jsou dostatečně kontrolovatelné, ovladatelné a neživé.

1.2.4 Viktor E. Frankl

Zakladatel logoterapie Viktor Emil Frankl ve svém díle (1962, 1994, 2006a) pojednává o třech významných fenoménech, které jsou s to zbavovat člověka vědomí smysluplnosti jeho života. Jedná se o takzvanou „tragickou triádu“, do které Frankl zařazuje utrpení, vinu a smrt. Každý byt' sebehorší okamžik v životě člověka však dává příležitost naplnit tento život smyslem. Frankl také rozlišuje tři hodnotové kategorie: hodnoty tvůrčí, zážitkové a hodnoty postoje. Tato třetí hodnota postoje nabývá na významu zvláště v těch situacích, které člověka staví tvář v tvář nezměnitelnému osudu. Život den co den a hodinu co hodinu klade otázky. Je třeba vycházet z toho, že pokud má život smysl, pak tedy ne pouze jako tvůrčí nebo zážitkový, ale i jako utrpení, bolest a dokonce i smrt (Frankl, 2006b). Pokud je „smysl“ ústředním termínem celé logoterapie, pak určité „žítí navzdory“ je jejím nejdůležitějším poselstvím. Zahrnutím hodnoty postoje do oblasti možných hodnotových kategorií poukazuje na to, že lidská existence nemůže být nikdy zcela bezsmyslná. Život člověka má tedy svůj neoddiskutovatelný smysl dokud daný člověk dýchá a je schopen tento odvážný postoj zaujímat.

V mezní situaci, jakou je bezesporu umírání, je možné hovořit o ontologickém nebo jinak konečném–absolutním smyslu života, který je od osobního smyslu odlišný. Osobní nebo specifický, či každodenní smysl života je souhrnem běžných denních aktuálních cílů, činností a hodnot, které člověk naplní a krátkodobě nebo dlouhodobě realizuje. Ontologický smysl života je hodnota, životní rámec nebo systém, který se vztahuje k životu jako celku a jeho úlohou je interpretovat zásadní a konečné otázky lidské existence. Otázky existence světa, člověka a smrti (Tavel, 2007 str. 55).

Lidské bytí znamená být odpovědným. Odpovědnosti člověka za jeho život můžeme porozumět jedině tehdy, pokud této odpovědnosti rozumíme se zřetelem na pomíjející a jednorázový charakter života každého člověka. Kdybychom byli nesmrtelní, mohli bychom právem odsunovat každé jednání do nekonečna. Nezáleželo by na tom, vykonat je právě nyní. Mohlo by být zrovna tak dobře vykonáno teprve zítra nebo pozítří, za rok nebo za deset let. Takto však, tvář v tvář smrti jako nepřekročitelné hranici své budoucnosti a ohraničení svých možností se nacházíme pod jistým tlakem, abychom času svého života smysluplně využili a nenechali bez užitku projít kolem sebe žádnou z jedinečných příležitostí, jejichž konečný

souhrn pak tvoří celý náš život (Frankl, 2006a str. 81). Smrt tedy smysl života nezpochybňuje, ale naopak konečnost lidské existenci smysl dává. Tento smysl se tak v podstatě zakládá na jejím ireverzibilním charakteru. Na konečnosti lidského života se smysl teprve konstituuje, nikoli naopak.

V. Frankl (2006a str. 128) důrazně upozorňuje, že fakt lidské smrti není prožitkově uskutečnitelný, že je koneckonců právě tak nemyslitelný jako prožitek „ještě-nebytí“ před naším vlastním narozením a početím. Kdo opravdu věří, že může smrt člověka pochopit, obelhává sám sebe. Tento člověk se vlastně domnívá, že nejvlastnější podstata člověka může být jaksi zcela sprovedena ze světa jednoduše tím, že se jí nesený organismus stal mrtvolou, že tedy již nepatří k žádné formě bytí. Tento krajně materialistický pohled existenciálně zaměřený Frankl striktně odmítá. Člověk je pro něj člověkem uskutečňujícím se v metafyzickém sebepřesahu a ne pouze jen v několika „pár smyslových cárech“ jeho tělesných jevových dat. Smysl člověka vidí ve smyslu, který vložil do svého života.

1.2.5 Timothy Leary

Americký psycholog, epistemolog a přední představitel psychedelického hnutí Timothy Leary (1998) považuje smrt za individuální transcendentální zkušenost, kterou musí projít každý člověk a finální proces umírání dává podle něj každému jedinci klíč k plnému porozumění „vnější“ realitě. Smrt se tak stává nejzazším výletem do vyšších sfér vědomí. Patří mezi univerzální kategorie, a tak platí, že rozměr, míra a obsahová bohatost zkušenosti smrti nemají hranic. V lidském myšlení se umírání nevyhnutelně překrývá s překračováním verbálních slovně-koncepčních her, dále pak s vnímanými časoprostorovými dimenzemi, racionálně konstruovanou realitou, egem a osobní identitou. Nabádá k promyšlenému přístupu ke smrti a procesu umírání, který má v ideálním případě vyústit v osvojení si schopnosti řídit a kontrolovat poslední momenty života vědomě, dosahující té roviny chápání významů reality, kterou východní náboženství označují za stav osvícení. Přípravení, poučení a obklopení svými blízkými, kteří pomáhají osvěžovat vědomí „smysluplné cesty“ na níž se nalézáme, osvobozuje se naši mysl od taktických her, které svazují celou osobnost, od halucinací a strachu, tak potřebného k oktrojované kontrole naší bytosti zkostnatělou západní kulturou a společností. Není vůbec nepodstatné poukázat na značnou podobnost mezi zkušenostmi blízkosti smrti (NDE), psychedelickými zážitky a mystickými stavy. Ve smrti mizí objekt objektivity.

Learyovský přístup ke smrti dobře ilustrují následující výroky:

„Ze všeho nejvíc jsem se v životě těšil na umírání. Smrt je jednou z nejúžasnějších zkušeností lidského bytí. Musíte k ní ovšem přistupovat stejně jako k životu – se zvědavostí, s nadějí, s touhou experimentovat a hlavně s pomocí přátel (Leary, 1998 str. 11).“

„Místo, abych se během posledních dnů svého života poddával strachu, slabosti a bezmoci, považoval jsem je za jeho triumfální zakončení. Přátelé a členové rodiny by se v takové situaci měli chovat naprosto uvolněně, místo aby se postiženému vyhýbali. Oslavujte. Hovořte o plánu posledního okamžiku. Především se nenechte zavřít do nemocnice! Nemocnice jsou zlé, odcizující továrny na smrt. Ani milenku s vámi nenechají spát na nemocničním lůžku. To se tam nesmí. Přátelé nemohou odevlát na kousku gandži, zatímco vám sestra píchá něco silnějšího... House party je skvělý způsob, jak se vyrovnat s vlastním božstvím, v bezprostřední blízkosti smrti. ... Pozvěte nejchytřejší, nejotevřenější a nejinformovanější jedince, jaké znáte. Rozsah informací je klíčem ke všemu (Leary, 1998 str. 98).“

Tim Leary strávil život bořením tabu a společenských konvencí. Ve svém „Design for Dying“ proměnil smutný fakt umírání v příležitost k oslavě a využil zbylého času ke kázání o osobní nezávislosti, důležitosti kreativního myšlení a povznesení vnímání na vyšší úroveň. Potom si zvolil vlastní způsob úniku z „Pozemské věznice“ s nejbližšími přáteli a rodinou, nikoli v hněvu, ale v lásce (Sirius, 1998).

1.2.6 Irvin D. Yalom

Autor řady popularizačních publikací s psychologickou tematikou a emeritní profesor psychiatrie na Stanfordově univerzitě Irvin D. Yalom (2006) se podle svých slov považuje především za psychoterapeuta eklekticky využívajícího poznatky různých přístupů. Jistě však nemůže popřít jednoznačný příklon k psychoterapii existenciální, pro kterou je tematika smrti a umírání naprosto klíčovou. Existenciální paradigma předpokládá, že veškerá úzkost pramení z konfrontace člověka se základními existenciálními (bytovými záležitostmi lidské existence). Model psychopatologie vycházející z tohoto paradigmatu je především založen na neustálém zápase člověka s úzkostí ze smrti. Úzkost je však velice úzce spojena i s dalšími základními kategoriemi – nedostatkem svobody, osamělostí a v neposlední řadě se záležitostmi nenaplněného smyslu života či ztráty tohoto smyslu. Toto dělení je pouze akademické a všechny tyto složky je následně nutno opět implementovat do jednotného proudu a zapojit zpět do uceleného existenciálního modelu psychopatologie. Psychopatologie je tak charakterizována jako neúčinná, případně nedostatečná a nezralá adaptace na úzkost.

I. D. Yalom (2006, str. 37) vychází ve své psychoterapeutické praxi z následujících čtyř základních postulátů:

1. Strach ze smrti je všudypřítomný a hraje v psychice pacienta dominantní úlohu. Neustále se ozývá pod povrchem a děsí jej. Děsí jej tak jako nic jiného a je zdrojem primární úzkosti.
2. Dítě se strachem ze smrti intenzivně a nadměrně zabývá již v nejranějším dětství a jeho hlavním vývojovým úkolem je tak vypořádání se s hrozivým strachem z vlastního zániku. Tato primární úzkost a její případné ne/zvládání má vliv na celkový vývoj osobnosti daného člověka
3. Abychom se s tímto strachem vypořádali, stavíme si proti vědomí smrti různé obrany, jež jsou založené především na popření. Formují charakterovou strukturu, a jsou-li maladaptivní, vyústí do klinického symptomu. Jinými slovy, psychopatologie je důsledek neefektivní snahy o transcendenci smrti.
4. Účinná psychoterapie je stavěna na předpokladu, že se v rámci psychoterapeutického procesu zpřítomní potlačený strach ze smrti a uvede se do vědomých souvislostí s klinickými příznaky a potížemi klienta. Neurotickou symptomatiku tak lze léčit na základě uvědomění si smrti.

Přestože úzkost ze smrti nemusí explicitně vstoupit do terapeutického dialogu, poskytuje teorie úzkosti založená na uvědomění si smrti terapeutovi referenční rámec a explanační systém, který může jeho vliv na pacienta značně rozšířit. Úkolem terapeuta se tak stává snižování úzkosti na přijatelnou úroveň, a její následné využití ke zvýšení pacientova uvědomování a vitality. Sama skutečnost konečnosti lidského života je pro psychoterapeuta důležitá ze dvou odlišných ohledů. Plné uvědomění si fenoménu smrti podmiňuje radikální posun v pohledu na život a porozumění smrti jako primárnímu zdroji úzkosti. Následně jsou vytvářeny další a další vrstvy ego-defenzivních mechanismů proti úzkosti. Tyto jevy epifenomenální povahy brzy ústřední konflikt obalí a tím se stává odhalení primární úzkosti nesmírně obtížným, ač se primárně jednalo o zjevnou úzkost ze smrti. Tato úzkost ze smrti není klinickému psychologovi okamžitě patrná. Obranné struktury pracují právě za účelem jejího zakrytí a kamufláže, a tak je povaha tohoto ústředního dynamického konfliktu skryta vytěsněním a mnohými dalšími manévry na snížení tenze a dysforických pocitů, jež mohou být subjektivně velice nepříjemné. Ukazuje se až za pomoci analýzy snů, fantazií či psychotických výroků nebo pomocí náročného zkoumání nástupu neurotické symptomatiky. Každý člověk se bojí smrti svým vlastním osobitým způsobem. Jakékoli připomínky naší nevyhovující existenciální situace obvykle popíráme nebo záměrně opomíjíme. Dobrý terapeut by měl mít snahu tento proces zvrátit a tyto narážky vyhledávat, jelikož to nejsou

naši nepřátelé, nýbrž mocní spojenci v hledání celistvosti a zralosti. Naše úzkost je zároveň vůdcem i nepřítelem amůžže nám pomoci najít cestu k autentičtějším formám bytí. (Yalom, 2006). Často však někteří psychoterapeuti předpokládají pravý opak. Že právě zjevná úzkost ze smrti se jí ve skutečnosti vůbec netýká, ale maskuje nějaký jiný problém. Strach ze smrti nic jiného nezastupuje, pravou příčinnou je v tomto případě opravdu úzkost spojená se smrtí a pomíjivým charakterem lidského života (Yalom, 2008).

2. Osamělost v umírání

2.1 Proč lidé v dnešní době umírají osamoceni ?

Mezi všemi živými bytostmi vědí pouze lidé, že zemřou. Pouze my máme možnost svůj konec předvídat a plně si uvědomit, že se tak může stát kdykoli.

Smrt, jedno z bazálních bio-sociálních nebezpečí v životě člověka, se podobně jako jiné animální aspekty, ať už hovoříme o procesu či pouhé myšlence, zvýšenou měrou přesouvá do zákulisí života naší západní společnosti. Pro umírající to však, bohužel, znamená, že i oni jsou se stejnou důsledností vykazováni do ústraní a tím prakticky izolováni.

Nemluvíme zde ale jen o definitivním konci života – o smrti. Většina z nás zemře postupně, zestárne, zeslábne. Nechceme zpochybnit důležitost posledních hodin , avšak k rozloučení s umírajícím by mělo dojít mnohem dříve. Již samotná přítomnost závažné nemoci vyřazuje zpravidla stárnoucího člověka ze společenství živých. Je pořád ještě jedním z nás – mladých, krásných, úspěšných? Úpadek jeho fyzické stránky jej od nás izoluje. Schopnost, především však možnost, kontaktu a citového vztahu slábnou, ačkoli jeho potřeba afiliace a společenství s ostatními lidmi nevyhasíná. Tím nejtěžším pro člověka, který se ocitne v takovéto situaci, je právě to nenápadné vyřazování stárnoucích umírajících lidí ze společenství živých. Někdejší vztahy a náklonnosti chladnou a ti, kteří dávali životu smysl a bezpečí, se pomalu někam vytrácejí. Tento krutý proces již předem odsuzuje člověka k vyloučení ze společnosti – sociální smrti. Je smutnou skutečností, že právě ve vyspělé technické západní společnosti umírají její členové dříve sociálně než fyzicky (Elias, 1998).

Francouzský badatel Philippe Ariès (2000) se ve svých studiích k dějinám smrti pokusil popsat změny postoje lidí ke smrti v historické perspektivě. Ve starověku nebyla smrt stejně jako život událostí, která je pouze záležitostí jednotlivce. Solidarita jedince se společností byla naopak posilována neodmyslitelnými obřady a rituály. Proti mocným a všudypřítomným přírodním silám bylo bojováno ve skupině. Smrt opravdu velmi často obcházela kolem lidí ve značné blízkosti. Tím se však stávala jaksí důvěrně známou, obecně přijímanou. Od začátku středověku spojuje Ariès smrt s hrdinským umíráním na bitevním poli. Největší pozornost věnuje poslednímu tisíciletí naší západní křesťanské kultury, kde předkládá vývoj názorů na smrt a jejích zařazení do kategorických modelů, které v určitém období a socioekonomické skupině determinovaly nakládání lidí se smrtí. Od modelu „ochočené“ smrti získává tento fenomén přívlastek „vlastní“ až v novověku. S nástupem hrůz Třicetileté války s ní musel být konfrontován každý, kdo přežil hromadné umírání bližních následkem válečného vraždění,

hladomoru a epidemií nemocí. Ve století osmnáctém bývá však smrt romantizována a obřadně estetizována. S plně privatizovanou smrtí se setkáváme až v 19.století a ve 20. století dochází v chápání smrti k zásadnímu obratu. Z „krásné“ romantické smrti se smrt stává špinavou a odpudivě ošklivou. Medicína, s puncem pozitivisticky laděné přírodní vědy, začíná smrt považovat za porážku, snaží se včas od umírajícího odvrátit a ušetřit pohledu na něj i celou společnost. Smrt se zakrývá, dochází k její institucionalizaci a umírá se za plentou. O smrti se mlčí – stává se „zakázanou“. Zaručí nám však naše „vítězná medicína“ tím, že životu přidá na délce, že do těchto přidaných let, po které oddálí naši smrt, vloží dostatečné množství kvalitního a plnohodnotného života?

Až příliš často se dnes člověk stává osamoceným a ve svém životě záměrně nezávislým individuem. Nejsmysluplnějším, co si dokážeme představit, je honba za našimi vlastními izolovanými zájmy. Téměř vždy považujeme náš vlastní, na ostatních lidech nezávislý, smysl za cíl našeho směřování. Pokud budeme sebe sama nahlížet jako bytosti existující pouze pro sebe, nastavíme kormidlo směřování našeho života k neodvratné samotě, jež je tak charakteristická pro naši individualizovanou společnost materiálního úspěchu. Fenomén *osamělosti v umírání* je tak prostě jen důsledkem důrazu, s nímž v této době vystupuje do popředí i osamělé bloudění životem (Elias, 1998).

Nedegradujeme tak hodnotu smyslu života na pouhý účel? Odpovědnost jsme v dnešní době vyměnili za výkonnost. Odpovědnost má dnes dokonce negativní zabarvení a často je chápána jako výmluva těch, kteří se výkonové technické společnosti nechtějí nebo nemohou přizpůsobit.

Kontroverzní americký psycholog Timothy Leary (1998) se ve svém pojetí umírání drží východní tradice tibetského buddhismu (Dalajlama, 2006; Sogjal 1996), ve kterém odmítá tuto honbu za individuálním ziskem v materiálním světě. Nabízí možnost naplnění transcendentního smyslu, který jedinečná osobnost každého člověka uskutečňuje v kolektivním univerzu lidí, zvířat, věcí, myšlenek a dějů. Podle tibetských buddhistů by se během příchodu velkého okamžiku smrti mělo vše točit kolem aktuálního stavu vědomí. Jakkoli jsou nám hrátky na slávu, oslnivou krásu, na úspěch a vzplanutí vášně příjemné, měl by se jedinec učit směřovat a řídit vědomí tak, aby dosáhl roviny chápání, osvobození a prozření, která mu pomůže dojít do konce bez negativních emocí a obav.

„Krásné sídlo nestavěj, kde pohroma je jistá, skrovný domek hled' si jen v pevné zasadit skále.“ Tímto veršem se snaží římský filosof Boëthius (1995, str.60) upozornit na pomíjivost lidského života a utápění se v bezsmyslných nepodstatnostech, které svádí naše kroky ze správné cesty. Jeho filosofický systém se s touto pomíjivostí do značné míry pokouší

vyrovnat právě příklonem k nejvyšším duchovním hodnotám, které stojí až za věcmi materiálního a světského světa.. Učí nás svým příkladem tuto ohraničenost překonat a zmírnit její dopad na naši psychiku hodnotou odvážného postoje tváří v tvář smrti.

Smrt by neměla být spojena s nadějí, že ji lékaři v neosobních technických institucích odsunou do nekonečna, ale nadějí, že smrt vytvoří z našeho života smysluplnou totalitu a období našeho umírání bude též etapou našeho závěrečného osobnostního růstu.

2.2 Tři kategorie lidské osamělosti

Osamělost je vlastně natolik frekventovaným pojmem, tak často se objevujícím v každodenní hospicové praxi, že se de facto stává neurčitým a špatně uchopitelným. Jedním z úkolů klinického psychologa je její definování v různých kontextech jejích významů. Znamý americký psychoterapeut Irvin D. Yalom (2006) rozlišuje tři různé typy osamělosti: interpersonální, intrapersonální a existenciální. Interpersonální osamělost, všeobecně označovaná vágnějším pojmem samota, je charakteristická především osamocněním, případně izolací od druhých lidí. Je velmi závislá na mnohých faktorech, jakými jsou například geografická poloha, konfliktní způsob interpersonální komunikace, neschopnost navazovat uspokojivé vztahy, chybění určitých sociálních dovedností. Osamělost toho typu je charakteristická také pro jedince s neuspokojivě koncipovanou osobností nebo duševní poruchou (schizofrenie, deprese, schizoidní, hraniční nebo dissociální porucha osobnosti). Nepopíratelnou roli hrají v případě interpersonální osamělosti kulturní faktory. K zvýšení mezilidského odcizení a samoty vedl úpadek institucí podporujících interpersonální blízkost (klasická široká rodina, sousedská vzájemnost, církve etc.). Intrapersonální osamělost je proces, popisovaný především psychoanalytickou tradicí, kdy člověk od sebe odděluje psychické části sebe sama. Intrapersonální osamělost je následkem potlačení svých vlastních pocitů a je stavem kdy člověk přijme za svá přání, příkazy a zákazy, nedůvěřuje vlastním pocitům a úsudku, čímž pohřbívá svůj vlastní osobnostní růstový potenciál. Psychoterapeut by se tedy měl zaměřit na to, jak klientovi pomoci zpětně propojit dříve odštěpené části jejich fragmentovaného self.

Třetí kategorií osamělosti je osamělost existenciální, která přetrvává navzdory těm nejspokojivějším vztahům s druhými lidmi a navzdory sebelepší integraci a sebepoznání. Jedná se o mnohem zásadnější a hlubší typ osamělosti vázané k samotnému bytí. Existenciální osamělost označuje nepřeklenutelnou propast mezi námi a jakýmkoli jiným člověkem. Označuje také ještě zásadnější složku osamělosti, kterou je hrozivé odloučení mezi

člověkem a světem. Existenciální osamělost je údolím samoty, do něhož vede mnoho cest. Nutně však do něj vede konfrontace člověka s vlastní smrtelností. Na té nejvíce fundamentální rovině je umírání tím nejosamělejším lidským prožitkem (Yalom, 2006). Je třeba si však plně uvědomit, že se jedná o značně zjednodušující akademické dělení a všechny tři zde nastíněné kategorie jsou v běžné praxi klinického psychologa těžko rozlišitelné, protože často splývají a jsou na sobě těsně vázány.

2.3 Emocionální stav umírajícího člověka

Neoddělitelnou součástí lidské psychiky jsou naše emoce. Při každé změně v organismu člověka, která dosáhne určitého prahu intenzity, dojde také k ovlivnění emoční sféry a ta zpětně působí na somatické dění. Emoce se tak stávají významným mostem mezi kognitivní a vegetativní úrovní (Honzák, 1997). Proto nelze u osob v terminální fázi nemoci jejich emocionální stránku podceňovat a opomíjet už jen proto, že se významnou měrou podílejí na kvalitě zbývající části jejich života. Emoční problémy se však neobjevují jen v samém závěru, ale jsou výrazně přítomné už v době seznámení nemocného s nepříznivou prognózou jeho nemoci a mnohdy ještě dříve.

