

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ

Pracoviště oboru Historická sociologie

Bc. Stanislava Urbanová

**Umírání v nemocničních zařízeních od roku
1945 do současnosti: postoj ke smrti a změna
péče o umírající.**

Diplomová práce

Vedoucí práce: **Mgr. Radka Dudová, Ph.D.**

Praha 2018

Prohlášení

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

V Praze dne 5. ledna 2018

Bc. Stanislava Urbanová

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí práce paní Mgr. Radce Dudové, Ph.D. za cenné rady a čas, který mi věnovala při řešení problematiky, kterou se diplomová práce zabývá. V neposlední řadě také děkuji všem respondentům, kteří mi poskytli potřebné informace.

Abstrakt

Tato diplomová práce se zabývá vývojem přístupu a péče o umírající osoby v nemocničních zařízeních od roku 1945 do současnosti. Problematika zkoumá lidský přístup zdravotnického personálu k osobám v terminálním stadiu života a zaměřuje se na jeho proměny v rámci časového vývoje. Ohnisko zkoumání je zaměřeno na paliativní péči v nemocnicích, na povědomí o paliativní péči a na vzdělávání zdravotnického personálu v tomto odvětví zdravotnického oboru. Vzhledem k minimální existenci informací z poválečné doby je součástí práce vlastní empirické zkoumání. Diplomová práce se zabývá smrtí jako novodobým tabu moderní společnosti a aspekty spojenými s prožitky pacientů v poslední fázi života. V době poválečného období byl kladen důraz na spiritualitu, avšak byla horší kvalita ubytování a péče v nemocnici. Po roce 1948 v době reálného socialismu je zaznamenán nedostatek psychologické a spirituální podpory, méně času zdravotnického personálu na péči a větší podpora rodiny. V současnosti dochází k postupnému zlepšování, je kladen větší důraz na odbornost, ale menší rodinná soudržnost, a méně prostoru na péči rodiny. Dochází k větší byrokratizaci zdravotní péče, obecně se pečuje o těžší případy a práce se stává náročnější.

Abstract

This thesis explores the access of care for the terminally ill in hospitals from 1945 until present. Issue include humane access to medics and nurses for terminally ill patients, and focus on the changes in care over time. The focus of exploration is palliative care in hospitals, awareness of palliative care, and the education of medics and nurses in this domain. Studies of postwar information is an integral part of this thesis's empirical research. This thesis deals with death as a taboo of modern society, and aspects of experiences of the terminally ill in last phase of life. The postwar period has emphasized spirituality, but the quality of care in the hospitals has worsened over time. After 1948, in the period of real socialism, there has been a measured deficit of psychological and spiritual support, less involvement from sanitary personnel, but a measured increase from the support of families. The present has put emphases on expertise, but there is less family cohesion and space for family care. The growing bureaucracy of sanitary care, and in general, more serious cases, has led to the work becoming harder.

Klíčová slova: smrt, umírání, paliativní péče, terminální stadium

Key words: death, dying, palliative care, terminal stadium

Obsah

1. ÚVOD	7
2. VÝZKUMNÉ OTÁZKY	8
3. CÍLE PRÁCE	8
4. METODOLOGIE	10
5. SMRT A UMÍRÁNÍ	12
5.1 Vymezení pojmů	14
5.2 Institucionalizace života, tedy i smrti.....	17
5.3 Jaká je péče o umírající v nemocnicích a v čem se liší od jiných zařízení.....	18
6. SMRT JAKO NOVODOBÉ TABU	21
6.1 Umírající pacient a jeho prožitky a potřeby	21
6.1.1 Chování nemocných obecně	21
6.1.2 Proč lidé nemluví o smrti?	22
6.1.3 Proč by lidé neměli umírat sami?.....	22
6.1.4 Lékařská etika	24
6.1.5 Strach jako nedílná součást prožitku umírání	26
6.2 Vzdělávání a osvěta zdravotnického personálu.....	30
6.2.1 Zdravotnický personál – profese versus osobní život	31
7. SMRT A PÉČE O UMÍRAJÍCÍ POHLEDEM SOCIOLOGIE	35
8. SMRT V DATECH	39
9. HISTORICKÝ VÝVOJ ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ A PÉČE O UMÍRAJÍCÍ	41
9.1 Nemocnice.....	41
9.1.1 Středověk – 19. století.....	41
9.1.2 Nemocnice po roce 1945.....	43
9.2 Co je léčebna dlouhodobě nemocných a jak vznikla	46
9.3 Vznik a vývoj hospice	47
9.4 Současnost.....	48
10. PRAKTICKÁ ČÁST	50
10.1 Metodologie výzkumu	50
10.2 Cíle výzkumu	51
10.3 Výstupy z výzkumu.....	52
10.3.1 Prostor	52
10.3.2 Kapacita zařízení.....	55

10.3.3 Rodina.....	55
10.3.4 Další zdravotnický personál	56
10.3.5 Psychická náročnost povolání a vzdělávání v paliativě	58
10.3.6 Srovnání dvou časových rovin pohledem respondentů.....	59
10.3.7 Osobní zkušenost s umíráním člena rodiny	60
10.4 Závěry z výzkumu.....	60
11. ZÁVĚR.....	63
12. ZDROJE	65
13. PŘÍLOHY	70

1. ÚVOD

V rámci této diplomové práce se zabývám problematikou vývoje přístupu a postojům k umírajícím osobám a péče o ně od roku 1945 do současnosti. Lidé dříve umírali často doma a postupem času se začali přesunovat do nemocnice, kde začali umírat sami v ústraní. Díky této skutečnosti začala být smrt pro lidi velké tabu. V práci samozřejmě počítám s pokrokem v medicíně v oblasti modernizace přístrojů a objevení nových medikamentů, avšak předmětem této práce je zkoumání lidskosti v péči o umírající. Práce se zabývá otázkou, zdali je či není v posledních letech vztah zdravotnického personálu s pacienty více odosobněn a péče zmechanizována.

V první části je problematika opřena o teoretické zdroje, druhou část tvoří empirický výzkum založený na rozhovorech s lékaři, lékařkami a zdravotními sestrami, které v období po druhé světové válce pracovaly v nemocnicích a zároveň se zdravotnickým personálem pracujícím v nemocnicích v současnosti.

Diplomová práce se zaměřuje na dobu těsně poválečnou a popis péče o umírající v nemocničních zařízeních právě v této době. Situace mě zajímá z pohledu zdravotnického personálu, příbuzných umírajících či z pohledu samotných umírajících.

Téma smrti a všeho, co se jí týká, je ve společnosti dost tabuizované, ale každý se s ní určitě alespoň jednou v životě setká. To, že se lidé snaží v poslední době „smrt“ zavřít za dveře nebo před ní zatáhnout závěs, mi připadá z morálního hlediska nepřipustné a z hlediska sociologického jako zajímavý jev, který si zaslouží vysvětlení. V posledních letech vyšlo nemalé množství článků, které nastiňuje názor, že umírání v nemocnici je člověku nedůstojné a úroveň péče o umírající pacienty není dostatečná.

Práce se zabývá zejména péčí v nemocnicích, kdy z důvodu nevydávání výročních zpráv o paliativní péči, není známo, jaká je skutečnost. Jelikož se jedná o velmi málo zpracované téma, kdy zejména z doby poválečné nejsou dochovány žádné informace, považuji za vhodné provedení vlastního výzkumu.

2. VÝZKUMNÉ OTÁZKY

- Jak se změnil proces umírání a péče o umírajícího v ČR podle relevantních zdrojů od roku 1945 do současnosti?
- Jsou podmínky, ve kterých lidé v nemocničních zařízeních umírají, z pohledu zdravotnického personálu v posledních letech horší? Pokud ano, je tento jev způsoben tím, že je v nemocnici umírající nejčastěji sám bez přítomnosti členů rodiny?
- Jak se změnila úroveň ošetření umírajících v nemocnici?
- Je umírání více „odosobněno“ (ve vztahu pacient – ošetřující) i přesto, že je tato situace daleko lépe legislativně zajištěna než dříve? A je vůbec v dnešní době v legislativě lépe podchycena problematika péče o umírajícího v nemocničních zařízeních?
- Jak popisují péči o umírající zdravotní sestry pracující v nemocničních zařízeních v období po druhé světové válce? Jak tyto zdravotní sestry hodnotí proměny v péči o umírající v průběhu let?

3. CÍLE PRÁCE

Hlavním cílem této práce je zjistit jak se změnil přístup a péče o umírající osoby od roku 1945 do současnosti v nemocničních zařízeních. Je jisté, že v medicíně došlo v průběhu této doby k velkému pokroku jednak v přístrojích, které lékaři a zdravotní sestry používají k vyšetření, ale také v medikamentech, které jsou v současné době k dispozici a jsou nesrovnatelné s léky z poválečné doby. Srovnání spočívá zejména ve vztahu zdravotnického personálu k umírající osobě z lidského hlediska. V práci se zabývám zjištěním toho, zdali je zachován individuální přístup k umírajícím, ale i pacientům obecně. V poslední době se ve společnosti objevuje názor, že je péče o umírající osoby spíše potlačena a odsunuta do ústraní a lidé umírají v samotě.

Předpokládám, že v poválečné době byl přístup a péče individuálnější než je tomu v dnešní době, kdy se mluví o tom, že lidé umírají nejčastěji sami v izolovaném prostředí. V poválečné době bylo také více běžné, že lidé poslední chvíli svého života trávili doma s rodinnými příslušníky, což v dnešní době není běžnou záležitostí.

V diplomové práci jsem se zaměřila pouze na zdravotnickou péči, kterou poskytují nemocnice a nezabývám se hospicovou péčí, a to zejména z toho důvodu, že informace a

údaje o hospicové péči jsou k dispozici, ale o tom, jak probíhá paliativní péče v nemocnicích, není mnoho známo.

Dalším cílem práce je popsat, jaké prožitky má umírající člověk, co je pro něj nejtěžší a jak by se s ním mělo komunikovat. Dále také popsat, jestli existuje a jaké je vzdělávání zdravotnického personálu v paliativní péči.

Jednou z forem, jak dosáhnout těchto cílů je uskutečnění rozhovorů s lékaři a zdravotními sestrami nemocnic, a to jednak s těmi, kteří v současné době v nemocnici pracují, ale i s těmi, kteří jsou nyní v důchodovém věku, ale dříve byli v nemocnici zaměstnáni. Pomocí srovnání získaných dat těchto rozhovorů byla odhalena a následně popsána nejen úroveň zdravotnické péče doby poválečné a zároveň současné, ale i skutečnost, jaký je rozdíl ve vybavenosti a uspořádání nemocničního zařízení.

V první části se diplomová práce zabývá vymezením pojmů v rámci problematiky smrti a umírání, institucionalizováním lidského života včetně jeho poslední, terminální fáze a následně i srovnáním zařízení, ve kterých lidé umírají, tedy nemocnice, léčebny dlouhodobě nemocných a hospice.

Kapitola *Novodobé tabu* řeší problematiku odsouvání smrti do ústraní a skutečnost toho, že lidé o smrti nemluví, bojí se jí a pokud se dostanou do kontaktu s umírajícím pacientem, často neví, jak se k němu chovat a co mu říct. Práce se dále významně zaměřuje na vzdělávání a osvětu zdravotnického personálu v paliativní péči, která je doménou teprve několika posledních let.

Pohled na téma smrti a umírání z hlediska sociologie a sociologických teorií je další součástí práce. V neposlední řadě jsou zahrnuty empirické výzkumy, poukazující na dnešní situaci paliativní péče v terminálním stadiu života. Nedílnou součástí je popis historického vývoje nemocnic, hospiců a léčeben dlouhodobě nemocných. První hospice pro putující poutníky fungovaly při kláštrech jako místa pro nocleh a ošetření.

V poslední části se diplomová práce zabývá vlastním empirickým zkoumáním skutečnosti vývoje péče o umírající pacienty od roku 1945 až do současnosti a zachycuje proměny a tendence ve vývoji. Zároveň uvádí důležité faktory ovlivňující kvalitu paliativní péče. Patří mezi ně zejména uspořádání prostoru a soukromí v nemocnicích, zapojení rodiny, vzdělání pečujícího personálu, problematika psychické náročnosti povolání a s ní spojená existence či neexistence psychologa nebo supervizora.

4. METODOLOGIE

Při zpracování diplomové práce jsem posupovala pomocí metody studia dokumentů, neboli sekundární analýzy dat, kdy jsem vybrala potřebné dokumenty, posoudila jejich vhodnost a využitelnost k danému tématu, a pak analyzovala z hlediska potřeb výzkumu. Studium dokumentů je vhodné pro longitudinální analýzu, kdy je problém zkoumán v delším časovém rozmezí. Vzhledem k tomu, že mnou zvolené téma je založeno na sledování problematiky v rámci časového vývoje, starší data z poválečné doby se v literatuře vyskytují velmi zřídka či vůbec. Z toho důvodu jsem v rámci této práce provedla nejen studium knih, článků z časopisů a sociologických výzkumů, ale i dokumentů archivu Středočeské knihovny Kladno a dokumentů archivu Alžbětinky. Použila jsem tedy primární, sekundární i terciární teoretické zdroje. K zpracování zvoleného tématu jsem použila nejen texty sociologické, ale také mnoho literatury lékařské či příručky pro studenty a studentky zdravotnických oborů.

Druhá část diplomové práce je postavena na výzkumu, který jsem provedla zejména z důvodu absence dat z doby poválečné. Rozhodla jsem se provést rozhovory s pamětníky a pamětnicemi, kteří byli od roku 1945 zaměstnáni v nemocničním zařízení jako zdravotní sestry, zdravotní bratři, lékařky či lékaři a mají osobní zkušenost s péčí o umírající pacienty.

Bylo provedeno deset nestandardizovaných částečně strukturovaných rozhovorů, kdy s pomocí soupisu zjišťovaných faktů, kdy nebyla jasně určena struktura rozhovorů ani pořadí otázek, byli dotázáni celkem tři respondenti z doby těsně poválečné, tedy z druhé poloviny čtyřicátých let a léta padesátá. Jedna respondentka nastoupila do nemocnice v letech šedesátých, dvě respondentky započaly svou práci v nemocnici v letech sedmdesátých, dvě v letech osmdesátých a dvě respondentky pracují ve zdravotnictví s umírajícími pacienty od roku 1999 do současné doby. Rozhovory byly provedeny také s respondentkami, které mají zkušenosti s péčí ze současného období, a to zejména pro porovnání doby poválečné se současností. Další důvod pro získávání informací o dnešní péči o osoby v terminální fázi života je kvůli porovnání praxe s informacemi, které se objevují v tisku, diskusích a dají se označit jako „názor společnosti“ na péči o umírající. Všechny rozhovory byly nahrány, přeneseny do písemné formy a následně okódovány a analyzovány. V první fázi analýzy byly v textu označeny informace důležité pro předmět výzkumu, v druhé fázi jsem sloučila informace ze stejné tematické oblasti. Výstupem je několik aspektů důležitých pro problematiku péče o umírající v nemocničních zařízeních.

Zúčastnění respondenti souhlasili s nahráním rozhovoru a byli ubezpečeni, že je jejich výpověď anonymní a slouží pouze pro účely diplomové práce.

Výběr respondentů proběhl metodou nabalování (snowball sampling), která je používána především v případech zkoumání specifických skupin obyvatelstva, kdy není k dispozici žádný seznam či jiná spolehlivá opora výběru. Předpokladem je, že respondent vhodný pro výzkum, zná dalšího respondenta, který odpovídá požadavkům a potřebám předmětu zkoumání. V prvním kroku výběru je osloven prvotní soubor jedinců, který doporučí další vhodné jedince, kteří pomohou rozšířit výběrový soubor ještě více a významněji. Čím více respondentů je dotázáno v daném kole, tím rychleji roste výběrový soubor. Ve chvíli, kdy nepřibývají nové informace je výběr vhodné ukončit.¹

¹ JEŘÁBEK, Hynek, *Úvod do sociologického výzkumu*, Carolinum, Praha: 1992, str. 45.

5. SMRT A UMÍRÁNÍ

Tématem smrti a péče o umírající jsem se rozhodla zabývat zejména z toho důvodu, protože mi připadá, že je mu věnováno málo pozornosti a není dostatečně zpracované. V poslední době se dá ale pozorovat skutečnost, že se někteří lidé začínají k problematice umírání lidí v nemocnicích vracet a vidí jej v současné době jako problém.

Socioložka Olga Nešporová přiznává, že sociologie téma smrti poměrně dlouhou dobu opomíjela (věnovala se spíše sebevraždám). Avšak díky vlivu sociální antropologie a psychologie se od šedesátých let dvacátého století smrt dostává do sociologie a v devadesátých letech se jí již zabývá tak velké množství sociologů, že vzniká „sociologie smrti“.²

V poslední době se rozšiřuje názor, že umírání lidí v nemocnicích není vhodné a pacientům se nedostává dobré péče.³ Samozřejmě tím není myšlena lékařská péče v podobě podání medikamentů a ošetření lékařským personálem či absence moderních přístrojů. V procesu umírání jde o individuální přístup a zároveň o psychickou podporu člověka, který si prochází nelehkou a poslední částí svého života.

Autor Paul Ludwig Landsberg ve své knize „Zkušenost smrti“ vyjadřuje, že smrt plně souvisí s tím, jak člověk prožil svůj dosavadní život, zabývá se také křesťanským pohledem na smrt. V kapitole o *Zkušenosti smrti a individualizaci* vyjadřuje, že smrt je spojena s lidskou individualizací, kdy si člověk v procesu umírání uvědomuje nejvíce svou podstatu a osobitost. „... rozhodující zkušenost smrti je vázána na určitý stupeň personální jedinečnosti člověka, a že je to jediný proces, jak se individua individui stávají, a jak se vlastním lidským smyslu stávají smrtelnými.“⁴

Landsberg zde i popisuje, že člověk prožívá při umírání pocit úzkosti z toho důvodu, že očekává nějaké znovuzrození, tedy něco o čem nic neví; neví, co bude. Dále je zde vyjádřen i vztah ošetřujících osob k umírajícím. Pro osobu pečující nebo přihlížející umírání, je jednodušší, když je umírající cizí osoba. Pokud se stará o člověka, kterého zná a je mu blízký, je pro něj proces umírání také těžký. „*Smrt bližního: to je nekonečně víc než smrt druhého obecně.*“⁵

Podle Josefa Dolisty je v současné době nejlepší variantou, jak důstojně strávit poslední chvíle svého života, hospicové zařízení, kde je možný trochu větší kontakt

² NEŠPOROVÁ, Olga, *O smrti a pohřbívání*, Centrum pro studium demokracie a kultury, Brno: 2013, str. 5.

³ Zpráva o umírání v Čechách, časopis Týden, https://www.tyden.cz/rubriky/domaci/zprava-o-umirani-v-cechach_25040.html (zobrazeno 3. 1. 2017).

⁴ LANDSBERG, Paul, Ludwig, *Zkušenost Smrti*, Vyšehrad, Praha: 2014, str. 122.

⁵ LANDSBERG, Paul, Ludwig, *Zkušenost Smrti*, Vyšehrad, Praha: 2014, str. 123.

rodinných příslušníků do hospice. V dnešní době mají zároveň ošetřovatelé v hospici lepší znalosti o smrti a umírání a hlavně o tom, jak pečovat o umírající, protože jejich hlavní myšlenkou je úcta k člověku. „*V hospicích je akcentován duchovní rozměr péče, který obyčejně v nemocnicích chybí.*“⁶

Dolista dále vyjadřuje: „*S rozvojem moderních zdravotnických zařízení v padesátých letech dvacátého století se u nás umírání a smrt přesouvá do institucionálních podmínek. V zařízeních byli dlouhodobě nemocní a umírající umísťováni především do léčeben pro dlouhodobě nemocné, kde se multidisciplinární služby neposkytovaly a ošetrovatelská péče často nebyla na dobré úrovni. Zhruba od 70. let se u nás začalo bojovat za zlepšení podmínek umírání, za vrácení zanedbávané důstojnosti umírajícímu.*“⁷ Dále dochází k ještě lepším úpravám podmínek pro umírající po roce 1989. Od padesátých let dodnes došlo ke změně ošetrovatelské péče o umírající, kdy se lidé od umírajících začali distancovat a přestali hovořit o jejich pocitech, potřebách a problémech.⁸

Publikace Sociální studia, zabývající se smrtí, autorů Romana Vida a Romana Hytycha uvádí, jak vyjadřuje svůj pohled na smrt personál hospice: „*Středem pozornosti se stává proto nemocný, který z jeho pohledu leží v nemocnici obklopený byrokratickým a technizovaným řádem a umírá v osamělosti. Do kontrastu s nemocničním umíráním typickým podle hospicového hnutí pro moderní společnost je stavěno idealizované ‘umírání tradiční’, které se hospice snaží následovat – důstojné umírání v domácím prostředí za přítomnosti celé rodiny (...)*“⁹ Personál hospice tedy přistupuje ke smrti jako k normálnímu procesu, kdy podporují život v době umírání a neurychlují ani nezpomalují proces smrti.

Dle zkušeností návštěvníků, jak vyjadřuje Dalajláma, kteří docházejí do nemocnic za svými blízkými na sklonku života, je patrné, že prostředí, které nemocnice nabízí umírajícím pacientům, nejsou vhodné pro různé fáze prožitku smrti. Je nezbytně nutné, aby bylo prostředí člověka, který je třeba jen v kómatu, klidné a přizpůsobeno procesu umírání. Člověk v terminálním stádiu života totiž dokáže plně vnímat to, co se okolo něj děje, takže pokud je umírající v jednom pokoji s více lidmi, kteří se například dívají na televizi, která je velice hlučná, nemusí to být umírajícímu zrovna příjemné. Proto je tedy důležité, aby

⁶ DOLISTA, Josef, SKOŘEPA, Ladislav, PÁNA, Lubomír, *Člověk ve stínu svého konce*, Vysoká škola evropských a regionálních studií, o.p.s. České Budějovice: 2007, str. 44.

⁷ DOLISTA, Josef, SKOŘEPA, Ladislav, PÁNA, Lubomír, *Člověk ve stínu svého konce*, Vysoká škola evropských a regionálních studií, o.p.s. České Budějovice: 2007, str. 41-42.

⁸ DOLISTA, Josef, SKOŘEPA, Ladislav, PÁNA, Lubomír, *Člověk ve stínu svého konce*, Vysoká škola evropských a regionálních studií, o.p.s. České Budějovice: 2007, str. 44.

