

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Fakulta tělesné výchovy a sportu



Možnosti a využití arteterapie v hospicové péči

Diplomová práce

Vedoucí diplomové práce:

PhDr. Jana Jebavá

Zpracovala:

Bc. Soňa Langová

Praha, srpen 2010

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jsem pouze literaturu uvedenou v seznamu bibliografické citace.

V Praze, dne 30. srpna 2010

.....

Evidenční list

Souhlasím se zapůjčením své diplomové práce ke studijním účelům. Uživatel svým podpisem stvrzuje, že tuto diplomovou práci použil ke studiu a prohlašuje, že ji uvede mezi použitými prameny.

Jméno a příjmení:

Fakulta / katedra:

Datum vypůjčení:

Podpis:

Poděkování

Chtěla bych poděkovat paní PhDr. Janě Jebavé za odbornou konzultaci, cenné připomínky a praktické rady při zpracovávání mé diplomové práce. Děkuji všem v Hospici sv. Jana Nepomuka Neumanna, především panu řediteli, PhDr. Robertovi Hunešovi, a arteterapeutce, paní Ivě Tesárkové, za jejich vstřícnost, laskavost a důvěru, s jakou mi umožnili účastnit se arteterapeutických setkání. Děkuji všem umírajícím, kteří nás učí vážit si života. Děkuji své rodině za trpělivost a velikou podporu, kterou mi v průběhu celého studia s láskou poskytovala.

Abstrakt

Název práce: Možnosti a využití arteterapie v hospicové péči

Cíl práce: Ověřit a popsat využití arteterapie a průběh arteterapeutických setkání v hospicové péči a její přínos pro jednotlivé účastníky.

Metoda práce: K výzkumu arteterapeutických setkání v Hospici sv. Jana Nepomuka Neumanna bylo použito etnografického přístupu, konkrétně mikroetnografie. Jako metoda získávání dat bylo uplatněno zúčastněné pozorování a neformální rozhovor. Získaná data byla zapisována a tříděna podle vytvořeného kategoriálního systému.

Výsledky: Bylo zjištěno, že účastníci arteterapeutických setkání v hospici nejsou pouze klienti, ale také je doprovázející rodinní příslušníci a návštěvy, dobrovolníci i personál hospice. Účastníci se do nabízených činností nezapojují pouze aktivně, jejich účast může být i pasivní. Vždy však přináší určité tvůrčí nebo prožitkové hodnoty. Zvolené výtvarné techniky preferují rychlý technický postup, který se snaží respektovat aktuální zdravotní stav a touhu spatřit finální výrobek. Klienti volí jak individuální tak skupinovou formu arteterapie. Tvorba se pro ně stává odpočinkem od nemoci a naplněním.

Klíčová slova: smrt, umírání, paliativní péče, mezní situace, logoterapie

Abstrakt

Title of the thesis: Potentialities of art therapy and its utilisation within hospice care

Objective of the thesis: To verify and to describe the use of art therapy within hospice care, progression of art therapy sessions and their benefits to each participant.

Method of work: There was used ethnographic approach, concretely micro ethnography, for the research work during the art therapy sessions in St. Jan Nepomuk Neumann Hospice. For data collecting were applied methods of participating observation and informal interview. Collected data are registered and categorized according to aggregated system.

Results: The participants were not only found to be the clients, but also accompanying family members, volunteers and members of the staff team.

All these participants are not always actively involved in the art therapy session, their implication can be also passive. However in both cases they benefit of certain creative and experience values. Art techniques are purposely chosen to have an easy technical process so that they respect client's health condition and desire to accomplish a final product. The clients chose to profit from both forms of individual and group art therapy. Art activity brings kind of release from illness and becomes a gratification.

Keywords: death, dying, palliative care, impossible situation, logo therapy

Obsah

1 ÚVOD.....	9
2 TEORETICKÁ VÝCHODISKA PRÁCE.....	11
2.1 O smrti a umírání	12
2.1.1 Smrt jako fenomén života.....	12
2.1.2 Smrt jako mezní situace	13
2.1.3 Strach ze smrti – Strach z umírání.....	16
2.1.4 Ritualizace smrti	18
2.1.5 Smrt jako smysl lidského života.....	19
2.1.6 Akceptace a postoj ke smrti v historickém kontextu.....	21
2.2 Modely umírání.....	23
2.2.1 Domácí model umírání.....	23
2.2.2 Institucionální model umírání.....	23
2.3 Tabuizace smrti.....	25
2.3.1 Terapeutický nihilismus a dystanázie.....	25
2.3.2 Eutanazie.....	26
2.3.2.1 Eutanazie	27
2.3.2.2 Asistovaná sebevražda	27
2.3.2.3 Odstoupení od léčby.....	28
2.4 Paliativní péče.....	29
2.4.1 Definice paliativní péče.....	29
2.4.2 Týmová spolupráce v paliativní péči	31
2.5 Potřeby umírajících.....	32
2.5.1 Holismus	32
2.5.2 Potřeby člověka	32
2.5.2.1 Potřeby biologické (tělesné)	33
2.5.2.2 Potřeby psychologické (duševní)	33
2.5.2.3 Potřeby sociální (společenské).....	34
2.5.2.4 Potřeby spirituální (duchovní)	34
2.6 Fáze umírání.....	35
2.6.1 Fáze umírání podle Elisabeth Kübler- Rossové	35
2.6.1.1 Zavírání očí před skutečností a osamění.....	35
2.6.1.2 Zloba.....	36
2.6.1.3 Vyjednávání.....	36
2.6.1.4 Deprese.....	36
2.6.1.5 Souhlas	37
2.6.1.6 Rezignace.....	37
2.7 Hospicové hnutí.....	39
2.7.1 Historie hospiců.....	39
2.7.2 Myšlenka hospice.....	40
2.7.3 Definice hospice.....	41
2.7.4 Hospice v České republice.....	42
2.7.5 Formy hospicové péče.....	42
2.7.5.1 Domácí hospicová péče.....	42
2.7.5.2 Stacionární hospicová péče (denní stacionáře).....	42
2.7.5.3 Lůžková hospicová péče.....	42
2.7.6 Hospicová péče z hlediska časového.....	43
2.7.7 Péče o rodiny umírajících.....	44
2.8 Arteterapie.....	45

2.8.1	Tvořivost a umění.....	45
2.8.2	Umění jako terapie.....	46
2.8.3	Definice arteterapie.....	48
2.8.4	Cíle arteterapie.....	51
2.8.5	Formy arteterapie.....	52
2.8.6	Směry arteterapie.....	52
2.8.7	Přístupy v arteterapii.....	53
2.8.7.1	Psychodynamické přístupy	54
2.8.7.2	Humanistické přístupy.....	54
2.8.8	Logoterapie a arteterapie	56
3	CÍL, ÚKOLY PRÁCE, HYPOTÉZY	59
4	METODIKA PRÁCE	60
4.1	Popis souboru.....	60
4.2	Použité metody	60
4.2.1	Zúčastněné pozorování.....	61
4.2.2	Neformální rozhovor.....	62
4.2.3	Návrh kategoriálního systému.....	62
4.3	Sběr dat.....	63
4.4	Analýza dat.....	63
5	VÝSLEDKY A DISKUSE.....	64
6	ZÁVĚR	105
	SEZNAM LITERATURY.....	108
	SEZNAM PŘÍLOH.....	114
	PŘÍLOHY.....	115

1 ÚVOD

V posledních dvaceti letech se smrt a umírání stávají opět aktualizovanými tématy. Přispěl k tomu nejen fakt, že počet osob s terminálním onemocněním stoupá geometrickou řadou a vedou se neustálé polemiky o uzákonění či odsouzení eutanazie, ale především velký rozvoj hospicového hnutí ve světě i u nás.

Dnešní společnost se dostala do stavu, kdy na výsluní zájmu jsou hodnoty mládí, zdraví, úspěchu a výkonu. Vznikají nové kultury a zájmy. Kultura smrti a umírání, která zde byla udržována po staletí, se s rozvojem „vítězící a všemocné“ medicíny vytratila někam do neznáma. Konfrontace s bolestí, utrpením a smrtí nás často dostává do situace, ve které se cítíme nesví, ztrácíme půdu pod nohama, nevíme, jak se máme zachovat.

Uvědomění si konečnosti vlastního života vede člověka k odpovědnému zacházení s drahocenným časem, který mu byl na světě vyměřen. Tato skutečnost ho učí být chápavější a vnímavější k lidem, kteří se na prahu života a smrti nacházejí právě dnes.

Smrt je jednou z mezních situací. Situací, ve které si člověk uvědomí hloubku svého bytí a význam hodnot, jež v životě získal či nikoliv. Možná se tato chvíle stává posledním okamžikem, kdy ještě není pozdě, kdy ještě můžeme všechno napravit a dát vlastnímu životu smysl a naplnění. Neboť každý lidský život je jedinečný, neopakovatelný a v každém okamžiku smysluplný.

Smysluplnost a naplnění života lze nalézt v tvůrčích aktivitách, v prožívání krásy a každodenních maličkostí, ve sdílení a souznění s ostatními. A pokud již nelze dosáhnout naplnění tvůrčích a prožitkových hodnot, zůstávají zde, jako poslední a neotřesitelná naděje, hodnoty postojové. Na člověku samotném záleží, jaké stanovisko zaujme ke svému nezměnitelnému osudu. Stane-li se stéblem kymácejícím se ve větru či pevným stromem, který, ač zmítán nepřízní osudu, odolá a zmohutní.

Jednou z možností jak přenést své utrpení do lidského činu je arteterapie. Ve svém kontextu nabízí umírajícím tvůrčí vyjádření, možnost sebepoznání a seberealizace, nalezení smyslu utrpení a někdy i celého života. V setkávání a prožívání krásna ztrácejí bolest a trápení své ostré hrany a stávají se snesitelnými. Umění a tvorba jsou jako „kouzelný plášť“, který pomáhá povznést se nad strasti a starosti pozemského světa.

Cílem této práce je ověřit a popsat využití arteterapie a průběh arteterapeutických setkání v hospicové péči a její přínos pro jednotlivé účastníky. Teoretická část se obecně zabývá fenoménem smrti, smyslem lidského života, mezní situací a strachem, který

smrt doprovází. Jsou zmíněny modely umírání, postoje ke smrti v historickém kontextu, otázky týkající se tabuizace smrti a paliativní péče. Navazující kapitoly se věnují potřebám nevyлéčitelně nemocných, popisují fáze umírání a význam hospicové péče.

Teoretickou část uzavírá kapitola o arteterapii, která se snaží nastínit význam tvořivosti a umění jako terapie, definuje arteterapii jako takovou, představuje její cíle, formy, směry a přístupy. Pozornost je věnována propojení arteterapie s logoterapií.

Praktická část se věnuje využití arteterapie v hospicové péči, popisuje průběh arteterapeutických setkání a přínos pro zúčastněné. Sleduje, kdo se jednotlivých setkání účastní, jakým způsobem se účastníci do nabízených činností zapojují, jaké formy arteterapie jsou pro klienty prioritní a jakou výtvarnou techniku preferují. Dále se práce snaží zjistit, jaké zkušenosti, hodnoty a prožitky setkání účastníkům přináší. Podklady pro výzkum byly získány zúčastněným pozorováním účastníků a neformálními rozhovory během jednotlivých arteterapeutických setkání. Získaná data byla zaznamenána a zpracována jako etnografická zpráva.

K tématu diplomové práce mě přivedl zájem o danou problematiku a vlastní zkušenost s péčí o umírající. Pracovala jsem v hospici jako zdravotní sestra a myšlenka arteterapie jako smysluplného naplnění posledních dní umírajících mi byla velmi blízká. Potěšila mě proto skutečnost, že jsem mohla, tentokrát v roli dobrovolníka, prožít a zažít účast na několika arteterapeutických setkáních. Tyto okamžiky nejsou přínosné jen pro umírající, naplňují vnitřním klidem všechny zúčastněné. Člověk se dokáže více a hlouběji zamyslet nad hodnotami a smyslem života, uvědomí si svou smrtelnost, jedinečnost a neopakovatelnost každého okamžiku. Vážím si proto všech, kteří se rozhodli svůj život zasvětit tomuto poslání a věnovat svůj čas nevyлéčitelně nemocným a umírajícím.

2 TEORETICKÁ VÝCHODISKA PRÁCE

„Nenech mne prosit o ochranu před nebezpečím, nýbrž dej mi sílu se s ním utkat, nenech mě žadonit o zbavení bolesti, nýbrž dej mi srdce, které nad ní zvítězí, nenech mě hledat na bojišti života spojence, nýbrž dej, ať se mohu spolehnout na vlastní síly. Nenech mě ve starosti a bázni, nýbrž dej, abych měl trpělivost při hledání své svobody, pomoz mi, abych nebyl zbabělcem, který baží jen po úspěchu; dej mi pocítit stisk své ruky, když selžu.“

Thákur

Běh žití se na chvíli zastaví. Vše, čemu člověk věřil, v co doufal, pro co žil, se najednou ztrácí někde v nekonečnu. Snad, když natáhne ruku, dokáže všechno vrátit zpátky. Zpátky.....? Co když už není žádné zpátky? Život se převrátil vzhůru nohama a najednou nic není jako dřív. Člověk je jako ztroskotanec v neznámých končinách, který neví jak dál. Stojí tu sám, odhalený až do morku kostí, až na dno své duše, vidí svou malost, svou nahotu. Bezbranný, bez vidiny budoucnosti, bez naděje prožívá své zoufalství, zmatek, ztrátu životních jistot, své osamění. Zachvácen strachem a pocitem viny. Výčitky, zlost, vztek, lítost. Všední starosti jsou najednou nedůležité. To, co včera bylo tak neodkladné, vytrácí se do nedozírné nicoty a prázdnoty.... Člověk se ocitá na samém okraji svého života.

Ten okamžik mu bere dech. Hlavou se honí vzpomínky, celý život se promítá jako na filmovém plátně. Proč? Proč právě on? Proč teď a tady? Proč si má člověk sáhnout na samé dno svých fyzických i psychických sil? Proč? Nebo je to snad příležitost? Příležitost uvědomit si svou vlastní existenci, své bytí, své já. Uvědomit si, že cena lidského života není v materiálních hodnotách, ale pouze v těch, které nosíme uvnitř a které nám nikdo za žádných okolností nemůže vzít. Že bohatství, které jsme na tomto světě nabyli, není ukryto v kovaných truhlicích, ale pouze a jen v nás samých.

2.1 O smrti a umírání

2.1.1 Smrt jako fenomén života

*„Mysli, že den, který žiješ je poslední, který ti vzešel:
potom si budeš vážit těch chvil, jichž jsi nedoufal užít.“*

Flaccus Quitus Horatius

Smrt patří neodlučitelně k životu stejně jako zrození. Společně vytváří jeden neoddělitelný celek, který je naplněn žitím. *„Neboť život a smrt jsou jedno, stejně jako jsou jedno řeka a moře“* (Džibrán, 2005; s. 68). Podle Marca Aurelia je život i smrt tajemstvím přírody. Sloučení prvků a jejich rozloučení, *„ale naprosto nic, zač by se měl člověk hanbit, neboť není v rozporu s přirozeností rozumného tvora ani se způsobem jeho vybavenosti“* (in Sígl, 2006; s.55). Smrt je završením života, neboť život jednosměrně spěje k umírání. *„Žít znamená kráčet vstříc smrti“* (Dethlefsen, 2006; s. 59). A člověk je *„bytí k smrti“* (Křivohlavý, 2002).

Chápeme-li život jako cestu, která má svůj začátek a svůj průběh, pak smrt je jejím cílem (Křivohlavý, 1995a). Lidský život i smrt jsou vždy jedinečné a osobní. Každý z nás ví, že jednou zemře. Neví ovšem kdy a neví jak. Vědomí vlastní smrtelnosti i smrtelnosti druhých je skutečnost, kterou podle Sígl (2006) nelze uchopit, dát jí tvar, podobu a smysl. Je to však jediná jistota, kterou máme v jinak nejistém světě. *„Plujeme všichni na lodičce života. Nikdo z nás neví, zda se ta bárka brzo nepřevrátí, nikdo z nás neví, jak daleko dopluje. Ale každý by měl znát, že cesta jednou končí....“* (Haškovcová, 1985; s. 361).

Z lékařského hlediska je smrt stav, *„kdy u člověka dochází k nezvratným změnám mozku, při nichž nastane selhání funkce a zánik center řídících krevní oběh a dýchání.“* Jde o zánik jedince, u něhož *„vymizí známky života“* (Vokurka, 2002; s. 771).

V tradičním pojetí znamená smrt rozchod duše s tělem. Křesťanství chápe smrt jako ztrátu životní síly, *„dechu života“*, který Bůh člověku propůjčil na určitý čas. Umírání patří k údělu člověka, nesmrtelný je pouze Bůh. Smrt je zde spojena s vinou, hříchem a osobním odpuštěním (Sígl, 2006).

Lidský život má své hranice, které každý z nás jednoho dne překročí. Smrt postihuje všechny, je objektivní a spravedlivá. Je součástí života a nelze se jí vyhnout. *„Žítí je*

vlastně neustálé přecházení z jednoho nerovnovážného stavu do druhého. Přechod do rovnovážného stavu – to je smrt“ (Dvořák, 1986; s. 225). Smrt má mnoho podob. Vždy však zasahuje náš vnitřní i vnější život, naše myšlení a konání. V těch chvílích si najednou více uvědomujeme hodnoty lidského života, jakými jsou skromnost, obětavost, pracovitost, porozumění, přátelství, rodina a láska (Sígl, 2006).

Kohák (1995) se domnívá, že smrt není něco, co člověka potkává teprve na konci jeho života. Je stálým společníkem člověka jako odumírání všeho našeho žití. Odumření jednoho životního stádia, jednoho životního období, aby mohlo být vystřídáno jiným. Ustoupení něčemu novému, tomu, čím jsme dnes. *„Víra, to není popření tohoto ústupu. Je to důvěra, že ustupuji něčemu dobrému. Třeba svým dětem. Zároveň je to vědomí, jak nesmírně cenný a dobrý je život, jak je třeba se s ním laskat právě proto, že není nekonečný. Smrt, to je anděl Páně, který život posvěcuje konečností“* (Kohák, 1995; s. 23).

2.1.2 Smrt jako mezní situace

Mezní situace (Grenzsituationen) poprvé charakterizoval Karl Jaspers jako *„situace, které jsou pociťovány, zakoušeny a myšleny na hranici našeho zdebytí (Dasein)“* (Blažek a Olmrová, 1985, s. 109). Za mezní situace považuje smrt, utrpení, boj a vinu. Jsou to *„situace, které svou podstatou přetrvávají, i když se na první pohled mění a skrývají svou všemocnost pod rouškou: musím zemřít, musím trpět, musím bojovat, jsem vydán náhodě, zaplétám se nevyhnutelně do hříchu a viny. Tyto základní situace našeho bytí nazýváme situacemi mezními. To znamená, že je nemůžeme překročit, nemůžeme je změnit“* (Jaspers in Prokop, 2008).

Na mezní situace nelze reagovat plánem nebo kalkulací, jak je překonat, ale aktivitou zcela odlišnou : *„uskutečňováním v nás možné existence; stáváme se sami sebou tím, že vstupujeme do mezních situací s otevřenýma očima.....Zakoušet mezní situace a existovat je totéž“* (Blažek a Olmrová, 1985, s. 111). Úděl, který je člověku dán, je neměnný. *„Nelze změnit to, že je člověku dáno v situaci trpět, bojovat, zemřít“* (Gajdoš, 2005; s. 63).

Podle Hejdánka jsou mezní situace nepřehlédnutelné, neboť v životě nevidíme nic jiného než je. Nepřicházejí a neodcházejí, neproměňují se. Pouze se vyjevují, zapadají,

skrývají se. „*Jsou jakoby zdi, na niž narážíme a u niž se hroutíme, nemůžeme je změnit, jen je vyjasňovat, aniž bychom je mohli vysvětlit nebo odvodit z čehokoliv jiného. Meze, hranice pak znamenají: existuje ještě něco jiného*“ (Hejdánek, 2005). Zároveň uvádí, že „toto jiné“ není pro vědomí. Vědomí nedokáže mezní situaci pojmout, pochopit. Neboť k vědomí náleží obyčejné situace. Mezní situace náleží k existenci. „*Teprve ze setkání s mezní situací resp. ve srážce s ní se uskutečňuje existence, ale odtud je také vrženo světlo na celou skutečnost, na svět, jeho nespolehlivost, rozpornost, svár, problematičnost*“ (Hejdánek, 2005).

Teprve v mezních situacích si dokážeme uvědomit, že skutečně existujeme, a vnímat život jako vzácný dar. V těchto chvílích ztrácí na hodnotách vše hmotné a materiální. Najednou s jistotou víme, co je správné a jak bychom měli jednat. Najednou chápeme všechny duchovní hodnoty tohoto světa. V mezních situacích se stáváme cele sami sebou. V tomto ztroskotání můžeme plně zakusit bytí. Neboť ztroskotání je to poslední, co nás očekává. Přichází tehdy, budujeme-li svět s vůlí k trvání, avšak s vědomím a rizikem zániku (Störig, 1992).

Dahlke (2001) označuje mezní situace jako krize. Krize je pro něj rozhodující moment, je bodem obratu k lepšímu, je volbou, šancí. Podle Jasperse (in Dahlke, 2001) znamená krize „*okamžik, v němž se vše podrobuje náhlému obratu, z něhož člověk vyjde proměněn, at' už na práh nějakého nového rozhodnutí, nebo úpadku. ...Krize má svůj čas; nemůžeme ji vyjít vstříc ani ji přeskočit. Musí uzrát jako všechno v životě. Nepotřebuje se zjevovat jako katastrofa, nýbrž může s rozhodující platností proběhnout potichu a bez zjevné nápadnosti.*“ Každá krize nás konfrontuje s možností volby, zda ji vědomě přijmeme nebo se budeme bránit. Zda se stane nebezpečím nebo šancí. Buď ji akceptujeme jako poselství a proměníme v šanci, nebo ji odmítneme a změníme v nebezpečí (Dahlke, 2001; s. 11).

Mezní situace je možno chápat jako ohrožení životně důležitých hodnot člověka. Životně důležité hodnoty a dlouhodobé cíle dávají lidskému životu smysl, vnášejí do něj řád a jistotu, ke které se člověk upíná. K těmto cílům člověk směřuje veškerou svoji energii a sílu (Carver a Scheier in Křivohlavý, 2002). Poláková vidí jejich ohrožení ve třech rovinách. První stupeň nazývá **ohrožení realizace hodnoty**. Jde o situaci, kdy je ohrožena realizace životně důležité hodnoty nebo cíle. Člověku však stále zůstává naděje, že se mu podaří překážku prolomit a situaci zachránit. Poláková nabádá k mobilizaci odvahy. Dalším stupněm je **ztráta realizace hodnoty**. Pro tento stav je charakteristické, že původní již není možné obnovit. Jako východisko

se jeví obrat k jiným možnostem a volba nového smysluplného cíle, tzv. mobilizace naděje. Nejtěžší stupeň, **zpochybnění životní hodnoty**, znamená zhroucení životního cíle. Člověk upadá do totální beznaděje a „hledá novou, nosnější odpověď na otázku, proč vlastně žít a do čeho investovat. Snaží se objevit novou hodnotovou orientaci“ (Poláková in Křivohlavý, 2006b). Je potřeba mobilizovat moudrost, zvážit situaci a možnosti, které se nabízejí. Zvolit nový cíl, pro který stojí za to žít. Křivohlavý (2006b) dodává, že v této svízelné situaci si člověk stojící na pokraji beznaděje může uvědomit, že existují hodnoty, které nemohou zklamat.

Mezní situace rozbíjí dosavadní životní styl člověka a téměř vždy dochází ke změně jeho hierarchie hodnot. Omezení a ohrožení života může v člověku probudit netušenou a neočekávanou sílu, možnosti a bohatství lidské duše. Člověk již nepřijímá život jako všednost. Naopak. Vnímá všednost jako dar života. „Ryzí štěstí totiž člověka vyprazdňuje, kdežto utrpení v něm probouzí existenci. Pravda štěstí vzniká teprve na základě ztroskotání; člověk se pak odvažuje být šťastný a teprve v takovémto štěstí zůstává sám sebou“ (Jaspers in Blažek a Olmrová, 1985, s. 111). Přestože zbaven všeho, uvržen do největší bídy a ponížení, spalován vinou a bolestí, zatracen, zapuzen a osamělý, trpící a plačící, dokáže zapálit jiskru naděje, která prozáří jeho temnotu.

Než však dospěje do tohoto stavu, je nucen situace prožívat, reagovat na ně, je jimi naprosto pohlcen, zaměstnávají jeho mysl, otrásají základy jeho dosavadního života. Nutí jej zamyslet se sám nad sebou, ptát se, hledat. Člověk se musí „rozhodnout – i když se rozhodnout zapomene nebo odmítne, přece tím o sobě rozhodl, a tak je o něm rozhodnuto. V tom je zakotvena i jeho zodpovědnost.“ Zodpovědné rozhodnutí však může člověk uskutečnit pouze tam, kde dochází k „prolomení uzavřeného“ běžného světa. K tomu dochází právě v hraničních situacích, kdy „se hroutí nejen pevný řád kolem nás, ale kdy troskotáme především my sami“ (Hejdánek, 2005). Jaspers naznačuje ještě jedno „nesporně cenné poznání: že ke skutečnému zrání si nikdo nestačí sám, že druhý je nezbytnou podmínkou mého rozvoje; a at' jsem přítom podle obecného mínění jakýkoli, všemi obdivovaný nebo všemi zneuznávaný, vtělení dokonalosti nebo těžce postižený, mám neodlučitelný dvojitý úkol: právě za účasti druhého se dokázat přijmout takový, jaký jsem, a zároveň se tím nedat v tom nejzákladnějším nijak omezit“ (Blažek a Olmrová, 1985; s. 111).

Jaspers nepřijímá vůči utrpení ani pasivní ani aktivní rezignaci. „Boj s utrpením je podle něho podmínkou zdebyetí člověka a tohoto boje se účastníme všichni“ (Jaspers in Blažek a Olmrová, 1985, s. 111). Podle něj patří utrpení nutně k životu. Popírání tohoto

faktu vede k sebeklamům, v podobě trpké nečinnosti, vyhýbání se pravdě o nemoci, tělesných a duševních nedostacích, pravdě o sociální situaci, ke svalování viny, planému utěšování, k odtahování se od lidí, jejichž trápení je nezhojitelné... „propast, jaká se rozevívá mezi šťastnými a trpícími, se upjatostí a zamlčováním rozšiřuje; člověk se stává lhostejným a bezohledným, až nakonec trpícím opovrhuje a nenávidí ho“ (Jaspers in Blažek a Olmrová, 1985, s. 112).

Zvládat těžké situace znamená „nejen vyrovnat se (adaptovat), ale bojovat a zvítězit.“ Je tím míněno vydržet obtíže, které s sebou mezní situace přináší, překonávat překážky, „ovládat negativní síly a podřídít je vlastnímu rozhodování“ (Křivohlavý, 1995b; s. 91).

2.1.3 Strach ze smrti – Strach z umírání

„Kdo se bojí smrti, ten se bojí buď ztráty svého citění nebo změny citění. Ale nebude-li pak už vůbec citění, nebudeš mít ani pocit něčeho zlého. Jestli se ti dostane jiného citění, staneš se jinou bytostí a nepřestaneš žít.“

Marcus Aurelius

Odchod z tohoto světa v nás vyvolává strach, obavu a úzkost. Ve skutečnosti nejde ani tak o strach ze smrti jako takové, ale o obavu a úzkost z toho, co smrti předchází a co ji provází. Wolker (1975, s. 90) tento stav popsal slovy: „Smrti se nebojím, smrt není zlá, smrt je jen kus života těžkého, co strašné je, co zlé je, to umírání je...“ Je to strach z bolesti, utrpení, osamění a neznáma. Strach z toho, co nás čeká na druhém břehu. Strach, že jsme neudělali, co jsme udělat měli, že jsme promarnili čas, který nám byl vyměřen. Strach, že jsme nežili, jak jsme měli, že už nestihneme napravit chyby a křivky, které jsme napáchali.

Jedním z nejtěžších zážitků je rozloučení s tím, co jsme měli rádi. Odpoutání se a odloučení od lidí blízkých a milých. Naše započaté dílo zůstává nedokončené. Člověk je jako oráč, který nedooral započatou brázdou (Křivohlavý 2002).

Dahlke (2001) chápe život jako přípravu na smrt a umírání vidí jako poslední životní krizi, jako skutečný vrchol života. Strach ze smrti je jen obavou z toho, zda jsme

v této přípravě obstáli. „...v jediném rozhodujícím momentu musíme podat důkaz o tom, co jsme se za všechna léta naučili. Smrtný strach je vlastně strachem ze zkoušky. A protože se jedná o největší, závěrečnou životní zkoušku, je i ten strach největší“ (Dahlke, 2001; s. 278).

Strach ze smrti není obavou, že přestaneme žít. Je to strach z toho, že ztratíme to, co máme. „Strach ze ztráty svého těla, svého já, svých majetků, své identity: strach z pohledu do propasti nonidentity, že se ztratíme. Poučení jak umírat je opravdu totéž jako poučení o tom, jak žít“ (Fromm, 1992; s. 100). Jediná cesta, jak uniknout strachu ze smrti, je nelpět na životě a neprožívat život jako majetek. Čím menší bude naše lpění na majetku, čím menší bude upnutí na našem já, tím menší bude náš strach ze smrti. Neboť pak už nebudeme mít co ztratit. „Naše já chce ale žít, chce se rozvíjet, touží po moci a síle – a má panický strach ze smrti, která všechny jeho fantazie a přání demaskuje jako beznadějně iluzorní“ (Dethlefsen, 2006; s. 59).

Podle Pecky (in Munzarová, 2005; s. 15) je hrůza ze smrti duchovního řádu. Duchovní význam smrti vidí jako tři rozcestí.

Rozcestí svobody a nutnosti

Smrt je přírodní nutnost, proti které je člověk bezmocný. Nelze ji odvrátit, přestože se jí člověk vzpírá. „Smrt je však hrůzná proto, že duch je otřesen představou, že jeho úděl bude tentýž jako úděl těla - rozklad a nicota. Duch nevěří v takovou absurditu, vzpírá se jí a drama smrti je v tom, že duch nemá co činit s nutností.“

Rozcestí naděje a zoufalství

Smrt může být vstupem do naprosté prázdnoty a nicoty nebo je dalším pokračováním života. Nicota v člověku vyvolává zoufalství, věčný život naději. Ale ani víra v posmrtný život není vždy útěchou. „V každém případě zatěžuje člověka odpovědností s možností odplaty za provinění. Avšak ani ti, kteří nevěří v život po smrti, nenalézají v této představě vždy útěchu. A jelikož není důkazů pro první ani pro druhé, všichni jsou zatíženi určitou nejistotou a pochybnostmi. Vše se vyjeví až v okamžiku smrti.“

Rozcestí společenství a samoty

Smrt je odloučení od přátel a každý umírá svou vlastní smrtí a sám. Jelikož samota není člověku vlastní, přičí se mu a bojí se. Představa věčné samoty je pro něj synonymem pekla. „A proto v oblasti náboženské je idea nesmrtelnosti nutně spojena s ideou osobního Boha.“

Pokud se člověk dokáže vzdát vlastní touhy a lpění na tom, co považuje za dobré a špatné, za přijatelné a nepřijatelné, pokud se dokáže zbavit vnějšího pozlátka a přijímat život takový, jaký skutečně je, naučí se radostně žít i „*radostně umírat*“ (Blackmorová, 1993).