K lepšímu pochopení emocionálního stavu nemocného nám může být nápomocen známý model vyrovnávání se člověka s terminálním onemocněním, který navrhla americká lékařka švýcarského původu Elisabeth Kübler-Rossová (1969, 1995, 2003). Přijetí smrti je individuální proces, který probíhá u každého jedinečně a neopakovatelně. Přesto však lze vyzorovat určité specifické znaky a fáze, které jsou společné většině umírajících. Tyto fáze se mohou překrývat a může také dojít k návratu k předchozí, již prožité fázi tohoto procesu. Podobnými fázemi vyrovnávání se se vzniklou situací prochází i rodina a blízcí nemocného. Stává se, že se nemocný a jeho blízcí nacházejí v rozdílných fázích, což však může být pochopitelně zátěží pro vzájemné vztahy (Sandtner, 2004).

Po prvotní fázi „šoku a popření“ se nemocný většinou stahuje do izolace, která je následována vzpourou proti nepříznivému osudu obranným mechanismem popření skutečnosti. V této fázi vstupuje do popředí ego-defenzivní mechanismus popření (Freudová, 2006), kterým se člověk snaží zabránit plnému uvědomění a přijetí tíživé reality. Tato obrana působí především proti akceptaci nepříjemných vnějších informací, které se neslučují s bezpečnou integritou já. Člověk se snaží přesvědčit sám sebe, že muselo dojít k nějaké administrativní chybě, mylné diagnostice nebo záměně laboratorních vzorků. Člověk se brání a snaží se vysvětlit lékařům, že se musel jistě splést. Této přirozené lidské reakci se nikdy

nemůžeme přímo vyhnout, ale ukazuje se, že bývá tím menší, čím citlivěji a šetrněji je informace o infaustní prognóze pacientovi sdělena. Velice v tuto chvíli záleží na profesionalitě daného lékaře. Jedná se vlastně o jakousi přirozenou reakci, při níž si lidská psychika říká o čas potřebný ke zpracování informace, která obrací život člověka zcela naruby. Popření skutečnosti tak vlastně vytváří určitý prostor pro její následné přijetí. Spíše než slova potřebuje člověk v této situaci cítit, že není sám (Sandtner, 2004). Přítomnost druhého je nesmírně důležitá k překonání tendence nemocného stáhnout se do izolace a propadnout osamělosti.

V další fázi, kdy se u člověka vystupňuje pocit nespravedlnosti a křivdy, dochází k prudkým výbuchům hněvu a vzteku. Toto období je charakteristické především agresivním a hostilním chováním vůči okolí. Zlost se zde naprosto přirozenou reakcí na zničující frustraci, kterou člověku přináší jeho onemocnění. Pacient nebo klient hospice se zlobí a útočí na vše, co mu jen zdánlivě připomíná drtivý fakt, že se jeho život chýlí ke konci, zatímco ostatní žijí dál. Paradoxně je potřeba, aby ošetřující, popřípadě doprovázející, personál byl navzdory četným útokům kdykoli k dispozici a nemocného neopustil. Je třeba se obrnit nezlomnou trpělivostí. E. Kübler-Rossová (1969) zdůrazňuje, že pacientovo „ne“ neznamena vždycky „ne“. Kdo se bojí blízkosti druhého, ji častokrát nejvíce potřebuje. I hněv se tak stává reakcí, která je přirozená a napomáhá k zvládnutí obtížné situace. Na rozdíl od zoufalství a beznaděje se jedná o emoci stenickou a je možné se od ní odrazit. Často se zloba a vztek této fáze manifestuje do podoby vzdoru a odmítání spolupráce na léčebných nebo ošetrovatelských zákrocích. Pomáhající okolí je tak ve své práci zčásti limitováno špatnou kompliancí ze strany klienta daného zdravotnického zařízení.

Následuje stadium „smlouvání“, ve kterém se umírající snaží vyprosit si ještě trochu času, aby bylo možné uskutečnit to či ono ze zbývajících životních možností. Jedná se zde o určité hledání smířlivé, kompromisní reality. Skutečnost již není v této fázi vyrovnávání se s diagnózou nemoci s infaustní prognózou popírána, nemocný se již nezlobí, neobviňuje všechno a všechny, ale naléhavě se dožaduje vyjednávání s Bohem, lékařem či jakoukoli vyšší mocí, která by mu jeho čas zde o malou chvíli prodloužila. Umírající člověk si začíná s hrůzou uvědomovat, co by ještě ve svém životě chtěl vykonat a stihnout, ačkoli na to již téměř s jistotou nebude mít dostatek času. E. Kübler-Rossová (1969) přirovnává toto chování k chování zoufalého dítěte, které se snaží všemi možnými prostředky dosáhnout svého. Nejdříve se vzteká a pláče, ale následně se snaží být co nejokázaleji hodné, aby rodiče přesvědčilo, že má být jeho požadavku vyhověno. Se zhoršujícím se zdravotním stavem

pacienta a s klesající tendencí regenerace jeho psychických sil přichází plné uvědomění si ztráty téměř všech dosavadních životních hodnot, které vede k depresi.

Nemocný si již nic nenalhává a je zcela konfrontován s realitou stále bližšího konce. Společně se stále se zvyšujícím počtem omezení upadá nemocný do čím dál těžší malomyslnosti. Dennodenně je konfrontován s ubýváním svých sil. Sociální kontakty se stávají řidšími a omezují se jen na krátké návštěvy blízkých a proces ošetřování zdravotníkem. Možnost rekreace (četba, procházky, poslech hudby atd.) se se zhoršujícím fyzickým stavem snižují. Bolest je, přes všemožné snahy ošetřujícího personálu, neustále přítomná. Pocit smysluplnosti, který je pro kvalitní život člověka nepostradatelný, se vytrácí. Věci, které naplňovaly jeho život radostí jsou nyní nenávratně pryč. Plně si uvědomuje ztrátu tolika možností, které bral ještě nedávno za samozřejmost. Pacient v této fázi často vědomě odmítá léčbu, jelikož se domnívá, že je na konci, a již nechce být další léčbou a jejími vedlejšími účinky nadále zatěžován. Termín „deprese“ v této fázi lépe vystihuje všeobecnější termín „zármutek“, který více vystihuje, že jde o beznaděj spojenou s tušením konce, nikoli o klinickou depresi (Baštecká et al., 2003, str. 269). Tento depresivní úsek cesty však může vést nemocného člověka k přijetí věcí, jak opravdu jsou a zároveň vést člověka k hledání vyššího metafyzického smyslu.

Tato „depresivní fáze“ může trvat velmi dlouho, ale pokud se člověku dostane dostatečného množství času přichází, alespoň podle Kübler-Rossově, úlevné stadium „akceptace“ nevyhnutelné smrti a smíření se situací. Termínem smíření rozumíme nejen akceptaci situace jako určité přijetí nepříjemného faktu a vyrovnání se s ním, ale takový stav, kdy je pacient schopen na těžkou situaci myslet, když na ni myslet chce, aniž by ho to příliš zúzkostňovalo, a nemyslet na ni, pokud na ni myslet nechce (Křivohlavý, Kaczmarczyk, 1995, str. 42). Nejedná se o pasivní rezignaci, ale o aktivní přijetí, v němž lze zakoušet pokoj smíření. Člověk je již se svým osudem smířen a vyrovnán. Dochází k odklonu od vnějšího okolí, o které již nejeví takový zájem jako před tím. Samota, nikoli však osamělost je důležitá pro urovnání důležitých vnitřních záležitostí. Komunikace se přesouvá spíše na úroveň doteků, pohledů a lidské blízkosti. Z umírajícího je v této fázi patrný jistý nadhled a klid. Ne každý však dosáhne tohoto konečného ideálního stádia. Tím důvodem může být narušená osobnostní struktura, negativní vlivy prostředí a okolí, popřípadě, což bývá příčinou nejčastěji, závažnost nemoci člověku nedá dostatek času, aby došel až k tomuto žádoucímu konečnému stadiu smíření. Proto je důležité apelovat na etické aspekty vztahu ke klientovi a pokud je to možné bezdůvodně nelhat pacientovi o jeho zdravotním stavu, neztažovat mu

vážnost situace, a tím mu de facto odebírat drahocenný čas potřebný k jejímu přirozenému zpracování.

Stavy rozlady, smutku, deprese a zoufalství jsou však střídány různě dlouhými obdobími spokojenosti, naděje a radosti. Určujícím faktorem emocionálního stavu pacienta je však konkrétní průběh jeho nemoci.

Jestliže se nám nemocný snaží své negativní pocity a obavy sdělit, neměly bychom jej zahánět do samoty slovními obraty typu: „na takové věci nesmíš myslet“. Člověk v takové situaci nemůže dost dobře nemyslet na věci, které ho zúskostňují a které ho bezprostředně ohrožují na životě. Jsou ústředním motivem jeho myšlenek (Haškovcová, 2007).

Obecně zde platí pravidlo emocionální indukce. Strach jednoho člověka indukuje v druhém též strach, jakožto i naděje jednoho navozuje pocit naděje v druhém. Umírající člověk prožívá mnoho negativních emocí, kterými jsou úzkost a strach, ale i velmi nepříjemné pocity viny, bolesti a zlosti.

Pokud bychom se snažili odlišit od sebe úzkost a strach, tak úzkost (anxieta) je možné definovat jako dosti neurčitý a difúzní pocit obav, bázně a tísně, zatímco strachem rozumíme pocit ohrožení zcela konkrétním nebezpečím. V souvislosti s umíráním se nesetkáváme jenom s ontologickým strachem ze smrti, ale se značně velkou paletou obav. Umírající může trpět například strachem z bolesti a utrpení, ztráty samostatnosti a důstojnosti, strachem o rodinu nebo ze selhání či nedokončení životního díla. Jedním z nejzávažnějších strachů (který, bohužel kvůli současnému trendu odsunování a tabuizování smrti, často dochází naplnění) je strach z *osamělosti*. Všichni mě opustí, odejdou, zapomenou a já budu ve chvíli pro mě nejtěžší zcela sám. Přesáhne-li strach určitou subjektivně únosnou hranici, hovoříme o panice, která je přitom silně sociálně nakažlivá (Křivohlavý, Kaczmarczyk, 1995).

J. Křivohlavý (2003) uvádí, že míra utrpení a bolesti je přímo úměrná míře jeho obav a strachu a dává ji také do souvislosti se subjektivně vnímanou absencí sociální opory. Sociální opora se tak stává jedním z nejdůležitějších pozitivních faktorů, které jsou s to modifikovat a moderovat nepříznivý vliv různých zatěžujících životních situací na emocionální stav člověka a tím velmi zvyšovat kvalitu jeho života.

2.4 Sociální opora – protektivní faktor

Sociální oporu definuje J. Křivohlavý (2003, str.94) v širším slova smyslu jako pomoc, která je poskytována druhými lidmi člověku, který se nachází v zátěžové situaci. Jedná se zde obecně o činnost, která člověku v tísní určitým způsobem usnadňuje jeho tíživou situaci.

Psychologie zdraví si je dobře vědoma toho, že na poli psychologie existuje jen velmi málo jevů, které nejsou sociální povahy. Stres a jeho škodlivé účinky jsou moderovány a snižovány osobnostními a sociálními zdroji a strategiemi zvládání stresogenních situací. Sociální integrace jedince do sociální struktury je významnou determinantou jeho psychické pohody a zdraví. Zdroje sociální opory jsou součástí jeho systému mezilidských vztahů. Určitý druh opory a pomoci, které se jedinci dostává od druhých osob, skupin a širší společnosti, často ovlivňuje způsob, jakým způsobem a jak efektivně se vyrovnává se zátěžovými situacemi, a tím i celkový pocit psychické pohody a zdraví. Vedle již dříve známých dimenzí zdravotního stavu a pocitu pohody („well-being“) je dnes velmi důrazně poukazováno také na profesní ekonomické a v neposlední řadě především na sociální dimenzi těchto konstruktů. Sociální opora byla jedním z nejdůležitějších faktorů, jež byly identifikovány jako faktory, moderující a pozitivně upravující vliv nepříznivých životních událostí na psychickou pohodu a zdraví člověka. Teorie sociální opory je tak chápána jako multidimensionální konstrukt (Šolcová & Kebza, 1999).

Salutoprotektivní vliv tohoto faktoru konstatuje drtivá většina dosud publikovaných studií a odborných článků v oblasti psychologie zdraví (Blazer, 1982, Andersen, 1992, Ducharme et al., 1994, Fondacaro & Moos, 1997, Krause, 1997, Schwarzer & Knoll, 2007). Nejmodernější studie (Cameron, 2005, Drageset & Lindstrom, 2005, Manning-Walsh, 2005, Luszczyńska et al., 2007) dokonce poukazují na značný význam sociální opory pro přežití a procesu adaptace pacientů s onkologickým onemocněním. Naopak sociální izolace a osamělost rizika úmrtnosti na různá onemocnění mnohonásobně zvyšují (Tschuschke, 2004).

Sociální oporu je dobré vidět jako sociální proces, který je výrazem autentického osobního vztahu dvou lidí, popřípadě určité skupiny. Jedná se zde o zcela zvláštní přátelský vztah, který je charakterizován vzájemnou důvěryhodností a důvěrou, psychickým přilnutím, sociální blízkostí, solidaritou a sdílením, které je charakteristické pro lidskou vzájemnost. Je to právě takto charakterizovaný přátelský vztah, který dává verbálnímu i nonverbálnímu chování a jednání zvláštní význam subjektivně vnímané ochoty pomoci v případě potřeby. Ukazuje se, že to podstatné pro efektivitu sociální opory je právě tento význam činnosti poskytované ochotně a s dobrými úmysly osobou, s níž je její příjemce v blízkém osobním vztahu. Tato činnost vyústí v pozitivní odezvu, přináší úlevu a zlepšení zdravotního stavu a především se stává celkovým ochranným faktorem (Křivohlavý, 1999, 2002).

Tvrzení o jednoznačném protektivním vlivu sociální opory ve vztahu ke škodlivým účinkům stresu na zdravotní stav jedince je však nepřesné. Je nezbytné odlišovat anticipovanou (očekávanou) sociální oporu a získanou (obdrženou) sociální oporu.

Anticipovaná sociální opora, plně vnímaná jako dosažitelná, je anticipativně založený konstrukt, zatímco získaná sociální opora je konstruktem retrospektivně založeným. Anticipovaná sociální opora je primárně kognitivní reflexí sociálního prostředí. Reprezentuje obecný subjektivní pocit jedince, že je ostatními akceptován, že se o něho zajímají a že mu pomohou, bude-li to potřebovat. De facto se tedy jedná o reprezentaci toho, jak jedinec percipuje své sociální začlenění. Získaná sociální opora naproti tomu představuje transakce pomoci, kterých se již jedinci skutečně dostalo v minulosti. Anticipovanou sociální oporu lze tedy chápat jako individuálně odlišnou proměnnou, která úzce souvisí s některými osobnostními charakteristikami jedince. Bývá tedy někdy řazena mezi zdroje zvládání stresu, podobně jako například „smysl pro koherenci“ A. Antonovského, odolnost typu „hardiness“ S. Kobasové a koncepce „místa kontroly“ J. Rottera. Všechny tyto koncepce zvládání životních těžkostí mají mnoho jednotících prvků a jsou jen různými fazetami jednoho krystalu. Získaná sociální opora je oproti tomu vnější sociální proměnnou determinovanou specifickým vzorcem sociální interakce (Šolcová & Kebza, 1999). Získanou sociální oporu lze dělit na instrumentální (konkrétní materiální forma pomoci – finanční pomoc, obstarání nezbytných věcí, zařízení neodkladných záležitostí), emocionální (láska, dodávání odvahy, empatické sdílení těžké situace), hodnotící (komunikace, jež je relevantní pro sebehodnocení; sdělována například tím jak je s člověkem zacházeno – úcta, respekt, posilování kladného sebepojetí) a informační (pomoc člověku se zorientovat v obtížné situaci, rada). Terminálně nemocný pacient je jako příjemce sociální opory obzvláště specifickou skupinou. Je důležité neopomenout nebo nepodcenit žádnou složku sociální opory, a naopak přílišná péče může člověka obtěžovat či mu dokonce může odepřít poslední zbytky autonomie. Pomoc, která bere adresátovi osobní vyrovnání se s kritickou situací je také naprosto kontraproduktivní a nadělá více škody než užitku. Přemíra snahy, být s nejušlechtilejšími úmysly, často připravuje příjemce této pomoci o pocit samostatnosti, který je pro vnímanou kvalitu života nesmírně důležitý. Důraz by měl být kladen na moment přiměřenosti a adekvátnosti. Nedá se ani říci, že člověk, který má větší počet kontaktů s druhými lidmi a ošetřujícím personálem má automaticky vyšší úroveň sociální opory. Kvalita je v tomto případě plně nadřazena kvantitě poskytované péče a sociální opory.

3. Hospic a hospicová myšlenka

3.1 Hospic

Hospic se v současné době stává ideálním místem, kde lze komplexně uspokojovat širokou paletu potřeb umírajících a jejich rodinných příslušníků.

Ve středověku sloužily hospice jako útočiště poutníků směřujících do Svaté země. V hospicích měli možnost načerpat nové síly před dlouhou cestou. Křesťanská myšlenka hospice byla obnovena až v 18. století v irských městech Dublin a Cork, kde byly z iniciativy M. Aikdenheadové zřízeny speciální nemocnice pro umírající. Prvním hospicem moderního typu se stal až St. Christopher's Hospice, otevřený v roce 1967 v Londýně. V jeho čele stanula nadšená propagátorka hospicové myšlenky C. Saundersová.

Historie hospiců v České republice je v porovnání s Velkou Británií výrazně kratší. Prvním hospicem na našem území se stal Hospic Anežky České v Červeném Kostelci (otevřen 8. prosince 1995), který vznikl za nemalého přispění ikony českého hospicového hnutí Marie Svatošové.

M. Svatošová (1995, 1996, 1998) mluví o hospici jako místu, kde jde především o doprovázení smrtelně nemocného a jeho blízkých jedním z nejtěžších úseků života. Pacientovi by se zde měla poskytovat paliativní (útěšná), především symptomatická, léčba a péče. Současně by se také nemělo zapomínat na celý komplex bio-psycho-sociálně-spirituálních potřeb člověka. Hospic neslibuje uzdravení, ale nebere také nikomu jeho naději.

Hospic je určen především nemocným s infaustní prognózou a obtížnými symptomy, u kterých byla ukončena kurativní léčba. Hospice jsou přizpůsobeny především onkologicky nemocným pacientům, kteří zde tvoří drtivou většinu.

Můžeme rozlišit tři formy hospicové péče :

- a) *domácí*, kdy zdravotnický personál za klientem dochází a potřebné odborné ošetrovatelské úkony provádí u něho doma
- b) *ambulantní*, která má formu několikadenních respitních pobytů nebo denního stacionáře
- c) *lůžková*, pokud již nestačí nebo není možná péče domácí (popř. dočasné respitní pobyty)

Nemocný se dostane do hospice na základě vlastní žádosti, která je vždy podmíněna i svobodným informovaným souhlasem pacienta.

V hospici je vše podřízeno zvýšení kvality života nemocného a je tomu přizpůsoben i režim dne, který se tak velmi odlišuje od režimu dne ve většině nemocnic. Člověk zde není

izolován od okolního světa a návštěvy jsou mu povoleny kdykoli (rodinnému příslušníku je zde dokonce dovoleno přespat na přistýlce v pokoji pacienta). Pokud to dovoluje jeho zdravotní stav, může nemocný kdykoli opustit budovu hospice.

3.2 Hospicová myšlenka

Je třeba upozornit na žalostný fakt citového strádání umírajících v osamění důmyslných institucí, který ostře kontrastuje s přirozeným přáním člověka zemřít neopuštěn doma v kruhu svých nejbližších.

Osobní blízkost druhého člověka je nejdůležitějším prvkem důstojného umírání a důstojné smrti. Jako se nikdo nerodí sám, tak by sám neměl ani umírat. Přítomnost druhých lidí činí z procesu narození i našeho odchodu ze života sociální akt. Ten, spolu se znalostí laskavého doprovázení umírajících, pak skutečně může vytvořit reálný předpoklad pro „dobrou smrt“ a důstojné umírání (Haškovcová, 2007).

Koncepci fungování hospice shrnuje M. Kupka (2008a) v myšlence, která se snaží pomoci umírajícím a jejich příbuzným prožít tyto obtížné chvíle jejich života pokud možno bezbolestně, klidně a v bezpečí za přítomnosti druhých lidí (rodina, profesionální pracovníci, laičtí pomocníci atd.). Tato myšlenka by měla vycházet z úcty k člověku a jeho životu. Charakterizuje hospicovou péči jako zvláštní typ péče zdravotnické, kde prvořadým úkolem není neudržitelné prodlužování života nemocného, ale je jím zkvalitnění jeho zbývajících částí.

Východiskem základní hospicové myšlenky je přístup k člověku jako jedinečné a neopakovatelné bytosti, které by mělo být v hospici zaručeno, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí, v každé situaci bude respektována její neopominutelná lidská důstojnost a v posledních, mnohdy nejtěžších, chvílích života nezůstane osamocena.

3.3 Paliativní péče

S moderní hospicovou myšlenkou je neodmyslitelně spjata i paliativní péče o terminálně nemocné. Bylo by však omylem chápat toto odvětví medicíny jako nové. Ve skutečnosti je asi nejstarším lékařským oborem, protože až do současného nástupu „vítězné medicíny“ byly skutečné možnosti účinné léčby různých nemocí značně omezené.

J. Vorlíček (2004, str.24) uvádí ve shodě se Světovou zdravotnickou organizací (WHO) následující definici paliativní medicíny :

Paliativní medicína je celková léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a jiných symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin.