⁹ VIDO, Roman, HYTYCH, Roman, a kolektiv, *Smrt*, Katedra sociologie Fakulty sociálních studií Masarykovy univerzity, Brno: 2011, str. 139.

byl s člověkem vyžadujícím paliativní péči někdo v kontaktu a snažil se vytvořit mu co nejpříjemnější podmínky.¹⁰

Podle Dalajlamovy knihy *Rady jak umírat a žít lepší život* je také důležité umírajícímu neškodit, k čemuž může dojít, pokud bude pečující projevovat hněv a nenávisť, bude litovat odchodu člověka, plakat v jeho přítomnosti. Myslím si, že zrovna tato informace je velice zajímavá, protože v nemocničním zařízení k takovému to jevu od pečovatelů nemůže dojít, a to je nemocniční zařízení v každé literatuře považováno za méně vhodně prostředí k umírání. Na druhou stranu může dojít ke konfliktu personálu před umírajícím pacientem, což už jsou zhoršené podmínky pro umírajícího. Je také nezbytně nutné, sdělit blízkým a rodině zemřelého, jak se vyrovnat s jeho ztrátou. Ve chvíli, kdy s ním mají strávit poslední chvíle jeho života, měli by pak vědět, jak se se ztrátou dále vyrovnat.¹¹

Autoři Ondřej Sláma, Josef Drbal a Ludmila Plátová vyjadřují, jak je pro umírajícího důležité strávit poslední chvíle jeho života doma a ne v nemocničním zařízení. Popisuje všechno to, co umírající potřebuje. Pro umírajícího je nezbytné zajistit odbornou lékařskou péči, která je možná i v domácím prostředí (otázkou je ale, zda si to mohou všichni dovolit z finančních důvodů), protože jsou jisté záležitosti, které laik není schopen umírajícímu zajistit. Ale „v období přibližující se smrti člověk bytostně touží po někom skutečně blízkém – po osobě, která nebude suverénem znajícím odpovědi na všechny otázky, která nebude ani společníkem stále hýřícím humorem a zlehčujícím cokoliv, ale po někom, kdo mu pomůže překonat samotu, zajistí kontakt s okolím, bude respektovat jeho svobodná rozhodnutí, poradí, ale nebude rozkazovat, nařizovat, pokorně bude řešit i otázky, na které ani sám nezná jednoznačnou odpověď, kdo mu bude dodávat odvalu a naději, že přes to vše, co se nyní těžko pochopitelně děje, má jeho život smysl, kdo ho bude mít skutečně rád (...)“¹² Umírající potřebuje hlavně lásku, respekt a toleranci.

5.1 VYMEZENÍ POJMŮ

Jedním ze základních pojmů je *smrt*, kterou sociolog Miloslav Petrušek ve svém slovníku vykládá jako „proces zániku živého organismu, k němuž dochází buď přirozeně, v důsledku uplatnění biologických zákonitostí, nebo v důsledku násilného (...) zásahu do

¹⁰ DALAJLAMA, *Rady jak umírat a žít lepší život*, Argo, Praha: 2006, str. 8.

¹¹ DALAJLAMA, *Rady jak umírat a žít lepší život*, Argo, Praha: 2006, str. 10.

¹² SLÁMA, Ondřej, DRBAL, Josef, PLÁTOVÁ, Ludmila, *Umřít doma*. Moravskoslezský kruh, Brno: 2008, str. 12-13.

živého organismu, který nezvratně poškozuje a rozkládá jeho funkce. V přesném slova smyslu se pojem smrt užívá i pro konec či zánik biologického druhu či kulturně-historického typu (hovoří se o smrti civilizace, kultury, politického systému). Smrt je jednou ze základních mezních situací lidského života. (...) Lékařskými kritérii smrti člověka jsou: ztráta reakcí organismu na okolí, úplně zrušení všech reflexů a ztráta svalových pohybů, zástava dýchání, pokles tlaku krve v tepnách, absolutně lineární encefalická křivka, zástava činnosti mozku a ztráta vědomí.“¹³

Z filosofického pohledu Martina Marka je smrt „*chápána jako rozchod duše a těla, v materialistických směrech jako definitivní konec fyzické i psychické stránky lidské bytosti. Protože člověk na rozdíl od zvířat, je schopen vidět svůj život, jako celek, je i smrt součástí tohoto celku: každý ví, že zemře. Podobně jako lidský život je i lidská smrt jedinečná a osobní a není jen nahodilým přerušením organických funkcí*“¹⁴

Martin Vokurka a Jan Hugo na smrt nahlízejí z lékařského pohledu a označují ji za „*stav, kdy u člověka dochází k nezvratným změnám mozku, při nichž nastane selhání funkce a zánik center řídících krevní oběh a dýchání. Zánik jedince, u něhož vymizí známky života a jeho funkce. S rozvojem medicíny a resuscitace vznikly další pojmy odrážející stupeň jednotlivých změn tak, jak se při resuscitaci mohou vyvinout.*“¹⁵ Je jím například pojem *klinická smrt* či *smrt mozku*.

Smrt je sociologem Janem Jandourkem označením „*pro konec biologického a sociálního života jedince.*“¹⁶ A i když je dnešní společností vnímána spíše negativně, liší se postoje k ní v různých historických obdobích a z pohledů různých kultur. Dle Jandourka v tradiční společnosti prakticky neexistovala úzkost ze smrti díky vlivu náboženství. Kladný vliv na vnímání smrti mělo také soužití více generací pospolu v jedné domácnosti a jejich střídání, díky čemuž byla smrt vnímána jako přirozená součást života. Smrt v moderní společnosti probíhá anonymně v nemocnicích a tím, že je vytržena z běžného života, je považována za tabu. „*Smrt bývá charakterizována i jako „zhuštěná socializace“ s fázemi popírání, hněvu, vyjednávání, deprese a přijetí (Kübler-Rossová). Mění se i příčiny smrti. V minulosti převažovaly nemoci infekční, dnes nemoci zhoubné a srdeční a smrt se přesunula do vyššího věku. Se smrtí jedince se blízcí vyrovnávají konáním pohřebního rituálu, který symbolicky naznačuje odchod jedince ze společenství. Biologickou smrt*

¹³ PETRUSEK, Miloslav, a kol. *Velký sociologický slovník*, p/ž, Karolinum, Praha: 1996, str. 1001.

¹⁴ MAREK, Martin, *Velký naučný slovník*, m/ž, Diderot, Praha: 1999, str. 1357.

¹⁵ VOKURKA, Martin, HUGO, Jan, a kol. *Velký lékařský slovník*, Maxdorf, Praha: 2002, str. 80.

¹⁶ JANDOUREK, Jan, *Sociologický slovník*, Portál, Praha: 2007, str. 218.

předchází někdy společenská smrt, kdy je jedinec vyřazen ze společnosti (např. nemocí) a ztrácí tak převážnou většinu možností a kontaktů.“¹⁷

Jandourek dále uvádí, že se k pojmu smrti úzce váže také pojem *sociální smrt*, která může nastat před smrtí biologickou. Jedná se o vyřazení ze společnosti ztrátou kontaktů s okolím důsledkem vážného onemocnění.¹⁸ Webový slovník sociální smrt označuje za chronickou chorobu vzniklou z dlouhodobé odloučenosti od blízkých osob. Způsobuje společenskou deprivaci neboli strádání a často urychluje smrt fyzickou.¹⁹

Psychologický slovník, který se jako jediný zabývá pojmem *umírání*, jej vykládá jako „*proces končící smrtí; na základě výzkumu 200 osob v terminálním stádiu nemoci stanovila Elizabeth Kübler-Rossová pět stádií umírání: a) popření a vytěsnění, s funkcí jakéhosi nárazníku, který je obranou proti šokující zprávě a dává čas přijmout jiné, méně vyhraněné obrany, b) hněv – pocity vzteku a nenávisti proti komukoli a čemukoli v okolí, v okamžiku, kdy situaci nelze popřít, c) smlouvání – nemocná se snaží získat jakési ústupky oddálení, za nejrůznější sliby, d) deprese - hluboký smutek jako určitá předehra k tomu, co se stane dále, e) smíření – dochází k němu, pokud nemocný cítí určitou podporu ze strany okolí, přičemž nejde o rezignaci a vzdávání se; těchto pět stádií je všeobecně přijímáno za model sloužící k vypracování psychologicky citlivého přístupu k nemocným a účinné pomoci v každém stádiu.*“²⁰

Za *terminální stádium* je považována poslední fáze života, je to takzvaný přechod života a smrti a dle Martiny Jedelské je ošetřování a péče o pacienta v terminální fázi života velmi náročná, a to nejen ze stránky psychické, ale i z hlediska ošetřovatelského²¹

Druh odborné komplexní péče, která je člověku poskytována v terminálním stádiu nemoci, tedy v pokročilé nevléčitelné fázi nemoci, je *paliativní péče*, která zahrnuje velmi citlivou a speciální péči nejen tělo ale i duši. Bývá velice intenzivního rázu a probíhá většinou v domácím prostředí nebo v lůžkovém hospici, který se snaží domov imitovat.²² „*Cílem je tišení bolesti a dalších příznaků nemoci, včetně psychologických, sociálních a spirituálních obtíží, které mohou pacienta a jeho blízké trápit.*“²³

¹⁷ JANDOUREK, Jan, *Sociologický slovník*, Portál, Praha: 2007, str. 218.

¹⁸ JANDOUREK, Jan, *Sociologický slovník*, Portál, Praha: 2007, str. 218.

¹⁹ Slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/socialni-smrt, zobrazeno dne 18. 5. 2016.

²⁰ HARTL, Pavel, HARTLOVÁ, Helena, *Psychologický slovník*, Portál 2000, str. 308.

²¹ JEDELSKÁ, Martina, *Terminální stádium nemoci*. http://zdravi.euro.cz/news/check-pro?id=334448&seo_name=sestra, (zobrazeno 18. 5. 2016).

²² Rady a informace pro umírající a nemocné. <http://www.umirani.cz/rady-a-informace/pece-o-nevlecitelne-nemocne>, (zobrazeno 18. 5. 2016).

²³ Centrum paliativní péče, <http://paliativnicentrum.cz/cs.>, (zobrazeno 18. 5. 2016).

Péči o pacienty v poslední fázi života zajišťují *hospice*, které jsou speciálními zařízeními zajišťující paliativní péči. Hospic se na rozdíl od nemocnice liší tím, že pacientovi ulevuje od bolesti, kdežto nemocnice léčí. Pokud se člověk dostane do hospice, znamená to, že již byly vyčerpány všechny možnosti léčby. Ve chvíli, kdy člověk nastupuje do hospice, měl by být obeznámen se svým zdravotním stavem, k čemuž většinou bohužel nedochází a situace ztěžuje stav nejen pacienta, ale celé rodiny. Idea hospice vychází z duchovního rozměru, kdy v úctě k člověku pečuje o jeho biologické, psychologické, sociální a duchovní potřeby. Od nemocnice se hospic liší poskytováním duchovní péče za přítomnosti psychologa a teologa bez ohledu na to, jakého je pacient náboženského vyznání.²⁴

V průběhu umírání může dojít také k takzvané *dystanázii*, neboli zadržované smrti. Je to situace, kdy je přirozený proces umírání uměle prodlužován. Je nežádoucím důsledkem pokroku medicíny, která je schopna člověka udržet při životě ve chvíli, kdy je to již nevhodné a na místě je aplikovat paliativní péči.²⁵

5.2 Institucionalizace života, tedy i smrti

Podle sociologického slovníku Jana Jandourka je slovem *instituce* označován souhrn určitých vzorců jednání a vztahů, které jsou předávány ve společnosti. Za instituci jsou považovány různé typy skupin, a to buď stálé skupiny, které jsou běžnou součástí společnosti či významné a společností uznávané. Institucí je myšlen také souhrn určitých morálních hodnot, které se mohou případně kombinovat se sociálními rolemi. Pojem instituce ale také vyjadřuje společenské rituály a kulturní činnosti.²⁶

Webový slovník o instituci hovoří jako o uskupení, která se řídí přijatými a ustálenými způsoby chování, která jsou žádoucí pro danou společenskou skupinu. Instituce stanovují vzorce, díky kterým řídí lidské jednání. „*Institucionalizovanému jednání se jedinci učí během života. Osvojují si návody konkrétních činností. Institucionalizované jednání je v určité společnosti očekávatelné vzhledem k řešení určitého problému či uspokojení potřeby. Instituce vznikají a zanikají v průběhu sdílených dějin. Instituce se jeví se jako dané, nezměnitelné a samozřejmé, ale představují jeden ze základních mechanismů sociální konstrukce reality.*“²⁷

²⁴ KIZÁK, Juraj, *Co je hospic?*, webový článek <http://www.hospice.cz/otazky-a-odpovedi/co-je-hospic/>, (zobrazeno 18. 5. 2016).

²⁵ KIZÁK, Juraj, Webový slovník hospice.cz, <http://www.hospice.cz/slovník-pojmu/>, (zobrazeno 18. 5. 2016).

²⁶ JANDOUREK, Jan, *Sociologický slovník*, Portál, Praha: 2007, str. 108.

²⁷ Webový slovník cizích slov, <https://www.varianty.cz/slovníček-pojmu/82-instituce> (zobrazeno 2. 1. 2018)

Sociologie však dnes nepovažuje za instituce některé složité uskupení, jakým je například stát nebo rodina, ale ani manželství či rodičovství, protože v sobě nesou také aspekty organizací a asociací.²⁸

Instituce se odlišuje od organizace. Ve chvíli, kdy je instituce chápána jako uvědomovaný a racializovaný obyčej, organizací je pak myšlen daný vztah, dle kterého je postupováno při řešení problémů. Často se pak instituce používá jako návod pro řešení.

Za organizaci je považováno zařízení, jako je například škola, nemocnice, úřad apod. Dle výkladu slovníku Mendelovy Univerzity v Brně existují instituce formální a neformální. Za formální instituce jsou považovány například zákony, jsou to instituce vynucované státem. Neformální institucí je zvyk či morálka. „*Instituce nicméně nejsou neutrální, obvykle mají „politický původ“.* To znamená, že odráží ideje, hodnoty a zájmy těch, kdo je tvořili. Často též jsou výsledkem kompromisů.“²⁹

Dalo by se říci, že celý život člověka je institucionalizovaný. Každý se narodí do společnosti, která má už svá vytvořená kulturní pravidla chování a sociální interakce. Tato pravidla vytvářejí jedinci, ale zároveň pravidla zase ovlivňují a formují jedince, čímž se formuje sociální systém a sociální jednání.³⁰ Umírání je tedy také jistým způsobem institucionalizované, a to ve všech časech a kulturách. V současné době člověk přijde na svět v nemocnici, ve chvíli kdy povyroste, navštěvuje jesle, školky, později školu apod. Na sklonku života se lidé dostávají nejčastěji opět do nemocnice, kde jejich život končí v přetechnizovaném prostoru, kde je mnoho přístrojů a výsledky z vyšetření v podobě grafů a čísel. Umírání se tedy podobně, jako jiné lidské činnosti, odehrává v organizacích.

5.3 Jaká je péče o umírající v nemocnicích a v čem se liší od jiných zařízení?

Autorka Marie Svatošová uvádí, že se lékaři běžně setkávají s psychologickými potřebami péče ze strany pacienta a není výjimkou, že se lidé lékaři zpovídají, jako duchovnímu a pokládají otázky týkající se smyslu života a smrti. Lékaři však nejsou povinni nahrazovat náboženský prvek, ale mohou jej zprostředkovat. Měli by být též ve svém postupování a komunikování velice trpěliví a vlídní.³¹ Karel Funk se shoduje se

²⁸ JANDOUREK, Jan, Sociologický slovník, Portál, Praha: 2007, str. 108.

²⁹ Slovník Mendelovy Univerzity v Brně, https://is.mendelu.cz/eknihovna/opory/zobraz_cast.pl?cast=65293 (zobrazeno 2. 1. 2018).

³⁰ Slovník Mendelovy Univerzity v Brně, https://is.mendelu.cz/eknihovna/opory/zobraz_cast.pl?cast=66629 (zobrazeno 2. 1. 2018)

³¹ SVATOŠOVÁ, Marie, *Hospice a umění doprovázet*. Ecce homo 2003, str. 39 – 40.

Svatošovou a podotýká, že je důležité, aby si ošetřující získal důvěru umírajícího pacienta a ubezpečil ho o tom, že nebude sám. Je třeba, aby byl ošetřující trpělivý, rozvážený, zdvořilý, uctivý, bystrý, přívětivý, aby uměl zapřít sám sebe a hlavně aby byl lidský. „*Kdo chce pečovat o umírající, musí být připraven přijmout toho druhého takového, jaký je, a zřici se jakéhokoliv hodnocení. Akceptovat umírajícího znamená tolerovat jeho vlastnosti a přijímat způsob jeho prožívání a reakce.*“³²

Snad neobtížnější situace nastává ve chvíli, kdy chce umírající hovořit o smrti. Karel Funk uvádí, že v nemocnici se pacienti svěřují sestřím, a to zejména proto, že nechce ranit členy své rodiny. Je důležité, aby umírajícímu nebyla rozmluva o smrti odpírána, zejména proto, aby pacient vše pochopil. Pravdou zůstává, že sestry nejsou v současné době dostatečně proškoleny a do budoucna by měly být naučeny správnému psychologickému chování. Nemocnice by měla zároveň mít na plný úvazek zaměstnaného psychologa, sociální sestru a kněze, který by do nemocnice pravidelně docházel.³³ Dle Heleny Haškovcové je také velmi důležité sdělovat při rozhovorech pacientům pravdivé informace o jejich zdravotním stavu.³⁴

Marie Svatošová uvádí, že je také podstatné při sdělování informací nebrat lidem naději na uzdravení. Rovina pravdy a rovina naděje, ale však musí být udržována v souladu. Pacient lehce zjistí, kdy mu zdravotník dává naděje plané.³⁵

Člověk, který odchází z tohoto světa, nejčastěji hovoří o svém životě. Vypráví příběhy a hodnotí. Může se stát, že vše v tu chvíli vidí zkresleně, nebo se snaží sám sebe očistit, vysvětlit, proč jednal tím či jiným způsobem.³⁶

Nutno podotknout, že od roku 1989 v České republice došlo k myšlence vzniku hospiců a hospicové péče. První hospic započal svou činnost v roce 1995 v Červeném Kostelci.³⁷ Rozdíl v paliativní péči mezi hospicem a nemocnicí je zásadní. Hospic je zaměřen přímo na péči umírajícího, kdežto nemocnice je zaměřena na komplexní péči. I přesto, že nemocnice disponuje specializovanými odděleními, jako je například interna, chirurgie, gynekologie či ortopedie, je přítomnost paliativní péče zatím výjimkou.³⁸ Další

³² FUNK, Karel, *Provázení stářím a umíráním, aneb, O prolínání obou světů*, Malvern, Praha 2014, str. 146.

³³ FUNK, Karel, *Provázení stářím a umíráním, aneb, O prolínání obou světů*, Malvern, Praha 2014, str. 146 – 147.

³⁴ HAŠKOVCOVÁ, Helena, *Lékařská etika*, Galén, Praha: 1994, str. 145.

³⁵ SVATOŠOVÁ, Marie, *Hospice a umění doprovázet*. Ecce homo, Praha: 2003, str. 34 – 35.

³⁶ ŠIKLOVÁ, Jiřina, *Vyhoštěná smrt*, Kalich, Praha: 2013, str. 54 – 55.

³⁷ *Historie hospicového hnutí a situace v ČR*, <http://www.hospicknizetevaclava.cz/poslani-hospice/historie-hospicoveho-hnuti-a-situace-v-c-r> (shlédnuto 6. 11. 2017).

³⁸ Koubová, M., *Zdravotnický deník, Paliativní péče v nemocnicích je u nás zatím výjimkou. Jak ji zlepšit naznačí pražská konference*. (publikováno 29. 3. 2017 na

rozdíl je ve financování, kdy je pobyt v nemocnici v současné době účtován částkou 60,- Kč za den (dále je hrazena ze zdravotního pojištění) a některé kraje ho pacientům proplácejí.³⁹ Za pobyt v hospici platí klient zpravidla částku okolo 250,- za den (dále je hrazena ze zdravotního pojištění, z příspěvků obcí a z grantů a dotačních řízení).⁴⁰

Socioložka Jiřina Šiklová uvádí, že vzhledem k tomu, že hospice jsou u nás poměrně nová zařízení, většina veřejnosti nemá přesnou představu o tom, jaké služby takového zařízení poskytuje. Jedná se zejména o zajištění paliativní péče pro pacienty v terminální fázi života.⁴¹ Po návštěvě Hospice Dobrého Pastýře v Čerčanech a rozhovorem s panem ředitelem Jiřím Krejčíkem vím, že je prostor přizpůsoben tomu, aby zde mohla být přítomna rodina či kterýkoliv z blízkých v libovolný čas. V pokojích jsou lůžka pro členy rodiny, každý může přijít na návštěvu v kteroukoli hodinu, tedy ve dne i v noci, na chodbách jsou prostory k sezení, které by se daly připodobnit k malým obývacím, jsou vybaveny knihovny a pohodlnými křesly. Nachází se zde také kuchyňky a ekumenický prostor. Celý prostor vypadá spíše „domácky“ než nemocničně, aby působil příjemně. Dle mého názoru, je zde vše, tedy péče i prostředí, maximálně přizpůsobeno potřebám umírajícího i jeho rodině a blízkým.

Jiřina Šiklová vyjadřuje, že odborná i laická veřejnost v současnosti zastává názor, že je reálné, aby se rodina ve většině případů postarala o člena rodiny, který umírá. Zdravotníci se dokonce domnívají, že až o tři čtvrtiny umírajících je schopna postarat se jejich rodina, s tím že je možné skloubit s péčí také svůj osobní a profesní život. Právě s tímto skloubením napomáhají různé nevládní, dobrovolnické či neziskové organizace, mezi které patří také hospice.⁴²

V tomto mínění se Jiřina Šiklová rozchází s názorem lékařky z onkologie Nemocnice na Bulovce Petrou Holečkovou, která se intenzivně věnuje paliativní péči, a která uvádí, že je to spíše naopak. Rodina se ve většině případů o umírajícího postarat nezvládne, a pokud ano, potřebuje k tomu alespoň pomoc mobilního hospice. Nejde však o to, že by byla rodina a příbuzní nějakým způsobem neschopní, ale je to zejména tím, že je péče o umírajícího člověka velmi náročná.

<http://www.zdravotnickydenik.cz/2017/03/paliativni-pecce-v-nemocnicich-je-u-nas-zatim-vyjimkou-jak-se-zlepsit-naznaci-prazska-konference/>) (zobrazeno 6. 11. 2017).

³⁹ *Pobyt v nemocnici: Kdy (ne) musíte platit.* <http://www.mojepoplatky.cz/zivotni-situace/pobyt-v-nemocnici-kdy-ne-musite-platit-154.html> (zobrazeno 6. 11. 2017).

⁴⁰ KREJČÍ, Jiří, *Hospicová péče v rámci sociálně-zdravotních služeb regionu*, Hospic dobrého pastýře. Prezentace pro klienty.

⁴¹ ŠIKLOVÁ, Jiřina, *Vyhoštěná smrt*, Kalich, Praha: 2013, str. 68.

⁴² ŠIKLOVÁ, Jiřina, *Vyhoštěná smrt*, Kalich, Praha: 2013, str. 66 – 67.

6. SMRT JAKO NOVODOBÉ TABU

6.1 Umírající pacient a jeho prožitky a potřeby

6.1.1 Chování nemocných obecně

Pacient, který má vážnější onemocnění či úraz, se nachází v situaci, která je pro něj nekomfortní až svízelná. Existuje několik aspektů, které mají na vznik tohoto nekomfortního pocitu vliv. Je jím zejména skutečnost, že se pacientovi nedostává *uspokojování potřeb*. Každý člověk je zvyklý na jakýsi životní standard, kdy dochází k obnovování fyzické, psychické, ale i sociální rovnováhy. S tím je spojeno *překonávání životních překážek*, díky kterým v životě dochází právě k uspokojování potřeb. „*Překážky provázející uspokojování potřeb, tedy psychickou a fyziologickou zátěž, nebudeme považovat za něco v zásadě negativního. Tvoří přirozenou součást života. Kdyby neexistovaly, byl by zdravý plnohodnotný vývoj osobnosti narušen.*“⁴³ Důležitá je také *adaptace* na nové prostředí, kdy se jedinec musí přizpůsobit nejen novému prostředí, ale i nové situaci. K adaptaci může dojít jednak formou vyrovnání se osoby s prostředím nebo formou vyrovnání se osoby s vlastní psychikou.⁴⁴

Za neadaptivní chování lze považovat takové chování, „*kteří není přiléhavou, věcnou a účinnou odpovědí na požadavky situace; která nevede k reálnému, účelnému a cílenému řešení; které situaci adekvátně neřeší, ale spíše komplikuje; které je projevem faktického nezvládnutí situace, selhání; které je pouze náhražkovým, ne skutečným řešením (...)*“⁴⁵

Ve chvíli, kdy se ale léčba nedaří a pacient si je vědom, že podstoupil všechny možné alternativy léčení, kdy člověk umírá, dochází k pocitům beznaděje a úvahám o blížícím se konci. Člověk, který ví, že jeho šance na uzdravení jsou mizivé, často cítí vztek a vinu, klade si otázky typu: „*Proč já?*“, „*Proč jiným léčba zabrala a mě ne?*“. Mnoho lidí se propadne do deprese. Co se týče onkologicky nemocných pacientů, každý druhý potřebuje psychoterapii či léky podporující psychiku. Ve chvíli, kdy si pacient uvědomí, že jeho léčba již nemá účinky a není zřejmé zlepšení jeho zdravotního stavu, dochází k odevzdání a negativnímu postoji pacienta, což způsobuje další celkové zhoršení zdravotního stavu.⁴⁶

⁴³ JOBÁNKOVÁ, Marta, a kol., *Vybrané problémy psychologie zdravotnické činnosti*, Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, Brno: 1992, str. 79.