„*Váš strach před smrtí je jen rozechvěním pastýře, když stojí před králem, který ho má poctit tím, že naň vloží svou ruku. Což se pastýř pod povrchem svého rozechvění neraduje, že bude nosit znamení krále?... neboť co jiného je zemřít, než stanout nahý ve větru a rozplynout se v slunci?*“ (Džibrán, 2005; s. 68).

2.1.4 Ritualizace smrti

„*Memento mori!*“

Setkání se smrtí znamená ztrátu jistoty, v duši člověka dochází k narušení vnitřní rovnováhy. Podle Goldna (1995) je člověk odsunut od svých každodenních stereotypů a zvyků, je vtlačen do času a místa, které je zdánlivě chaotické a nepředvídatelné. Je vystaven velkému emočnímu zatížení. Smutek není patologický stav, je to běžná životní situace, která však člověka vrhá do nestability. Cesta z nestability vede přes rituál.

Rituál je způsob jak po malých částech zpracovávat náš smutek a jím vyvolaný chaos a nejistotu. Golden říká, že „*ritual can be seen as a way of moving from one state of mind to another.*“¹ Při smutečních rituálech se uplatňuje chování, které „*consciously and intentionally move us out of our ordinary awareness and into the experience of the pain of grief. We use these rituals as a mechanism to consciously move into our chaos and our pain.*“²

Smutečním rituálem se mohou stát zdánlivě jednoduché věci, jako je prohlížení fotografií, i skutky „velkého formátu“, jako je psaní symfonie. Důležitým zůstává fakt, aby nám rituál zprostředkoval spojení s naší bolestí, smutkem a bezpečně nás přenesl z našeho běžného vědomí do truchlení.

Haškovcová charakterizuje rituál jako „*řád obřadu neboli obřadnictví*“, které kodifikuje chování lidí v určitých situacích. Podstatou rituálu je snižovat vysokou

1 „rituál můžeme chápat jako způsob posunu z jednoho duševního stavu do druhého.“

2 „nás vědomě a záměrně posouvá mimo naše běžné vědomí k prožití si bolesti z truchlení. Tyto rituály používáme jako mechanismus vědomého přechodu do vlastního chaosu a vlastní bolesti.“

emotivitu a nejistotu zúčastněných. Přestože se rituály u jednotlivých situací liší (narození, křest, svatba, umírání, smrt), jejich podstatou je návrh přiměřeného a vhodného chování zúčastněných v emotivně vypjatých situacích. „*Duchovní péče byla nejen součástí rituálu, ale byla jeho nejpropracovanější složkou. Poskytovateli duchovní péče o umírající byli kněží a průvodci člověka 'jdoucího ke smrti' byli věřící, zejména rodinní příslušníci*“ (Haškovcová in Vorlíček, 2004; s. 437).

Kubíčková (2001) chápe pohřební rituály jako specifickou formu pomoci pozůstalým. Tyto ceremoniály jsou v jistém smyslu ochranou před zármutkem a zoufalstvím. Přispívají k tomu, aby ztráta byla chápána jako realita, poskytují prostor pro ventilaci pocitů a myšlenek. Veřejně uvádí pozůstalé do jejich nového stavu a stávají se tak pro truchlící přechodovým rituálem.

2.1.5 Smrt jako smysl lidského života

*„Všechno má určenou chvíli
a veškeré dění pod nebem svůj čas:
Je čas rození i čas umírání,
čas sázet i čas trhat;
je čas zabíjet i čas léčit,
čas bořit i čas budovat;
je čas plakat i čas smát se,
čas truchlit i čas poskakovat;
je čas kameny rozhazovat i čas kameny sbírat,
čas objímat i čas objímání zanechat;
je čas hledat i čas ztrácet,
čas opatrovat i čas odhazovat;
je čas roztrhávat i čas sešívát,
čas mlčet i čas mluvit;
je čas milovat i čas nenávidět, čas boje i čas pokoje.“*

Kazatel 3, 1-2

Konečnost a pomíjivost jsou jednou z charakteristik lidského života. Jsou tím, co dává lidskému životu smysl. Frankl (1996) se domnívá, že odpovědnost člověka za svůj život se může projevit právě a pouze tehdy, stojí-li člověk tvář v tvář k pomíjivosti a jednorázovosti. Jedinečnost a jednorázovost jsou pro smysl života konstruktivní.

Nesmrtelnost by odsouvala každé naše jednání a konání do nekonečna. „*Takto však, tváří v tvář smrti jako nepřekročitelné hranici své budoucnosti a ohraničení svých možností nacházíme se pod nátlakem, abychom využili času svého života a nenechali bez užitku projít kolem sebe jedinečné příležitosti, jejichž konečný souhrn pak tvoří celý život*“ (Frankl, 1996; s. 81). Tournier (in Křivohlavý, 2002) ukazuje, že cíl a konečnost dávají smysl jakékoli cestě či pouti, stejně tak i jednotlivým dílčím etapám. Obdobně je tomu i se smyslem našeho života.

Žítí v časově omezeném prostoru nás vede k tomu, abychom to, co chceme udělat, udělali, dokud máme čas. Konečnost našeho pozemského života nám dává „*povědomí nenávratnosti, neopakovatelnosti, vzácnosti každého okamžiku*“ (Křivohlavý, 1995a; s. 7). Vede nás k větší odpovědnosti v našem rozhodování, k moudrému hospodaření s časem a k chápání života jako vzácného daru. „*I kdybys měl být živ tři tisíce let a třeba i desetkrát tolik, buď přesto pamětliv toho, že nikdo neztrácí jiný život než ten, který žije, a že jiný život nežije než ten, který ztrácí*“ (Marcus Aurelius in Sígľ; s. 55).

Smrt jako konečnost života dává lidské existenci smysl. Vymezuje a spoluvytváří život člověka. Není to jen tečka na konci životní cesty, je všudypřítomná od narození a na člověku záleží, jaký k ní zvolí vztah a postoj. „*Vydrží-li člověk vědění toho, že je smrtelný a že je nejisté pouze to, kdy se smrt stane nevyhnutelnou možností lidské existence, pozná svou odpovědnost za každý okamžik svého života. A teprve tím se obyčejný, konečný, lidský, smrtelný život stává hodnotou*“ (Haškovcová, 1975; s. 20).

Lidský úděl v sobě zahrnuje radost i smutek, zrození i smrt. Každý okamžik života je potřeba naplnit, prožít, radovat se z maličkostí. Svůj konec by člověk měl přijmout s pokorou takový, jaký je. Neboť poslední okamžiky života se mohou stát dobou dovršení zrání a přeměny osobnosti. „*Když se již nic víc nemůže dělat, je možno ještě milovat a cítit se být milován*“ (De Hennezel, 1997; s. 11).

2.1.6 Akceptace a postoj ke smrti v historickém kontextu

„Smrt nás neuchvacuje náhle, ale spějeme k ní každým okamžikem. Poslední hodinu nepůsobí smrt sama, ale dovršuje ji. Tehdy k ní docházíme, ale jdeme k ní dlouho.“

Lucius Annaeus Seneca

Smrt je mezní situace par excellence. Její vědomí vzbuzuje v člověku úzkost. Je událostí, která ničí uspořádanost a jistotu sociálního světa. Je hrozbou samozřejmosti každodenního světa.

Fenomén konečnosti si lidé uvědomovali od nepaměti. Avšak akceptace a postoj vůči smrti procházel v průběhu staletí vývojem, který v sobě odrážel mínění lidí o sobě samých, vztah ke společnosti, ke světu i k Bohu. Ariés (in Munzarová, 2005; s. 66) popisuje čtyři základní orientace.

První orientace přetrvávala od nejstarších dob až do období středověku. Smrt byla považována za zcela běžnou záležitost (neškodná, krotká, ochočená smrt, smrt jako soused). Byla na denním pořádku. Haškovcová (2000, s. 23) k tomu dodává, že zemřít bylo samozřejmější než žít a smrt byla chápána jako *„předěl mezi krátkým a těžkým pozemským životem a rajským životem věčným.“* Vysoká dětská úmrtnost, neléčitelná infekční onemocnění, zranění, epidemie a katastrofy, špatná a nedostatečná výživa, stejně jako nedostatečná a ne vždy dostupná lékařská péče často nedovolovaly dožít se vysokého věku. Pokud se tak stalo a člověk umíral přirozenou smrtí (sešlostí věkem), nebyla délka jeho života nikterak vysoká. Všudy přítomnost, *„všednost a důvěrnost smrti vedla k tomu, že na smrt bylo pohlíženo jako na dominantní skutečnost života.“* Celé generace tak byly srozuměny se smrtí a lidé se během svého života učili umírat, když sledovali smrt v okolí nebo pomáhali těm, kteří tento svět právě opouštěli. Neboť lidé neumírali jen doma, ale také na veřejných prostranstvích. Provázení nemocného, péče o umírajícího a pohřební záležitosti byly úkolem rodiny a blízkých.

Druhé období se datuje od dvanáctého do patnáctého století, kdy si člověk začíná být vědom své individuality vzhledem ke společnosti. *„Familiárnost všech se smrtí byla nahrazena důrazem na smrt každého jednotlivce. Tato druhá orientace („má vlastní smrt“, „smrt- osobní konec“) pokládala smrt za poslední a osobní drama jednotlivce“* (Ariés in Munzarová, 2005; s. 66). V té době doznává rozkvětu literatura *ars moriendi* – umění umírat. Podává návody, jak se chovat při příležitosti jako je

umírání a smrt, a to při umírání vlastním i smrti jiného člověka. Smrt byla považována za začátek, ne za konec. Nebyl žádný důvod, aby byl lidský život prodlužován. V této situaci byla nejdůležitější péče o duši člověka, odpuštění hříchů a příprava na setkání se Spasitelem.

Postupným zesvětšňováním kultury se začíná měnit i pohled na smrt.

V devatenáctém století převládá **třetí orientace** v postoji vůči smrti, „*smrt jiného.*“

Na život se v té době pohlíží jako na smysluplný především skrze vztahy k jiným lidem. Smrt přestává být obecnou záležitostí a je na ni pohlíženo s bolestí, neboť smrt ukončí vzájemné vztahy a odloučí milující a milované. „*Názory na posmrtný život kolísaly mezi představou věčného spánku a nekonečným pobytem v pekle nebo v nebi. ...byla i naděje na vzájemné setkání těch, které smrt rozdělila*“ (Munzarová, 2005; s. 68).

Dvacáté století charakterizuje **čtvrtá orientace**, „*popření, odmítání smrti*“. Nejvyššími hodnotami se stávají zdraví, úspěch, kariéra, peníze, mládí, dlouhý a bezstarostný život bez problémů. „*Smrt je kompletně medicalizována: má místo nejlépe pouze v nemocnici, jedině lékař ji může potvrdit a orazítkovat a smutnou skutečností je, že lékaři často více manipulují s léky, přístroji a s nemocným orgánem než s člověkem v jeho celistvosti a v jeho nouzi*“ (Munzarová, 2005; s. 68).

2.2 Modely umírání

2.2.1 Domácí model umírání

S postojem ke smrti se vyvíjela také péče o umírající. První tři zmíněné orientace se do našeho povědomí zapsaly jako, někdy trochu idealizovaný, model domácího umírání. Umírání bylo „sociálním aktem“. Rodinní příslušníci si s ohledem na tradice rozdělovali pečovatelské role a svou roli měl také umírající. Dokázali rozpoznat všechny znaky, jež smrti předcházeli. Velkou důležitost měla poslední hodinka umírajícího, aby člověk mohl „dohrát“ svou životní roli, rozloučit se, dát požehnání, odpustit. *„...každý člen rodiny se v průběhu života opakovaně setkal s umírajícím, a následně také s mrtvým tělem. Každý tedy věděl, jak vypadá smrt zblízka.“* Proto byla za nejhorší považována smrt náhlá a nepředvídaná (Haškovcová, 2000; s. 28).

Péče o umírající byla veskrze laická, lékařů bylo nedostatek a navíc byla lékařská péče pro rodinu velmi drahou investicí. Pokud však člověk měl rodinné zázemí, byla zajištěna alespoň základní péče. Čím bylo méně odbornosti, tím více bylo něhy, lásky a ohledů ze strany rodiny umírajícího. Kromě rodiny mu v nesnadné životní situaci poskytovala psychickou a duchovní oporu osobní víra, kněz a také účastní sousedé (Haškovcová, 2000; Callananová a Kelleyová, 2005; Kübler-Rossová, 1992; Svatošová, 1999).

2.2.2 Institucionální model umírání

Mnoho lidí však mělo rodinu nefunkční, nedosažitelnou nebo nemělo rodinu žádnou. Haškovcová (2000) konstatuje, že v oblasti zajišťování potřeb umírajících byla situace po dlouhá staletí neutěšená. Jen mocní a bohatí měli v procesu umírání určitá privilegia.

Postupem času se společnost snažila zajistit osamělým a opuštěným umírajícím alespoň zázemí a uspokojení základních fyzických potřeb. Do péče o nemocné a umírající se zapojovaly obce, šlechta i církve. Začaly se budovat chudobince, chorobince, špitály, pastoušky jako snaha o vznik funkční a dostupné sítě pomoci potřebným lidem. Nemocní byli umísťováni ve velkých pokojích, kde bylo mnoho

postelí oddělených jen úzkou uličkou nebo nočním stolkem. Ve dvacátých letech dvacátého století se začaly používat mezi postelemi bílé zástěny – plenty, později byl vyčleněn jeden pokoj pro právě umírající. Vše pro to, aby byli ostatní pacienti ušetřeni pohledu na umírajícího. Zatímco tělesné potřeby byly stále lépe a lépe uspokojovány, člověk umíral dříve psychicky a sociálně, vytržen ze svého prostředí, bez svých blízkých, osamocen. „*Stinné stránky institucionálního modelu umírání jsou zřejmé a jejich společným jmenovatelem je chladná profesionální péče. Ta, která tolika lidem pomohla a kterou nespravedlivě odsuzujeme ve chvílích, kdy přichází smrt. V takové situaci si medicína uvědomuje existenci svých vlastních hranic: veškerý život nelze řídit nebo ovládat prostřednictvím medicíny. Její možnosti jsou právě tak omezené jako možnosti lidských bytostí, které jí slouží. O to více a plným právem však nárokuje účastnou péči*“ (Haškovcová, 2000; s. 31).

2.3 Tabuizace smrti

S rozvojem a následnou specializací medicíny dochází také ke změnám v postoji ke smrti a umírání. Nové objevy, léky, nové léčebné postupy a metody dokázaly zachránit člověka před nemocemi, na které se dříve běžně umíralo. Začala se prodlužovat délka lidského života, medicína začala „vítězit“ a stala se „všemocnou“. „*Nesamozřejmost života je vystřídána nesamozřejmostí smrti*“ (Haškovcová, 2000; s. 31). Konečnost našeho žití se začala vzdalovat a smrt se stala něčím, s čím se nepočítá. Je schována za bílou plenu či do zvláštního pokoje pro umírající. Akceptuje se pouze mládí, výkon a úspěch. V záplavě úspěchů moderní medicíny se smrt stala prohrou. Má pachů nepříjemného, nenormálního, imaginárního. Je vytěsněna z psychiky jedince, který tak není schopen vyrovnat se s vlastní konečností a smrtelností, i z psychiky společnosti, která izoluje smrt v organizacích institucionalizované profesionální péče. Umírání a smrt ztrácí dimenzi sociálního aktu. Nemoc, umírání i smrt byly vypuzeny z domu do nemocnic a pečovatelských domů. Dnešní člověk ztrácí blízký, častý a neustálý kontakt s umíráním. Většina lidí zná smrt pouze z televize či kina, kde je však pojednána přepjatě dramaticky a tak, aby se vešla do stanoveného času (Callananová a Kelleyová, 2005; Kübler-Rossová, 1992). Žijeme v kultuře, která nemá žádnou kulturu smrti. Uznáváme pouze zrození, růst a mládí, které bychom chtěli prodloužit do nekonečna. Myšlenku na opačnou fázi života, kdy postupně přicházíme o všechno, z čeho jsme se těšili, abychom se nakonec opět stali zemí, ze všech sil zaháníme. „*Naše kultura se ...zaměřila téměř výhradně na boj se smrtí. Záchrana života je vedle rozvoje života naším nejzákladnějším tématem. ... naše kultura se cítí být stále více ohrožena smrtí a zánikem.*“ Měli bychom vědět, že „*nad smrtí nelze zvítězit tím, že na ni zapomeneme, že ji budeme popírat nebo se jí vzpírat. Žít znamená kráčet vstříc smrti. Tato prostá pravda je nezávislá na všech náboženských a filosofických systémech*“ (Dethlefsen, 2006; s. 59).

2.3.1 Terapeutický nihilismus a dystanázie

Technicky vyspělá medicína začala bojovat o žití každého člověka. Lékaři a zdravotníci stále intervnují ve prospěch života, který nezadržitelně odchází. Zarputile

se snaží zvrátit stav věcí a vyhrát svůj boj s nemocí. Používají všech metod a technik, které mají k dispozici. Umírající je tak zatěžován léčbou, která mu často přináší více bolesti než prospěchu (Haškovcová, 2000). Snaží se udělat vše pro to, aby oddálili okamžik smrti, kterou považují „*za projev selhání svého umění, a vidí-li, že smrt je neodvratná, mají pocit, že už jim nemocný vlastně ani nepatří. Zcela se vypařilo ono hippokratovské, že lékař jen někdy uzdravuje, vždy však pečuje*“ (Munzarová, 2005; s. 68).

Oddalovat smrt se může jevit jako záslužný čin, avšak nebrat na vědomí konečnost lidského osudu je projevem lidské i profesionální neodpovědnosti, která brání člověku v klidu zemřít. Stav, kdy je smrt neodvratná, a přesto je stále oddalována, je nazýván **dystanazií** neboli **zadržanou smrtí**. Na druhé straně této terapeutické posedlosti a alibismu stojí **terapeutický nihilismus**. Úkorně snášená bezmoc, vzdání se bez snahy zabránit alespoň vedlejším projevům umírání a respektovat potřeby umírajících (Haškovcová, 2000).

2.3.2 Eutanazie

Nepřijetí a nesmíření se se smrtí, její často bolestné oddalování, stálo pravděpodobně i u zrodu hnutí pro eutanazii. Toto hnutí, které směřuje proti násilnému prodlužování života, se však také ztotožňuje s popíráním a odmítáním umírání a přirozené smrti, v tomto případě v opačném směru. Smrt není oddalována, ale naopak urychlena. Přirozenému umírání se předejde ukončením života. Munzarová (2005; s.69) doslova hovoří o „*zabití*“, neboť ukončit život „*obzvláště ve stavu úzkosti, deprese, strachu z umírání a při pocitech opuštěnosti, ztráty důstojnosti a ztráty smyslu života, jistě není smrtí dobrou, smrtí přijatou.*“

Slovo eutanazie je řeckého původu a znamená dobrá smrt (eu - dobrý; thanatos -smrt). Dobrá smrt byla chápána jako ta, která přichází po dlouhém a spokojeném životě, rychle, tiše, bezbolestně, nejlépe ve spánku. „*V antice to byl ideál smířené vyrovnané smrti. Člověk by měl být v harmonii sám se sebou, vyrovnané klidné mysli a v takové stavu jít vstříc přirozenému úmrtí*“ (Prokop, 2009).

Již zmíněná dystanazie vytváří stav, kdy „*návrat do života je nereálný a kdy zemřít je nemožné*“ (Haškovcová in Vorlíček, 2004; s. 444). Tato situace je těžce prožívána

nejen umírajícím, ale i všemi zúčastněnými. Proto dochází k interpretačnímu posunu a termínem eutanazie je míněna smrt z milosti (z milosrdenství, z útrpnosti). Lze tedy říci, že právě nelehké umírání, často spojené s bolestí, vyvolává úvahy o eutanazii.

Podle Frankla (1996; s. 64) lékař nemá právo rozhodovat „o *hodnosti nebo nehodnosti života*.“ Je povolán k tomu, aby „*pomáhal, kde může, a mírnil bolesti, kde musí; aby léčil, pokud může, a pečoval o lidi, když už je nemůže léčit*.“ Pokud by byla tato důvěra a přesvědčení o lékařském povolání zpochybněna „*nemocný by v žádném momentě nevěděl, blíží-li se k němu lékař ještě jako pomocník, nebo už jako kat*.“

K tomuto názoru se přiklání i Prokop (2009). Podle něj by beztrestné usmrcení pacienta bylo by v rozporu s Hippokratovou přísahou, zcela by degradovalo lékařské povolání a vedlo ke ztrátě důvěry v celý systém. „*Nikdo by si nemohl být jistý, zda by lékaři v jeho případě nerozhodli o ukončení života, a to už z jakéhokoli důvodu*.“

Munzarová (2005; s.70) upozorňuje na fakt, že „*zatímco v Anglii (kolébce hospicového hnutí) se prakticky nevyskytují žádosti o eutanazii, v Nizozemí, kde hospicová péče donedávna nebyla vůbec rozvinutá, lékaři každoročně zabíjejí tisíce pacientů*.“ Munzarová (2005) i Svatošová (in Vorlíček, 2004) se domnívají, že jsou-li naplněny a uspokojeny potřeby umírajících, není důvod o eutanazii žádat. Taková žádost vypovídá o selhání lékaře i zdravotní péče.

Definice a vymezení eutanazie procházejí neustálými změnami a úpravami a jsou stále předmětem četných diskuzí. Prokop (2009) uvádí současnou terminologii, která se vztahuje ke třem pojmům: eutanazie, asistovaná sebevražda a odstoupení od léčby.

2.3.2.1 Eutanazie

Eutanazie je „*úmyslné usmrcení člověka na jeho explicitní opakovanou žádost někým jiným než pacientem samotným*.“ Každé slovo této definice je dále přesně definováno v tzv. Rotterdamských kritériích.

2.3.2.2 Asistovaná sebevražda

Asistovaná sebevražda (asistované suicidium) „*je úmyslné usmrcení sebe sama na opakovanou žádost za pomoci druhé osoby*.“ Přestože technické provedení v obou případech je odlišné, lékař je do usmrcení vtažen stejnou měrou. Jeho morální vina je zcela identická.

2.3.2.3 Odstoupení od léčby

Podle Práv pacientů z roku 1992 má pacient „v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu, ale musí být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.“ V tom případě se nezahájí nebo nebude pokračováno v takových léčebných snahách, které mají udržet pacienta při životě. Tento postup je podle Prokopa (2009) *lege artis*. Odstoupení od léčby plně respektuje pacienta jako osobu hodnou důstojné smrti. Vždy je odstoupeno pouze od léčby, nikoliv od péče, která musí pokračovat do přirozeného úmrtí pacienta. Nezastupitelnou roli zde hraje kvalitní erudovaná léčba bolesti a řešení psychické, sociální i spirituální dimenze pacientovy osobnosti, což je hlavní filosofií paliativní medicíny vůbec. V takovém případě je smrt chápána jako integrální součást života. Morální integrita lékaře zůstává, oproti předchozím případům, plně zachována. Stejně jako člověk nerozhodl, kdy, kde a komu se narodí, nerozhoduje ani o své smrti. Nikdo nejsme oprávněni vzít smrtelně nemocnému šanci, aby zemřel „svou smrtí“, „šanci až do posledního okamžiku své existence naplňovat ji smyslem, i kdyby šlo už spíše o to, uskutečňovat postojové hodnoty, tedy o otázku, jak pacient, jak se „trpící“ postaví právě k tomuto svému utrpení v jeho vrcholném a konečném bodě“ (Frankl, 1996; s. 63-64).

2.4 Paliativní péče

2.4.1 Definice paliativní péče

„Ať něha tě pokrývá, ty druhý, jako plášť.“ (súra z Koránu)

Požadavky na „důstojné umírání a důstojnou smrt jsou opodstatněné a je třeba v praktické rovině hledat způsoby, jak sladit staré a osvědčené formy přístupu k nevléčitelně nemocným a umírajícím s pojetím moderní medicíny, nebo naopak, jak obohatit vítěznou medicínu o prvky soucitné péče, v níž má nezastupitelnou moc vlídné slovo, laskavé povzbuzení a projev osobní účasti“ (Haškovcová, 2000; s. 21).

Střední cestu mezi terapeutickým nihilismem a terapeutickým alibismem představuje paliativní medicína. „Termín pochází z latinského *pallium* (maska, pokrytí, zakrytí pláštěm) a v této etymologii lze nalézt pravou podstatu paliativní péče. Jejím cílem je maskovat účinky neléčitelné choroby a zakrýt pláštěm ty trpící, kteří nemohou být ponecháni v chladu tehdy, pokud jim nemohlo být pomoheno léčbou kurativní. Paliativní péče zahrnuje i použití patřičných paliativních intervencí, které mohou chorobu ovlivňovat (např. chirurgické, radioterapeutické nebo chemoterapeutické postupy), a těch, které mohou tlumit symptomy způsobené léčbou. Nejzákladnějším cílem všech zákroků je však rehabilitovat nemocného, nakolik je to jen možné, a docílit co nejlepší kvality jeho života. I v poslední fázi života se přece jedná o to, jak žít, tentokrát při umírání. Úspěchy veškerých postupů musí být často a zcela individuálně hodnoceny a dle potřeby měněny“ (Munzarová, 2005; s. 62).

Paliativní péče se zaměřuje na kontrolu a zvládnutí bolesti i dalších symptomů, na uspokojování psychických, sociálních a duchovních potřeb. Její uplatnění můžeme vidět již v době zjištění infaustní diagnózy, v průběhu samotného onemocnění a v závěru života a úmrtí. (Foley a Gelband, 2001; Hrnčiariková, 2009).

Paliativní péče se týká také rodiny nemocného; a to v době jeho života se snahou vyrovnat se s celou situací, i po jeho smrti, v období zármutku (Munzarová, 2005).

Světová zdravotnická organizace definuje v roce 1987 paliativní medicínu jako „léčbu a péči o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší

kvality života nemocných a jejich rodin“ (Haškovcová, 2000; s. 34). Důraz je kladen na holistický přístup k nemocnému, který má v tomto období vysoké nároky na uspokojování svých potřeb. Paliativní medicína se nesnaží bojovat o prodloužení života, chce zmírnit lidské utrpení a zachovat lidskou důstojnost až do posledních okamžiků. Nezasahuje ani neovlivňuje průběh umírání a respektuje přání umírajících.

Definice WHO z roku 1990 charakterizuje paliativní péči jako přístup, „který usiluje o zlepšení kvality života pacientů, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožujícím onemocněním. Včasným rozpoznáním, kvalifikovaným zhodnocením, léčbou bolesti a ostatních tělesných, psychosociálních, duchovních problémů se snaží předcházet a mírnit utrpení těchto nemocných a jejich rodin“ (Vorlíček, 2004; s. 24).

Nová definice paliativní péče WHO z roku 2002 již nepracuje s konceptem terminálního onemocnění, ale s konceptem onemocnění ohrožujícího život. U všech nemocných s život ohrožujícím onemocněním (bez ohledu na aktuální prognózu) je třeba včas identifikovat a účinně mírnit utrpení ve všech jeho dimenzích. Dochází k rozšíření konceptu. Za prvé jde o rozšíření spektra diagnóz, pro které jsou postupy paliativní péče relevantní. Péče není určena pouze onkologicky nemocným, ale všem, kteří trpí progresivní chronickou nemocí. Za druhé jde o rozšíření časového úseku v průběhu nemoci, ve které jsou postupy paliativní péče použitelné (Vorlíček, 2004).

2.4.2 Týmová spolupráce v paliativní péči

*„Lékař může vyléčit někdy,
ulevit často, potěšit vždy.“*

Hutchinson

Paliativní péče se snaží věnovat pozornost všem aspektům pacientova utrpení, neboť jednotlivé potřeby nemocného se mění v závislosti na vývoji a postupu onemocnění. Zatímco na počátku péče je důležité uspokojovat hlavně potřeby fyzické (tišit bolest, zajistit klid), v posledních fázích se stávají pro umírajícího nejdůležitější potřeby spirituální. Proto je vzájemná spolupráce všech, kteří umírajícího doprovázejí, velmi důležitá.

Vorlíček (2004) zdůrazňuje, že základní jednotkou pro poskytování paliativní péče je multidisciplinární tým. Je tvořen řadou odborníků, kteří se vzájemně setkávají a komunikují, jak nejlépe a individuálně řešit problémy nemocného.

„Multidisciplinární“ tým tvoří nejen lékaři, sestry, ošetřovatelé, rehabilitační a sociální pracovníci, psycholog a psychiatr, duchovní, ale také rodinní příslušníci, přátelé a dobrovolníci z řad veřejnosti.

Týmová spolupráce má význam pro pacienta, ale i pro samotné doprovázející a ošetřující. V náročných a vyčerpávajících situacích jsou si členové týmu vzájemnou oporou, poskytují si supervizi, povzbuzení, motivují se. Mají větší možnost předcházet přetížení a syndromu vyhoření.

2.5 Potřeby umírajících

2.5.1 Holismus

Člověk je jedinečná a celistvá bytost. Tento pohled na člověka vychází z holistické teorie, která vidí živé organismy jako celky, jejichž jednotlivé části se vzájemně ovlivňují a jsou jedna na druhé závislé. Nerovnováha nebo narušení jedné oblasti vyvolá nerovnováhu a změnu v oblasti druhé a tím nesoulad celého celku.

Z holistického pojetí vychází Světová zdravotnická organizace, která definuje zdraví jako: „stav biologické, psychické a sociální pohody a nemoc jako diskomfort v jedné, ve dvou nebo dokonce ve všech uvedených složkách“ (Haškovcová, 2000; s. 25). Tato definice zapomíná na oblast ekologickou a spirituální. Člověk je bio-psycho-socio-spirito-ekologická bytost, což znamená, že na člověka a jeho zdravý život má vliv nejen stav tělesna, psychiky a psychické zátěže, mezilidské vztahy a kontakt s lidmi, ale také jeho duchovní svět a životní prostředí, ve kterém pobývá (Trachtová, 2001).

2.5.2 Potřeby člověka

Potřeba je projevem nějakého nedostatku, který je nutno v rámci udržení a zachování zdraví odstranit a tím potřebu uspokojit. Z uvedeného holistického pojetí můžeme odvodit základní potřeby člověka: potřeby **biologické**, **psychologické**, **sociální** a **spirituální** (Svatošová, 1999). Toto dělení potřeb je poněkud umělé, protože jednotlivé potřeby se vzájemně ovlivňují a prolínají (např. některé psychologické a sociální potřeby mají biologický základ). Priorita potřeb se během života mění, stejně tak se mění během nemoci i během umírání. Zpočátku bývá naléhavé uspokojování potřeb tělesných, převážně tišení bolesti, později nabývají na významu potřeby psychologické a sociální. V terminálním stádiu jsou prioritní potřeby duchovní.

Člověka je nutno vidět a respektovat v „jeho celosti a ošetřovat všechny jeho dimenze“ (Munzarová, 2005; s. 13). Především to platí v období konce života a v umírání. Nenaplnění jednotlivých vzájemně provázaných a neoddělitelných potřeb vede k bolesti v jednotlivých oblastech (bolest fyzická, duševní, sociální a spirituální) i k bolesti celkové.