Smrt je dnes pokládána za selhání západní technické společnosti i jednotlivých lékařů. Smrt je soudobou „vítěznou medicínou“, hnanou nezadržitelnou strategií úspěchu, pokládána za jaksi nepatřičný fenomén, který se vlastně vůbec nehodí do současného světa vědy, techniky a médií, do světa, který je posedlý mládím, sexem, úspěchem za každou cenu a hromadění materiálního bohatství.

Velmi mnoho lidí však stále ještě umírá o samotě a nepochopeno. Současná medicína bojuje za co největší oddálení smrti. Musíme si přiznat, že v tomto snažení dosáhla značného pokroku, jehož odvrácená strana může mnohým z nás znemožnit důstojně a v klidu zemřít. Namísto lidského porozumění a empatie se nám dostane jen strastiplné cesty ke smrti na přístrojích v obluzení léky.

Oddalovat smrt je jistě ušlechtilý a vysoce hodnotný čin, ale nebrat na vědomí konečnost lidského osudu je projevem lidské i profesionální nekompetentnosti. Často jsou formy paliativní péče zahajovány pozdě, popřípadě jsou zamlčovány. Z paliativní péče se nemůže vyvázat žádný lékařský obor.

Paliativní péče má být obecně zahajována tehdy, pokud negativní důsledky léčby kurativní převýší očekávaný přínos. To, že ukončíme kauzální terapii, však v žádném případě nesmí znamenat, že s ní končí veškerá péče. Specifické potřeby nemocných v inkurativním a prognosticky progredujícím stavu nevylučují zásah kurativní, pokud dojde ve zdravotním stavu nemocného k příznivému zvratu. Paliativní přístup se od způsobu práce s nemocným s příznivou prognózou výrazně odlišuje. Po přechodu od kurativního způsobu léčby na péči paliativní, se tento způsob přístupu k terminálně nemocnému člověku stává koordinovaným programem odborných i podpůrných služeb prováděných v hospici, dalších institucích nebo doma (Haškovcová, 2007). Poznat přesný okamžik od kterého již nemá cenu pokračovat v kurativní léčbě a přejít plně k paliativnímu způsobu léčby je však nesmírně obtížné a vyžaduje pečlivé posouzení zkušeného profesionála (Gilligan, 2003).

Často se u zasvěcených odborníků setkáváme s názorem, že se kvalitní paliativní péče stává plnohodnotnou alternativou k diskusi o eutanazii (Virt, 2000; Munzarová, 2005).

Moderní paliativní medicína svou možností tlumit bolest a zmírňovat mnohé jiné symptomy umožňuje doprovodit umírajícího k jeho smrti jako hrdého a plnohodnotného

člověka. Tam, kde se paliativní péče skutečně využívá, nemusí být pacient zabíjen, ani si nemusí brát život sám, aby mohl důstojně odejít z tohoto světa.

3.4 Personál v hospici

Personál v hospici tvoří perfektně složený tým odborníků, který se svou strukturou snaží pokrýt veškeré potřeby klienta. Uspokojovány jsou nejenom potřeby biologické, ale jsou také zohledněny aspekty sociálního, psychického a v neposlední řadě také spirituálního rozměru života člověka.

Skladba zdravotnických pracovníků je obdobná jako v nemocnici. V čele stojí pochopitelně lékař, který je však závislý na bezchybné práci zdravotních sester, rehabilitačních pracovníků, ošetřovatelů atd. Důraz je dále kladen na přítomnost sociální pracovnice, psychologa a kněze, který plní neocenitelné služby v oblasti pastorační služby. Plnohodnotnými členy hospicového týmu jsou také dobrovolníci všech věkových kategorií. Na dobrovolníka jsou kladeny vysoké požadavky a musí na něj být stoprocentní spolehnutí, jako na každého člena týmu (Haškovcová, 2007).

Dobrovolníci pomáhají v hospici v celé řadě věcí. Ať už přímo u lůžka nemocného nebo v budově hospice. Mohou zde klientovi zpříjemnit pobyt osobním rozhovorem, četbou, společným poslechem hudby, obstaráním drobného nákupu či pouze svou tichou přítomností. Dále plní mnohé funkce, jakými mohou být například : příprava různých kulturních akcí, péče o květiny nebo hospicovou knihovnu, pomoc v recepci a jiných malých, ale přesto důležitých, činnostech. Především ale vnášejí do hospice důležitý prvek čehosi civilního a domácího, a tak přispívají k lepší atmosféře daného místa.

V hospici si sestry nestěžují, že jsou služkami lékařů. Mají zde možnost pracovat samostatně, kreativně a ve své práci a celém ošetřovatelském procesu si vedou velice zodpovědně.

Součástí týmu se v hospici stává i samotný umírající člověk a členové jeho rodiny. Všichni se musí podílet na společném cíli – zkvalitnění života daného klienta hospice.

Nalezení kvalitního a správně motivovaného personálu je podmínkou úspěchu celého hospice. Kromě nutné odbornosti jsou u dobrého personálu předpokladem i osobnostní lidské kvality a nezbytnou podmínkou také je, aby byl každý, kdo se denně setkává s cizím umíráním a smrtí, vyrovnán se svou vlastní smrtelností a konečností.

Práce v hospici je velice náročná a i přes značnou personální kvalitu dochází u pracovníků hospice k častému syndromu vyhoření a v jeho důsledku dochází ke značné

fluktuaci personálu (Svatošová , 2004). M. Kupka a V. Řehan (2008) upozorňují, že neustálá péče o umírajícího nebo starého imobilního člověka, mnohdy s progredující demencí, je pro ošetřující a doprovázející personál velice náročná. Zdravotní péče o člověka s infaustní prognózou v terminálním stadiu jeho nemoci se může stát dlouhodobě velmi zatěžující činností. Péče o umírajícího klienta hospice, samozřejmě práce s rodinnými příslušníky, kterým umírá jejich blízký, je situací extrémní zátěže. Souvislost mezi působením zátěže chronické povahy při výkonu povolání a jejím negativním dopadem na zdravotní stav, riziko vyhoření a celkovou životní pohodu je zřejmá a neustále potvrzována mnoha studiemi (např. Kebza & Šolcová, 1998, Kebza & Šolcová, 2008, Kupka, 2008b). Lidé, kteří jsou zaměstnáni v pomáhající profesi, jsou z hlediska působení dlouhodobé zátěže chronické povahy při každodenním výkonu takto náročného povolání ohroženi nejvíce.

4. Problematika umírání a samoty ve vývojové a life-span psychologii

4.1 Umírání v kontextu české vývojové psychologie

K biodromální a vývojové psychologii patří tematika smrti a umírání stejně neodlučně jako k životu každého kulturního člověka. Nejedná se zde jen o holý biologický fakt, že lidský organismus umírá a ukončuje tak naši životní cestu. Člověk o smrti také předem ví, tímto vědomím platí za uvědomělou existenci, za svou tvořivost, za štěstí, jímž je lidský vztah, za řeč a poezii za kulturu a za všechno, co zakládá jeho lidství. A tak toto vědomí omezenosti lidského života zároveň hluboce ovlivňuje, ať chceme či ne, všechno naše jednání, cítění a myšlení (Říčan, 2006 str. 363).

Umírání chápe M. Vágnerová (2007) jako určité završení života a poslední přání a pokyny pro pozůstalé jako projev uvědomění si této skutečnosti. Starý člověk na konci svého života předává své materiální a psychické vlastnictví, akceptuje završení své existence a realizace vlastních přání je v této životní etapě svěřena již někomu jinému. Ve vztahu ke smrti se často projevuje rozpor mezi rozumovým postojem, který logicky chápe smrt jako nezvratitelné zakončení vlastního života, a přirozeným odmítáním takového konce, který zdánlivě bere životu veškerý smysl. Kratší či delší terminální stadium ovšem k životu neodmyslitelně patří. Většinou je chápáno zcela negativně, spíše jako součást smrti než jako důležitá funkční část životní dráhy. Avšak většina starých lidí si je svého stavu dostatečně vědoma a jsou s výhledem na smrt částečně smířeni a touží po opravdovém otevřeném dialogu o své situaci, kterého se jim často od jejich blízkých nedostává. Naše vlastní neschopnost mluvit s umírajícím o jeho perspektivě pouze posiluje mylný názor, že terminální stadium nemá žádnou hodnotu, ba dokonce, že hodnotu pro nás ztratil i umírající člověk sám (Langmeier & Krejčířová, 1998). Staří lidé nemají již tak velkou potřebu smrt popírat a naopak o ní často mluví. V této věkové kategorii se smrt stává běžným, obvykle konkrétně zaměřeným tématem rozhovoru. Tímto způsobem také u nich dochází k postupnému vyrovnávání se s tímto tíživým faktem. Možnost sdílet strach a obavy s vrstevníky je pro ně nesmírně důležitá. Popírání a tabuizace již není tak funkčním a účinným obranným mechanismem, jakým bývala dříve. Mnozí staří lidé o smrti již delší dobu uvažují, chtějí o ní mluvit, a to především o svých obavách, které s koncem života souvisejí. Nezúskostňuje je již tak smrt samotná jako spíše, bolestivé umírání, nesamostatnost a ztráta osobní důstojnosti. Pod vlivem úvah a rozhovorů o smrti, zejména pokud jsou s nimi sdíleny nejbližšími lidmi, se jejich postoj ke smrti pomalu mění ve smyslu akceptace nelichotivé perspektivy konce života.

Narůstající potřeba o smrti hovořit signalizuje, že je toto téma pro ně velice aktuální a živé. Náročný rozhovor na osobně velmi významné téma konce života může být blokován odlišným vyladěním ostatních členů rodiny, kteří mohou reagovat necitlivě a nepřiměřeně. Na smrt vrstevníků, pokud to ovšem není někdo blízký, obvykle reagují značně ambivalentně. Na jednu stranu prožívají jakýsi pocit uspokojení, že se jim smrt pro tentokrát vyhnula a oni jsou ještě naživu, ale na straně druhé jim smrt člověka podobného věku připomíná blízkost vlastního konce života (Vágnerová, 2007 str. 431).

Jako ostatně každé období lidského života má i pozdní stáří své specifické potřeby. Tyto potřeby se však v bezprostřední blízkosti smrti mění, ale mnohé z nich mají nezastupitelný význam i za těchto nepříznivých okolností. Snad nejdůležitější potřebou je snaha zachovat si svou lidskou důstojnost a sebeúctu, což může být velmi obtížné, je-li umírající například upoután na lůžko a odkázán na pomoc pečujícího okolí. Ani ve stáří není opominutelná potřeba otevřené budoucnosti, kterou Z. Matějček (2004) považuje za nepostradatelnou ke konstrukci smysluplného světa. Ta se již v terminálním stadiu nemusí týkat přímo osoby umírajícího, ale vztahuje se k jemu blízkým lidem. Starý člověk, jemuž už ubývá životních sil, má velmi silnou tendenci hledat oporu a pomoc. Potřeba bezpečí a citové jistoty je v této situaci velmi silná. Poznatky vývojové psychologie jsou nezbytné pro reálné pochopení, jak různí lidé reagují na kritickou situaci umírání, nakolik si uvědomují blížící se hrozbu smrti a jakými stádii vyrovnávání se s tímto faktem procházejí. V. Příhoda (1974) v závěrečné části své monumentální „Ontogeneze lidské psychiky“ neztrácí naději a podotýká, že v ontogenezi není jediného zbytečného a bezesmyslného pohybu ani myšlenky, protože je nesena dál dalšími a po nich dalšími generacemi.

4.2 Stáří a samota

Každá životní etapa v sobě skrývá riziko, že zůstaneme sami. Opravdovou samotu však většina z nás zakusí až ve stáří. Důvodem vzniku osamělosti může být odchod dětí, ale tu nejhorší samotu prožívá starý člověk především po odchodu blízkého přítele, člena rodiny nebo, což bývá časté, partnera. V překonávání osamělosti nám mohou pomoci celoživotní návyky a postoje, které vyznáváme, blízké okolí rodiny, okruh přátel či sdružení, ve kterém se angažujeme.

M. Vágnerová ve své učebnici vývojové psychologie (2007, str. 435) shrnuje, že velkým problémem pozdního stáří bývá sociální izolovanost a z ní vyplývající osamělost. Výrazný pokles soběstačnosti vede k zvýšení závislosti na ostatních a častokrát k vynucené změně

životních zvyklostí. Umístění do neosobní instituce představuje pro starého člověka značnou specifickou zátěž, se kterou není s to se promptně vyrovnat a potřebuje k tomu jítý čas. Život v domově důchodců či v domě s pečovatelskou službou bývá nejčastěji prožíván ambivalentně. Očekávání smrti a představa umírání je velmi významným tématem pozdního stáří, i když jde nejčastěji o strach z dlouhého a subjektivně neúčelného utrpení. Hledání smyslu smrti je neméně náročné jako hledání smyslu života.

Problematika stáří se v současné západní společnosti stává stále více ožehavějším problémem. Demografický vývoj soustavně směřuje ke starší a starší populaci. Musíme si přiznat, že naše společnost stárne a je jen na nás, jak se k tomuto aspektu moderní doby postavíme.

4.2.1 Biologické determinanty osamělosti ve stáří

Pod pojmem stárnutí se zpravidla rozumí souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které podmiňují jeho zvýšenou zranitelnost a pokles schopností a výkonnosti jedince a které kulminují v terminálním stadiu a ve smrti. Biologické znaky stárnutí lze pozorovat ve všech tkáních a jejich buňkách, nejzávažnější jsou však v nervové a endokrinní soustavě, které zajišťují neurohumorální regulaci všech tělesných a duševních pochodů (Langmeier, Krejčířová 1998). Nejnovější studie nasvědčují tomu, že změny v oblasti psychických center korových částí mozku nejsou důsledkem definitivního zániku neuronů, ale snižováním počtu funkčních synapsí. Tento proces je zapříčiněn zánikem sociální aktivity seniorů, která je spojena se změnou jejich sociální situace. Mezi snižováním hmotnosti mozku ve stáří a snížením kognitivní aktivity v důchodovém věku je přímá kauzalita.

Pacovský a Heřmanová (1981) rozděluje teorie stárnutí do tří skupin :

1. teorie o působení zevních vlivů
2. teorie působení vnitřních vlivů
3. teorie porušené integrace a organizace, které jsou pro nás k danému tématu nejdůležitější a bude o nich ještě hovořeno.

Nyní se ale vraťme k biologickým determinantám stárnutí jako procesu. Ve stáří se markantním způsobem snižují percepční a kognitivní schopnosti, ale ke značnému zhoršení dochází však i na poli afektivního prožívání. Zhoršené smyslové vnímání (především zrak a sluch) zapříčiňuje u starých lidí nejen pokles jejich výkonu při některých pracovních činnostech, ale omezuje ve velké míře i jejich rekreační možnosti (četba, poslech hudby atd.).

Poruchy senzorické percepce často významně ztěžují komunikační schopnosti starého člověka, což může být provázáno podezíravostí, nejistotou nebo úzkostí.

4.2.2 Afiliace

Potřeba styku s jinými lidmi je považována za základní sociální potřebu člověka. Afiliace vyjadřuje potřebu člověka navazovat pozitivní a těsné vztahy s jinými lidmi, které mohou mít podobu spolupráce, přátelství či lásky. Afiliace se obvykle projevuje jako velmi silná touha po navazování a udržování kontaktů s jinými lidmi. Jednou z dobře známých a velice důležitých podmínek navazování kontaktu s jinými lidmi je fyzická blízkost (Šimíčková-Čížková, 2004).

Afiliční tendence vzrůstá při nejistotě a zejména v situacích ohrožení. Úzkost snižuje již pouhá přítomnost jiných lidí, která také napomáhá k nalezení vhodných způsobů reakce na ohrožující situace. Těsné interpersonální vztahy dávají člověku pocit bezpečí, protože ve složitých životních situacích se může obrátit o pomoc k lidem, o nichž ví, že mají o něho starost a že jsou ochotni mu pomoci. Pocity štěstí v radostných chvílích a naopak úlevu a útěchu při zármutku, bolesti a zklamání poskytuje vědomí, že na to člověk není sám.

Starý člověk má strach a zamlčuje jej. Má pocit, do jisté míry přirozený a oprávněný, že jej mohou pochopit jen vrstevníci. Staří lidé preferují hovory s vrstevníky. S nimi se cítí dobře, mezi svými jsou v bezpečí – každý z nich má už nějaké to mínus a vzájemné sdělení obtíží je snadnější (Haškovcová, 1990).

V situacích nejistoty nebo obavy lidé vyhledávají přítomnost jiných lidí, dokonce i zcela cizích, než aby situaci prožívali osamoceně.

4.2.3 Samota, osamění a sociální smrt

Přesto, že člověk potřebuje ve svém životě navazovat pozitivní vztahy k jiným lidem, občas volí samotu. Někdy proto, že se snaží přemýšlet o prožitých událostech a vyrovnat se s nimi, nebo hledat řešení složité situace a čerpat sílu pro další práci. V těchto případech samota přispívá pozitivně k jeho psychické vyrovnanosti. Únik do samoty může mít však i jiné důvody, například obavy z nepřátelství sociálního prostředí, odhalení nepříjemných rysů a chování blízkého člověka, ztráta přízně milované osoby a jiné negativní podněty sociálního charakteru.

Vedle samoty, tj. být sám, může člověk prožívat stav osamění. Ten nastává po opuštění prostředí rodiny, přátel, když se člověk ocitá v nové situaci, například při hospitalizaci.

V novém prostředí se cítí osamoceně, dokud se mu nepodaří navázat nové sociální kontakty. Tento stav osamění je sociální izolace. Druhým typem osamění je emocionální izolace, kdy člověk, byť obklopen mnoha známými, postrádá důvěrný vztah k jinému člověku, který by mu přinášel emocionální uspokojení. Postrádá důvěrný vztah založený na vzájemném porozumění a důvěře, který by mu poskytoval možnost intimního sblížení, možnost mluvit o vzájemných názorech a postojích, možnost vzájemného odměňování, spolehnutí a opory (Šimíčková-Čížková, 2004).

Proto je třeba v zásadě rozlišovat mezi samotou a sociálním, potažmo emocionálním osaměním. Jsou to dva nesouměřitelné fenomény, které se od sebe liší nejenom kvalitou, ale i emocionálním nábojem a citovou valencí, která mezi ně staví ohromnou významovou zeď.

Mnozí staří lidé jsou ve skutečnosti značně izolováni od druhých lidí pro svou nemoc, imobilitu, změněné bydliště, ale nemusí ještě svou samotu prožívat se zármutkem a apatií. Na druhé straně jsou lidé, kteří žijí uprostřed mnoha lidí, s nimiž se stále stýkají, ale přesto strádají. Zvláště reakce na ovdovění bývá často velmi intenzivní, dlouho trvající a vyžaduje podporu ze strany okolí (Langmeier & Krejčířová, 1998).

Je potřeba si však uvědomit, že smrti fyzické velmi často předchází smrt psychická a sociální. Nikdo by neměl umřít dřív psychicky než fyzicky. Opuštěním domova, blízkých, prostředí, ve kterém jsme žili svůj život, odsun do prostředí neznámého, obvykle do nemocnice nebo pečovatelského domu, ztráta lásky a naděje představuje první fázi umírání – počátek smrti psychické a sociální. Naprostou psychickou rezignací, intenzivně prožívanou beznadějí a zoufalstvím, které nepochybně usnadňuje příchod smrti fyzické, se nám ohlašuje smrt psychická. Smrt sociální je stav, kdy člověk sice žije, ale je nenávratně vyvázan z důležitých sociálních a mezilidských vztahů a interakcí.

4.2.4 Institucionalizovaná samota

Mnoho starých lidí prožije sklonek svého života v prostorách některého z ústavů či institucí. Ty tam jsou doby, kdy se stárlo a umíralo doma, v kruhu svých nejbližších. Péče o staré a nemocné lidi je v současné době předána do odlidštěných rukou nemocnic, léčeben dlouhodobě nemocných, domovů důchodců a domů s pečovatelskou službou. Zvláštní místo mezi těmito institucemi zaujímají snad jen nepočetná hospice, které si myšlenku klidného a příjemného odcházení podržely i v době odlidštěné a moderními standardy svázané vítězné medicíny a jejího bolestně trapného umírání bez smíření.

Jít do nemocnice znamená udělat krok do neznáma. Starý pacient je při přijetí zpravidla nejistý, rozpačitý a dezorientovaný. Rozumově chápe, že je hospitalizace nezbytná, a věří, že

mu bude pomoheno. Citově však situaci často nezvládá: pláče, nebo je naopak apatický. Výjimečné nejsou ani agrese.

Starý člověk, jehož možnosti adaptace jsou nižší potřebuje určitou pomoc, aby si v nemocnici zvykl a byl schopen nejen profesionální pomoc přijmout, ale pokud je to možné, také na zlepšení svého stavu spolupracovat. Nestane-li se tak, hrozí psychická dekompenzace, která velmi rychle ústí v pocity marnosti a situační i celkové životní rezignace.

Z psychicky nezvládnutého začátku je pouze krůček k tomu, aby se rozběhl na plné obrátky proces infantilizace. V závislosti, která existuje, se stává příjemnou představa trvalé péče a zaopatření. Pokoušet se o návrat k praktické soběstačnosti je téměř nemožné (Haškovcová, 1990). Dramatická změna životního způsobu, jakou je především nástup k dlouhodobé hospitalizaci, je ve starším věku sama o sobě mnohdy až život ohrožující (relokační syndrom, smrt z maladaptace). Úmrtnost starých lidí po přijetí do trvalé ústavní péče se pohybuje mezi 30 až 70% a narůstá s věkem. K poruchám adaptace a závažným zdravotním obtížím ovšem může dojít i při pouhém přemístění starého člověka z lůžka na lůžko ve stejném nemocničním pokoji (Langmeier & Krejčířová, 1998).