⁴⁴ Tamtéž, str. 79.

⁴⁵ Tamtéž, str. 80.

⁴⁶ SLAVÍKOVÁ, Šárka, ČADKOVSKÁ SVEJKOVSKÁ, Michaela, CHRDLOVÁ, Michaela, *Psychosociální minimum pro onkologicky nemocné a jejich blízké*, Brožura organizace Amelie, o.s., Amelie: 2014, str. 51 – 52.

6.1.2 Proč lidé nemluví o smrti?

Podle slov autora Funka je jakýmsi paradoxem, že lidé se dříve více styděli za nevěru, nahotu, pochybení, neposkytnutí pomoci, které se jsou dnes až samozřejmostí oproti dnešnímu studu za nemohoucnost, vrásky a ztrátu vitality, za sníženou mobilitu díky vozíku či berlím. Projevy emocí byly dříve považovány za přirozené stejně tak jako zdravý stud těla, který dával člověku důstojnost a hodnotu. V současné době je smrt i hovory o ní zavrhována a označována za morbidní a lidé mluvící o smrti za nevhodné.⁴⁷ Ze zkušenosti mohu usoudit, že reakce na debaty o smrti nejsou ve společnosti vítané. Ve chvíli, naznačení smrti jako tématu hovoru se známými, nedošlo k pochopení vhodnosti zvolené debaty.

Podobně socioložka Šiklová říká: „*Sex byl tabu. V současnosti se o něm mluvit smí, ale tabu se stává ze smrti. Možná že právě proto se dnes lidem umírá hůře než před staletími, kdy v jejich představách život přece jen nějak pokračoval. Hrůzu a bolest si dovedeme představit, stejně jako krásu a spokojenost. Ale NIC? Představit si nic je opravdu těžké.*“⁴⁸

Také děti jsou smrti a umírání uchráněny. V dobách dřívějších byly děti součástí toho, když se člen rodiny připravoval k odchodu, děti s celou rodinou prožívaly smutek a byly vtaženy do společného smutku. Od raného věku si tak uvědomovaly společnou zodpovědnost a důstojnost společného smutku. Skutečnost, že někdo zemře, se pak přirozeně stala součástí života. Děti však bývají často „odesílány“ k příbuzným, přitom by bylo pro obě strany nejlepší, kdyby se mohly děti se svými umírajícími rodiči či prarodiči rozloučit. V dobách, kdy bylo umírání doma běžné, byla tzv. poslední hodinka jakýmsi rituálem, kdy měl každý člen rodiny svou úlohu. Umírajícímu bylo například splněno poslední přání. Přítomný byl i farář, který dal člověku, opouštějícímu tento svět, poslední pomazání. Rituál měl ulehčit duši k přechodu z pozemského světa do světa posmrtného.⁴⁹

6.1.3 Proč by lidé neměli umírat sami?

Považuji za jeden z nejdůležitějších důvodů, proč by člověk neměl zemřít osamocen, pocit strachu a úzkosti ze smrti. Zdeněk Kalvach uvádí, že se pacient v terminální fázi života bojí nejvíce toho, co bude následovat po smrti. Lidé se v této fázi snaží vše urovnat,

⁴⁷ FUNK, Karel, *Provázení stářím a umíráním, aneb, O prolínání obou světů*, Malvern, Praha: 2014, str. 106 – 107.

⁴⁸ ŠIKLOVÁ, Jiřina, *Vyhoštěná smrt*, Kalich, Praha: 2013, str. 44.

⁴⁹ FUNK, Karel, *Provázení stářím a umíráním, aneb, O prolínání obou světů*, Malvern, Praha: 2014, str. 106 – 108.

myšlenky, vztahy s lidmi, naposledy si splnit nějaká přání, podívat se na oblíbené místo, vyřešit nesrovnalosti v rodině. Je tedy důležitá komunikace.⁵⁰

Člověk by neměl dle Marie Svatošové, zakladatelky prvního hospice u nás, umírat sám stejně jako nežil sám a stejně jako ani ve chvílích nemoci nebyl sám.⁵¹

Ve chvíli, kdy člověk umírá, může pociťovat tři různé bolesti: fyzickou, psychickou a sociální. Psychickou, neboli emoční, a sociální, tedy spirituální či společenskou, vyvolává dle autora Funka takzvané „předsmrtné odloučení, odsunutí“, které vzniká ve chvíli, kdy je člověk přeložen k dožití v nějaké instituci, v nejčastějším případě jí bývá nemocnice. V současnosti se institucionálnímu a zmechanizovanému přístupu zdravotní péče vyhne jen malé procento populace. Umírající člověk je odsunut a odstrčen a je mimo přirozenou komunikaci s blízkými, takový stav je označován za sociální smrt. Ve chvíli, kdy se rodina dozví o diagnóze, bývá zaskočena, protože si tuto variantu nepřipouštěla.⁵²

Podobně také Marie Svatošová vyjadřuje, že umírající osoba má čtyři hlavní potřeby, a to biologickou, psychologickou, sociální a spirituální. Biologické potřeby se týkají tělesné schránky, kdy jde o zajištění potřeb jako je strava, péče o dýchání v případě, že už jej pacient nezvládá sám, někdy je třeba odebrat nefunkční orgán či podstoupit proces chemoterapie nebo zajistit péči o vylučování. V případě psychologické péče jde hlavně o zachování lidské důstojnosti a respektování jeho potřeb, proto je velmi důležité s umírajícím pacientem komunikovat. V případě sociální péče je kladen důraz na setkávání se s rodinou a blízkými. Umírající lidé mají i potřeby spirituální a to i ti, kteří po celý život nebyli věřící, pokládají si otázky smyslu života a smrti.⁵³

Důraz na sociální péči klade také socioložka Jiřina Šiklová, která vyjadřuje, že je třeba být umírajícímu na blízku, rozmlouvat s ním, vyslechnout si ještě několik posledních myšlenek, přání, vyjádřit zájem, dát mu najevo, že není sám, vyhovět mu. Mnoho civilizací se snaží smrt vytěsnit, tvářit se, že neexistuje. „*Smrt zůstává v okamžiku umírání skryta i tomu, kdo odchází, tomu, kdo k ní má o trochu blíže než my, kteří se o něj staráme.*“⁵⁴

Proč by tedy neměl člověk umírat sám? Aby se mohl rozloučit se svými blízkými a aby mohl s někým zhodnotit celý svůj život. To, jestli člověk umírá sám nebo ne, je vždy

⁵⁰ KALVACH, Zdeněk, ČELEDVÁ, Libuše, HOLMEROVÁ, Iva, a kol., *Křehký pacient a primární péče*, Grada Publishing, Praha: 2011, str. 85.

⁵¹ SVATOŠOVÁ, Marie, *Hospice a umění doprovázet*, Ecce Homo, Praha: 2003, str. 21.

⁵² FUNK, Karel, *Provázání stářím a umíráním, aneb, O prolínání obou světů*, Malvern, Praha 2014, str. 111.

⁵³ SVATOŠOVÁ, Marie, *Hospice a umění doprovázet*, Ecce Homo, Praha: 2003, str. 22 – 24.

⁵⁴ ŠIKLOVÁ, Jiřina, *Vyhoštěná smrt*, Kalich, Praha: 2013, str. 121.

otázka toho, jakou má rodinu a jak ho mají jeho blízcí rádi. V této uspěchané době se stává, že rodina nemá čas se starat o člověka v terminální fázi života, existuje ale i mnoho lidí, kteří rodinu nemají.

6.1.4 Lékařská etika

Nutno podotknout, že ať už je člověk zdravý, vážně nemocný, či umírající, má právo na život. Daniel Bartoň, který se v knize *Lidská práva osob s postižením, nevyléčitelně nemocných a umírajících* věnuje problematice práva na život nemocných a umírajících, hodnotí právě u těchto osob právo na život jako akutnější a naléhavější než u zdravých osob, které nejsou v bezprostřední blízkosti konce života. Dle všeobecné deklarace lidských práv, která vyšla roku 1948, má každý člověk právo na život. Mezinárodní pakt o občanských a politických právech z roku 1966 uvádí, že každý jedinec má vlastní právo na život a nikomu nepřísluší druhou osobu zbavovat života. Bohužel však již neexistuje žádná listina na to, jak důstojně zemřít.⁵⁵

*„Smrt je přirozený důsledek života, smrt není nemoc, i když bývá většinou dovršením nemoci, respektive i když nemoc většinou bezprostředně ke smrti vede. Smrt je děj, kterým je nám život umožněn, který provází každé konkrétní individuum konkrétním životem, a smrt je děj, kterým také všechno živé odchází.“*⁵⁶ Je paradoxem, že vzhledem k tomu, že umírání není nemoc, končí většina lidských životů v nemocnici v péči lékařského personálu. Z toho důvodu, protože umírání není nemoc, by se k němu mělo také přistupovat odlišným způsobem.⁵⁷

Helena Haškovcová ve své příručce pro zdravotní sestry *Jak učit a jak se naučit lékařskou etiku* uvádí, že každý pacient je individuální jedinec a je třeba k němu podle toho přistupovat, tedy mu splňovat jeho přání, vnímat jeho reakce a spolupracovat s ním dle jeho možností. V České republice byla vyhlášena obecná verze Práv pacientů až v roce 1992.⁵⁸

Práva pacientů z roku 1992 deklarují pacientovi: „(...) právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky, (...) právo znát jméno lékaře a zdravotnických pacientů, kteří jej ošetřují. Má právo denně se

⁵⁵ MILFAIT, René, a kol., *Lidská práva osob s postižením, nevyléčitelně nemocných a umírajících*. Středokluky 2013, str. 164 – 165.

⁵⁶ HAŠKOVCOVÁ, Helena, *Rub života – líc smrti*. Orbis pyramida, Praha: 1975, str. 46.

⁵⁷ HAŠKOVCOVÁ, Helena, *Rub života – líc smrti*. Orbis pyramida, Praha: 1975, str. 46.

⁵⁸ HAŠKOVCOVÁ, Helena, *Jak učit a jak se naučit lékařskou etiku*, Institut pro další vzdělávání pracovníků, Brno: 2001, str. 36.

stýkat s rodinou. (...) Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl rozhodnout, zda souhlasí s diagnostickým a terapeutickým postupem. Má právo na informace o svém zdravotním stavu, (...) odmítnout léčbu, (...) na maximální ohledy, na soukromí, (...) na srozumitelné vysvětlení. (...) Pacient v závěru života má právo na citlivou péči. Je nutno respektovat jeho přání, pokud není v rozporu se zákonem.“⁵⁹

V současné době se program paliativní medicíny řídí doporučením Rady Evropy č. 1418/1999 – Ochrana lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících, která uvádí na pravou míru, jakým způsobem brát zřetel nejen na kvalitu života člověka v terminální fázi, na jeho bolest a utrpení, ale i na utrpení jeho blízkých. „Povinnost respektovat a chránit důstojnost všech nevléčitelně nemocných a umírajících osob je odvozena z nedotknutelnosti lidské důstojnosti ve všech obdobích života. Respekt a ochrana nacházejí svůj výraz v poskytnutí přiměřeného prostředí, umožňujícího člověku důstojné umírání.“⁶⁰

Helena Haškovcová se ve své knize dotýká problematiky eutanazie, která byla původně považována za takzvanou „dobrou smrt“, později byla označována za „smrt z milosrdenství, ze soucitu, z útrpnosti“. Existuje eutanazie aktivní, eutanazie pasivní a tzv. asistovaná smrt.⁶¹ David Černý ve svém článku „Co je pasivní eutanazie?“ uvádí, že eutanazie je usmrcení pacienta lékařem, a to na základě pacientovy žádosti, podáním medikamentu ze strany lékaře. „Aktivní eutanazii se rozumí aktivní zásah (jednání - killing), jímž lékař usmrtí svého pacienta, za pasivní eutanazii se potom považuje ponechání pacienta zemřít (letting die), ať již má toto ponechání povahu jednání (odpojení od přístrojů) či nejednání (nepodání léku).“⁶² Asistovanou sebevraždou je dle Haškovcové způsob sebevraždy, kdy je pacientovi podán jed, kdy jej on sám pozře. Aktivní eutanazie je eticky nepřijatelná a všude ve světě zakázaná, pasivní eutanazie a asistovaná sebevražda

⁵⁹ Práva pacientů, www.lfp.cuni.cz/download/soubor/3157-prava-a-povinnosti-pacientu.html, zobrazeno 10. 12. 2017.

⁶⁰ Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících.“, https://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ochrana_osob/Umluvy/zdravotnictvi/Charta_prav_umirajicich_1999.pdf, zobrazeno 10. 12. 2017.

⁶¹ HAŠKOVCOVÁ, Helena, *Jak učit a jak se naučit lékařskou etiku*, Institut pro další vzdělávání pracovníků, Brno: 2001, str. 45.

⁶² ČERNÝ, David, *Co je pasivní eutanazie?*, Zdravotnické právo a bioetika: 2014. <https://zdravotnickepravo.info/co-je-pasivni-eutanazie/>, zobrazeno 10. 12. 2017.

jsou však v některých zemích tolerovány.⁶³ Ve chvíli, kdy lékař provádí pasivní eutanazii, nezahajuje paliativní péči a tím ukončuje život člověka.⁶⁴

Marie Opatrná se ve své knize *Etické problémy v onkologii* zabývá filosofickou otázkou, zdali ve chvíli, kdy je společností eutanazie zamítána a kdy lidský život spěje ke svému závěru, jej s pomocí ukončit, či započít velmi náročný proces paliativní péče. Opatrná dle filosofických postojů vyjadřuje, že se medicína vydala směrem paliativní péče, kdy je kladen důraz na vztahy. Jsou tím myšleny vztahy pacienta k zdravotnickému personálu, pacienta a rodiny a rodiny se zdravotnickým personálem, které jsou velice blízké. Často se stává, že vyplavou na povrch různé záležitosti z minulosti života umírajícího člověka či jeho rodiny a je důležité se s tím vypořádat. Filosofie lékařské etiky je založena na těchto hlavních morálních zásadách: „poctivost, odškodnění, vděčnost, nonmaleficence, spravedlnost, beneficence, sebezdokonalování“.⁶⁵

Osobně se domnívám, že cesta paliativní péče je rozhodně správným postupem. Otázkou pro mne však stále zůstává, zdali je etické udržovat stále po mnoho měsíců nebo i let při životě člověka, který je v umělém spánku, není plně při vědomí a je minimální šance na jeho probuzení a uzdravení.

6.1.5 Strach jako nedílná součást prožitku umírání

Lékařka Elisabeth Kübler-Ross, která zasvětila svůj život práci s umírajícími pacienty, mluví ve své knize o tom, že se v posledních letech zvýšil strach lidí ze smrti, vzrostlo množství emočních těžkostí a také vzrostlo naléhání na potřebu porozumět problémům smrti a zároveň se s nimi vyrovnat.⁶⁶ Ráda bych hned v úvodu této kapitoly podotkla, že níže uvedené teze Elisabeth Kübler-Rossově cituje převážná většina autorů, zabývajících se tematikou smrti a umírání (například Kalvach, Svatošová, Šiklová).

Smrt je všudypřítomná a každý člověk má po celý svůj život strach ze smrti, aniž by si to uvědomoval. Psychoterapeutka Jitka Vodňanská uvedla, že ať už má kdokoliv z čehokoliv fóbii, každá pramení ze strachu ze smrti. V kultuře, která se smrtí nezabývá, neřeší ji a toto téma odsouvá, existuje přirozeně strach ze smrti. Na jedné straně je to strach z toho, že člověk při umírání přechází z pozemského života do něčeho neznámého a bude

⁶³ HAŠKOVCOVÁ, Helena, *Jak učit a jak se naučit lékařskou etiku*, Institut pro další vzdělávání pracovníků, Brno: 2001, str. 45.

⁶⁴ ČERNÝ, David, *Co je pasivní eutanazie?*, Zdravotnické právo a bioetika: 2014. <https://zdravotnickepravo.info/co-je-pasivni-eutanazie/>, zobrazeno 10. 12. 2017.

⁶⁵ OPATRNÁ, Marie, *Etické problémy v onkologii*, Mladá fronta a. s., Praha: 2017, str. 60 – 63.

⁶⁶ KÜBLER-ROSS, Elisabeth, *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*, Portál, Praha: 2015, str. 11.

touto transformací procházet sám. Na straně druhé je strach způsoben tím, že člověk lpí na svém životě a je úzce spjat se svými blízkými.⁶⁷

Vodňanská vyjadřuje, že například v Nepálu a v Indii lidé ke smrti přistupují odlišně. Osobně se setkala s místními lidmi, kteří po smrti svých blízkých nijak netruchlili, protože byli s jejich odchodem smířeni a vyjádřili, že není třeba smutnit, když jejich blízcí odešli v klidu a pokoji. Smrt je považována za něco velmi přirozeného. Naše kultura nás k našemu přístupu ke smrti dovedla. Skutečnost, že je smrt tabuizovaná, je podle Vodňanské důsledek toho, že lidé nežijí naplno a dostatečně vědomě. Velký problém je v tom, že si každý v sobě nese nějaké křivdy z minulosti a má jakýsi psychický hendikep.⁶⁸

Podobně dle Heleny Haškovcové má člověk, jako jediný tvor, strach ze smrti, a to i v případě, že mu nehrozí. Je tomu tak proto, že na rozdíl od zvířat chápe konečnost života, avšak si ji přesně představit neumí. „*Strach je opakovaně zažíván vždycky, když mu bolest, ať psychická či fyzická, umožní cestu. Zvláště obavy před tělesným utrpením stupňují strach ze smrti. (...) tato úzkost se může stát podstatnou pro život, protože ona může být vlastně pochopena (...) jako starost o život.*“⁶⁹

Dokumentaristka Jana Hádková uvedla, že by se každý člověk měl na smrt připravovat. Je to dobré jednak proto, že se každý vyrovná sám se sebou, urovná si myšlenky, případně se srovná se svou chorobou, jednak proto, aby zde na našem světě zanechal dobrý dojem pro pozůstalé tak, aby viděli, že odešel klidný a vyrovnaný.⁷⁰

Myslet na smrt v pozitivním smyslu je tedy důležitý aspekt lidského života. Člověk, tím, že je schopen přemýšlet a uvědomovat si určité skutečnosti, ví, že jednoho dne zemře a ví, jakým způsobem k tomu může dojít, může předcházet různým nebezpečným situacím a chránit si tak svůj život.

Psycholožka Elizabeth Kübler-Rossová vnímá smrt také jako konečnou fázi života, nicméně na rozdíl od Heleny Haškovcové a Jany Hádkové v ní nevidí žádný pozitivní aspekt, ba naopak. Autorka vyjadřuje, že při ohlédnutí se do minulosti na jakoukoliv kulturu, zjistíme, že smrt nebyla nikdy lidmi vnímána nijak pozitivně, ba naopak působila spíše odpudivě, což setrvává dodnes a asi bude setrvávat i nadále. Proč tomu tak je, je z pohledu psychologie a psychologů jasné. Smrt je něčím, co si lidé nedokážou přestavit, jak bude probíhat, nelze ji nijak elementárně vysvětlit na žádném příkladu. Pro člověka je nepředstavitelné zakončit pozemský život, nemá žádnou představu o tom, co ho čeká, či

⁶⁷ PLOTKOVIČ, Viliam, *Brána smrti*, Maitrea, Praha: 2015, str. 115.

⁶⁸ PLOTKOVIČ, Viliam, *Brána smrti*, Maitrea, Praha: 2015, str. 114 - 117.

⁶⁹ HAŠKOVCOVÁ, Helena, *Rub života – líc smrti*. Orbis pyramida, Praha: 1975, str. 47.

⁷⁰ HAŠKOVCOVÁ, Helena, *Rub života – líc smrti*. Orbis pyramida, Praha: 1975, str. 47.

zdali po smrti „něco je“ nebo ne. Smrt bývá také velmi často spojována s bolestí a utrpením. Člověk je tak ve velké nejistotě, obavě a neustálém strachu. Kübler-Rossová dále vyjadřuje, že „... *konec bývá spojen s nějakou zlovolnou intervencí zvenčí. Jednoduše řečeno, z pohledu našeho nevědomí přichází v úvahu jen jediná varianta konce – zabití; je naprosto nepochopitelné zemřít z nějaké přirozené příčiny nebo sešlostí věkem. Sama smrt je tak spojována s nějakým zlým činem, je to událost budící strach, něco, co ze své postaty volá po odplatě a trestu.*“⁷¹, a tuto myšlenku považuje za zcela zásadní pro pochopení projevů umírajících pacientů.

Společnost vnímá smrt jako tabu a diskuse o ní je často považována za morbidní. Děti jsou ze smrti naprosto vyloučeny. Ve společnosti převládá myšlenka, že by děti byly smrtí blízké osoby negativně emočně poznamenány, a tak jim místo sdělení, že jim někdo zemřel, bývá většinou oznámena nějaká vymyšlená historka. Nejčastěji bývá dětem sdělováno, že jim blízká zemřelá osoba odjela na dlouhou cestu, což v nich zanechává pocit neustálého čekání, nepochopení, nerozloučení se. Děti sami vycítí, že se něco děje, což může mít za následek nedůvěru k dospělým v budoucnu. Dítě „...*pak v sobě ponese nerozřešený a nerozpuštěný žal; celou záležitost bude vnímat jako děsivou, tajemstvím opředenou a v každém případě traumatizující zkušenost s dospělými, kterým nelze věřit – jako zkušenost, s níž se nemá jak vyrovnat.*“⁷²

Podobně na problematiku důležitosti rozloučení se nahlíží ve své knize Karel Funk, který vyjadřuje, že stýkání se či péče o umírající, ba dokonce poslední úprava zemřelého nepůsobí pozůstalým traumatizující zážitky, ale naopak je traumatizujících stavů zbavuje. Popisuje příběh ženy, která byla v hospici zapojena do oblékání a upravování své zemřelé matky, což pozůstalá žena velice kladně vítala. Velmi jí pomohlo, že mohla zesnulé sama vybrat oděv a upravit ji tak, jak věděla, že by to matce vyhovovalo. Úzce spolupracovala i s pohřební službou a pečlivě vybrala hudbu, verše a další detaily posledního rozloučení.⁷³

Dalším aspektem toho, proč se lidé obávají smrti, je to, že se umírající pacienti často pořádně od lékařů nedozvědí diagnózu. Lékař raději informuje rodinu, ale samotného

⁷¹ KÜBLER-ROSS, Elizabeth, *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*, Portál, Praha: 2015, str. 11.