2.5.2.1 Potřeby biologické (tělesné)

Biologické potřeby slouží lidskému organismu k přežití a jedinec se je snaží uspokojit dříve, než se stanou naléhavými. Pokud taková situace nastane, převažuje jejich uspokojování nad uspokojováním potřeb ostatních. Mezi biologické potřeby řadíme:

- potřeba dýchání
- potřeba výživy a tekutin
- potřeba vylučování
- potřeba tělesné teploty
- potřeba aktivity a pohybu
- potřeba odpočinku a spánku
- potřeba čistoty a hygieny
- potřeba tělesné pohody
- potřeba sexuality

2.5.2.2 Potřeby psychologické (duševní)

Psychologické potřeby jsou analogií potřeb biologických. Jejich uspokojování vede k vnitřní harmonii člověka. Mezi psychologické potřeby patří:

- potřeba jistoty a bezpečí
- potřeba sebeúcty, uznání a důstojnosti
- potřeby kognitivní (poznat, vědět, rozumět)
- potřeby estetické (potřeba symetrie, harmonie, jednoty, krásy a rovnováhy)
- potřeba seberealizace
- potřeba tvorby

2.5.2.3 Potřeby sociální (společenské)

Sociální potřeby vychází z faktu, že člověk je společenská bytost a ke svému zdravému vývoji a rozvoji potřebuje přítomnost dalších lidí. Jako sociální potřeby rozlišujeme:

- potřeba něžnosti
- potřeba tělesného kontaktu
- potřeba sounáležitosti a lásky
- potřeba komunikace
- potřeba společenské role

2.5.2.4 Potřeby spirituální (duchovní)

Spirituální potřeby jsou potřeby duchovního světa člověka, kde jedinec řeší nejdůležitější a nejzávažnější otázky své existence a kde se opírá o své zásadní a poslední jistoty. Člověk je na cestě ke smíření se svou vlastní konečností zmítán otázkami a pochybnostmi o smyslu jeho utrpení a o smyslu života vůbec (Munzarová, 2005). Opatrný (2004; s. 12-13) charakterizuje uspokojování duchovních potřeb jako *„důvěrné sdílení věcí lidského nitra a hledání či upevňování dalších opor pro lidsky důstojné zvládnutí obtížných životních situací.“*

Pro věřícího člověka jde o růst a upevňování víry, pro člověka hledajícího mohou *„být pomocí k upevnění těch nejhlubších vnitřních jistot, na nichž život člověka stál v nejlepších dobách jeho života.“* Pomáhají *„otevírat cestu k těm hloubkám víry, které nemocný objevuje až tehdy, když mu řadu druhořadých jistot a opor jeho obtížný stav jednu po druhé odebírá.“* Za duchovní potřeby považujeme:

- potřeba náboženských a kulturních vazeb
- potřeba víry
- potřeba odpuštění a útěchy
- potřeba rozloučení
- potřeba smysluplnosti života
- potřeba jistoty v budoucnost
- potřeba modlitby
- potřeba hledání cesty k Bohu
- potřeba lásky a naděje

2.6 Fáze umírání

2.6.1 Fáze umírání podle Elisabeth Kübler- Rossové

*„Změnit změnitelné, přijmout nezměnitelné.
Teprve pak může být umírání tiché a klidné.“
Marie Svatošová*

Umírání patří mezi náročné životní situace a častokrát na ně nejsme připraveni. Jak v takových situacích lidé reagují, závisí na mnoha okolnostech; na osobnosti a dosavadních zkušenostech jednotlivce, na duchovním a psychickém světě, životních hodnotách a postojích, stejně tak na vlivu okolí, příbuzných a přátel. Přesto zde existují určité zákonitosti. Taylorová (in Křivohlavý, 2002; s. 100) definuje styl zvládání těžkostí jako obecnou tendenci *„jednat se stresující situací zcela určitým způsobem.“* Tento styl charakterizuje daného člověka. Dostane-li se do zátěžové situace, pak očekáváme, že se bude chovat určitým způsobem (Křivohlavý, 2002, Horowitz in Křivohlavý, 1995a; Blažek a Olmrová, 1985). Fáze, kterými prochází nevléčitelně nemocní a umírající, popisuje Kübler-Rossová (1992). Tato stádia umírání se stala východiskem pro práci s umírajícími v paliativní a hospicové péči na celém světě.

2.6.1.1 Zavírání očí před skutečností a osamění

Pacient reaguje na sdělení diagnózy zhoubného onemocnění výkřikem, překvapením, úlekem. Snaží se zahnat myšlenku, že je to právě on a ne někdo jiný. Stále věří, že se snad jen zaměnily výsledky vyšetření, že jde o omyl, který se brzy vysvětlí. Chová se, jako by se nic nestalo, je přehnaně veselý a přátelský. V některých případech odmítá podstoupit léčbu a užívat léky, protože „on je přece zdravý.“

„Do slunce se nemůžeme dlouho dívat a smrti do očí také ne. Také nemocný, který ví o blížícím se konci, musí si jej občas zapírat, aby vůbec mohl ještě žít. ... Nechtít vzít na vědomí těžkou nemoc je jako nárazník před úděsem z diagnózy. Je to druh reflexivní obrany. Přesto je natolik odevzdán svému osudu, že obvykle může hovořit s jiným člověkem o svém konci“ (Kübler-Rossová, 1992; s. 15).

V této fázi se snažíme s pacientem navázat kontakt, získat si jeho důvěru. Trpělivě mu vše vysvětlujeme a opakujeme (Svatošová, 1999).

2.6.1.2 Zloba

Po první fázi přichází většinou zloba, závist, nevraživost. Pacient má vztek na všechno ve svém okolí, na zdravotníky, které viní ze špatné léčby, na rodinné příslušníky, které přijímá bez radosti a kteří mu nic neudělají podle jeho představ. Zlobí se na všechny zdravé lidi, které nic netrápí. Neustále si stěžuje, je nespokojen, má pocit, že je mu ubližováno. „*Zloba má své logické odůvodnění. Každý z nás by byl naplněn hněvem, kdyby byl náhle vytržen z normálního života. Jiní lidé si vesele žijí;... Je v naší přirozenosti, že si chceme vylít zlost na lidech, kteří mohou ještě všeho užívat, kteří tak zaměstnaně běhají kolem, zatímco my se už ani nemůžeme udržet na nohou;..*“ (Kübler-Rossová, 1992; s. 24).

Nad chováním pacienta ve fázi zlosti se nepohoršujeme, naopak mu umožníme, aby vyjádřil všechny své pocity, beznaděj, bolest, smutek. Nic mu nevymlouváme, vyjádříme pochopení a účast (Svatošová, 1999).

2.6.1.3 Vyjednávání

Ve třetí fázi přechází pacient na „jinou taktiku“. Po období vzdoru a zloby začíná smlouvat. Činí nová rozhodnutí, hledá zázračné léky, diety, léčitele. Pokouší se oddálit příchod nevyhnutelného vyjednávání. Smlouvá o odklad, slibuje dobré chování a čeká, že za něj bude odměněn. Tyto sliby často pocházejí z pocitu viny. „*Jeho hlavní přání je skoro vždy prodloužení života a často také, aby aspoň několik dní byl bez bolesti a obtíží*“ (Kübler-Rossová, 1992; s. 45). Tento „obchod“ člověk nejčastěji uzavírá s Bohem a snaží se jej udržet v přísném utajení.

Pacientovi projevujeme maximální trpělivost, nikdy mu nebereme víru, ale také nedáváme falešné naděje. Snažíme se společně s ním hledat krátkodobé reálné cíle; dožije se narozenin vnuka, dcery (Svatošová, 1999).

2.6.1.4 Deprese

Pacient však nemůže sám sebe donekonečna obelhávat. Postupně si začíná uvědomovat skutečný stav, musí se vyrovnávat s „*velkou bolestí a myslet na svůj definitivní odchod ze světa*“ (Kübler-Rossová, 1992; s. 49).

Kübler-Rossová popisuje dva druhy deprese. První druh je reaktivní, druhý přípravný. První formu deprese doprovází zoufalství, **pocity ztráty** (ztráta zaměstnání, ztráta role, ztráta společenského postavení, ztráta aktivit, které dříve vykonával...),

pocity strachu (strach z bolesti, strach z osamění, strach o rodinu, děti, přátele, strach z úctování, strach z budoucnosti a ze smrti...), **pocity viny, studu a beznaděje**.

Druhý druh deprese nevzniká z utržené ztráty, nýbrž z hrozcí. „...*nemocný je ale v postavení, že ztrácí vše, co miloval. Kdo může vyjádřit svou bolest, může se lehčeji smířit se svým osudem a je vděčen těm, kteří v tomto stadiu deprese u něho setrvávají, aniž by neustále opakovali, že přece nemá být smutný. Tato druhá forma deprese probíhá většinou velmi tiše oproti první, kdy nemocný má rozhodovat, co a jak uspořádat. Bolest nepotřebuje žádná slova; zde se mnohem dříve přijde na to, že druzí bolest sdílejí. Snad žádá teď nemocný také modlitbu, protože se začíná zabývat více věcmi nastávajícími. Přílišné vměšování návštěvníků do duševního soukolí nemocných, kteří se ho pokoušejí rozptýlit, on sám většinou odmítá*“ (Kübler-Rossová, 1992; s. 50). Trpělivě pacientovi nasloucháme, povzbuzujeme jej k vyjádření všech obav, pomáháme urovnat vztahy v rodině, hledáme krátkodobé cíle; umírání bude klidné, bezbolestné (Svatošová, 1999).

2.6.1.5 Souhlas

Pokud pacient do této fáze dospěje, začíná se smířovat se svým osudem a pokorně přijímá svou cestu. Starší nemocní dochází smíření snáze, neboť vědí, že jsou na konci života, odpracovali si své, vychovali děti a splnili svůj úkol. Fáze souhlasu je osvobození od tíživých pocitů, je to čas pokoje, klidu, smíření a vděčnosti. Pacient se uzavírá do svého světa, výraz jeho tváře se změní. V přijetí smrti dokáže nalézt vnitřní klid a vyrovnanost, dokonce i určitý druh vítězství a dokáže využít smysluplně zbytek života (DiGiulio, 1997).

„Fáze souhlasu nesmí být chápána jako šťastný stav. Je ale osvobozena od krutých pocitů. Zdá se, že bolest odešla, že boj už neexistuje a že nyní nastává čas posledního klidu před dlouhou cestou. V tomto údobí rodina obvykle potřebuje více pomoci, podpory a porozumění než sám pacient“ Kübler-Rossová, 1992; s. 67).

Komunikace přechází do neverbální formy, pacienta držíme za ruku, sedíme u něj a svou přítomností vyjadřujeme to, co nelze povědět slovy (Svatošová, 1999).

2.6.1.6 Rezignace

Od souhlasu musíme umět odlišit **rezignaci**, apatické vzdání se bez nalezení vnitřního klidu, míru a pokoje, bez vyrovnání se. *„Pacienti, kteří svůj osud přijali,*

*získávají velmi osobitý výraz vyrovnanosti a míru. V jejich tvářích se odráží stav vnitřní důstojnosti. Lidé, kteří jen na svůj osud **rezignovali**, tento výraz postrádají, naopak v jejich tvářích můžeme vidět zahořklost a duševní trýzeň jako výraz pocitu marnosti, zbytečného usilování a chybějícího smíru. Tento výraz je velmi snadno odlišitelný od výrazu lidí, kteří dosáhli opravdového stadia přijetí pravdy“* (Kübler-Rossová in Svatošová, 1999; s. 28). DiGiulio (1997) v této souvislosti zmiňuje spor řady psychologů, zda skutečné smíření a přijetí vlastní smrti je vůbec možné.

Jednotlivé fáze nemusí přicházet v uvedeném pořadí a ne všemi stádii musí umírající projít. Některé fáze se naopak mohou i několikrát opakovat a vzájemně se prolínat. Jsou záležitostí ryze osobní a odráží jedinečnost člověka.

Fázemi neprochází jen pacient, ale i jeho nejbližší. Musíme myslet na to, že umírající a jeho blízcí se nenachází vždy ve stejném stádiu, což může oběma stranám ublížit. Zvláště tehdy je-li pacient ve stádiu smíření a jeho rodina ve fázi smlouvání a vyjednávání.

Fáze umírání podle Kübler-Rossovové se netýkají umírání v úzkém slova smyslu, tj. období **in finem** neboli **terminálního stadia**. Jsou především obranným mechanismem na zátěžovou situaci, reakcí na nemoc neslučitelnou se životem. Kübler- Rossová rozšířila pojem umírání i na období zvané **pre- finem**, dobu od oznámení pravdivé infaustní diagnózy až po nástup terminálního stadia. Toto období může trvat několik měsíců, ale také několik let. V období vlastního umírání (in finem) má těchto pět fází již jiný charakter. „*Samozřejmě, že se některé fáze klasické křivky psychické odezvy na příchod a rozvoj vážné nemoci v terminálním stavu opakují. Šok je však naprosto výjimečný a i ostatní fáze má dotyčný několikrát za sebou, když je prožil v periodě pre finem“* (Haškovcová, 2000; s. 47).

2.7 Hospicové hnutí

„Myšlenka hospice je velice užitečná, protože můžete vybrat personál, který se dokáže postarat o umírající a který vytvoří ovzduší lásky, uznání, péče a naděje. Zároveň se mohou lékaři a sestry stát v péči o smrtelně nemocné odborníky, kteří jsou schopni udržet pacienty v dobré tělesné a duševní kondici.“

Elizabeth Kübler-Rossová

2.7.1 Historie hospiců

„Kde klasická medicína končí, hospice začínají.“

Marie Svatošová

Slovo hospice pochází z latinského *hospitium*, které znamená pohostinnost, noclehárnu, pohostinství. Z tohoto slovního základu bylo odvozeno slovo „*hospital*“, místo pro dočasně nemocné, a „*hospice*“, útulek pro poutníky, chudé, sirotky, opuštěné a zmrzačené, choromyslné a nevléčitelné, který většinou spravovaly církevní řády. (Webster in Connor, 1998). Předchůdci dnešních nemocnic a hospiců vznikali vlivem raného křesťanství podél obchodních cest a pečovali o nemocné. Další rozvoj nastal v období křížových výprav. Hospice se staly místem, kde se poutníci putující do Svaté země mohli zotavit a odpočinout. Byla zde poskytována péče jak nemocným tak umírajícím. Do té doby se totiž o nevléčitelně nemocné nepečovalo, jejich přítomnost byla považována za ohrožení a poškozování ostatních (Connor, 1998). Podle Saundersové (in Forman, 2003; s. 2) to byl „*a radically different approach to the Hippocratic tradition in which a doctor did not treat the incurably sick or terminally ill. It was thought unethical to treat a patient with a deadly disease, for in so doing the doctor risked paying penalty awaiting those mortals who challenged nature and the gods*“³

Tradice středověkých hospiců byla znovu oživena v 17. století. V Paříži zakládá St. Vincent de Paul „*Sisters of Charity*“, které v hospicích poskytovaly péči sirotkům,

3 „přístup radikálně odlišný od hippokratovské tradice, v níž lékař neléčil nevléčitelně a smrtelně nemocné. Pokládalo se za neetické léčit pacienty se smrtelným onemocněním, protože za takový čin by lékaři hrozil trest, jenž čeká všechny smrtelníky, kteří se vzeptou přírodě a božstvu.“

chudým a umírajícím (Connor, 1998). V Lyonu zakládá v roce 1842 Jeanne Garnierová společenství žen, které se věnuje péči o nevyлéčitelně nemocné. O pět let později otvírá v Paříži první dům pojmenovaný „*Hospic*“. Právě s dílem Garnierové získává hospic svůj význam jako místo, kam jsou přijímáni pacienti na konci života.

Doprovázení umírajících při umírání je posláním kongregace „*Sester lásky*“, kterou v Dublinu založila Mary Aikenheadová v roce 1878 (Vorlíček, 2004). Sestry zakládají „*Our Lady's Hospice*“ v Dublinu a klášter v londýnském East Endu, jehož náplní je návštěva nemocných v jejich domovech. V roce 1902 vzniká „*St. Joseph's Hospice*“ pro chudé umírající. Na jeho půdě rozvinula o padesát let později své přístupy k léčbě celkové bolesti a naplňování potřeb umírajících Cicely Saundersová. Její filosofie pečovatelského týmu, který léčí člověka jako celistvou bytost se stala základem hospicové péče na celém světě (Connor, 1998).

Saundersová je ovlivněna myšlenkami C. Rogerse, především myšlenkami o naslouchání a komunikaci s nemocným. Za souhrn základních myšlenek Saundersové a celého hospicového hnutí lze považovat její koncept celkové bolesti (total pain). Dle tohoto pojetí je tělesná bolest neoddělitelně spjata a vzájemně se ovlivňuje s utrpením v oblasti psychické, sociální a duchovní. Obzvláště v terminálním stádiu nelze jednotlivé složky bolesti tlumit odděleně. V roce 1967 zakládá na předměstí Londýna „*St. Christopher Hospice*“, ve kterém je péče o celkovou bolest terminálně nemocných poprvé zajištěna multidisciplinárním týmem. Tato skutečnost bývá považována za začátek moderního hospicového hnutí (Vorlíček, 2004).

2.7.2 Myšlenka hospice

„Naplnit dny životem, nikoli život naplnit dny.“

Myšlenka hospice vychází z úcty k životu a z úcty k člověku jako jedinečné, neopakovatelné bytosti. Ctí jeho autonomii a respektuje jeho právo rozhodnout se. V hospici jde o doprovázení smrtelně nemocného a jeho blízkých těžkým úsekem života. Hospic poskytuje paliativní a symptomatickou léčbu a péči. Současně se snaží uspokojit a naplnit duševní, sociální a duchovní potřeby. Hospic neslibuje uzdravení, ale nebere naději. Nejde o prodloužení života, ale o jeho kvalitu až do posledních

okamžiků. Nemocnému je garantováno, že **nebude trpět** nesnesitelnou bolestí, v každé situaci **bude respektována** jeho lidská důstojnost, v posledních chvílích života **nezůstane osamocen**.

2.7.3 Definice hospice

National Hospice Organization definuje hospic jako koordinovaný program poskytující paliativní a podpůrnou péči nevléčitelně nemocným pacientům a jejich rodinám. Hospicová péče je zajišťovaná všem zúčastněným 24 hodin denně, sedm dní v týdnu. Rozsáhlý proces péče je založený na uspokojování fyzických, duševních, sociálních a duchovních potřeb, poskytuje podporu v posledních fázích nemoci, při umírání samotném a v období zármutku (péče o pozůstalé). Péče je poskytována multidisciplinárním týmem složeným z lékařů, zdravotníků a dobrovolníků. (Connor, 1998).

Medical dictionary (<http://www.medterms.com/script/main/art.asp?articlekey=24267>) definuje hospicovou péči jako podpůrnou péči lidem v konečné fázi terminálního onemocnění, která se více než na léčbu zaměřuje na pohodlí a kvalitu života pacienta, aby mohl naplno a bez bolestí prožít své poslední dny.

Filosofií hospicové péče je péče o člověka jako celistvou bytost, tzn. naplňování fyzických, duševních, sociálních a duchovních potřeb, symptomatická léčba a dokonalá léčba bolesti. Na základě pochopení komplexu potřeb pacientů s rakovinovým onemocněním formulovala Saundersová (in Forman, 2003; s. 5) principy hospicové péče.

1. Akceptace smrti.
2. Celková péče o pacienta je poskytována interdisciplinárním týmem, jehož členové spolu navzájem komunikují.
3. Je zvládnuta léčba symptomů terminálního onemocnění, především léčba bolesti ve všech svých podobách.
4. Předmětem péče je nejen pacient, ale i jeho rodina.
5. Je zajišťována aktivní domácí péče.
6. Je zajištěna péče o pozůstalé.
7. Je zajištěno další vzdělávání a výzkum.

2.7.4 Hospice v České republice

U nás se stala nositelkou myšlenky a první dámou hospicového hnutí Marie Svatošová, která opustila svou lékařskou praxi a založila v roce 1993 občanské sdružení pro podporu domácí péče a hospicového hnutí s názvem *Ecce homo*. Jeho zásluhou mohl být 8. prosince 1995 slavnostně otevřen „*Hospic Anežky České*“ v Červeném Kostelci. Tento první český hospic se stal modelem a vzorem pro další hospice u nás.

2.7.5 Formy hospicové péče

Hospicová péče má tři základní formy.

2.7.5.1 Domácí hospicová péče

Domácí péče je pro nemocného ideální. Musí být však splněny tři základní podmínky:

-rodina **chce**

-rodina si **umí** poradit (využívá zapůjčené pomůcky atd.)

-rodina **může** (má prostor a čas)

Odbornou péči zajišťují agentury domácí hospicové péče (Svatošová, 1999).

2.7.5.2 Stacionární hospicová péče (denní stacionáře)

Pacient využívá hospice pouze během dne, na noc se vrací domů. Důvody pro využívání denního stacionáře mohou být **diagnostické** (kontrola bolesti), **léčebné** (aplikace chemoterapie), **psychoterapeutické** (hovoří v hospici o svých problémech), **azylové** (při dlouhém trvání nemoci si rodina potřebuje odpočinout). Ve světě je tato forma péče velmi běžná a častá, u nás se zatím moc nevžila (Svatošová, 1999).

2.7.5.3 Lůžková hospicová péče

Indikace pro přijetí do hospicové péče se zakládá na těchto kriteriích:

- postupující choroba ohrožuje nemocného na životě
- nemocný potřebuje paliativní léčbu a péči (zajistit co nejvyšší kvalitu života, zbavit nemocného nepříjemných symptomů)

- není nutná hospitalizace v nemocnici (možnosti kurativní léčby jsou vyčerpány)
- nestačí nebo není možná domácí péče

Hospic poskytuje péči převážně onkologicky nemocným, kteří tvoří 92% všech klientů. Přijetí ostatních klientů je samozřejmě možné, ale není typické. Hospicové zařízení se skládá z poměrně malé lůžkové části, obvykle do 30 lůžek. Největší důraz je kladen na kvalitu života, proto je snaha, aby hospic připomínal nemocnému více domov než nemocnici. Program dne si určuje sám pacient, personál je velice tolerantní k jeho potřebám, návštěvy jsou neomezené, 24 hodin celých 365 dní v roce. Pokoje jsou jedno nebo dvoulůžkové, vybavené telefonem, televizí a dále podle přání pacienta. Je zajištěno dostatečné soukromí, což je nutností a podmínkou pro doprovázení. Pacient může být také ubytován společně s jedním rodinným příslušníkem a má umožněn pohyb v celém objektu hospice i mimo objekt (Svatošová, 1999; Haškovcová, 2000).

2.7.6 Hospicová péče z hlediska časového

Péči, kterou hospic poskytuje, můžeme rozdělit do tří období.

- 1. období (prae finem)** představuje doprovázení nemocného a jeho blízkých od okamžiku zjištění závažného onemocnění až po nástup terminálního stavu. Toto období může trvat měsíce i roky. V této souvislosti je vhodná domácí hospicová péče.
- 2. období (in finem)** představuje péči a doprovázení během terminálního stavu. Toto období je relativně krátké.
- 3. období (post finem)** představuje, kromě péče o tělo zemřelého, doprovázení pozůstalých, které může být i dlouhodobé (Svatošová, 1999).

2.7.7 Péče o rodiny umírajících

„Smrt je jako loď, která se vzdaluje k obzoru. Nastane chvíle, kdy zmizí.

Ale protože už ji neuvidíme, neznamená, že už neexistuje.“

Marie de Hennezel

Hospice zahrnují do své péče také pacientovu rodinu. Odborná pomoc je jí věnována nejen v době umírání a doprovázení, ale pokračuje i po pacientově smrti. Hospic s rodinou probírá okolnosti úmrtí, umožní rozloučení se zemřelým, pomáhá zajistit kontakt s pohřební službou. Asi 1/3 pozůstalých však potřebuje ještě další formu pomoci. Hospic s nimi udržuje kontakt pomocí korespondence, telefonátů a návštěv, konají se pravidelná setkání pozůstalých a slavnostní zápisy do „Knihy živých“. Tato snaha chce zabránit patologickému smutku, heroickému překonávání žalu, a umožnit vyjádřit svůj zármutek a bolest. Neboť truchlení je přirozenou reakcí na ztrátu milovaného člověka (Svatošová in Vorlíček, 2004).

2.8 Arteterapie

2.8.1 Tvořivost a umění

Tvořivost a umění provází člověka od nepaměti. Výtvarné projevy nalzáme na stěnách jeskyní, ve skalních rytinách, v objevených pohřebištích a vykopávkách, v indiánských pouštních obrazcích, v afrických maskách, ale i v graffiti dnešních velkoměst. (Pijoan, 1987; Campellová, 2000). Spolu s hudebními projevy, pohybem a divadlem provázely šamanské a náboženské rituály i obřady. Do tvorby a umění se promítala všední každodennost, mýtus a magie. „*Umění je poselství, vyjadřovací prostředek, způsob mezilidského dorozumívání, který vznikl snad dříve než řeč. V prehistorii byli těmito vyjadřovacími prostředky jeskynní malby nebo rytiny, přenosné plastiky, modelované nebo vyřezávané sošky, obrazy nebo ornamenty na nejrůznějších podkladech, kůžích nebo kůrách, kostech či mamutích klech, na skalách nebo později na keramice*“ (Pijoan, 1987, s. 11).

Výtvarné umění a jeho artefakty nám ukazují vývoj mnoha lidských kultur, které pomocí výtvarné tvorby vyjadřovaly svůj vztah k okolnímu prostředí. Umělecká tvorba plnila náboženskou roli a umělecké artefakty lze chápat jako způsob komunikace mezi člověkem a Bohem (Campellová, 2000).

Umělecká činnost vyvolává v člověku mnohostranné a hluboké vnitřní zážitky i tělesnou účast. Zpracovávání a vžívání se do materiálu, ať jde o barvu, dřevo, hlinu, pohybové schéma či básnické dílo, přináší uvolnění a má za následek „*celou škálu duševních pohybů: očekávání, zklamání, hněv, rezignace, přemýšlení, překvapení, nové naděje, nové napětí vůle, intenzivní radost z tvůrčí činnosti.*“ Účast však nezůstává jen v duševní rovině. „*Jde hluboko až do fyzické bytosti, do prstů, až do špiček prstů u nohou*“ (Carlgren, 1991; s. 54).

Umění slouží jako povzbuzující stimul života, rozvíjí životního ducha, stává se nevyčerpatelným zdrojem radosti a slasti. „*Podporuje vůli žít*“ (Jebavá, 2000; s. 12). Výtvarný projev představuje neverbální a symbolickou řeč, kterou může jedinec vyjádřit své pocity, přání, obavy a představy, jež jsou vlastní jeho vnitřnímu prožívání. V kresbách a malbách dochází k prolínání vnitřního a vnějšího světa, skutečnosti a fantazie (Caseová, Dalleyová, 1995). Ta vyvěrá z nejhlubších vrstev člověka, dává mu sílu, aby „*vystoupil nade vše, co je, a spojil se svou vlastní činností s tím, co se chce*

stát. Ukazuje do budoucnosti, dělá však návrhy, jak ji změnit“ (Carlgren, 1991; s. 40).

Campbell (in Fielding, 2000) vidí umění jako nejpřirozenější cestu k vyjádření, které se může dotknout jak vědomé tak nevědomé úrovně emocí a fyzických funkcí. Protože umění obsahuje výraz v mnoha způsobech a formách, nejsou zde kritéria pro dokonalost. Vyjádření se skrze umění není omezeno ani inteligencí ani psychomotorickými schopnostmi člověka. *„Umění můžeme chápat jako užítí jistých duchovních kvalit nebo jako druh manuální zručnosti při realizaci určitého uměleckého díla“* (Jebavá, 2000; s. 53).

V kreativní umělecké činnosti může svého tvůrce ovlivnit proces tvorby i samotný výtvarný produkt. Neboť umělecká tvořivost *„rozšiřuje estetické znalosti, kultivuje osobnost, obnovuje touhu nově vnímat realitu, inovuje vitální síly a proměňuje hodnotovou sféru životních potřeb“* (Jebavá, 2000; s. 5).

Campbellová (2000; s. 12) charakterizuje výtvarné umění jako vytváření vizuálních forem. *„Uměním zde rozumíme jak samostatný proces tvorby, tak i jeho výsledek. Při této činnosti využíváme jednu či více výtvarných technik a prostředků a pracujeme buď v ploše (malba, kresby, grafika), nebo v prostoru (modelování).“*

S uměním se můžeme setkat ve dvou vzájemně propojených oblastech – umění jako tvořivá činnost a umění jako terapie.

Přístup k umění jako k tvořivé činnosti se rozvinul hlavně v rodinách a institucích. Umění přestalo být zábavou a výsadou bohatých, stalo se vyhledávaným koníčkem a je přítomné v programech výchovy dětí a dospělých. Výtvarná tvorba je vnímána jako tvůrčí odpočinková činnost obohacující život člověka. Je to činnost napomáhající *„intelektuálnímu, citovému a duchovnímu růstu“*. Svě nezastupitelné místo má i v pečovatelských a léčebných zařízeních, kde tvůrčí proces pomáhá *„odvádět jeho účastníky od destruktivního chování a hraje významnou roli v překonávání jejich psychických obtíží.“* Tyto myšlenky se staly základem pro využití umění jako terapie (Cambelová, 2000; s. 13).

2.8.2 Umění jako terapie

Léčebná hodnota umění je známá od pradávna. Již rituální kmenové umění neslo odraz emocionálního a duchovního života skupiny a pro každou společnost byl

charakteristický určitý tvůrčí náboj. Tuto skutečnost zaregistrovali umělci, kteří jako první využívali terapii uměním (arteterapii) „*ve zdravotních nebo výchovných zařízeních a kteří při své práci zaznamenali léčebné účinky výtvarné tvořivosti*“ (Cambelová, 2000; s. 12).

Za tvořivý projev je třeba považovat každý výtvarný projev. Tvořivost, kreativita jsou potencionální silou nejen pro umění, ale i pro arteterapii (Šicková-Fabrice, 2002). Vizuální umění může zahrnovat malbu, film i divadlo. V terapeutickém kontextu je malování nejběžněji používanou formou, neboť je praktická, ekonomická, snadno se dokáže přizpůsobit snahám a potřebám jednotlivců i skupiny. Umožňuje vzít si svůj výtvar kamkoli s sebou a udržet si velký potenciál pro další práci. Malování nebo jakákoli práce s barvami, s materiály (jako jsou tužku, uhlí, inkoust, barvy, papír, pera, štětce, plátno, desky, rtěnky, tapety, noviny, časopisy, krabice, látky, provázky, drátky, vlna, folie, písek a hlína) s tvary a tahy umožňují bezprostřední sebevyjádření a kreativitu. Toto subjektivní a necenzurované vyjádření napomáhá osobnímu růstu a obohacení (Fielding, 2000).

Perout (2005; s. 35) zdůrazňuje, že vlastní tvořivá činnost má v sobě autosanační potenciál. „*Objev zdroje autentické spontaneity může být prostředkem proti úzkosti a strachu, cestou k úlevnému vyjádření jinak nesdělitelného, počátkem nového pohledu na sebe sama i svět kolem sebe.*“

Tvořivost pomáhá vyjádřit emoce a smutek, ovlivňuje depresi a úzkost, pomáhá pochopit a zvládat emoce a bolest. (Fielding, 2000). „*Umělecké činnosti nás uspokojují, obnovují a upevňují naši potřebu krásy. Člověk je schopen otevřít zvláštní, neotřelý výhled na život i na svět*“ (Jebavá, 2000; s. 15). Umění vnáší do světa nové vidění, harmonii a krásu. „*Umění obnovuje a probouzí v člověku touhu nově vnímat životní prostředí, sociální vazby, inovuje zkušenosti vitální síly a proměňuje hodnotovou sféru životních potřeb. Prostřednictvím umělecké tvořivosti získává postižený širší estetické znalosti, rozšiřují se mu sociální vazby a kontakty, kultivuje se jeho osobnost, roste schopnost vnímat umění, cítit k němu nějaký vztah, třeba se do umění vciťovat*“ (Jebavá, 2000; s. 15).

Pro Warrena (2008) jsou však **terapie** (která představuje předepsané léčebné výkony s předem očekávanými výsledky pro konkrétně diagnostikovaný stav) a **umění** (které naznačuje objevování) zvláštní spojenci. Umění není lék, který se musí užívat třikrát denně po jídle. Umění je třeba chápat ne jako terapii nebo léčbu, ale jako cestu k vyjádření lidskosti každého jedince.