4.2.5 Jak nebýt sám – úspěšné strategie zvládání samoty ve stáří

Většina doporučení, jak realizovat „úspěšné stárnutí“, odpovídá obecným zásadám duševní hygieny vůbec: zachovat si šíři zájmů, udržet se v aktivitě – v rovnováze s nezbytným odpočinkem, uspořádat si životní náplň podle svého dřívějšího zaměření tak, aby zahrnovala fyzickou i duševní činnost, být stále otevřen vůči novým poznatkům a usilovat o adaptaci na nové požadavky, udržovat přátelské pozitivní vztahy a navazovat vztahy nové, pomáhat při výchově dětí, mít potěšení z dobrých věcí, které život dosud dává, a plně jich užívat – a konečně vyhýbat se emočně rozrušujícím situacím, ale zvládat vše s moudrostí, která vyplývá z větší nezávislosti na okamžitých situacích a z pohledu na život v jeho celku.

Podle E. Eriksona dosahují právě nyní staří lidé prožitku vnitřního naplnění, který je dán člověku, který splnil své nejlepší předpoklady ve světě a lidském společenství. Staří lidé mladé učí nejen tím, co o minulosti vyprávějí, ale učí je i mnoha hlubším hodnotám a postojům a učí je nakonec i svou smrtí – pomáhají svým blízkým, aby hleděli vyrovnaněji na vlastní smrt a plněji si uvědomovali svoji odpovědnost k rodině i k širší společnosti (Langmeier & Krejčířová, 1998).

4.3 Integrita ega versus zoufalství (Erik H. Erikson)

Ve vývojové teorii S. Freuda (2000) jsou prakticky všechny důležité procesy dovršeny vyřešením oidipského komplexu na počátku období latence. Člověk pak celý zbytek života více méně používá do té doby vybudované struktury. Velice sporným můžeme označit Freudovo tvrzení, že nejpodstatnější část vývoje morálky a osobnostních hodnot končí již v dětství (Cakirpaloglu, 2004 str. 137). K této značně biologizující teorii přidává E. Erikson stejně závažný sociální rozměr. Svět je vnímán jako místo, kde kultura a kulturní rozdíly formují vývoj individua. Ústředním tématem Eriksonových teorií je vzájemné prolínání individua a kultury, k němuž nepopíratelně dochází po celý život člověka. Kulturní a historické změny jsou vyvolávány jednotlivci, kteří se snaží nalézt smysl a kontinuitu ve svém životě. U Eriksona kultura a historie ožívají mysl jakožto prostředek, prostřednictvím něhož mohou být pudry a beztvaré biologické potenciály přeměněny v lidský život. Vytvořil tak bohaté, vysoce strukturované psychoanalytické pojetí vývoje jedince ve společnosti (Mitchell & Blacková, 1999).

Podle E. Eriksona (1999, 2002) vývoj ega výrazně překračuje oidipské období. K popisu daného pohledu na vývojové etapy ega si z biologie vypůjčil pojem epigeneze. Rozvinul a modifikoval Freudovy myšlenky a zdůraznil úlohu mezilidských vztahů a tvořivého potenciálu daného člověka. Nadefinoval osm vývojových etap, z nichž první čtyři se kryjí s určitou libidinózní fází psychosexuálního vývoje a je s nimi v dialektickém vztahu. Vzhledem k zvolenému zaměření této kapitoly zabývající se tematikou stárí, je hlavním vývojovým úkolem tohoto období lidského života dosažení integrity ega ve vztahu k sobě i okolí. Tuto závěrečnou etapu, která pokrývá pozdní dospělost a stárí Erikson bipolárně pojmenovává „integrita – zoufalství“. V posledních letech života se člověk ohlíží zpět a hodnotí, jak se svým životem naložil. Starý člověk si mnoha různými způsoby rozvíjí pozitivní náhled na většinu předchozích vývojových etap, které se mu podařilo s úspěchem zvládnout. Je-li tomu tak, zpětný pohled odhalí obraz dobrého života a člověk dosahuje pocitu smysluplnosti a uspokojení. Dosažení integrity a pocitu celistvosti je posledním velkým životním tématem. Pokud člověk řešil většinu z předchozích etap negativně, pohled zpět pravděpodobně vyvolá pochybnosti, stísněnost a často je prožíván s pocitem nedokončenosti a beznaděje.

Je velice důležité nezapomenout, že ačkoli Erikson předkládá tyto vývojové etapy chronologicky, nikde netvrdí, že jakmile je určitá etapa završena, stala se navěky věcí minulosti. Dané vývojové úkoly spojené s každou jednotlivou etapou jsou v našem životě

stále přítomny a nejsou-li uspokojivě vyřešeny, stále se vrací. V průběhu života se však mění jejich relativní důležitost (Sheehy, 2005). Osobní lidský běh a instituce, které jej podporují a zajišťují, ukazují na určitou souvztažnost, v níž začátek života s rodičí se důvěrou ve svět a lidi kolem nás souvisí s integritou stárí, neboť se zdravé děti nebudou bát života, jestliže budou mít jejich rodiče a prarodiče dostatek integrity, aby se nebáli smrti (Langmeier & Krejčířová, 1998 str. 231).

5. Teorie sociálních reprezentací ²

Koncept sociálních reprezentací jako samostatný epistemologický nástroj, pomocí kterého lze realitu nejen interpretovat, ale dokonce i pochopit, si může klást sebevědomě nárok stát se nejen styčnou plochou mezi humanitními vědami (psychologie, sociologie, lingvistika, kulturní antropologie, teorie systémů ...), ale je vážným kandidátem propojit přírodovědné a humanitní paradigma nahlížení reality. Sociální reprezentace jsou s to překlenout propast mezi myšlením jedince a společnosti. Nikdo již není v současné době schopen ignorovat společensko-kulturně historický kontext. Bez metodologického konceptu sociálních reprezentací by však byl pro nás, jakožto jazykové bytosti, tento kontext a v podstatě celá smysluplná interpretace reality, která je nezbytná pro naši orientaci v ní, jen velmi těžko dostupná.

5.1 Definice pojmu

Než se pustíme do práce s konceptem sociálních reprezentací, tak by si bylo jistě vhodné nejprve metodologický model sociálních reprezentací alespoň obecně definovat.

S. Moscovici (1961, 1984, 1988), průkopník zkoumání myšlení ve společenském kontextu, definuje sociální reprezentace jako systém sdílených hodnot a přesvědčení, které ustanovují řád skutečnosti a umožňují předávání těchto konstruktů povahy reality v rámci komunikační výměny.

Souhrnnou a relativně přesnou definici teorie sociálních reprezentací uvádí N. Hayesová (1998, str.148) ve svých Základech sociální psychologie :

„ Teorie, která se zabývá vznikem a předáváním přesvědčení sdílených společenskou skupinou či celou společností. Tato sdílená přesvědčení mají důležitou funkci ve vysvětlování reality a společenských činů. “

Vedle vzniku a předávání přesvědčení jde také v neposlední řadě o jejich fungování ve společnosti. Sociální reprezentace můžeme, s mírnou nadsázkou, považovat za všeobecné poznání, tedy jako soubor organizovaných a strukturovaných poznatků na úrovni základního

² kapitola s menšími úpravami publikována jako přehledová studie v časopise E-psychologie (Novák, 2009a)

společenského systému. Činí tak pro nás realitu srozumitelnou, bezpečnou a možnou sdílet ji v procesu komunikace s ostatními. Sociální reprezentace však nejsou jen modely reality, ale slouží i k její konstrukci.

Sociální reprezentace jsou vždy vztaženy k určitému jevu. Tento jev je sociální především svou relací k ostatním lidem a jejich vztahem k němu, nikoli primárně svou povahou (Wagner et al., 1999). Kolektivní systém významů je tvořen sociálními reprezentacemi, vyjádřenými a pozorovatelnými v hodnotových kategoriích, idejích a celkovém chodu určité společnosti (Duveen & Lloyd, 1993).

5.2 Sociální reprezentace v současné psychologii

Teorie sociálních reprezentací známého francouzského psychologa Serge Moscoviciho (1961, 1984, 1988) se jeví z pohledu současné psychologie jako průlomová a pomohla transformovat sociální psychologii na postmoderní společenskovědní disciplínu, která překračuje hranice mezi psychologií, sociologií, filosofií, lingvistikou a kulturní antropologií.

Moscovici tak přesouvá primární zájem psychologie z uměle individualizovaného lidského organismu (abstraktní, nehistorické a nekulturní bytosti, jejíž psychickým životem jsou jen koreláty mentálních struktur) na fenomény sociální povahy a myšlení ve společenském kontextu (Plichtová, 2002).

Myšlenka teorie sociálních reprezentací, jak je dnes rozpracována, má dva odlišné (avšak navzájem se doplňující a úzce propojené) významy.

Za prvé je možné teorii sociálních reprezentací postulovat jako teorii sociálního poznání. Druhým specifitějším významem je pro teorii sociálních reprezentací nástin této metody jako teorie, jež se týká studia a objasňování společenských jevů.

Teorií sociálních reprezentací jako teorie sociálního poznání je definována velká část pole působnosti sociální psychologie. Tím se ovšem působnost sociální psychologie nevyčerpává, protože samozřejmě ne všechno v tomto poli jsou sociální reprezentace. Celá tato epistemologická struktura je založena na dialogičnosti. Zkoumá mnohočetnou sociální skutečnost, rozmanité styly myšlení a komunikace a zdůrazňuje mnohvrstevnou povahu sdílené a předávané reality. Tímto způsobem tato teorie sociálního poznání poskytuje základy teoretické diverzity sociální psychologie.

Na straně druhé je možné chápat teorii sociálních reprezentací jako nástroj studia určitých fenoménů, které jsou tematizovány ve veřejném diskurzu. A tak se sama teorie sociálních

reprezentací stává jednou ze sociálně-psychologických teorií, které vychází z teorie sociálních reprezentací jako teorie sociálního poznání (Marková, 2007).

Polem působnosti se tak pro tuto teorii stává každodenní realita zasazená přímo do středu společenského života každého z nás. V této teorii může nalézt oporu především výzkumník, kterého zajímají fenomény mající sice pro chod dané společnosti zásadní význam, ale nejsou buď dostatečně uvědomované nebo jsou danou kulturou či společností vnímána jako všeobecná tabu. Právě z tohoto důvodu je tato metoda jednou z nejvhodnějších pro studium například takového společenského jevu jakým je osamělost, smrt a jiná existenciální témata.

Zajímavou studii stojící na této metodě představil J.P. Di Giacomo (1980), kdy na základě analýzy asociací zkoumal studentské protestní hnutí na katolické univerzitě v Louvaini. Di Giacomo použil k tomuto výzkumu kombinaci kvalitativní a kvantitativní metodologie. Výzkumný soubor tvořilo 281 stávajících studentů, kteří měli za úkol asociovat na seznam 9 podnětových hesel, který měl podle studentských vůdců tvořit jádro jejich programu a přesvědčení. Získaná data posléze podrobil důsledné analýze s cílem zjistit, které asociace jsou společné pro větší počet podnětových slov. Výstupem tohoto výzkumu byl především rychlý pohled do sémantického světa pozorovaných participantů výzkumu a přesný popis sociální reprezentace daného jevu.

Na poli české psychologie uchopení a popisu sociálně reprezentovaných jevů věnují především brněnští psychologové (Macek, Osecká, Kostroň, 1997, Tyrlík, Plichtová, Macek, 1998, Tyrlík & Macek, 2002, Hytych, 2002, 2006, 2008).

5.3 Geneze a struktura sociálních reprezentací v kontextu humanitních věd

V rámci jednoduššího pochopení této, pro naši následnou práci, stěžejní pasáže o konceptu sociálních reprezentací si tuto podkapitolu rozdělme ještě na dvě menší a užším způsobem definované části, které se budou této teorii věnovat jak z historické perspektivy jejího vzniku a následného vývoje, tak z hlediska strukturálního řezu samotnou sociální reprezentací.

5.3.1 Geneze sociálních reprezentací (Kant, Durkheim, Moscovici)

Pokud chceme pochopit sociální reprezentace v plné šíři, nezkreslené podobě a kontextu, musíme se vydat na dlouhou cestu za poznáním jejich vzniku a vývoje v historické perspektivě. Prvním, kdo vytvořil klíčovou platformu a teoretické východisko vedoucí k teorii sociálních reprezentací, byl známý filosof Immanuel Kant, jehož myšlenky posléze

rozpracoval sociolog francouzského původu Émile Durkheim, od kterého již vede přímá linie k současné teorii sociálních reprezentací a jejímu tvůrci Serge Moscovicimu.

Podle I. Kanta (2001) nemá naše mysl přímý přístup ke skutečnému světu, neboli světu o sobě. Kant dále předpokládá, že lidská mysl může poznávat okolní realitu pouze nepřímo. Činí tak procesem syntézy dat, které k ní přicházejí ze smyslů. Tímto způsobem je realita nazírána a konstruována pouze v naší mysli. Je proto pouze konstruktem a existuje pouze v naší percepci, a nikoli ve skutečném světě o sobě, a tak nám objektivní realita zůstává utajena.

Takto se pokouší o spojení stanovisek empirismu a racionalismu. Kant dále rozděluje naše poznání skutečnosti na apriorní, které je prakticky nezávislé na dosavadní zkušenosti a na poznání aposteriorní, které ze zkušenosti přímo vychází. Kanta považuje apriorní formy nazírání (v čase, prostoru a kauzalitě) za nutnost, protože pouze tehdy nedochází ke zkreslování reality smyslově neúplnými a pokřivenými dojmy. Apriorní fenomenální svět nazírá člověk prizmatem prostoru, časovosti a kauzální příčinnosti, tak že přesahuje svou smyslovou zkušenost.

Veškeré lidské poznání závisí na kognitivních schopnostech myslícího pozorovatele. Je tedy do značné míry jeho výtvořem. Těmito úvahami Kant stále oslovuje současné filosofy a psychology. Jeho pojetí prostoru a času, coby apriorních forem nazírání, však bylo vývojovými psychology do jisté míry vyvráceno (Plháková, 2006).

Kantovský obrat nakonec vede k důležité otázce: „Patří tyto reprezentace jednotlivci nebo jsou to zkušenostní fenomény společensky sdílené a předávané?“ Byl to již zmíněný Durkheim, kdo umístil koncept kolektivních reprezentací do středu teorie sociálního poznání (Marková, 2007).

É. Durkheim (1995, 1998) vychází z předpokladu, že k poznání vnější reality dochází pomocí kolektivních reprezentací a celá jeho epistemologie je tak sociální povahy. Domnívá se také, že celá sociologie poznání musí být chápána a nazírána konceptem kolektivních reprezentací.

Sociologie by tak podle něj měla být definována jako nezávislá věda založená na studiu kolektivních reprezentací. Jeho koncepce se tak stává přechodem od individuálních mentálních reprezentací statické základové epistemologie k reprezentacím dynamické a dialogické epistemologie povahy sociální. Jedná se tedy o postkantovský sociálně zaměřený směr společenskovedního uvažování.

Durkheim odmítl kantovskou věc o sobě a zastával názor, že svět je dosažitelný poznání nikoli prostřednictvím apriorních reprezentací individuální mysli, ale skrze zkušenost sdílenou. Dal tomuto konceptu reprezentací explicitně sociální význam.

Podrobil také individuální reprezentace značné kritice a dokonce je dával do ostrého kontrastu s přirozeným lidským poznáním. Individuální reprezentace jsou vlastně jen fyziologické a neurologické fenomény a pokud by na nich bylo naše poznání reality zcela založeno, nelišili by se lidé od zvířat, jejichž chování je řízeno počitky.

Za kolektivní reprezentace Durkheim považoval představy, postoje, symboly a jiné koncepty vyrůstající přímo z kulturních struktur určité společnosti. Tyto kolektivní reprezentace zahrnují všechny sociálně produkováné fenomény, které cirkulují a jsou společností sdíleny, jako například náboženství, mýty, věda a jazyk.

Vytvořila se tak styčná plocha mezi kulturou a společností. Durkheim se snažil o analýzu historického kontextu a sociálně–kulturního prostředí v němž kolektivní reprezentace vznikly. Systematicky se snažil dokazovat původ kolektivních reprezentací v náboženství a mýtu (Marková, 2007).

Konečnou podobu dal teorii sociálních reprezentací až S. Moscovici (1961, 1984, 1988), když koncept Durkheimových kolektivních reprezentací nahradil reprezentacemi sociálními. Moscovici vede polemiku především se specifickým adjektivem „kolektivní“. Jeho kritika Durkheimova konceptu spočívá v tom, že vymezil kolektivní reprezentace příliš široko, když jimi označoval celý rozsah intelektuálních forem, náboženstvím a mýty počínaje a institucionalizovanou vědou konče. Moscovici se tak pokusil o oddělení sociálních reprezentací také od ideologie a kultury, ačkoli pořád nejsou hranice těchto odlišení dostatečně jasné.

Zásadním argumentem je značná odlišnost současné společnosti od společnosti, v které žil Durkheim. Moscovici považuje současnou společnost za podstatně více diferencovanou a heterogenní, než tomu bylo dříve. To je důvod, proč předpokládá, že současná společnost sice obsahuje reprezentace u jednotlivých skupin, ale není tomu tak u reprezentací sdílených celospolečensky, tím méně i kolektivní reprezentace, které jsou proto mnohem širší na úkor vědecké výpovědní přesnosti a strukturovanosti (Plichtová, 1998).

To je v kostce nastíněn základní vývoj konceptu sociálních reprezentací v dějinné perspektivě, jak byl utvářen na poli evropského myšlení, od druhé poloviny osmnáctého století po současnost.

5.3.2 Postoj a mentální reprezentace versus sociální reprezentace

Teorie sociálních reprezentací je často vystavena kritice její nepřiliš ostré a volné definice, což má někdy dokonce za následek mylné slučování pojmu sociální reprezentace s koncepty mentálních reprezentací a postoje (Hytych, 2008).

Jaký je tedy rozdíl mezi těmito pojmy? Vysvětleme si nejprve rozdíl mezi teorií sociálních reprezentací a konceptem postoje. Abychom mohli pojem sociální reprezentace plně pochopit a metodologicky správně jej používat, musíme pojem postoje patřičně vymezit. P. Hartl a H. Hartlová (2004) ve svém psychologickém slovníku postoj definují jako: „Sklon ustáleným způsobem reagovat na předměty, osoby, situace a na sebe sama.“

Tato a většina teorií postojů předpokládá, že objekt postoje, ke kterému se daný postoj vztahuje je nezávislý na způsobu, jakým je poznáván. Teorie sociálních reprezentací však předpokládá, že tento objekt nepoznááme přímo, ale zprostředkovaný skrze prizma sociálního a kulturního diskurzu.

Nutným předpokladem zaujetí postoje vůči určitému objektu či situaci je již existence reprezentace tohoto jevu, která je součástí kulturně sdíleného a předávaného vědění. Sociální reprezentace jsou tak mnohem obecnějším pojmem a jsou pojmu postoje nadřazené. Postoj je tak jen určitou individuem přisvojenou částí sociální reprezentace. V sociální psychologii je postoj chápán jako základní výbava jednotlivce, která mu umožňuje správně reagovat, bránit se nebo se chovat určitým způsobem. K jednání dochází až po přihlédnutí k sociálnímu kontextu daného jevu.

Téměř jakákoli zmínka o pojmu reprezentace nás v psychologii dob nedávno minulých odkazovala na individualizovanou kognitivní vědu, která se svým konceptem reprezentací mentálních zaměřovala především na mechanistické počítačové přístupy ke studiu lidské mysli / mozku a vnitřnímu zrcadlení „vnější objektivní reality“. V moderní kognitivní vědě se reprezentace staly formalizacemi, procesy, symboly, obrazy a výtvary individuální mysli / kognitivního aparátu izolovaného jednotlivce. Reprezentacemi pak byli nazývány konstrukty, které zrcadlí skutečnost nebo jsou definovány jako sociální fakta. S celým kognitivním světem jedince je nakládáno jako s mechanickým strojem, popřípadě sterilně laboratorním nástrojem na uchopování reality. Kvůli těmto metaforám máme sklon chovat se k mentálním fenoménům jako k entitám, na které se dá ukázat stejným způsobem jako na materiální věci a které můžeme neměně definovat se stejnou přesností jako předměty materiálního světa.

Sociální reprezentace jsou však myšlenkami v pohybu, jsou to dynamické a otevřené fenomény a jejich koncept je formován a transformován spolu s měnícím se kontextem (Marková, 2007).

Viděli jsme, že jedním ze základních rozdílů mezi těmito pojmy je opačná poloha na ose individuální – sociální. Jak se ale na této ose pohybovat? Individuální se stává sociálním, pouze je-li sdíleno a předáváno. Mediátorem tohoto přenosu je u lidských bytostí jazyk.

Vyjádříme-li síť základních kauzálních vztahů (které reflektují a vyjadřují povahu světa, s nímž máme každodenní zkušenost) v jazykové formě, bude jejich obecná platnost srozumitelná a sdílená všemi kompetentními uživateli jazyka. Člověk disponuje značným množstvím znalostí o sdílené realitě, které mu umožňují porozumět jejím zákonitostem, anticipovat události a integrovat je s jinými lidmi (Šikl, Čermák, 2000).

Marková (2007) se snaží o konstrukci obecné teorie sociálního vědění založené na principu dialogičnosti. Její základní tezí epistemologického přístupu k sociálním reprezentacím je, že vědění je nutně dialogické a je generováno v procesu interakce mezi třemi složkami: Egem, Alter a Objektem.

Mnozí přední psychologové (Plichtová, 2000; Harré, Gillett, 1994) se domnívají, že současná psychologie prochází radikální přeměnou, která definitivně uzavírá období mentalizmu. Touto přeměnou má být nastupující éra diskurzu, která takto originálním způsobem odpovídá na základní epistemologické a metodologické otázky. Diskurz pojímá psychické jako průnik sociálního a materiálního světa. Tento zásadní průnik se realizuje právě v jazyku a prostřednictvím něj. Současný obrat k jazyku zpochybnil chápání psychického jako produktu mentálních struktur a přenesl význam na širší společenské souvislosti.

V historické perspektivě se můžeme odvolávat na taková jména jakými jsou například Ludwig Wittgenstein nebo Michel Foucault. Velmi podobná naší teorii sociálních reprezentací je i analýza společenského diskurzu M. Foucaulta (1994a, 1994b, 1999), který se touto metodou snaží odhalit, jakým způsobem se utváří společenská konstrukce vnější reality – společenský diskurz. Především si však všímá způsobu myšlení, jakým se mocensky organizuje společenský život. Ve svých studiích se velmi podrobně zabývá technologií moci společenských institucí, které právě prostřednictvím jazyka diktují společnosti „domnělý“ řád a pořádek. Tím hybným instrumentem k nastolení řádu však není síla argumentu, ale je jím argument síly.