⁷² KÜBLER-ROSS, Elizabeth, *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*, Portál, Praha: 2015, str. 16.

⁷³ FUNK, Karel, *Provázení stářím a umíráním, aneb, O prolínání obou světů*, Malvern, Praha: 2014, str. 106 – 107.

pacienta ne, protože je přesvědčen o tom, že by ho pravda o jeho zdravotním stavu, o tom že umírá, pouze deprimovala, emočně vyčerpala a ublížila mu.⁷⁴

„Jedním z nejdůležitějších je fakt, že samo umírání má dnes v mnoha směrech děsivější podobu než dříve, je mnohem osamělejší, mechanické, odlidštěné – občas je dokonce obtížné přesný okamžik smrti technicky stanovit.“⁷⁵

Ve chvíli, kdy se narodíme, stojí všichni při nás a vítají nás na svět. Stejně tak by tomu mělo podle Karla Funka být i ve chvíli umírání, jenž je přirozeným procesem a součástí lidského života. Člověk má právo jak během svého života, tak i na jeho konci, vyjádřit svůj názor, svůj požadavek, emoce a prožitky, mají právo na to, nezemřít opuštěně.⁷⁶

Elizabeth Kübler-Rossová, psycholožka, na základě provedení více než sta rozhovorů s umírajícími lidmi, určila pět stádií, kterými člověk před smrtí prochází a které nyní zmíním. V průběhu první fáze pacient, který se dozví skutečnost, že umírá, zpočátku informaci nevěří, nedokáže si ji připustit a popírá ji. Předpokládají, že výsledky z laboratoře jsou mylné, že se lékař spletl. Lidé často tuto jasnou a prokazatelnou skutečnost nechtějí vidět. Další fází, toho co umírající cítí, je obviňování lékařů, že zanedbali péči, něco přehlédli, zameškali, což vede k osočování druhých – členů rodiny či lékařů – a často vedou například k podávání žalob na zdravotníky. Třetí fází autorka Kübler-Rossová nazývá *smlouvání*, čímž má na mysli zejména smlouvání se sebou samým. Lidé se určitým způsobem snaží svou smrt oddálit, i když ví, že zemřou. Říkají například, že se chtějí dožít vnoučete, či maturity jednoho z vnoučat, chtějí se dožít opraveného domu. Také vyvstává přemýšlení nad tím, co člověk nestihl a co všechno promeškal. Je to jakési bilancování celého života. Ve čtvrté fázi většinou nastává deprese, kdy si umírající skutečně uvědomí, že opouští tento svět a vše co v něm vykonal a zažil. Objevují se povzdechy nad tím, že se další dění bude konat bez něj. Příbuzným se většinou zdá, že je takovýto člověk rezignovaný a je mu vše jedno, ale opak je pravdou – velice dobře si uvědomuje, co opouští. Poslední, tedy pátou fází, je smíření se s vlastní smrtí. V tuto chvíli se odcházející snaží rozloučit, sdělit poslední myšlenky, zanechat nějaký odkaz, či vzpomíná a vrací se zpět k některým okamžikům, které zažil.⁷⁷

⁷⁴ KÜBLER-ROSS, Elizabeth, *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*, Portál, Praha: 2015, str. 16 – 17.

⁷⁵ KÜBLER-ROSS, Elizabeth, *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*, Portál, Praha: 2015, str. 17.

⁷⁶ FUNK, Karel, *Provázení stářím a umíráním, aneb, O prolínání obou světů*, Malvern, Praha 2014, str. 112.

⁷⁷ ŠIKLOVÁ, Jiřina, *Vhoštěná smrt*, Kalich, Praha: 2013, str. 57 – 59.

Je pravdou, že není důležité pouze to, co prožívá umírající, ale je důležitý také prožitek blízkého člověka, který zde zůstává. Je důležité, aby věděl, že mu jeho blízký zemřel vyrovnaný, klidný, srovnaný se vším. Sám umírající cítí, jestli je jeho okolí smířeno s jeho odchodem a dalo by se i říci, že takzvaně čeká, až ho rodina a blízcí pustí. On pak může v klidu odejít.⁷⁸

Jak jsem již výše uvedla a jak miní autorka Kübler-Rossová, díky velkému pokroku v medicíně došlo ke zvyšování dožitého věku lidí, kteří nejen že trpí nemocemi typickými pro období stáří, ale také osamocením a izolací, se kterými se často musejí vyrovnávat. Proto je velmi důležité zajištění dostatečné existence odborných pracovníků, kteří jsou schopni se o tyto lidské potřeby postarat a zajistit péči. Nejedná se pouze o lékaře, ale i o pečovatelky, sociální pracovníce, duchovní, kteří by byli schopni potřeby starého či umírajícího člověka rozpoznat.⁷⁹

6.2 Vzdělávání a osvěta zdravotnického personálu

Je obecně známo, že v medicíně a lékařství existuje několik odvětví, na která se lékaři specializují, například chirurgie, stomatologie, interna, ortopedie, urologie, gynekologie apod. Paliativní medicína však prorůstá všemi těmito speciálními obory, a tak přesahuje rámec všech těchto odvětví. Dle organizace Cesta domů, která se paliativní péčí zabývá, je třeba zavést multidisciplinární odvětví, novou strukturu a organizaci pracovníků a nové vytvoření týmů, tak aby mohla být paliativní péče poskytována v co nejlepší kvalitě a na místech, kde je třeba.⁸⁰ Hospicové a občanské sdružení Cesta domů založilo v České republice domácí hospicovou péči a již sedmnáct let usiluje o prosazení systémových změn a snaží se začlenit paliativní péči do veřejného zdravotnictví.⁸¹

Dle rozhovoru s MUDr. Petrou Holečkovou, Ph.D., MBA⁸² studenti lékařských fakult nemají paliativní péči povinně zahrnutou ve studiu. Medici či lékaři, kteří se o paliativu zajímají, si mohou udělat atestaci ve vzdělávacím programu nástavbového oboru Paliativní medicína, kterou poskytuje Česká společnost paliativní medicíny⁸³.

⁷⁸ ŠIKLOVÁ, Jiřina, *Vhoštěná smrt*, Kalich, Praha: 2013, str. 64.

⁷⁹ KÜBLER-ROSS, Elizabeth, *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*, Portál, Praha: 2015, str. 11.

⁸⁰ KALVACH, Zdeněk, SLÁMA, Ondřej, *Vzdělávání v paliativní péči*, Návrh vzdělávacích programů pro pregraduální a postgraduální přípravu lékařů. Cesta domů. Praha: 2004, str. 7.

⁸¹ UHLÍŘ, M., *Výroční zpráva za rok 2014*, Cesta domů, Praha: 2014, str. 1.

⁸² Zástupkyně primáře a vedoucí lůžkového oddělení Ústavu radiační onkologie Nemocnice Na Bulovce.

⁸³ Česká společnost paliativní medicíny České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (ČSPM), odborná medicínská společnost na bázi občanského sdružení, www.paliativnimediceina.cz. (navštíveno 19. 11. 2017).

Další institucí, které se zabývá vzděláváním nejen lékařů, ale i zdravotních sester je Institut pro postgraduální vzdělávání ve zdravotnictví, který pořádá vzdělávací akce, aprobační zkoušky a aprobase, se věnuje všem lékařským odvětvím včetně paliativní medicíny.⁸⁴

V České republice funguje také Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, který se zabývá vzdělávacími akcemi a vzdělávacími programy pro lékaře i nelékaře, a to v oborech ošetrovatelství. Tento institut působí už od roku 1960 a věnuje se tvorbě učebního textu, který zahrnuje kapitoly z psychologie zdravotnické činnosti. Institut klade důraz na vzdělávání nejen studentů zdravotnických oborů již od středoškolské úrovně, ale i na vzdělávání dospělých. Jedná se zejména o získání vědomostí psychologické problematiky nemoci, samotného nemocného a zdravotnické činnosti. Zdravotnický personál je proškolen psychoterapií a je srozuměn s tím, jak komunikovat s nemocným či s umírajícím člověkem.⁸⁵

6.2.1 Zdravotnický personál – profese versus osobní život/osobnost

Povolání zdravotních sester lze charakterizovat jako velmi náročné, a to zejména z důvodu překonávání mnoha svízelných situací, které vyplývají nejen z péče o nemocné pacienty, ale i z dělby práce v rámci zaměstnanců nemocničních zařízení. Stejně tak jako někdy dochází u pacienta k neadaptivním či negativním situacím, děje se tak i v případě zdravotních sester. Zdravotnický personál může být vystaven nepřiměřeným požadavkům a úkolům, kterými může být například péče o imobilního pacienta vysoké hmotnosti, či přivolání sestry například pěti pacienty v jeden okamžik či péče o pacienta, který vyžaduje péči neustálou. Může nastat problémová situace, kdy je od začínající sestry vyžadován úkon, se kterým se v praxi nesešla, jako je například při nečekané akutní příhodě, při první pomoci, kterou musí sestra podat před ještě příchodem lékaře, či při úmrtí člověka.⁸⁶

Jednou z nejvíce svízelných situací je pocit frustrace a deprivace, který může vzniknout ve chvíli, kdy sestra vykoná všechny své povinnosti, ale přesto sklídí nevděk pacienta nebo kritiku příbuzných. Či například když při porušení dietních nařízení během návštěv sklídí zdravotní sestra kritiku lékaře, s argumenty, že pacienta neuhlídala.⁸⁷

⁸⁴ Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, www.ipvz.cz (navštíveno 19. 11. 2017).

⁸⁵ Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotních oborů v Brně, Historie, www.nconzo.cz/web/guest/123 (navštíveno 19. 11. 2017).

⁸⁶ JOBÁNKOVÁ, Marta, a kol., *Vybrané problémy psychologie zdravotnické činnosti*, Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví Brno: 1992, str. 108.

⁸⁷ JOBÁNKOVÁ, Marta, a kol., *Vybrané problémy psychologie zdravotnické činnosti*, Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví Brno: 1992, str. 108.

Je známo, že ke konfliktním situacím může docházet nejen mezi sestrou a pacientem, ale i mezi sestrami a dalším lékařským personálem. Je známo, že konflikty na pracovišti nejsou žádoucí v jakémkoliv povolání, v tomto případě je nevhodnost konfliktu ještě více markantní, pokud k ní dochází v přítomnosti nemocných či umírajících osob.

Zdravotní sestry jsou velmi často vystaveny stresu, a to zejména v situacích zátěže, tlaku, obtíží či jiných rušivých okolností. Na zdravotnický personál je vyvíjen tlak v podobě velké odpovědnosti. „*Sestry jsou vystaveny značnému emocionálnímu tlaku v ovzduší nemoci, v přítomnosti smrti, v situaci, kdy nemocní od nich očekávají více, než mohou splnit (...)*“⁸⁸ Dalším faktorem způsobující nejen stres, můžou být vnější vlivy, jako jsou osobní problémy, nevyspání, únava, či rozchod s partnerem, úmrtí v rodině a podobně.

Zdravotník či sociální pracovník pečující o umírající, by si podle Marie mackové měl udržovat profesionální hranici, protože při silném emocionálním prožitku může dojít k profesnímu vyhoření ošetřujícího pracovníka.⁸⁹ Syndrom vyhoření je definován jako negativní duševní stav objevující se v profesi při práci s jinými lidmi.⁹⁰

Oproti tomu autorka Monika Marková, která ve své knize *Sestra a pacient v paliativní péči* také naráží na problematiku pocíťování smutku u zdravotních sester, které cítí například frustraci z toho, že medicína selhala a že člověku nemohou pomoci, vyjadřuje, že ve chvíli, kdy zdravotníkovi přiroste některý z pacientů více k srdci, je důležité umět se s ním rozloučit, je třeba umět být smutný a případně i plakat a nedržet žal v sobě. Chovat se profesionálně neznamená být tvrdý a bezemoční.⁹¹ Je známo, že člen zdravotnického personálu je také člověk se svými prožitky, city a emocemi a péče či kontakt s umírajícím pacientem může být a v mnoha případech také je náročná z psychického hlediska. V tomto povolání je na místě (dle mého názoru více než u většiny zaměstnání), aby měl zdravotnický personál k dispozici supervizora.

Autor Šopek, který v učebnici *Vybrané problémy psychologie zdravotnické činnosti* kategorizoval typy zdravotních sester, podle neadaptivních povahových rysů, zmiňuje například sestry hysterické, sestry přecitlivělé, sestry popudivé, egocentrické či podezřívavé a náladové. Nejen u zdravotních sester, ale u zdravotnického personálu obecně může podle Šopka dojít k rezignaci, která se objevuje v návaznosti na dlouhou léčbu, která nepřináší

⁸⁸ JOBÁNKOVÁ, M., a kol., *Vybrané problémy psychologie zdravotnické činnosti*, Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví BRNO: 1992, str. 108.

⁸⁹ MACKOVÁ, Marie, *Sociální práce s umírajícími a pozůstalými*, Tribune UE, Brno: 2015, str. 88.

⁹⁰ KALVACH, Zdeněk, ČELEDVÁ, Libuše, HOLMEROVÁ, Iva, a kol., *Křehký pacient a primární péče*, Grada Publishing, Praha: 2011, str. 315.

⁹¹ MARKOVÁ, Monika, *Sestra a pacient v paliativní péči*, Grada Publishing, Praha: 2010, str. 32 – 33.

větší výsledky. Pocit rezignace může být přenesen z pacienta na zdravotníka či opačně, proto by měl být zdravotnický personál obezřetný, aby nedošlo k přenosu rezignujícího postoje.⁹²

Pro zdravotníky pracující v paliativě je velmi důležité pracovat v týmu a komunikovat spolu, jak uvádí Monika Marková. Správně fungující multidisciplinární tým by měl být složen z lékařů specializujících se na paliativu, zdravotních sester či zdravotních asistentů, dále by měl být součástí týmu sociální pracovník, psycholog, fyzioterapeut, nutriční specialista a duchovní. Je velmi důležité, aby mezi sebou komunikovali všichni členové týmu, ale také, a to hlavně, aby všichni komunikovali s pacientem a jeho rodinou.⁹³

Autor Karel Funk ve své knize *Provázení stářím a umíráním* vyjadřuje názor, že vzdělávání, které se dostává ve školách nastávajícím sestřím a pečovatelkám, neobsahuje takzvanou „přípravu srdcem“. Výše byla popsána skutečnost, že může dojít ke stresu, konfliktu, přecitlivělosti, avšak žádná z učebnic neříká, jak se má s těmito aspekty zdravotní pracovník vyrovnat.⁹⁴

Monika Marková, která provedla rozhovory s třiceti sestrami, kdy zjišťovala, jaká průprava k práci s umírajícími jim byla předána v rámci studia, zjistila, že se studentky poprvé se smrtí setkaly ve třetím ročníku střední školy (tedy v sedmnácti letech). Předání praxe od starších sester zde prakticky neproběhlo, protože ve chvíli, kdy sestry žákyně zjistily, že na oddělení zemřela pacientka, byly poslány do jiného pokoje se slovy, že si „to“ udělají sami. Nikdo žákyním nepředal žádné instrukce, co se v daný okamžik musí zajistit. Ve chvíli, kdy jedna studentka situaci nevydržela psychicky, byl jí nabídnut Diazepam (lék proti úzkosti).⁹⁵

Dle Karla Funka v dnešní době existují standardy kvality péče, které jsou dobrým předpokladem pro větší humanizaci zdravotnické péče. Některá zdravotnická zařízení mají však značné mezery a nedostatky. Na druhou stranu ještě stále existují zdravotnice a pečovatelky, které v péči stále drží linii našich předků, a je možné je zastihnout ve chvíli, jak sedí u umírajícího a drží je v jejich poslední hodině za ruku.⁹⁶

⁹² JOBÁNKOVÁ, Marta, a kol., *Vybrané problémy psychologie zdravotnické činnosti*, Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví Brno: 1992, str. 108-114.

⁹³ MARKOVÁ, Monika, *Sestra a pacient v paliativní péči*, Grada Publishing, Praha: 2010, str. 35 – 37.

⁹⁴ FUNK, Karel, *Provázení stářím a umíráním, aneb, O prolínání obou světů*, Malvern, Praha: 2014, str. 303.

⁹⁵ MARKOVÁ, Monika, *Sestra a pacient v paliativní péči*, Grada Publishing, Praha: 2010, str. 30 – 31.

⁹⁶ FUNK, Karel, *Provázení stářím a umíráním, aneb, O prolínání obou světů*, Malvern, Praha: 2014, str. 147.

To, jakým způsobem se člověk poprvé setkává s umírajícím, velmi výrazně ovlivní pozdější přístup člověka ke smrti. Autorka Marková tuto myšlenku vysvětluje na základě informací od zdravotních sester, kdy si každá z nich do přesných detailů vzpomíná na okamžik, kdy se setkala se svým prvním zemřelým. Pamatují si, na jakém oddělení se tak stalo, na které posteli ležel a dokonce i na poslední rozhovor s ním.⁹⁷

⁹⁷ MARKOVÁ, Monika, *Sestra a pacient v paliativní péči*, Grada Publishing, Praha: 2010, str. 30.

7. SMRT A PÉČE O UMÍRAJÍCÍ POHLEDEM SOCIOLOGIE

Jak jsem již uváděla výše, sociologie se začala tématem smrti zabývat až v průběhu šedesátých let dvacátého století, a to díky vlivu oboru sociální antropologie a psychologie. Dle Olgy Nešporové se sociologie vymezuje zejména k postoji ke smrti, posmrtnému životu, zabývá se též rituály pohřbívání, samotným procesem umírání a truchlením pozůstalých.⁹⁸

Jan Jandourek ve své knize *Úvod do sociologie* uvádí, že moderní společnost nepoužívá tradiční nástroje, jako jsou určité rituály či představy, které pomáhají člověku vyrovnat se se smrtí. Dochází k tomu zejména proto, že lidé české moderní společnosti již nejsou tolik nakloněni náboženství, nemají tudíž vidinu toho, že existuje posmrtný život nebo znovuzrození. Dále také existovala hrozba určitého posmrtného zavržení v podobě pekla. Dnes tedy člověku nezbývá nic jiného, než se s konečností života smířit, a tak se snaží vytvořit co nejlepší podmínky k odchodu z pozemského života.⁹⁹ Stejně tak dle Anthonyho Giddense je v moderní společnosti smrt považována za cosi konečného, a to důsledkem oslabení náboženského vlivu. V tradičních rodinách žili pospolu děti, rodiče a prarodiče a všichni členové rodiny si uvědomovali, jakým způsobem dochází ke střídání generací. Člověk moderní společnosti už není se smrtí spjat tak úzce jako dříve a toto téma začalo být tabu.¹⁰⁰

Až do období 19. století existovalo takzvané smíření se smrtí, kdy dle Olgy Nešporové sám umírající i jeho okolí byli s odchodem na onen svět srovnání, ale nebylo opomenuto dodržování zvyků a rituálů. Smrt byla lidem blízká, byla přítomná, každý věděl, jak probíhá a co má dělat ve chvíli, když nastane a nikdo se jí nebál. Neexistovala zde pevná hranice mezi životem a smrtí, přechod byl plynulý.¹⁰¹

O tom, že úzkost a strach ze smrti je doménou zejména moderní společnosti, je přesvědčen i Jan Jandourek. Tradiční společnosti a žití více generací pospolu v jedné domácnosti dávali smrti určitou přirozenost. Smrt je v moderní společnosti v podstatě vytržena z přirozenosti a odehrává se v nemocnici, kde probíhá velmi anonymně, což pak vede k tabulaci tohoto tématu ve společnosti.¹⁰²

⁹⁸ NEŠPOROVÁ, Olga, *O smrti a pohřbívání*, Centrum pro studium demokracie a kultury, Brno: 2013, str. 5.

⁹⁹ JANDOUREK, Jan, *Úvod do sociologie*, Portál, Praha: 2009, str. 70.

¹⁰⁰ GIDDENS, Anthony, *Sociologie*, Argo, Praha: 1999, str. 57 - 58.

¹⁰¹ NEŠPOROVÁ, Olga, *O smrti a pohřbívání*, Centrum pro studium demokracie a kultury, Brno: 2013, str. 9.

¹⁰² JANDOUREK, J., *Sociologický slovník*, Portál, Praha: 2007, str. 218.

Mnoho autorů se shoduje na tom, že přístup ke smrti a proces umírání se změnil společně s proměnou společnosti z tradiční na moderní. Z toho vyplývá důvod, proč se sociologie tématem smrti začala hlouběji zabývat až v šedesátých letech dvacátého století, je způsobeno tím, že smrt nebyla ve společnosti do té doby považována za problém, nebyla tabuizována, pro lidi byla přirozenou věcí. Sociologie začala reagovat na problematiku smrti až ve chvíli, kdy v této věci nebylo ve společnosti něco v pořádku.

Dle slov Allana Kelleheara z University of Bath došlo k prvním zmínkám o problematiku smrti už v roce 1945 a od šedesátých let zde již docházelo k provádění empirických výzkumů na téma smrt a umírání. V šedesátých letech došlo k rozvoji a vzniku hospiců a hospicové péče na území Velké Británie.¹⁰³ Amy S. Kelley označuje jako kolébku vzniku paliativní péče Velkou Británi, kde se v šedesátých letech rozmohlo zakládání hospiců, které se šířilo dále a již v letech sedmdesátých začínají ve Spojených státech amerických a v Kanadě existovat v nemocnicích oddělení založené na paliativní péči.¹⁰⁴ Z historie nemocnic, které se věnují níže, vyplývá, že sociologie začala v České republice na problematiku péče o umírající reagovat v šedesátých letech, ale první reakcí na problém byl vznik hospice až v roce 1994. Oproti Evropským zemím je Česká republika lehce pozadu, a to zejména díky vlivu komunistického režimu do roku 1989.

Ladislav Benyovszky, který v knize *Časovost a smrtelnost* vykládá Heideggerovy myšlenky o smrti, vyjadřuje, že smrt je vnímána jako něco, co ještě nenastalo, tedy je to skryto a jednou nastane. Člověk má na smrt bezprostřední vazbu, ale smrt „odkládá“. Ví, že jednou nastane a je s ní smířen, čímž se odlišuje od zvířat.¹⁰⁵

Stejně tak filosof Georg Wilhelm Friedrich Hegel vyjadřuje, že smrt je něco, co se očekává a patří do koloběhu života: „Člověk umírá také díky zvyku, to znamená, když se zcela zabydlel v životě, když se duchovně a fyzicky otupil (...), neboť člověk je činný jen tehdy, pokud něčeho nedosáhl a chce se produkovat a uplatňovat ve vztahu k tomuto nedosaženému. Když je toto dosaženo, mizí činnost a životnost, a nezájem, který pak nastává, je duchovní a fyzickou smrtí.“¹⁰⁶

¹⁰³ KELLEHEAR, Allan, *The study of dying. From autonomy to Transformation*. Cambridge, University of Bath: 2009, str. 1.

¹⁰⁴ KELLEY, S., Amy, FISCHBERG, J., Daniel, MORRISON, R., Sean, *A public Health Perspective on End of Life Care, Palliative care in hospitals*, Oxford: 2012, str. 135 – 136.

¹⁰⁵ NOVOTNÝ, Jaroslav, PĚŤOVÁ, Marie, BENYOVSZKY, Ladislav, *Časovost a smrtelnost III.*, Scholia, Praha: 2010, str. 124 – 127.

¹⁰⁶ HEGEL, Georg, Wilhelm, Friedrich, *Základy filosofie práva*, Praha: 1992, str. 193.

Člověk i zvíře zažívají před smrtí strach, přičemž u zvířete se tak stane až ve chvíli, kdy už se průběh umírání dostaví. Člověk se od zvířete podle bioložky a filosofky Heleny Haškovcové odlišuje tím, že chápe skutečnost příchodu smrti. Lidský tvor si je velmi dobře vědom, že zemře, nicméně v průběhu života na smrt nemyslí a naopak se chová, jako by byl nesmrtelný.¹⁰⁷ O tom, že si je člověk vědom všeho, co v životě nastane, tedy nejen smrt, je přesvědčen i Radomír Havlík, který říká, že jde sled událostí v životě, které jsou společností očekávány a zároveň jsou tyto události a etapy vázány i na věk.¹⁰⁸

Děsivé je umírat dlouho a v bolestech a utrpení, strašný je pocit ztráty živých pozůstalých, pokud jim zemře blízká osoba.¹⁰⁹ Norbert Elias se k tomu vyjadřuje tak, že smrt je v pořádku v případě, že „*Člověk upadne do spánku a svět zmizí (...)*“.¹¹⁰

V současné době pomoc umírajícím spočívá zejména v podávání medikamentů pro utlumení bolestí a udržení těla v co nejkomfortnějším stavu, což je podle Eliase důkaz toho, že umírající nejsou společnosti lhostejní jakožto lidé, i když nemocniční provoz působí na okolí mechanicky a neosobně. Navíc členové rodiny a příbuzní často nevědí, jak s člověkem v terminálním stádiu života komunikovat a jak mu dát najevo, že jim na něm stále záleží. Ve chvíli, kdy umírající pocítí, že nemá pro druhé význam, cítí se osamocen. Elias zde vyjadřuje myšlenku, že osamělost v průběhu umírání úzce souvisí s tím, jestli byl člověk osamocen i v průběhu života. Existuje tedy významná závislost mezi způsobem života a průběhem umírání. Ten, kdo cítí, že v životě vykonal vše, co chtěl, odchází se mu lépe než tomu, kdo má pocit, že svůj život promarnil.¹¹¹

Život by, dle filosofa Jana Sokola, neměl smysl bez smrti. Existence smrti a lidské uvědomování si konečnosti života, dává životu smysl, protože člověk je nucen žít a dokázat maximum. „*Smrt tedy jistě není žádná věc a vlastní smrt není ani událost: je to mez, konec života. Proto také může životu a všemu, co je v něm, dodávat nějakou vážnost a cenu. Jen díky ní může být něco vzácné a doopravdy, ne jen na zkoušku jako ve hře (...)*“.¹¹² S tímto názorem se v podstatě ztotožňuje Zygmunt Bauman který říká, že bez existence smrti by neexistovala kultura, tedy ani sociologie. Kultura je podle něj způsob, jak snesitelně strávit svůj život s vědomím jeho konečnosti.¹¹³

¹⁰⁷ HAŠKOVCOVÁ, Helena, *Rub života – líc smrti*, Orbis pyramida, Praha: 1975, str. 46 – 47.

¹⁰⁸ HAVLÍK, Radomír, *Úvod do sociologie*, Univerzita Karlova v Praze, Praha: 2015, str. 53.

¹⁰⁹ Tamtéž.

¹¹⁰ ELIAS, Norbert, *O osamělosti umírajících*, Jihlava: 1998, str. 56.

¹¹¹ ELIAS, Norbert, *O osamělosti umírajících*, Jihlava: 1998, str. 52 – 55.

¹¹² SOKOL, Jan, *Filosofická antropologie: člověk jako osoba*. Portál, Praha: 2002, str. 136.

¹¹³ JACOBSEN, Davies, *Culture is sediment of the on-giong attempt to maket he living the awarness of mortality liveable*, 2011, str. 382.

Jak již bylo mnoha autory zmíněno, všichni lidé jsou si vědomi konečností života a jsou smíření se smrtí, jako se završením všeho, co prožili. Olga Nešporová však vyjadřuje skutečnost, že mnoho lidí se chová, jako by se jich „to“ netýkalo, k čemuž přispívá i skutečnost, že se v minulém století výrazně snížila úmrtnost a proces umírání byl odsunut do nemocnice, smrt tedy „není vidět“.¹¹⁴

Co se týká zdravotnické péče, dle Sokola je dnešní lékařská péče založena zejména na financích. Léčení a udržování člověka při životě jsou nákladné a Sokol si klade otázku, kdy je vhodné léčbu ukončit, jde o takzvanou pasivní eutanazii. Rozhodování o léčbě provádí ve většině případů lékař, který má zkušenosti a dokáže relativně posoudit jednotlivý případ. „*Lékaři, pojišťovny a vlády tak neustále na různých úrovních musí rozhodovat o tom, komu a kolik péče se poskytovat musí, může – a kdy se s ní má přestat.*“¹¹⁵

¹¹⁴ NEŠPOROVÁ, Olga, *Lidé města. Smrt jako konec, nebo začátek?*, Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy v Praze, Praha: 2009. Str. 463 - 464.

¹¹⁵ SOKOL, Jan, *Filosofická antropologie: člověk jako osoba*. Portál, Praha: 2002, str. 137.

8. SMRT V DATECH

Proč lidé o smrti neradi mluví? Obávají se lidé smrti a uvažují o tom, jak a kde by chtěli zemřít? Této problematice se věnovala agentura STEM/MARK, která společně ve spolupráci s organizací Cesta domů uskutečnila výzkum na téma umírání a smrt.

Dle průzkumu si téměř 80 % populace přeje zemřít v domácím prostředí. Za místo, kde by však lidé rozhodně nechtěli strávit poslední chvíle svého života, označili nejčastěji léčebnu dlouhodobě nemocných, a to v 69 %. Dále pak 31 % lidí nechce zemřít v nemocnici, 28 % respondentů v hospici a 25 % nechce zemřít v jiném sociálním zařízení. Lidé by si v 80 % přáli zemřít v domácím prostředí, přičemž by tím ale nechtěli být nikomu na obtíž a ani by nechtěli mít zajištěnou jinou odbornou péči. Ve skutečnosti ale právě 80 % populace umírá v institucích, čímž jsou míněny nemocnice, domovy pro seniory a zařízení podobného typu. Pouhé 1,4 % osob zemře v hospici.¹¹⁶

Důvod, proč není možné zajistit péči o umírajícího v domácím prostředí je ten, že je finančně náročné mít doma permanentní odbornou zdravotnickou péči. Částečným řešením jsou proto mobilní hospice, které dokážou zajistit medicínskou i psychologickou péči umírajícímu i jeho rodině.¹¹⁷

Dle výzkumu, který provedla agentura STEM/MARK ve spolupráci s organizací Cesta domů v roce 2015, se 69 % populace domnívá, že se ve společnosti nemluví v dostatečné míře o konci smrti a umírání. Oproti tomu, se pouhých 22 % domnívá, že je tomu naopak, přičemž polovina lidí se setkala se smrtí příbuzného či blízké osoby v průběhu posledních tří let. Není tedy pravdou, že úmrtí blízké osoby posiluje ve společnosti povědomí o umírání a o debatách o ní. 70 % lidí alespoň jednou přemýšlelo nad tím, jak by chtěli, aby o ně bylo postaráno na sklonku života. Zajímavé je, že se tímto tématem více zabývají ženy, osoby s chronickým onemocněním a ti, kterým zemřel někdo blízký, naopak lidé nad 60 let věku o tomto tématu přemýšlejí nejméně často. I přesto, že lidé říkají, že o smrti přemýšlejí, většinou o tom s nikým nemluví, konkrétně 64 %. Za nejdůležitější krok, který musí před smrtí udělat, považuje 61 % populace sepsání závěti a 56% finanční zajištění rodiny.¹¹⁸

Lidé se nejčastěji bojí bolesti a ztráty důstojnosti. Zejména z tohoto důvodu velmi často zaujímají souhlasné stanovisko v názoru na eutanázii. Populace si důstojné a dobré

¹¹⁶ Dříve vyslovená přání. Závěrečná práva z výzkumu, STEM/MARK ve spolupráci s organizací Cesta domů, 2015. <http://www.umirani.cz/sites/default/files/custom-files/cesta-domu-zprava-umirani-a-pece-o-nevylecitelne-nemocne-2015.pdf> (zobrazeno 27. 11. 2017).

¹¹⁷ Tamtéž.

¹¹⁸ Tamtéž.

umírání představuje jako úmrtí ve spánku, které proběhne bezbolestně, rychle a s respektem.¹¹⁹

Výzkum z roku 2013 říká, že opatření ve spojitosti s vlastní smrtí převážná většina osob řeší až ve chvíli, kdy jsou vážně nemocní. Nemocní chtějí znát svůj zdravotní stav a chtějí ho zároveň vědět jako první, nepřejí si tedy, aby se informace dozvěděli první členové rodiny. Nepříjemností pro pacienty a zároveň i lékaře je sdělování špatné zprávy, které provádějí nejčastěji u lůžka a mají na předání informace pouhých 10 – 15 minut.¹²⁰

Co se týká přístupu lékařů k pacientům, je s ním spokojeno 77 % populace, avšak silný souhlas vyjádřilo jen 8 % lidí.¹²¹ Více jsou s přístupem lékařů nespokojeny ženy než muži a rozhodování o léčbě mají dle výzkumu ve svých rukou v největším procentu lékaři, částečně zasahuje rodina, sám pacient do výběru léčby zasahuje jen zřídka, avšak polovina populace je toho názoru, že o způsobu léčení by měl rozhodovat lékař společně s pacientem.¹²²

Pro lidi je ze dvou pětín velmi těžké o smrti hovořit. Během výzkumu byli lidé při dotazování na tyto typy otázek prvotně velmi zaskočeni. Rozhovor byl nepříjemný oběma stranám, jak respondentovi, tak i tazateli. Pro některé respondenty byl rozhovor také emočně náročný a vypjatý a zdál se jim neetický. Mnoho respondentů o smrti velice otevřeně mluvilo, ale celkově více ztišeně, tlumeně, aby je nikdo okolo neslyšel. Byli také překvapeni, že se agentury zajímají také o tuto problematiku.¹²³

¹¹⁹ Dříve vyslovená přání. Závěrečná práva z výzkumu, STEM/MARK ve spolupráci s organizací Cesta domů, 2015. <http://www.umirani.cz/sites/default/files/custom-files/cesta-domu-zprava-umirani-a-pece-o-nevylecitelne-nemocne-2015.pdf> (zobrazeno 27. 11. 2017).

¹²⁰ Umírání – nový výzkum, nové výsledky. Závěrečná práva z výzkumu, STEM/MARK ve spolupráci s organizací Cesta domů, 2013. <http://www.stemmark.cz/umirani-novy-vyzkum-nove-vysledky/> (zobrazeno 27. 11. 2017).

¹²¹ Viz Příloha č. 3.

¹²² Dříve vyslovená přání. Závěrečná práva z výzkumu, STEM/MARK ve spolupráci s organizací Cesta domů, 2015. <http://www.umirani.cz/sites/default/files/custom-files/cesta-domu-zprava-umirani-a-pece-o-nevylecitelne-nemocne-2015.pdf> (zobrazeno 27. 11. 2017).

¹²³ Tamtéž.

9. HISTORICKÝ VÝVOJ ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ A PÉČE O UMÍRAJÍCÍ

9.1 NEMOCNICE

9.1.1 Středověk – 19. století

Budeme-li se zajímat o vznik prvních zařízení pro nemocné hlouběji do historie, zjistíme, že v prvopočátku se jednalo o církevní nebo světské zařízení pro nemocné nebo staré chudé lidi. Existovaly také hospice, které fungovaly jako útulky pro poutníky. Dříve se pro nemocnice používal výraz špitál, jehož význam byl také hostinec, což znamenalo – místo pro poutníky, nemocnice nebo chudobinec.¹²⁴

Hospice, tedy domy pro poutníky, vznikly již ve 4. století¹²⁵ a zpravidla byly zbudovány na místech, kudy vedly daleké cesty (často vysoko v horách) a někdy se rozšiřovaly na kláštery. Nocovali a uzdravovali se v nich nejen poutníci, ale i putující mniši. Hospice vznikaly na posvátných místech všech cest vedoucích do Říma. V Českých zemích jsou první zmínky o špitálech či nemocnicích či hospicích až z období 14. a 15. století. Se vznikem měst se tato nemocniční zařízení začala více udržovat a byla jim věnována větší pozornost. O rozvoj zařízení pro nemocné se výrazně zasloužil Karel IV., který mimo jiné založil Karlovy lázně. Císař Karel IV. nechal také zbudovat hospic na cestě do Říma pro Čechy, kteří tudy putovali. V těchto dobách se díky cestování šířily různé infekce způsobující zejména mor a cholera, a tak tato zařízení na cestách byla velmi příhodná.¹²⁶ K rozvoji vzniku středověkých špitálů došlo v průběhu 8. století. Jejich zbudování bylo z pravidla při klášterech a sídlech biskupů. Jejich vznik a rozvoj byl zapříčiněn rozvojem poutnictví v té době.¹²⁷

Pojem hospic nebo lázeňský hospic se v Českých zemích používal také v kontextu lázní. Toto místo bylo určeno pro majetné osoby k trávení volného času a pro léčení různých chorob.

¹²⁴ BOŘÍKOVÁ, Jana, BOŘÍK, Otakar, *Hospice, Špitály a nemocnice v Karlových Varech*. KAVA-PECH, Dobřichovice: 2004, str. 17.

¹²⁵ BYSTRICKÝ, Zdeněk, Hospicová péče – organizace a zkušenosti z českých pracovišť, <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/hospicova-pece-organizace-a-zkusenosti-z-ceskych-pracovist-134569> (zobrazeno 1. 1. 2018)

¹²⁶ BOŘÍKOVÁ, Jana, BOŘÍK, Otakar, *Hospice, Špitály a nemocnice v Karlových Varech*. KAVA-PECH, Dobřichovice: 2004, str. 17 - 21.

¹²⁷ JOHN, Vojtěch, ZIMMERMANNOVÁ, Marie, *Kláštery – jejich vznik a poslání*, KPC Biskupství Hradec Králové: 2008, str. 5.

Ještě v době, než vznikly městské nemocnice, v těch zemích, kde bylo přijato křesťanství, existovala zařízení pro nemocné pod regulami benediktinských jeptišek a mnichů. Špitály byly zřizovány při klášterech a kostelech, a to hlavně pro chudé a nemocné osoby. Biskupové a arcibiskupové měli k chudým velkou náklonnost a poskytovali jim dobročinnost v podobě jídla a ošacení. Nemocnice tohoto období měly k dispozici nejčastěji okolo 10 – 20 lůžek, někde jen pouhá 3 lůžka, maximální počet lůžek však nepřesáhl 30 míst. Všichni zaměstnanci museli dodržovat přísná pravidla a nosit stejné a upravené oblečení, byl kladen důraz na čistotu, pořádek a zbožnost.

Jak jsem již zmínila výše, první zmínky o nemocnicích jsou z období 15. století a ošetřování probíhalo podobně, jako v domácím prostředí a léčili lékaři empirikové či řemeslní rankéři. Vystudovaných lékařů existovalo jen velmi malé množství. Prvním aprobovaným lékařem byl Thegdag (998 – 1017). Lázeňští ranhojiči a holiči později skládali zkoušky na univerzitách a působili jako chirurgové.¹²⁸

V průběhu 17. století došlo v evropských městech k velkému rozvoji nemocnic, které byly často spojovány i se školami. Za vlády Josefa II. byla nejprve v roce 1784 ve Vídni otevřena první všeobecná nemocnice a posléze v roce 1790 v Praze, kdy došlo ke zrušení třinácti malých špitálů. Velké všeobecné nemocnice byly vybaveny velikými sály, které byly často propojené i s kaplí, bohužel se však ukázalo, že toto rozložení není z hygienických důvodů zcela vhodné, a tak se přistoupilo na modernější řešení staveb s menšími pokoji a velkou zahradou v okolí budovy. Již v této době existovalo rozdělení pacientů na dlouhodobě nemocné, pro chudé, slepé, hluchoněmé, choromyslné, pro děti či sirotky apod. péče byla též rozdělena na zdravotní a sociální.¹²⁹

V 18. století vznikla také nemocnice řádu terciárek františkánské řehole neboli Alžbětinky, a to konkrétně 26. 1. 1722 současně s přilehlým klášterem a kostelem jako komplex a poskytovala péči chudým a nemocným. V době vzniku Alžbětinek neexistovala péče poskytovaná státem, tak vznikl tento typ nemocenského zařízení, který o pacienty pečoval.¹³⁰

Ludmila Hlaváčková v historii nemocnic popisuje, jak vypadal běžný život v nemocnici z roku 1823, který popsal lékař doktor Jan T. Held: „*Pacienti, oblečení do*

¹²⁸ BOŘÍKOVÁ, Jana, BOŘÍK, Otakar, *Hospice, Špitály a nemocnice v Karlových Varech*. KAVA-PECH, Dobřichovice: 2004, str. 24 – 25.

¹²⁹ BOŘÍKOVÁ, Jana, BOŘÍK, Otakar, *Hospice, Špitály a nemocnice v Karlových Varech*. KAVA-PECH, Dobřichovice: 2004, str. 24 – 25.

¹³⁰ Národní archiv – Fond: Alžbětinky – konvent, Praha Konvent a řádová nemocnice Alžbětinek v Praze II, Na Slupi 6 (1719-1953)

jednotného úboru, leželi na lůžkách vybavených záclonami, které jim zaručovaly určité soukromí. K dispozici měli i knihovnu s českými a německými knihami. Jejich dny byly rozděleny pravidelnými lékařskými vizitami, léčebnými procedurami a jídlem.“¹³¹

Zmínky o tom jak to vypadalo v nemocnici v roce 1842, popisuje Jana Kutnohorská: „V nemocničních pokojích byla postavena lůžka podle předpisů vedle sebe na vzdálenost dvou střevíců. Mezi lůžky byly otevřené skříňky pro potřeby nemocných, nad lůžky černé tabulky s čísly nemocných a poznámkami, týkajícími se léčby. Svítilo se olejem, topilo se dřívím. Nemocní jedli z cínových talířů. Na pokoji bylo až 29 lůžek. Pokoje na třídách byly lépe vybaveny, nemocným se podával k jídlu celý příbor.“¹³²

Za vlády Josefa II. byly po nemocnici v Praze zbudovány také nemocnice v Brně a Olomouci a financovány byly z peněz, které měly putovat do zrušených klášterů. Dále existovaly klášterní nemocnice a mnoho drobných chorobinců pro nemocné v malých městech. Takto zbudované nemocnice fungovaly až do 40. let 20. století.¹³³ Mnoho nemocnic ve svých historiích uvádí, že na přelomu 19. a 20. století často docházelo k přestavbám, a to z toho důvodu, že prostory nevyhovovaly přicházející moderní medicíně. Přestavby byly často přerušeny první a druhou světovou válkou.¹³⁴

Podle Hany Kratochvílové za zmínku také stojí informace, pro koho byly nemocnice určeny. Užívali je pacienti bez ohledu na jejich náboženskou víru, stav či národnost. Pouze nevléčitelní pacienti nebyli přijímáni v nemocnicích, ale pouze v chorobincích. Například Všeobecná fakultní nemocnice v Praze pak ošetřila bezplatně každého, kdo doložil, že žije v Praze 10 let a více a zároveň předložil Vysvědčení chudoby. Pro platící pacienty byly zbudovány pokoje 1. a 2. třídy. Tato pravidla platila až do roku 1928 a ke zrušení tříd ve společnosti došlo až v roce 1948.¹³⁵

9.1.2 Nemocnice po roce 1945

Jak jsem již lehce zmínila výše, k některým zlomovým okamžikům došlo tři roky po skončení druhé světové války. Na tomto tvrzení se shodují také autoři Boříková a Bořík. Dle jejich slov k výrazným změnám ve zdravotnictví došlo po Únoru 1948, kdy se měnila

¹³¹ HLAVÁČKOVÁ, Ludmila, *Z historie pražské nemocnice milosrdných bratří*, časopis Medical Tribune, 13/2009, <https://www.tribune.cz/clanek/13785> (zobrazeno 30. 12. 2017).

¹³² KUTNOHORSKÁ, Jana, *Historie ošetřovatelství*, Grada Publishing, Praha: 2010, str. 34 – 35.

¹³³ KRATOCHVÍLOVÁ, Hana, *Historie Všeobecné fakultní nemocnice v Praze*, <http://www.vfn.cz/o-nemocnici/historie-vfn/> (zobrazeno 30. 12. 2017).

¹³⁴ *Historie Nemocnice Na Františku*, <http://www.nnfp.cz/o-nemocnici/historie>, (zobrazeno 30. 12. 2017).

¹³⁵ KRATOCHVÍLOVÁ, Hana, *Historie Všeobecné fakultní nemocnice v Praze*, <http://www.vfn.cz/o-nemocnici/historie-vfn/> (zobrazeno 30. 12. 2017).

ideologie společnosti, a kdy docházelo k přechodu k socialismu. Stát začal v obecné rovině přebírat zodpovědnost na činnost jednice. Členové komunistické strany získali významné pozice a řídicí funkce. Ústava z 9. května, paragraf 29 zaručoval každému právo na ochranu zdraví. Každý člověk měl právo na lékařskou péči a v případě nemožnosti vykonávat zaměstnání a zaopatřit se z důvodu nemoci, existoval nárok na zaopatření ze strany státu. Totéž platilo pro nemohoucnost ve stáří.¹³⁶

V průběhu druhé světové války byly řády v nemocnicích zrušeny a majetky připadly německé říši. Roku 1945, po osvobození, byly nemocnice navraceny řádům, ale hned v roce 1948 byly vlivem politického převratu zestátněny.

Co se týká konkrétních informací o tom, jak vypadala praxe v nemocnicích po roce 1945, jeden z článků časopisu *Česká nemocnice*, který vycházel ve čtyřicátých letech, byl věnovaný nemocnicím, humánním zdravotním ústavům a sociálně zdravotním institucím. Věnuje se problematice léčení a opatrování v nemocnicích a tomu, jaký je v tom rozdíl. Pojmem léčení je vyjádřeno naordinování medikace a naděje na uzdravení pacienta v dohledné době. Opatrovnictvím v nemocničním zařízení je pak taková péče, kdy už šance na uzdravení není, ale pacientovi je stále podávána lékařská péče a léky. Vyjádření k léčenému nemocnému v článku o léčených pacientech: „*Je na místě, když je možný přechod nemocného k dennímu zaměstnání (...)*“¹³⁷ Z toho tedy vyplývá, že lékaři shledávali pro pacienta, ať už léčeného nebo umírajícího, domácí prostředí jako vhodnější.

Časopis *Česká nemocnice* hovoří o údajích o zemřelých ženách v domácím prostředí a v nemocnici. „*Podle statistik je úmrtnost matek po porodu doma 3,35%, pro porody v ústavech udává říšský statistický úřad úmrtnost 7,65% (...)*“¹³⁸ největší procento zemřelých je pak v případech operativních porodů. (V dalším článku, nezávislém na tomto je pak uvedeno, že převážná většina porodů probíhá v domácím prostředí.) Takovýto rozdíl je v periodiku vysvětlen tím, že do pojmu porodnického ústavu jsou zahrnuty všechny ústavy, a to i takové, které nejsou pro porodnictví vhodné, a přes to se tam porody provádějí. V článku je výrazně doporučeno, aby byly porody vykonávány pouze v zařízeních s lékařským vedením, ošetřujícím personálem a zařízením odpovídajícím modernímu porodnictví.¹³⁹ Zdánlivě to dle statistiky vypadá, že lékařská péče nebyla zase

¹³⁶ BOŘÍKOVÁ, Jana, BOŘÍK, Otakar, *Hospice, Špitály a nemocnice v Karlových Varech*. KAVA-PECH, Dobřichovice: 2004, str. 201.

¹³⁷ *Česká nemocnice*, Časopis, Praha: Lékařský dům: 1942, str. 34.

¹³⁸ Tamtéž.

¹³⁹ Tamtéž.

tak kvalitní, ale je pravděpodobné, že do nemocnice se také dostanou právě ty těžší případy porodů, proto bylo v nemocnicích zjištěno větší procento zemřelých.

Časopis *Česká nemocnice* dále zmiňuje popis toho, jak má nemocnice vypadat a jaké jsou její oddělení a součásti, pokoje mají mít kapacitu okolo třiceti lůžek, mají být vybaveny linem na podlaze a kachličky na zdech. Existuje zmínka o uchovávání mrtvých, článek časopisu ale neuvádí, že by bylo zvláštním způsobem zacházeno s umírajícími pacienty, ano o tom, že by byli odsunuti na nějaké speciální samostatné místo.¹⁴⁰ Na základě těchto informací se dá předpokládat, že umírající sdíleli stejné pokoje jako ostatní pacienti nebo byli přeloženi na oddělení, kde se léčili pacienti s těžšími nemocemi.

Časopis dále uvádí, že členové tehdejší Výborové schůze Sdružení českomoravských nemocnic kladně hodnotí vznik a fungování nově vzniklého sociálně zdravotního oddělení a doporučuje jeho rozšíření do všech nemocnic. Zmíněný výbor považoval za nejdůležitější úkol zlepšení kvality ošetřování a plánoval vydání ošetřovatelské učebnice anatomie. Sdružení v roce 1942 teprve navrhovalo vznik sociálně zdravotního oddělení. Ve chvíli, kdy se ukázalo, že první zkušební oddělení funguje, začal se navrhovat přesný program. Toto oddělení se mělo starat o dlouholežící pacienty a zároveň se snažilo vyhnout „sociálním chorobám“.¹⁴¹

Praktickou zkušenost ze svého mládí uvádí ve své knize *O smrti a umírání* lékařka Elisabeth Kübler-Rossová, která se narodila v roce 1926, kdy popisuje svou zkušenost s péčí o umírajícího člověka ze svého mládí. Situace se odehrála v Evropě, kde lékařka vyrostla, v malé vesnici v době, kdy moderní metody medicíny byly teprve v prvopočátcích. V místě, kde lékařka jako dítě žila, spadl ze stromu sedlák a vzhledem k jeho stavu bylo jasné, že už dlouho nebude žít. Požádal svou rodinu, aby mohl zemřít doma a jeho přání mu bylo bez námitek splněno. Sedlák svolal do ložnice postupně členy své rodiny a ve velkých bolestech s každým promluvil. Rozdělil všechn svůj majetek, požádal své potomky, aby pokračovali v jeho konání dále a vedly jeho hospodářství tak, jak on doposud, rozloučil se se všemi svými přáteli. Nejen rodina, ale i přátelé se podíleli na přípravách a sdíleli společně zármutek ze smrti. Mrtvý zůstal ve své posteli ležet až do pohřbu s květinami v náručí, v domě, který postavil, se svou rodinou.¹⁴²

¹⁴⁰ Česká nemocnice, Časopis, Praha: Lékařský dům: 1942, str. 34.

¹⁴¹ Česká nemocnice, Časopis, Praha: Lékařský dům: 1942, str. 34. Jednání společnosti českomoravských nemocnic, které proběhlo dne 5. 3. 1942 v 18:00 hodin v Lékařském domě v Praze.

¹⁴² KÜBLER-ROSSOVÁ, Elisabeth, *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*, Portál, Praha: 2015, str. 14-15.

Příběh Kübler-Rossové je výrazem toho, jak by mělo v ideálním případě proběhnout rozloučení s umírajícím členem rodiny. Přítomnost celé rodiny u aktu umírání je dobré nejen pro umírajícího, ale i pro členy rodiny. „*Když pacient může zakončit svůj život v důvěrně známém a milovaném prostředí, neklade to na něj tak velké nároky, nemusí se přizpůsobovat tolika změnám. Jeho rodina ho zná natolik dobře, že ví, kdy nahradit sedativum skleničkou jeho dobrého vína, a vůně doma uvařené polévky může povzbudit jeho chuť k jídlu alespoň tak, aby jí polkl několik lžic, což je, řekla bych, přece jen příjemnější než infuze.*“¹⁴³

Z toho lze usoudit, že dříve probíhal prožitek umírání zvláštním rituálem, na kterém se podíleli všichni členové rodiny a kde měl každý svou úlohu. Obřad, jenž měl prameny svého vzniku v církvi, sloužil jako prostředek, kterým se mohla duše umírajícího snadno přenést ze světa pozemského na onen svět. Je tedy patrné, že se tradiční společnosti, uměly se smrti lépe vypořádat a se zemřelým se lépe rozloučit. Socioložka Šiklová napsala: „*Čím byl člověk jednodušší a více začleněn do kmene, lovecké skupiny, rodiny, tím byla pro něj asi smrt jednodušší, tím jednodušší byl pro něj jeho přístup k vlastní smrti. (...) Ještě před sto lety většina lidí věděla, jak by se měla se svými zesnulými rozloučit. Jak postupovat, aby člověk splnil vůči zemřelému svoji povinnost. Šel za farářem, dal sloužit mše, vykopat a vysvětit hrob, protože ze země člověk pochází a do země se vrací. Pokud to neudělal, dobře také věděl, proč to neudělal. Nechtěl, neměl zemřelého rád, byl sám jiného přesvědčení, než byla většina lidí v té společnosti. Tedy jeho postup nebyl zanedbáním, ale spíše porušením, a to vědomím porušením kódu, který byl všeobecně známý.*“¹⁴⁴

9.2 CO JE LÉČEBNA DLOUHODOBĚ NEMOCNÝCH A JAK VZNIKLA

Léčebna pro dlouhodobě nemocné pacienty je určena těm, kteří jsou ve své léčbě stabilizováni, ale zároveň nemohou být propuštěni do domácí péče. Je označována za péči návaznou a péči zdravotně sociální. Léčebny pro dlouhodobě nemocné vznikly jako reakce na neexistenci zdravotně-sociální péče, kdy lidé s demencí či osoby vyžadující paliativní péči mají smíšené potřeby, tedy zdravotní i sociální. Zdeněk Kalvach v knize *Křehký pacient* popisuje, že v roce 1992 byla zdravotnická a sociální péče legislativně rozdělena, což „*(...) dramaticky komplikuje ucelenost péče a snižuje její kvalitu. Zatíženo je i*

¹⁴³ KÜBLER-ROSS, Elizabeth, *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*, Portál, Praha: 2015, str. 15.

¹⁴⁴ ŠIKLOVÁ, Jiřina, *Vhoštěná smrt*, Kalich, Praha: 2013, str. 48 a 51.

*vícezdrojové financování. Na zdravotně sociálním pomezí dochází k úpornému přetlačování, přehazování zodpovědnosti, osekávání péče k negativním kompetenčním konfliktům.*¹⁴⁵

Dle prostudování historií jednotlivých zařízení, vznikly první léčebny dlouhodobě nemocných v druhé polovině sedmdesátých let, jako návazná zařízení pro pacienty nemocnic. V současné době jsou zařízení LDN buďto součástí nemocnic nebo je jejich zřizovatelem město či jsou v soukromém vlastnictví.¹⁴⁶

Léčebny pro dlouhodobě nemocné (LDN) využívají dle Zdeňka Kalvacha stejní klienti, pro které jsou vhodné i domovy pro seniory. Jsou to lidé, o něž je velmi složitá péče, jsou velmi často imobilní a mají problémy se soběstačností, trpí inkontinencí, mívají nehojící se rány, velké procento z nich trpící demencí či chorobou Alzheimer. Léčebna dlouhodobě nemocných je považována za geriatrické zařízení, ale je určeno také mladším osobám, vyžadující paliativní péči v terminální fázi života či péči nezbytnou pro nevléčitelnou chorobu. Léčebna dlouhodobě nemocných je nazývána tzv. návaznou péčí, kdy navazuje na hospitalizaci v nemocnici. Pobytový režim v zařízení LND může být léčebný, rehabilitační, ošetrovatelský, paliativní, sociální (například ve chvílích, kdy pacient čeká na volné místo v ústavu sociální péče) či speciální (jedná se zejména o důstojný pobyt pro osoby se syndromem demence).¹⁴⁷

Pokud je u pacienta prokázána nezbytnost potřeby tohoto zařízení, je pacientovi ze zákona garantováno, že péče není časově omezena a pokud je prokázán pobyt ze zdravotního důvodu (ne z důvodu sociálního), bývá z větší části hrazen pojišťovny.¹⁴⁸

9.3 VZNIK A VÝVOJ HOSPICE

První hospic byl založen roku 1847 v Lyonu paní Jeane Garnierovou, která v té době založila společenství žen, které se věnovalo právě péči o umírající. Jak Jakub Peřina ve svém článku uvádí, tou dobou existovaly léčebny pro nevléčitelně nemocné při klášterech, které spravovaly církevní řády, tudíž vznik hospice nebyl podmíněn nedostatečné péči. Další hospic vznikl v roce 1878 v Dublinu, kde komunita „Sester lásky“

¹⁴⁵ KALVACH, Zdeněk, ČELEDOVÁ, Libuše, HOLMEROVÁ, Iva, a kol. *Křehký pacient a primární péče*, Grada Publishing, Praha: 2011, str. 221.

¹⁴⁶ Léčebna dlouhodobě nemocných Praha 6, informace o provozování, <http://ldn-praha6.cz/> (zobrazeno 17. 12. 2017).

¹⁴⁷ KALVACH, Zdeněk, ČELEDOVÁ, Libuše, HOLMEROVÁ, Iva, a kol. *Křehký pacient a primární péče*, Grada Publishing, Praha: 2011, str. 221 – 222.

¹⁴⁸ Článek: Léčebny dlouhodobě nemocných: pro koho jsou a za kolik. <https://120na80.vitalia.cz/clanky/vse-o-lecebnach-dlouhodobem-nemocnych/>, (zobrazeno 17. 12. 2017).

měla za úkol pečovat o pacienty při umírání. Tato komunita v čele s Marií Aikenheadovou založila ve Velké Británii mnoho dalších hospiců. V jednom z nich v padesátých letech dvacátého století pracovala Cicely Saundersová, která se zasadila vývoj paliativní péče.¹⁴⁹

Saundersová byla výrazně ovlivněna působením psychologa Carla Rogerse, který věnoval svou pozornost problematice komunikace a naslouchání pacientovi. Dle autora Peřiny došlo k významnému boomu vzniku hospicových zařízení ve Velké Británii, a to zejména kvůli absenci lidského přístupu v péči o umírající pacienty. Saundersová jako první kladla důraz na komplexnost a multidisciplinárnost v péči o umírající. Kritizovala léčbu, která se soustředila pouze na chorobu a nekladla důraz na sociální přístup a byla tou osobou, díky ní vzniklo moderní hospicové hnutí. Paliativní péče se dále rozvinula také na úroveň domácích hospiců, které se v té době uchytily zejména v USA. V průběhu 70. let byla snaha o integraci hospicové péče i do nemocnic, kdy v Kanadě vzniklo v roce 1975 první „oddělení paliativní péče“.¹⁵⁰

Co se území českého týče, vznikl první hospic až v roce 1995. Jedná se o Hospic Anežky České v Červeném Kostelci, o jehož založení se zasloužila Marie Svatošová. Zařízení vzniklo podle vzoru hospice St. Christopher, který funguje ve Velké Británii.¹⁵¹

V dnešní době existují hospicová a paliativní zařízení ve více než 90. zemích světa, a to řádově v počtu přes 7000. Všechna tato zařízení mají společnou myšlenku, a to jít směrem mimo hlavní zdravotnický proud. Hospice původně vznikaly jako velmi malá lokální zařízení na komunitních úrovních, avšak postupem času si získaly podporu čím dál tím většího počtu laické i odborné veřejnosti.¹⁵²

9.4 SOUČASNOST

Podle Aleny Nešporové je péče a vztah k umírajícím v České republice v mezinárodním srovnání velmi specifický. Velký vliv má na tuto skutečnost zejména historie naší země, kdy v české společnosti došlo k odcírkevnění, které pokračovalo i v době vzniku Československa. *„Komunistická vláda ve druhé polovině 20. století pak jen umocnila procesy, které byly započaty již dříve. Prohloubila sekularizaci společnosti a*

¹⁴⁹ PEŘINA, Jakub, *Historie paliativní péče*, článek publikován dne 26. 10. 2016 na <http://www.umirani.cz/clanky/historie-paliativni-pece> (zobrazeno 17. 12. 2018).

¹⁵⁰ PEŘINA, Jakub, *Historie paliativní péče*, článek publikován dne 26. 10. 2016 na <http://www.umirani.cz/clanky/historie-paliativni-pece> (zobrazeno 17. 12. 2018).

¹⁵¹ *Historie Hospice Anežky České v Červeném Kostelci*, <http://www.hospic.cz/historie.html>, (zobrazeno 17. 12. 2017).

¹⁵² PEŘINA, Jakub, *Historie paliativní péče*, článek publikován dne 26. 10. 2016 na <http://www.umirani.cz/clanky/historie-paliativni-pece> (zobrazeno 17. 12. 2018).

*posílila proticírkevní smýšlení nezanedbatelné části společnosti.*¹⁵³ Téma smrti, které bylo dříve řešeno především z náboženského pohledu, bylo vytlačeno okraj společnosti a začalo být tabuizováno. Pravdou ale je, že ve chvíli, kdy starost o smrt přešla z náboženské kompetence do zdravotnictví, výrazným způsobem se snížila úmrtnost. Problém však nastal ve chvíli, kdy do nemocnice přišel umírající člověk. Péče o něj prakticky neexistovala.¹⁵⁴

V minulosti existoval velký počet epidemií, které si vždy vyžádali velké množství životů. Docházelo také k vysoké úmrtnosti dětí a dalo by se říci, že neexistovala rodina, které by nezemřelo jedno z dětí. V posledních několika, desetiletích však došlo k velkému pokroku v medicíně, kdy bylo objeveno velké množství medikamentů a významným způsobem se zlepšilo technické vybavení nemocnic. Řada chorob byla zlikvidována díky zavedením rozsáhlých očkování, a to nejen v Evropě, ale i ve Spojených státech. *„Používání synteticky připravených léků, zejména antibiotik, lepší péče o děti, a lepší osvěta vedou k menšímu počtu chorob a podstatně nižší úmrtnosti v dětském věku.*¹⁵⁵ Díky podniknutí všech těchto kroků došlo k tomu, že vzrůstá počet starých lidí, kteří trpí zhoubnými nádory a nemocemi spojenými s chronickými potížemi, které právě ke stáří patří.¹⁵⁶

V posledních letech se u lékaře objevují častěji osoby s psychosomatickými poruchami a s emočními problémy, a to v daleko větším měřítku než dříve. Pacienti jsou převážně zastoupeni starými lidmi, jenž mají nejen problémy spojené se sníženými fyzickými schopnostmi a omezeními, ale hlavně se musí vyrovnávat se samotou a izolací a s nimi spojenými útrapami a bolestmi, které samota a izolace přinášejí.¹⁵⁷

Autorka Elizabeth Kübler-Rossová se o umírání současnosti vyjadřuje takto: *„Jedním z nejdůležitějších je fakt, že samo umírání má dnes v mnoha směrech děsivější podobu než dříve, je mnohem osamělejší, mechanické, odlidštěné – občas je dokonce obtížné přesný okamžik smrti technicky stanovit.*¹⁵⁸

Pro srovnání Kelley, Fischberg a Morrison uvádějí, že ve Spojených státech amerických existuje průzkum z roku 2010, který říká, že více než 60% nemocnic s padesáti

¹⁵³ NEŠPOROVÁ, Olga, *O smrti a pohřbívání*, Centrum pro studium dem. a kul., Brno: 2013, str. 293.

¹⁵⁴ NEŠPOROVÁ, Olga, *O smrti a pohřbívání*, Centrum pro studium dem. a kul., Brno: 2013, str. 293 - 294.

¹⁵⁵ KÜBLER-ROSS, Elizabeth, *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*, Portál, Praha: 2015, str. 10.

¹⁵⁶ Tamtéž.

¹⁵⁷ KÜBLER-ROSS, Elizabeth, *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*, Portál, Praha: 2015, str. 11.

¹⁵⁸ KÜBLER-ROSS, Elizabeth, *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*, Portál, Praha: 2015, str. 17.

a více lůžky poskytuje paliativní péči a situace se stále zlepšuje. Za země s nejlepší paliativní jsou označeny USA, Kanada, Austrálie, Nový Zéland, Izrael, z evropských zemí je to pak Velká Británie, Belgie, Norsko a Německo. Země s nižší úrovní paliativní péče je pak Holandsko, Polsko, Portugalsko, Holandsko. Velmi omezená paliativní péče je pak v Africe, jihovýchodní Asii a západní Evropě.¹⁵⁹

10. PRAKTICKÁ ČÁST

10.1 Metodologie výzkumu

Výzkum byl realizován v průběhu měsíce listopadu a prosince 2017. Cílovou skupinou (opora výběru) byli zdravotní sestry/bratři a lékaři/lékařky pracující v nemocničním zdravotnickém zařízení v období od roku 1945 do současnosti. Výzkum byl proveden metodou nestandardizovaného polostrukturovaného rozhovoru, kdy jsem nechala komunikačního partnera či partnerku volně vyprávět a pomocí soupisu zjišťovaných skutečností¹⁶⁰ jsem se doptávala na informace podstatné pro můj výzkum, v případě nově zjištěných skutečností jsem se dotazovala dále více do hloubky.

Výběr respondentů proběhl metodou nabalování – snowball sampling, kdy jsem formou kontaktování známých, pracujících ve zdravotnictví, oslovila zdravotní sestry a lékaře a lékařky s žádostí o rozhovor. Respondenti a respondentky, kteří byli ochotni se mnou hovořit, mi doporučili dalšího respondenta odpovídajícího požadavkům a potřebám předmětu mého výzkumu. Při oslovení osob pracujících ve zdravotnictví, které jsem neznala či na které jsem nedostala doporučení, mi rozhovor nikdo nechtěl poskytnout. Předpokládám, že je to zejména z toho důvodu, že je téma smrti pro mnohé velmi citlivé a zkušenosti a prožitky spojené s umíráním a s péčí o osoby v terminální fázi života jsou pro lékaře, lékařky a zdravotní sestry velmi důvěrné. Výběrový vzorek je velmi specifická skupina populace.

Rozhovory jsem provedla s deseti respondenty, z nichž bylo devět žen a jeden muž. Sbírala jsem data a informace zejména z doby poválečné, ale i z průběhu let až do současnosti, a to pro porovnání období po roce 1945 s nynější dobou, případně pro zachycení vývojové tendence v přístupu a péči o umírající osoby. Dotázala jsem dvě lékařky, jednoho lékaře a sedm zdravotních sester a věk respondentů byl v rozmezí 38 až 93 let. Jedna respondentka začala pracovat v nemocnici v roce 1948, dva respondenti v

¹⁵⁹ KELLEY, S., Amy, FISCHBERG, J., Daniel, MORRISON, R., Sean, A public Health Perspective on End of Life Care, Paliative care in hospitals, Oxford: 2012, str. 136 – 137.

¹⁶⁰ Soupis zjišťovaných skutečností je přílohou této DP – příloha č. 1.

letech padesátých, jedna respondentka nastoupila do nemocnice v letech šedesátých, dvě respondentky v letech sedmdesátých, dvě v letech osmdesátých a dvě respondentky pracují v nemocnici od roku 1999 do současnosti.¹⁶¹ Všechny rozhovory byly nahrány, přeneseny do písemné formy a následně okódovány a analyzovány.

10.2 Cíle výzkumu

Rozhovory byly provedeny se zdravotnickým personálem z doby po roce 1945 a zároveň ze současného období, a to zejména proto, abych mohla porovnat data z doby poválečné se současností, ale i z důvodu porovnání současných zkušeností s informacemi, které se objevují v tisku, diskusích a dají se označit jako názor společnosti na péči o umírající. Všechny přepsané rozhovory byly analyzovány tím způsobem, že v první fázi došlo k označení toho, co bylo pro zkoumání podstatné, v druhé fázi došlo k slučování informací ze stejných oblastí problematiky a výstupem bylo několik problematik péče o umírající.

Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit, jaká byla péče o umírající osoby v nemocničních zdravotnických zařízeních po roce 1945 a jak se přístup a péče o pacienty v terminální fázi života změnil v průběhu let až do současnosti. Pozornost je zaměřena na to, zdali nebyla v posledních letech péče o pacienty ze strany zdravotnického personálu odosobněna a zdali neprobíhá více anonymně a lidé neumírají sami, v ústraní a za plentou.

Prostřednictvím rozhovorů bylo dále za cíl zjistit, jak v praxi vypadá péče o osoby v terminální fázi života, jak je to náročné, zdali se používají plenty či ne. Předmětem zkoumání bylo také zjištění informací o kapacitě oddělení a počtu zdravotnického personálu, také skutečnost jak intenzivně a s jakým zájmem se zapojují rodiny o pečování o jejich blízké umírající.

V neposlední řadě bylo cílem empirické části práce zjistit, jací další pracovníci či příslušníci víry vstupovali a vstupují do podílu na paliativní péči a jaký je jejich význam a příspěví jejich činnosti ke zlepšení péče.

V rámci výzkumu jsem si kladla za cíl zjistit, jakým způsobem byl a je vzděláván zdravotnický personál v problematice paliativní péče

¹⁶¹ Přehled respondentů viz příloha č. 2.

10.3 Výstupy z výzkumu

Jako zdroj informací pro výstupy z výzkumu používám polostrukturované rozhovory provedené s lékaři a zdravotními sestrami. Výhodou takto vedeného rozhovoru je možnost se respondentem či respondentkou doptávat hlouběji na podrobnější informace a možnost reagovat. Nevýhodou je pak časová náročnost provedení výzkumu a schopnost tazatele reagovat na výpovědi respondenta. Nevýhodou je také skutečnost, že dochází k vyprávění historie, tedy vzpomínek, které mohou být zkreslené či ovlivněné současností.

Vzhledem k malému množství respondentů a respondentek vstupujících do výzkumu nelze zjištěné skutečnosti zobecňovat. Vyprávění nám však poskytují určitou představu o tom, jak probíhá a probíhala péče o umírající v nemocnicích. Zejména data z historie jsou cenná vzhledem k tomu, že je v dnešní době nelze z jiných zdrojů získat.

10.3.1 Prostor

V této kapitole věnuji pozornost tomu, jakým způsobem byl a je uspořádán prostor v nemocnici, tedy jestli pacienti v terminální fázi života leželi v pokojích sami, zda byli od ostatních oddělení plentou, jaká pozornost mu byla věnována, zda bylo uděláno maximum pro jeho komfort a jaký byl a je poměr pacientů a zdravotnického personálu na jednom nemocničním oddělení.

V poválečné době byli podle respondentek a respondenta umírající společně ve stejných pokojích s nemocnými a nebyli umístěni na žádném speciálním místě. V padesátých letech se u nás rozmohla tuberkulóza a nebyl na ni lék. Mnoho lidí na plicním oddělení umíralo v ústraní, byli separováni, aby nenakazili ostatní – pouze v těchto případech. Existovaly případy, kdy se okolo umírajícího dala plenta nebo prostěradlo, aby měl klid, ale bylo to většinou jen výjimkou.

Respondentka, které je v současné době 93 let, a která nastoupila do nemocnice v roce 1948, vypověděla, že ona sama se snažila být s pacientem co nejvíce času v průběhu procesu umírání. Udělala si svou práci, kterou musela a šla zpět k umírajícímu. Dále uvedla, že to bylo běžné, aby sestry seděly u pacienta až do jejich poslední chvíle, pokud to pracovní povinnosti dovolovaly.

Někteří pacienti byli věřící a chtěli se vyzpovídat, sestry pak zajišťovaly kněze. Další komunikační partnerka dokonce vzpomněla na jeden případ, kdy si umírající žena přála být venku a zdravotní personál ji přestěhoval i s postelí na balkón, kde mohla svůj život dožít.

V průběhu 60. a 70. let je situace s používáním zástěn u pacientů odlišná. Pacienti, z jakéhokoliv oddělení, jejichž zdravotní stav se rapidním způsobem zhoršil, byli přeloženi na oddělení Aro. Jedna z respondentek řekla: „*Aro fungovalo jako poslední stanice, když se některý z pacientů na jiném oddělení zhoršil, byl přeložen na aro. Ale ne vždy, dávali se tam i lidi na dospání po operaci. Byla veliká radost, když se člověk probral z toho nejhoršího a uzdravil se. Na aru byly ty nejhorší stavy.*“ Jiná respondentka vyjádřila: „*Na aro přivezli člověka, kterej byl už špatnej a čekalo se, jestli se z toho dostane, nebo už nebude – taknějak šance 50 na 50. Převážně byli v bezvědomí a nedalo se s nima komunikovat. Nebyla ani šance, aby si něco přáli a aby jim to mohlo být splněno.*“ Oddělení Aro tedy poskytovalo péči v terminálním stádiu života.

Z rozhovorů dále vyplývá, že se začínají častěji používat zástěny, a to zejména kvůli velkému počtu ležících pacientů na kapacitu prostoru. Z pohledu lékařského personálu však tato skutečnost není vnímána negativně, ba naopak. Jedním z podstatných důvodů je, že plenta jednak zajišťuje umírajícímu pacientovi soukromí. Lékařka onkologie rozhodně hodnotí používání zástěn kladně: „*Umírání je ve svý podstatě dost intimní věc. Každý umírající chce mít klid v době umírání. Je to jednodušší, když tam přijde rodina a chce se rozloučit. Než když je na dvou nebo čtyř lůžkovým pokoji a ta rodina je tam pořád a narušují soukromou zónu druhého člověka.*“

Dalším důvodem, proč je vhodné plenty používat jsou i ostatní pacienti ležící na pokoji, pro které není v převážném procentu, když vedle umírá člověk, zejména pokud se to odehrává na oddělení onkologie, kde leží velmi těžké případy, a dalo by se říci, že smrt je zde očekávána. Pro ostatní pacienty je vědomí, že v bezprostřední blízkosti vedle nich umírá člověk se stejným onemocněním poměrně psychicky náročná a stresující. „*Pacienti bývají oddělení plentou, a pokud je možnost, jsou přesunuty na jiný pokoj, protože není moc optimistické, aby pacient, který je na tom dobře a vnímal, že vedle něj někdo se stejným onemocněním a umírá. Když je možnost, dá se na jiný pokoj, a když není pokoj, dá se zástěna, aby bylo zachované nějaké soukromí.*“ Plenty a zástěny se používají do dnešní doby a zdravotnický personál má na ně stále kladný názor. Lékařka vyjadřuje, že se nejedná o odstrkávání umírajících do ústraní, ale bohužel si není jistá, že to nelze provést jinak: „*Ostatní pacienti to nechťejí. Ani ti, kteří s ním leží na jednom pokoji. Není to pro ně dobré z psychologického pohledu. Hlavně na onkologii, kde lidé na smrt prakticky čekaj. U nás se paliativou zabýváme dost a o umírající pečujeme dost. Přesto to není vždycky pěkný pocit. Člověk ne vždy úplně dobře dechá a občas, když umře tak z něj něco vytejká. Není to pěkný pohled. Není to o tom, že člověka nechceme vidět jako zdravotníci. Ve srovnání*

s hospicovou péčí, tam lidé jsou v pokoji po jednom nebo po dvou. Podle toho, jak chtějí.“ Zdravotní sestra, která dříve pracovala na chirurgii, vyjadřuje: „Není to tak, že by lidé umírali v ústraní. Tak to mohou vnímat lidé zvenku, protože u pacienta celou dobu nikdo není, ale je to prakticky nemožné, na to množství pacientů. Musejí se postarat o všechny.“

Všichni respondenti, kteří dlouhodobě pracovali na odděleních, kde lidé umírali, shodně vypověděli, že se vždy snažili maximálně vyhovět pacientovi a v případě, že si přál být sám, snažili se ho přestěhovat do volného pokoje, pokud byl k dispozici. Opačně v případě, že sám být nechtěl, což se stávalo, protože se pacient bál zemřít sám, snažili se jej ponechat s ostatními lidmi v jednom pokoji. Každý člověk má jiné požadavky a i v případě, že už pacient nemluví a nekomunikuje, stále vnímá, co se kolem něj děje. Sestra z onkologie vyjádřila svou zkušenost takto: *„Je to hrozně těžký, někdy se to ve vás tluče, jestli dát zástěnu nebo přendat na jiný pokoj, prostě se to ve vás tluče, co je vlastně dobrý, protože ten člověk pořád vnímá a najednou ho vezete někam jinam, ale zase pro ty spolupacienty, když vnímaj toho umírajícího pacienta tam a maj podobný onemocnění nebo něco (...) není to jasně daný a jak říkám i v personálu se tohleto tluče, jestli ho vlastně nechat samotného nebo jestli ho nechat tam, kde je, není to jednoduchý.“*

Jak již bylo řečeno, člověk, který umírá a není na pokoji sám, bývá společně s ostatními, zejména kvůli kapacitě. Není prostor, nejsou ani sestry, pacientů je mnoho. Snaží se pacienta dát samostatně pro jeho dobro i pro dobro ostatních. V ideálním případě by byl umírající pacient v pokoji sám z výše uvedených důvodů. Je tendence ze strany lékařů dát pacienta do hospice, ale v mnoha případech přeložení není možné, kvůli zhoršení stavu pacienta, kdy převoz již není doporučen, či kvůli rychlému úmrtí. Vyřízení přeložení pacienta z nemocnice do hospicové péče trvá většinou týden a lékaři v současné době hospicovou péči doporučují. Vždy ale záleží na rozhodnutí rodiny a na momentálním stavu pacienta.

Zdravotní sestry i lékařky a lékař se shodují na tom, že dříve na odděleních leželi pacienti, kteří byli v lepším zdravotním stavu, než jsou dnes. V dnešní době se lidé propouštějí z nemocnice dříve na domácí doléčení, aby mohli být přijati zase pacienti noví. Dříve tak bylo běžnou praxí, že zdravější pacienti pomáhali těm více nemocným a ležícím a sestry nebyly tolik zatížené. V dnešní době má tedy zdravotnický personál i náročnější pacienty.

Přístup rodiny umožňují kdykoliv, v jakoukoliv hodinu na všech odděleních, a to i mimo návštěvní hodiny. Onkologie Nemocnice na Bulovce dokonce umožňuje i přespání rodinného příslušníka.

Lékařka onkologie řekla: „*Na onkologii se řeší paliativa více než jinde, ale jinde nebyla. Komfort umírání se zajišťuje dobře tam, kde lidé chtějí, není to na všech onkologiích stejný. Na spoustě pracovišť to dobré není a je tendence umírající překládat na interny a podobně.*“

10.3.2 Kapacita zařízení

Při srovnání množství pacientů s množstvím zdravotnického personálu v časových obdobích, je patrné, že před rokem 1989 měly zdravotní sestry na oddělení větší množství pacientů. Z toho vyplývá, že k individuální péči pacientovi nebylo mnoho prostoru.

Data z 60. – 80. let ukazují, že na oddělení chirurgie připadalo 42 pacientů, o které pečovaly pouze tři zdravotní sestry a jedna sanitární sestra přes den a jedna zdravotní sestra s jednou sanitární sestrou v noci. V jiné nemocnici na oddělení chirurgie běžně pobývalo 30 až 40 pacientů a pečovaly o ně dvě zdravotní sestry a jedna sanitární sestra na ranní směně a jedna zdravotní sestra s jednou sanitární sestrou na odpolední a noční směně. Na oddělení aro, kde leželi pacienti s velmi těžkými případy, bylo 11 lůžek a péči zajišťovaly tři zdravotní sestry a jedna sestra sanitární, a to přes den i v noci v tomto počtu.

V dnešní době připadá na počet pečujících sester sice méně pacientů, kteří jsou ale léčeni s těžšími případy a nemocemi. Běžně oddělení onkologie disponuje dvaceti lůžky a přes den o pacienty pečují tři zdravotní sestry s jednou sestrou sanitární, v noci pak složí jedna zdravotní sestra s jednou sestrou sanitární. Oddělení interny umožňuje pobyt celkem čtyřiceti pacientům a péči o ně v průběhu dne vykonávají čtyři zdravotní sestry se dvěma sestrami sanitárními, v noci je zde k dispozici jedna sestra zdravotní a jedna sanitární.

Sanitární sestry mají na starosti převozy pacientů, zajišťování hygieny, krmení či přebalování. Všechny tyto úkony vykonávají zároveň i zdravotní sestry, v jejichž kompetenci je navíc podávání léků, provádění převazů a účast na vizitách a poradách s lékaři.

10.3.3 Rodina

Z rozhovorů vyplynulo, že je v poslední době značná absence role rodiny, jejíž péče je také velmi důležitá i v případě, že člověk leží v nemocnici. Zdravotní sestra se přiklání i k tomu, že by bylo vhodné, aby byli umírající pacienti v domácím prostředí. „*Myslím si, že teďko není tolik možnost, aby ta rodina měla člověka doma, protože vlastně musíte finančně zajistit rodinu a málokdo může zůstat doma a o člověka se starat. Důležitá je pak i hospicová péče, pak když je návaznost, ale ta rodina je nejdůležitější a vlastně není moc*

šanci se o člověka postarat doma, což je kámen úrazu, protože to prostředí.. těm lidem pomáhá, když je držíte za ruku a v nemocnici není čas. Je čas na chvíli, ale pak zase musíte jít a věnovat se ostatním lidem.“

Jiná zdravotní se stra, která porovnává dobu dřívější (80. léta) a dnešní řekla, že měli na pacienty dříve víc času. Jednak rodina měla větší zájem a zapojovala se více do péče o člena rodiny, jednak je na zdravotní personál v dnešní době kladeno více administrativních povinností. Zdravotní sestřička řekla: *„Vyplňuje se víc papírů a ten čas, ne že by nebyl, to ne, ale tolika Vás zavalují, že je to někdy až zbytečně. Když tady máte na starosti určitý počet pacientů, nemůžete bejt u jednoho člověka. Dříve chodili více i návštěvy a rodina držela víc pohromadě. Rodiný příslušníci jsou víc zaměstnaní a maj víc povinností. Nemůžete si dovolit marodit nebo dřív odcházet z práce a tak, (...) je to úplně jinej čas a jiná doba a není to jednoduchý. Dneska si moc nemůžete dovolit zůstat z práce doma, jo já bych se starala o rodiče, ale přijdete o místo a je to myslím i tou dobou.“*

Domácí péči není v mnoha případech v dnešní době prakticky zajistit, lidé si nemohou dovolit být dlouhodobě uvolněni z práce, či o zaměstnání přijít. A i kdyby mohli umírajícímu členovi rodiny věnovat 24 hodin svého času denně, péče o umírajícího pacienta jako taková, je dle výstupů z výzkumu velmi náročná.

Lékařka onkologie vyjádřila, že docela chápe, že takovýto typ péče není rodina schopna zajistit. Někteří lidé z toho mají i vyloženě strach, a rozhodně není dobré jim to dávat za vinu. Lékařka vyjadřuje, že: *„Zpočátku chtějí všichni pacienti domu, pak to mnoho z nich rozumově zpracuje a většinou chtějí do hospice. Více jich chce být doma, ale není to výrazná většina pacientů. Za poslední dobu chtěli všichni do hospice. Ještě existuje homecare – péče, kdy nemusí být 24 hodinová péče. Pokud chce pacient hodně moc domů, pak se jim nemocnice snaží poskytnout homecare. Výrazná menšina odmítá jakoukoliv pomoc, ale nakonec se stejně vrátí do nemocnice.“*

10.3.4 Další zdravotnický personál

Prakticky od roku 1945 až do převratu v roce 1989 pečoval o pacienty v nemocnici zdravotnický personál ve složení: lékařka či lékař, zdravotní sestra, sanitární sestra. Rozdíl mezi zdravotní sestrou a sanitární sestrou je ten, že sanitární sestra zajišťuje převozy pacientů, přebalování, krmení, hygienu, tedy celkové mytí u ležících pacientů. Zdravotní sestra má navíc v pracovní náplni podávání léků, převazy, účasti na vizitách a porady s lékaři.

Až po roce 1989 se v nemocnicích začali objevovat také psychologové, kněží a sociální sestry, kteří jsou k dispozici pacientům v terminální fázi života.

Faráři byli běžnou součástí péče o umírající těsně po roce 1945, kdy bylo mnoho nemocnic vybudováno při kostelech a kláštorech a o pacienty zde pečovaly řádové sestry. Respondentka, která nastoupila do nemocnice v roce 1948, pracovala v Nemocnici Milostrdných sester sv. Karla Boromejského (Nemocnice pod Petřínem) a zajištění kněze pro umírajícího nebylo nic neobvyklého.

Podle výpovědí respondentek z let šedesátých téměř až do současnosti, nebylo nikdy služeb kněžích v nemocnicích pro pacienta v poslední chvíli života využíváno. Sestřička z oddělení Aro, kde pracovala v letech šedesátých a sedmdesátých: *„Kněz, psycholog ani nikdo jinej za pacientem nikdy nepřišel. Pokud došlo k úmrtí, bylo to docela náhlý. To bylo z minuty na minutu. Pacienti neměli žádný speciální přání. Na oddělení nás bylo tak málo, že by na speciální přání nebyl asi ani prostor.“*

Několik sester a lékařka se shodli na tom, že se celkově péče o umírající osoby zlepšila v průběhu posledních pěti až deseti let. Je běžnou praxí, že za umírajícími dochází několikrát týdně psycholog, na žádost pacienta je mu zavolán kněz a k dispozici jsou i sociální sestry. Dle slov zdravotní sestřičky z onkologie sociální sestry suplují rodinu: *„Pokud se o pacienta nemá kdo postarat a on by měl zůstat sám, pak se zavolá sociální sestra. Doporučuje alternativy péče v případě, že rodina může za nemocným docházet tak k tomu nabídne domácí péči, navrhuje hospicovou péči nebo další jiné zařízení. I sama rodina se spojí s nemocnicí s tím, že se nemohou o nemocného rodinného příslušníka starat, tak se volá sociální pracovnice. Funguje to bezvadně, udělá se schůzka s celou rodinou i pacientem a řeší se možnosti, co dál.“*

V Nemocnici Kladno posledních zhruba pět let fungují dobrovolníci, kteří plní přání nejen umírajícím pacientům formou předčítání, povídání si nebo jen pokud potřebují držet za ruku. Dle slov sestřičky: *„Když nefunguje rodina, tak fungují dobrovolníci. Jsou to nejen studenti, ale i třeba senioři. Záleží, koho si kdo přeje. Například osmdesátiletá paní chce vrstevnici. Chtějí třeba jen držet za ruku, něco přečíst a popovídat si. Občas chtějí starší lidi staršího, občas chtějí starší lidi mladšího, záleží na tom kontaktu, co si pacient představuje. Fungují v rámci nemocnice a jsou k dispozici jakémukoliv oddělení. Jdou i například do parku, na balkónek pokud to zdravotní stav dovolí.“*

V Nemocnici Kladno jsou psychologové k dispozici nejen pacientům, ale také zdravotním sestřím.

10.3.5 Psychická náročnost povolání a vzdělávání v paliativě

Pro zdravotnický personál je práce o umírající velice náročná a mnoho sester, ale i mladých lékařů z oddělení odchází. Lékařka z onkologie řekla: *„Je velká fluktuace zdravotníků. Ti, kteří tam jsou delší dobu, zvládají to slušně, ale někteří jsou trochu vyhořelí. Relativně ti, kteří tam zůstávají, jsou osobnostně kvalitní a jsou na pacienty hodní a zvládají to. Ti noví, kteří nastoupí, je to metoda pokus omyl. ‚Odpadu‘ je velké množství. Je to náročná práce. Mezi umírajícími, je tam i velké množství jiných pacientů, kteří vyžadují velkou péči a neumírají. Jsou to těžce nemocní lidé, kteří mají velké komplikace, kteří mají rakovinu.“*

Jiná sestra vypověděla: *„(...)to byla velice těžká práce, myslím si, že na psychiku to bylo velice těžké. Já si myslím, že ty, co pracovali na tom Aru, jsou psychicky postižený celý život, protože tam když umírají ty mladý lidi a takovýhle, tak to opravdu na člověka působí blbě nebo ošklivě. Byli tam bezvědomí, resuscitace, kluci po bouračkách. Bydlela jsem v Rozdělově (část Kladna – pozn. aut.) a mnohdy jsem šla domu pěšky a brečela jsem, protože jsem měla doma dva mladý kluky, a když jsem si vzpomněla, že tam dvacetiletý kluk umřel z motorky, narazil, tak to bylo kruté. (...) Říkám, bylo to moc kruté, protože se stalo taky, že tam umřely malý děti, a pamatuju si, když nám umřela malá holčička, krátce jí tam předali z dětskýho a ona opravdu umřela, krásná holčička. Takže my jsme potom seděli všichni na chodbě, včetně toho doktora, takhle jsme tam seděli na takovym tom vozejku a takhle jsme tam brečeli.“*

Mnoho sester a lékařů poskytovalo paliativní péči, ale ještě donedávna se o ní ani o její existenci prakticky neměli šanci něco dozvědět a ani neměli k dispozici psychologa či supervizora, který by jim mohl být nápomocen. Podle slov lékařky z onkologie osvěta zdravotníků v paliativní péči není mnoho rozšířená ani v dnešní době. Každé oddělení v každé nemocnici si může vzdělávat svůj personál dle svého uvážení. Lékařka z onkologie v rámci rozhovoru řekla, že kurzy povinné nejsou, ale osobně se domnívá, že by měly být. Lékařka sama organizovala cca 11 let ‚Kurzy s onkologickým pacientem‘ a ze 120 členného personálu (z toho i lidé z rentgenu a laboranti, kdy všichni nejsou v kontaktu s umírajícími), docházelo na kurz, který se konal dvakrát až třikrát ročně, zhruba 8 osob. Jak jsem již uvedla výše, vzdělávání v paliativě je záležitostí posledních pěti až deseti let.

Na příklad na onkologii v Nemocnici na Bulovce je tendence nechávat si umírající pacienty na oddělení. Vše je zde vedeno v duchu, že paliativa je důležitou součástí onkologie. Paliativa je nastavbový obor. Pokud je pro zdravotníky zorganizováno nějaké

školení, jsou dobrovolná a je zde problém, že na odděleních v tu dobu není personál, kterého je už tak velmi málo.

Dle respondentky se mladí medici na školách dozvídají minimum informací. Spíše se učí pozitivní věci ve smyslu, jakých se v onkologii dosáhlo úspěchů, ale problematikou smrti se zcela nezabývají.

V kladenské nemocnici je v současnosti problém rozpadu oddělení onkologie, a to z důvodu nedostatku lékařů, o obor a oddělení, kde je nejvyšší úmrtnost pacientů, není v současné době zájem.

Sestra vypověděla, že ve škole měli praxe od prvního ročníku, tedy se s prací na oddělení setkávala osobně už od začátku studia. Ve škole se něco dozvěděla, avšak nic konkrétně o péči o umírající a praxe byla ve výsledku jiná. Na oddělení Aro byla velká fluktuace sester. Nechtěly tam být a raději chodily na mateřskou nebo se nechaly převést na jiné oddělení.

Domnívám se ale, že tendence šíření vzdělávání a informací zdravotnímu personálu je na dobré cestě a že se postupně péče o umírající bude stále zlepšovat.

10.3.6 Srovnání dvou časových rovin pohledem respondentů

Nejstarší respondentka, která celý svůj život pracovala v nemocnici (tedy až do let osmdesátých) a zároveň byla v pokročilém věku mnohokrát hospitalizována, porovnává současnou situaci ve zdravotnictví s dobou, kdy začínala a říká, že o pacienty bylo postaráno výborně a nedá se to srovnat s péčí v dnešní době. Také se jí zdála být dříve lepší čistota a disciplína zdravotnického personálu. Sestry byly oblečeny všechny stejně, musely mít čepec a vše bylo přísné podle předpisů. Dnes je vše volnější. Rozdílnost byla také ve vztazích mezi členy personálu, tedy zdravotními sestrami. Dle respondentky se dříve chovaly přátelštěji, zatímco dnes je běžné, že se sestry mezi sebou hádají, a to i před pacienty. Dále uvedla také názor, že způsob, jakým se k sobě zdravotníci chovají, může mít také velký vliv na péči o pacienty a to nejen proto, že jsou svědky hádek, ale může se to pak projevit ve vykonávání jejich práce. Podle komunikační partnerky je dnes všechno zmechanizované, což může být podle mého názoru i tím, že v současné společnosti je velké množství pacientů na počet zdravotnických zařízení.

Oproti tomu lékařka ze současnosti hodnotí péči předrevoluční a současnou, a to velmi pozitivně. Říká, že sice existovala šesti až deseti lůžková oddělení, nicméně komfort ubytování v nemocnicích se hodně zlepšil. Dříve se nedbalo na soukromí pacienta, což se v průběhu posledních pár let v mnohém zlepšilo. Dále říká, že „*Poslední dobou jsou lékaři*

více vybaveni osobnostně, více akreditovaní a na péči o umírající se více dbá. Dbá se na právo o dodržování intimity.“

Sestra z oddělení Aro srovnává dobu šedesátých a sedmdesátých let se současností: *„Můj názor je, že my jsme to dělaly s jinou láskou, než je to dneska, my jsme byly takový, aspoň tedy tam, kór na tom Aru, takový sehraný a jedna za druhou bysme taknějak dechaly. Když tam například ležely děti, nosily jsme jim autíčka a takový blbostičky. Což dneska si myslím třeba, že ty holky jsou třeba hodný, co já tedy můžu říct, co jsem viděla, ale dneska to berou trošku jinak. Jako spíš povinnost. Nevím, jak to je na jiných odděleních.“*

Jiná sestra sdělila k období sedmdesátých let, že se snažili pacientům v mnohém vyhovět. I když se to nesmělo, pacienty, kteří už umírali, sestřičky například vyvezly na balkón na cigaretu, nebo jim uvařily kávu u sebe v sesterně. *„Když to šlo, v rámci možností, tak se pro toho člověka udělalo, co by si přál, když to šlo.“*

10.3.7 Osobní zkušenost s umíráním člena rodiny

Téměř každý z dotázaných zmínil také svou osobní zkušenost s umíráním některého ze členů své rodiny. Je ale zajímavé, že v mnoha případech sdělili, že umírání jejich blízkého bylo nedůstojné. Objevili se zde i zmínky o tom, že rodinný příslušník, odcházející na onen svět ležel odstrčen a byl zcela při vědomí.

Umírání je pro všechny osoby těžké, jak pro zdravotnický personál, tak pro rodinu a blízké, ale pokud člověku umírá velmi blízká osoba, vždy se ho to velmi hluboce citově dotkne. Zároveň chce pro ně jen to nejlepší, cítí lítost možná i vztek, že nemůže udělat v danou chvíli víc, protože se s ním nedokázal včas rozloučit, nebo protože jednoduše nechce, aby zemřel. Vnímání rodinného příslušníka jako umírajícího je velmi emoční a i když je mu poskytována ta nevhodnější péče ze strany zdravotníků, rodina situaci může vnímat jinak.

10.4 Závěry z výzkumu

Pomocí empirického výzkumu bylo zjištěno, že v poválečné době byl přístup a péče o umírající z lidského pohledu velmi dobrý, což pramenilo z toho, že nemocnice byly převážně klášterního typu a péči měly na starosti řádové sestry. Přítomnost kněží u umírajících osob byla běžnou součástí péče. Zhruba od druhé poloviny let padesátých do první poloviny let devadesátých jsem zaznamenala jakýsi úpadek v péči o umírající. Nejde

však o to, že by sestry nevykonávaly dobře svou práci, ale spíše o to, jak byl nastavený systém zdravotnické péče. Na pracovištích bylo poměrně malé množství personálu na počet pacientů a sestry neměly k dispozici žádné psychology, sociální pracovníky či pracovnice a kněží za pacienty nedocházeli. V poválečném období byl tedy kladen větší důraz na spirituální stránku, ale ve srovnání s dnešní dobou byla výrazně horší kvalita pobytu v nemocnicích. V průběhu 60. – 80. let, v době socialismu, je zde nedostatek spirituální a psychologické podpory. V devadesátých letech se péče začíná lehce zlepšovat. K výraznějšímu zlepšení péče o pacienty v terminální fázi života dochází až v posledních pěti až deseti letech. Situace se zlepšuje nejen ve vzdělávání v paliativě, ale i díky nově vzniklým nápomocným profesím, jako jsou psychologové, sociální sestry, dobrovolníci a opět i duchovní. Ke zlepšení péče o umírající výrazně přispěl také vznik hospiců a hospicové péče. V současnosti nastává problém s tím, že na odděleních leží pacienti s těžšími případy a zdravotnický personál je více zatížen byrokraticky, práce je náročnější.

Dle výpovědí respondentek a respondenta hraje důležitou roli v péči o umírajícího rodina, jejíž intervence byla výraznější v době poválečné. V současné době se rodiny do péče a zájmu o člověka v poslední fázi života nezapojují tolik, jako tomu bylo dříve. Není tím myšlena domácí péče, ale součinnost při péči v nemocnici, ať už se jedná o spolupráci s lékaři či pouhé držení pacienta za ruku či pomoc při výběru péče návazné – LDN, hospic apod. Děje se tak pravděpodobně proto, že jsou v současné době lidé časově vytížení kvůli práci a vlastním povinnostem. Rodiny pak v nemocnicích nahrazují právě sociální sestry nebo dobrovolníci (pokud je má nemocnice k dispozici).

Důležité zjištění se týká praxe používání plent a zástěn mezi pacienty. Plenty byly používány v době poválečné a používají se dodnes. I přesto, že jejich přítomnost a využívání není společností hodnoceno kladně, jejich význam a existence je z pohledu zdravotníků žádoucí, a to hned z více důvodů. Člověk, který je v poslední fázi svého života, zpravidla nechce být rušen, protože ve většině případů sdílí stejný pokoj s ostatními pacienty, za kterými chodí návštěvy a umírající vyžaduje klid. Z výpovědí vyplývá, že pro ostatní pacienty, kteří s umírajícím sdílí pokoj, není lehké vidět, jak pacient odchází na onen svět, a to zejména proto, že ve většině případů má to stejné onemocnění a smrt jiného pacienta totožné choroby nepůsobí dobře na jeho psychiku. Vždy ale záleží na potřebách umírajícího a vyhověním jeho přání. Pokud si nepřeje plentu a chce být v kontaktu s ostatními, je odstraněna, pokud si přeje mít klid či být sám, jde li to, je přestěhován na jiný pokoj, kde je nižší počet pacientů nebo kde je případně sám. Bohužel však z kapacitních důvodů nebývá ve většině případů privátní pokoj poskytnut.

Výsledky z rozhovorů potvrzují skutečnost, že je práce o umírající osoby velice psychicky náročná. Z výzkumu vyplývá, že se žádné zdravotní sestře ani lékaři či lékařkám nedostalo žádného speciálního vzdělání v problematice péče o pacienty, kteří umírají. Vše si osvojili až praxí. Dle slov lékařky, která se sama vzdělává v oboru paliativy a chystá se na atestaci v tomto oboru, je rozvoj paliativní péče a šíření povědomí o ni otázkou posledních pěti až deseti let. Do této doby neměl zdravotnický personál k dispozici žádné informace a ani neměl možnost využít služby psychologa či supervizora k tomu, aby se mohl s útrapami své profese vyrovnat.

11. ZÁVĚR

Od roku 1945 do současnosti došlo v postoji a péči o umírající osoby v nemocničních zařízeních k významnému vývoji. Těsně po roce 1945 byla péče o osoby v terminálním stádiu života individuální a lidská, a to zejména díky spirituálnímu vlivu, nemocnice byly spravovány kláštery a péči o pacienty vykonávaly řádové sestry. Vše změnilo únorové události roku 1948, kdy došlo díky vlivu socialismu k zestátnění nemocnic a nastolení komunistického režimu. Od 60. let, kdy se problematice začala i více věnovat sociologie pak pozorujeme v lidskosti přístupu personálu jakýsi úpadek. Dalo by se říci, že bylo málo zdravotních sester a velké množství pacientů, na druhou stranu stát garantoval všem lidem, lékařské ošetření a finanční náhradu v případě nemoci. Po roce 1989 začalo docházet k velmi pomalému návratu k individuálnímu přístupu v péči o umírající. V posledních pěti až deseti letech začíná být kladen důraz na individuální péči o pacienty v terminální fázi života a to nejen díky snaze šířit povědomí o paliativní péči, ale i vznikem lůžkové i domácí hospicové péče a vznikem nových pracovních pozic, jako jsou sociální sestry, psychologové pro umírající či existence dobrovolníků.

Po roce 1945 nepatřilo mezi běžnou praxi, aby o umírající pečoval zmíněný psycholog, či jiný speciální asistent, tato skutečnost je zapříčiněna tím, že smrt byla brána více jako přirozený proces. Jedním z důvodů takového vnímání byl vliv druhé světové války, během které nebylo úmrtí člověka či blízkého člověka nic neobvyklého. Společnost poválečné doby byla více tradiční. Autor Anthony Giddens a Jan Jandourek shodně vyjadřují, že v tradiční rodině, kdy žily všechny generace v jedné domácnosti, bylo úmrtí člověka považováno za přirozené. Téma smrti bylo dříve především předmětem náboženství a lidé více byli více orientováni k víře, která jim vysvětlovala i posmrtný život a lidé se smrti nebáli, protože věděli, co nastane. V průběhu let bylo náboženství na českém území potlačeno, rodiny začali žít podle modelu moderní rodiny, kdy ustoupil model vícegenerační rozšířené rodiny, a smrt tak začala být vytlačena okraj společnosti a tabuizována.

Teorie říká, že v dnešní době lidé umírají v ústraní, že jsou opuštěni, že jejich poslední chvíle života jsou nedůstojné za zataženým závěsem. Plenty jsou vnímány záporně jako prostředek, jak smrt „schovat“ jako nežádoucí. Tímto tvrzením se však rozchází s praxí, kdy si ve skutečnosti zdravotníci nedokážou péči o umírající bez plent představit. Díky nim lze pacientovi v terminální fázi života a jeho blízkým zajistit soukromí při rozloučení či klid. Nemocnice nemají z kapacitních důvodů možnost

přesunout umírajícího pacienta na samostatný pokoj a často si to ani samotný pacient nepřeje. Plenty jsou také vhodné kvůli ostatním pacientům, a není to z toho důvodu, aby se na umírajícího nemuseli dívat, ale pohled na umírajícího se stejným onemocněním nepůsobí na psychiku ostatních pacientů dobře.

Obecně se nedá říci, že by po roce 1945 byla péče personálu lidštvější než dnes. Pravdou je, že v poválečné době zajišťovali veškerou péči lékaři a sestry a do péče o umírající se ve větší míře zapojovaly rodiny než dnes. V současnosti členové rodiny nezastávají roli pečujících, nechodí tak často na návštěvy za svými blízkými, tuto roli supluje pomocný zdravotnický personál, který jsem již zmiňovala výše.

Teoretické zdroje zabývající se kritikou odosobnělosti a odlidštění umírání v současné době se shodují na tvrzení, že převážná většina rodin je schopna postarat se o pacienta v terminální fázi života v domácím prostředí. Praxe ale potvrzuje, že to tak jednoduché není. Péče o umírajícího člověka je velmi náročná, a to nejen z hlediska vykonávání samotné péče (omývání, krmení, případné přebalování), ale i z psychické stránky. Současná doba ani neumožňuje lidem dlouhodobé uvolnění ze zaměstnání a pro rodiny není možné obejít se bez zdroje obživy. Nemožnost rodiny zajistit domácí péči o umírající by však nemělo být společností vnímáno negativně.

Péče o pacienty je psychicky náročná i pro samotný zdravotnický personál. Praxe potvrzuje, že se zdravotnickému personálu nedostalo žádného speciálního vzdělání v problematice paliativní péče. Do doby posledních pěti až deseti let neměly osoby zajišťující péči o umírající k dispozici žádné informace a ani možnost využívat služeb psychologů či supervizorů. Do této doby neměl zdravotnický personál možnost, jak se s útrapami paliativní péče vyrovnat. V současné době probíhá osvěta zdravotnického personálu pouze v rámci oddělení a je na každé nemocnici, zda a jakým způsobem ji provede.

12. ZDROJE

Literatura:

- BOŘÍKOVÁ, Jana, BOŘÍK, Otakar, *Hospice, Špitály a nemocnice v Karlových Varech*. KAVA-PECH, Dobřichovice: 2004.
- *Česká nemocnice*. Časopis věnovaný nemocnicím, všem humánním zdravotním ústavům, sociálně-zdravotním institucím atd., Společnost českomoravských nemocnic. Zápis z jednání, které proběhlo dne 5. 3. 1942 v 18:00 hodin v Lékařském domě v Praze. Praha: Lékařský dům 1942. Ročník číslo XII. Číslo 2.
- DALAJLAMA, *Rady jak umírat a žít lepší život*, Argo, Praha 2006.
- DOLISTA, Josef, SKOŘEPA, Ladislav, PÁNA, Lubomír, *Člověk ve stínu svého konce*, Vysoká škola evropských a regionálních studií, o.p.s., České Budějovice: 2007.
- ELIAS, Norbert, *O osamělosti umírajících*, Jihlava: 1998.
- FUNK, Karel, *Provázení stářím a umíráním, aneb, O prolínání obou světů*, Malvern, Praha: 2014.
- GIDDENS, Anthony, *Sociologie*, Argo, Praha: 1999.
- GRÜN, Anselm, FIJEN, Leo, *Rok, kdy zemřel můj otec*, Karmelitánské nakladatelství, Kostelní Vydří: 2014.
- HARTL, Pavel, HARTLOVÁ, Helena, *Psychologický slovník*, Portál, Praha: 2000.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena, *Jak učit a jak se naučit lékařskou etiku*, Institut pro další vzdělávání pracovníků, Brno: 2001.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena, *Rub života – líc smrti*, Orbis pyramida, Praha: 1975.
- HAVLÍK, Radomír, *Úvod do sociologie*, Univerzita Karlova v Praze, Praha: 2015.
- HEGEL, Georg, Wilhelm, Friedrich, *Základy filosofie práva*, Praha: 1992.
- JACOBSEN, Davies, *Culture is sediment of the on-giong attempt to maket he living the awarness of mortality liveable*, 2011.
- JANDOUREK, Jan, *Úvod do sociologie*, Praha: Portál 2009.
- JEŘÁBEK, Hynek, *Úvod do sociologického výzkumu*, Carolinum, Praha: 1992.
- JOBÁNKOVÁ, Marta, a kol., *Vybrané problémy psychologie zdravotnické činnosti*, Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví Brno: 1992.
- JOHN, Vojtěch, ZIMMERMANNOVÁ, Marie, *Kláštery – jejich vznik a poslání*, KPC Biskupství, Hradec Králové: 2008.

- KREJČÍ, J., *Hospicová péče v rámci sociálně-zdravotních služeb regionu*, Hospic dobrého pastýře. Presentace pro klienty. 2015.
- KÜBLER-ROSS, Elizabeth, *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*, Portál, Praha: 2015.
- KALVACH, Zdeněk, ČELEDOVÁ, Libuše, HOLMEROVÁ, Iva, a kol., *Křehký pacient a primární péče*, Grada Publishing, Praha: 2011.
- KALVACH, Zdeněk, SLÁMA, Ondřej, *Vzdělávání v paliativní péči*, Návrh vzdělávacích programů pro pregraduální a postgraduální přípravu lékařů. Cesta domů: 2004. V originále: PORCHET, F., EYCHMÜLER, S., STENER, N., *Aus- und Weiterbildung in „Palliative Care“ – Nationale Empfehlungen*. Bern: 2002.
- KELLEHEAR, Allan, *The study of dying. From autonomy to Transformation*. Cambridge, University of Bath: 2009.
- KELLEY, S., Amy, FISCHBERG, J., Daniel, MORRISON, R., Sean, *A public Health Perspective on End of Life Care, Palliative care in hospitals*, Oxford: 2012.
- KUTNOHORSKÁ, Jana, *Historie ošetrovatelství*, Grada Publishing, Praha: 2010.
- LANDSBERG, Paul, Ludwig, *Zkušenost Smrti*, Vyšehrad, Praha: 2014.
- MAREK, Martin, *Velký naučný slovník, m/ž*, Diderot, Praha: 1999.
- MACKOVÁ, Marie, *Sociální práce s umírajícími a pozůstalými*, Tribune UE, Brno: 2015.
- MARKOVÁ, Monika, *Sestra a pacient v paliativní péči*, Grada Publishing, Praha: 2010.
- NEŠPOROVÁ, Olga, *Lidé města. Smrt jako konec, nebo začátek?*, Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy v Praze, Praha: 2009.
- NEŠPOROVÁ, Olga, *O smrti a pohřbívání*, Centrum pro studium demokracie a kultury, Brno: 2013.
- NOVOTNÝ, Jaroslav, PĚŤOVÁ, Marie, BENYOVŠZKY, Ladislav, *Časovost a smrtelnost III.*, Scholia, Praha: 2010.
- OPARTNÁ, Marie, *Etické problémy v onkologii*, Mladá fronta a. s., Praha 2017.
- PETRUSEK, Miloslav, a kol. *Velký sociologický slovník, p/ž*, Karolinum, Praha: 1996.
- PLOTKOVIČ, Viliam, *Brána smrti*, Maitrea, Praha: 2015.
- SLÁMA, Ondřej, DRBAL, Josef, PLÁTOVÁ, Ludmila, *Umřít doma*. Moravskoslezský kruh, Brno: 2008.
- SOKOL, Jan, *Filosofická antropologie: člověk jako osoba*. Portál, Praha: 2002.

- SLAVÍKOVÁ, Šárka, ČADKOVSKÁ SVEJKOVSKÁ, Michaela, CHRDLOVÁ, Michaela, *Psychosociální minimum pro onkologicky nemocné a jejich blízké*, Brožura organizace Amelie, o.s., Amelie: 2014.
- SVATOŠOVÁ, Marie, *Hospice a umění doprovázet*, Ecce Homo, Praha: 2003.
- ŠIKLOVÁ, Jiřina, *Vhoštěná smrt*, Kalich, Praha: 2013.
- UHLÍŘ, Marek, *Výroční zpráva za rok 2014*, Cesta domů, Praha: 2014.
- VIDO, Roman, HYTYCH, Roman, a kolektiv, *Smrt*, Katedra sociologie Fakulty sociálních studií Masarykovy univerzity, Brno: 2011.
- VOKURKA, Martin, HUGO, Jan, a kol. *Velký lékařský slovník*, Maxdorf, Praha: 2002.

Web:

- BYSTRICKÝ, Zdeněk, Hospicová péče – organizace a zkušenosti z českých pracovišť, <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/hospicova-pece-organizace-a-zkusenosti-z-ceskych-pracovist-134569> (zobrazeno 1. 1. 2018).
- Centrum paliativní péče. <http://paliativnicentrum.cz/cs>, (zobrazeno 18. 5. 2016).
- Dříve vyslovená přání. Závěrečná práva z výzkumu, STEM/MARK ve spolupráci s organizací Cesta domů, 2015. <http://www.umirani.cz/sites/default/files/custom-files/cesta-domu-zprava-umirani-a-pece-o-nevylecitelne-nemocne-2015.pdf> (zobrazeno 27. 11. 2017).
- Historie Hospice Anežky České v Červeném Kostelci, <http://www.hospice.cz/historie.html>, (zobrazeno 17. 12. 2017).
- HLAVÁČKOVÁ, Ludmila, *Z historie pražské nemocnice milosrdných bratří*, časopis Medical Tribune, 13/2009, <https://www.tribune.cz/clanek/13785> (zobrazeno 30. 12. 2017).
- JEDELSKÁ, Martina, Terminální stádium nemoci. http://zdravi.euro.cz/news/check-pro?id=334448&seo_name=sestra, (zobrazeno 18. 5. 2016).
- KIZÁK, Juraj, Co je hospic?, webový článek <http://www.hospice.cz/otazky-a-odpovedi/co-je-hospic/>, (zobrazeno 18. 5. 2016).
- KIZÁK, Juraj, Webový slovník hospice.cz, <http://www.hospice.cz/slovník-pojmu/>, (zobrazeno 18. 5. 2016).
- KRATOCHVÍLOVÁ, Hana, *Historie Všeobecné fakultní nemocnice v Praze*, <http://www.vfn.cz/o-nemocnici/historie-vfn/> (zobrazeno 30. 12. 2017).

- Léčebny dlouhodobě nemocných: pro koho jsou a za kolik.
<https://120na80.vitalia.cz/clanky/vse-o-lecebnach-dlouhodobem-nemocnych/> ,
(zobrazeno 17. 12. 2017).
- PAUL, Jan, *Proč lidé umírají v nemocnicích? Aneb o štěstí v umírání podruhé*,
Britské listy, 27. 7. 2011, <http://www.blisty.cz/art/59543.html> (zobrazeno 23. 9.
2015).
- PEŘINA, Jakub, Historie paliativní péče, článek publikován dne 26. 10. 2016 na
<http://www.umirani.cz/clanky/historie-paliativni-pece> (zobrazeno 17. 12. 2018).
- Práva pacientů, www.lfp.cuni.cz/download/soubor/3157-prava-a-povinnosti-pacientu.html,
(zobrazeno 10. 12. 2017).
- Rady a informace pro umírající a nemocné. <http://www.umirani.cz/rady-a-informace/pece-o-nevylecitelne-nemocne>,
(zobrazeno 18. 5. 2016).
- Seminář k politologii, <http://politologie.blog.cz/0511/max-weber-mocenska-autorita-a-legitimita>,
(zobrazeno 23. 11. 2014).
- Slovník Mendelovy Univerzity v Brně,
https://is.mendelu.cz/eknihovna/opory/zobraz_cast.pl?cast=65293 (zobrazeno 2. 1.
2018).
- Umírání – nový výzkum, nové výsledky. Závěrečná práva z výzkumu,
STEM/MARK ve spolupráci s organizací Cesta domů, 2013.
<http://www.stemmark.cz/umirani-novy-vyzkum-nove-vysledky/> (zobrazeno 27. 11.
2017).
- Webový slovník cizích slov, <https://www.varianty.cz/slovnicek-pojmu/82-institute>
(zobrazeno 2. 1. 2018).
- Zpráva o umírání v Čechách, časopis Týden,
https://www.tyden.cz/rubriky/domaci/zprava-o-umirani-v-cechach_25040.html
(zobrazeno 3. 1. 2017).
- Zpráva o umírání v Čechách, časopis Týden,
https://www.tyden.cz/rubriky/domaci/zprava-o-umirani-v-cechach_25040.html
(zobrazeno 3. 1. 2017).

Archiv:

- Národní archiv – Fond: Alžbětinky – konvent, Praha, Konvent a řádová nemocnice alžbětinek v Praze II, Na Slupi 6 (1719-1953), tématický popis: kláštery – řád alžbětinek – lékařství – nemocnice
- Archiv Středočeské vědecké knihovny Kladno

13. PŘÍLOHY:

Příloha č. 1.:

Soupis zjišťovaných skutečností:

- Jak dlouho jste pracovala/pracujete ve zdravotnictví?
- Na jakých odděleních v nemocnici jste pracovala/pracujete?
- Setkala jste se/setkáváte se na všech těchto odděleních s umírajícími pacienty? Můžete mi, prosím, popsat, jak péče probíhala/probíhá? Mám tím na mysli např., jestli pacient ležel na pokoji sám nebo s ostatními pacienty, zda ho navštěvovala rodina, jestli bylo pacientovi umožněno jít do domácí péče či zda byla tendence, aby pacient zemřel spíše v domácím prostředí.
- Jak to chodí? Jak vypadá péče? Jsou nějakým způsobem odděleni ti, kteří umírají od neumírajících pacientů?
- Myslíte si, že je pro pacienta lepší trávit poslední chvíle svého života na jednolůžkových pokojích (kvůli soukromí) nebo by měli být v pokojích s ostatními pacienty, aby nebyli osamoceni?
- Kolik na oddělení pracovalo/pracuje zdravotních sester a kolik zde bylo/je pacientů? Kolik pacientů má zdravotní sestra na starosti?
- Bylo/je pacientům vyhověno v jejich přáních? Pokud chtěli/chtějí někam přestěhovat (třeba i s postelí)? Pokud se chtěli např. naposledy podívat do zahrady?
- Bylo/je běžnou praxí, že umírající osoby navštěvoval/navštěvuje kněz, sociální sestra, psycholog nebo jiný specializovaný zaměstnanec?
- Procházeli/procházejí zdravotní sestry nějakým speciálním vzděláváním v paliativě či alespoň kurzy např. z psychologie?
- Dochází/docházel za pacienty někdo jiný než jejich rodina? Například kněz, psycholog, sociální sestry? Nebo jiný specializovaný zaměstnanec?

Příloha č. 2.: Přehled dotázaných respondentů.

	respondent/ka	věk	Profese a pracoviště	oddělení v nemocnici	období práce v nemocnici
1.	žena	38	lékařka - Nemocnice na Bulovce	onkologie	1999 - současnost
2.	žena	64	zdravotní sestra – Nemocnice Kladno	ortopedie, aro	1973 - 1985
3.	žena	93	zdravotní sestra - Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského	ortopedie, chirurgie	1948 - 1988
4.	žena	56	zdravotní sestra - nemocnice Kladno	Ortopedie	1980 - 1982
5.	žena	77	zdravotní sestra - nemocnice Kladno	chirurgie, aro	1959 - 1975
6.	žena	38	lékařka - nemocnice Kladno	chirurgie	1999 - současnost
7.	žena	56	zdravotní sestra - Nemocnice Kladno	Onkologie	1981 - současnot
8.	žena	80	zdravotní sestra - Nemocnice Kladno	ortopedie	1955 - 1970
9.	žena	60	zdravotní sestra - nemocnice Motol	chirurgie	1977 - 1990
10.	muž	74	Lékař - nemocnice Motol	chirurgie	1964 - současnosti

Příloha č. 3.:

Celkově převažuje spokojenost s přístupem lékařů k pacientům (77 %), jedná se ale o méně intenzivní souhlas, velmi spokojeno je jen 8 % populace.

Jak jste celkově spokojen/a s přístupem lékařů k pacientům v ČR?