Naše společnost si vytvořila představu, že umělecká činnost je výsadou nadaných jedinců. Tím však popírá nezadatelné právo, že každá lidská bytost má nárok vytvořit svůj vlastní jedinečný „*kreativní otisk palce*“, který nikdo jiný nedokáže. My všichni máme potřebu vytvořit toto znamení. Ne proto, že bychom chtěli být pro budoucí generace připomínkou dlouho ztracené kultury, ale proto, že každý otisk tvorby znovu potvrzuje sebe sama. Říká „*Já jsem zde a mám co vyjádřit*“ (Warren, 2008; s. 2).

Pak může umění nasycit duši, motivovat člověka, aby se chtěl uzdravit a za určitých podmínek způsobit psychické změny. Umění a kreativní aktivity mají být využívány k přizpůsobení se konkrétnímu postižení, k zotavení se z konkrétního lékařského zákroku, k uzdravování a upevnění zdraví nebo pouze ke zlepšení kvality života jednotlivce (Warren, 2008).

2.8.3 Definice arteterapie

Arteterapie je prvotně spjata s terapeutickým použitím jednoho nebo více druhů výtvarného umění jako je malba, kresba a modelování (Edwards, 2004). Zahrnuje použití různých výtvarných médií, skrze která se klient může vyjádřit a propracovat se problémy a obavami, jež ho do terapie přivedly. Terapeut a klient jsou ve vzájemném vztahu a snaží se porozumět uměleckému procesu a výslednému produktu. Pro mnoho klientů je snadnější vypravovat terapeutovi prostřednictvím uměleckého objektu, který se stává klíčovým pro diskusi, analýzu a sebehodnocení. Je konkrétní a chová se jako záznam léčebného procesu. Nelze ho popřít, vymazat nebo zapomenout, nabízí příležitost pro reflexi v budoucnu. Přenos, který se vyvíjí ve vztahu mezi terapeutem a klientem se vztahuje k umělecké práci a vytváří trojrozměrnou komunikaci. (Case a Dalley, 1992).

Britská asociace arteterapeutů (http://www.baat.org/art_therapy.html) definuje arteterapii jako **formu psychoterapie**, která využívá umělecká média jako primární způsob komunikace. Klienti, kteří se arteterapie účastní nemusí mít předchozí umělecké zkušenosti nebo dovednosti. Arteterapie se primárně netýká estetického nebo diagnostického hodnocení klientova artefaktu. Cílem je umožnit klientům uskutečnit osobní změnu a růst prostřednictvím moderních materiálů v bezpečném a podnětném prostředí. Zásadní význam má vztah mezi klientem a arteterapeutem. Arteterapie se

od jiných psychologických terapií liší v tom, že jde o proces mezi třemi účastníky, klientem, terapeutem a obrazem či artefaktem. Tento proces nabízí příležitost k expresi a komunikaci a může být zvláště užitečný pro osoby, které obtížně vyjadřují své myšlenky a pocity verbálně.

Perout (2005) chápe arteterapii jako psychoterapii uměním. Středem zájmu jsou výtvarné aktivity klientů. Arteterapie je kulturní terapií, její kořeny leží v magických úkonech, rituálech a obřadech. Je spojena se symbolikou v uměleckém podobenství. Sochám a kresbám byla připisována léčivá síla. S vírou v moc obrazů jsou spojovány i jeskynní kresby.

Jako formu psychoterapie klasifikuje arteterapii i Jebavá (2000; s. 5). Arteterapie „prostřednictvím grafické, malířské a sochařské činnosti působí jako prostředek výchovy, sociální integrace, komunikace pro handicapované jedince.“

Podle Malchiodi (1998) je arteterapie svazkem umění a psychologie, který se zabývá aspekty vizuálního umění, tvořivým procesem, rozvojem lidských zdrojů, chováním, osobností a duševním zdravím.

Jako **psychologickou profesi** charakterizuje arteterapii **Americká asociace arteterapie** (<http://www.arttherapy.org>). Arteterapie využívá tvůrčí proces a uměleckou tvorbu ke zlepšení a upevnění fyzického, duševního a emocionálního bytí jednotlivců všech věkových skupin. Je založena na přesvědčení, že tvůrčí proces podílející se na uměleckém sebevyjádření pomáhá lidem řešit konflikty a problémy, rozvíjet interpersonální dovednosti, ovládat chování, snižovat stres, zvyšovat sebeúctu a sebevědomí, dosáhnout pochopení a porozumění. Arteterapie integruje oblasti lidského rozvoje, vizuálního umění (kresba, malba, modelování a další umělecké formy) a tvůrčího procesu s poradenstvím a psychoterapií.

Arteterapie se opírá o výtvarné projevy klientů jako o hlavní léčebný prostředek. Nejde zde o dokonalé a konečné dílo, ale o proces tvorby. Výtvarné techniky usnadňují klientům vyjádřit své vnitřní pocity. Tato skutečnost pak napomáhá arteterapeutům rozpoznat jinak těžko přístupné osobnostní rysy klientů. Během výtvarného vyjadřování totiž „*dochází k mimovolnému slučování klientových vědomých a nevědomých tendencí*“ (Matoušek, 1999; s. 40).

Česká asociace arteterapeutů (<http://www.arteterapie.cz/>) charakterizuje arteterapii jako **léčebný postup**, který využívá výtvarného projevu jako hlavního prostředku poznání a ovlivnění lidské psychiky a mezilidských vztahů. Někdy bývá přiřazována k psychoterapii a jejím jednotlivým směrům, jindy je pojímána jako

svébytný obor. Obvykle se rozlišují dva základní proudy, a to **terapie uměním**, v níž se klade důraz na léčebný potenciál tvůrčí činnosti samotné a **artpsychotherapie**, kde výtvořky a prožitky z procesu tvorby jsou dále psychoterapeuticky zpracovávány.

V širším slova smyslu znamená arteterapie léčbu uměním, včetně hudby, poezie a prózy, divadla, tance a výtvarného umění. V užší slova smyslu znamená arteterapie léčbu výtvarným uměním (Šicková-Fabrice, 2002). Arteterapii můžeme vidět jako **receptivní**. Jde o vcítění se do uměleckého díla, do kterého klient promítá své vlastní emoce. Vnímáním uměleckého díla lépe pochopí vlastní nitro a poznává pocity jiných. Touto formou arteterapie může objevit duchovnost, smutek, radost, naději i životní sílu. K receptivní arteterapii patří návštěvy výstav a obrazáren, projekce diapozitivů spojené s rozhovory o vnímaných uměleckých artefaktech. **Produktivní** arteterapie používá konkrétních tvůrčích činností (kresby, malby, modelování) nebo intermediálních aktivit; činností propojující různá média (Šicková-Fabrice, 2002).

Obrázky vytvořené v arteterapii ztělesňují myšlenky a pocity. Je to schopnost umění, a výtvarného zvláště, být mostem mezi vnitřním světem a vnější realitou, dávat obrazu roli mediátora. Obraz je zprostředkovatelem mezi nevědomím a vědomím, zachovávající a symbolizující minulé, přítomné a budoucí aspekty klienta. Mohou zde být obsaženy a spuštěny ambivalence a konflikty. V arteterapii se klient procesem tvorby snaží dát formu tomu, co nelze vyjádřit a vyslovit. Významnou roli hraje vnitřní vidění světa kolem nás - estetický zážitek. Skrze estetický zážitek může arteterapeut, se svolením klienta, vstoupit a sdílet s ním jeho svět. Skrze zážitek může klient poznat a najít sám sebe. V umění sdílejí tvůrce i divák nevyslovené myšlenky. (Case a Dalley, 1992; s. 95).

Většina arteterapeutických lekcí je zaměřena na vnitřní zkušenost a zážitek – pocity, vnímání a fantazii. Ačkoliv arteterapie obsahuje rozvoj dovedností a výtvarných technik, důraz je kladen prvotně na rozvíjení a vyjadřování obrazů, které vycházejí z nitra člověka než na ty, které člověk vidí kolem sebe. V arteterapii je vnitřní svět fantazie, pocitů, myšlenek a nápadů to nejdůležitější, co chceme poznat (Malchiodi, 1998; s. 4).

Ve všech formách arteterapie je člověk povzbuzován, aby poznával své pocity. Využívá k tomu výtvarný materiál, obvykle papír, barvy a hlínu. Podle toho, jak klient materiál používá, přispívá k významu svého díla. Samotné výtvarné materiály (jejich samotná podstata) mohou v člověku, který s nimi pracuje, evokovat emoce. Je možné, že „magické“ síly se mohou promítnout do obrazů nebo objektů, že umělecká díla

mohou mít pro jejich tvůrce velký symbolický význam (Hogan, 2001). „*Arteterapie využívá výtvarné umění jako prostředek k osobnímu vyjádření v rámci komunikace, spíše než aby se snažila o esteticky uspokojivé výsledné produkty, posuzované vnějšími měřítky. Výtvarný výrazový prostředek je dostupný každému, ne pouze těm výtvarně nadaným*“ (Liebmann, 2005; s. 14).

Zatímco umění může do určité míry sloužit k pochopení člověka, který ho vytváří, proces arteterapie a její potenciál pomáhat lidem růst, léčit se a uzdravovat, vychází z aktuální umělecké činnosti. Pomáhat lidem pochopit jejich prožitky může být rozhodně součástí arteterapie, ale proces tvorby je stejně důležitý. Arteterapie je metoda se zvláštními vlastnostmi pro nápravu, proměnu a vlastní sebeobjevování (Malchiodi, 1998). „*Výtvarná arteterapie disponuje výjimečnými, specifickými možnostmi pozitivního vlivu na handicapovaného jedince. Zejména můžeme hovořit o výrazné pomoci v oblasti seberealizace, o rozvoji imaginativního vnímání reality, rozšíření výčtu normálních životních situací a jejich adaptability*“ (Jebavá, 2000; s. 5).

2.8.4 Cíle arteterapie

Šicková-Fabrici (2002) vnímá arteterapii jako efektivní léčbu u jedinců s vývojovým, tělesným, mentálním nebo sociálním postižením, která vychází z potřeb klientů a uplatňuje interdisciplinární přístup. Cílem arteterapie je znovuoživení narušených přirozených dispozic člověka – kreativity, spontaneity, schopnosti komunikace se sebou samým, s druhými, s prostředím, chápání života v jeho souvislostech a jeho smysluplné prožívání. Benderová (in Šicková-Fabrici, 2002) vidí cíle arteterapie v rekonstrukci, integraci a konstituování tvořivých cílů, budování odpovědnosti za vytváření vlastního života a životních plánů.

Liebmanová (in Šicková-Fabrici, 2002) dělí cíle arteterapie na individuální a sociální. K **individuálním cílům** patří uvolnění, sebeprožívání a sebevnímání, vizuální a verbální uspořádání zážitků, poznávání vlastních možností, přiměřené sebehodnocení, růst osobní svobody a motivace, svoboda pro experimentování při hledání výrazu pocitů, emocí nebo konfliktů, rozvoj fantazie, nadhled, rozvoj osobnosti.

Jako **sociální cíle** uvádí vnímání a přijetí druhých lidí, vyjádření uznání jejich hodnoty, ocenění, navázání kontaktů, zapojení se do skupiny a spolupráce, vzájemná

komunikace, společné řešení problémů, zkušenost, že druzí mají podobné zážitky, pochopení vztahů, vytváření sociální podpory.

2.8.5 Formy arteterapie

Arteterapii lze aplikovat formou individuální a skupinovou. Při **individuální arteterapii** má klient terapeuta k dispozici jen pro sebe, navazuje s ním úzký kontakt, vzniká intenzivní emocionální zážitek styku s chápajícím člověkem (Pogády in Šicková-Fabrici, 2002). Je vhodná pro klienty, jejichž problém vyžaduje celou pozornost terapeuta. Dále je vhodná pro klienty, kteří by ve skupině působili rušivě. (Horňáková in Šicková-Fabrici, 2002).

Při **skupinové arteterapii** jde o použití výtvarných technik ve skupině klientů. Tato forma arteterapie má „*velký sociální a integrační náboj*.“ Sociální učení je intenzivnější. Klienti s totožnými problémy se mohou vzájemně podpořit. Zpětné vazby účastníků skupinové terapie jsou inspirativní a podnětné pro všechny zúčastněné. Nelze však dosáhnout takové diskretnosti jako při individuální arteterapii. Do skupinové arteterapie lze zařadit také rodinnou arteterapii a arteterapii v partnerském vztahu. (Šicková-Fabrici, 2002; s. 44).

2.8.6 Směry arteterapie

Edwards (2004; s. 1) uvádí, že prvním člověkem, který použil termín arteterapie, byl v Británii Adrian Hill, aby popsal terapeutické využití umění. Pro Hilla, který objevil léčebný účinek kreslení a malování zatímco se zotavoval z tuberkulózy, ležela hodnota arteterapie v naprostém „*fascinování mysli a stejně tak i prstů*“. Dále v uvolnění kreativní energie u člověka, kterého okolnosti nějakým způsobem omezily. Proto navrhoval, aby si klienti skrze umění vybudovali silnou obranu proti vlastnímu neštěstí. Hillovo pojetí arteterapie kladlo důraz na léčivý potenciál umění - **art as therapy** (umění jako terapie).

Jiný přístup zdůrazňovala americká psycholožka Margaret Naumbergová (in Edwards, 2004; s. 1) Její model arteterapie založil své metody na „*Releasing the*

*unconscious by means of spontaneous art expression; it has roots in the transference relation between patient and therapist and on encouragement of free association. It is closely allied to psychoanalytic theory...*⁴ Tento přístup je popisován jako **art in therapy** (umění v terapii) neboli **art psychotherapy**. Zdůrazňuje význam terapeutického vztahu mezi arteterapeutem, klientem a artefaktem.

Tyto dva proudy arteterapie uvádí také Malchiodi (1998). **Art as therapy** obsahuje víru ve vlastní léčivou sílu kreativní tvorby uměleckého díla. Tento pohled přijímá myšlenku, že proces tvorby je léčebný. Výtvarná tvorba je chápána jako příležitost vyjádřit sám sebe nápaditě, autenticky a spontánně. Je to zkušenost, která může vést k osobnímu naplnění, k emocionální nápravě a transformaci.

Definice **art psychotherapy** je založena na myšlence, že umění je prostředkem symbolické komunikace. Tento přístup zdůrazňuje jako léčebný produkt. Důraz je kladen na diskuzi, asociace, interpretaci a poznání. V obou případech je však terapeutické hodnoty dosaženo v procesu tvorby.

Šicková-Fabrici (2002) vidí v současné arteterapii tři trendy.

- Trend zdůrazňující diagnostické možnosti arteterapie a interpretaci výtvarných produktů klientů. Tento psychoanalytický trend je zaměřen na analytickou práci s klientovou osobnostní strukturou.
- Trend nalézající terapeutický smysl ve výtvarné produkci jako takové, i bez interpretace a diagnostiky. Tento přístup „*art for therapy*“ neopomíjí osobnost a prožívání klienta, nesměruje však k analýze, ale ke zobecnění poznatků.
- Trend eklektický

2.8.7 Přístupy v arteterapii

Východiska **interpretačních směrů** v arteterapii vycházejí z psychodynamického přístupu, východiska **neinterpretačních směrů** z přístupu humanistického (Šicková-Fabrici, 2002; Rubin, 2001).

4 „Uvolnění nevědomí pomocí spontánního uměleckého vyjádření; to má kořeny v přenesení vztahu mezi pacientem a terapeutem a v povzbuzování volných asociací. Úzce souvisí s teorií psychoanalýzy.“

2.8.7.1 Psychodynamické přístupy

- **Freudova psychoanalytická arteterapie**

Přístup vychází z Freudovy psychoanalýzy a vidí původ kreativity v osobním konfliktu. Zdůrazňuje význam raného dětství, sexuality a volných asociací. Původ psychických poruch vidí v nahromadění napětí z nevyřešených konfliktů a frustrace potřeb. Základními technikami jsou volné asociace a výklad snů. Nevědomé obranné mechanismy dovolují, aby se konflikty zviditelnily a zhmotnily v kreativním aktu. Zážitky traumat jsou zopakované v kresbě nebo malbě a způsobují abreakci neurotických konfliktů (Šicková-Fabricsi, 2002).

- **Jungova analytická arteterapie**

Vychází z učení C. G. Junga, podle kterého tvoří osobnost člověka tři vrstvy- vědomí, osobní nevědomí a kolektivní nevědomí. Jednotlivé vrstvy se syntetizují pomocí archetypů. Archetypy jsou vrozené zkušenosti, praobrazy intuitivního chápání světa. Analytická arteterapie interpretuje kresby pomocí animace, tj. rozmlouváním o obraze ve třetí osobě. Autor se vžívá do nakreslené postavy či symbolu a zprostředkovaně komunikuje s terapeutem. Jde tady o diagnostiku a terapii pomocí analýzy a interpretace symbolů (Šicková-Fabricsi, 2002).

- **Individuální arteterapie**

Vychází z individuální psychologie A. Adlera, který považuje za základní hnací sílu člověka potřebu sebeuplatnění a touhu po moci. V individuální arteterapii jde o možnost diagnostikovat z výtvarné produkce klientů pocity méněcennosti, nízkého sebevědomí a sebehodnocení a následně (přes zážitek úspěšnosti při výtvarné aktivitě) měnit sebehodnocení a posilovat sebevědomí klienta (Šicková-Fabricsi, 2002). Tento přístup využívá jen menšina arteterapeutů (Rubin, 2001).

2.8.7.2 Humanistické přístupy

- **Fenomenologická arteterapie**

Vychází z fenomenologie E. Husserla, která považuje za základní tezi nové vidění věcí. Obhajuje názor, že podstatou věcí, fenoménů, není to, co vnímáme smysly, ale to, co můžeme odhalit duchovním zrakem, nahlížením na podstatu věcí pomocí intuice (Šicková-Fabricsi, 2002).

- **Tvarová (Gestalt) arteterapie**

Původ nacházíme v tvarové psychologii, která považuje jevy za úplné celky nebo tvary a která preferuje celostní, holistické vnímání jevů. Dále zdůrazňuje teorii hodnot a jejich platnost. Její smysl je ve snaze uniknout traumatizujícím vzpomínkám na minulost a úzkostnému očekávání budoucnosti. Cílem tvarové arteterapie je odpoutat klienta od jeho problémů ve snaze o pochopení jeho současné situace. Metody tvarové arteterapie jsou převážně panoramatické techniky (životní panorama, sloupy identity). Klienti vytvářejí uměleckou aktivitou svůj svět a vyprávějí či píšou své životní příběhy, aby je lépe pochopili. Důraz je kladen na dialog a na vytvoření vztahu mezi klientem a arteterapeutem. Pro co neexistují slova je vyjádřeno uměleckou formou (Šicková-Fabrice, 2002).

- **Humanistická arteterapie**

Původ nachází v humanistické, na klienta orientované terapii C. R. Rogerse. Ta chápe člověka v jeho celistvosti, jedinečnosti a výjimečnosti. Kreativita je cíl jednotlivce, který vede k sebeaktualizaci a sebetranscendenci. Ke klientům je přístupováno nedirektivně. Arteterapeut působí jako katalyzátor, je přítomen, ale do procesu terapie nezasahuje. Vytváří podmínky, aby klient našel cestu k řešení sám v sobě, neboť každý člověk má vnitřní zdroje, které vedou k jeho růstu. Techniky humanistických arteterapeutů podporují myšlenku, že každý člověk reprezentuje něco nového, je jedinečný, originální a neopakovatelný. Úlohou každého je uplatnění vlastních potenciálů. Výběr technik není rozhodující. Důležitější je následující zpracování tématu klienty s cílem vcítit se do druhých, naslouchat jim a přijímat je (Šicková-Fabrice, 2002).

2.8.8 Logoterapie a arteterapie

Častým teoretickým východiskem pro arteterapeuty je logoterapeutický přístup, který je uplatňován u pacientů v terminálním stádiu onemocnění, u onkologických pacientů, starých a trpících osob (Šicková-Fabrici, 2002).

Logoterapie, neboli existenciální analýza, je psychoterapeutickou metodou, kterou vyvinul V. E. Frankl. Její podstatou je hledání smyslu lidského života v mezích situacích a utvářet život uskutečňováním hodnot v každém přítomném okamžiku (Svatošová, 1999; Krivohlavý, 2006a; Lukasová, 2006; Frankl, 1996). Filozofie logoterapie je založena na jedinečnosti a neopakovatelnosti každého člověka, který má své jedinečné a nezaměnitelné osobní poslání. Na jednorázovosti každého okamžiku, který v sobě skrývá příležitost vytvářet hodnoty, jediné jimiž život nabývá sílu.

Na faktu, že život má smysl i v té nejtěžší situaci. Neboť není situace, která by neumožňovala naplňovat život vytvářením hodnot (Svatošová, 1999).

Frankl (1996) koncipoval tři kategorie hodnot, které dávají životu smysl do posledního okamžiku. **Hodnoty tvůrčí** člověk uskutečňuje v tvorbě a práci. **Hodnoty zážitkové** uskutečňuje ve vnímání a prožívání maličkostí, krásy přírody, umění, hudby a lásky. Tyto hodnoty mohou život smysluplně naplnit a zůstávají trvale zapsány, pokud člověk dokáže využít svou příležitost. Realizace **postojových hodnot** spočívá v tom, jak se člověk staví k omezením svého života. Neboť i *„zdánlivě tolik ochuzená existence – ve skutečnosti však ochuzena právě jen o hodnoty tvůrčí a zážitkové- ještě vždy nabízí poslední, ba dokonce největší šanci realizovat hodnoty. Tyto hodnoty bychom nazvali hodnotami postojovými. Neboť zde záleží na tom, jak se člověk postaví vůči nezměnitelnému osudu“* (Frankl, 1996; s. 62). Jsou to postoje jako statečnost v utrpení, důstojnost a trpělivost v záhubě a ztroskotání.

Každá mezní situace vede k vnitřnímu zrání a člověk se dostává do fáze, kdy je schopen danou situaci přijmout jako nezvratný fakt. Podle Frankla je nutný zvrát v tázání se po smyslu života: *„musíme se učit (a zoufající lidi poučovat), že naprosto nezáleží na tom, co my očekáváme od života, jako spíše na tom, co život očekává od nás“* (Frankl, 2006, s. 88).

*„Úzkost a nejistota, které jsou vyvolány nebezpečím ztráty, v existenčním způsobu bytí neexistují. Jestliže **jsem, kdo jsem** a nikoli co mám, nikdo mne nemůže o něco připravit nebo ohrozit moji jistotu a můj pocit identity. Moje centrum je ve mně; moje schopnost být a vyjadřovat své bytostné síly je součástí mé charakterové struktury a*

závisí na mně. To platí pro normální proces, nikoli ovšem pro takové okolnosti, jako je neschopnost v důsledku nemoci, mučení nebo jiné případy vnějších omezení mocí“ (Fromm, 1992; s. 88). Frankl (2006) jde ještě dál. Na životě vězně koncentračního tábora zpochybňuje myšlenku absolutního determinismu⁵ a princip homeostázy.⁶ Ukazuje, že lidská duše není nuceně a jednoznačně určovaná svým okolím. Člověk není produkt různých určeností a podmíněností, ať už jsou rázu biologického, psychologického nebo sociologického. Člověk není jen náhodný výsledek své tělesné konstituce, charakterologické konstituce a společenské situace. Na vlastní kůži prožítá zkušenost mu dává právo říci, že člověk může jinak. *„Že tedy i nadále existuje zbytek duchovní svobody, svobodného postoje našeho „já“ k okolí, ještě i v této zdánlivě absolutně vnucené situaci, vnější i vnitřní“* (Frankl, 2006, s. 77). Člověku lze vzít všechno kromě poslední lidské svobody, která mu dovoluje zaujmout k daným poměrům adekvátní postoj. Frankl nazývá toto rozhodnutí k duchovní svobodě *„vůle ke smyslu“* (Lukasová, 2006; s. 15). Jasně tak odděluje osudovost na straně jedné od svobodného postoje a jednání na straně druhé. Ukazuje, že člověk vzhledem ke svému osudu nepodléhá fatalismu (Lukasová, 2006).

Duchovní svoboda, kterou nelze do posledního dechu vzít, dává člověku příležitost smysluplně uspořádat svůj život. Co se s člověkem vnitřně stane, co z něho po lidské stránce *„mezní situace udělá“*, se projeví jako výsledek vnitřního rozhodnutí. Člověk o sobě může rozhodnout za všech okolností: zda podlehne okolnostem nebo zůstane člověkem a zachová si svou lidskou důstojnost (Frankl, 2006).

Právě rozhodnutí pro lidskou důstojnost je podstatou mezních situací a lidského utrpení. Neboť utrpení má smysl, stejně jako život sám. Skrze utrpení člověk vnitřně vyrůstá nad sebe sama. Člověk již není nikým jiným, než jen a pouze sám sebou. Utrpení strhává masku pokrytectví a přetvářky, obnažuje samotnou podstatu člověka a jeho bytí.

5 Podle myšlenky absolutního determinismu *„je člověk určen – determinován zevními a vnitřními faktory, podmíněn faktory genetickými nebo okolím, určitými cíli či náhodnými vlivy, které jsou dnes v jakémkoli množství vědecky prokazatelné.“* Ví se o „významu dědičnosti, prostředí, raného dětství i naučených zkušeností, o tělesné konstituci a sociologických modelových vlivech, přičemž v pozadí stojí pořád přesvědčení, že tyto statisticky verifikované variability vlivu život člověka v rozhodující míře předurčují a spoluurčují“ (Lukasová, 2006; s. 10-11).

6 Princip homeostázy říká, že *„člověk má všechny možné potřeby, které vyžadují, aby byly uspokojeny, přičemž vnitřní rovnováha člověka je zcela závislá na uspokojení těchto potřeb...Nejsou-li potřeby uspokojeny, dochází k poruše vnitřní rovnováhy a v důsledku toho k psychickým nemocem a abnormalitám“* (Lukasová, 2006; s. 15).

Skrze utrpení se člověk dostává dál, až k samotné podstatě světa, k samému prameni života. Odtud pak může přijímat nevyčerpatelnou sílu a energii, díky které dokáže čelit kruté pravdě o své nevyléčitelné nemoci a smířen se odevzdat do věčného spánku.

„Pokud konkrétní osud uloží člověku nějaké utrpení, pak bude muset tento člověk v tomto utrpení vidět úkol, svůj specifický úkol. Bude muset tvářit v tvář tomuto utrpení proniknout k vědomí, že v celém kosmu je to právě jen a jen on, kdo tu stojí se svým trýznivým osudem. Nikdo mu jej nemůže odejmout, nikdo jej nemůže místo něho protrpět. V něm však on sám, jen a jen on svým osudem postižený bude toto utrpení snášet, právě v této situaci též spočívá jedinečná možnost jedinečného výkonu“ (Frankl, 2006, str. 90).

Člověk nemůže žít svůj život nanečisto a pak jej přepisovat. Musí jej žít právě teď a tady. Protože právě nyní je ta pravá chvíle naplnit život až po okraj. A jeho naplnění záleží jen na člověku samém. Na něm záleží, jak se postaví k vnucenému vnějšímu omezení své existence. Zda se nechá formovat okolím nebo rozhodne o svém osudu sám. Zda se uzavře před přítomností a bude se zabývat jen minulostí nebo se vzepře, napřímí a zamíří k nějakému cíli v budoucnosti. Neboť každý člověk se vyznačuje ojedinělostí a jedinečností, která jeho existenci dodává smysl. Právě nezastupitelnost a nenahraditelnost každého z nás je to, co dává vyniknout zodpovědnosti, kterou máme za svůj život. Jen tak může člověk proměnit svůj život ve vítězství (Frankl, 2006).

V případě arteterapie lze lidské utrpení transfigurovat do výtvarného projevu či prožitku. *„Umění tu může jedinečnou formou reflektovat i tabuizovaná témata, jakými jsou stárnutí, utrpení, smrt nebo izolace“* (Šicková-Fabrice, 2002, s. 39). U smrtelně nemocných mohou kreativní práce vyjadřovat obavy i naděje, dále všechny fáze vývoje vztahu k vlastní nemoci – od naděje na zlepšení až po smíření se smrtí. Výtvarná tvorba pomáhá ventilovat jejich vlastní prožívání odchodu a pomáhá určit jednotlivá stadia umírání (Šicková-Fabrice, 2002; Svatošová, 1999).

3 CÍL, ÚKOLY PRÁCE, HYPOTÉZY

Cílem práce je ověřit a popsat využití arteterapie a průběh arteterapeutických setkání v hospicové péči a její přínos pro jednotlivé účastníky.

Z výše zvoleného cíle vyllynuly následující **úkoly**:

- prostudovat odbornou literaturu zabývající se otázkou smrti a umírání
- prostudovat odbornou literaturu týkající se paliativní a hospicové péče
- prostudovat odbornou literaturu zabývající se arteterapií a jejím využitím v hospicové péči
- zvolit vhodný přístup kvalitativního výzkumu a vhodné metody získávání dat
- získat co největší množství informací a údajů o využití, průběhu a přínosu arteterapie v hospicové péči
- získané informace uspořádat, analyzovat a vyhodnotit

Na základě zkušeností a získaných poznatků z literatury byly stanoveny následující hypotézy.

Hypotéza č. 1

Předpokládám, že arteterapeutických setkání se účastní nejen klienti hospice, ale i další účastníci.

Hypotéza č. 2

Předpokládám, že se jednotliví účastníci arteterapeutických setkání zapojují do činnosti aktivně.

Hypotéza č. 3

Předpokládám, že arteterapeutická setkání pomáhají klientům hospice i ostatním účastníkům vytvářet tvůrčí a prožitkové hodnoty.

Hypotéza č. 4

Předpokládám, že v hospicové péči se rovnocenně uplatňují obě formy arteterapie, individuální i skupinová.

Hypotéza č. 5

Předpokládám, že arteterapeutická setkání využívají jako výtvarnou techniku především malbu a kresbu.

Hypotéza č. 6

Předpokládám, že během setkání klienti otevřeně hovoří o své nemoci a svých obavách ze smrti.

4 METODIKA PRÁCE

4.1 Popis souboru

Těžištěm práce je záznam a popis průběhu arteterapeutických setkání a zhodnocení jejich přínosu pro jednotlivé účastníky. V případě této práce šlo o setkání, která se pořádají v Hospici sv. Jana Nepomuka Neumanna v Prachaticích. Výzkum probíhal se souhlasem ředitele hospice, pana PhDr. Roberta Huneše, a arteterapeutky, paní Ivy Tesárkové.

Arteterapeutická setkání se konají pravidelně jednou týdně v odpoledních hodinách a jsou na ně zváni jak klienti hospice, tak jejich rodinní příslušníci a návštěvy, personál hospice a dobrovolníci. Klienti si mohou vybrat, zda budou pracovat pod vedením terapeutky individuálně ve svém pokoji, či dají přednost skupinové arteterapii, která se koná v zimní zahradě hospice. Jedná se o otevřená setkání, která jsou přístupná každému po celou dobu svého trvání, některá z nich bývají doprovázena kytarovým koncertem studentek SPgŠ. Účastníci nejsou stálí a skupina je proto velmi různorodá a proměnlivá.

4.2 Použité metody

Výzkum probíhal pomocí etnografického přístupu, který se provádí s cílem získat holistický obraz určité skupiny. Důraz se klade na dokumentování každodennosti jedinců tím, že je pozorujeme a vedeme s nimi rozhovory. Hendl (2005) charakterizuje etnografický výzkum třemi znaky: delší setrvání ve skupině, pružný plán výzkumu a etnografické psaní.