5.4 Struktura sociálních reprezentací

Teorie sociálních reprezentací, jak ji nastínil S. Moscovici (1961, 1984, 1988), nikdy nebyla statickým hypotetickým konstruktem, ale vždy se snažila pružně se přizpůsobit stále se měnícímu kontextu reality.

Rozpracována byla především idea figurativního jádra do teoretické představy, podle které určujeme na jedné straně význam a na straně druhé vnitřní organizaci a strukturu reprezentace. Centrální jádro sociální reprezentace jí dává pevnou strukturu a organizuje do uspořádané sítě její periferní elementy. Centrální jádro je ze všech konstruktivních částí dané reprezentace nejstabilnější a nejvíc odolné vůči změně. Pokud to shrneme, tak funkcí centrálního jádra (nuklea) sociální reprezentace je generovat, organizovat a stabilizovat vztahy mezi konkrétní reprezentací a realitou. V důsledku přímé interakce s objektem, kterého se sociální reprezentace týká, se periferní systém zpřesňuje, doplňuje a mění.

V porovnání s centrálními jsou okrajové části sociální reprezentace určitého jevu méně stabilní. Jsou však proto mnohem pružnější a přizpůsobivější. Umožňují, aby byla reprezentace každého jednotlivce osobitá a individuální, avšak bez toho, že by to narušilo jádro sociálně sdíleného významu. Okrajové elementy tvoří operační aspekt sociální reprezentace a organizují jednání. Dalším posláním periferních elementů je sloužit při ochraně, stejně jako při transformaci sociální reprezentace.

Základem centrálního jádra jsou kolektivně sdílené sociální reprezentace. Periferní systém je senzitivnější a závislejší na charakteristikách bezprostředního kontextu. Tento systém totiž vytváří přechod mezi konkrétní realitou a sociální reprezentací. Neopomenutelnou funkcí periferního systému je také regulace a adaptace centrálního systému vůči charakteristikám konkrétní situace, s kterou je skupina konfrontována (Plichtová, 2002).

V rámci teorie sociálních reprezentací lze v současné době vyčlenit dva proudy, které nahlíží na strukturu a uspořádání obsahu sociálních reprezentací z odlišných perspektiv. Prvním z nich je tématický přístup, který definuje témata jako stabilní kognitivní entity, které formují podobu sociální reprezentace. Druhým přístupem definujícím obsah sociálních reprezentací je strukturální přístup. Výchozí motivací pro formování strukturálního přístupu byly vzájemně si odporující charakteristiky sociálních reprezentací. První charakteristiku tvoří zjištění, že se sociální reprezentace vyznačují jak proměnlivostí, tak stabilitou. Ve druhé charakteristice sociálních reprezentací se spojuje jejich konsenzuálnost s výraznými interindividuálními rozdíly. Tyto kontradikce lze vysvětlit právě na základě struktury a fungování sociálních reprezentací (Kouřilová, 2009, str. 53).

Základní úlohou výzkumníka, který použije kvalitativní metodologii, která bude stavět na teoretickém zázemí sociálních reprezentací, je pokusit se identifikovat centrální (jádrové) a okrajové (periferní systém sociální reprezentace) komponenty, které tuto sociální reprezentaci tvoří. Co se týče našeho výzkumu sociální reprezentace „osamělosti v umírání“, pokusíme se identifikovat centrální (jádrové) a okrajové (periferní systém sociální reprezentace)

komponenty, které tuto sociální reprezentaci tvoří a jakým způsobem. Centrální pozici budou v této výzkumné studii zastávat podnětová slova, ke kterým se bude asociovat příslušná periferní oblast (viz podkapitola 5.3.1).

5.5 Sociálně reprezentovaná smrt v pracích R. Hytycha

Tematicky i metodologicky se naší studii nejvíce přibližují práce brněnského psychologa a psychoterapeuta dr. Romana Hytycha. Snaží se ve svých velmi podnětných výzkumech vědecky zkoumat tematiku smrti, která by se jinou metodou, než kvalitativní analýzou sociálních reprezentací, dala jen stěží validně metodologicky uchopit. Velice zdařile se pokusil zmapovat obraz sociálně reprezentované smrti u zdravotnického personálu na onkologickém oddělení (Hytych 2002). Dále se mu v průběhu jeho terénního výzkumu podařilo pomocí sociálních reprezentací popsat představu o smrti a cestě k ní u populace theravádových mnichů na Srí Lance, která je zde sdílena a předávána již stovky let a značně se odlišuje od té naší (Hytych, 2006,2008).

Sociální reprezentace smrti u pracovníků onkologického oddělení: Záměrem pojednání bylo přispět k budování zakotvené teorie sociálních reprezentací smrti. Design kvalitativního předvýzkumu v rámci onkologického oddělení byl vytvořen na podkladě teorie sociálních reprezentací a na metodologickém přístupu zakotvené teorie. Teorie sociálních reprezentací studuje sdílené představy o relevantních sociálních objektech, jinými slovy zdomácnělé způsoby myšlení a jednání určitých skupin lidí. Fundamentální výzkumnou otázkou tedy je, které představy o smrti sdílíme, jaké způsoby myšlení a jednání nám nabízí náš zdravý rozum. Pomocí procedury přijetí si jedinec vytváří osobní reprezentaci smrti (ORS) ze společenské reprezentace smrti (SRS), jejíž obsah je vázaný na daný socio-kulturní kontext. Tvořící se ORS je ověřována v procesu osobní zkušenosti, jehož výsledkem je buď přijetí současné ORS, nebo její odmítnutí. V případě odmítnutí ORS se v průběhu pokračujícího procesu osobní zkušenosti aktivuje procedura vymezení se vůči osobou vnímané SRS, což vede ke změně aktuální ORS. Celý popsany proces lze zahrnout do konceptu procesu geneze ORS, který determinuje jednotlivé typy ORS. Proces geneze lze také chápat jako cestu vedoucí k přesvědčení (víře), jehož struktura je závislá jednak na způsobu geneze ORS a jednak na socio-kulturním kontextu dané osoby – skupiny (Hytych, 2002 str. 471). Autor nabízí také návrh využití výzkumných zjištění pro zlepšení stávající praxe nakládání se smrtí ve zdravotnických zařízeních v České republice. Vytvoření zakotvené teorie sociálních

reprezentací smrti může mít vedle teoretického přínosu i užitek v praxi pomáhajících profesí, které se s procesem umírání a se smrtí setkávají a kterým vzhledem k praktikám zastírání a odmítání uplatňovaných ve společnosti nemají k dispozici vhodný návod, podle kterého by užitečněji myšlenkově pojali situaci smrti a efektivně podle toho přistupovali k samotným umírajícím (Hytych, 2002).

Dovedně zvládnutá přítomnost přináší příjemnou budoucnost: Sociální reprezentace smrti na Srí Lance u theravádových mnichů a jejich podpůrců : Již z titulu je patrné, že studie směřuje jednak k předmětu zkoumání - sociálním reprezentacím smrti ve zkoumaných populacích, jednak i k výsledným zjištěním výzkumu. Teoretickým rámcem, ze kterého stat' vychází a který určuje systematicky použitou metodologii je zakotvené teorie, teorie sociálních reprezentací v pojetí Serge Moscoviciho a Wolfganga Wagnera. Kulturní zásobárna vědění geograficky situovaná na Srí Lance nabízí respondentům jak běžně sdílenou zásobu výkladů světa, vědění "jak to je", tak i širokou paletu způsobů zvládání smrti, v každodenním životě trénovaných a aplikovaných dovedností "jak na to". Tyto dovednosti společně s účelem jejich praktikování diferencují jednotlivé typy sociálních reprezentací smrti na Srí Lance. Homogenita výkladů "jak to je", dostupnost dovedností "jak na to" a sdílená představa či žitá hodnota transcendence smrti, "toho nesmrtelného" - nibbany, jsou těmi aspekty, které jsou specifické pro kulturní reprezentace smrti na Srí Lance (Hytych, 2006 str. 284) . Velkým přínosem je úspěšná aplikace této metodologie v rámci výzkumu ve dvou kulturách. Etnopsychologický terénní výzkum na Srí Lance je pak v československé psychologii ojedinělým jevem. Metodologická relevance předkládané práce je tudíž vysoká. K přínosům provedeného výzkumu patří zjištění vycházející z inspirující možnosti metodického trénování dovedností zvládání smrti (Hytych, 2008 str. 182) . Mniši na Srí Lance disponují propracovanými klasifikačními systémy vědění popisující dynamiku vztahu mysl-tělo. Tato praxe vycházející z Buddhova učení je cíleně směřována k rozvoji sebe sama a poskytuje tak v různé míře poznatky a dovednosti v zacházení s vlastním prožíváním. V posledních desetiletích jsme v euro-americké psychologii a především psychoterapii zaznamenali značný nárůst zájmu o praktické postupy tradičně nesené Buddhovým učením, především pokud jde o postupy rozvoje všímavosti – „sati“. Všímavost je tedy nejenom pravděpodobně obecně přítomným faktorem účinně prováděné psychoterapie, či centrální schopností mysli umožňující na jedné straně zdravý, nezkreslený vztah k prožívané skutečnosti a na straně druhé vyvážené fungování aparátu mysli, ale i složkou mysli, přítomnou z pohledu „abhidhammy“ ve všech eticky dovedných stavech mysli (Hytych, 2008

str. 170-171). Všechny tyto aspekty jakési psychické hygieny a duševního tréninku jsou člověku velmi silnou oporou tváří v tvář smrti ve velmi psychicky náročné životní etapě pozdního stáří a umírání.

6. Projekt výzkumu (výzkumný design)

Výzkum sociálních reprezentací s sebou nese mnoho problémů. Souvisí především s vysokými požadavky na výzkumníka. Erudice v psychologii, jako přírodovědné disciplíně orientované výlučně jen na jednotlivce, v žádném případě nepostačuje. Od výzkumníka je požadována interdisciplinarita, protože pochopení a interpretace sdílených významů a symbolů si žádá metod kulturní antropologie, sociologie, historie, filosofie a jiných společenských věd (Plichtová, 1998).

6.1 Výzkumný problém

V současné době je tematika umírání tabuizována a smrt je všeobecně vytěsněna na periferii. Společně s touto tendencí však dochází k fenoménu daleko závažnější povahy. Mimo centrum zájmu jsou vytěsňováni i samotní umírající, pro něž je tato fáze života doprovázena ztrátou sociální opory a sociální izolací ústící k bezútěšné osamělosti. Mnohý terminálně nemocný člověk umírá dříve smrtí sociální, než smrtí fyzickou. Umírající člověk je tak, vulgárně řečeno, již považován za mrtvého.

Vycházejí z vlastní zkušenosti (dobrovolnictví v hospici) se domnívám, že tento celospolečenský trend nazírání na umírající má v myšlence „dobré smrti“, která je sdílena hospicovým personálem, silného oponenta.

Pomocí teorie sociálních reprezentací bych se chtěl pokusit prokázat rozdíl v nazírání tematiky umírání a smrti obecně mezi personálem v klasické české nemocnici (konkr. Okresní nemocnice Tábor, Fakultní nemocnice Olomouc) a personálem, tvořící kompaktní tým (lékaři, zdravotní sestry, soc. pracovníci, dobrovolníci aj.) v hospici (konkr. Hospic na Sv. Kopečku v Olomouci, Hospic sv. Lazara v Plzni).

6.2 Stanovení výzkumných otázek

a) Liší se tematická struktura asociací k podnětovým slovům – **smrt, umírání a pacient v terminální fázi** - v populacích pracovníků v hospici a personálu v nemocnici? Pokud ano, tak jakým způsobem a jaký je směr odlišné sociální reprezentace těchto pojmů, potažmo celé této tematiky?

b) Vyskytne se po strukturálně-tematické analýze sebraných asociací sociální reprezentace **osamělosti v umírání** ? Pokud ano, u jaké z těchto dvou populací.

c) Budou v celkové struktuře asociací u personálu v hospici na podnětová slova – **smrt, umírání a pacient v terminální fázi** – převládat asociace s pozitivní konotací na rozdíl od personálu nemocničního?

6.3 Metodologie práce s daty a volba výzkumného souboru

6.3.1 Strukturální analýza volných asociací v rámci teorie sociálních reprezentací

Jako je pro teorii sociálních reprezentací nezbytný kontext, v němž jsou jednotlivé sociální reprezentace sdíleny a předávány, je stejně neodmyslitelně spjata s vnitřní strukturou. Každá sociální reprezentace má svou strukturu a kontext (Marková, 2007; Plichtová 2002).

Základním úkolem výzkumníka je především odhalení této vnitřní struktury sociální reprezentace.

Struktura sociálních reprezentací bývá obvykle nahlížena jako vztah mezi centrálními a okrajovými (periferními) elementy dané sociální reprezentace. Jak dále uvádí J. Plichtová (1998) je opodstatněný předpoklad, že jádrová oblast sociální reprezentace okolo sebe organizuje zbylé části. Jádro a periferie spoluvytváří stabilní a smysluplně propojený celek. Jádrová oblast zprostředkovává spojení s částmi okrajovými, které tvoří hierarchicky strukturovanou síť.

Zajímavou studii stojící na této metodě představil J.P. Di Giacomo (1980), kdy na základě analýzy asociací zkoumal studentské protestní hnutí na katolické univerzitě v Louvaini. Di Giacomo použil k tomuto výzkumu kombinaci kvalitativní a kvantitativní metodologie. Výzkumný soubor tvořilo 281 stávajících studentů, kteří měli za úkol asociovat na seznam 9 podnětových hesel, který měl podle studentských vůdců tvořit jádro jejich programu a přesvědčení. Získaná data posléze podrobil důsledné analýze s cílem zjistit, které asociace jsou společné pro větší počet podnětových slov. Výstupem tohoto výzkumu byl především rychlý pohled do sémantického světa pozorovaných participantů výzkumu. V našem případě se však zaměříme především na detailní zpracování a popis struktury asociací kvalitativní formou interpretace dat.

Jednou z možností identifikace struktury sociálních reprezentací určitých fenoménů je pro nás předpoklad, že obsah pojmu je možné odhalit pomocí jeho vazeb k jiným pojmům, jak tomu bylo například ve výzkumu asociací k určitým zásadním politickým a ekonomickým

pojům v práci J. Plichtové s A. Hrabovskou (1993). Vazby mezi jednotlivými pojmy je možné identifikovat jednak prostřednictvím přímých asociací, ať už asociací jednosměrných nebo recipročních, a jednak pomocí společných asociací k dalším pojmům. Společné asociace mohou být aktivní (jednostranné, reciproční) nebo pasivní. Například pojem „demokracie“ je spjatý s pojmem „svoboda“, často se společně asociují a kromě toho jak demokracie, tak svoboda vyvolávají jiné společné asociace, např. „vláda zákona“, „spravedlnost“. V případě pasivní asociační vazby jsou oba pojmy vyvolávány jako asociace jiným heslem.

V síti asociací, kterými jsou jednotlivé pojmy spojené, je možné rozdělit vazby na silnější a slabší. Silné vazby mezi pojmy tvoří přímé, reciproční a frekventované asociace. Slabé vazby jsou tvořeny jednostrannými asociacemi s nízkou frekvencí.

Seznam podnětových slov, ke kterým se produkují asociace, je všeobecně sestaven tím způsobem, že obsahuje množství pojmů, ke kterým se zkoumané téma vztahuje a vůči kterým se vymezuje jeho význam.

Graficky lze pak sestavit asociační síť, či graf jádrových a periferních částí daných sociálních reprezentací (Plichtová, 1998).

Sociální reprezentace „osamělosti v umírání“ tak bude vyjádřena následovně: na centrální část soc. reprezentace, kterou tvoří námi zvolené podnětové slovo, budou participanté výzkumu tvořit asociace, které bude možné zařadit do kategorie osamělost (popř. samota, sociální izolace ...).

6.3.2 Výzkumný soubor – výběr , popis

Na rozdíl od kvantitativního přístupu, který má poměrně jasně definované postupy, jak výzkumný soubor sestavit, vycházíme při aplikaci přístupu kvalitativního z odlišných filosofických a metodologických předpokladů. Termín reprezentativnost nabývá odlišného významu a je jinak teoreticky zakotven. Metodologie výběru výzkumného souboru v rámci aplikace kvalitativního přístupu nám skýtá nepravděpodobnostní metody výběru se všemi klady i zápory (Miovský, 2006).

V případě našeho výzkumu bude celkový soubor tvořen dvěma sociokulturně odlišnými populacemi. Personál v hospici (lékaři, ošetřovatelé, zdravotní sestry, sociální pracovníci, dobrovolníci...) na straně jedné a na straně druhé personál v klasické nemocnici. Obě tyto populace budou srovnávány pomocí kvalitativní strukturální analýzy volných asociací v rámci teorie sociálních reprezentací.

Abychom zachovali základní kritéria validity neměl by počet účastníků ve skupině klesnout pod 30 osob, to znamená dohromady 60 participantů výzkumu.

U výzkumného souboru budou dále zjišťovány základní sociodemografické údaje :

- a) pohlaví
- b) věk
- c) vzdělání
- d) délka praxe ve zdravotnictví a sociální sféře
/ délka praxe v hospicové péči

viz příloha č. 2

6.4 Smysl výzkumu sociální reprezentace „osamělosti v umírání“

Jednou z nejdůležitějších otázek, kterou bychom si měli položit ještě dříve, než začneme s jakýmkoli výzkumem, je otázka po smyslu naší práce. Jaký smysl bude mít v závěru naše snažení. Stojí nám vůbec za to, abychom vkládali do výzkumu tolik drahocenného času, energie a materiálních prostředků? Co od této práce můžeme očekávat?

Očekávání a intencionalita dává celému lidskému snažení smysluplný směr. A smysl je právě tím, po čem by se měl výzkumník, vědec a především člověk ptát. Podle V.E. Frankla (1962, 1994, 2006a) je nejzákladnější lidskou potřebou právě hledání smyslu, tendence interpretovat, klasifikovat, být si realitou jistý.

Nyní se nám otvírá ještě jedna otázka: Co je to ten smysl a odkud se bere? Velmi často hovoříme o smyslu určitých lidských záležitostech, smyslu života, dějin, společenského diskurzu atd., aniž je nám pojem smyslu sám určen a aniž se děje pokus o takové určení. Je tomu tak zřejmě proto, že na jedné straně je pocíťována potřeba takového pojmu, na druhé se však sám považuje za cosi samozřejmého (Patočka, 2007).

Smysl určitého fenoménu je to, na základě čeho se nám daný fenomén stává srozumitelný. Je to určitý „klíč“ k realitě. Pro naší orientaci v realitě jsou tímto klíčem například sociální reprezentace sdílené skupinou a předávané jazykem. Umožňují nám realitu identifikovat, orientovat se v ní a v neposlední řadě ji také anticipovat.

Ted' se však, prosím, vraťme ke smyslu naší práce. Toto téma bylo pro mě, jako hospicového dobrovolníka, jasnou volbou. Není snad v současné době tématu, které by mi bylo obsahově bližší. Volbou tématu jsem chtěl přidat svůj díl k prolomení aktuální praxe zastírání tématu smrti. Při posunu tohoto ostrakizovaného tématu do popředí se budou, alespoň podle mého názoru, dostávat do centra zájmu i samotní umírající a jejich samozřejmé potřeby, na které se v poslední době tak často zapomíná.

Východiskem této práce je předpoklad, že v běžné praxi nemocničního personálu bude sociální reprezentace osamělosti v umírání sdílena a předávána daleko silněji a frekventovaněji než u personálu v hospici, který je již značně pozitivně ovlivněn hospicovou myšlenkou „dobré smrti“.

O tematice umírání však nestačí pouze mluvit – musí se o ní psát. A proto se i náš výzkum popsáním sociální reprezentace „osamělosti v umírání“ ve zkoumaných populacích pokusí přinést trochu světla k tomuto tabuizovanému tématu.

7. Způsob sběru a interpretace dat

Ještě dříve, než se dostaneme ke konečným výsledkům této studie, by bylo jistě velmi dobré, kdybychom se blíže seznámili s konečnou podobou způsobu sběru a interpretace získaných dat, z níž resultují výsledné závěry celé práce.

7.1 Popis metody sběru dat

Pro potřeby strukturálně-tematické analýzy volných asociací a následnému pokusu identifikovat sociální reprezentaci „osamělosti v umírání“ u zkoumané (pracovníci hospice) nebo kontrolní (pracovníci klasické nemocnice) skupiny byl použit nestandardizovaný dotazník (viz příloha č.2) vytvořený na míru námi zkoumanému fenoménu v konkrétních populacích, protože dosud není k dispozici žádný vhodný standardizovaný nástroj, který by danou sociální reprezentaci zkoumal. Nástrojem pro obdobnou studii, ve které R. Hytych (2002, 2006, 2008) zkoumal sociálně reprezentovanou smrt, bylo pouze polostrukturované interview.

Významové universum každého sociálně reprezentovaného jevu či pojmu se v rámci kvalitativního výzkumu nejčastěji identifikuje pomocí metody strukturální analýzy volných asociací nebo aplikací polostrukturovaného interview. Všeobecně je však asociační metoda vhodnou alternativou za interview, pokud je předmět výzkumu neuvědomovaný, špatně reflektovaný, popřípadě pokud se jedná o choulostivé a tabuizované téma, jak je tomu v našem případě. Výzkumník sbírá asociace, které vyvolává slovo reprezentující zkoumaný jev (Plichtová, 2002). J.P. Di Giacomo (1980) nebo J. Plichtová s A. Hrabovskou (1993), jejichž studie byly podrobně popsány v podkapitole 6.3.1, považují asociační metodu ve svých výzkumech sociálně reprezentované reality za naprosto dostačující a relevantní nástroj pro potřeby analýzy sociálních reprezentací.

Relevantnost zmiňovaného dotazníku potvrdila nejdříve pilotní studie na menším vzorku hospicového personálu (10 participantů pilotní studie) a následně pak studie sociální reprezentace „osamělosti v umírání“ u personálu v hospici, která sdílenou představu na daný jev porovnávala s personálem působícím v klasické nemocnici (zkoumanou i srovnávací skupinu tvořilo shodně 45 participantů).

Předkládaný dotazník zjišťoval nejdříve sociodemografické údaje o každém participantu výzkumu. Zjišťovanými údaji bylo pohlaví a věk dotazovaných, jejich nejvyšší dosažené

vzdělání, délka praxe ve zdravotnictví a sociální sféře, respektive délka praxe v hospicové péči.

Následně byla v dotazníku jeho respondentům předložena tato instrukce: „Napište, prosím, ke každému z těchto podnětových hesel asociaci (slovo nebo sousloví), kterou s ním máte spojenou, která se Vám k němu vybavuje, popř. si myslíte, že k němu patří.“ Podnětovými slovy byly v tomto dotazníku „smrt“, „umírání“ a „pacient v terminální fázi“. Seznam podnětových slov, ke kterým měly být asociace produkovány, byl sestaven tím způsobem, aby obsahoval takové pojmy, ke kterým se zkoumané téma vztahuje a vůči kterým se vymezuje jeho význam. Aby nedocházelo ke kontaminaci podnětového slova slovem předchozím, musí být dodržen následující postup: podnětová hesla budou prezentována vždy v odlišném pořadí (v našem případě tzn.: abc, acb, bac, bca, cab, cba).

J. Plichtová (2002) uvádí, že první asociace, které lidé produkují, patří mezi společně sdílené s jinými příslušníky té samé populace a jsou z hlediska kulturních rozdílů velmi důležité. Jsou pro danou populaci charakteristické a patří k poměrně stabilnímu repertoáru asociací a objevují se i v dalším pokuse, pokud experiment zopakujeme.

Všichni respondenti byli na konci dotazníku ubezpečeni, že data získaná tímto dotazníkem budou použita při tvorbě autorovy diplomové práce a že se všemi získanými daty bude nakládáno v souladu se zákonem č.101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů. Pro případ jakékoli nejasnosti nebo případné komplikace byl v dotazníku uveden i e-mailový a korespondenční kontakt.

7.2 Popis procesu interpretace dat

Z konečného počtu 45 participantů výzkumu ve zkoumané skupině hospicového personálu a téhož počtu pracovníků v nemocnici (srovnávací skupina) vzešly asociace na každé ze tří podnětových hesel. Získané asociace pak byly podrobeny pečlivé tematické analýze, která je založena na třídění asociací do kategorií podle jednotlivých tematických okruhů, které však nejsou dopředu dané, ale vynořují se až v průběhu analýzy. Struktura tříděných asociací se pak vytváří v několika krocích :

1. Prvním krokem k vytvoření konzistentní struktury je frekvenční analýza. V tomto kroku jsou seskupeny asociace, které jsou významově ekvivalentní, ale často bývají vyjádřeny jinou lexikální jednotkou. Tyto asociace vyjadřují stejnou ideu a jsou proto zahrnuty pod jeden tematický okruh.

2. V dalším kroku výzkumník hledá a testuje důvody pro širší tematické seskupení. Ukazuje se, že je v této fázi již pro zjednodušení užitečné tyto tematické okruhy pojmenovat, neboť to umožňuje reflexi toho, v čem se jednotlivé seskupení shodují, popřípadě čím se liší. V této fázi již dochází k užší selekci dat.
3. Následně se pak výzkumník vrací k nezatříděným asociacím a zkoumá v jakém tematickém seskupení by daná volná asociace našla své místo. (Jednotlivé nezatříděné asociace byly v případě našeho výzkumu zařazeny do kategorie „jiné“.)

Cyklus zatřídování a korekce konečné strukturální podoby systému končí, pokud už se nedaří zatřídřit žádnou zbylou asociaci.

8. Konečná podoba výzkumné a srovnávací skupiny

8.1 Výzkumná skupina

Konečnou podobu výzkumné skupiny tvořilo **45** pracovníků (lékaři, zdravotní sestry, soc. pracovníci, dobrovolníci aj.) v hospici (konkr. Hospic na Sv. Kopečku v Olomouci a Hospic sv. Lazara v Plzni). Soubor tvořilo **7** mužů a **32** žen, jejichž průměrný věk byl **38,1** roku. Soubor obsahoval **9** vysokoškolsky a **36** středoškolsky vzdělaných osob. Průměrná délka praxe ve zdravotnictví u nich byla **12,3** roku a praxe v hospicové péči **2,5** roku.

8.2 Srovnávací skupina

Konečnou podobu srovnávací skupiny tvořilo **45** pracovníků (lékaři, zdravotní sestry, sanitáři aj.) nemocnice (konkr. Okresní nemocnice Tábor a Fakultní nemocnice Olomouc), na odděleních (LDN, geriatric, onkologie, chirurgie, interní odd.-gastroenterologie, kardiologie, psychiatrie). Soubor tvořilo **10** mužů a **35** žen, jejichž průměrný věk byl **40,2** roku. Soubor obsahoval **11** vysokoškolsky a **34** středoškolsky vzdělaných osob. Průměrná délka praxe ve zdravotnictví u nich byla **17,8** roku. S hospicovou péčí neměl nikdo z dotázaných žádnou vlastní pracovní zkušenost.

9. Etika výzkumu

Psychologický výzkum produkuje z etického hlediska velké množství problémů. O těchto problémech je potřeba uvažovat nejméně ve třech základních rovinách: vliv výzkumníka na výzkumné pole, ochrana účastníků výzkumu a v neposlední řadě ochrana výzkumníka (Mioviský, 2006).

Americká psychologická asociace (APA) v roce 1982 přijala 4 základní okruhy problémů etických principů při výzkumech s lidmi: respekt a ohled vůči účastníkům výzkumu, právo na informace, právo na soukromí a ochranu informací o participantech výzkumu a právo od výzkumu odstoupit. Dalším důležitým dokumentem, kterým by se měl řídit výzkum prováděný k vypracování diplomové práce je Etický kodex České asociace studentů psychologie (Novák et al., 2008).

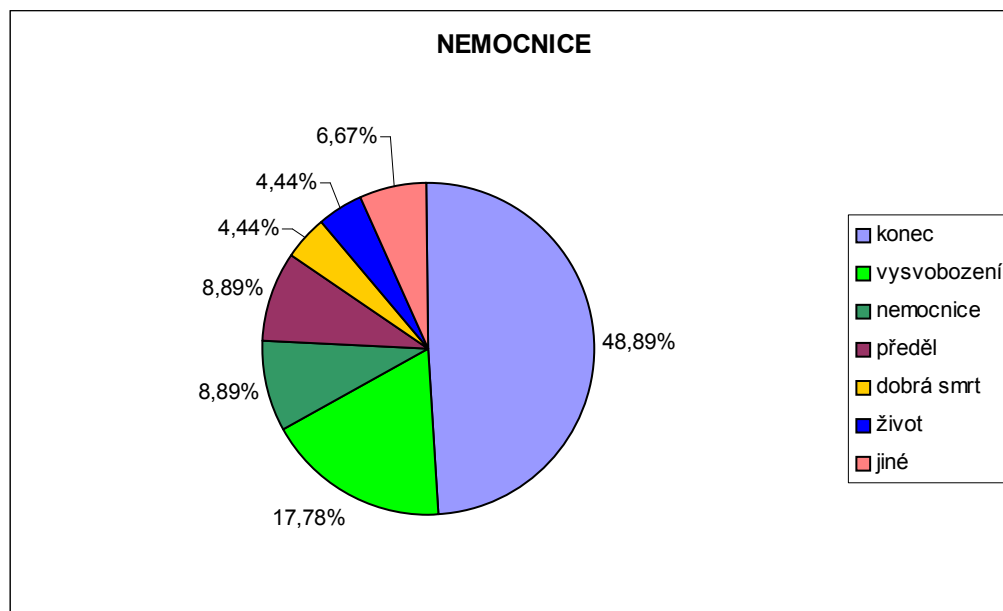
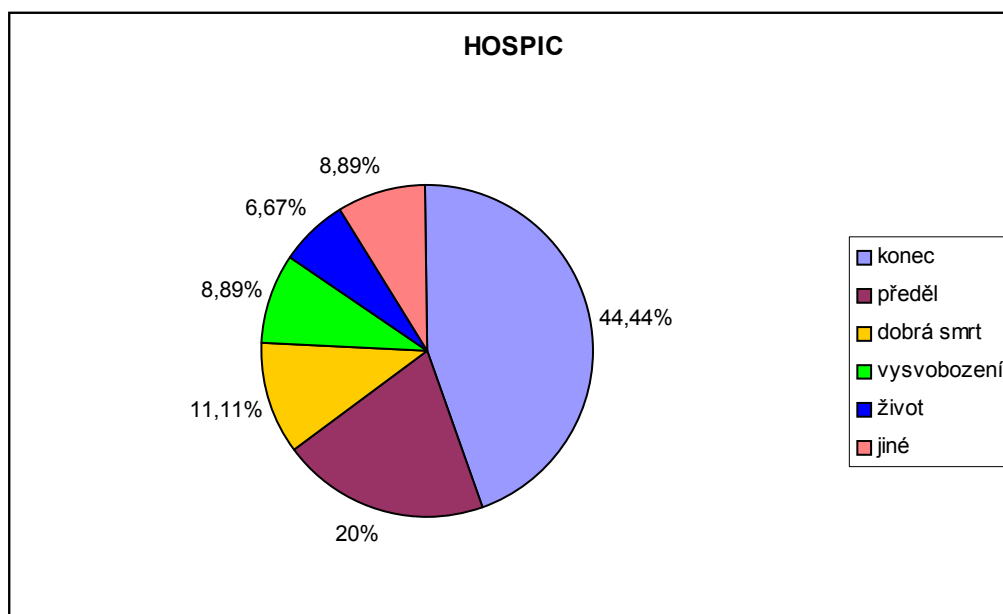
Ochrana účastníků výzkumu skýtá mnoho rizik a morálních dilemat. Je zde přítomen konflikt mezi právem výzkumníka zabývat se tématem, které ho zajímá a které považuje za důležité či užitečné a právem jednotlivců (popřípadě skupin) na soukromí. Při jakémkoli výzkumu je vždy z etického hlediska nutné vyžádat si informovaný souhlas dané osoby s účastí na výzkumu, případně jejího zákonného zástupce. Použijeme-li získané informace ke studijním nebo jiným účelům, je vždy nutné garantovat anonymitu osobních údajů a etické zacházení s těmito daty. S osobními daty je vždy třeba nakládat v souladu se zákonem č.101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů. Osobními údaji myslíme informace, které v rámci výzkumu získáváme a na jejichž základě je možné konkrétní osobu identifikovat.

Dalším důležitým obecným etickým pravidlem je tzv. empatická neutralita. Výzkumník by neměl podléhat předsudkům, ideologii a měl by se vyhýbat diskriminaci. Vždy by měl zachovávat svobodu myšlení. Ve své odborné a výzkumné činnosti dbá na úplnost, ověřitelnost a objektivní interpretaci poznatků a výsledků. Z toho plyne další dilema, zda publikovat v nijak neupravené verzi výsledky výzkumné práce, které zjevně mohou být v rozporu s tím, co je očekáváno ze strany zadavatele nebo vyznívá v neprospěch účastníků výzkumu, zvláště pokud porovnáváme dvě různé skupiny nebo instituce, jak je tomu v našem případě.

Je třeba ještě zmínit eticky spornou „kárgovědeckou motivaci“ (Novotný, 2004) některých výzkumů, kterou s ohledem na omezené možnosti této práce není možné dále podrobněji rozebrat.

10. Výsledky výzkumu a jejich interpretace

10.1 Smrt (asociační struktura)



a) Liší se tematická struktura asociací k podnětovému slovu – **smrt** - v populacích pracovníků v hospici a personálu v nemocnici? Pokud ano, tak jakým způsobem a jaký je směr odlišné sociální reprezentace těchto pojmů, potažmo celé této tematiky?

Tematická struktura asociací na podnětové slovo smrt se mezi danými populacemi prakticky neliší. Shodnými kategoriemi u obou populací jsou: „konec“, „předěl“, „dobrá smrt“ a „život“. Asociace „život“ jako opak smrti pravděpodobně nesouvisí s danou sociální reprezentací, ale jen potvrzuje fungování kognice, která u člověka jako jazykové bytosti uvažuje vždy v bipolárních dichotomiích. Asociovat na podnětové heslo slovo opačného významu je celkem běžné a tento fenomén potvrzují i mnohé asociační experimenty (např. muž – žena, oheň – voda etc.) V případě našeho výzkumu se však jedná o nežádoucí proměnnou. Největší část asociačního pole zabírá u obou populací kategorie „konec“ (44,44% asociační struktury v případě pracovníků v hospici a 48,89% u nemocničního personálu). Jedinou výraznější odlišností je větší zastoupení asociace „vysvobození“. U populace pracovníků v nemocnici se vyskytla asociace „nemocnice“ jako přirozené specifikum dané populace.

b) Vyskytne se po strukturálně-tematické analýze sebraných asociací sociální reprezentace **osamělosti v umírání** ? Pokud ano, u jaké z těchto dvou populací ?

Podnětové slovo smrt neasociuje u žádné z populací samotou či osamělost, takže se v tomto případě daná sociální reprezentace „osamělosti v umírání“ nevyskytuje. Smrt je v tomto případě oběma populacemi chápána jako nezvratný stav, ve kterém již samota či izolace nehraje žádnou roli, na rozdíl od procesu umírání, kde má kategorie „osamělost“ velmi významnou úlohu a tvoří nezanedbatelnou část asociačních struktur u personálu v klasické nemocnici, který ji přiřadil jak k podnětovému slovu „umírání“, tak k podnětovému slovu „pacient v terminální fázi“ (viz asociační struktura 9.2 a 9,3).

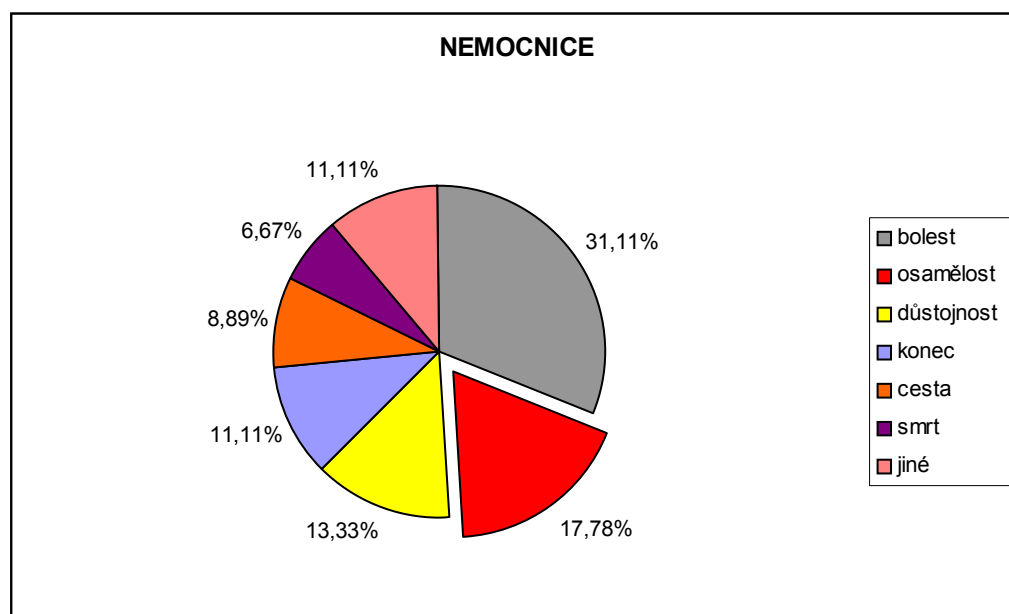
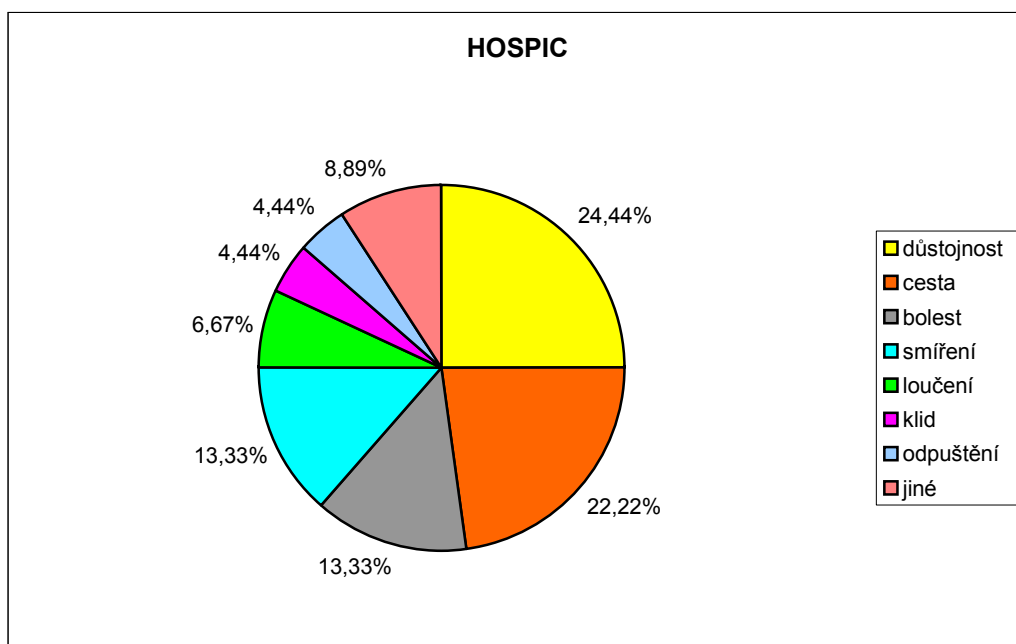
c) Budou v celkové struktuře asociací u personálu v hospici na podnětové slovo – **smrt** – převládat asociace s pozitivní konotací na rozdíl od personálu nemocničního?

V tematické struktuře asociací u obou populací převažují asociace neutrálního zabarvení. U obou populací dominuje neutrální asociace „konec“ lidského života. Negativní konotaci můžeme přisoudit kategorii „vysvobození“, která je s 17,78% nemocničním personálem asociována jako druhá nejčastější, zatímco podnětové slovo smrt spojuje s „vysvobozením“ jen necelých 9% populace pracovníků hospice. Chápání smrti jako určitého „vysvobození“ implicitně upozorňuje na fakt, že stav pacienta před tímto konečným bodem chápe nemocniční

personál jako negativní a prožitkově neuspokojivý, což potvrzují asociace na následující podnětová slova (viz asociační struktura 9.2 a 9,3).

Více než dvakrát častěji se oproti personálu působícímu v klasické nemocnici v asociační struktuře hospicových pracovníků vyskytuje kategorie „dobrá smrt“. M. Kupka (2008a), který tuto myšlenku „dobré smrti“ rozpracovává, nám předkládá takový obraz umírání, ve kterém se jednotlivci a potažmo celá instituce snaží pomoci umírajícímu člověku a jeho nejbližším příbuzným prožít tyto obtížné chvíle sklonku života pokud možno bezbolestně, v bezpečí, klidu a za přítomnosti druhých lidí, kteří tuto těžkou chvíli sdílejí s ním. „Dobrá smrt“ je taková, kdy se již nikdo bezesmyslně nesnaží o uzdravování a prodlužování života, ale veškerý důraz je kladen na zkvalitnění zbývajících dnů života umírajícího. V „dobré smrti“ nikdo není osamocen, jelikož se ukazuje, že činitelem s jednoznačně pozitivním terapeutickým účinkem je přítomnost druhého člověka.

10.2 Umírání (asociační struktura)



*a) Liší se tematická struktura asociací k podnětovému slovu – **umírání** - v populacích pracovníků v hospici a personálu v nemocnici? Pokud ano, tak jakým způsobem a jaký je směr odlišné sociální reprezentace těchto pojmů, potažmo celé této tematiky?*

Podnětové slovo umírání vyvolává u daných populací velmi odlišnou strukturu asociací. Personál v hospici klade důraz na důstojnost tohoto procesu, který často metaforicky ztotožňuje s cestou, zatímco v nemocničním personálu vyvolává toto slovo asociace „smrti a konce“.

Hospicový personál oproti pracovníkům v klasické nemocnici akcentuje v této životní etapě důležité vývojové úkoly, které napomáhají klidnějšímu přijetí nezvratného faktu konečnosti lidské existence. Tento aspekt reprezentují v dané asociační struktuře kategorie „smíření“, „loučení“ a „odpuštění“. Přijetí smrti je individuální proces, který probíhá u každého jedinečně a neopakovatelně. Přesto však lze vypožorovat určité specifické znaky a fáze, které jsou společné většině umírajících. Kategorie „smíření“ asociovaná hospicovým personálem odkazuje ke konečnému stadiu známého modelu vyrovnávání se člověka s terminálním onemocněním, který navrhla americká lékařka švýcarského původu Elisabeth Kübler-Rossová. Pokud se člověku dostane dostatečného množství času, přichází úlevné stadium „akceptace“ stávajícího stavu a smíření se s danou situací. Termínem smíření je však třeba chápat nejen akceptaci situace jako určité přijetí nepříjemného faktu a vyrovnání se s ním, ale takový stav, kdy je pacient schopen na těžkou situaci myslet, jen pokud na ni myslet chce, aniž by ho to příliš zúzkostňovalo, a nemyslet na ni, když o ní přemýšlet nechce (Křivohlavý, Kaczmarczyk, 1995). Personál v hospici si toto stadium spojuje právě s podnětovým slovem umírání. Člověk je již v tomto úlevném závěrečném stadiu se svým osudem smířen a vyrovnán, ale aby jej mohl dosáhnout musí k tomu mít nastaveny v dané instituci, kde se tento proces odehrává, přiměřené podmínky.

Asociace „smrti“ se vyskytla jen u personálu v nemocnici. Pracovníci vidí v tomto případě jiné aspekty umírání.