1. Delší pobyt v terénu je důležitý pro odhalení a poznání chování skupiny. Etnograf se otevřeně nebo skrytě účastní života skupiny, pozoruje, co se děje, naslouchá, klade otázky a shromažďuje všechna různým způsobem dostupná data (Hammersley in Hendl, 2005).
2. Pružná strategie je potřebná, aby se etnograf dokázal přizpůsobit danostem situace. Aby dovedl přizpůsobit postup výzkumu a byl schopný najít rovnováhu mezi úsilím shromažďovat data a nároky situace. Můžeme používat kteroukoli

z metod získávání dat: zúčastněné pozorování, individuální rozhovory, rozhovory se skupinou, shromažďování artefaktů, historické a aktuální dokumenty, fotografie, video.

3. Základem etnografické práce je zaznamenávání pozorovaného, slyšeného a prožitého. Záznam se obvykle provádí následně a závisí na schopnosti výzkumníka pamatovat si informace a následně je zpracovat. Je to jeden z důvodů, proč se zápisy etnografického sledování nekryjí se skutečností. Jde o transformaci pozorovaného v autorský text, který má přesvědčit čtenáře, že hodnověrně zobrazuje realitu.

Jednou z forem etnografického přístupu je mikroetnografie (fokusovaná etnografie), která byla uplatňována při vytváření diplomové práce. Podle Hendla (2005) se v mikroetnografii uplatňuje pohled na vymezenou sociální jednotku nebo izolovanou skupinu lidí. Přestože je zaměřená na procesy uvnitř malé skupiny, usiluje o holistický pohled a kontextuální faktory.

4.2.1 Zúčastněné pozorování

Zúčastněné (participantní) pozorování patří mezi nejdůležitější metody kvalitativního výzkumu. Zahrnuje přímou účast na dění, pozorování, analýzu dokumentů, interview s účastníky situací a informanty. „*Participantním pozorováním je možné popsat, co se děje, kdo nebo co se zúčastňuje dění, kdy a kde se věci dějí, jak se objevují a proč. Tento způsob výzkumu je vhodný pro studium procesů, vztahů mezi lidmi a událostmi, organizací lidí a událostí, jevů, které trvají v čase i bezprostředního kontextu, v kterém se rozvíjí lidská existence*“ (Hendl, 1997; s. 138).

Pozorovatel nefunguje jako pasivní registrátor dat stojící mimo předmětovou oblast, nýbrž sám se účastní dění v sociální situaci. Je v osobním vztahu s pozorovanými, sbírá data, zatímco se účastní přirozených životních situací (Hendl, 1997). Úroveň účasti může být různá podle identity, kterou si pozorovatel v situaci zvolí. Pro potřeby této práce byla zvolena role **úplného účastníka**. Ten se stává rovnoprávným členem skupiny a o své totožnosti členy skupiny neinformuje. Jeho role je zatajena (Hendl, 1997; 2005).

4.2.2 Neformální rozhovor

Neformální rozhovor se spoléhá na spontánní generování otázek v přirozeném průběhu interakce. Informátor si ani nemusí uvědomit, že jde o explorační rozhovor. Neformální rozhovor zohledňuje individuální rozdíly a změny situace. „*Otázky jsou plně individualizovány, aby se dosáhlo hloubkové komunikace a využilo se prostředí a situace a aby se posílila konkrétnost a bezprostřednost rozhovoru*“ (Hendl, 2005).

4.2.3 Návrh kategoriálního systému

Kategoriální systémy slouží k provádění redukce dat. Využívají se při kódování záznamů rozhovorů, pozorování nebo dokumentů a dále při návrhů zobrazování dat. V této práci byl zvolen následující kategoriální systém.

Okolnosti: důvody a podněty k účasti

Účastníci: kdo se jednotlivých setkání účastní

Aktivita: jakým způsobem se účastníci zapojovali a podíleli na nabízených aktivitách

Přínos: co si účastníci myslí, jaké mají názory a pocity, co jim setkání přináší

Prostor a forma: kde se účastníci během setkání nacházeli, jakou formu arteterapie volili

Výtvarné techniky: jaké výtvarné techniky byly zvoleny a proč

Konverzace: jaká témata byla zvolena ke konverzaci mezi jednotlivými účastníky

4.3 Sběr dat

Sběru dat předcházelo studium dostupné odborné literatury, získávání vědomostí a dovedností během účasti na přednáškách, seminářích a kurzech. Například přednášky „*Estetika*“ a „*Umělecká výchova*“, kurzy „*Taneční výchova pro zdravotně postižené*“, „*Arteterapie*“, „*Didaktika arteterapie*“, „*Arteterapie a hapestetika*“, „*Arteterapie a životní labyrinty*“.

Vlastní získávání dat pak probíhalo způsobem, který odpovídá zvoleným a výše popsaným metodám etnografického přístupu: zúčastněným pozorováním a neformálními rozhovory. Výzkum byl proveden v prostorách Hospice sv. Jana Nepomuka Neumanna v Prachaticích. Výzkumník se zúčastňoval jednotlivých arteterapeutických setkání v roli dobrovolníka, aktivně se zapojoval do aktivit a nabízel dopomoc klientům, kteří ji potřebovali. V záznamech však jeho účast uvedena není. Výzkum probíhal po dobu pěti měsíců, zaznamenáno pak bylo 16 setkání.

Zjištěné a získané informace byly následně zapisovány a tříděny podle zvoleného kategoriálního systému. Jednotlivá setkání byla pro přehlednost zobrazena v tabulkách.

4.4 Analýza dat

Základním cílem etnografického výzkumu je podle Hendla (2005) poznat málo známé chování a kulturu nějaké sociální skupiny jedinců. Tento přístup je proto exploratorní a popisný. Po analýze a zhodnocení jednotlivých dat, byla vypracována etnografická narativní zpráva.

5 VÝSLEDKY A DISKUSE

Arteterapeutická setkání v Hospici sv. Jana Nepomuka Neumanna jsou svým způsobem ojedinělá a jedinečná. Získané výsledky nelze obecně aplikovat na ostatní hospice, neboť se jedná o oblast velmi individuální a specifickou, která je závislá na složení skupiny, na okolních podmínkách a prostředí.

Hospic sv. Jana Nepomuka Neumanna se nachází nedaleko centra města Prachatic. Je obklopen nádhernou zahradou a parkem, které mohou k odpočinku a relaxaci využívat jak klienti hospice, tak i veřejnost. Hospic nabízí 30 odborně specializovaných lůžek v 22 jednolůžkových a 4 dvojlůžkových pokojích. Součástí jsou i přistýlky pro doprovázející. Dále poskytuje respitní pobyty, poradenské služby a půjčovnu pomůcek. Atmosféra v hospici je velice vstřícná a přátelská, ošetrující personál je milý a v jeho chování lze vždy vidět úctu a lásku k člověku jako jedinečné a neopakovatelné bytosti.

Arteterapeutická setkání se pořádají pravidelně jednou týdně v odpoledních hodinách. Konají se v zimní zahradě, v letních měsících v hospicovém parku. Individuální arteterapie probíhá v pokojích klientů.

Na následujících stránkách je zaznamenáno 16 arteterapeutických setkání. Každý záznam obsahuje 7 tabulek, do kterých byly tříděny a zapisovány získané informace podle zvoleného kategoriálního systému.

1. Setkání

doba trvání: 1,5 - 2 hod.

hudební doprovod: ne

použitá výtvarná technika: BARVY DUHY

(malování na suché hedvábí, malování na mokré hedvábí)

Tabulka č. 1.1 Účastníci setkání

	celkem	KL	AT	DOB	OŠ	SE	LE	RPD	RPN
počet	6	3	1	1	1	1	-	1- pí. C	-

Legenda: KL- klient; AT- arteterapeut; DOB- dobrovolník; OŠ- ošetřovatel/ka; SE-zdravotní sestra; LE- lékař/ka; RPD-rodinný příslušník doprovázející klienta v hospici; RPN- rodinný příslušník, který je u klienta v hospici na návštěvě

Tabulka č. 2.1 Okolnosti účasti klientů

	poprvé	po několikáté	po předchozí motivaci	ze zvědavosti	se zájmem	bez většího zájmu	klient má zkušenost s výtvarnou činností
Paní A							
Paní B							
Paní C							
Pan D							

Legenda: žlutá- ženy; modrá-muži

Tabulka č. 3.1 Aktivita klientů

	aktivně	pasivně	s dopomocí	individuálně na pokoji	skupinově	mobilita
Paní A			MD			CHOD
Paní B			MD			CHOD
Paní C			VD			LU, VOM
Pan D		P				VO

Legenda: žlutá- ženy; modrá-muži

AT- arteterapeut; DOB- dobrovolník; OŠ- ošetřovatel/ka; SE-zdravotní sestra; LE-lékař/ka; RPD-rodinný příslušník doprovázející klienta v hospici; RPN- rodinný příslušník, který je u klienta v hospici na návštěvě

CHO- chodící klient; CHOD- klient s chodítkem; VO-klient na vozičku; LU-klient upoutaný na lůžko; VOM-velmi omezená mobilita

aktivně- účastní se tvorby, vytváří artefakt; **pasivně-** přihlíží, sleduje tvorbu ostatních; **N-** neúčastní se celého setkání, jen určitou dobu; **P-** během setkání opakovaně přichází a odchází; **dopomoc-** potřebuje pomoc jiných účastníků; **MD-** malá dopomoc (příprava výtvarného materiálu, míchání barev); **VD-** velká dopomoc (zásah do samotné tvorby klienta)

Tabulka č. 4.1 Co přináší setkání klientům

	nebýt sám	příležitost popovídat si	možnost tvořit	radost z činnosti, výrobku	vytvořit dárek pro blízké	úleva od bolesti	úleva od úzkosti	smysl života	nemyslet na nemoc a na smrt
Paní A									
Paní B				*					
Paní C									
Pan D									

Legenda: žlutá- ženy; modrá-muži; * ke svým výrobkům je velmi kritická

Tabulka č. 5.1 Aktivita ostatních účastníků

	AT	DOB	OŠ	SE	LE	RPD	RPN
aktivně							
pasivně			P	P			
dopomoc	MD, VD	MD	MD			MD	

Legenda: AT- arteterapeut; DOB- dobrovolník; OŠ- ošetřovatel/ka; SE-zdravotní sestra; LE-lékař/ka; RPD-rodinný příslušník doprovázející klienta v hospici; RPN- rodinný příslušník, který je u klienta v hospici na návštěvě

aktivně- účastní se tvorby, vytváří artefakt; **pasivně-** přihlíží, sleduje tvorbu ostatních; **N-** neúčastní se celého setkání, jen určitou dobu; **P-** během setkání opakovaně přichází a odchází; **dopomoc-** pomáhá klientům: **MD-** malá dopomoc (příprava výtvarného materiálu, míchání barev); **VD-** velká dopomoc (zásah do samotné tvorby klienta)

Tabulka č. 6.1 Co přináší setkání ostatním účastníkům

	radost, prožitek, pohlazení	pocit užitečnosti, sebehodnocení	potvrzení vlastní hodnoty	radost z radosti klientů	radost z činnosti	poznat klienty z jiné stránky	Odreagování, jiné myšlenky prevence syndromu vyhoření)
OŠ, SE, LE							
AT							
DOB							
RPD							
RPN							

Legenda: AT- arteterapeut; DOB- dobrovolník; OŠ- ošetřovatel/ka; SE-zdravotní sestra; LE-lékař/ka; RPD-rodinný příslušník doprovázející klienta v hospici; RPN- rodinný příslušník, který je u klienta v hospici na návštěvě

Tabulka č.7.1 Témata konverzace

rodina	vzpomínky na dětství	příběhy ze života	zaměstnání, záliby	právě konaná tvorba	nemoc	smrt

2. Setkání

doba trvání: 1,5 – 2 hod.

hudební doprovod: koncert studentek SPgŠ

použitá výtvarná technika: VESELÁ TRIČKA
(malování na textil)

Tabulka č.1.2 Účastníci setkání

	celkem	KL	AT	DOB	OŠ	SE	LE	RPD	RPN
počet	12	4	1	4	2	1	-	-	-

Legenda: **KL**- klient; **AT**- arteterapeut; **DOB**- dobrovolník; **OŠ**- ošetřovatel/ka; **SE**-zdravotní sestra; **LE**-lékař/ka; **RPD**-rodinný příslušník doprovázející klienta v hospici; **RPN**- rodinný příslušník, který je u klienta v hospici na návštěvě

Tabulka č. 2.2 Okolnosti účasti klientů

	poprvé	po několikáté	po předchozí motivaci	ze zvědavosti	se zájmem	bez většího zájmu	klient se této činnosti dříve věnoval
Paní A							
Paní B							
Pan D							
Paní E							

Legenda: **žlutá**- ženy; **modrá**-muži

Tabulka č. 3.2 Aktivita klientů

	aktivně	pasivně	s dopomocí	individuálně na pokoji	skupinově	mobilita
Paní A			MD			CHOD
Paní B			VD			CHOD
Pan D		P				VO
Paní E			MD			VO

Legenda: **žlutá**- ženy; **modrá**-muži

AT- arteterapeut; **DOB**- dobrovolník; **OŠ**- ošetřovatel/ka; **SE**-zdravotní sestra; **LE**-lékař/ka; **RPD**-rodinný příslušník doprovázející klienta v hospici; **RPN**- rodinný příslušník, který je u klienta v hospici na návštěvě

CHO- chodící klient; **CHOD**- klient s chodítkem; **VO**-klient na vozičku; **LU**-klient upoutaný na lůžko; **VOM**-velmi omezená mobilita

aktivně- účastní se tvorby, vytváří artefakt; **pasivně**- přihlíží, sleduje tvorbu ostatních; **N**- neúčastní se celého setkání, jen určitou dobu; **P**- během setkání opakovaně přichází a odchází; **dopomoc**- potřebuje pomoc jiných účastníků; **MD**- malá dopomoc (příprava výtvarného materiálu, míchání barev); **VD**-velká dopomoc (zásah do samotné tvorby klienta)

Tabulka č. 4.2 Co přináší setkání klientům

	nebýt sám	příležitost popovídat si	možnost tvořit	radost z činnosti, výrobku	vytvořit dárek pro blízké	úleva od bolesti	úleva od úzkosti	smysl života	nemyslet na nemoc a na smrt
Paní A									
Paní B				*					
Pan D									
Paní E									

Legenda: žlutá- ženy; modrá-muži; * ke svým výrobkům je velmi kritická

Tabulka č. 5.2 Aktivita ostatních účastníků

	AT	DOB	OŠ	SE	LE	RPD	RPN
aktivně							
pasivně			P	P			
dopomoc	MD, VD	MD					

Legenda: AT- arteterapeut; DOB- dobrovolník; OŠ- ošetřovatel/ka; SE-zdravotní sestra; LE-lékař/ka; RPD-rodinný příslušník doprovázející klienta v hospici; RPN- rodinný příslušník, který je u klienta v hospici na návštěvě

aktivně- účastní se tvorby, vytváří artefakt; **pasivně-** přihlíží, sleduje tvorbu ostatních; **N-** neúčastní se celého setkání, jen určitou dobu; **P-** během setkání opakovaně přichází a odchází; **dopomoc-** pomáhá klientům: **MD-** malá dopomoc (příprava výtvarného materiálu, míchání barev); **VD-**velká dopomoc (zásah do samotné tvorby klienta)

Tabulka č. 6.2 Co přináší setkání ostatním účastníkům

	radost, prožitek, pohlazení	pocit užitečnosti, sebehodnocení	potvrzení vlastní hodnoty	radost z radosti klientů	radost z činnosti	poznat klienty z jiné stránky	Odreagování, jiné myšlenky prevence syndromu vyhoření)
OŠ, SE,LE							
AT							
DOB							
RPD							
RPN							

Legenda: AT- arteterapeut; DOB- dobrovolník; OŠ- ošetřovatel/ka; SE-zdravotní sestra; LE-lékař/ka; RPD-rodinný příslušník doprovázející klienta v hospici; RPN- rodinný příslušník, který je u klienta v hospici na návštěvě

Tabulka č. 7.2 Témata konverzace

rodina	vzpomínky na dětství	příběhy ze života	zaměstnání, záliby	právě konaná tvorba	nemoc	smrt

3. Setkání

doba trvání: 2 hod.

hudební doprovod: ne

použitá výtvarná technika: **SVÍČEN PRO ČAJOVOU SVÍČKU**
(malba na sklo – malba na skleničky)

Tabulka č. 1.3 Účastníci setkání

	celkem	KL	AT	DOB	OŠ	SE	LE	RPD	RPN
počet	11	4	1	2	2	1	-	1(s)	-

Legenda: **KL**- klient; **AT**- arteterapeut; **DOB**- dobrovolník; **OŠ**- ošetřovatel/ka; **SE**-zdravotní sestra; **LE**-lékař/ka; **RPD**-rodinný příslušník doprovázející klienta v hospici; **RPN**- rodinný příslušník, který je u klienta v hospici na návštěvě; **(s)**- přichází sám bez klienta

Tabulka č. 2.3 Okolnosti účasti klientů

	poprvé	po několikáté	po předchozí motivaci	ze zvědavosti	se zájmem	bez většího zájmu	klient se této činnosti dříve věnoval
Paní A							
Paní B							
Paní E							
Paní F							

Legenda: **žlutá**- ženy; **modrá**-muži

Tabulka č. 3.3 Aktivita klientů

	aktivně	pasivně	s dopomocí	individuálně na pokoji	skupinově	mobilita
Paní A			MD			CHOD
Paní B		N				CHOD
Paní E		N				CHOD
Paní F		N				VO-VOM

Legenda: **žlutá**- ženy; **modrá**-muži

AT- arteterapeut; **DOB**- dobrovolník; **OŠ**- ošetřovatel/ka; **SE**- zdravotní sestra; **LE**-lékař/ka; **RPD**-rodinný příslušník doprovázející klienta v hospici; **RPN**- rodinný příslušník, který je u klienta v hospici na návštěvě

CHO- chodící klient; **CHOD**- klient s chodítkem; **VO**-klient na vozičku; **LU**-klient upoutaný na lůžko; **VOM**-velmi omezená mobilita

aktivně- účastní se tvorby, vytváří artefakt; **pasivně**- přihlíží, sleduje tvorbu ostatních; **N**- neúčastní se celého setkání, jen určitou dobu; **P**- během setkání opakovaně přichází a odchází ; **dopomoc**- potřebuje pomoc jiných účastníků; **MD**- malá dopomoc (příprava výtvarného materiálu, míchání barev); **VD**-velká dopomoc (zásah do samotné tvorby klienta)

Tabulka č. 4.3 Co přináší setkání klientům

	nebýt sám	příležitost popovídat si	možnost tvořit	radost z činnosti, výrobku	vytvořit dárek pro blízké	úleva od bolesti	úleva od úzkosti	smysl života	nemyslet na nemoc a na smrt
Paní A									
Paní B									
Paní E									
Paní F									

Legenda: žlutá- ženy; modrá-muži;

Tabulka č. 5.3 Aktivita ostatních účastníků

	AT	DOB	OŠ	SE	LE	RPD	RPN
aktivně			N	P			
pasivně							
dopomoc	MD						

Legenda: AT- arteterapeut; DOB- dobrovolník; OŠ- ošetřovatel/ka; SE-zdravotní sestra; LE-lékař/ka; RPD-rodinný příslušník doprovázející klienta v hospici; RPN- rodinný příslušník, který je u klienta v hospici na návštěvě

aktivně- účastní se tvorby, vytváří artefakt; **pasivně-** přihlíží, sleduje tvorbu ostatních; **N-** neúčastní se celého setkání, jen určitou dobu; **P-** během setkání opakovaně přichází a odchází; **dopomoc-** pomáhá klientům: **MD-** malá dopomoc (příprava výtvarného materiálu, míchání barev); **VD-** velká dopomoc (zásah do samotné tvorby klienta)

Tabulka č. 6.3 Co přináší setkání ostatním účastníkům

	radost, prožitek, pohlazení	pocit užitečnosti, sebehodnocení	potvrzení vlastní hodnoty	radost z radosti klientů	radost z činnosti	poznat klienty z jiné stránky	Odreagování, jiné myšlenky prevence syndromu vyhoření)
OŠ, SE, LE							
AT							
DOB							
RPD							
RPN							

Legenda: AT- arteterapeut; DOB- dobrovolník; OŠ- ošetřovatel/ka; SE-zdravotní sestra; LE-lékař/ka; RPD-rodinný příslušník doprovázející klienta v hospici; RPN- rodinný příslušník, který je u klienta v hospici na návštěvě

Tabulka č. 7.3 Témata konverzace

rodina	vzpomínky na dětství	příběhy ze života	zaměstnání, záliby	právě konaná tvorba	nemoc	smrt

4. Setkání

doba trvání: 2-2,5 hod.

hudební doprovod: koncert studentek SPgŠ

použitá výtvarná technika: ANĚLÍČCI

(práce s keramickou hlinou)

Tabulka č. 1.4 Účastníci setkání

	celkem	KL	AT	DOB	OŠ	SE	LE	RPD	RPN
počet	13	4	1	5	1	1	-	-	1-pí. B

Legenda: KL- klient; AT- arteterapeut; DOB- dobrovolník; OŠ- ošetřovatel/ka; SE- zdravotní sestra; LE- lékař/ka; RPD-rodinný příslušník doprovázející klienta v hospici; RPN- rodinný příslušník, který je u klienta v hospici na návštěvě

Tabulka č. 2.4 Okolnosti účasti klientů

	poprvé	po několikáté	po předchozí motivaci	ze zvědavosti	se zájmem	bez většího zájmu	klient se této činnosti dříve věnoval
Paní A							
Paní B							
Pan D							
Paní E							
Paní F							

Legenda: žlutá- ženy; modrá-muži

Tabulka č. 3.4 Aktivita klientů

	aktivně	pasivně	s dopomocí	individuálně na pokoji	skupinově	mobilita
Paní A			MD			VO
Paní B			VD			VO
Pan D		P				VO
Paní E			VD			VO
Paní F						VO-VOM

Legenda: žlutá- ženy; modrá-muži

AT- arteterapeut; DOB- dobrovolník; OŠ- ošetřovatel/ka; SE- zdravotní sestra; LE- lékař/ka; RPD- rodinný příslušník doprovázející klienta v hospici; RPN- rodinný příslušník, který je u klienta v hospici na návštěvě

CHO- chodící klient; CHOD- klient s chodítkem; VO- klient na vozičku; LU- klient upoutaný na lůžko; VOM- velmi omezená mobilita

aktivně- účastní se tvorby, vytváří artefakt; **pasivně-** přihlíží, sleduje tvorbu ostatních; **N-** neúčastní se celého setkání, jen určitou dobu; **P-** během setkání opakovaně přichází a odchází; **dopomoc-** potřebuje pomoc jiných účastníků: **MD-** malá dopomoc (příprava výtvarného materiálu, míchání barev); **VD-** velká dopomoc (zásah do samotné tvorby klienta)

Tabulka č. 4.4 Co přináší setkání klientům

	nebýt sám	příležitost popovídat si	možnost tvořit	radost z činnosti, výrobku	vytvořit dárek pro blízké	úleva od bolesti	úleva od úzkosti	smysl života	nemyslet na nemoc a na smrt
Paní A									
Paní B				*					
Pan D									
Paní E									
Paní F									

Legenda: žlutá- ženy; modrá-muži; * ke svým výrobkům je velmi kritická

Tabulka č. 5.4 Aktivita ostatních účastníků

	AT	DOB	OŠ	SE	LE	RPD	RPN
aktivně							
pasivně			P	P			
dopomoc	MD, VD	MD, VD					MD

Legenda: AT- arteterapeut; DOB- dobrovolník; OŠ- ošetřovatel/ka; SE-zdravotní sestra; LE-lékař/ka; RPD-rodinný příslušník doprovázející klienta v hospici; RPN- rodinný příslušník, který je u klienta v hospici na návštěvě

aktivně- účastní se tvorby, vytváří artefakt; **pasivně-** přihlíží, sleduje tvorbu ostatních; **N-** neúčastní se celého setkání, jen určitou dobu; **P-** během setkání opakovaně přichází a odchází; **dopomoc-** pomáhá klientům: **MD-** malá dopomoc (příprava výtvarného materiálu, míchání barev); **VD-** velká dopomoc (zásah do samotné tvorby klienta)

Tabulka č. 6.4 Co přináší setkání ostatním účastníkům

	radost, prožitek, pohlázení	pocit užitečnosti, sebehodnocení	potvrzení vlastní hodnoty	radost z radosti klientů	radost z činnosti	poznat klienty z jiné stránky	Odreagování, jiné myšlenky prevence syndromu vyhoření
OŠ, SE, LE							
AT							
DOB							
RPD							
RPN							

Legenda: AT- arteterapeut; DOB- dobrovolník; OŠ- ošetřovatel/ka; SE-zdravotní sestra; LE-lékař/ka; RPD-rodinný příslušník doprovázející klienta v hospici; RPN- rodinný příslušník, který je u klienta v hospici na návštěvě

Tabulka č. 7.4 Témata konverzace

rodina	vzpomínky na dětství	příběhy ze života	zaměstnání, záliby	právě konaná tvorba	nemoc	smrt

5. Setkání

doba trvání: 1,5 – 2 hod.

hudební doprovod: ne

použitá výtvarná technika: **OBRÁZEK**

(decoupage – ubrousková technika (výroba obrázků 15x15 cm))

Tabulka č. 1.5 Účastníci setkání

	celkem	KL	AT	DOB	OŠ	SE	LE	RPD	RPN
počet	11	5	1	2	1	1	-	-	1-pí. B

Legenda: **KL**- klient; **AT**- arteterapeut; **DOB**- dobrovolník; **OŠ**- ošetřovatel/ka; **SE**-zdravotní sestra; **LE**-lékař/ka; **RPD**-rodinný příslušník doprovázející klienta v hospici; **RPN**- rodinný příslušník, který je u klienta v hospici na návštěvě

Tabulka č. 2.5 Okolnosti účasti klientů

	poprvé	po několikáté	po předchozí motivaci	ze zvědavosti	se zájmem	bez většího zájmu	klient se této činnosti dříve věnoval
Paní A							
Paní B							
Pan D							
Paní E							
Paní F							

Legenda: **žlutá**- ženy; **modrá**-muži

Tabulka č. 3.5 Aktivita klientů

	aktivně	pasivně	s dopomocí	individuálně na pokoji	skupinově	mobilita
Paní A			MD			VO
Paní B			MD			VO
Pan D	*		MD			VO
Paní E			MD			VO
Paní F						VO-VOM

Legenda: **žlutá**- ženy; **modrá**-muži

AT- arteterapeut; **DOB**- dobrovolník; **OŠ**- ošetřovatel/ka; **SE**-zdravotní sestra; **LE**-lékař/ka; **RPD**-rodinný příslušník doprovázející klienta v hospici; **RPN**- rodinný příslušník, který je u klienta v hospici na návštěvě

CHO- chodící klient; **CHOD**- klient s chodítkem; **VO**-klient na vozičku; **LU**-klient upoutaný na lůžko; **VOM**-velmi omezená mobilita

aktivně- účastní se tvorby, vytváří artefakt; **pasivně**- přihlíží, sleduje tvorbu ostatních; **N**- neúčastní se celého setkání, jen určitou dobu; **P**- během setkání opakovaně přichází a odchází; **dopomoc**- potřebuje pomoc jiných účastníků: **MD**- malá dopomoc (příprava výtvarného materiálu, míchání barev); **VD**-velká dopomoc (zásah do samotné tvorby klienta); * natírá podkladové plchy latexem

Tabulka č. 4.5 Co přináší setkání klientům

	nebýt sám	příležitost popovídat si	možnost tvořit	radost z činnosti, výrobku	vytvořit dárek pro blízké	úleva od bolesti	úleva od úzkosti	smysl života	nemyslet na nemoc a na smrt
Paní A									
Paní B									
Pan D				*					
Paní E									
Paní F									

Legenda: žlutá- ženy; modrá-muži; * obrázek nevytvořil, pouze natíral

Tabulka č. 5.5 Aktivita ostatních účastníků

	AT	DOB	OŠ	SE	LE	RPD	RPN
aktivně							
pasivně			P	P			
dopomoc	MD	MD					MD

Legenda: AT- arteterapeut; DOB- dobrovolník; OŠ- ošetřovatel/ka; SE-zdravotní sestra; LE-lékař/ka; RPD-rodinný příslušník doprovázející klienta v hospici; RPN- rodinný příslušník, který je u klienta v hospici na návštěvě

aktivně- účastní se tvorby, vytváří artefakt; **pasivně-** přihlíží, sleduje tvorbu ostatních; **N-** neúčastní se celého setkání, jen určitou dobu; **P-** během setkání opakovaně přichází a odchází; **dopomoc-** pomáhá klientům: **MD-** malá dopomoc (příprava výtvarného materiálu, míchání barev); **VD-** velká dopomoc (zásah do samotné tvorby klienta)

Tabulka č. 6.5 Co přináší setkání ostatním účastníkům

	radost, prožitek, pohlázení	pocit užitečnosti, sebehodnocení	potvrzení vlastní hodnoty	radost z radosti klientů	radost z činnosti	poznat klienty z jiné stránky	Odreagování, jiné myšlenky prevence syndromu vyhoření)
OŠ, SE, LE							
AT							
DOB							
RPD							
RPN							

Legenda: AT- arteterapeut; DOB- dobrovolník; OŠ- ošetřovatel/ka; SE-zdravotní sestra; LE-lékař/ka; RPD-rodinný příslušník doprovázející klienta v hospici; RPN- rodinný příslušník, který je u klienta v hospici na návštěvě

Tabulka č. 7.5 Témata konverzace

rodina	vzpomínky na dětství	příběhy ze života	zaměstnání, záliby	právě konaná tvorba	nemoc	smrt

6. Setkání

doba trvání: 1-1,5 hod.

hudební doprovod: ne

použitá výtvarná technika: **DEKOROVÁNÍ KERAMICKÝCH MISEK**
(decoupage – ubrousková technika)

Tabulka č. 1.6 Účastníci setkání

	celkem	KL	AT	DOB	OŠ	SE	LE	RPD	RPN
počet	9	4	1	1	1	1	-	1- pí. G	-

Legenda: **KL-** klient; **AT-** arteterapeut; **DOB-** dobrovolník; **OŠ-** ošetřovatel/ka; **SE-** zdravotní sestra; **LE-** lékař/ka; **RPD-** rodinný příslušník doprovázející klienta v hospici; **RPN-** rodinný příslušník, který je u klienta v hospici na návštěvě

Tabulka č. 2.6 Okolnosti účasti klientů

	poprvé	po několikáté	po předchozí motivaci	ze zvědavosti	se zájmem	bez většího zájmu	klient se této činnosti dříve věnoval
Paní A							
Paní B							
Paní E							
Paní G			*				

Legenda: **žlutá-** ženy; **modrá-** muži; * paní je velice smutná, plačtivá, její doprovázející je úzkostný až nervózní

Tabulka č. 3.6 Aktivita klientů

	aktivně	pasivně	s dopomocí	individuálně na pokoji	skupinově	mobilita
Paní A			MD			VO
Paní B			MD			VO
Paní E			MD			VO
Paní G			MD			CHO

Legenda: **žlutá-** ženy; **modrá-** muži

AT- arteterapeut; **DOB-** dobrovolník; **OŠ-** ošetřovatel/ka; **SE-** zdravotní sestra; **LE-** lékař/ka; **RPD-** rodinný příslušník doprovázející klienta v hospici; **RPN-** rodinný příslušník, který je u klienta v hospici na návštěvě

CHO- chodící klient; **CHOD-** klient s chodítkem; **VO-** klient na vozičku; **LU-** klient upoutaný na lůžko; **VOM-** velmi omezená mobilita

aktivně- účastní se tvorby, vytváří artefakt; **pasivně-** přihlíží, sleduje tvorbu ostatních; **N-** neúčastní se celého setkání, jen určitou dobu; **P-** během setkání opakovaně přichází a odchází; **dopomoc-** potřebuje pomoc jiných účastníků; **MD-** malá dopomoc (příprava výtvarného materiálu, míchání barev); **VD-** velká dopomoc (zásah do samotné tvorby klienta)

Tabulka č. 4.6 Co přináší setkání klientům

	nebýt sám	příležitost popovídat si	možnost tvořit	radost z činnosti, výrobku	vytvořit dárek pro blízké	úleva od bolesti	úleva od úzkosti	smysl života	nemyslet na nemoc a na smrt
Paní A									
Paní B				*					
Paní E									
Paní G									

Legenda: žlutá- ženy; modrá-muži; ke své práci je velmi kritická

Tabulka č. 5.6 Aktivita ostatních účastníků

	AT	DOB	OŠ	SE	LE	RPD	RPN
aktivně							
pasivně			P	P			
dopomoc	MD	MD				MD	

Legenda: AT- arteterapeut; DOB- dobrovolník; OŠ- ošetřovatel/ka; SE-zdravotní sestra; LE-lékař/ka; RPD-rodinný příslušník doprovázející klienta v hospici; RPN- rodinný příslušník, který je u klienta v hospici na návštěvě

aktivně- účastní se tvorby, vytváří artefakt; **pasivně-** přihlíží, sleduje tvorbu ostatních; **N-** neúčastní se celého setkání, jen určitou dobu; **P-** během setkání opakovaně přichází a odchází; **dopomoc-** pomáhá klientům: **MD-** malá dopomoc (příprava výtvarného materiálu, míchání barev); **VD-** velká dopomoc (zásah do samotné tvorby klienta)

Tabulka č. 6.6 Co přináší setkání ostatním účastníkům

	radost, prožitek, pohlazení	pocit užitečnosti, sebehodnocení	potvrzení vlastní hodnoty	radost z radosti klientů	radost z činnosti	poznat klienty z jiné stránky	Odreagování, jiné myšlenky prevence syndromu vyhoření)
OŠ, SE, LE							
AT							
DOB							
RPD	*						
RPN							

Legenda: AT- arteterapeut; DOB- dobrovolník; OŠ- ošetřovatel/ka; SE-zdravotní sestra; LE-lékař/ka; RPD-rodinný příslušník doprovázející klienta v hospici; RPN- rodinný příslušník, který je u klienta v hospici na návštěvě; * doprovázející byl v neustálém napětí, raději by co nejdříve odešel

Tabulka č. 7.6 Témata konverzace

rodina	vzpomínky na dětství	příběhy ze života	zaměstnání, záliby	právě konaná tvorba	nemoc	smrt

7. Setkání

doba trvání: 1,5 hod.

hudební doprovod: ne

použitá výtvarná technika: KVĚTINY

(malování na suché hedvábí, malování na mokré hedvábí)

Tabulka č. 1.7 Účastníci setkání

	celkem	KL	AT	DOB	OŠ	SE	LE	RPD	RPN
počet	7	2	1	1	1	-	-	-	2- pí. H

Legenda: **KL**- klient; **AT**- arteterapeut; **DOB**- dobrovolník; **OŠ**- ošetřovatel/ka; **SE**-zdravotní sestra; **LE**-lékař/ka; **RPD**-rodinný příslušník doprovázející klienta v hospici; **RPN**- rodinný příslušník, který je u klienta v hospici na návštěvě

Tabulka č. 2.7 Okolnosti účasti klientů

	poprvé	po několikáté	po předchozí motivaci	ze zvědavosti	se zájmem	bez většího zájmu	klient se této činnosti dříve věnoval
Paní A							
Paní F							
Paní H							

Legenda: žlutá- ženy; modrá-muži

Tabulka č. 3.7 Aktivita klientů

	aktivně	pasivně	s dopomocí	individuálně na pokoji	skupinově	mobilita
Paní A			MD			VO
Paní F						VO-VOM
Paní H			MD			VO

Legenda: žlutá- ženy; modrá-muži

AT- arteterapeut; **DOB**- dobrovolník; **OŠ**- ošetřovatel/ka; **SE**-zdravotní sestra; **LE**-lékař/ka; **RPD**-rodinný příslušník doprovázející klienta v hospici; **RPN**- rodinný příslušník, který je u klienta v hospici na návštěvě

CHO- chodící klient; **CHOD**- klient s chodítkem; **VO**-klient na vozičku; **LU**-klient upoutaný na lůžko; **VOM**-velmi omezená mobilita

aktivně- účastní se tvorby, vytváří artefakt; **pasivně**- přihlíží, sleduje tvorbu ostatních; **N**- neúčastní se celého setkání, jen určitou dobu; **P**- během setkání opakovaně přichází a odchází; **dopomoc**- potřebuje pomoc jiných účastníků; **MD**- malá dopomoc (příprava výtvarného materiálu, míchání barev); **VD**-velká dopomoc (zásah do samotné tvorby klienta)

Tabulka č. 4.7 Co přináší setkání klientům

	nebýt sám	příležitost popovídat si	možnost tvořit	radost z činnosti, výrobku	vytvořit dárek pro blízké	úleva od bolesti	úleva od úzkosti	smysl života	nemyslet na nemoc a na smrt
Paní A									
Paní F									
Paní H									

Legenda: žlutá- ženy; modrá-muži

Tabulka č. 5.7 Aktivita ostatních účastníků

	AT	DOB	OŠ	SE	LE	RPD	RPN
aktivně							
pasivně			P				
dopomoc	MD						MD

Legenda: AT- arteterapeut; DOB- dobrovolník; OŠ- ošetřovatel/ka; SE-zdravotní sestra; LE-lékař/ka; RPD-rodinný příslušník doprovázející klienta v hospici; RPN- rodinný příslušník, který je u klienta v hospici na návštěvě

aktivně- účastní se tvorby, vytváří artefakt; **pasivně-** přihlíží, sleduje tvorbu ostatních; **N-** neúčastní se celého setkání, jen určitou dobu; **P-** během setkání opakovaně přichází a odchází; **dopomoc-** pomáhá klientům: **MD-** malá dopomoc (příprava výtvarného materiálu, míchání barev); **VD-** velká dopomoc (zásah do samotné tvorby klienta)

Tabulka č. 6.7 Co přináší setkání ostatním účastníkům

	radost, prožitek, pohlazení	pocit užitečnosti, sebehodnocení	potvrzení vlastní hodnoty	radost z radosti klientů	radost z činnosti	poznat klienty z jiné stránky	Odreagování, jiné myšlenky prevence syndromu vyhoření)
OŠ, SE, LE							
AT							
DOB							
RPD							
RPN							

Legenda: AT- arteterapeut; DOB- dobrovolník; OŠ- ošetřovatel/ka; SE-zdravotní sestra; LE-lékař/ka; RPD-rodinný příslušník doprovázející klienta v hospici; RPN- rodinný příslušník, který je u klienta v hospici na návštěvě

Tabulka č. 7.7 Témata konverzace

rodina	vzpomínky na dětství	příběhy ze života	zaměstnání, záliby	právě konaná tvorba	nemoc	smrt

8. Setkání

doba trvání: 2-2,5 hod.

hudební doprovod: kytarový koncert studentek SPgŠ

použitá výtvarná technika: **KERAMICKÝ SVÍCEN**
(práce s keramickou hlinou)

Tabulka č. 1.8 Účastníci setkání

	celkem	KL	AT	DOB	OŠ	SE	LE	RPD	RPN
počet	14	5	1	6	1	1	-	-	-

Legenda: **KL**- klient; **AT**- arteterapeut; **DOB**- dobrovolník; **OŠ**- ošetřovatel/ka; **SE**-zdravotní sestra; **LE**-lékař/ka; **RPD**-rodinný příslušník doprovázející klienta v hospici; **RPN**- rodinný příslušník, který je u klienta v hospici na návštěvě

Tabulka č. 2.8 Okolnosti účasti klientů

	poprvé	po několikáté	po předchozí motivaci	ze zvědavosti	se zájmem	bez většího zájmu	klient se této činnosti dříve věnoval
Paní A							
Paní B							
Paní E							
Paní F							
Pan I							

Legenda: žlutá- ženy; modrá-muži

Tabulka č. 3.8 Aktivita klientů

	aktivně	pasivně	s dopomocí	individuálně na pokoji	skupinově	mobilita
Paní A			MD			VO
Paní B			VD			VO
Paní E			VD			VO
Paní F						VO-VOM
Pan I						VO-VOM

Legenda: žlutá- ženy; modrá-muži

AT- arteterapeut; **DOB**- dobrovolník; **OŠ**- ošetřovatel/ka; **SE**-zdravotní sestra; **LE**-lékař/ka; **RPD**-rodinný příslušník doprovázející klienta v hospici; **RPN**- rodinný příslušník, který je u klienta v hospici na návštěvě

CHO- chodící klient; **CHOD**- klient s chodítkem; **VO**-klient na vozičku; **LU**-klient upoutaný na lůžko; **VOM**-velmi omezená mobilita

aktivně- účastní se tvorby, vytváří artefakt; **pasivně**- přihlíží, sleduje tvorbu ostatních; **N**- neúčastní se celého setkání, jen určitou dobu; **P**- během setkání opakovaně přichází a odchází; **dopomoc**- potřebuje pomoc jiných účastníků; **MD**- malá dopomoc (příprava výtvarného materiálu, míchání barev); **VD**-velká dopomoc (zásah do samotné tvorby klienta)

Tabulka č. 4.8 Co přináší setkání klientům

	nebýt sám	příležitost popovídat si	možnost tvořit	radost z činnosti, výrobku	vytvořit dárek pro blízké	úleva od bolesti	úleva od úzkosti	smysl života	nemyslet na nemoc a na smrt
Paní A									
Paní B				*					
Paní E									
Paní F									
Pan I									

Legenda: žlutá- ženy; modrá-muži; *je velmi kritická ke své tvorbě

Tabulka č. 5.8 Aktivita ostatních účastníků

	AT	DOB	OŠ	SE	LE	RPD	RPN
aktivně			N				
pasivně				P			
dopomoc	MD, VD	MD					

Legenda: AT- arteterapeut; DOB- dobrovolník; OŠ- ošetřovatel/ka; SE-zdravotní sestra; LE-lékař/ka; RPD-rodinný příslušník doprovázející klienta v hospici; RPN- rodinný příslušník, který je u klienta v hospici na návštěvě

aktivně- účastní se tvorby, vytváří artefakt; **pasivně-** přihlíží, sleduje tvorbu ostatních; **N-** neúčastní se celého setkání, jen určitou dobu; **P-** během setkání opakovaně přichází a odchází; **dopomoc-** pomáhá klientům: **MD-** malá dopomoc (příprava výtvarného materiálu, míchání barev); **VD-**velká dopomoc (zásah do samotné tvorby klienta)

Tabulka č. 6.8 Co přináší setkání ostatním účastníkům

	radost, prožitek, pohlazení	pocit užitečnosti, sebehodnocení	potvrzení vlastní hodnoty	radost z radosti klientů	radost z činnosti	poznat klienty z jiné stránky	Odreagování, jiné myšlenky prevence syndromu vyhoření)
OŠ, SE,LE							
AT							
DOB							
RPD							
RPN							

Legenda: AT- arteterapeut; DOB- dobrovolník; OŠ- ošetřovatel/ka; SE-zdravotní sestra; LE-lékař/ka; RPD-rodinný příslušník doprovázející klienta v hospici; RPN- rodinný příslušník, který je u klienta v hospici na návštěvě

Tabulka č. 7.8 Témata konverzace

rodina	vzpomínky na dětství	příběhy ze života	zaměstnání, záliby	právě konaná tvorba	nemoc	smrt

9. Setkání

doba trvání: 1,5 -2 hod.

hudební doprovod: koncert studentek SPgŠ

použitá výtvarná technika: MOTÝLI

(malování na suché hedvábí, malování na mokré hedvábí)

Tabulka č. 1.9 Účastníci setkání

	celkem	KL	AT	DOB	OŠ	SE	LE	RPD	RPN
počet	10	3	1	5	1	-	-	-	-

Legenda: **KL**- klient; **AT**- arteterapeut; **DOB**- dobrovolník; **OŠ**- ošetřovatel/ka; **SE**-zdravotní sestra; **LE**-lékař/ka; **RPD**-rodinný příslušník doprovázející klienta v hospici; **RPN**- rodinný příslušník, který je u klienta v hospici na návštěvě

Tabulka č. 2.9 Okolnosti účasti klientů

	poprvé	po několikáté	po předchozí motivaci	ze zvědavosti	se zájmem	bez většího zájmu	klient se této činnosti dříve věnoval
Paní A							
Paní B							
Paní E							
Pan D							

Legenda: **žlutá**- ženy; **modrá**-muži

Tabulka č. 3.9 Aktivita klientů

	aktivně	pasivně	s dopomocí	individuálně na pokoji	skupinově	mobilita
Paní A			MD			VO
Paní B	N		MD			VO
Paní E		N				VO
Pan D		P				VO

Legenda: **žlutá**- ženy; **modrá**-muži

AT- arteterapeut; **DOB**- dobrovolník; **OŠ**- ošetřovatel/ka; **SE**-zdravotní sestra; **LE**-lékař/ka; **RPD**-rodinný příslušník doprovázející klienta v hospici; **RPN**- rodinný příslušník, který je u klienta v hospici na návštěvě

CHO- chodící klient; **CHOD**- klient s chodítkem; **VO**-klient na vozičku; **LU**-klient upoutaný na lůžko; **VOM**-velmi omezená mobilita

aktivně- účastní se tvorby, vytváří artefakt; **pasivně**- přihlíží, sleduje tvorbu ostatních; **N**- neúčastní se celého setkání, jen určitou dobu; **P**- během setkání opakovaně přichází a odchází; **dopomoc**- potřebuje pomoc jiných účastníků; **MD**- malá dopomoc (příprava výtvarného materiálu, míchání barev); **VD**-velká dopomoc (zásah do samotné tvorby klienta)

Tabulka č. 4.9 Co přináší setkání klientům

	nebýt sám	příležitost popovídat si	možnost tvořit	radost z činnosti, výrobku	vytvořit dárek pro blízké	úleva od bolesti	úleva od úzkosti	smysl života	nemyslet na nemoc a na smrt
Paní A									
Paní B									
Paní E									
Pan D									

Legenda: žlutá- ženy; modrá-muži

Tabulka č. 5.9 Aktivita ostatních účastníků

	AT	DOB	OŠ	SE	LE	RPD	RPN
aktivně							
pasivně			P				
dopomoc	MD	MD					

Legenda: AT- arteterapeut; DOB- dobrovolník; OŠ- ošetřovatel/ka; SE-zdravotní sestra; LE-lékař/ka; RPD-rodinný příslušník doprovázející klienta v hospici; RPN- rodinný příslušník, který je u klienta v hospici na návštěvě

aktivně- účastní se tvorby, vytváří artefakt; **pasivně-** přihlíží, sleduje tvorbu ostatních; **N-** neúčastní se celého setkání, jen určitou dobu; **P-** během setkání opakovaně přichází a odchází; **dopomoc-** pomáhá klientům: **MD-** malá dopomoc (příprava výtvarného materiálu, míchání barev); **VD-** velká dopomoc (zásah do samotné tvorby klienta)

Tabulka č. 6.9 Co přináší setkání ostatním účastníkům

	radost, prožitek, pohlazení	pocit užitečnosti, sebehodnocení	potvrzení vlastní hodnoty	radost z radosti klientů	radost z činnosti	poznat klienty z jiné stránky	Odragování, jiné myšlenky prevence syndromu vyhoření)
OŠ, SE, LE							
AT							
DOB							
RPD							
RPN							

Legenda: AT- arteterapeut; DOB- dobrovolník; OŠ- ošetřovatel/ka; SE-zdravotní sestra; LE-lékař/ka; RPD-rodinný příslušník doprovázející klienta v hospici; RPN- rodinný příslušník, který je u klienta v hospici na návštěvě

Tabulka č. 7.9 Témata konverzace

rodina	vzpomínky na dětství	příběhy ze života	zaměstnání, záliby	právě konaná tvorba	nemoc	smrt

10. Setkání

doba trvání: 1,5 - 2 hod.

hudební doprovod: ne

použitá výtvarná technika: **DEKOROVÁNÍ KERAMICKÝCH KVĚTINÁČŮ**
(decoupage – ubrousková technika)

Tabulka č. 1.10 Účastníci setkání

	celkem	KL	AT	DOB	OŠ	SE	LE	RPD	RPN
počet	7	4	1	1	1	-	-	-	-

Legenda: **KL-** klient; **AT-** arteterapeut; **DOB-** dobrovolník; **OŠ-** ošetřovatel/ka; **SE-** zdravotní sestra; **LE-** lékař/ka; **RPD-**rodinný příslušník doprovázející klienta v hospici; **RPN-** rodinný příslušník, který je u klienta v hospici na návštěvě

Tabulka č. 2.10 Okolnosti účasti klientů

	poprvé	po několikáté	po předchozí motivaci	ze zvědavosti	se zájmem	bez většího zájmu	klient se této činnosti dříve věnoval
Paní A							
Paní E							
Paní J							
Pan D							

Legenda: **žlutá-** ženy; **modrá-**muži

Tabulka č. 3.10 Aktivita klientů

	aktivně	pasivně	s dopomocí	individuálně na pokoji	skupinově	mobilita
Paní A			MD			VO
Paní E			MD			VO
Paní J			MD			LU**
Pan D		P				VO

Legenda: **žlutá-** ženy; **modrá-**muži

AT- arteterapeut; **DOB-** dobrovolník; **OŠ-** ošetřovatel/ka; **SE-** zdravotní sestra; **LE-**lékař/ka; **RPD-**rodinný příslušník doprovázející klienta v hospici; **RPN-** rodinný příslušník, který je u klienta v hospici na návštěvě

CHO- chodící klient; **CHOD-** klient s chodítkem; **VO-**klient na vozičku; **LU-**klient upoutaný na lůžko; **VOM-**velmi omezená mobilita; ****paní** může ležet jen na břiše

aktivně- účastní se tvorby, vytváří artefakt; **pasivně-** přihlíží, sleduje tvorbu ostatních; **N-** neúčastní se celého setkání, jen určitou dobu; **P-** během setkání opakovaně přichází a odchází; **dopomoc-** potřebuje pomoc jiných účastníků; **MD-** malá dopomoc (příprava výtvarného materiálu, míchání barev); **VD-**velká dopomoc (zásah do samotné tvorby klienta);

Tabulka č. 4.10 Co přináší setkání klientům

	nebýt sám	příležitost popovídat si	možnost tvořit	radost z činnosti, výrobku	vytvořit dárek pro blízké	úleva od bolesti	úleva od úzkosti	smysl života	nemyslet na nemoc a na smrt
Paní A									
Paní E									
Paní J									
Pan D									

Legenda: žlutá- ženy; modrá-muži

Tabulka č. 5.10 Aktivita ostatních účastníků

	AT	DOB	OŠ	SE	LE	RPD	RPN
aktivně			N				
pasivně							
dopomoc	MD	MD	MD				

Legenda: AT- arteterapeut; DOB- dobrovolník; OŠ- ošetřovatel/ka; SE-zdravotní sestra; LE-lékař/ka; RPD-rodinný příslušník doprovázející klienta v hospici; RPN- rodinný příslušník, který je u klienta v hospici na návštěvě

aktivně- účastní se tvorby, vytváří artefakt; **pasivně-** přihlíží, sleduje tvorbu ostatních; **N-** neúčastní se celého setkání, jen určitou dobu; **P-** během setkání opakovaně přichází a odchází; **dopomoc-** pomáhá klientům: **MD-** malá dopomoc (příprava výtvarného materiálu, míchání barev); **VD-** velká dopomoc (zásah do samotné tvorby klienta)

Tabulka č. 6.10 Co přináší setkání ostatním účastníkům

	radost, prožitek, pohlazení	pocit užitečnosti, sebehodnocení	potvrzení vlastní hodnoty	radost z radosti klientů	radost z činnosti	poznat klienty z jiné stránky	Odreagování, jiné myšlenky prevence syndromu vyhoření)
OŠ, SE, LE							
AT							
DOB							
RPD							
RPN							

Legenda: AT- arteterapeut; DOB- dobrovolník; OŠ- ošetřovatel/ka; SE-zdravotní sestra; LE-lékař/ka; RPD-rodinný příslušník doprovázející klienta v hospici; RPN- rodinný příslušník, který je u klienta v hospici na návštěvě

Tabulka č. 7.10 Témata konverzace

rodina	vzpomínky na dětství	příběhy ze života	zaměstnání, záliby	právě konaná tvorba	nemoc	smrt

11. Setkání

doba trvání: 2 hod.

hudební doprovod: koncert studentek SPgŠ

použitá výtvarná technika: PTÁČCI (závěs)

(práce s keramickou hlínou)

Tabulka č. 1.11 Účastníci setkání

	celkem	KL	AT	DOB	OŠ	SE	LE	RPD	RPN
počet	9	3	1	4	1	-	-	-	-

Legenda: **KL**- klient; **AT**- arteterapeut; **DOB**- dobrovolník; **OŠ**- ošetřovatel/ka; **SE**-zdravotní sestra; **LE**-lékař/ka; **RPD**-rodinný příslušník doprovázející klienta v hospici; **RPN**- rodinný příslušník, který je u klienta v hospici na návštěvě

Tabulka č. 2.11 Okolnosti účasti klientů

	poprvé	po několikáté	po předchozí motivaci	ze zvědavosti	se zájmem	bez většího zájmu	klient se této činnosti dříve věnoval
Paní A							
Paní J							
Pan K							

Legenda: žlutá- ženy; modrá-muži

Tabulka č. 3.11 Aktivita klientů

	aktivně	pasivně	s dopomocí	individuálně na pokoji	skupinově	mobilita
Paní A			MD			VO
Paní J			MD			LU**
Pan K						CHO

Legenda: žlutá- ženy; modrá-muži

AT- arteterapeut; **DOB**- dobrovolník; **OŠ**- ošetřovatel/ka; **SE**-zdravotní sestra; **LE**-lékař/ka; **RPD**-rodinný příslušník doprovázející klienta v hospici; **RPN**- rodinný příslušník, který je u klienta v hospici na návštěvě

CHO- chodící klient; **CHOD**- klient s chodítkem; **VO**-klient na vozičku; **LU**-klient upoutaný na lůžko; **VOM**-velmi omezená mobilita; **paní může ležet jen na břiše

aktivně- účastní se tvorby, vytváří artefakt; **pasivně**- přihlíží, sleduje tvorbu ostatních; **N**- neúčastní se celého setkání, jen určitou dobu; **P**- během setkání opakovaně přichází a odchází; **dopomoc**- potřebuje pomoc jiných účastníků; **MD**- malá dopomoc (příprava výtvarného materiálu, míchání barev); **VD**-velká dopomoc (zásah do samotné tvorby klienta)

Tabulka č. 4.11 Co přináší setkání klientům

	nebýt sám	příležitost popovídat si	možnost tvořit	radost z činnosti, výrobku	vytvořit dárek pro blízké	úleva od bolesti	úleva od úzkosti	smysl života	nemyslet na nemoc a na smrt
Paní A									
Paní J									
Pan K									

Legenda: žlutá- ženy; modrá-muži

Tabulka č. 5.11 Aktivita ostatních účastníků

	AT	DOB	OŠ	SE	LE	RPD	RPN
aktivně							
pasivně							
dopomoc							

Legenda: AT- arteterapeut; DOB- dobrovolník; OŠ- ošetřovatel/ka; SE-zdravotní sestra; LE-lékař/ka; RPD-rodinný příslušník doprovázející klienta v hospici; RPN- rodinný příslušník, který je u klienta v hospici na návštěvě

aktivně- účastní se tvorby, vytváří artefakt; **pasivně-** přihlíží, sleduje tvorbu ostatních; **N-** neúčastní se celého setkání, jen určitou dobu; **P-** během setkání opakovaně přichází a odchází; **dopomoc-** pomáhá klientům: **MD-** malá dopomoc (příprava výtvarného materiálu, míchání barev); **VD-** velká dopomoc (zásah do samotné tvorby klienta)

Tabulka č. 6.11 Co přináší setkání ostatním účastníkům

	radost, prožitek, pohlazení	pocit užitečnosti, sebehodnocení	potvrzení vlastní hodnoty	radost z radosti klientů	radost z činnosti	poznat klienty z jiné stránky	Odreagování, jiné myšlenky prevence syndromu vyhoření)
OŠ, SE, LE							
AT							
DOB							
RPD							
RPN							

Legenda: AT- arteterapeut; DOB- dobrovolník; OŠ- ošetřovatel/ka; SE-zdravotní sestra; LE-lékař/ka; RPD-rodinný příslušník doprovázející klienta v hospici; RPN- rodinný příslušník, který je u klienta v hospici na návštěvě

Tabulka č. 7.11 Témata konverzace

rodina	vzpomínky na dětství	příběhy ze života	zaměstnání, záliby	právě konaná tvorba	nemoc	smrt

12. Setkání

doba trvání: 1,5-2 hod.

hudební doprovod: ne

použitá výtvarná technika: **OBRÁZKY**

(decoupage – ubrousková technika (výroba obrázků 15x15 cm))

Tabulka č. 1.12 Účastníci setkání

	celkem	KL	AT	DOB	OŠ	SE	LE	RPD	RPN
počet	5	3	1	1	-	-	-	-	-

Legenda: **KL**- klient; **AT**- arteterapeut; **DOB**- dobrovolník; **OŠ**- ošetřovatel/ka; **SE**-zdravotní sestra; **LE**-lékař/ka; **RPD**-rodinný příslušník doprovázející klienta v hospici; **RPN**- rodinný příslušník, který je u klienta v hospici na návštěvě

Tabulka č. 2.12 Okolnosti účasti klientů

	poprvé	po několikáté	po předchozí motivaci	ze zvědavosti	se zájmem	bez většího zájmu	klient se této činnosti dříve věnoval
Paní A							
Paní J							
Pan K							

Legenda: žlutá- ženy; modrá-muži

Tabulka č. 3.12 Aktivita klientů

	aktivně	pasivně	s dopomocí	individuálně na pokoji	skupinově	mobilita
Paní A			MD			VO
Paní J			MD			LU**
Pan K						CHO

Legenda: žlutá- ženy; modrá-muži

AT- arteterapeut; **DOB**- dobrovolník; **OŠ**- ošetřovatel/ka; **SE**-zdravotní sestra; **LE**-lékař/ka; **RPD**-rodinný příslušník doprovázející klienta v hospici; **RPN**- rodinný příslušník, který je u klienta v hospici na návštěvě

CHO- chodící klient; **CHOD**- klient s chodítkem; **VO**-klient na vozičku; **LU**-klient upoutaný na lůžko; **VOM**-velmi omezená mobilita; ****paní může ležet jen na břiše**

aktivně- účastní se tvorby, vytváří artefakt; **pasivně**- přihlíží, sleduje tvorbu ostatních; **N**- neúčastní se celého setkání, jen určitou dobu; **P**- během setkání opakovaně přichází a odchází; **dopomoc**- potřebuje pomoc jiných účastníků; **MD**- malá dopomoc (příprava výtvarného materiálu, míchání barev); **VD**-velká dopomoc (zásah do samotné tvorby klienta)

Tabulka č. 4.12 Co přináší setkání klientům

	nebýt sám	příležitost popovídat si	možnost tvořit	radost z činnosti, výrobku	vytvořit dárek pro blízké	úleva od bolesti	úleva od úzkosti	smysl života	nemyslet na nemoc a na smrt
Paní A									
Paní J									
Pan K									

Legenda: žlutá- ženy; modrá-muži

Tabulka č. 5.12 Aktivita ostatních účastníků

	AT	DOB	OŠ	SE	LE	RPD	RPN
aktivně							
pasivně							
dopomoc							

Legenda: AT- arteterapeut; DOB- dobrovolník; OŠ- ošetřovatel/ka; SE-zdravotní sestra; LE-lékař/ka; RPD-rodinný příslušník doprovázející klienta v hospici; RPN- rodinný příslušník, který je u klienta v hospici na návštěvě

aktivně- účastní se tvorby, vytváří artefakt; **pasivně-** přihlíží, sleduje tvorbu ostatních; **N-** neúčastní se celého setkání, jen určitou dobu; **P-** během setkání opakovaně přichází a odchází; **dopomoc-** pomáhá klientům: **MD-** malá dopomoc (příprava výtvarného materiálu, míchání barev); **VD-** velká dopomoc (zásah do samotné tvorby klienta)

Tabulka č. 6.12 Co přináší setkání ostatním účastníkům

	radost, prožitek, pohlazení	pocit užitečnosti, sebehodnocení	potvrzení vlastní hodnoty	radost z radosti klientů	radost z činnosti	poznat klienty z jiné stránky	Odreagování, jiné myšlenky prevence syndromu vyhoření)
OŠ, SE, LE							
AT							
DOB							
RPD							
RPN							

Legenda: AT- arteterapeut; DOB- dobrovolník; OŠ- ošetřovatel/ka; SE-zdravotní sestra; LE-lékař/ka; RPD-rodinný příslušník doprovázející klienta v hospici; RPN- rodinný příslušník, který je u klienta v hospici na návštěvě

Tabulka č. 7.12 Témata konverzace

rodina	vzpomínky na dětství	příběhy ze života	zaměstnání, záliby	právě konaná tvorba	nemoc	smrt

13. Setkání

doba trvání: 3 hod.

hudební doprovod: ne

použitá výtvarná technika: **VELIKONOČNÍ VAJÍČKA**

(tradiční techniky zdobení velikonočních vajíček)

Tabulka č. 1.13 Účastníci setkání

	celkem	KL	AT	DOB	OŠ	SE	LE	RPD	RPN
počet		5	1	6	2	2	-	-	2-pí. L

Legenda: KL- klient; AT- arteterapeut; **DOB-** dobrovolník; **OŠ-** ošetřovatel/ka; **SE-** zdravotní sestra; **LE-** lékař/ka; **RPD-**rodinný příslušník doprovázející klienta v hospici; **RPN-** rodinný příslušník, který je u klienta v hospici na návštěvě

Tabulka č. 2.13 Okolnosti účasti klientů

	poprvé	po několikáté	po předchozí motivaci	ze zvědavosti	se zájmem	bez většího zájmu	klient se této činnosti dříve věnoval
Paní A							
Paní E							
Pan D							
Paní J							
Paní L							

Legenda: žlutá- ženy; modrá-muži

Tabulka č. 3.13 Aktivita klientů

	aktivně	pasivně	s dopomocí	individuálně na pokoji	skupinově	mobilita
Paní A			MD		*	VO
Paní E	N		VD		*	VO
Pan D		N			*	VO
Paní J			MD		*	LU**
Paní L					*	CHO

Legenda: žlutá- ženy; modrá-muži

AT- arteterapeut; **DOB-** dobrovolník; **OŠ-** ošetřovatel/ka; **SE-** zdravotní sestra; **LE-** lékař/ka; **RPD-** rodinný příslušník doprovázející klienta v hospici; **RPN-** rodinný příslušník, který je u klienta v hospici na návštěvě

CHO- chodící klient; **CHOD-** klient s chodítkem; **VO-** klient na vozičku; **LU-** klient upoutaný na lůžko; **VOM-** velmi omezená mobilita; **paní může ležet jen na břiše

aktivně- účastní se tvorby, vytváří artefakt; **pasivně-** přihlíží, sleduje tvorbu ostatních; **N-** neúčastní se celého setkání, jen určitou dobu; **P-** během setkání opakovaně přichází a odchází; **dopomoc-** potřebuje pomoc jiných účastníků: **MD-** malá dopomoc (příprava výtvarného materiálu, míchání barev); **VD-** velká dopomoc (zásah do samotné tvorby klienta); * pracovalo se venku

Tabulka č. 4.13 Co přináší setkání klientům

	nebýt sám	příležitost popovídat si	možnost tvořit	radost z činnosti, výrobku	vytvořit dárek pro blízké	úleva od bolesti	úleva od úzkosti	smysl života	nemyslet na nemoc a na smrt
Paní A									
Paní E									
Pan D									
Paní J									
Paní L									

Legenda: žlutá- ženy; modrá-muži

Tabulka č. 5.13 Aktivita ostatních účastníků

	AT	DOB	OŠ	SE	LE	RPD	RPN
aktivně							
pasivně			P	P			
dopomoc	MD, VD	MD					

Legenda: AT- arteterapeut; DOB- dobrovolník; OŠ- ošetřovatel/ka; SE-zdravotní sestra; LE-lékař/ka; RPD-rodinný příslušník doprovázející klienta v hospici; RPN- rodinný příslušník, který je u klienta v hospici na návštěvě

aktivně- účastní se tvorby, vytváří artefakt; **pasivně-** přihlíží, sleduje tvorbu ostatních; **N-** neúčastní se celého setkání, jen určitou dobu; **P-** během setkání opakovaně přichází a odchází; **dopomoc-** pomáhá klientům: **MD-** malá dopomoc (příprava výtvarného materiálu, míchání barev); **VD-**velká dopomoc (zásah do samotné tvorby klienta)

Tabulka č. 6.13 Co přináší setkání ostatním účastníkům

	radost, prožitek, pohlazení	pocit užitečnosti, sebehodnocení	potvrzení vlastní hodnoty	radost z radosti klientů	radost z činnosti	poznat klienty z jiné stránky	Odreagování, jiné myšlenky prevence syndromu vyhoření)
OŠ, SE,LE							
AT							
DOB							
RPD							
RPN							

Legenda: AT- arteterapeut; DOB- dobrovolník; OŠ- ošetřovatel/ka; SE-zdravotní sestra; LE-lékař/ka; RPD-rodinný příslušník doprovázející klienta v hospici; RPN- rodinný příslušník, který je u klienta v hospici na návštěvě

Tabulka č. 7.13 Témata konverzace

rodina	vzpomínky na dětství	příběhy ze života	zaměstnání, záliby	právě konaná tvorba	nemoc	smrt

14. Setkání

doba trvání: 2 hod.

hudební doprovod: ne

použitá výtvarná technika: **MISTIČKA NA ŘEŘICHU**
(práce s keramickou hlínou)

Tabulka č. 1.14 Účastníci setkání

	celkem	KL	AT	DOB	OŠ	SE	LE	RPD	RPN
počet	6	4	1	1	-	-	-	-	-

Legenda: **KL-** klient; **AT-** arteterapeut; **DOB-** dobrovolník; **OŠ-** ošetřovatel/ka; **SE-** zdravotní sestra; **LE-** lékař/ka; **RPD-** rodinný příslušník doprovázející klienta v hospici; **RPN-** rodinný příslušník, který je u klienta v hospici na návštěvě

Tabulka č. 2.14 Okolnosti účasti klientů

	poprvé	po několikáté	po předchozí motivaci	ze zvědavosti	se zájmem	bez většího zájmu	klient se této činnosti dříve věnoval
Paní A							
Paní J							
Paní L							
Paní M							

Legenda: **žlutá-** ženy; **modrá-** muži

Tabulka č. 3.14 Aktivita klientů

	aktivně	pasivně	s dopomocí	individuálně na pokoji	skupinově	mobilita
Paní A			MD		*	VO
Paní J			MD		*	LU**
Paní L					*	CHO
Paní M			MD		*	CHO

Legenda: **žlutá-** ženy; **modrá-** muži

AT- arteterapeut; **DOB-** dobrovolník; **OŠ-** ošetřovatel/ka; **SE-** zdravotní sestra; **LE-** lékař/ka; **RPD-** rodinný příslušník doprovázející klienta v hospici; **RPN-** rodinný příslušník, který je u klienta v hospici na návštěvě

CHO- chodící klient; **CHOD-** klient s chodítkem; **VO-** klient na vozičku; **LU-** klient upoutaný na lůžko; **VOM-** velmi omezená mobilita; ****paní** může ležet jen na břiše

aktivně- účastní se tvorby, vytváří artefakt; **pasivně-** přihlíží, sleduje tvorbu ostatních; **N-** neúčastní se celého setkání, jen určitou dobu; **P-** během setkání opakovaně přichází a odchází; **dopomoc-** potřebuje pomoc jiných účastníků; **MD-** malá dopomoc (příprava výtvarného materiálu, míchání barev); **VD-** velká dopomoc (zásah do samotné tvorby klienta); * na přání klientek se pracovalo venku, vnímaly čerstvý vzduch a vlhý vítr

Tabulka č. 4.14 Co přináší setkání klientům

	nebýt sám	příležitost popovídat si	možnost tvořit	radost z činnosti, výrobku	vytvořit dárek pro blízké	úleva od bolesti	úleva od úzkosti	smysl života	nemyslet na nemoc a na smrt
Paní A									
Paní J									
Paní L									
Paní M									

Legenda: žlutá- ženy; modrá-muži

Tabulka č. 5.14 Aktivita ostatních účastníků

	AT	DOB	OŠ	SE	LE	RPD	RPN
aktivně							
pasivně							
dopomoc	MD	MD					

Legenda: AT- arteterapeut; DOB- dobrovolník; OŠ- ošetřovatel/ka; SE-zdravotní sestra; LE-lékař/ka; RPD-rodinný příslušník doprovázející klienta v hospici; RPN- rodinný příslušník, který je u klienta v hospici na návštěvě

aktivně- účastní se tvorby, vytváří artefakt; **pasivně-** přihlíží, sleduje tvorbu ostatních; **N-** neúčastní se celého setkání, jen určitou dobu; **P-** během setkání opakovaně přichází a odchází; **dopomoc-** pomáhá klientům: **MD-** malá dopomoc (příprava výtvarného materiálu, míchání barev); **VD-** velká dopomoc (zásah do samotné tvorby klienta)

Tabulka č. 6.14 Co přináší setkání ostatním účastníkům

	radost, prožitek, pohlazení	pocit užitečnosti, sebehodnocení	potvrzení vlastní hodnoty	radost z radosti klientů	radost z činnosti	poznat klienty z jiné stránky	Odražování, jiné myšlenky prevence syndromu vyhoření)
OŠ, SE, LE							
AT							
DOB							
RPD							
RPN							

Legenda: AT- arteterapeut; DOB- dobrovolník; OŠ- ošetřovatel/ka; SE-zdravotní sestra; LE-lékař/ka; RPD-rodinný příslušník doprovázející klienta v hospici; RPN- rodinný příslušník, který je u klienta v hospici na návštěvě

Tabulka č. 7.14 Témata konverzace

rodina	vzpomínky na dětství	příběhy ze života	zaměstnání, záliby	právě konaná tvorba	nemoc	smrt

15. Setkání

doba trvání: 1,5 - 2 hod.

hudební doprovod: koncert studentek SPgŠ

použitá výtvarná technika: ZAHRADA

(malování na suché hedvábí, malování na mokré hedvábí)

Tabulka č. 1.15 Účastníci setkání

	celkem	KL	AT	DOB	OŠ	SE	LE	RPD	RPN
počet	11	3	1	4	1	1	-	-	1- pí. L

Legenda: **KL**- klient; **AT**- arteterapeut; **DOB**- dobrovolník; **OŠ**- ošetřovatel/ka; **SE**-zdravotní sestra; **LE**-lékař/ka; **RPD**-rodinný příslušník doprovázející klienta v hospici; **RPN**- rodinný příslušník, který je u klienta v hospici na návštěvě

Tabulka č. 2.15 Okolnosti účasti klientů

	poprvé	po několikáté	po předchozí motivaci	ze zvědavosti	se zájmem	bez většího zájmu	klient se této činnosti dříve věnoval
Paní A							
Paní J							
Paní L							

Legenda: žlutá- ženy; modrá-muži

Tabulka č. 3.15 Aktivita klientů

	aktivně	pasivně	s dopomocí	individuálně na pokoji	skupinově	mobilita
Paní A			MD			VO
Paní J			MD			LU**
Paní L			VD			VO

Legenda: žlutá- ženy; modrá-muži

AT- arteterapeut; **DOB**- dobrovolník; **OŠ**- ošetřovatel/ka; **SE**-zdravotní sestra; **LE**-lékař/ka; **RPD**-rodinný příslušník doprovázející klienta v hospici; **RPN**- rodinný příslušník, který je u klienta v hospici na návštěvě

CHO- chodící klient; **CHOD**- klient s chodítkem; **VO**-klient na vozičku; **LU**-klient upoutaný na lůžko; **VOM**-velmi omezená mobilita; **paní může ležet jen na břiše

aktivně- účastní se tvorby, vytváří artefakt; **pasivně**- přihlíží, sleduje tvorbu ostatních; **N**- neúčastní se celého setkání, jen určitou dobu; **P**- během setkání opakovaně přichází a odchází; **dopomoc**- potřebuje pomoc jiných účastníků; **MD**- malá dopomoc (příprava výtvarného materiálu, míchání barev); **VD**-velká dopomoc (zásah do samotné tvorby klienta)

Tabulka č. 4.15 Co přináší setkání klientům

	nebýt sám	příležitost popovídat si	možnost tvořit	radost z činnosti, výrobku	vytvořit dárek pro blízké	úleva od bolesti	úleva od úzkosti	smysl života	nemyslet na nemoc a na smrt
Paní A									
Paní J									
Paní L									

Legenda: žlutá- ženy; modrá-muži

Tabulka č. 5.15 Aktivita ostatních účastníků

	AT	DOB	OŠ	SE	LE	RPD	RPN
aktivně							
pasivně			P	P			
dopomoc	MD, VD	MD					

Legenda: AT- arteterapeut; DOB- dobrovolník; OŠ- ošetřovatel/ka; SE-zdravotní sestra; LE-lékař/ka; RPD-rodinný příslušník doprovázející klienta v hospici; RPN- rodinný příslušník, který je u klienta v hospici na návštěvě

aktivně- účastní se tvorby, vytváří artefakt; **pasivně-** přihlíží, sleduje tvorbu ostatních; **N-** neúčastní se celého setkání, jen určitou dobu; **P-** během setkání opakovaně přichází a odchází; **dopomoc-** pomáhá klientům: **MD-** malá dopomoc (příprava výtvarného materiálu, míchání barev); **VD-**velká dopomoc (zásah do samotné tvorby klienta)

Tabulka č. 6.15 Co přináší setkání ostatním účastníkům

	radost, prožitek, pohlazení	pocit užitečnosti, sebehodnocení	potvrzení vlastní hodnoty	radost z radosti klientů	radost z činnosti	poznat klienty z jiné stránky	Odreagování, jiné myšlenky prevence syndromu vyhoření)
OŠ, SE, LE							
AT							
DOB							
RPD							
RPN							

Legenda: AT- arteterapeut; DOB- dobrovolník; OŠ- ošetřovatel/ka; SE-zdravotní sestra; LE-lékař/ka; RPD-rodinný příslušník doprovázející klienta v hospici; RPN- rodinný příslušník, který je u klienta v hospici na návštěvě

Tabulka č. 7.15 Témata konverzace

rodina	vzpomínky na dětství	příběhy ze života	zaměstnání, záliby	právě konaná tvorba	nemoc	smrt

16. Setkání

doba trvání: 1,5 hod.

hudební doprovod: ne

použitá výtvarná technika: **RÁMOVÁNÍ OBRÁZKŮ**
(malovaných na hedvábí)

Tabulka č. 1.16 Účastníci setkání

	celkem	KL	AT	DOB	OŠ	SE	LE	RPD	RPN
počet	5	2	1	2	-	-	-	-	-

Legenda: **KL**- klient; **AT**- arteterapeut; **DOB**- dobrovolník; **OŠ**- ošetřovatel/ka; **SE**-zdravotní sestra; **LE**-lékař/ka; **RPD**-rodinný příslušník doprovázející klienta v hospici; **RPN**- rodinný příslušník, který je u klienta v hospici na návštěvě

Tabulka č. 2.16 Okolnosti účasti klientů

	poprvé	po několikáté	po předchozí motivaci	ze zvědavosti	se zájmem	bez většího zájmu	klient se této činnosti dříve věnoval
Paní A							
Paní J							

Legenda: žlutá- ženy; modrá-muži

Tabulka č. 3.16 Aktivita klientů

	aktivně	pasivně	s dopomocí	individuálně na pokoji	skupinově	mobilita
Paní A			MD			VO
Paní J			MD			LU**

Legenda: žlutá- ženy; modrá-muži

AT- arteterapeut; **DOB**- dobrovolník; **OŠ**- ošetřovatel/ka; **SE**-zdravotní sestra; **LE**-lékař/ka; **RPD**-rodinný příslušník doprovázející klienta v hospici; **RPN**- rodinný příslušník, který je u klienta v hospici na návštěvě

CHO- chodící klient; **CHOD**- klient s chodítkem; **VO**-klient na vozičku; **LU**-klient upoutaný na lůžko;

VOM-velmi omezená mobilita; **paní může ležet jen na břiše

aktivně- účastní se tvorby, vytváří artefakt; **pasivně**- přihlíží, sleduje tvorbu ostatních; **N**- neúčastní se celého setkání, jen určitou dobu; **P**- během setkání opakovaně přichází a odchází; **dopomoc**- potřebuje pomoc jiných účastníků: **MD**- malá dopomoc (příprava výtvarného materiálu, míchání barev); **VD**-velká dopomoc (zásah do samotné tvorby klienta)

Tabulka č. 4.16 Co přináší setkání klientům

	nebýt sám	příležitost popovídat si	možnost tvořit	radost z činnosti, výrobku	vytvořit dárek pro blízké	úleva od bolesti	úleva od úzkosti	smysl života	nemyslet na nemoc a na smrt
Paní A									
Paní J									

Legenda: žlutá- ženy; modrá-muži

Tabulka č. 5.16 Aktivita ostatních účastníků

	AT	DOB	OŠ	SE	LE	RPD	RPN
aktivně							
pasivně							
dopomoc	MD,	MD					

Legenda: AT- arteterapeut; DOB- dobrovolník; OŠ- ošetřovatel/ka; SE-zdravotní sestra; LE-lékař/ka; RPD-rodinný příslušník doprovázející klienta v hospici; RPN- rodinný příslušník, který je u klienta v hospici na návštěvě

aktivně- účastní se tvorby, vytváří artefakt; **pasivně-** přihlíží, sleduje tvorbu ostatních; **N-** neúčastní se celého setkání, jen určitou dobu; **P-** během setkání opakovaně přichází a odchází; **dopomoc-** pomáhá klientům: **MD-** malá dopomoc (příprava výtvarného materiálu, míchání barev); **VD-** velká dopomoc (zásah do samotné tvorby klienta)

Tabulka č. 6.16 Co přináší setkání ostatním účastníkům

	radost, prožitek, pohlázení	pocit užitečnosti, sebehodnocení	potvrzení vlastní hodnoty	radost z radosti klientů	radost z činnosti	poznat klienty z jiné stránky	Odreagování, jiné myšlenky prevence syndromu vyhoření)
OŠ, SE, LE							
AT							
DOB							
RPD							
RPN							

Legenda: AT- arteterapeut; DOB- dobrovolník; OŠ- ošetřovatel/ka; SE-zdravotní sestra; LE-lékař/ka; RPD-rodinný příslušník doprovázející klienta v hospici; RPN- rodinný příslušník, který je u klienta v hospici na návštěvě

Tabulka č. 7.16 Témata konverzace

rodina	vzpomínky na dětství	příběhy ze života	zaměstnání, záliby	právě konaná tvorba	nemoc	smrt

Okolnosti

Arteterapeutická setkání se konají pravidelně jednou týdně v odpoledních hodinách. Po příjezdu do hospice terapeutka navštěvuje klienty a zve je na setkání. Pozvání se netýká pouze klientů. Jsou vítáni také jejich doprovody a návštěvy. Zváni jsou také dobrovolníci a právě přítomný personál, sestry ošetřovatelky a lékaři. Terapeutka nabízí a popisuje aktivitu, kterou si na odpoledne připravila. Snaží se přiblížit výtvarnou techniku, která bude použita, materiál a pomůcky, způsob práce a ukazuje již hotový výrobek, aby si účastníci mohli vytvořit jasnou představu.

Klienty, kteří se chystají navštívit setkání poprvé, je potřeba vhodným způsobem přesvědčit a **motivovat**. Většina z nich reaguje na pozvání slovy: „*Já neumím malovat*“. „...*já neuměl malovat ani ve škole*.“ „...*vždyť to nebudu umět*“. Terapeutka vypráví o předchozích setkáních, popisuje aktivity, které byly na dřívějších setkáních prováděny, jak byly artefakty použity. Většinou jako dárky pro rodinné příslušníky, přátele nebo personál hospice. Vliv na přijetí pozvání má pravděpodobně dřívější zkušenost s výtvarnou prací a její zvládnání. Svou roli zde hraje také zvědavost, jak takové setkání vypadá. Někteří pozvání přijímají bez většího zájmu.

U klientů, kteří se setkání zúčastňují již poněkoličastěji, převažuje zájem o nabízenou činnost. Přesto je i nadále nutné většinu z nich k účasti motivovat a ukazovat přednosti a výhody. Ženy se nechávají přesvědčit snadněji než muži. Ti potřebují nabýt pocit, že jdou svou činností terapeuta pomáhat. Většinou připravují materiál a polotovary pro další zpracování. Počáteční rozpaky mohou být způsobeny faktem, že klient vnímá kreativitu jako něco neznámého, jako těžko zvládnutelné, nesnadné dobrodružství a riziko (**Mann** in Pratt and Wood, 1998). Mann definuje tvořivost jako schopnost prožít změnu, která zapojuje člověka do pohybu od něčeho „známého“ k něčemu, co ještě „neznáme“. Právě tento přechod od známého k neznámému s sebou přináší jistou úzkost a obavy. Zakladatel arteterapie v Británii Adrian Hill doporučoval k překonání počáteční nejistoty kreslit pouze hrubé skici. Pokud i toto činilo pacientům problém, navrhoval jim, aby si jen tak „čmárali“ (**Hogan**, 2001).

Důležitou roli v rozhodování, zda se setkání zúčastnit či nikoliv, hraje skutečnost, jak se klient cítí. Aktuální zdravotní stav, únava, bolest, psychické a duševní rozpoložení hrají při rozhodování klienta významnou roli. Podle **Thomase** (in Pratt and Wood, 1998) je vždy nutné umět vystihnout ten pravý okamžik, kdy se klient cítí dostatečně dobře, aby se výtvarného setkání mohl zúčastnit. Čas je rozhodující faktor a zároveň obrovské břemeno, které ovlivňuje jak povahu práce tak rozvoj vzájemných

vztahů. Stejným způsobem je nutné vnímat také bolest, únavu, mobilitu, fázi umírání, stav psychiky a duše. Každým okamžikem se mohou měnit a jen na nich záleží, jakým směrem se bude setkání ubírat.

Účastníci

Setkání se zúčastňují nejen klienti chodící, ale také imobilní klienti na vozíčku nebo na lůžku. Někteří přicházejí v doprovodu svých rodinných příslušníků, kteří s nimi právě pobývají v hospici nebo kteří je v době setkání přišli do hospice navštívit. Vyskytla se i situace, kdy setkání navštívila doprovázející manželka, jejíž muž byl příliš unaven, než aby se setkání zúčastnil. Podobné složení skupiny popisuje také **Liebmán** (2005). Velký význam má účast dobrovolníků. Pomáhají s přípravou pracovních stolů a pracovního materiálu. Svým aktivním zapojením motivují a povzbuzují klienty k činnosti. Nabízí jim pomoc nebo radu. Setkání se navštěvují také ošetřovatelky a zdravotní sestry. Skupinu někdy přichází pozdravit sociální pracovníce a ředitel hospice. Důležitost ostatních členů týmu zaměstnanců a rodinných příslušníků pacientů v tvůrčí činnosti a arteterapii zdůrazňuje ve své práci také **Wood** (in Pratt and Wood; 1998). Setkání někdy navštěvují studentky SPgŠ. Některé z nich hrají na kytaru, jiné pomáhají méně zručným klientům s prací. Arteterapeutické setkání je otevřenou skupinou, dílnou, kterou může navštívit každý, kdo projeví zájem. Stejně tak může setkání kdykoli opustit.

Tímto můžeme **hypotézu č. 1** pokládat za potvrzenou. Tato hypotéza předpokládala, že arteterapeutických setkání se účastní nejen klienti hospice, ale i další účastníci. Těmi jsou především dobrovolníci, zdravotnický personál, ošetřovatelky a sestry, doprovázející rodinní příslušníci a návštěvy. K tomuto závěru bylo možné dojít také proto, že setkání se konají v odpoledních hodinách, kdy do hospice přichází návštěvy a dobrovolníci. Také pracovní zatížení zdravotnického personálu je největší dopoledne. Bylo by zajímavé porovnat, jaké by bylo složení skupiny, kdyby setkání probíhalo v dopoledních hodinách.

Aktivita

Přítomní klienti, kteří se aktivně zapojovali do výtvarné činnosti, pracovali pod vedením arteterapeutky. Většina z nich potřebovala menší dopomoc někoho dalšího. Šlo především o přípravu výtvarného materiálu a barev, pomoc s rozvržením a uspořádáním artefaktu. Tuto menší dopomoc poskytovala klientům arteterapeutka nebo

některý z dalších účastníků (dobrovolník, ošetřovatelka, zdravotní sestra, rodinný příslušník). Byli zde však i klienti, kteří potřebovali, aby jim terapeutka pomohla se samotnou tvorbou, tzn. aby zasáhla do procesu tvorby a ovlivnila tak určitým způsobem finální výrobek. Velkou pomoc potřebovali především klienti s narušenou motorikou a poskytovala ji pouze arteterapeutka. Vždy se souhlasem klienta a podle jeho instrukcí.

Na setkání přicházeli také účastníci, kteří se do výtvarné činnosti aktivně nezapojili. Se zájmem pozorovali a obdivovali práci ostatních, zapojovali se do hovorů nebo jen tiše seděli. Někteří se během setkání několikrát vzdálili a opět se do skupiny vrátili. O pasivní účasti pacientů s rakovinou na arteterapeutických setkáních hovoří také zpráva, která popisuje výzkum realizovaný Northwestern Memorial Hospital v Chicagu (<http://www.sciencedaily.com/releases/2006/01/060102104539.htm>). Jestliže klienti nemohli používat rukou nebo jim nebylo příjemné pracovat s výtvarným materiálem, arteterapeut vytvářel artefakt pod jejich slovním vedením nebo se pouze dívali a sledovali činnost druhých.

Pasivní účast volili nejen klienti, ale i ostatní účastníci. Pasivně se zúčastňovali především ošetřovatelky a zdravotní sestry. Museli se v průběhu setkání několikrát vzdálit, neboť měli své povinnosti i vůči klientům, kteří na setkání nepřišli.

Pozorování ukázalo, že účastníci arteterapeutických setkání se do činnosti nezapojují jen aktivně, jejich činnost může být i pasivní. Přesto jim přináší hodnoty v podobě zážitků, prožitků a vjemů. Tím se **hypotéza č. 2**, která předpokládala, že se jednotliví účastníci arteterapeutických setkání zapojují do činnosti pouze aktivně, nepotvrdila.

Přínos

Klienti shodně uváděli, že setkání jsou pro ně vhodnou a příjemnou příležitostí, aby si popovídali a strávili určitý čas ve společnosti ostatních. Jedna klientka to vyjádřila slovy „*co bych dělala sama na pokoji...*“. Arteterapie nemusí být tedy jen neverbálním komunikačním prostředkem, kterým klient skrze vytvořené obrazy a znaky, tvary, barvy a symboly vyjadřuje nepochopené záležitosti a pocity, rozporuplné myšlenky a postoje (**Pratt and Wood;1998**), ale může se stát příležitostí, jak tento vnitřní svět vyjádřit v komunikaci s ostatními. Může se stát stmelovacím a integračním prvkem v mezilidských vztazích a zajímavým místem pro rozhovor. Nadále zůstává alternativou k verbální formě komunikace a umožňuje lidem, kteří mají problém vyjádřit se slovně, odhalit sami sebe a říci to, co nelze vyslovit (**Miller in Dalley, 1984**). Je zrcadlem,

kteře člověku pomáhá nalézt sám sebe (**Waller and Sibbett**; 2005). Odkrývá skryté emoce a pocity, obrazy slouží jako katalyzátor v komunikaci mezi pacientem a terapeutem (**Malchiodi**, 2000).

Wood (in Pratt and Wood;1998) zdůrazňuje, že tvůrčí činnosti a arteterapie mají společný cíl a tím je podněcovat kreativitu pacientů. Setkání přináší možnost tvorby, možnost realizovat se, být užitečný, něco dokázat. Tvorba zaměstnává ruce a mysl a odvádí pozornost od negativních myšlenek k estetickým hodnotám. Zacházení s materiálem umožňuje klientům hmatatelným způsobem zakusit a uplatnit vlastní rozhodování. Mohu se těšit ze schopnosti uspořádat a symbolicky vyjádřit své myšlenky, zážitky, zkušenosti a dojmy (**Pratt and Wood**, 1998).

Proces tvorby stejně jako konečný produkt je významný a vede v nitru klienta k prožitku. Radost z činnosti, z výrobku, který může být použit jako dárek pro blízké, s sebou nese také pocit seberealizace a uspokojení, že člověk může pro druhé něco dělat až do konce svých dní. Z pohledu Franklovy logoterapie se zde odehrává nalézání hodnot, které do posledního okamžiku naplňují lidský život. Jde o hodnoty tvůrčí uskutečňované v procesu tvorby a hodnoty zážitkové uskutečňované v procesu vnímání a prožívání. Zatímco tvůrčí hodnoty poznávají pouze aktivně se zapojující účastníci, hodnoty zážitkové prožívají všichni účastníci. Zakusit pocit užitečnosti, jedinečnosti, potvrzení vlastní hodnoty se netýká jen umírajících klientů, ale všech zúčastněných. Vnitřní klid, jakým setkání člověka naplňují, nás nutí zamyslet se nad vlastními hodnotami a smyslem života, uvědomit si svou konečnost a neopakovatelnost. Dodává novou energii a touhu žít svůj vlastní život naplno. Uvědomujeme si, co od nás život očekává a zaujímáme k němu adekvátní postoj. Tím začínáme realizovat hodnoty postojové.

Účast na arteterapeutických setkáních přináší klientům úlevu od bolesti, úzkosti a únavy. V té chvíli zapomínají na svou nemoc a umírání. Jejich mysl je ovládnutá něčím jiným, co dává životu smysl. Podobných výsledků dosáhl již výše zmiňovaný výzkum v Northwestern Memorial Hospital v Chicagu

(<http://www.sciencedaily.com/releases/2006/01/060102104539.htm>).

O tom, že arteterapie pomáhá snižovat bolest se zmiňuje také **Thomas** (in Hartley, 2008). Podle něj arteterapie hraje důležitou roli ve zvládnání jak psychických a emocionálních obtíží, tak ve zvládnání obtíží fyzických. Neboť emocionální a fyzické strádání se vzájemně ovlivňují.

Arteterapeutka uvádí případy několika klientů, pro které se tvorba stala absolutní

náplní a smyslem života. Byli tvorbou tak pohlceni, že měli potřebu věnovat se výtvarné činnosti každý den a začali upřednostňovat individuální formu arteterapie. **Dalley** (1984) souhlasí, že někdy pacient, který navštíví arteterapeutické setkání, v sobě objeví talent nebo má potřebu se tvorbě dál věnovat. Tato skutečnost má podle ní terapeutický efekt. Posiluje sebevědomí, sebeúctu a může se stát důvodem proč žít. Klient se stává umělcem a umění jeho smyslem života.

Liebmann (2005, s. 17) k tomu dodává, že současná psychologie hledá vysvětlení pro aktuální problémy v minulosti pacientů. Pacienti s nevléčitelným onemocněním se však potýkají se „*zablokovanou budoucností*.“ Potřebují „*akceptující postoj a upřímný přístup k tématu smrti, která je v naší kultuře tabuizována*.“ Umění jim pomáhá vyrovnat se smrtí a se svou nejistou budoucností.

Ostatním účastníkům přináší setkání především hodnoty zážitkové. Pocit užitečnosti, radost z radosti klientů i z činnosti samotné, krásný zážitek a pohlázení.

Pro terapeutku znamená potvrzení vlastní hodnoty i ocenění. Během jednotlivých setkání poznává klienty z jiného úhlu, lépe chápe jejich chování a jednání. Pro zdravotní sestry a ošetřovatelky je setkání určitou formou odreagování, poznání klientů v jiném prostředí a za jiných podmínek se může stát prevencí proti syndromu vyhoření.

O využívání arteterapeutických setkání zdravotnickým personálem jako jedné z možností prevence „burn-out“ syndromu se zmiňuje také **Wood** (in Pratt and Wood, 1998).

Přínos arteterapie je významný. Přináší úlevu od fyzických i psychických bolestí a únavy, pocit užitečnosti a sebenaplnění. Dává zakusit pocit jedinečnosti a potvrzení vlastní hodnoty. Je komunikačním, stmelovacím a integračním prostředkem. Stává se smyslem života a naplněním posledních dnů. Pomáhá všem účastníkům zaujmout ke svému životu adekvátní postoj a nalézt sám sebe. Arteterapie nepřináší pouze hodnoty tvůrčí a zážitkové. Umožňuje také realizovat hodnoty postojové.

Můžeme proto konstatovat, že **hypotéza č. 3**, která předpokládala, že arteterapeutická setkání pomáhají klientům hospice i ostatním účastníkům vytvářet tvůrčí a prožitkové hodnoty, byly potvrzena.

Prostor a forma

Skupinová setkání se v době výzkumu uskutečňovala v prostorách zimní zahrady, za příznivého počasí venku v hospicovém parku. Obě místa působí klidným a vyrovnaným dojmem. Poskytují estetický zážitek, kontakt s přírodou, rozvíjí představivost a fantazii.

Důležitost estetického, kultivujícího a podnětného prostředí jako léčivého elementu zdůrazňoval také Hill (**Hogan**, 2001), který váhajícím pacientům doporučoval začínat výtvarnou tvorbu pohledem z okna.

Wood (in Waller and Sibbett, 2005) však důrazně trvá na tom, že arteterapie by se měla odehrávat v prostorách určených pouze pro tento účel. Odmítá místnosti, které slouží i jiným aktivitám. Domnívám se však, že prostory určené pouze pro arteterapii by brali klientům možnost a volbu jen tak přijít, popovídat si, podle se chuti se zapojit a zase odejít. „Uzavřená dílna“ by účastníky více zavazovala k aktivní činnosti a důsledné docházce.

Většina klientů upřednostňovala skupinová setkání, neboť s sebou přinášela možnost popovídat si, nebýt sám, účastnit se společenského dění. Individuální forma arteterapie byla realizována na pokoji klientů. Tuto formu volili především klienti, pro které se tvorba stala smyslem života a náplní posledních dní.

Předpokládaná **hypotéza č. 4** o rovnocenném uplatňování individuální a skupinové formě arteterapie se potvrdila. Obě formy se v hospicové péči uplatňují rovnocenně. Vždy záleží na vlastním rozhodnutí klienta, kterou formu si zvolí, či zda je bude vzájemně kombinovat.

Výtvarné techniky

Během výzkumu byly nejčastěji používanými technikami malování na hedvábí a textil, práce s keramickou hlinou a ubrousková technika- decoupage. Jsou u klientů oblíbené a sami klienti je upřednostňují a vyžadují, neboť chtějí vytvořit něco užitečného a praktického. Jmenované techniky jsou preferovány z několika důvodů.

Velkou roli v jejich volbě hraje omezený časový prostor, snadná unavitelnost klientů, rychlá změna zdravotního stavu a zároveň touha spatřit finální výsledek. Rychlý technický postup je volen vzhledem ke zhoršené jemné motorice a malým nebo žádným zkušenostem s výtvarnou tvorbou. Umožní každému z účastníků dosáhnout v krátkém čase uspokojivého výsledku. Zmíněné techniky umožňují vytvořit praktický a upotřebitelný artefakt: svícen, misku, tácek, krabičku. Užitečnost, upotřebitelnost a praktičnost výrobku dává klientům pocit, že netvořili zbytečně. Jejich práce je oceněna. Má jasný cíl. A cíl vždy znamená smysl. Navíc práce s hlinou, ubrouskem a textilem přináší také haptické zážitky, neboť všechny jmenované materiály jsou velmi příjemné na dotek.

Hypotéza č. 5, která předpokládala, že arteterapeutická setkání využívají jako

výtvarnou techniku především malbu a kresbu, se nepotvrdila. V hospicové péči jsou využívány techniky rychlého postupu, umožňující každému z účastníků dosáhnout uspokojivého a praktického výsledku.

Konverzace

Během setkání se mezi účastníky rozvíjela živá konverzace. Předmětem hovorů byla právě prováděná činnost, rodina a vzpomínky na dětství. Klienti si vyprávěli o svých zaměstnáních a zálibách. Témata, kterých se však nedotýkali, byla překvapivě jejich nemoc a smrt. Pravděpodobně je to tím, že klienti jsou po celý den konfrontováni se svou nemocí, bolestí a trápením. Během arteterapeutických setkání si však chtějí od této skutečnosti odpočinout, zapomenout na ni. Můžeme to chápat jako příležitost zakusit a uskutečnit změnu, která má blahodárný vliv na všechny stránky jejich života (**Pratt and Wood**, 1998). Posílení a integrace osobnosti klienta, který arteterapií prochází, mu umožňuje vyrovnat se a přizpůsobit se nevyhnutelným změnám, jež jsou součástí života. Nezávaznými tématy si však klienti rekapituluji svůj život, srovnávají si své hodnoty a zaujímají k nim nové postoje.

Hypotéza č. 6, jež předpokládala, že klienti v průběhu setkání otevřeně hovoří o své nemoci a svých obavách ze smrti, se nepotvrdila. Klienti setkání chápou jako místo odpočinku, kde se mohou na chvíli před svou nemocí schovat, oddechnout si a proto o své nemoci a obavách ze smrti nehovoří.

Je-li paliativní péče o naplněném žití až do konce, pak bude tato péče zahrnovat i umění (**Hartley**, 2008). Umění a tvořivá činnost pomáhá klientům vyrovnat se s nejistou budoucností, objevit a obnovit vnitřní potenciál (**Connell** in Waller and Sibbett; 2005). Prohlubuje komunikaci a vzájemné vztahy, rozvíjí pozitivní myšlení, mírní emocionální a fyzickou bolest. Zvyšuje sebevědomí a sebekontrolu, umožňuje vyjádření nevyslovitelných myšlenek a katarzi emocí. Pomáhá přenášet lidské trápení a bolest do tvůrčí aktivity a tím spoluvytvářet tvůrčí a prožitkové hodnoty, které dávají životu smysl do posledních okamžiků. Její pozitivní přínos neoceňují pouze klienti hospicové péče, ale všichni, kdo arteterapeutickým setkáním prochází.

Arteterapie tak má své nezastupitelné místo v paliativní a hospicové péči. Vrací se zpět ke klientům, u kterých byl poprvé zaznamenán její léčebný účinek, k těžce a nevyléčitelně nemocným (**Pratt and Wood**, 1998).

Wood (in Waller and Sibbett; 2005) používá při své práci arteterapeuta v paliativní péči metaforu „mořského pobřeží“. Člověk, který se dovídá o své diagnóze „rakovina“,

nachází sám sebe na pobřeží, kde se setkává pevná půda osobní identity a jistoty s obrovskými vlnami nepředvídatelné nemoci schopnými svou silou ničit a bořit.

Na stejném pobřeží stojí i arteterapeut. Na jedné straně rozlehlá pláž plná velkých, kulatých a pevných oblázků důležitých vědeckých otázek, faktů a čísel. Na druhé straně otevřený horizont tvůrčího umění, tajemných nepochopitelných praktik s málo jasnými hranicemi, velkými jako moře.

Oba se zde setkávají a společně se dívají do tváře výzvě k „přehodnocení života“.

6 ZÁVĚR

Cílem diplomové práce bylo ověřit a popsat využití arteterapie a průběh arteterapeutických setkání v hospicové péči a její přínos pro jednotlivé účastníky. Výzkum probíhal v Hospici sv. Jana Nepomuka Neumanna v Prachaticích. Pro práci byl zvolen etnografický přístup (mikroetnografie). Pro získávání dat byla zvolena metoda zúčastněného pozorování a neformálního rozhovoru. Data byla následně zapisována a tříděna podle předem zvoleného kategoriálního systému.

Snahou bylo ověřit, jak v hospici probíhají a jak jsou organizována arteterapeutická setkání v hospicové péči. Kdo jednotlivá setkání navštěvuje, jak se účastníci zapojují do nabízené činnosti, o čem komunikují. Dále práce sledovala, jaké výtvarné techniky klienti upřednostňují, jakou formu arteterapie volí a jaké hodnoty arteterapeutická setkání účastníkům přináší. Za tímto účelem bylo stanoveno šest hypotéz. Přestože se tři z předpokládaných hypotéz nepotvrdily, podává práce obrázek o významu arteterapie v hospicové péči.

Arteterapeutická setkání se v hospici konají pravidelně každý týden a jsou vedena arteterapeutkou. Zúčastňují se jich nejen klienti hospice, ale také další účastníci. Těmi jsou především dobrovolníci, zdravotnický personál, ošetřovatelky a sestry, doprovázející rodinní příslušníci a návštěvy. Setkání je otevřenou skupinou, kterou může navštívit každý, kdo projeví zájem, a setrvat tak dlouho, jak se mu líbí. Stejně tak může setkání kdykoli opustit.

Účastníci se do činnosti nezapojují pouze aktivně. Bylo zjištěno, že účast jednotlivců může být i pasivní a přesto účastníkům přináší prožitkové hodnoty v podobě radosti, hezky stráveného odpoledne, duševního pohlazení. Pasivní účastníci sledovali práci druhých, povídali si nebo jen tiše seděli a vnímali tvůrčí atmosféru. Někteří se během setkání několikrát vzdálili a opět se do skupiny vrátili. Na rozhraní aktivní a pasivní účasti se nachází situace, kdy klient sám aktivně nic nevytváří. Konečný artefakt vyrábí terapeutka, avšak pod jeho slovním vedením.

Arteterapeutická setkání svou tvořivou činností, přátelskou atmosférou a podnětným prostředím pomáhají klientům hospice i ostatním účastníkům vytvářet a získávat tvůrčí a prožitkové hodnoty. Potvrdilo se, že umění pomáhá lidem nalézat hodnoty, které až do posledního okamžiku naplňují lidský život. Tvůrčí hodnoty uskutečňují v procesu tvorby, zážitkové hodnoty v procesu vnímání a prožívání.

Zatímco tvůrčí hodnoty poznávají pouze aktivně se zapojující účastníci, hodnoty zážitkové prožívají všichni. Tvorba zaměstnává ruce a mysl, umožňuje klientům hmatatelným způsobem zakusit a uplatnit vlastní rozhodování, přináší klientům úlevu od bolesti, úzkosti a únavy. Dává možnost prožít pocit užitečnosti, jedinečnosti, potvrzení vlastní hodnoty. Tato skutečnost se netýká jen umírajících klientů, ale všech zúčastněných. Vnitřní klid, kterým setkání člověka naplňují, nás nutí zamyslet se nad vlastními hodnotami a smyslem života, uvědomit si svou konečnost a neopakovatelnost. Dodává novou energii a touhu žít svůj vlastní život naplno. Uvědomujeme si, co od nás život očekává a zaujímáme k němu adekvátní postoj. Tím začínáme realizovat hodnoty postojové.

V hospicové péči se rovnocenně uplatňují obě formy arteterapie, individuální i skupinová. Většina klientů upřednostňovala skupinová setkání, neboť s sebou přinášela možnost popovídat si, nebýt sám, účastnit se společenského dění. Individuální formu volili především klienti, pro které se tvorba stala smyslem života a náplní posledních dní. Věnovali se jí denně a svou „dílnu“ si vytvořili na svých pokojích. Vždy záleží na vlastním rozhodnutí klienta, kterou formu si zvolí, či zda je bude vzájemně kombinovat.

Předpokládalo se, že arteterapeutická setkání využívají jako výtvarnou techniku především malbu a kresbu. Bylo však zjištěno, že v hospicové péči jsou využívány techniky rychlého postupu umožňující každému z účastníků dosáhnout uspokojivého výsledku v relativně krátkém čase. Jednalo se především o techniky jako je malba na hedvábí, práce s keramickou hlínou a ubrousková technika-decoupage. Zmíněné techniky umožňují vytvořit praktický, užitečný a upotřebitelný artefakt. To dává klientům pocit, že netvořili zbytečně a jejich práce měla smysl. Navíc hlína, ubrousky a textil jsou materiály příjemné na dotek a práce s nimi přináší klientům také haptické zážitky.

V průběhu setkání klienti nehovoří o své nemoci, o svých obavách ze smrti a umírání. Tato témata zůstávají neotevřená pravděpodobně proto, že klienti jsou s nimi neustále konfrontováni. Arteterapeutické setkání chápou jako místo, kde se mohou před svou nemocí na chvíli schovat a odpočinout si.

Umění a tvořivá činnost pomáhají naučit se žít vlastní život a snášet jej. Jsou zdrojem nekonečné inspirace, fantazie a seberealizace. Mohou se stát smyslem a naplněním posledních dnů i celého života. Jsou prostředkem komunikace, sebevyjádření a sebehodnocení. Proto mají v paliativní a hospicové péči své nezastupitelné místo.

Pro každého z nás jednou nastane den, kdy se ocitneme na prahu smrti. V té chvíli si najednou uvědomíme, jak neopakovatelný a jedinečný byl náš život. Možná budeme prožívat utrpení, bolest, beznaděj a strach. Možná se budeme ptát, jaký to všechno mělo smysl. V té chvíli můžeme pozvednout ruce a vložit všechny své obavy do tvořivé činnosti, která se pro nás stane zážitkem, poznáním, láskou. Skrze tvořivou činnost můžeme doplout do přístavu smrti a nalézt svůj vnitřní klid.

„The creative process has the last word, and cannot be translated....

a picture speaks for itself through the way it is made,

image and meaning are identical”

Rita Simon

SEZNAM LITERATURY

1. *About art therapy. American Art Therapy Association.*[online].[cit. 2010-04-16]. Dostupné na World Wide Web: <http://www.arttherapy.org>
2. *Arteterapie v české republice - Definice oboru. Česká arteterapeutická asociace.* [online] 2000, [cit. 2010-06-09]. Dostupné na World Wide Web: <http://www.arteterapie.cz/>
3. Art Therapy Can Reduce Pain and Anxiety in Cancer Care. *Science Day* [online]. 2006, č. 1 [cit. 2010-04-16]. Dostupné na World Wide Web: (<http://www.sciencedaily.com/releases/2006/01/060102104539.htm>).
4. **BIBLE SVATÁ, PÍSMO SVATÉ STARÉHO A NOVÉHO ZÁKONA.** Podle ekumenického vydání z. r. 1985. Praha: Ekumenická rada církví v ČSSR, 1989. 864+ 288s.
5. **BLACKMOROVÁ, S.** *Umírání jako cesta k životu.* 1. vydání. Brno: Nakladatelství Tomáše Janečka, 1993. 296s. Z angl. orig. „Dying to live.“(1993) přel. A. Kotoulková. ISBN 80-900802-8-6.
6. **BLAŽEK, B., OLMROVÁ, J.** *Krása a bolest.* 1. vydání. Praha: Panorama, 1985. 416s.
7. **CALLANANOVÁ, M., KELLEYOVÁ, P.** *Poslední dary.* 1. vydání. Praha: Cesta domů, Vyšehrad, 2005. 224s. Z angl. orig.“Final Gifts“ (1992) přel. V. Hesounová a A. Slavíková Hesounová. ISBBN 80-7021-819-3.
8. **CAMPBELLOVÁ, J.** *Techniky arteterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi.* 2.vydání. Praha: Portál, 2000. 199s. Z angl. orig. „Creative Art in Groupwork“ (1993) přel. M. Šárová. ISBN 80-7178-428-1.
9. **CARLGREN, F.** *Výchova je svobodě. Pedagogika Rudolfa Steinera.* 1. vydání. Praha: Baltazar, 1991. 263 s. ISBN 80-900307-2-6.
10. **CASE, C., DALLEY, T.** *The Handbook of Art Therapy.* First published 1992. London: Routledge. 264 pages. ISBN 0-415-04381-6.
11. **CASEOVÁ, C., DALLEYOVÁ, T.** *Arteterapie s dětmi.* 1. vydání. Praha: Portál, 1995. 176s. Z angl. orig. „Working With Children in Art Therapy“ (1990) přel. R. Šormová. ISBN80-7178-065-0.
12. **CONNOR, S. R.** *Hospice: Practise, Pitfalls, and Promise.* Washington: Taylor and Francis, 1998. 208 pages. ISBN 1-56032-513-5.

13. **DAHLKE, R.** *Životní krize jako vývojové šance*. 1. vydání. Praha: Aquamarin, 2001. 314s. Z něm. Orig. „Lebenskrisen Als Entwicklungschancen“ (1995) přel. E. Světlík. ISBN 80-86259-02-1.
14. **DALLEY, T.** *Art as Therapy - an introduction to the use of art as a therapeutic technique*. First published 1984. London: Tavistock Publications. 180 pages. ISBN 0-422-78730-2.
15. **DE HENNEZEL, M.** *Smrt zblízka, umírající nás učí žít*. 1. vydání. Praha: ETC Publishing, 1997. 134s. Z franc. orig. “La mort intime” (1995) přel. B. Zifčáková. ISBN 80-86006-15-8.
16. **DETHLEFSEN, T.** *Oidipus a hádanka života*. 1. vydání. Praha: Knižní klub, 2006. 128s. Z něm. orig. „Ödipus der Rätsellöser“ (1990) přel. J. Vodvárko. ISBN 80-242-1531-4.
17. **DiGIULIO, R., KRANZOVÁ, R.** *O smrti*. Praha: Lidové noviny, 1997. 154s. Z angl. orig. „Straight Talk About Death and Dying“ (1995) přel. E. Klimentová. ISBN 80-7106-210-3.
18. **DVOŘÁK, J.** *Člověk mezi životem a smrtí*. 1. vydání. Praha: Avicenum, 1986. 252s.
19. **DŽIBRÁN, CH.** *Prorok. Zahrada prorokova*. 4.vydání. Praha: Vyšehrad, 2005. 144s. Z angl. orig. „The Prophet. The Garden of the Prophet” (1949) přel. E. a B. Merhautovi. ISBN 80-7021-798-7.
20. **EDWARDS, D.** *Art Therapy. Creative Therapies in Practice*. First published 2004. London: Sage Publications. 162 pages. ISBN 0 7619 4751 5.
21. **FIELDING, R., LAI-WAN CHAN, C.** *Psychological oncology and palliative care in Hong Kong*. Aberdeen: Hong Kong University Press, 2000. 280 pages. ISBN 962 209 503 8.
22. **FOLEY, K. M., GELBAND, H.** *Improving palliative care for cancer*. First print 2001. Washington: National Academy of Science Press. 65 pages. ISBN 0-309-07563-7.
23. **FORMAN, W. B.; KITZES, J. A.** *Hospice and palliative care – Concept and Practice*. Second edition. London: Jones and Bartlett Publishers International, 2003. 270 pages. ISBN 0-7637-1566-2.

24. **FRANKL, V. E.** *Lékařská péče o duši. Základy logoterapie a existenciální analýzy.* Brno: Cesta, 1996. 240s. Z něm. Orig. „Ärztliche Seelsorge Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse“(1982) přel. V. Jochmann. ISBN 80-85319-50-0.
25. **FRANKL, V. E.** *A přesto říci životu ano.* 2. opravené vydání. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2006. 176s. Z něm. Orig. „...trotzdem Ja zum Leben sagen. Ein Psychologe erlebt das Konzentrationslager“(1986) přel. J. Hermach. ISBN 80-7192-848-8.
26. **FROMM, E.** *Mít nebo být?* 1.vydání. Praha: Naše vojsko, 1992. 176s. Z angl. orig. „To Have or To Be?“ (1976) přel. V. Žihlová. ISBN 80-206-0181-3.
27. **GAJDOŠ, J.** *Od techniky dramatu ke scénologii.* Praha: AMU, 2005. ISBN 80-7331-048-1.
28. **GOLDEN, T.** Men, Grief and Ritual. *M.E.N. Magazine* [online]. 1995, [cit. 2010-04-27]. Dostupné na World Wide Web: <http://www.menweb.org>
29. **HARTLEY, N.; PAYNE, M.** *The Creative Arts in Palliative Care.* First published 2008. London: Jessica Kingsley Publishers. 206 pages. ISBN 978 1 84310 591 6.
30. **HAŠKOVCOVÁ, H.** *Rub života a líc smrti.* 1. vydání. Praha: Orbis, 1975. 176s.
31. **HAŠKOVCOVÁ, H.** *Spoutaný život.* 1. vydání. Praha: Panorama, 1985. 380s.
32. **HAŠKOVCOVÁ, H.** *Thanatologie. Nauka o umírání a smrti.* 1. vydání. Praha: Galén, 2000. 191s. ISBN 80-7262-034-7.
33. **HEJDÁNEK, L.** Jaspers jako filosof. *Paidea* [online]. 2005, roč. II, č. 2 [cit. 2010-01-05]. Dostupné na World Wide Web: <http://userweb.pedf.cuni.cz/paidea>
34. **HENDL, J.** *Kvalitativní výzkum.* 1. vydání. Praha: Portál, 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.
35. **HENDL, J.** *Úvod do kvalitativního výzkumu.* Praha: Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-549-3.
36. **HOGAN, S.** *Healing Arts: The History of Art Therapy.* First published 2001. London: Jessica Kingsley Publishers. 334 pages. ISBN 1 85 302 799 5.
37. **HRNČIÁRIKOVÁ, D.; HRNČIÁRIK, M.** Paliativní péče ve stáří. *Zdravotnické noviny, příloha Lékařské listy* [online]. 2009 č. 2 [cit. 2010-05-11]. Dostupné na World Wide Web: <http://www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/paliativni-pece-ve-stari-402277>

38. **JEBAVÁ, J.** *Úvod do arteterapie*. Dotisk. Praha: Karolinum, 2000. 96s. ISBN 80-7184-394-6.
39. **KOHÁK, E.** *Hesla*. Praha: Pokorný, 1995. 84s.
40. **KŘIVOHLAVÝ, J. KACZMARCZYK, S.** *Poslední úsek cesty*. 1. vydání. Praha: Návrat domů, 1995a. 94s. ISBN 80-85495-43-0.
41. **KŘIVOHLAVÝ, J.** *Rozhovor lékaře s pacientem*. 2. přepracované vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1995b. 155s. ISBN 80-7013-187-X.
42. **KŘIVOHLAVÝ, J.** *Psychologie nemoci*. 1. vydání. Praha: Grada, 2002. 200s. ISBN 80-247-0179-0.
43. **KŘIVOHLAVÝ, J.** *Psychologie smysluplnosti existence*. 1. vydání. Praha: Grada, 2006a. 204s. ISBN 80-247-1370-5.
44. **KŘIVOHLAVÝ, J.** Utrpení. Předneseno na dni hospicu v Litoměřicích dne 11.11. 2006b [online]. [cit.2010-01-05]. Dostupné na World Wide Web: <http://jaro.krivohlavy.cz/utrpeni>
45. **KUBÍČKOVÁ, N.** *Zármutek a pomoc pozůstalým*. 1. vydání. Praha: ISV nakladatelství, 2001. 268s. ISBN 80-85866-82-X.
46. **KÜBLER-ROSSOVÁ, E.** *Hovory s umírajícími*. 1. vydání. Nové Město nad Metují: SIGNUM UNITATIS, 1992. 135s. Z angl. orig. „On Death and Dying“ (1969) přel. B. Dvořáček. ISBN 80-85439-04-2.
47. **LIEBMANN, M.** *Skupinová arteterapie. Nápady, témata a cvičení pro skupinovou výtvarnou práci*. 1. vydání. Praha: Portál, 2005. 279s. Z amer. orig. „Art Therapy for Groups“ (2004) přel. J. Elisová. ISBN 80-7178-864-3.
48. **LUKASOVÁ, E.** *I tvoje utrpení má smysl. Logoterapeutická útěcha v krizi*. Brno: Cesta, 2006. 191s. Z něm. orig. „Auch Dein Leiden Hat Sinn“ přel. J. Vašíčková. ISBN 80-85319-79-9.
49. **MALCHIODI, C. A.** *The Art Therapy Sourcebook*. New York: Mc Graw-Hill, 1998. 266 pages. ISBN 1-56565-884-1.
50. **MALCHIODI, C. A.** *Medical Art Therapy with Adults*. Second impression. London: Jessica Kingsley Publishers, 2000. 280 pages. ISBN 1 85 302 679 4.
51. **MATOUŠEK, O.** *Potřebujete psychoterapii?* 2. rozš.a upr. Vydání. Praha: Portál, 1999. 136s. ISBN 80-7178-314-5.
52. *Medical Dictionary* [online]. [cit. 2010-05-12]. Dostupné na World Wide Web: <http://www.medterms.com/script/main/art.asp?articlekey=24267>

53. **MUNZAROVÁ, M.** *Eutanazie, nebo paliativní péče?* 1. vydání. Praha: Grada, 2005. 108s. ISBN 80-247-1025-0.
54. **OPATRNÝ, A.** *Jak zmírnit niterná trápení nemocných?* Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2004. 32s. ISBN 80-7192-347-8.
55. **PEROUT, E.** *Arteterapie se zrakově postiženými.* 1. vydání. Praha: Okamžik, 2005. 101s. ISBN 80-903247-9-7.
56. **PIJOAN, J.** *Dějiny umění/1.* 3. vydání. Praha: Odeon, 1987. 320 s. Ze španěl. orig. „Historia del arte, tomo1“ (1973) přel. L.Macková, H.Stašková.
57. **PRATT, M.; WOOD, M. J. M.** *Art Therapy in Palliative Care – The Creative Response.* First published 1998. London: Routledge. 203 pages. ISBN 0-415-16156-8.
58. **PROKOP, J.** *Eutanazie – víme, co to skutečně je?* [online]. c2009, [cit. 2010-05-10]. Dostupné na World Wide Web: <http://www.paliativnimediceina.cz/prilohy/151.pdf>
59. **PROKOP, J. M.** *Spiritualita v nemocničním prostředí.* [online]. c2008, [cit. 2010-01-05]. Dostupné na World Wide Web: <http://www.paliativnimediceina.cz/prilohy/152.pdf>
60. **RUBIN, J. A.** *Approaches to Art Therapy: theory and technique.* Second edition. New York: Brunner-Routledge, 2001. 354 pages. ISBN 1-58391-070-0.
61. **SÍGL, M.** *Co víme o smrti.* 1. vydání. Praha: EPOCH, 2006. 416s. ISBN 80-87027-11-6.
62. **STÖRIG, H. J.** *Malé dějiny filozofie.* 2. druhé, rozšířené vydání. Praha: ZVON, 1992. 560s. Z něm. orig. „Kleine Weltgeschichte der Philosophie“ (1990) přel. P. Rezek, M. Petříček, K. Šprunk. ISBN 80-7113-058-3.
63. **SVATOŠOVÁ, M.** *Hospice a umění doprovázet.* 4. vydání. Praha: ECCE HOMO, 1999. 146s. ISBN 978-80-902049-2-9.
64. **ŠICKOVÁ-FABRICI, J.** *Základy arteterapie.* 1. vydání. Praha: Portál, 2002. 176s. ISBN 80-7178-616-0.
65. **TRACHTOVÁ, E.** *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu.* 2. vydání. Brno: IDVPZ, 2001. 186s. ISBN 80-7013-324-8.
66. **VOKURKA, M. , HUGO J. A kol.** *Velký lékařský slovník.* 2. vydání. Praha: Maxdorf, 2002. 926s. ISBN 80-85912-77-5.

67. **VORLÍČEK, J.; ADAM, Z.; POSPÍŠILOVÁ, Y. A kol.** *Paliativní medicína*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2004. 540s.
ISBN 80-247-0279-7.
68. **WALLER, D.; SIBBETT, C.** *Art Therapy and Cancer Care*. First published 2005. 256 pages. Berkshire: Open University Press. ISBN 0-335 21 620X.
69. **WARREN, B.** *Using the Creative Arts in Therapy and Health Care: A Practical Introduction*. Third edition. East Sussex: Routledge, 2008. 272 pages.
ISBN 978-0-415-40404-4.
70. *What is art therapy? British Association of Art Therapists*. [online]. [cit. 2010-05-12]. Dostupné na World Wide Web: http://www.baat.org/art_therapy.html
71. **WOLKER, J.** *Do boje, lásko, let'*. 1.vydání. Praha: Odeon, 1975. 158s.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Seznam hospiců v České republice

Příloha č. 2: Charta umírajících

PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Seznam hospiců v České republice

Lůžkové hospice

Hospic sv. Štěpána v Litoměřicích

Rybářské náměstí 662/4, 412 01 Litoměřice

tel: 416 733 185-7

mail: info@hospiclitomerice.cz

web: <http://www.hospiclitomerice.cz>

Hospic Dobrého Pastýře v Čerčanech

Sokolská 584, 257 22 Čerčany

tel: 317 777 381

mail: hospic@centrum-cercany.cz

web: <http://www.centrum-cercany.cz>

Hospic Anežky České v Červeném Kostelci

5. května 1170, 549 41 Červený Kostelec

tel: 491 467 030

mail: sekretariat@hospic.cz

web: <http://www.hospic.cz>

Hospic sv. Lazara v Plzni

Sladkovského 66, 326 00 Plzeň

tel.: 377 431 381-4

mail: hospic@hsl.cz

web: <http://www.hsl.cz>

Hospic v Mostě

Svážná 1528, 434 00 Most

tel.: 476 000 168

mail: hospic@mostmail.cz

web: <http://www.hospic-most.cz>

Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa, Rajhrad u Brna

Jiráskova 47, 664 61 Rajhrad u Brna

tel.: 547 232 223

mail: info@dlbsh.cz

web: <http://www.dlbsh.cz>

Hospic na Svatém Kopečku – Olomouc

Sadové nám. 24, 779 00 Olomouc - Svatý Kopeček

tel.: 585 319 754

mail: hospic.svkopecek@caritas.cz

web: <http://www.acho.caritas.cz/hospic>

Hospic Citadela, Valašské Meziříčí (Diakonie ČCE)

Žerotínova 1421, 757 01 Valašské Meziříčí

tel.: 571 629 084, 602 776 460

mail: hospic.citadela@diakoniecce.cz,

hospic@citadela.cz

web: <http://www.citadela.cz>

Hospic sv. Jana N. Neumanna – Prachatice

Neumannova 144, 383 01 Prachatice

tel.: 388 311 726

mail: info@hospicpt.cz

web: <http://www.hospicpt.cz>

Hospic sv. Alžběty v Brně

Kamenná 36, 639 00 Brno

tel.: 543 214 761, 777 883 639

mail: socialni@hospicbrno.cz,

primar@hospicbrno.cz

web: <http://www.hospicbrno.cz>

Hospic sv. Lukáše - Ostrava – Výškovice

Charvátská 8, Ostrava – Výškovice

tel.: 599 508 505, 599 508 503

mail: lukashospic.ostrava@caritas.cz

web: <http://ostrava.caritas.cz>

Hospic Štrasburk v Praze

Bohnická 12/57, 180 00 Praha 8 – Bohnice

tel: 283 105 511, 283 853 256

mail: hospic.strasburk@cmail.cz

Domáci (mobilní) hospice

Domáci hospic "Cesta domů"

Kancelář: Bubenská 3, 170 00 Praha 7

tel.: 266 712 610

Poradna: Dukelských hrdinů 54, 170 00 Praha 7

tel: 283 850 949, 775 166 863

mail: info@cestadomu.cz

web: <http://www.cestadomu.cz>

Domáci hospic - Uherské Hradiště

Oblastní charita Uherské Hradiště

Velehradská třída 247, 686 01 Uherské Hradiště

tel.: 572 555 783, 606 641 980

mail: hospic.uhradiste@caritas.cz

web: <http://www.uhradiste.caritas.cz>

Domáci hospicová péče – Třebíč

Oblastní charita Třebíč

L. Pokorného 15, 674 01 Třebíč

tel.: 568 408 482, 739 389 229, 739 389 138

mail: dhp.trebic@caritas.cz

web: <http://www.trebic.charita.cz>

24 - hodinová telefonní linka - 733 676 676

Mobilní hospic Dobrého pastýře v Benešově

Jana Nohy 1352, 256 01 Benešov

tel.: 605 276 114

mail: hospic@centrum-cercany.cz

web: <http://www.centrum-cercany.cz/hospic-dobreho-pastyre/mobilni-hospic-dp>

Domáci hospicová péče - Žďár nad Sázavou

Oblastní charita Žďár nad Sázavou

Horní 22, 591 01 Žďár nad Sázavou

tel.: 566 626 041, 777 755 435

mail: chops@caritas.cz

web: <http://www.zdar.caritas.cz>

<http://zdar.domaci-hospic.cz>

Mobilní hospic Most k domovu - Praha 5-Zbraslav

Žabovřeská 1227, 156 00 Praha 5 – Zbraslav

tel.: 603 239 255, 212 242 451

mail: mostkdomovu@seznam.cz

web: <http://www.mostkdomovu.cz>

Mobilní hospic Ondrášek o.p.s. - Ostrava

Horní 288/67, 700 30 Ostrava – Dubina

tel.: 596 910 196

mail: mhondrasek@seznam.cz

web: <http://www.mhondrasek.cz>

Příloha č. 2: Charta umírajících

- Mám právo na to, aby se se mnou až do smrti zacházelo jako s lidskou bytostí.
- Mám právo na naději, a nezáleží na tom, že se mění moje životní perspektiva.
- Mám právo vyjádřit své pocity a emoce týkající se blízké smrti.
- Mám právo podílet se na rozhodnutích týkajících se péče o mě.
- Mám právo na stálou zdravotnickou péči, přestože se cíl "uzdravení" mé nemoci mění na "zachování pohodlí a kvality života".
- Mám právo nezemřít opuštěn.
- Mám právo být ušetřen bolesti.
- Mám právo na poctivé odpovědi na své otázky.
- Mám právo nebýt klamán.
- Mám právo na pomoc rodiny a na pomoc pro rodinu v souvislosti s přijetím mé smrti.
- Mám právo zemřít v klidu a důstojně.
- Mám právo uchovat si svou individualitu a mám právo na laskavé pochopení svých rozhodnutí a názorů.
- Mám právo být ošetřován pozornými, citlivými a zkušenými lidmi, kteří se pokusí porozumět mým potřebám a kteří budou prožívat zadostiučinění z toho že mi budou pomáhat tváří tvář smrti (Haškovcová, 2000).