*b) Vyskytne se po strukturálně-tematické analýze sebraných asociací sociální reprezentace **osamělosti v umírání** ? Pokud ano, u jaké z těchto dvou populací ?*

Sociální asociace „osamělosti v umírání“ se u personálu v hospici neobjevila ani jednou, zatímco v asociační struktuře nemocničního personálu se vyskytuje výraznými 17,78% a stala se tak druhým nejčastějším asociačním spojením, což upozorňuje na fakt, že v nemocničním prostředí vnímá personál osamělost umírajících a terminálně nemocných pacientů s větší intenzitou a pravděpodobně se s ní setkává častěji než personál hospice.

Soudobá medicína považuje smrt za porážku, snaží se včas od umírajícího odvrátit a ušetřit pohledu na něj i celou společnost. Smrt se zakrývá, dochází k její institucionalizaci a umírá se za plentou. V hospici se vše podřizuje zvýšení kvality života nemocného a tomu je následně přizpůsoben i režim dne, který se tak velmi odlišuje od režimu dne ve většině nemocnic. Člověk zde není izolován od okolního světa a návštěvy jsou mu povoleny kdykoli. Pokud to dovoluje jeho zdravotní stav, může nemocný budovu hospice kdykoli opustit. Osamělé umírání je v nemocnici běžné a často nevzbuzuje ani dojem něčeho nepatřičného.

*c) Budou v celkové struktuře asociací u personálu v hospici na podnětové slovo – **umírání** – převládat asociace s pozitivní konotací na rozdíl od personálu nemocničního?*

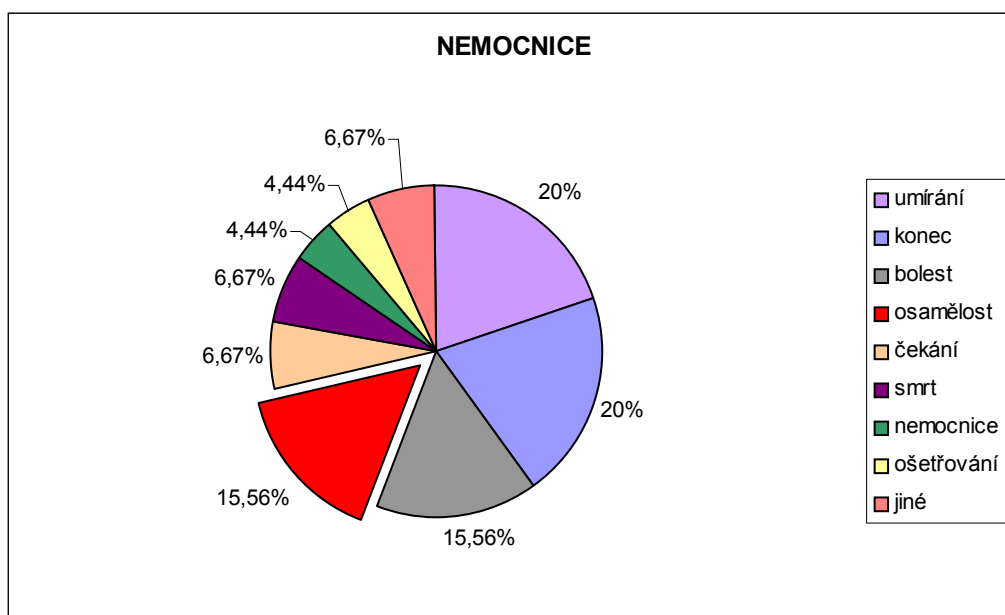
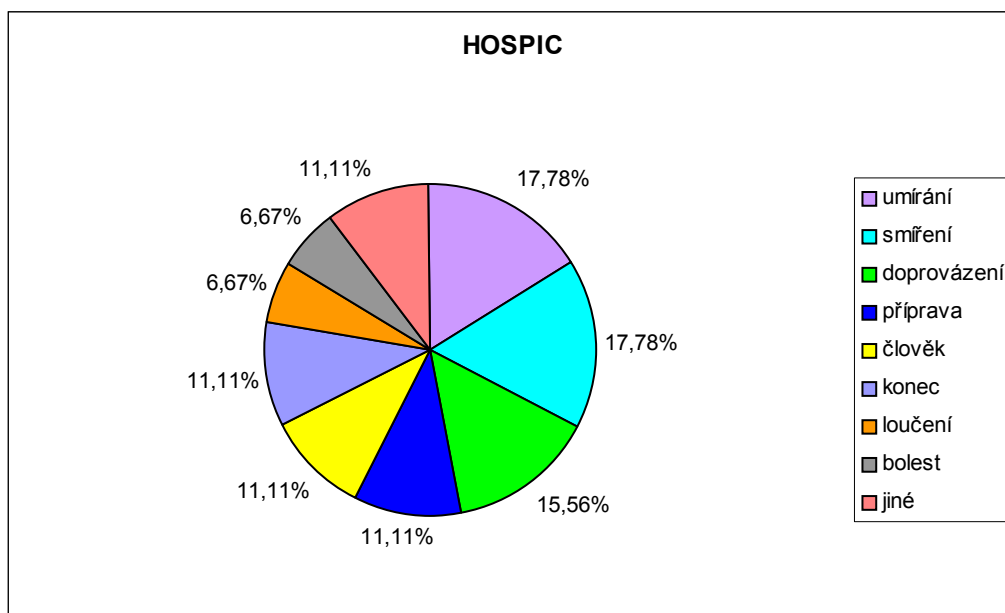
V tomto případě se asociační struktura obou populací značně odlišuje. Na rozdíl od personálu v hospici tvoří necelých 50% asociací nemocničního personálu „bolest“ a „osamělost“, tedy asociační kategorie s velmi negativní konotací. V hospici naopak personál vnímá umírání jako „klidnou a důstojnou cestu“ spojenou s „loučením“, „odpuštěním“ a celkovým „smířením“ se se smrtí. Tyto kategorie tvoří v asociační struktuře na podnětové slovo umírání u hospicového personálu velice příznivé tři čtvrtiny (77,78 %) všech asociačních spojení.

Kategorie „bolest“ je asociována pracovníky v klasické nemocnici více než dvakrát častěji než je tomu tak u personálu hospicového. „Bolest“ s 31,11% je tak u nemocničního personálu nejčastěji asociovaným slovem a tvoří téměř celou třetinu asociační struktury na podnětové heslo „umírání“. Paliativní péče hospicová se již nezajímá o beznadějně léčení umírajícího člověka a zaměřuje se především na tišení bolesti a psychologické aspekty doprovázení. Kvalita života člověka, kterou subjektivně pocíťovaná bolest značně ovlivňuje, je zde vždy na prvním místě.

V asociační struktuře se u hospicového personálu vyskytly velmi zajímavé kategorie „klid“ a „odpuštění“. J. Krivohlavý a S. Kaczmarczyk (1995) uvádějí, že pokud hovoříme o klidu v rámci zdravotnické péče o umírajícího člověka, máme obvykle na mysli klid ve smyslu ticha. Úsloví jako „klid léčí“ jsou jistě pravdivá a stojí za to dělat vše tak, aby měl nemocný pacient opravdu klid a ticho. Klid však často znamená mnohem více než ticho. Klid ve smyslu pokoje a míru se vztahuje i na vnitřní klid a usmíření umírajícího člověka s druhými lidmi i sama se sebou. Kategorie „odpuštění“ vyskytující se v asociačním poli hospicového personálu rovněž, se k vnitřnímu klidu a pokoji také vztahuje. Pro věřícího člověka je velkým darem, že smí prosit „odpusť nám naše viny“ i odpouštět „jako i my odpouštíme našim viníkům“. Práce ať už se skutečnými nebo s domnělými proviněními a z nich vyplývajícími pocity viny je jedním z hlavních a zároveň nejnáročnějších

psychoterapeutických úkolů každého doprovázejícího (vycvičeného psychoterapeuta, klinického psychologa, kněze nebo dobrovolníka). Nikdy není zbytečné zeptat se klienta/pacienta a vyzvat ho, aby nám sdělil, zda-li ho něco netrápí a zda by se nechtěl s něčím svěřit. Co se týče rodinných příslušníků, tak se ukazuje, že ti kteří se nejvíce starali o umírajícího, měli po jeho odchodu relativně menší míru pocitů viny, než ti, kteří jej prostě předali nemocnici.

10.3 Pacient v terminální fázi (asociační struktura)



a) *Liší se tematická struktura asociací k podnětovému heslu – **pacient v terminální fázi** - v populacích pracovníků v hospici a personálu v nemocnici? Pokud ano, tak jakým způsobem a jaký je směr odlišné sociální reprezentace těchto pojmů, potažmo celé této tematiky?*

Tematická struktura asociací je případě tohoto podnětového hesla značně odlišná. Ačkoli je skladba asociačního pole u obou populací značně pestrá nenacházíme zde mnoho stejných asociačních kategorií.

V asociační struktuře nacházíme u hospicového personálu specifické kategorie jako: „smíření“, „doprovázení“, „příprava“, „člověk“ a „loučení“, zatímco personál působící v klasické nemocnici produkuje asociace jiného charakteru: „osamělost“, „smrt“, „čekání“, „ošetřování“ a „nemocnice“. Rozdíly mohou být z části způsobeny také specifickou terminologií užívanou v daných institucích. Hospicová asociace procesu doprovázení implicitně jistě obsahuje prvky ošetřování a kategorie „ošetřování“, kterou asociují pracovníci v klasické nemocnici zastupuje nezpochybnitelně též aspekt doprovázení umírajícího člověka u jeho lůžka. Rozdíl však není jen terminologický, ale týká se především četnosti zmíněných asociací. Kategorie „doprovázení“ je v asociační struktuře u hospicového personálu zastoupena 15,56%, zatímco asociace na „ošetřování“ pacienta v terminální fázi své nemoci se u pracovníků nemocničních vyskytuje jen v pouhých 4,44%.

Společnou charakteristikou může být jen asociační kategorie „umírání“, která dominuje u obou populací. Ze strukturálního hlediska sociální reprezentace se ukazuje, že sociálně reprezentovaný fenomén „umírání“ je nadřazený podnětovému heslu „pacient v terminální fázi“, na který se velmi často samo umírání asociuje. Tento vztah je pouze jednostranný, z čehož vyplývá, že „pacient v terminální fázi“ je periferní částí sociální reprezentace „umírání“.

b) *Vyskytne se po strukturálně-tematické analýze sebraných asociací sociální reprezentace **osamělosti v umírání** ? Pokud ano, u jaké z těchto dvou populací ?*

Sociální reprezentace „osamělosti v umírání“ se vyskytuje pouze u asociační struktury personálu v nemocnici, která je v ní kategorií „osamělost“ zastoupena ve 15,56%, což není vůbec zanedbatelné číslo. Nemocniční pracovníci vnímají „osamělost“ jako jedno ze základních témat spojených s osobou terminálně nemocného, popřípadě umírajícího člověka. Osamělost a sociální izolace tedy není pro personál v nemocnici ničím neobvyklým a může se stát, že sklouzne do běžného standardu. Pracovníci hospice výše uvedenou kategorii „osamělost“ neasociují.

Citové strádání umírajících v institucionalizovaném osamění nemocnice, který ostře kontrastuje s přirozeným přáním člověka zemřít neopuštěn doma v kruhu svých nejbližších, je v hospici nahrazena osobní blízkostí druhého člověka a stává se tak nejdůležitějším prvkem důstojného umírání a důstojné smrti. Nikdo se nerodí sám, a neměl by tedy ani sám umírat. Medicína se stává bojovníkem za co největší oddálení smrti. Přiznejme, že v tomto snažení dosáhla značného pokroku, jehož odvrácená strana může mnohým z nás znemožnit důstojně a v klidu zemřít. Namísto důstojného rozloučení a smíření, připoután k přístrojům a obluzen léky, jen pacient čeká na neodvratnou „smrt“, jenž tvoří u nemocničních pracovníků nezanedbatelnou část asociační struktury.

*c) Budou v celkové struktuře asociací u personálu v hospici na podnětové heslo – **pacient v terminální fázi** – převládat asociace s pozitivní konotací na rozdíl od personálu nemocničního?*

U personálu v hospici se setkáváme převážně s pozitivně laděnými asociacemi. Asociace poukazující na osvobozující „smíření“ a lidské „doprovázení“ tvoří podstatnou část asociačního pole. Hospicový personál nezapomíná, že ač terminálně nemocný je tento pacient pořád ještě „člověkem“ (11,11%). U personálu v nemocnici opět dominují asociace typu „bolest“, „osamělost“ a anticipovaná „smrt“. Pracovníci hospice pojmají příběh terminálně nemocného člověka jako „přípravu“ na přirozený „konec“, zatímco pracovníci v klasické nemocnici jej chápou/asociují jako „bolestné čekání“ na „smrt“ v „nemocnici“.

Personál hospice uvádí s 15,56% jako třetí nejčastější asociaci „doprovázení“ pacienta v terminální fázi. V asociační struktuře personálu nemocničního tuto kategorii vůbec nenalzáme. Je to pravděpodobně způsobeno převládajícím diskurzem ve zdravotnictví, ve kterém „vítězná medicína“ jasně propaguje kurativní způsob péče v jakékoli situaci, dokonce i v případě, že již prokazatelně nepovede k vyléčení pacienta. Paliativní péče, která je pracovní náplní personálu v hospici, se již nezaměřuje na léčbu, ale jde zde už pouze o tišení bolesti, ošetřování a doprovázení umírajícího člověka. O doprovázení mluvíme tehdy, pokud se člověk nachází v situaci, ve které žádá o pomoc pracovníka, aby mu pomohl nést jeho těžkosti, snášet je a zvládat. Těmito těžkostmi často v hospicové a paliativní péči chápeme infaustní prognózu a často inkurativní stav, ve kterém již vyléčení není reálné. Doprovázející tedy nabízí umírajícímu svou přítomnost, trpělivé naslouchání a pochopení, které má dodat nemocnému pocit přijetí a pevné opory. Klient akceptuje skutečnost a neočekává změnu svého stavu. Úkolem doprovázejícího je „pouze“ provést umírajícího člověka po této cestě a pomoci mu se smířit s nelichotivou situací blížícího se konce jeho života. Doprovázející se

soustředí v psychologické péči o terminálně nemocné pacienty na pomoc při vyrovnávání se s nemocí a s blížící se smrtí, zvládání existenciálních krizí. Nabízí též pomocnou ruku při zvládání intrapsychických a interpersonálních konfliktů a pokouší se klienta/pacienta zbavit strachu z bezprostředně hrozící smrti.

11. Závěry výzkumu

Strukturálně – tematická analýza prokázala značné rozdíly v chápání procesu umírání a fenoménu smrti mezi populacemi personálu v hospici a v nemocnici. Sociální reprezentace těchto jevů jsou sdíleny a předávány ve značně odlišné podobě. Praxe přístupu k umírajícím je jiná a odpovídá normám dané instituce. Potvrdila tak výsledky studií (Novák, 2008, Novák, 2009b), na které měla plynule navázat.

V sociální reprezentaci smrti se dané populace prakticky neliší a ve své struktuře jsou si velice podobné. Dále se ukazuje, že sociálně reprezentovaný fenomén „umírání“ je nadřazený podnětovému heslu „pacient v terminální fázi“, na který se velmi často samo umírání asociuje. Tento vztah je pouze jednostranný, z čehož vyplývá, že „pacient v terminální fázi“ je periferní částí sociální reprezentace „umírání“.

Potvrdil se předpoklad, že personál v hospici bude produkovat méně negativně zabarvených asociací než personál nemocniční. Častými tematickými kategoriemi struktury asociací u personálu v hospici jsou například kategorie jako: „smíření“, „doprovázení“ a kladou větší důraz na „důstojnost umírajícího“. Hospicový personál oproti pracovníkům v klasické nemocnici akcentuje v této životní etapě důležité vývojové úkoly, které napomáhají klidnějšímu přijetí nezvratného faktu konečnosti lidské existence. U personálu nemocničního je tendence ztotožňovat umírání s „bolestí“ a ještě bolestnější „osamělostí“. Chápání smrti jako určitého „vysvobození“ implicitně upozorňuje na fakt, že stav pacienta před tímto konečným bodem chápe nemocniční personál jako negativní a prožitkově neuspokojivý. Hospicová myšlenka „dobré smrti“ a doprovázení odcházejícího člověka je v neuspokojivých podmínkách klasické nemocnice redukována na nezbytně nutné zdravotnické úkony a ošetřování pacienta, na jehož psychosociální a duchovní potřeby je často bohužel zapomínáno.

Sociální reprezentace „osamělosti v umírání“ se u personálu v hospici neobjevuje, nebo ji alespoň výzkum a následná strukturální analýza sociálních reprezentací neprokázala. Tato sociální reprezentace je však sdílena personálem v nemocnici, a to ve značné míře. Do tematické kategorie „osamělost“ v případě podnětového slova „umírání“ bylo nemocničním personálem zařazeno celých 17,78% a případě podnětového slova „pacient v terminální fázi“ 15,56% všech asociací. Sociální asociace „osamělosti v umírání“ se u personálu v hospici neobjevila ani jednou, zatímco v asociční struktuře nemocničního personálu se vyskytuje často, což odkazuje k předpokladu, že v nemocničním prostředí vnímá personál osamělost

umírajících a terminálně nemocných pacientů s větší intenzitou a pravděpodobně se s ní setkává častěji než personál hospice. Nemocniční pracovníci vnímají „osamělost“ jako jedno ze základních témat spojených s osobou terminálně nemocného, popřípadě umírajícího člověka. Osamělost a sociální izolace tedy není pro personál v nemocnici ničím neobvyklým. Může se tedy snadno stát, že sklouzne do běžného standardu a nebude již něčím nad čím bychom se měli vždy pozastavit a urychleně se snažit o nápravu.

12. Diskuse

Prvním nad čím je třeba se v této diskusi zastavit je přístup jakým byla vytvořena tato práce. Jedná se o kvalitativní přístup, čemuž odpovídá i způsob jakým byla nazírána realita, vybírána výzkumná i srovnávací skupina a v neposlední řadě prováděna analýza a interpretace dat. V našem případě – výzkum sociální reprezentace „osamělosti v umírání“ – nebylo možné tento fenomén, pro jeho jedinečnost, kontextuálnost a procesuální dynamiku, plnohodnotně zachytit kvantitativní metodologií. Při aplikaci tohoto přístupu bylo použito metody sociálních reprezentací, které využívá ve svých studiích například R. Hytych (2002, 2006, 2008) pro uchopování našemu výzkumu blízkého tématu sociálních reprezentací smrti. Při aplikaci kvalitativního přístupu se cíleně pracuje s tím, že výzkumník se de facto spolupodílí na procesech, které zkoumá (Miovský, 2006). Na výzkumníka jsou tak kladeny veliké nároky, a to především na jeho schopnost introspekce a sebereflexe. Na oplátku se však výzkumníkovi dostává hlubšího vhledu do zkoumané problematiky a zachycení její podstaty v neopakovatelném kontextu.

Výsledky naší studie vycházejí výrazně v neprospěch pracovníků v nemocnici, kterým bych se tímto rád v této části diskuse omluvil a uvedl několik argumentů na jejich obhajobu. Nemyslím si, že by mezi lidmi pracujícími v hospici popřípadě v nemocnici byl zásadní rozdíl. Jedná se především o normy a atmosféru dané instituce. Na vině je především sdílený mocenský diskurz instituce nemocnice, která podléhá paradigmatu „vítězné medicíny“, která vede s umíráním (potažmo se smrtí) lítý boj. Druhým argumentem obhajoby nemocničního personálu může být jiná povaha umírání. Výzkum byl prováděn na všech odděleních a tím také mohlo dojít k tomuto zkreslení. Je veliký rozdíl mezi umíráním onkologicky nemocného člověka v hospici, který dostává analgetika v pravidelných dávkách a člověka, který umírá pár minut po převozu do nemocnice po prodělané autohavárii. V tomto případě může opravdu nemocniční personál vidět mnohem více bolesti a utrpení, než je tomu u kvalitativně odlišné smrti v hospici. V případě pokračování výzkumu je třeba myslet na možnost takového zkreslení a metodologicky jej ošetřit.

Dalším krokem, kterým by bylo jistě důležité pokračovat ve výzkumu této problematiky a který by mohl navázat na některá zjištění realizovaného kvalitativního výzkumu sociální reprezentace „osamělosti v umírání“ u hospicového a nemocničního personálu je zjišťování možného výskytu této reprezentace u samotných hospitalizovaných pacientů nemocnice a klientů v hospicové péči. Postoje a sociální reprezentace, kterými jednotlivci, ať už se jedná o

pracovníky nebo pacienty, řídí své jednání a v daném kontextu je používají v interakci, je nesmírně důležité popsat a zmapovat. Tento akt může mít vedle teoretického přínosu i užitek pro samotnou praxi pomáhajících profesí, které se s procesem umírání a se smrtí klienta setkávají a které vzhledem k praktikám vytěšňování a tabuizace smrti uplatňovaných společností nemají k dispozici vhodný „manuál“ pro myšlenkové uchopování faktu smrti a jednání v situaci doprovázení umírajícího a jeho rodiny (Hytych, 2002). Pokud nebudeme znát sdílené sociální reprezentace obou těchto hlavních aktérů komunikace, do jisté míry to bude stěžovat jejich interakci a jistě se tento nedostatek odrazí i na kvalitě a efektivitě poskytované péče.

Souhrn

V současné době je tematika umírání tabuizována a smrt je všeobecně vytěsněna na periferii. Společně s touto tendencí však dochází k fenoménu daleko závažnější povahy. Mimo centrum zájmu jsou vytěsňováni i samotní umírající, pro něž je tato fáze života doprovázena ztrátou sociální opory a sociální izolací ústící k bezútěšné osamělosti. Mnohý terminálně nemocný člověk umírá dříve smrtí sociální, než smrtí fyzickou. Umírající člověk je tak, vulgárně řečeno, již považován za mrtvého. Vycházejí z vlastní zkušenosti (dobrovolnictví v hospici) se domnívám, že tento celospolečenský trend nazírání na umírající má v myšlence „dobré smrti“, která je sdílena hospicovým personálem, silného oponenta.

Tato práce je pokračováním projektu výzkumu „osamělosti v umírání“ a navazuje na autorovy předešlé studie (Novák, 2008, Novák, 2009a, Novák, 2009b). Ve své práci jsem se inspiroval pracemi R. Hytycha (2002, 2006, 2008), který pro uchopení fenoménu smrti užívá teorii sociálních reprezentací známého francouzského psychologa Serge Moscoviciho (1961, 1984, 1988), která se jeví z pohledu současné psychologie jako průlomová a pomohla transformovat sociální psychologii na postmoderní společenskovědní disciplinu, která překračuje hranice mezi psychologii, sociologií, filosofií, lingvistikou a kulturní antropologií. Sociální reprezentace můžeme, s mírnou nadsázkou, považovat za všeobecné poznání, tedy jako soubor organizovaných a strukturovaných poznatků na úrovni základního společenského systému. Činí tak pro nás realitu srozumitelnou, bezpečnou a možnou sdílet ji v procesu komunikace s ostatními. Sociální reprezentace však nejsou jen modely reality, ale i samotným procesem její konstrukce. V praxi často dochází k mylnému slučování pojmu sociální reprezentace s koncepty mentálních reprezentací a postoje. Většina teorií postojů předpokládá, že objekt postoje, ke kterému se daný postoj vztahuje je nezávislý na způsobu, jakým je poznáván. Teorie sociálních reprezentací však předpokládá, že tento objekt nepoznáváme přímo, ale zprostředkovaný skrze prizma sociálního a kulturního diskurzu. Nutným předpokladem zaujetí postoje vůči určitému objektu či situaci je již existence reprezentace tohoto jevu, která je součástí kulturně sdíleného a předávaného vědění. Sociální reprezentace jsou tak mnohem obecnějším pojmem a jsou pojmu postoje nadřazené. Postoj je tak jen určitou individuem přisvojenou částí sociální reprezentace. Termín reprezentace nás často odkazuje na individualizovanou kognitivní vědu, která se svým konceptem reprezentací mentálních zaměřovala především na neurologické procesy jednotlivce, kdežto sociální reprezentace jsou pojmem sociálně psychologickým.

Významové universum každého sociálně reprezentovaného jevu či pojmu se v rámci kvalitativního výzkumu nejčastěji identifikuje pomocí metody strukturální analýzy volných asociací nebo aplikací polostrukturovaného interview. Všeobecně je asociční metoda vhodnou alternativou za interview, pokud je předmět výzkumu neuvědomovaný, špatně reflektovaný, popřípadě pokud se jedná o choulostivé a tabuizované téma, jak je tomu v našem případě. Výzkumník sbírá asociace, které vyvolává slovo reprezentující zkoumaný jev. Zajímavou studii stojící na této metodě představil J.P. Di Giacomo (1980), kdy na základě analýzy asociací zkoumal studentské protestní hnutí na katolické univerzitě v Louvaini. Plichtová (2002) uvádí, že první asociace, které lidé produkují, patří mezi společně sdílené s jinými příslušníky té samé populace a jsou z hlediska kulturních rozdílů velmi důležité. Jsou pro danou populaci charakteristické a patří k poměrně stabilnímu repertoáru asociací a objevují se i v dalším pokuse, pokud experiment zopakujeme. Z konečného počtu 45 participantů výzkumu ve zkoumané skupině hospicového personálu a téhož počtu pracovníků v nemocnici (srovnávací skupina) vzešly asociace na každé ze tří podnětových hesel („smrt“, „umírání“ a „pacient v terminální fázi“). Získané asociace pak byly podrobeny pečlivé tematické analýze, která je založena na třídění asociací do kategorií podle jednotlivých tematických okruhů, které však nejsou dopředu dané, ale vynořují se až v průběhu analýzy.

Strukturálně – tematická analýza prokázala značné rozdíly v chápání procesu umírání a fenoménu smrti mezi populacemi personálu v hospici a v nemocnici. Sociální reprezentace těchto jevů jsou sdíleny a předávány ve značně odlišné podobě. Praxe přístupu k umírajícím je jiná a odpovídá normám dané instituce. Potvrdil se předpoklad, že personál v hospici bude produkovat méně negativně zabarvených asociací než personál nemocniční. Sociální reprezentace „osamělosti v umírání“ se u personálu v hospici neobjevuje, nebo ji alespoň výzkum a následná strukturální analýza sociálních reprezentací neprokázala. Tato sociální reprezentace je však sdílena personálem v nemocnici, a to ve značné míře. Do tematické kategorie „osamělost“ v případě podnětového slova „umírání“ bylo nemocničním personálem zařazeno celých 17,78% a případě podnětového slova „pacient v terminální fázi“ 15,56% všech asociací.

Cílem této práce by měla být popularizace hospicové myšlenky, principů paliativních strategií a v obecné rovině zlepšení celkové úrovně péče o umírající s jejich širokým spektrem potřeb.

Seznam použité literatury

- Andersen, B.L. (1992). Psychological interventions for cancer patients to enhance quality of life. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 60, 552-568.
- Ariès, P. (2000). *Dějiny smrti I., II.* Praha: Argo.
- Baštecká, B. et al. (2003). *Klinická psychologie v praxi.* Praha: Portál.
- Biebl, K. (1988). *Modré stíny pod zlatými stromy.* Praha: Československý spisovatel.
- Blazer, D.G. (1982). Social support and mortality in an elderly community population. *American Journal of Epidemiology* 115, 684-694.
- Boëthius (1995). *Filosofie utěšitelka.* Olomouc: Votobia.
- Cakirpaloglu, P. (2004). *Psychologie hodnot.* Olomouc: Votobia.
- Cameron, L.D. (2005). Cognitive and affective determinants of decision to attend a group psychosocial support program for women with breast cancer. *Psychosom Med.* 67 (4), 584-589.
- Dalajlama (2006). *Rady jak umírat a žít lepší život.* Praha: Argo.
- Di Giacomo, J.P. (1980). Intergroup alliances and rejections within a protest movement (analysis of the social representations). *European Journal of Social Psychology.* 10, 329-344.
- Drageset, S. & Lindstrom, T. (2005). Coping with a possible breast cancer diagnosis: demographic factors and social support. *Journal of Advanced Nursing* 51, 217-227.
- Ducharme, F. et al. (1994). Social support: Conceptual and methodological issues for research in mental health nursing. *Issues in Mental Health Nursing* 15, 373-392.
- Durkheim, E. (1995). *The Elementary Forms of Religious Life.* New York: Free Press.
- Durkheim, E. (1998). *Sociologie a filosofie.* Praha: SLON.
- Duveen, G., & Lloyd, B. (1993). An ethnographic approach to social representations. In G. M. Breakwell & D. V. Canter (Eds.), *Empirical Approaches to Social Representations* (90-109). Oxford University Press.
- Elias, N. (1998) *O osamělosti umírajících.* Praha: Nakladatelství Franze Kafky.
- Erikson, E.H. (1999). *Životní cyklus rozšířený a dokončený.* Praha: Lidové noviny.
- Erikson, E.H. (2002). *Dětství a společnost.* Praha: Argo.
- Fondacaro, M.R. & Moos, R. (1997). Social support and coping: a longitudinal analysis. *American Journal of Community Psychology* 15, 653-673.

- Foucault, M. (1994a). Diskurz, autor, genealogie. Praha: Svoboda.
- Foucault, M. (1994b). Dějiny šílenství. Praha: Lidové noviny.
- Foucault, M. (1999). Psychologie a duševní nemoc. Praha: Dauphine.
- Frankl, V.E. (1962). Man's search for meaning. New York: Simon and Schuster.
- Frankl, V.E. (1994). Vůle ke smyslu. Brno: Cesta.
- Frankl, V.E. (2006a). Lékařská péče o duši. Brno: Cesta.
- Frankl, V.E. (2006b). A přesto řící životu ano. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství.
- Freud, S. (1998). Mimo princip slasti a jiné práce z let 1920-1924. Praha: Psychoanalytické nakladatelství.
- Freud, S. (2000). Tři pojednání k teorii sexuality. In: Freud, S. Spisy z let 1904-1905. Praha: Psychoanalytické nakladatelství.
- Freudová, A. (2006). Já a obranné mechanismy. Praha: Portál.
- Fromm, E. (1992). Mít nebo být? Praha: Naše vojsko.
- Fromm, E. (1993). Strach ze svobody. Praha: Naše vojsko.
- Fromm, E. (1996). Lidské srdce. Praha: Nakladatelství J. Šimona.
- Fromm, E. (2007). Anatomie lidské destruktivity. Praha: AURORA.
- Gilligan, T. (2003). When do we stop talking about curative care? Journal of Palliative Medicine, 6(4), 657-660.
- Harré, R. & Gillett, G. (1994). The discursive mind. London: Sage Publication.
- Hartl, P. & Hartlová, H. (2004). Psychologický slovník. Praha: Portál.
- Haškovcová, H.(1990). Fenomén stáří. Praha: Panorama.
- Haškovcová, H. (2007). Thanatologie. Praha: Galén.
- Hayesová, N. (1998). Základy sociální psychologie. Praha: Portál.
- Heidegger, M. (1996). Bytí a čas. Praha: Oikoymenh.
- Honzák, R. (1997). Komunikační pasti v medicíně. Praha: Galén.
- Hytych, R. (2002). Sociální reprezentace smrti u populace pracovníků onkologie. Československá psychologie. 5, 462-471.

- Hytych, R. (2006). Dovedně zvládnutá přítomnost přináší příjemnou budoucnost: Sociální reprezentace smrti na Srí Lance u theravádových mnichů a jejich podpůrců . *Československá psychologie*, 3, 273-284 .
- Hytych, R. (2008). *Smrt a nesmrtelnost: Sociální reprezentace smrti*. Praha: Triton.
- Jung, C.G. (1994). *Duše moderního člověka*. Brno: Atlantis.
- Jung, C.G. (1999). *Archetypy a nevědomí. Výbor z díla II*. Brno: Nakladatelství T. Janečka.
- Kant, I. (2001). *Kritika čistého rozumu*. Praha: Oikoymenh.
- Kebza, V. & Šolcová, I. (1998). Burnout syndrom: Teoretická východiska, diagnostické a intervenční možnosti. *Československá psychologie*, 5, 429-448.
- Kebza, V. & Šolcová, I. (2008). Syndrom vyhoření - rekapitulace současného stavu poznání a perspektivy do budoucna. *Československá psychologie*, 4, 351-365.
- Keller, J. (2005). *Úvod do sociologie*. Praha: Sociologické nakladatelství.
- Kouřilová, S. (2009). Strukturální přístup k sociálním reprezentacím. *E-psychologie* [online]. 3(2),49-58 [cit. 22.10.2009]. Dostupný z WWW: <<http://e-psycholog.eu/pdf/kourilova.pdf>>.
- Krause, N. (1997). Anticipated support, received support and economic stress among older adults. *Journal of Gerontology* 52, 284- 293.
- Křivohlavý, J. & Kaczmarczyk, S. (1995). *Poslední úsek cesty*. Praha: Návrat domů.
- Křivohlavý, J. (1999). Moderátor zvládání zátěže typu sociální opory. *Československá psychologie*, 2, 106-118.
- Křivohlavý, J. (2002). Sociální opora v intervenčních programech. *Československá psychologie*, 4, 340-346.
- Křivohlavý, J. (2003) *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
- Kübler-Ross, E. (1969). *On Death and Dying*. New York: McMillan Publishing Company.
- Kübler-Rossová, E. (1995). *Odpovědi na otázky o smrti a umírání*. Praha: EM Reflex.
- Kübler-Rossová, E. (2003). *O dětech a smrti*. Praha: Ermat.
- Kupka, M. (2008a). Jak si představujete „dobrou smrt“? *Psychologie dnes*. 1, 20-23.
- Kupka, M. (2008b). Paliativní péče a riziko syndromu vyhoření. *E-psychologie* [online]. 2(1), 23–35[cit. 22. 10. 2009]. Dostupný z WWW: <<http://e-psycholog.eu/pdf/kupka-ps.pdf>>.
- Kupka, M. & Řehan, V. (2008). Salutoprotektivní činitele u zaměstnankyň hospiců a léčeben dlouhodobě nemocných. *Československá psychologie*, 52, 6, 555-566.

- Langmeier, J. & Krejčířová, D. (1998). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing.
- Leary, T. (1998). *Plán umírání*. Praha: VOLVOX GLOBATOR.
- Luszczynska, A., Boehmer, S., Knoll, N., Schulz, U., & Schwarzer, R. (2007). Emotional support for men and women with cancer: Do patients receive what their partners provide? *International Journal of Behavioral Medicine*, 14, 156-163.
- Macek, P., Osecká, L., Kostroň, L. (1997). Social Representations of Human Rights Amongst Czech University Students. *J. of Community and Applied Social Psychology*, 7, 65-76.
- Manning-Walsh, J. (2005). Social support as a mediator between symptom distress and quality of life in women with breast cancer. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing* 34, 482-493.
- Marková, I. (2007) *Dialogičnost a sociální reprezentace. Dynamika mysli*. Praha: Academia.
- Matějček, Z. (2004). *Psychologické eseje (z konce kariéry)*. Praha: Karolinum.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.
- Mitchell, S.A. & Blacková, M.J. (1999). *Freud a po Freudovi. Dějiny moderního psychoanalytického myšlení*. Praha: Triton.
- Moscovici, S. (1961). *La Psychoanalyse: son image et son public*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Moscovici, S. (1984). The Phenomenon of Social Representations. In: Farr, R. & Moscovici, S. (Eds.). *Social Representations*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Moscovici, S. (1988). Notes toward a description of social representations. *European Journal of Social Psychology*, 18, 211-250.
- Munzarová, M. (2005). *Eutanazie, nebo paliativní péče?* Praha: Grada Publishing.
- Novák, P. (2008). Sociální reprezentace „osamělosti v umírání“ u personálu v hospici. *Písemná postupová práce*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Novák, P. et al. (2008). *Etický kodex. Česká asociace studentů psychologie, o.s.* cit. 22. 10. 2009, <http://www.caspos.cz/Dokumenty>
- Novák, P. (2009a). *Teorie sociálních reprezentací. E-psychologie [online]*. 3(1), [cit. 22.10.2009]. Dostupný z WWW: <<http://e-psycholog.eu/pdf/novak.pdf>>.
- Novák, P. (2009b). Sociální reprezentace „osamělosti v umírání“ u personálu v hospici. In Heller, D., Charvát, M., Sobotková, I. (Eds.) *Psychologické dny 2008. Já & my a oni*. Brno: Masarykova univerzita.
- Novotný, V. (2004). *Papuánské (polo)pravdy*. Praha: Dokořán.

- Pacovský, V. & Heřmanová, H.(1981). Gerontologie. Praha: Avicenum.
- Patočka, J. (2007). Kacířské eseje k filosofii dějin. Praha: Oikoymenh.
- Plichtová, J. & Hrabovská, A. (1993). Konštrukcia významu niektorých politických pojmov. Československá psychologie.2, 111-128.
- Plichtová, J. (1998). Sociálne reprezentácie: Teória, výskum, výzva. Československá psychologie. 6, 503-520.
- Plichtová, J. (2000). Renesancia záujmu o jazyk: Diskurzívna psychológia a analýza diskurzu. Československá psychologie. 4, 289-308.
- Plichtová, J. (2002). Metódy sociálnej psychológie zblízka . Kvalitatívne a kvantitatívne skúmanie sociálnych reprezentácií. Bratislava: MÉDIA.
- Plháková, A. (2004). Učebnice obecné psychologie. Praha: Academia.
- Plháková, A. (2006). Dějiny psychologie. Praha: Grada Publishing.
- Příhoda, V. (1974). Ontogeneze lidské psychiky IV. Praha: SPN.
- Říčan, P. (2006). Cesta životem. Praha: Portál.
- Sandtner, P. (2004). Doprovázení v hospicové péči a logoterapie. Nepublikovaná diplomová práce. Praha: Katolická teologická fakulta UK v Praze.
- Sheehy, N. (2005). Encyklopedie nejvýznamnějších psychologů. Brno: Barrister & Princippal.
- Schwarzer, R., & Knoll, N. (2007). Functional roles of social support within the stress and coping process: A theoretical and empirical overview. International Journal of Psychology, 42(4), 243-252.
- Sirius, R.U. (1998). Tím znovu vzniká. In Leary, T. Plán umírání. Praha: VOLVOX GLOBATOR.
- Sogjal Rinpoče (1996). Tibetská kniha o životě a smrti. Praha: Pragma.
- Svatošová, M. (1995). Hospice a umění doprovázet. Praha: Ecce homo.
- Svatošová, M. (1996). Hospic Anežky České se představuje. Praha: Ecce homo.
- Svatošová, M. et al. (1998). Hospic slovem a obrazem. Praha: Ecce homo.
- Svatošová, M. (2004). Hospicové hnutí ve světě a u nás. In Vorlíček, J. et al. Paliativní medicína. Praha: Grada Publishing.
- Šíkl, R. & Čermák, I. (2000). „Common sense“ a psychologické teorie. Československá psychologie. 5, 444-450.

- Šimíčková-Čížková, J. (2004). Přehled sociální psychologie. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Šolcová, I. & Kebza, V. (1999). Sociální opora jako významný protektivní faktor. *Československá psychologie* 1, 19-38.
- Tavel, P. (2007). Smysl života podle Viktora Emanuela Frankla. Praha: Triton.
- Tschuschke, V. (2004). Psychoonkologie. Psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny. Praha: Portál.
- Tyrlík, M., Plichtová, J., Macek, P. (1998). Sociální reprezentace demokracie: Česko - slovenské srovnání. *Československá psychologie*, 2, 106-125.
- Tyrlík, M. & Macek, M. (2002). La compréhension des représentations sociales a l'aide du dialogue. In Garnier, C., Doise, W. (Eds.), *Les représentations sociales: Balisage du domaine d'études*. Montreal: Éditions Nouvelles.
- Vágnerová, M. (2007). Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří. Praha: Karolinum.
- Virt, G. (2000). Žít až do konce. Praha: Vyšehrad.
- Vorlíček, J. et al. (2004). Paliativní medicína. Praha: Grada Publishing.
- Wagner, W., Duveen, G. Farr, R., Jovchelovitch, S., Lorenzi-Cioldi, F., Markova, I., & Rose, D. (1999). Theory and method of social representations. *Asian Journal of Social Psychology*, 2, 95-125.
- Yalom, I.D. (2006). Existenciální psychoterapie. Praha: Portál.
- Yalom, I.D. (2008). Pohled do slunce. O překonávání strachu ze smrti. Praha: Portál.

Abstrakt diplomové práce

Jméno a příjmení: Petr Novák

Instituce: Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta
Katedra psychologie
Křížkovského 10, 771 80 Olomouc

Obor : Psychologie – jednooborová

Vedoucí práce: Doc. PhDr. Michal Miovský, Ph.D.

Název práce: Sociální reprezentace „osamělosti v umírání“ u hospicového personálu

Název práce v AJ: Social representation of “loneliness in dying“ by staff in hospice

Počet stran: 82 + přílohy

Počet příloh: 2

Rok obhajoby: 2010

Abstrakt:

Background: V současné době je tematika umírání tabuizována a smrt je všeobecně vytěsněna na periferii. Mimo centrum zájmu jsou však vytěsňováni i samotní umírající, pro něž je tato fáze života doprovázena ztrátou sociální opory a sociální izolací ústící do bezútěšné osamělosti. Mnohý terminálně nemocný člověk umírá dříve smrtí sociální, než smrtí fyzickou. Cíle: Tato práce má popsat proces tabuizace smrti v moderní společnosti a sociální reprezentaci osamělosti v umírání. Je třeba upozornit na žalostný fakt citového strádání umírajících v osamění důmyslných moderních institucí, který ostře kontrastuje s přirozeným přáním člověka zemřít neopuštěn doma v kruhu svých nejbližších. Design a metody: Výzkumná část srovnává současnou situaci v rozdílných zdravotnických zařízeních (hospic a klasická nemocnice). Metodologie výzkumu byla založena na teorii sociálních reprezentací. Soubor: Každá skupina byla tvořena 45 účastníky výzkumu. Výsledky: Sociální reprezentace „osamělosti v umírání“ se objevila pouze u skupiny personálu v klasické nemocnici. Závěry: Tento celospolečenský trend negativního nazírání smrti má v hospicové myšlence „dobré smrti“ silného oponenta.

Klíčová slova: hospic, osamělost, paliativní péče, smrt, sociální reprezentace, umírání

Abstract:

Background: Currently the theme of dying is tabooed and death is generally displaced on periphery. Out of centre of interest are displaced also dying people, for whom is this life period connected with the loss of social hold and with social isolation leading to dreary loneliness. Many terminally ill people die sooner by the social death than by the physical death. Aims: This thesis describes process of tabooisation of death in modern society and social representation of loneliness in dying. It is necessary to point out the regretful fact of

emotional deprivation of dying people in the loneliness of ingenious modern institutions, which contrasts with natural human wish to die at home, surrounded by the closest people. Design and measurements: The research compares the situation in different health care facilities (hospice and ordinary hospital). The methodology of this research consist in theory of social representations. Participants: Each of the groups was formed by 45 participants. Results: The social representation of “loneliness in dying“ was appear only in group of staff in ordinary hospital. Conslusions: This all-society negative trend of viewing death has strong opponent in the hospice idea of „good death“.

Keywords: death, dying, hospice, loneliness, palliative care, social representation

Dotazník :

Univerzita Palackého v Olomouci
Katedra psychologie Filozofické fakulty
Petr Novák, e-mail: petr22novak@seznam.cz

pohlaví

věk.....

vzdělání

délka praxe ve zdravotnictví a sociální sféře

.....

délka praxe v hospicové péči

.....

Napište, prosím, ke každému z těchto podnětových hesel asociaci (slovo nebo sousloví), kterou s ním máte spojenou, která se Vám k němu vybavuje, popř. si myslíte, že k němu patří.

smrt

umírání

pacient v terminální fázi

Data získaná tímto dotazníkem budou použita při tvorbě mé diplomové práce. S daty bude nakládáno v souladu se zákonem č.101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů.