

Technická univerzita v Liberci

FAKULTA PEDAGOGICKÁ

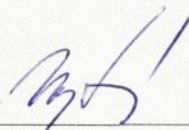
Katedra: pedagogiky a psychologie – oddělení sociálních studií

Studijní program: sociální pracovník

Stáří, hospice, vnímání smrti
(se zaměřením pro Ústecký kraj)
Old age, hospice, percieving of death
(with a view to the region of Ústí nad Labem)

Autor:
Ludmila Hyhlanová

Podpis:



Adresa:
Máchova 8
400 03 Ústí nad Labem

Vedoucí práce: PhDr.Mgr. Libor Novosad, Ph.D.

Konzultant: PhDr. Lenka Václavíková, Helšusová

UNIVERZITNÍ KNIHOVNA
TECHNICKÉ UNIVERZITY V LIBERCI



3146072298

Počet

stran	Slov	grafů	tabulek	pramenů	příloh
50	21 376	5	12	26	7

V Liberci dne: 19.04. 2004

TU v Liberci, FAKULTA PEDAGOGICKÁ

461 17 LIBEREC 1, Hálkova 6 Tel.: 048/535 2515 Fax: 048/535 2332

Katedra: pedagogiky a psychologie – oddělení sociálních studií

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(pro bakalářský studijní program)

pro (kandidát) Ludmila Hyhlanová
adresa: Máchova 8, 400 03 Ústí nad Labem
obor (kombinace): sociální pracovník
Název BP: Stáří, hospice, vnímání smrti (se zaměřením na Ústecký kraj).
Název BP v angličtině: Old age, hospice, perception of death (with a view to the region of Ústí nad Labem)
Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Libor Novosad, Ph.D.
Konzultant: PhDr. Lenka Václavíková
Termín odevzdání: 30. 4. 2004

Pozn. Podmínky pro zadání práce jsou k nahlédnutí na katedrách. Katedry rovněž formulují podrobnosti zadání. Zásady pro zpracování DP jsou k dispozici ve dvou verzích (stručné, resp. metodické pokyny) na katedrách a na Děkanátě Fakulty pedagogické TU v Liberci.

V Liberci dne 20. 4. 2003

děkan

vedoucí katedry

Převzal (kandidát): LUDMILA HYHLANOVÁ

Datum: 19. 4. 2004

Podpis:

KIS / SPRA

50 s. [12] s.

grad, tabulky

Cíl: Cílem práce je zjistit:

- jaké jsou kladeny nároky na zaměstnance hospiců;
- jaká je možnost v naší společnosti připravit se na důstojný odchod ze života;
- jak je v naší společnosti vnímána smrt v porovnání se zaměstnanci hospiců a ostatními členy naší společnosti.

Předpoklady:

- 1) Předpokládáme, že zjistíme 40% neinformovanost společnosti o poslání a funkci hospiců.
- 2) Předpokládáme, že zjistíme rozdíl v chápání smrti mezi zaměstnanci a ostatními členy společnosti
- 3) Předpokládáme, že zjistíme, že 80% zaměstnanců hospice častěji odchází z tohoto zaměstnání (syndrom vyhoření atd.).

Metody:

Volný rozhovor

Pozorování a popis

Dotazník vlastní konstrukce

Vyhodnocení zjištěných skutečností

Návrh řešení - vlastní úvaha

Literatura:

Alan, J.: Etapy života očima sociologie, Panorama, Praha 1989.

Kalvach, Z. a kol.: Úvod do gerontologie a geriatric. Carolinum, Praha 1997.

Svatošová, M.: Hospice a umění doprovázet. Praha, 1999.

Elias, N.: O osamělosti umírajících. Franz Kafka, Praha 1998.

Haškovcová, H.: Fenomén stáří. Panorama, Praha 1988.

L. Nejedlý

Poděkování :

Děkuji vedoucímu bakalářské práce PhDr.Mgr. Liboru Novosadovi, Ph.D., za cenné rady, podněty a připomínky při vedení mé bakalářské práce.

Děkuji PhDr. Lence Václavíkové, Helšusové, za konzultaci a odborné rady při zpracovávání bakalářské práce.

Zvláštní poděkování patří rodině, manželovi a dětem.

Prohlášení :

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. O právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti TUL, v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedení literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

Datum *19.4.2004*

Podpis



Anotace

Cílem bakalářské práce je zjistit pohled naší společnosti na poslední etapu lidského života, na vnímání smrti. Hovořit o tématech jako je stáří a možnosti umírání.

Napomoci k tomu, aby se i o smrti hovořilo vždy s úctou, ale otevřeně. Nebát se přiznat si, že jednoho dne se toto téma bude týkat i nás všech.

Zmapovat možnosti důstojného umírání a dané podmínky v naší společnosti.

Annotation

Das Ziel dieser Bakkalaureusarbeit ist, die Auffassung der letzten Etappe des Menschendaseins und der Aufnahme des Todes in unserer Gesellschaft zu ermitteln, über Themen wie – Alter und Möglichkeiten des Sterbens – zu sprechen und zu fördern, über den Tod mit Achtung, aber offen zu diskutieren. Das sollte dazu führen, ohne Angst zu bekennen, dass dieses Thema uns alle eines Tages betrifft. Es werden hier Möglichkeiten des würdigen Sterbens und gegebene Bedingungen in unserer Gesellschaft entworfen.

Annotation

The aim of this bachelor thesis is to discover the Czech society's attitude to the last period of a human life – the attitude to death. The aim is to discuss the old age and the ways of dying as well as to help people think and talk of death with respect but, on the other hand, openly. It is crucial not to be afraid to admit that this topic is common to all of us and we will be affected by it sooner or later. The aim is to define the possibilities of dignified dying and the conditions provided by our society.

OBSAH

I.	ÚVOD	
II.	TEORETICKÁ ČÁST	
1.	Stáří	2
	1.1. Stáří je když ...	3
	1.2. Psychologická problematika stáří	5
	1.3. Pozice ve společnosti	6
	1.4. Stáří a povolání	7
	1.5. Seniorská populace	8
	1.6. Gerontologie	9
	1.7. Základní pojmy	9
	1.8. Společnost a gerontologie	11
	1.9. Zamyšlení se nad stářím	12
2.	Vnímání smrti	13
	2.1. Člověk a smrt	15
	2.2. Vytěsnění smrti	17
	2.3. Strach z umírání	18
	2.4. Osamělost umírajících	20
3.	Hospice	21
	3.1. Myšlenka hospice	22
	3.2. Formy hospicové péče	22
	3.3. Hospice ve světě a u nás	23
	3.4. Paliativní péče	24
	3.5. Hospicová péče a přínos pro společnost	27
	3.6. Hospic jako alternativa eutanazie	28
III.	PRAKTICKÁ ČÁST	
1.	Cíle šetření	30
2.	Metody šetření	30
3.	Šetřený vzorek	31
4.	Samotný výzkum	31
5.	Vyhodnocení zjištěných skutečností	47
6.	Návrh řešení – vlastní úvaha	48
7.	Závěr	49
IV.	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	50
V.	SEZNAM PŘÍLOH	51
VI.	PŘÍLOHOVÁ ČÁST	52

I. ÚVOD

Stáří, hospice, vnímání smrti, tato témata, která se nám zdají být vzdálená, se nás zatím nedotýkají. Nejsme ochotni se jimi zabývat v době, kdy máme spoustu jiných radostí, starostí. Kdy přehnaný koloběh života nám ani nedovoluje se nad nimi zamýšlet. Stáří se nás přece nedotýká, je ještě daleko. Smrt, proč se na ni ptát. Hospice, jaké je jejich poslání?

Jsou tyto úvahy správné? Vždyť jednou budeme taky staří, budeme hledat oporu a žádat o pomoc. Kdo nám pomůže, budeme vlastně ještě užiteční? Jak se na nás budou dívat ti mladí, plní síly a elánu. Budeme vzpomínat na to, že i my jsme byli také tací? Jak vlastně vnímáme seniorskou populaci my? Smrt se nás dotkne zrovna tak. Jak si jí vlastně představujeme? Rychlá a důstojná, to jsou slova, která nás napadnou. Očekáváme, že pomoc rodiny bude zajištěna. Naopak neočekáváme, že poslední dny našeho života budou provázeny bolestí a opuštěností. Kde zemřeme? Kde nám nabídnou to, co očekáváme – důstojný a vyrovnaný odchod ze světa živých. Je vůbec někdo, kdo se dokáže postarat o naše potřeby před smrtí?

Cítíme, že je spousta otázek, které se dotýkají těchto témat. Některé jsou nepříjemné, poodhalují vlastně i naši nevšímavost a lhostejnost. Jak jsou na tom vlastně v dnešní společnosti senioři. Je o ně postaráno? Mají tu možnost zemřít tak, jak by si to oni sami přáli? Kdo všechno jim může nabídnout pomocnou ruku?

CÍLEM

Snahou této práce bude zamyslet se a zmapovat, jak chápeme a vidíme stáří. Zda-li jsme ochotni se zamýšlet nad smrtí a důstojným odchodem ze života, i když se nás to právě v tuto chvíli netýká. Přiznat si, zda jsme schopni pomoci druhým, protože i my budeme pomoc očekávat. Jsme natolik silní, abychom drželi za ruku umírajícího člověka? Dokážeme se dívat smrti do tváře a přiznat si, že ta „stará dáma“ může být i noblesní, přirozená a že ji dokážeme vítat s vyrovnanou tváří a uspokojením?

II. TEORETICKÁ ČÁST

1. STÁŘÍ

O stáří víme žalostně málo. Nezodpovězenou otázkou však zůstane, zda se o něm můžeme dovědět „všechno“ za situace, kdy jsme se jej ještě nedotkli, když jsme je ještě nezačali prožívat.

„*Neměl jsi právo zestárnout, dokud jsi nezmoudřel,*“ říká šašek králi Learovi. Bylo by přece škoda zestárnout a zemřít nedospělý. Bylo by škoda zemřít nezmoudřený a bylo by ještě horší o to zmoudření neusilovat, a to hned teď. Pokusme se tedy spolu dospívat. Můžeme začít paradoxně právě tam, kde se dospělost předpokládá, kde je pro dospělost přítomna základní podmínka, a sice na konci lidského života. Smrt daná nám do vínku spolu se životem, s tím, za který svou smrtí jednou zaplatíme, ona, která je zdolávaná a nezdolaná, nás nedospěle postupně, v průběhu života učí, že slovo věčně či navždycky, ať již je přidávané k milovat...žít...trpět..., patří do dětství, do jeho pohádek a pozdějších mladistvých snů. Smrt si osobuje právo dávat lidskému životu konkrétní, fázový tvar. Kdyby jí nebylo, nemuseli bychom dospívat, nemuseli bychom se lidsky rvát o kvalitu života svého i druhých. Byl by na všechno čas v rajske náruči nekonečné slasti, v níž všechny omyly jsou dovoleny, protože vždycky kyne naděje na jejich opravu. Smrt nám tento luxus neumožňuje. Ona nás určuje výrazně, konkrétně a kontinuálně¹ od prvních vteřin zrození. Jen jsme si to v poslední době zapomněli říkat. Jen jsme o tom přestali diskutovat. Tabuizovali jsme smrt právě tak dokonale jako stáří. To druhé mimo jiné proto, že lidské životní periodě nazývané stáří jsme přiznali v hrdé době opěvující všechny atributy mládí vlastně jedinou charakteristiku : marnost. Stáří jsme ponížili na nicotné čekání na jistou smrt.

Stáří je devalvováno blízkostí smrti, je předposlední etapou lidské pouti zdejších, reálným světem. Neredukujme problém stáří na obtíže, na nemoci, na čekání závěru života. O stáří, o jeho kvalitě rozhodujeme mnohem dříve, než se přihlásí ke své faktické vládě nad námi. A stáří, to daleké, to, které se nás „vůbec“ zatím netýká, doléhá každodenně tím více a naléhavěji, čím méně jsme ochotni se k němu znát. Stárneme přece už teď, už od zrození, už s příchodem na svět jsme zahájili tu cestu, která nemá jinou trasu než dojít až tam, kde se stárne už markantně, kde střídá náš růst a životní vzlet někdy tichý, jindy dramatický, ale vždy neúprosný životní sestup.

Snad až příliš dlouhou dobu jsme ulpívali na povrchu věcí. Nechali jsme se – a rádi – konejšit, že stáří je „nekonečně“ daleko a až přijde, „nějak“ to dopadne a zcela určitě se o nás někdo postará. Když ne rodina, pak tedy stát. V jistém slova smyslu je to pravda, která nás láká svou příjemností, nekomplikovaností až radostností. Možná nevinností dětství. Kůň je jen jednou hříbětem, ale člověk je dvakrát dítětem, praví lidská moudrost. Ale nedodává, že to druhé dětství nemá perspektivu vzletu, nýbrž pádu.

Podarilo se nám před sebou samými zamlčet také tu část pravdy o stáří, která hovoří o jeho úskalích. Zapomněli jsme se tázat, jaké strasti přináší stáří v rovině individuální i společenské. A proto se ho děsíme, proto nevíme, co s ním. Nevíme ani jak pomoci těm, kteří jeho břímě už statečně či s bídou nesou. Přestaňme si tedy hrát a lhát, otevřme se vstřícně lidskému životu i světu problematikou stáří. (Haškovcová, 1990, s. 26)

¹ Kontinuální (continuous) nepřetržitý, plynulý, souvislý. (Hartl, Hartlová, 2000)

„Je v možnostech dnešního člověka,
aby se dožíval v duševní i tělesné
svěžesti sto padesáti let.
Jde nám však o to,
Aby ona tři půlstoletí nebyla
Vyplněna živořením.
Neusilujeme přece o žití
Za každou cenu.“

(výňatek z lékařského tisku)

1.1. STÁŘÍ JE KDYŽ...

Nejen mladí lidé, ale většina osob středního věku o stáří mnoho neví. Nemáme důvod se o něj zajímat, protože stáří se zdá být v nedohlednu. Je tam, někde na konci životní cesty, jeví se jako šedivé, nezajímavé a uniformní. Většina „nestarých“ přejímá obecně tradovaný a jak víme i mylný názor, že stáří nestojí za nic. Logickým důsledkem je odklon od všeho a všech, kteří stáří jsou, nebo kteří nějakým způsobem stáří připomínají.

Moderní člověk je vychováván k přesvědčení, že má právo na realizaci vlastní osobnosti právě tak jako na lásku, intimitu atd. Tato slova o právech slyšíme často nejen od mladších, i starý člověk vyslovuje touhu po citu a opětované lásce formou práva. Člověk je zkrátka přesvědčen, že má právo na svůj dlouhý a šťastný život a má právo na důstojné, zajištěné a spokojené stáří. Mladí volají „*mám právo, proto mi umožněte...*“ a staří říkávají „*mám právo, proto mi zajistěte...*“. Vítězí ti mladší. Mají na své straně sílu, zdraví, schopnosti, možnosti a především ekonomickou, a tudíž i faktickou převahu. Mají na svém kontě také přirozenou ctižádost, odvahu a někdy i nespravedlivou uzurpátorskou dravost.

Samotné naléhání a snaha povolát mladé lidi ve jménu humanity k odpovědnosti, a tím je „donutit“ obrazně a nezřídkou i fakticky k péči o starší členy rodiny, nestačí. Humanismus nelze předstírat. A když, tak ne nadlouho. Být humánní neznamena přece „být hodný“, „být usměvavý“, jak totiž bývá naivně a redukovane chápán a doporučován postoj mladého člověka vůči starému. Humanismus² (humanus – lidský) znamená obecně usilovat o lidskost, usilovat o vytvoření podmínek k důstojnému životu každého člověka : mladého i starého, zdravého i nemocného. „*Humanismus začíná tam a tehdy, když člověk uvažuje o sobě samém, táže se po svém postavení a úloze ve světě, po své podstatě a svém určení, po smyslu a účelu svého bytí*“.(Haškovcová, 1990, s. 35)

Vztah ke starým lidem a k vlastnímu stáří se utváří v průběhu života každého z nás. To, že se ke starým lidem chováme všelijak, má i tento důvod. Staří lidé nám nutně připomínají i naši individuální perspektivu. Jsou viditelným a stále přítomným znamením, že jednou už nebudeme tak aktivní. Toho se bojíme, lekáme, s tím si nevíme rady. Problém jsme odsunuli. Nutno dodat, že se nám to všeobecně celkem daří. Stáří se v našich představách stalo obdobím obávaným, nepříjemným, ale pouze zdánlivě vzdáleným. Díky tomuto postoji se přesvědčujeme, že s ním nemáme nic společného.

Celá společnost, jeden každý její člen nejen že může, ale musí něco udělat pro staré. Jen tak se uplatní právo, které člověku přiznáváme : právo na důstojné stáří.

² Humanismus (humanism) láska k člověku, orientace na hodnotu člověka, jeho práva na štěstí, svobodu, osobní rozvoj. (Hartl, Hartlová, 2000)

Odborně můžeme říci, že stáří je označením pozdních fází ontogeneze³, přirozeného průběhu života. Je důsledkem a projevem geneticky podmíněných involučních⁴ procesů, ovlivněných především chorobami, životním způsobem a životními podmínkami. Je spojeno se sociálními změnami. Osamostatnění dětí, odchod do penze a jiné změny sociálních rolí, dříve např. odchod na výmínek. Všechny změny jak příčinné, tak i následné se vzájemně prolínají, mnohé jsou protichůdné. Jednotné vymezení stáří se tak stává velmi obtížným. Stárnutí je celoživotní proces. Konkrétní problematika a hranice stáří jsou pojmy značně relativní a měnlivé v závislosti na konkrétních společenských podmínkách. Lze hovořit o praktickém prodloužení středního věku. (Kalvach a kolektiv, 1997, s. 16)

Člověk žije v přítomnosti, ale uvědomuje si stále svoji minulost i budoucnost. Vzpomíná, hodnotí, co bylo, a poučen tím jedná v přítomnosti a plánuje svůj zítřek. Žije stále ve třech dimenzích a vědomí těchto dimenzí⁵ ho provází po celý život. Jejich proporce se během života mění a tím se mění i jejich význam.

V dětství, kdy jsme určeni svými biologickými danostmi, genetickým kódem a prostředím, v němž vyrůstáme, je naše minulost velice krátká a většina dětí si ji ani neuvědomuje. Dítě žije především v přítomnosti.

V dospělosti se proporce těchto tří dimenzí mění. Naše osobní minulost je již delší, více si uvědomujeme její vliv na nás, ale před sebou máme relativně dlouhou budoucnost. Přítomnost je pro nás konkrétní náplní našeho života, budoucnost ještě příslibem, na možné zlepšení přítomného. Jak se ale náš život přiklání k druhé půli a blíží se období stáří, mění se náš postoj k vlastní budoucnosti. Víme již, co je dané, hotové, neměnné. Víme jací jsme, jaké máme vlastnosti i možnosti a s čím se už musíme smířit.

Dnešní člověk by měl být za svůj život sám sobě více odpovědným. Je sám sobě prokurátorem i soudcem, žalobcem i obhájcem. A není vždy příjemná úloha.

Dnes je nám myšlenka na stáří nepříjemná, stáří neatraktivní. Ptáme se jak vyplníme stáří, ptáme se po jeho obsahu, smyslu. Neuvědomujeme si, že obsah i forma našeho stáří jsou rámcově dány obsahem i formou našeho předcházejícího života, že naše individuální, neopakovatelné, jedinečné stáří je jen vyvrcholením našeho individuálního, neopakovatelného a jedinečného života. Nepřipravujeme-li se už dnes, tj. v přítomnosti, na své stáří, pak mu dovolujeme, aby nás jednoho dne „zaskočilo“ nepřipravené. (Wolf, 1982, s. 13)

Tak jako předchozí etapy lidského života je i stáří obdobím, jehož hranice nelze přesně určit. Ovšem pouze na jeho počátku. Stáří se vztahuje spíše k procesu než stavu, znaky, kterými se stáří definuje nejsou natolik nesporné, aby musely být atributem stáří – stát se babičkou, ovdovět, odejít do důchodu. Toto nejsou události, které by byly nutně vázané na stáří. Jak jsme se dozvěděli, biologicky stárneme daleko dříve, než se dostaneme do věku, kdy nás tyto události postihnou a poznamenají. (Alan, 1989, s. 21)

³ Ontogeneze (ontogeny, ontogenesis) individuální vývoj počínaje oplozením vajíčka až do smrti jedince, v psychologii proces psychologického vývoje člověka. (Hartl, Hartlová, 2000)

⁴ Invulce (involution) proces, období v pozdním středním věku (40-65 let), je provázáno ústupem či snížením některých fyziologických funkcí (akomodace oka, motorické tempo aj.) (Hartl, Hartlová, 2000)

⁵ Dětství, dospělost, stáří.

„Stárnutí není nic jiného než zlozvyk, na který plně zaměstnaný člověk nemá čas.“
André Maurois

1.2. PSYCHOLOGICKÁ PROBLEMATIKA STÁŘÍ

Fyziologické stárnutí a stáří je normální součástí života člověka a je charakterizováno uchováním přiměřené tělesné i duševní aktivity do vysokého věku. Patologické stáří se projevuje jako stáří předčasné nebo nerovnoměrné s řadou fyzických i psychických potíží, které jsou příčinou částečné, nebo celkové ztráty soběstačnosti.

V úrovni psychické dochází ke změnám vzestupné i sestupné povahy. Změny sestupné nabývají postupně převahu. Obecně klesá elán, vitalita, vážne schopnost navazovat a udržovat kvalitní vztahy. Tvůrčí schopnosti jsou omezeny, psychomotorické tempo se zpomaluje, zvyšuje se nejistota, klesá sebehodnocení. Typické je snížení výbavnosti a především vstřípnosti paměti. Častý je sklon ke smutku, rozmrzelým náladám, depresím. Ve vysokém stáří dochází k rozvoji různých forem demence. Ukazuje se, že starý člověk se více bojí závislosti na druhých než ztráty vlastní soběstačnosti. Bojí se, že bude neužitečný. Psychické změny vzestupné povahy - zvyšuje se vytrvalost, trpělivost, nevádí a někdy je dokonce vítaná pracovní či životní stereotypnost a monotónnost. Bývá zachována schopnost úsudku, někdy kultivovaná k rozváznému nadhledu. Tato vlastnost bývá nazývána moudrostí stáří. (Pacovský a kolektiv, 1988, s. 12)

Stárnutím po stránce duševního života, tj. z hlediska psychických funkcí propojené s funkcemi biologickými, dále stárnutím jednotlivce v jeho interakci⁶ se sociálním prostředím a také postojem k vlastnímu stárnutí, čili prožitkovou stránkou stárnutí, se zabývá gerontopsychologie. Jejím hlavním cílem je oddalovat stárnutí a v úzké součinnosti s vědami biologickými a sociálními, hledat cesty, jak co nejdéle udržet duševní svěžest člověka, jak kompenzovat (nahradit) ztráty, které jsou nevyhnutelné, jak posilovat schopnost člověka přizpůsobit se změnám ve vlastním organismu i v okolním světě, jakými prostředky lze prodlužovat dobu, po kterou je člověk užitečný svému okolí a sám ze života něco má, není sobě či okolí jen na obtíž.

Změny ve vnitřních a vnějších podmínkách kladou zvýšené nároky na adaptaci (přizpůsobení) člověka. Sama adaptační schopnost bývá snížena, proto je nesmírně důležitá příprava na stáří. Strach ze stárnutí může vyvolat více potíží než vlastní proces stárnutí. Mnoho záleží na tom, jaký postoj ke starým lidem zaujímá společnost, jaké klima pro ně vytváří, jak respektuje jejich právo na spokojený život, třebaže už nejsou produktivní, a jaká konkrétní opatření v tomto směru činí. A samozřejmě záleží, a to snad nejvíce na člověku samém. (Wolf a kolektiv, 1982, s. 133)

Musíme říci, že stáří je provázáno také zdravotními problémy. U starých lidí převládá ateroskleróza, poruchy pohybového ústrojí, nervového systému, choroby dýchacího ústrojí, nervového systému, jater a žlučových cest. Častá je cukrovka, onemocnění srdce a cév, na nádorová onemocnění umírá nejvíce lidí.

⁶ Interakce (interaction) vzájemné aktivní působení, ovlivňování jedinců, skupin a prostředí, jeden jedinec svým jednáním vyvolává změnu v druhém jedinci, podíl činnosti osoby A na činnosti osoby B. (Hartl, Hartlová, 2000)

Život nemocného je zpravidla nějakým způsobem omezený. Zvláštní problematiku má osobnost nemocného. Uplatňuje se postoj k nemoci. Charakteristická je realita dlouhých perspektiv spojených s životním programem.

Velmi důležitý je vztah společnosti ke skupině chronicky nemocných občanů. Jejím hlavním úkolem je vytvoření podmínek pro reálné uplatnění chronicky nemocných. Nemoc se netýká jen individuální osobnosti. Je jevem, který je společností vnímán a interpretován. Příkladem je sociální percepce – vnímání chronicky nemocných jinými lidmi. Sociální percepce je společenským jevem se vším všudy. Je také závislá na charakteru choroby (např. „problém zavinění“ – AIDS). Závažným problémem je sociální komunikace s chronicky nemocnými. Cílem je jejich sociální začlenění do společnosti, nikoliv jejich oddálení od společnosti. (Pacovský a kolektiv, 1988, s. 24)

„Krásní mladí lidé jsou hříčkou
přírody, ale krásní staří lidé
jsou umělecká díla.“
J. W. Goethe

1.3. POZICE VE SPOLEČNOSTI

Společnost je složitý, dynamicky se rozvíjející a historicky podmíněný systém. Sociální struktura společnosti je neoddělitelně spojena se společenskými vztahy, jež mají pouze relativní stabilitu. Společenské vztahy se promítají do hodnocení a sebehodnocení určité věkové skupiny společnosti. Stáří bylo v historii akceptováno, někdy oslavováno, častěji odmítáno. Sociální status starých lidí kolísal nejen v rámci jedné společenské formace (či kultury), ale liší se i u různých kultur.

Obecně lze říci, že dokud bylo málo pravděpodobné, že se člověk dožije vyššího či vysokého věku, bylo stáří respektováno a ctěno. Na stáří bylo pohlíženo jako na výjimečnost, starcům byla připisována moudrost a mimořádné schopnosti (domnělé nebo skutečné). Negativní hodnocení stáří bylo historicky spjato s faktem „ujídání ze společného talíře“. Stáří bylo spojováno s bídou, chudobou, zoufalstvím a smutkem. Společnost proto v dějinném procesu vytvářela podle svých možností podmínky pro relativní zachování důstojnosti ve stáří, a to samozřejmě nejprve v rovině základního ekonomického zajištění. Byly zakládány chudobince případně starobince, v českých zemích se rozvinula společensky přijatelná forma výměnkářů⁷.

Stáří se stalo společenským jevem a souviselo to se změnami ve výrobní sféře, s urbanizací a migrací, se změnami v rodině a změnami v životních cyklech. Podstatné jsou změny ve výrobě, rychlý rozvoj technologií, častá inovace a rychlé tempo, to vše způsobilo, že starší člověk takovému tempu nestačil a musel být penzionován.

Současné stáří je charakterizováno ztrátou programu. Budoucnost dává smysl přítomnosti, zatím však chybí pozitivní model budoucnosti ve stáří a tím pochopitelně dochází k znehodnocování stáří. (Pacovský a kolektiv, 1988, s. 17)

Názor na stáří, postoje ke starým lidem jsou produktem společenského dění. Společnost nemůže ponechat na libovůli jedinců jejich mravní vztahy, to znamená postoje jedince k sobě a k druhým lidem, ke společenským skupinám, ke společnosti jako celku. Pro vytváření

⁷ Z historických a beletristických děl víme, že výměnkáři to neměli zdaleka lehké a stávali se nezřídka obětí ústrků a nespravedlivosti. Dosud přetrvává neopodstatněný mýtus o ideálních vztazích výměnkářů a ekonomicky efektivní části rodiny. (Pacovský a kolektiv, 1988)

mravního vztahu ke stáří a ke starým lidem je důležitá celá atmosféra společnosti, její ekonomická, sociální a společenská struktura. Postoj společnosti ke stáří se proto vyvíjí a mění. S tím souvisí i společenská role starých, jejich sociální status, který je vždy vymezen určitými právy a požadavky. (Pacovský, Heřmanová, 1981, s. 33)

Ani si neuvědomujeme, že poprvé v lidské historii žijí spolu čtyři generace. Každá z nich má jiný osud, každou poznamenala jiná doba. A přesto mají mnoho společného : prožívají své dětství a mládí, starosti dospívání, jejich život se odvíjí po rodinných a pracovních drahách, stárnou, umírají. Jsou rozdíly mezi nimi větší než to, co je spojuje? (Alan, 1989, s. 15)

1.4. STÁŘÍ A POVOLÁNÍ

V populaci však nastává četnost starších lidí. Jsou zde proměny charakteru a úlohy stáří. Dnes žije podíl osob starších sedmdesáti let, jaký odpovídal před osmdesáti lety podíl osob starších šedesáti let. Ačkoli podíl pracujících v poprodukčním věku nedosahuje u nás ani jedné desetiny všech pracujících, není to zanedbatelný zdroj pracovních sil. Z řady výzkumů plyne, že asi jedna třetina osob je těsně před odchodem do důchodu rozhodnuta o tom, zda bude, nebo nebude pracovat dále. Při odchodu do důchodu se vyslovují obavy z radikálních změn životního stylu, přerušení sociálních pout, ohrožení materiálního standartu. (Alan, 1989, s. 28)

Vztah pracovního kolektivu a vedoucích ke stárnoucím a starým spolupracovníkům je závažným problémem. Postavení starého člověka ve společnosti (a tedy i v práci) se nemění samo o sobě, ale především ve vztahu k ostatním věkovým skupinám. Vztahy mezi těmito jednotlivými věkovými skupinami jsou určeny odlišnou mírou prestiže, moci a vzájemné úcty. Je rozšířeným názorem, že starší spolupracovníci nestačí zvýšeným požadavkům moderních pracovních míst a rychlému rozvoji vědeckotechnické revoluce, jejich výkon je nízký, blokují postup a omezují perspektivu mladších. Obecně se soudí, že mají nižší fyzické schopnosti, brání se novému a jsou častěji nepřítomni v práci pro nemoc. Vyskytuje se negativní hodnocení u pracovníků s nižší kvalifikací a u žen. Společenské postoje spolupracovníků mají významný pozitivní nebo negativní vliv na zdravotní stav starých zaměstnanců. Je nutné přesvědčit širokou veřejnost, že staří lidé potřebují racionální toleranci v životě i v zaměstnání! (Pacovský, Heřmanová, 1981, s. 41)

Pokud se lidé rozhodnou pokračovat v zaměstnání i po dosažení práva na důchod, je to motivováno především potřebou pracovat, uplatnit se, potřebou pracovního kolektivu a finančními potřebami, které jsou formulovány v termínech šetřit, vytvořit si rezervy, pomáhat dětem, zlepšit si bydlení. (Kalvach a kolektiv, 1997, s. 18)

1.5. SENIORSKÁ POPULACE

V české populaci se zlomil vývoj zastoupení generací. Zatímco počet obyvatel za posledních čtyřicet let stoupl například v Ústeckém kraji o dvacet tisíc, počet důchodců vzrostl o padesát tisíc. To je dvakrát více seniorů, než tomu bylo v šedesátých letech dvacátého století.

Podle údajů Českého statistického úřadu se tento trend v posledních desetiletích snižuje jen mírně a do roku 2020 bude důchodců téměř dvakrát více než dětí a mladistvých. V Libereckém kraji se množství důchodců a mladistvých již dnes téměř vyrovnalo.

Populační exploze poválečné generace oproti dnešnímu trendu „jedináčků“, a pozdějšího vytváření rodiny, mění i investiční pohledy měst a obcí – zavírají se školy a školky, stavět se musí více domovů důchodců a penzionů pro seniory.

V severních Čechách je v současnosti na dvě stě domovů důchodců, penzionů pro důchodce a domů s pečovatelskou službou, v nichž žije přes jedenáct tisíc lidí. Jednotlivá zařízení se liší v zařízení, přístupu i péči. Domovy důchodců jsou dotované státem. Klienti zde mají komplexní péči. K dispozici mají lékařskou službu, stravu, zajištěn úklid a praní. Do penzionů se hlásí většinou lidé, kteří na tom jsou po zdravotní stránce lépe. Platí si v nich nájem, v budově mají zdravotníky a terapeutku. Jídlo i úklid si mohou obstarávat sami, nebo si zaplatí službu.

Senioři v domovech důchodců často nejsou v důsledku stáří a zdravotních problémů schopni postarat se sami o sebe. Jsou odkázáni na pomoc zaměstnanců domova. Jistou míru volnosti a samostatnosti jim vedení domova nahrazuje kulturními, sportovními a terapeutickými aktivitami.

Krajští úředníci přiznávají, že kapacita stávající sítě sociálních zařízení je nedostačující. Například v Ústeckém kraji chybí čtyři tisíce sedm set míst v domovech důchodců a penzionech. Financování a zřizování sociálních zařízení je věcí měst a obcí. Kraj se zavázal vykrývat potřeby tam, kde na to obce nebudou mít. Nyní vzniká návrh zákona o sociální péči, který má zajistit zkvalitnění péče. (Český statistický úřad, Ústí n.L., 2004)

Zdatnost organismu ve stáří ovlivňují faktory aktivity a pasivity. Tento životní způsob se stává podceňovaným. Nečinnost však podporuje atrofii, nečinností slábnou funkce a schopnosti, každá funkce se snáze udržuje než obnovuje. Aktivita je důležitá v oblasti tělesné, psychické i sociální. Výkonnost aktivního sedmdesátníka je srovnatelná s výkonností pasivního čtyřicátníka, vedoucího sedavý život. Kondiční aktivita je tedy schopna překlenout věkový rozdíl třiceti let. Tento stav musíme interpretovat tak, že aktivní jedinci si udržují zdatnost. Kromě aktivity ovlivňují stav organismu ve stáří významně i stravovací zvyklosti, psychohygienu, schopnost relaxace a další součásti životního způsobu.

I přesto je problematika volného času u seniorů dosti závažná. Právě u seniorů může dojít k tzv. „syndromu z penzionování“ jako projev maladaptace na ztrátu životního rytmu s nadbytkem volného času, na změnu sociálních rolí i prestiže, na pokles životní úrovně. Řešením není pouze dostatek finančních prostředků, ale také přiměřená nabídka aktivit (dobrovolnická činnost, seniorská hnutí, aktivity vzdělávací, poznávací, turistické, sportovní). (Kalvach a kolektiv, 1997, 26)

Senioři mají sice společné rysy, ale liší se ve své zdatnosti a životních podmínkách, ale i ve svých potřebách a nárocích. I když jsou určité programy zacílené na seniorskou populaci, jsou jednotliví senioři především „sami sebou“ a teprve potom „starými lidmi“. Z toho plyne nezbytnost variability zmíněných programů, tak nepřijatelnost přístupu, který by právě seniory odosobňoval. Nezbytný je důsledný osobní přístup respektující a ctící v každém

člověku až do nejvyššího věku jeho neopakovatelnou jedinečnost. Seniorská populace je proměnlivá, vyvíjí se. Nynější generace seniorů, které prožily své produktivní období po druhé světové válce, mají vyšší vzdělanostní strukturu, jsou aktivnější přiměřeně náročnější a zvláště ženy jsou emancipovanější než byly generace narozené dříve. Jde o tzv. generační mobilitu. Mění se sociální okolnosti, image stáří i sociální role.

Seniorská populace je také ohrožená. K projevům a rizikům patří nedobrovolný život vně společnosti, věková diskriminace, osamělost v souvislosti třeba s ovdověním, zvýšené zdravotní problémy s tím spojené riziko omylu při stanovení diagnózy, v poslední řadě i zanedbávání a týrání nesoběstačných jedinců. Pro seniorskou populaci je typická převaha žen se závažnou problematikou osamělých starých žen. V evropských zemích mezi seniory staršími šedesáti let je 12-17% vdovců, ale 37-51% vdov. Ve většině hospodářsky vyspělých zemích převažují ženy od věku padesáti pěti až šedesáti let, ale např. v ČR a Řecku již od čtyřiceti pěti let, na Slovensku, v Polsku, ale také v USA či Španělsku od čtyřiceti let, což svědčí pro nadúmrtnost mužů ve středním věku. Naopak v některých islámských státech (Afgánistán, Kuvajt, Írán) je trvalá převaha mužů ve všech věkových skupinách. Co se týká naší země jsou některá opatření, která právě ženám umožňují vyšší věk. Je to např. hormonální substituce estrogeny v období klimakteria, preventivní vyšetření. Brání se tak osteoporóze, atrofii kostí s rizikem zlomenin. (Kalvach a kolektiv, 1997, s. 28)

1.6. GERONTOLOGIE

Gerontologie (gerontology) je věda zabývající se všestranným studiem jevů stárnutí nastávajících v buňkách, tkáních, orgánech či organismech, případně skupinách jedinců v průběhu času od dospělosti až do smrti organismu. (Hartl, Hartlová, 2000, s.178)

Gerón znamená řecky starý člověk, logos je nauka. Gerontologie je tedy nauka o stárnutí a stáří. Považujeme ji za integrovaný vědní obor. Využívá poznatků z různých vědních disciplín, je proto záležitostí interdisciplinární. Gerontologie má specifický obsah, vymezený předmět zájmu, zvláštní metody poznávací a také konečný cíl – program. Gerontologie shrnuje všechno, co se týká starého člověka ve zdraví i v nemoci. Každý lékař, který přichází do styku se starým člověkem, musí respektovat obecné zvláštnosti stáří. Vedle obecného je však i zvláštní. (Pacovský, Heřmanová, 1981, s. 13)

1.7. ZÁKLADNÍ POJMY

Gerontologie má tři hlavní části. Jsou to gerontologie teoretická, která vytváří teoretický základ pro praktickou činnost kolem starého člověka. Usiluje o vysvětlení různých stránek nebo jevů stárnutí. Hledá nová, dosud nepoznaná fakta. Shrnuje je a zobecňuje. Umožňuje předvídání (predikci). Gerontologie hledá specifické metody poznávání. Velmi často užívá experimentu (klinicko-fyziologických studií u lidí, pokusů na zvířatech, pokusů in vitro). Experimentální gerontologie je nejvýznamnější součástí teoretické gerontologie.

Dále je to gerontologie klinická. Ta se zabývá chorobami ve stáří, jejich etiologií a patogenezi. Respektuje přitom biologické, psychologické a sociální zvláštnosti stáří. Označení „choroby ve stáří“ je výstižnější než „choroby stáří“, protože existuje jen málo nemocí, které by se vázaly výlučně na pokročilý věk. Synonymem pro klinickou gerontologii je geriatrie (správněji gerontoiatrie) nebo geriatrická medicína. Zakladatelem geriatrie⁸ je Ignaz Leo Nasher (1863-1964), který jí dal také jméno a náplň – choroby vysokého věku.

⁸ Geriatrie (geriatriy) nauka o prevenci a léčbě chorob starých lidí. (Hartl, Hartlová, 2000)

Poslední částí je gerontologie sociální. Ta se soustřeďuje na vzájemné vztahy mezi starým člověkem a společností. (Pacovský, Heřmanová, 1981, s. 14)

Starý člověk. Neumíme dosud uspokojivě definovat stáří. Abychom si vůbec rozuměli, pomáháme si konvencemi. Je jich mnoho. Návrh expertů Světové zdravotnické organizace je členit věkové skupiny takto :⁹

45-59 let : střední věk,

60-74 let : vyšší (starší) věk, rané stáří,

75-89 let : pokročilý čili stařecký věk, vlastní stáří, sénium,¹⁰

90 a více let : dlouhověkost

Starý člověk je geron (geront). Geronti tvořili ve Spartě privilegovaný „sbor starců“ (gerúzia) radících králi. Termín stařec, stařena je odborně správný. Laikům se však pod tímto pojmem vybaví spíše hanlivé označení, popřípadě člověk stářím zkrúšený. Často se mluví o „přestárlých“.

Synonymem pro stáří je senilita¹¹. Termín má však hanlivé zbarvení. Přídavné jméno senilní se v praxi často nesprávně volí při nejasných stavech starých lidí. Příliš mnoho lidí je posíláno do nemocnic s něčím „senilním“ (senilní marasmus, senilní anémie, senilní anorexie, senilní pruritus). Lékaře to pak svádí k diagnostickému pesimismu¹² či k terapeutickému zápornému postoji. Nezřídka unikne poznání choroba, která „senilní“ symptomatologii podmiňuje a kterou lze dobře léčit. Označení „senilní“ by mělo být rezervováno pro patologické stavy, které se vyskytují výhradně ve vysokém věku a mají charakteristické etiopatologické, morfologické, funkční či klinické zvláštnosti.

Důležitou charakteristikou člověka je věk. Je nutné vysvětlit si některé základní pojmy.

Kalendářní, chronologický, matriční věk je dán datem narození. Můžeme také říci, že známe mladé starce a staré mladíky.

Funkční¹³ věk odpovídá skutečnému funkčnímu potenciálu člověka. Má charakteristiky biologické (biologický věk), psychologické a sociální. Někdy se mu také říká věk skutečný. Nemusí být vždy v souladu s věkem kalendářním. Při posuzování starého člověka bychom se samozřejmě měli řídit věkem funkčním.

Produktivní¹⁴ věk se používá při ekonomické klasifikaci. U mužů je produktivní věk patnáct až padesát devět let, u žen patnáct až padesát čtyři let. Nad touto hranicí je věk poprodukční (věk důchodový).

Sociální¹⁵ věk. Tímto termínem se někdy označuje měnící se životní styl, jeho znaky a vztahy v různých obdobích životního cyklu. (Pacovský, Heřmanová, 1981, s. 15)

⁹ V anglosaských zemích se ještě stále udržuje tato periodizace : a) mladí staří (young old) 65-74, b) staří (old-old) 75-84 let, c) velmi staří (very old) 85 a více let, dle WHO je doporučena 15letá periodizace stáří.

¹⁰ Sénium stařecký věk, stáří , z patologických projevů se může objevit emocionální labilita, snížená adaptabilita, zesílená egocentričnost, hypochondrické stesky, snížená soudnost, porucha paměti a jiné. (Hartl, Hartlová, 2000)

¹¹ Senilita (senility, dotage) nepřesný a hanlivý výraz pro projevy stáří, úbytek, pokles duševních funkcí, změnu chování, nahrazována pojmem senescence = psychóza senilní. (Hartl, Hartlová, 2000)

¹² Pesimismus (pessimism) obecný záporný postoj k životu podepřený racionalizací, „vše vidí černě“. (Hartl, Hartlová, 2000)

¹³ Věk funkční (funkcional age) poměrný věk, ve kterém se objevuje určitý soubor schopností a z nich odvozených dovedností, jejichž výkon ukazuje, jak dobře si jedinec vede v porovnání s vrstevníky. (Hartl, Hartlová, 2000)

¹⁴ Věk produktivní (produktive age) ekonomické dělení na věk, kdy jedinec přispívá svou prací a svými výdělky do státního rozpočtu, v našich podmínkách od vyučení, nebo dokončení střední školy, vysoké školy do důchodu, příp. ještě i potom, což ovlivňuje kladně sociální začlenění jedince, jeho životní standard i jeho sebevědomí, na rozdíl od věku poprodukčního, resp. Věku v plném důchodu. (Hartl, Hartlová, 2000)

¹⁵ Věk sociální (social age) chování a postoje, které jsou považovány za sociálně přijatelné pro chronologický věk jedince. (Hartl, Hartlová, 2000)

Měřítka reálného stupně zestárnutí má i velký praktický význam, například za situace, kdy hledáme odpověď na otázku, zda byl běh stárnutí ovlivněn životním prostředím, výživou či celkovým životním stylem. Objektivní znalost skutečného stupně zestárnutí je rovněž důležitá i pro volbu vhodné lékařské péče, včetně terapie a dávkování léků.

Musíme si klást otázku, zda je žádoucí zpomalit proces stárnutí. Musíme brát tady v úvahu nástup stárnutí a dobu nutnou k dovršení osobního vývoje. Osobní vývoj je dnes ukončen asi mezi třicátým a čtyřicátým rokem života. Již kolem třicátého pátého roku se projevují první negativní projevy stárnutí. Osobní vývoj našich předků byl ukončen asi kolem dvacátého roku života. Naši předkové měli k dispozici deset až dvacet let zralého života, bez zřetelných negativních příznaků stárnutí. Bylo by asi spravedlivé, aby naše stárnutí začalo později, někdy po šedesátce. Uplatnili bychom informace, které náš mozek získal (třeba ze studií) během období učení a sbírání zkušeností. Bylo by zlepšení poměru mezi produktivním a neproduktivním obdobím života obyvatelstva, což by souviselo s pozitivními ekonomickými důsledky. (Ďoubal, www.faf.cuni.cz/gerontology)

1.8. SPOLEČNOST A GERONTOLOGIE

Gerontologie nepatří mezi obory, které jsou v centru pozornosti a do nichž proudí mozky a peníze. Je to snad tím, že stárnutí se považuje za přirozené a neměnné. Málokdo pokládá za reálné, že by se stárnutí kdykoliv podařilo zpomalit nebo dokonce zastavit. Je ovšem pravda, že kdyby se skutečně podařilo ovlivnit mechanismy, jimiž je řízeno stárnutí a zvýšit tak podstatněji dobu přežívání, zákonitě se objeví další problémy, protože narazíme na nové meze organismu.

Přesto malá světová společnost gerontologů úspěšně pokračuje v systematickém výzkumu. Co když již dosáhnou prakticky využitelných výsledků? Se zdravou dávkou skepse odhlédneme od příjemných stránek takového pokroku. Zcela jistě by se objevily společenské problémy. Podstatnější zpomalení stárnutí by mohlo mít dalekosáhlejší důsledky, než kterýkoliv jiný objev. Znamenalo by to prolomení prastarého tabu a následoval by trest, ve formě těžko představitelných sociálních problémů.

Nicméně problémy se stárnutím společnost čekají tak jako tak. Stárnou totiž nejen jedinci, ale stárne i celá společnost. Ve všech západních zemích rychle roste relativní počet starších skupin obyvatelstva. Tento růst sebou neodvratně přináší mnoho problémů. Ekonomických, sociálních, humanitních, psychologických, obecně medicínských atd.

At' již se bude pokrok v základním gerontologickém výzkumu vyvíjet jakkoliv, vážná pozornost společnosti problémům spojeným se stárnutím je životně důležitá. K růstu počtu lidí ve starších věkových kategoriích dojde totiž v každém případě. Vývoj v tomto směru by mohla změnit jen zcela zásadní změna v tendencích populačního vývoje, a k takové změně může dojít zřejmě jen v důsledku nějaké rozsáhlé katastrofy. Doufejme, že k ní nedojde, a že problémy, které nás v budoucnosti čekají, budou plynout spíše z pozitivních stránek rozvoje civilizace. Například z pokroku gerontologie. (Ďoubal, www.faf.cuni.cz/gerontology)

„Být mladý
dokáže každé tele.“
Karel Čapek

1.9. ZAMYŠLENÍ SE NAD STÁŘÍM

V savojských Alpách můžete potkat lyžaře, jimž se blíží osmdesátka. V ulicích Tokia, New Yorku, Prahy uvidíte pádit ženy i muže, aby co nejdříve vběhli do cíle maratónských závodů, ačkoli už dávno překročili sedmdesátku. Naopak tu či onde uvidíte mládež i osoby dříve narozené – bledé, dýchaviční, kulhavé, jimž osud dal do vínku jedno společné – klnout císaři i králi, vyčítat předkům, proklínat zemi, nebe, vzduch, zesměšňovat lékaře jen proto že se plouží životem, zatímco jiní, třeba v Alpách savojských...

Jaroslav Hovorka v knize Cesta do stáří, aneb dopisy i pro mladé napsal :

Stáří, a snad to mi brání si vzpomenout, ve které válce jsem četl o mladistvé odvaze pozdějšího vynálezce rentgenových paprsků, jenž dokázal svému učiteli říci, že stáří není žádná zásluha, neboť i osel zbělí. Jsa mlád obdivoval jsem jeho výrok i vynález. O mnoho let později jsem si uvědomil, že nebylo čemu se klanět, neboť pravý opak má blíže k pravdě. A tak dnes se mi zdá, že mládí není ničím výsadou, neboť každý přichází na tento svět nestarý, aniž pro to hne prstem. Avšak dorůst, nebo lépe – doběhnout do vyššího věku a být stále užitečný – to je jeden z největších lidských výkonů, něco víc než zázrak, vlastně rekord vyžadující neobyčejně mnoho práce i vynikajících osobních vlastností.

Goethe jednou řekl, že krásní lidé jsou jen hříčky nelidské přírody, zatímco každý starý člověk je dílem umělce. A my dnes přece pokládáme skutečné umění za nejvyšší stupeň práce.

Stydím se za ona léta, kdy jsem se ztotožňoval s povrchním názorem nedospělého Roentgena, neboť dodnes vidím a obdivuji ty, které jsem v životě potkal: lidi s devátým křížkem na zádech, krácející vyschlým korytem potoka na vrcholky hor, aby se z modřínového nebo bukového lesa vraceli s převelikým rancem suchých větví pod rošty chlebových pecí. Pružné starce, zahalené do oporných košil, jak pod rozpálenou klenbou indického nebe závratně rychle splétají štíhlými prsty pružné větvičky vrb v obrovské košíky na ovoce. Svráštělé ruce bělovlasých umělců, usedajících k černým klavírům, kořenům podobné jiných, tyčící se nad orchestry. Obrovská plátna uhnětená duši a dlaněmi dávno už osmdesátiletých malířů. Štíhlé postavy starých žen uprostřed vodních zrcátek zatopených rýžových políček nebo na stavbách žlutých silnic s těžkými ošatkami hlíny na hlavách.

Přicházeli však i takoví, v jejichž očích se chvěl strach z přicházejících let. Těm všem bych chtěl říci, že stáří je zázrak, jenž má své zápory, leč i klady víc než dost, stáří sice nemůže v mnoha oblastech soutěžit s mládím, avšak nelze tak činit ani opačně, stáří dost často kráčí ruku v ruce s nemocemi, ale chytré mládí je už dnes může předcházet. Činné stáří je štěstí.

Potkával jsem ženu, téměř stoletou, celý život hluchou a nemocnou. Nikdo víc neobdivoval život, rozkvetlý třešňový strom, než ona. Daleko od lidí, ukryta pod obrovskou korunou starého ořechu, dokázala svému příteli několik dní před smrtí napsat tato slova :

„Skláním se před člověkem, byť jde o pouhé nic, které pomine, neboť vizte, jaká to krása v něm, že chce proniknout až k vesmírnému dění a zbádat ty zákony, které je řídí.“

(Hovorka, 1980, s. 16)

Já vím, pane Roentgene, že i vy jste se změnil. Vzpomínám si, jak jste se usmál té nesmyslné větě, kterou pan dvorní rada profesor K. žádal, aby duševní a tělesný stav mládí, tedy jev jednoho období lidského života, byl povýšen na vzor pro všechna další léta. To už jste dobře věděl, že každý rok, každá vteřina lidského života, má své vlastní zdraví, radosti i názory.

Víte, na co strašně rád vzpomínám? Na onoho vrásčitého, sluncem prostoupeného Abcháze, se kterým jsme seděli dlouho do noci. Můj syn a já. Před třemi týdny oslavil devadesáté deváté narozeniny, a dušoval se, že ho opravdu nic nebolí. Cítí se prý docela dobře, snad až na to, že se mu už tak dobře nešplhá ve větvích korun meruněk a broskvoní.

A tak se nebojte stáří ani vy. Těšte se na dny starého stáří, radujte se z nich, ale pro svůj příští vysoký věk nezapomeňte něco dělat. Sto padesát let uteče jako nic. Začněte už dnes. Příroda nedává nic zadarmo. Čtěte a přemýšlejte. O kresbách i slovech. (Hovorka, 1980, s. 18)

2. VNÍMÁNÍ SMRTI

Závěrečná etapa životního cyklu – stáří – v důsledku jejího značného prodloužení (ve věku šedesáti let mají dnes před sebou muži asi patnáct let života, ženy asi devatenáct let) začíná obvykle ukončením profesní dráhy (odchodem do důchodu) a nahromaděním mnoha nových situací, s nimiž se člověk musí vyrovnávat (snížení sociálních kontaktů, nové nároky na hospodaření v domácnosti, která stárne stejně jako byt, častější nemocnost, která může vyústit až do snížené soběstačnosti atd.). Je to období zvýšených nároků na oporu, kterou nemohou dostatečně zajistit společenské instituce. Zvláště tíživá situace nastává po úmrtí jednoho z manželů, kdy silí pocity prázdnoty a osamělosti. Závěr životní dráhy provází změna časové perspektivy a celoživotní bilancování. Na scénu vstupuje smrt, která je dnes daleko více než kdykoli dříve funkcí věku : je přirozeným ukončením stáří. Představa dlouhého života a krátkého umírání, která je spojována s ideálním průběhem životního cyklu, je současně představou, v níž je přijetí smrti jako nevyhnutelnosti provázáno nárokem na lidsky důstojné ukončení života. (Kalvach a kolektiv, 1997, s. 32)

Umírání a smrt v moderní době je tématem, které budí rozpaky.. Postoj ke smrti se postupem doby měnil. Od dvanáctého století se objevují nové jevy v pojetí smrti. Jevy, které do staré představy kolektivního osudu lidského druhu vnesly zájem o individualitu. Od osmnáctého století se člověk snažil dát smrti nový význam. Nadsazoval jí, dramatizoval, vyjadřoval její znepokojivost a nenasyčenost. Zároveň se ale více než svou smrtí zabýval smrtí těch druhých. Tento postoj vyústil v devatenáctém století v novém kultu hrobů, hřbitovů a romantického vztahu ke smrti. Tyto změny byly zcela pozvolné. Teprve dvacáté století přináší v tomto směru zásadní revoluci myšlenek a citů, něco naprosto nového. Smrt v minulosti tak všudypřítomná a blízká, byla vymazána, zmizela, stala se něčím ostudným a zakázaným.

Na počátku této proměny byl sentiment, který měl ušetřit umírající osobu a vzít na sebe břímě jejího souznění, a to tak, že zastře a zatají vážnost jejího stavu. Sentiment byl velice rychle překryt novou citovou charakteristikou modernity. Ve společnosti, v níž má být život šťastný (nebo by alespoň tak měl vypadat), působí přítomnost smrti jaksí nepatřičně. Začala éra „ututlávání“. K podstatnému posunu dochází mezi třicátými a padesátými lety dvacátého století, kdy člověk již z tohoto světa neodchází obklopen svou rodinou, ale umírá

v nemocnici. Dříve byly nemocnice útlukem pro chudé a tuláky, později se staly lékařským centrem, kde jsou lidé léčeni, a kde ale také umírají. (Šubrt, 1999, s. 10)

„Na současné situaci v nemocnicích lékařům nejvíce vadí, že umírající pacient je v naprostém osamění, je pojmán jako předmět, chybí mu důstojnost umírání, došlo k redukci na věčné pojetí, umírání je zmechanizovaný proces.“

Nespokojenost lékaři vyslovili i k transportu zemřelého a k zacházení s lidským tělem. Za alarmující a výstižnou pak lze považovat odpověď: *„Jako lékař jsem spokojen se současným stavem, jako potenciální umírající ne.“* A dále – na otázku *„Přál byste si jako dlouhodobě nemocný a hospitalizovaný člověk možnost denních, tzv. kontinuálních návštěv?“* odpovědělo ze sedmnácti lékařů šestnáct ano, jeden nikoliv. *„Povolili byste jako lékař každodenní návštěvu pacientům?“* – odpověď zněla sedmáctkrát nikoliv. (Svatošová, 1995, s. 125)

Výsledek ankety je z Časopisu lékařů z roku 1989. Od té doby došlo v nemocnicích k dílčím změnám, např. k rozšíření návštěvní doby, k návštěvě kněze podle přání atd.

S touto změnou se proměnily i pohřební rituály, které se snaží nevyhnutelné operace nezbytné k odstranění těla, zredukovat na decentní minimum. Tato tendence je dovršena kremací, která je nejradikálnějším způsobem, jak odstranit tělo a zapomenout na ně. Hlavní snahou je, aby společnost si všimla co nejméně, že někdo zemřel. Příliš zřejmá bolest nevyvolává soucit, ale odpor.

Narůstá odstup živých od umírajících a spolu s tím i mlčení. Lidé považují stále za těžší držet umírající ruku, dát mu pocit nezměněné sounáležitosti. Civilizační tabu zaměřená proti vyjadřování spontánních pocitů jim často spoutávají jazyk i ruce.

„Michelangelova Pieta, truchlící matka s mrtvým synem v náručí, zůstává srozumitelná coby umělecké dílo, jako současná událost je však sotva představitelná.“ (Elias, 1998, s. 44)

Dnešní člověk neví, co má umírajícímu říci. Zásoba řeči pro tyto případy je relativně chudá. Pocity trapnosti zadržují slova. Pro umírající samé to může být rovněž hořké. Ještě žijí, ale už jsou opuštěni.

„Dosud nikdy v dějinách lidstva,“ konstatuje Elias, *„nebyli umírající tak sterilně odsouváni do zákulisí společenského života, mimo zraky živých, dosud nikdy nebyly lidské mrtvolky tak expedovány z úmrtního lože do hrobu tak hygienicky, bez zápachu a s takovou technickou dokonalostí.“* Jen institucionální rutina nemocnic dává ještě situaci umírání společenskou podobu.

I zacházení s mrtvolou a péče o hrob jsou v současnosti rostoucí měrou předávány z rukou rodiny, blízkých a přátel do rukou specialistů – pohřebních firem.

(Elias, 1998, s. 48)

Významná je v moderní společnosti tendence zakrýt neodvolatelnou ohraničenost lidské existence před dětmi. Není, říká Elias, nic charakterističtějšího pro dnešní postoj než nesmělost dospělých seznámit děti s faktorem smrti. (Šubrt, 1999, s. 12)

2.1. ČLOVĚK A SMRT

Když člověk přichází na svět, můžeme říci: snad zestárne. Snad zbohatne. Snad bude šťastný. Snad se proslaví. Samé snad. Ale nemůžeme říci: Snad zemře. Ne, to ho nemine. On zemře. Smrt přijde naprosto jistě, je nevyhnutelná. Velmi mnoho lidí našich dnů potlačuje především myšlenku na vlastní smrt. A přece není nic jistějšího než smrt!

Mnozí lidé pocítují smrt jako pohoršení především proto, že je konec. U konce je starání a plánování, u konce je radost i bolest. Se vším se musíme rozloučit: s prací a povoláním, jež snad přinášely tak nutné potvrzení vlastního bytí a vlastní hodnoty, s obydlím, které nám bylo tak drahé, s kulatým stolem, u kterého jsme tolikrát vedli milý rozhovor, s lidmi, jež musíme zanechat s jejich starostmi a nevyřešenými problémy. Dnes žijeme v době útěku před utrpením a smrtí. Navzdory útěku nebo panice – smrt zůstává vítězem. (Abeln, 1993, s. 19)

Strach ze smrti je všem organismům vrozený. Pouze člověku je dán strach ze smrti, i když mu bezprostředně nehrozí, jediný on z živočišné říše chápe její konečnost. Člověk je jediný ze všech tvorů, který má představu o smrti, i když tato představa je neurčitá a mlhavá. Člověk ví o objektivní smrti. Na základě své životní praxe a zkušenosti chápe, že i on jako každý z živých tvorů může být kdykoliv ohrožen nemocí nebo úrazem, který bude mít za následek smrt. Člověk však v běžném životě zpravidla na smrt nemyslí, i když pod jejím znamením žije. Naopak jedná a chová se tak, jako by byl přesvědčen o své nesmrtelnosti.

Strach je opakovaně zažíván vždycky, když mu bolest, ať psychická či fyzická, umožní cestu. Zvláště obavy před tělesným utrpením stupňují strach ze smrti. Ale tento strach, který provází život lidské bytosti, je spíše „nekonkrétní úzkostí ze smrti“ než strachem z faktu smrti. Člověk, který nepřehne míru této úzkosti – a pokud ji prožívá takřikajíc v mezích normálu – ji může vůči životu přetvořit v něco pozitivního, nepropadá apatii, šetří více časem, nerozptyluje se povrchnostmi a soustřeďuje své síly na závažnější úkoly. (Haškovcová, 1975, s. 8)

Smrt jako taková, tj. smrt jako tečka za životem jednotlivce, není zlá. To co je zlé, kruté a tragické, je pocit, že nebudu, který z faktu smrti padá na život, že tragické je, že vím že...ale nevím jak a kdy.

Člověk má být spokojen s tím, co v životě udělal, a smířen s tím, co se mu nepovedlo, a smířen s tím, co už nikdy nebude moci udělat. Má být smířen se smrtí. Lidský život nemůže být definován beze smrti. Ta k němu patří od začátku až do konce. Smrt a život patří k sobě, smrt je podmínkou života, a to velice konkrétní a faktickou. (Haškovcová, 1975, s. 11)

O tom, že odchod ze života je něčím, co má záporné předznamenání, není třeba diskutovat. Jde-li o druhého člověka – o člověka nám blízkého a milého, pak jeho odchod znamená bolest, často až nesnesitelnou. Jde-li o náš vlastní odchod ze života, pak s pomyšlením na něj nás zcela přirozeně jímají obavy a strach. Je vůbec možné vidět na takovéto události něco kladného? Pokud vidíme život jako časově omezený úsek života. Kdyby byl náš život sledem nekonečně dlouhé řady dní, málo bychom si vážili vzácných chvil, které v životě přicházejí – ať je to chvíle prvního zamilování a první lásky nebo chvíle „kouzelného věku“ našich malých dětí, chvíle přátelských setkání, vrcholného radostného zážitku. Povědomí nenávratnosti, neopakovatelnosti, vzácnosti každého zážitku – to je to, co přináší s sebou fakt časové omezenosti našeho života, tj. skutečnost konečnosti našeho pozemského života. (Křivohlavý, Kaczmarczyk, 1995, s. 27)

Potlačovat myšlenku na vlastní smrt se daří člověku nejen po celý život, ale více či méně též po celou dobu vážné nebo nevyлéčitelné nemoci. Vědomě smrt uznáváme, ale podvědomě ji jako realitu současně popíráme.

Pojem umírání je v odborném, lékařském slova smyslu synonymem terminálního¹⁶ stavu. Definice terminálního stavu říká, že dochází k postupujícímu, nevratnému selhávání životně důležitých funkcí, jehož výsledkem je zánik člověka.

Zkušenost ukazuje, že pouze šest až deset procent lidí umírá při plném vědomí. Staré řecké přísloví má pravdu, říká-li, že „*přízeň bohů dává umírajícímu kóma*“.
(Haškovcová, 1975, s. 17)

Umírání a smrt, to je velké lidské téma. A především úděl člověka. Obojí nás v individuální budoucnosti čeká a nemine. Přejeme si, aby smrt přišla zadlouho a aby umírání bylo rychlé, respektive bezbolestné. Většina lidí touží po „něžné“ smrti ve spánku. Šťastně a spokojeně usnout, nic zlého netužit a docela obyčejně a prostě se „pouze“ ráno neprobudit. Opustit život a neprožívat útrapy svízelné nemoci.

Dlouhodobá a nevyлéčitelná nemoc děsí víc než vlastní smrt. Ta se naopak zdá být proti mukám nemoci „snadná“ a někdy se rovná vykoupení. Nejasné, ale tvrdošijně žijící představy se silným negativním emočním zabarvením nám nedovolují věcně a reálně, byt' čas od času, přemýšlet o smrti. Mladí lidé nemají čas, režim jejich dne je přece řízený úplně jinými starostmi. Smrt se jich netýká, protože se zdá být v nedohlednu. Lidé středního věku, ti, kteří prožívají zenit svého života a vidí zcela zřetelně na obzoru cestu individuální involuce, se od případných diskusí na dané téma odvracejí. Nechtějí vědět, nechtějí slyšet. I oni věří a křečovitě doufají, že na úvahy o smrti je ještě čas, protože ty patří až ke stáří. Tehdy je přece logické přemýšlet o závěru života. Tato scestná argumentace vede právě k tomu, že „nikdo“ nejen nechce myslet na vlastní umírání a smrt, ale dokonce ani na vlastní stáří. To proto, že se mylně předpokládá, že funkcí stáří je především čekání na konec vlastního života. S odvrácenou tváří vstupují lidé do stáří a utvrzují sebe a okolí, že to ještě není tak zlé, že prožívají teprve rané stáří a že později, až přijde vyzrálé stáří, bude teprve ten správný čas myslet na poslední věci člověka. Tímto, sice zjednodušeně popsaným, ale spolehlivě fungujícím způsobem lidé moderní doby dokonale vytěsnili umírání a smrt ze svých myslí, ale nemohli ji vytěsnit ze svého života. A protože o své konečnosti nikdy nepřemýšleli, nesmířili se s ní. (Haškovcová, 1990, s. 23)

Každý člověk ví, že zemře, a protože si současně dost dobře nemůže představit, že nebude, žije tak, jako by měl žít věčně. Člověk zcela přirozeně a kontinuálně popírá umírání a smrt ve svém vědomí a bylo by patologické, kdyby se pouze nebo především věnoval problematice umírání a smrti. Přesto jsou v životě každého člověka chvíle, které nejen opravňují, ale přímo i vyzývají člověka, aby se zamyslel nad svým konečným osudem. Když pro nic jiného, tak proto, aby ho svým konáním a tvorbou naplnil. Otázka smyslu lidského života je spjata s faktem konečnosti každé lidské existence a nemůže být řešena mimo ni.

Zestárne-li člověk, pak téma smrti má jiný obsah. Zatímco v mládí se bojíme především o život, o to, aby jej smrt nepřetřala příliš brzo, staří lidé se obávají způsobu příchodu smrti. Bude to doma, či v nemocnici? Zůstanu v těžké hodině sám, nebo při mně bude někdo stát?

V průběhu života se nejednou setkáváme se smrtí. V důsledku naznačených mechanismů dokonalého popírání se však takové události stávají nikoli věcí k zamyšlení, ale dalším důvodem k popření. Smrt, která se odehrála blízko, se svého okolí bezprostředně dotýká. Jenomže nás zpravidla uchopí hrůza, a ta nám nedovolí učinit jinou alternativu než fenomén smrti, i když s vypětím sil, vytěsnit. Výsledkem je, že ani neumíme akceptovat

¹⁶ Terminální (terminal) = konečný.

vlastní konečnost, ani se neumíme smířit se smrtí druhých lidí. Nepřijme-li člověk faktum své konečnosti, nemůže přijmout ani odpovědnost za svůj život. Zůstává dítětem, které se marně brání běhu života. Mnoho energie vynakládá člověk na popření, protože netuší, že poznání osvobozuje. Dospělé „děti“ klidně nechají zhotovit úmrtní oznámení, nad kterým moudrý musí jen žasnout: „Zemřel neočekávaně ve věku devadesáti let.“ Realita je jiná, prostší. Je přece výjimkou zůstat v devadesáti letech živ a je štěstím v takovém „požehnaném věku“ zemřít náhle. (Haškovcová, 1990, s. 25)

2.2. VYTĚSNĚNÍ SMRTI

Vytěsnění (repression) vytlačení, termín F. Herbarta přejatý S. Freudem znamená – neuvědomované odsunutí nepřijatelných, traumatizujících zážitků do nevědomí, čímž dochází k odstranění úzkosti a pudového napětí, vytěsněný zážitek však v nevědomí dále působí jako skrytý motiv a projevuje se chybnými výkony a neurotickými příznaky. Šířeji řečeno, pochod, pomocí kterého se člověk zbavuje představ, odstraňuje je ze svého vědomí, nepouští si do vědomí myšlenky, vnitřní impulsy a vzpomínky spojené s nějakými základními potřebami ani představami trestů, vytěsněním se duševní hnutí nezavazuje síly a působnosti, prosazuje se však nepřímou, dočasnou zapomenutím dobře známé věci je běžný případ vytěsnění, často prokazatelný technikou volných asociací, znamená to potlačení. (Hartl, Hartlová, 2000, s. 683)

„Vytěšňování“ smrti, může mít dvojí smysl. Buď individuální, nebo v sociální rovině. V prvním případě lze použít pojem vytěsnění ve více či méně freudovském smyslu a mít na mysli celou skupinu sociálně zabudovaných psychologických obranných mechanismů, jež zabraňují, aby do vědomí pronikly příliš bolestné zkušenosti z dětství, zejména raná dětská traumata a s nimi spojené úzkostné pocity viny. Tyto zážitky pak ovlivňují vnímání i chování oklikami a zastřenou formou, z paměti pak vymizely.

Někteří lidé jsou schopni hledět vstříc vlastní smrti s klidem, jiní z ní mají silný, neochabující strach, často aniž by o tom mluvili nebo byli schopni mluvit. Uvědomují si ho třeba jen jako strach z létání nebo z otevřených prostor. Nejobecnější problém našich dnů je neschopnost poskytnout umírajícím takovou pomoc a projevit jim takovou náklonnost, jakou při rozloučení s lidmi nejvíce potřebují – smrt druhého člověka se nám totiž jeví jako připomínka vlastní smrti. Lidé si vytvářejí obrannou zeď z mýtů a fantazií proti své vlastní smrti, a našeptávají si, že jsou nesmrtelní. Bezprostřední dotek s umírajícím však tuto vysněnou představu ohrožuje.

Na spojitost strachu ze smrti a pocitu viny poukazují již staré mýty. Adam a Eva byli v ráji nesmrtelní. Ke smrti je Bůh odsoudil proto, že Adam, člověk, se protivil proti příkazu božského otce. Rovněž pocit, že smrt je trestem, jež na člověka uvalila nějaká otcovská nebo mateřská figura, nebo že každý člověk bude „velkým otcem“ potrestán za své hříchy, hraje odedávna v lidském strachu ze smrti neopominutelnou roli. Ruku v ruce s těmito individuálními problémy, souvisejícími s vytěsněním myšlenky na smrt, však krácejí problémy specificky sociální. Smrt jako taková je odsouvána do zákulisí sociálního života, je odstraňována z veřejného života společnosti. Pro umírající samotné to znamená, že také oni jsou zvýšenou měrou vykazováni do zákulisí, to znamená izolování.

Lidské umírání bylo kdysi mnohem veřejnější záležitostí než dnes. Nemohlo tomu být jinak už proto, že jen málokdo žil sám. Snad jen mniši a jeptišky pobývali ve svých celách o samotě. Obyčejní lidé žili neustále pospolu a vedle sebe. Narození a smrt – stejně jako další aspekty lidského života – byly mnohem veřejnější než dnes a byly považovány za veřejné společenské události, privatizované pouze nepatrnou měrou. Náš současný přístup ke smrti

nejlépe charakterizuje vyhybavý způsob, jímž o faktu smrti hovoří dospělí s dětmi. Je to ten nejpozoruhodnější symptom rozměru a povahy vytěšňování smrti na individuální i sociální rovině. Problém spočívá spíše ve způsobu, jak se o smrti mluví, než co se o ní říká. (Elias, 1998, s. 17)

Mohlo by se zdát, že postupující emancipace, pokrok ve vědách o světě i o člověku, nám poskytnou nějaké účinnější a lepší způsoby, jak sebe a své rodiny připravit na událost, která stejně nemůže jednou nepřijít. Místo toho však minuly doby, kdy člověk směl zemřít v klidu a důstojnosti vlastního domova.

Čím větších úspěchů dosahuje věda, tím více, jak se zdá, nás smrt děsí, tím více se ji snažíme popírat. Jak je to možné? Používáme nejrůznějších přirovnání, líčíme mrtvé tak, aby vypadali, jako že spí. Posíláme děti pryč, abychom je uchránili před úzkostí a nepokojem, jež naplňují dům, když má pacient to štěstí zemřít doma. Nedovolujeme dětem navštívit umírajícího rodiče v nemocnici, vedeme dlouhé a kontroverzní diskuse o tom, zda by se pacientům měla říkat pravda – což je otázka, která zřídka vyvstane, když je umírající člověk v péči rodinného lékaře, který ho zná už od kolébky a ví o slabinách i silných stránkách každého člena rodiny. Myslím, že naše současná neschopnost vyrovnat se se smrtí klidně, má řadu důvodů. 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 okamžik smrti technicky stanovit. Umírání se stává osamělé a neosobní.

(Kubler-Rossová, 1993, s. 27)

„Nikdo neví, zda se smrt nemůže ukázat jako to největší požehnání pro lidskou bytost. A přesto se jí bojí, jakoby s jistotou věděli, že je to to největší zlo.“

Sokrates

2.3. STRACH Z UMÍRÁNÍ

Lidé se samozřejmě vždycky báli umírání a smrti. Normální jedinec touží po životě, a to dokonce nejen dlouhém, ale i šťastném. Umírání a smrt má však v životě člověka také své přirozené místo. To místo mu bylo v současném světě upřeno. Neudivuje, že současníci se bojí smrti více než kdykoliv dříve. Vůči tématu smrti jsou precitlivělí, reagují často hystericky a většinou nezrale a neodpovědně. Některé důvody, proč tomu tak je, už známe. Akcentace zdraví, síly, mládí atd. s sebou přináší zrcadlové odmítání „chmurných“ témat. Nemocní, handicapovaní i staří lidé jsou možná předmětem soucitu, ale jistě především odmítání. Nemoci, umírání a smrt jsou zdánlivě jinde, odehrávají se přece v nemocnicích, tam kde se díky pokrokům vědy, medicíny a techniky očekávají zázraky, a to vždy a za všech okolností.

Ve slovních podáních, v beletristickém zpracování knižním i filmovém, se setkáváme s popisem tzv. krutého umírání, s osamocením ve smrtelném zápase. A tento podivný, strach nahánějící model umírání „pěstujeme“ přesto, že současně a právem pějeme ódy na moderní medicínu. Zapomínáme však na moderní farmakologii, v jejíchž silách je možné zmírnit bolesti a strádání a zajistit tím faktický nebo relativní klid a pohodu umírajícím.

Smrt může být různá: tragická, smutná, tichá nebo dramatická, náhlá, nebo naopak dlouho ohlašovaná. Ať jsou její konkrétní formy jakékoliv, i ona je a měla by být znovu respektována jako sociální akt, jako událost, která zasahuje vždy více lidí než pouze umírajícího. Ústředním problémem je, že smrt jako fenomén vypadla z běžného pole sociální pozornosti lidí všech věkových skupin a sociálních rolí. Umírání a smrt jsou „utajeny“. Odehrávají se diskrétně

mimo a převážně mimo naší přítomnost. Svědomí uklidňujeme ujištěním, že umírajícímu je v náručí profesionální pomoci lépe. Podléháme iluzi, že péče o umírající a o smrt jednotlivce by měla být řešena a „vyřešena“ kolektivem povolanych odborníků. Jako by umění zacházet se smrtí bylo věci jisté profese a nic víc. Podle laiků patří umírání a smrt do zdravotnictví.

Každý má nejen právo, ale i lidskou a mravní povinnost zaujmout stanovisko ke svému budoucímu umírání a ke své sice vzdálené, ale dozajista jisté smrti.
(Haškocová, 1990, s. 28)

Chápeme-li poslední úsek životní cesty jako dobu žní a sklizně, jako vyvrcholení celoživotního úsilí „žít tak, jak bych měl žít“, pak je docela dobře možné, že se zhrozíme toho, co jsme udělat měli —a neudělali, a stydíme se za to. Není divu, že nás v této chvíli zachvátí strach. Je-li někdy v životě třeba naděje, je to právě v této poslední etapě života.
(Křivohlavý, Kaczmarczyk, 1995, s. 11)

Strachy, které mají lidé ze smrti, jsou početné. Někteří se obávají bolestivé a protahované choroby. Jiní se bojí, že budou staří a opuštění a ponechání, aby zemřeli v osamocení. Jiní se strachují, že zemřou dřív, než se jim podaří dosáhnout těch cílů, které si pro sebe stanovili. Jiní běsní nad tím, jak malou kontrolu mají nad časem své smrti. Nejvíce převládajícím strachem se zdá být strach ze ztráty identity, z konce vlastní osobnosti.
(Rainwater, 1994, s. 153)

Hnacím motorem současné rozvinuté společnosti je spotřeba a výkon. Tabuizace umírání a smrti je způsobena do značné míry naší neschopností vtěsnat tuto oblast lidského života do uvedených dvou kategorií. To platí jak v oblasti běžného života (těžce nemocný člověk nemá dostatečnou spotřebu ani odpovídající výkon), tak i v oblasti zdravotní péče — nevléčitelně nemocný z hlediska zdravotníka „není perspektivní“ právě proto, že u něj lékařské zásahy nevedou k očekávanému výsledku, tedy k uzdravení. Rovněž často užívaný termín „kvalita života“ bývá zkresleně chápán jako možnost neomezené konzumace a dokonalé výkonnosti. Přitom jde o poměr mezi očekáváním a realitou, což znamená, že i těžce nemocný člověk může vést kvalitní život, přizpůsobí-li svá očekávání změněné situaci.

Prostředkem, který nám umožní vymanit se ze spotřebně-výkonného uvažování, je vztah. Kvalita života nemocného člověka je přímo úměrná kvalitě jeho vztahů s blízkými i ošetřujícími zdravotníky. Na druhé straně pouze navázání či obnovení vztahu s nemocným může vést k tomu, že příbuzní a zdravotníci přestanou chápat takového člověka jako břemeno a přestanou pokládat prodloužení lidského života za jediný smysluplný výsledek svého snažení.

Špatná úroveň péče o nevléčitelně nemocné pacienty je přímým důsledkem nedostatečných vztahů mezi zdravou většinou a nemocnou menšinou. Zdraví lidé se neobtěžují navazovat či obnovovat vztahy s nemocnými, což na jedné straně vede až k pověřenému strachu z umírání, na druhé straně to znemožňuje zjistit skutečné potřeby těžce nemocných a naplnit je. Proto je v první řadě nutno vyvést nemocné ze sociální izolace. Podaří-li se to, pak tím odbouráme i část svých obav z nemoci, smrti a umírání. V opačném případě bude jakákoli snaha o zlepšení úředu nevléčitelně nemocných zbytečná.

(Lidové noviny, 2003, s. 23)

2.4. OSAMĚLOST UMÍRAJÍCÍCH

Existují různé možnosti, jak se vyrovnat s faktem, že každý život je konečný – život lidí, které milujeme, i náš vlastní. Myšlenku na smrt můžeme obejít tím, že nežádoucí představy od sebe zaženeme co nejdál, že je zastřeme či vytěsníme, nebo pevnou vírou ve svou vlastní osobní nesmrtelnost - „jiní zemřou, já ne“: k takovému řešení velmi silně inklinují rozvinuté společnosti naší doby.

Lze považovat za náš úkol připravit svůj konec tak, aby až přijde, byl pro nás i naše blízké pokud možno co nejsnazší a nejsnesitelnější, a hledat odpověď na otázku, jak tento úkol naplnit. Nejde ale jen o definitivní konec života, o smrt. Lidé většinou umírající postupně, slábnou, stárnou. Již nemoc často vyřadí stárnoucího člověka ze společnosti živých. Jeho tělesný úpadek jej izoluje. Potřeba společenství s ostatními lidmi nevyhasíná. A to nejtěžší – to nenápadné vyřazování stárnoucích a umírajících lidí ze společenství živých, postupné ochladnutí někdejších vztahů, ztráta těch, kdo dávali životu smysl a bezpečí. Tento proces není krutý jen pro ty, kdo trpí bolestmi, ale i pro ty, kteří zůstanou sami.

Skutečnost, že k předčasné opuštěnosti umírajících dochází nejčastěji právě ve vyvinutých společnostech, je jednou ze slabostí těchto společností, svědčící o dosud nepřilíš rozvinuté identifikační schopnosti jejich členů. Společenský problém smrti se proto zvládá tak obtížně, poněvadž živým je zatěžko identifikovat se s mrtvými. Smrt je problém živých. Mrtví žádné problémy nemají. Mezi mnoha tvory na zemi, kteří umírají, dělá smrt potíže jen lidem. Zrození, mládí, pohlavní zralost, nemoc, stáří i smrt – to všechno lidé sdílejí se zvířaty. Avšak pouze lidé mezi všemi živými bytostmi vědí, že zemřou, pouze oni předvídají svůj konec, uvědomují si, že může přijít kdykoli, podnikají a činí opatření, která by je ochránila od zániku. Největším nebezpečím pro člověka je člověk sám. (Elias, 1998, s. 50)

Průběh života bychom mohli přirovnat k toku řeky. I tam bychom viděli určitou obdobu: pramen řeky jako start, horní a dolní tok řeky jako obdobu dětství a dospělosti, a ústí řeky do moře jako cíl a vyústění. Život lze rovněž přirovnat k plavbě lodi na moři. Loď zprvu vyplouvá z mateřského přístavu, pomalu se mu vzdaluje, vyplouvá na otevřené moře, dost dlouhou dobu se po tomto širém pohybuje a nakonec se blíží k cílovému přístavu. (Křivohlavý, Kaczmarczyk, 1995, s. 32)

3. HOSPICE

Dle Ministerstva zdravotnictví České republiky je hospicová péče komplexní multidisciplinární paliativní péče, kterou tvoří souhrn odborných lékařských, ošetrovatelských a rehabilitačních činností poskytovaných preterminálně a terminálně¹⁷ nemocným, u kterých byly vyčerpány možnosti kauzální¹⁸ léčby, ale pokračuje léčba symptomatická s cílem minimalizovat bolest a zmírnit všechny potíže vyplývající ze základní diagnózy i jejich komplikací a zohledňující bio-psycho-sociální potřeby nemocného. (Hermanová, 2002, s.37)

Myšlenka hospice vychází z úcty k životu a z úcty k člověku jako jedinečné, neopakovatelné bytosti. Hospic nemocnému garantuje, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí, v každé situaci bude respektována jeho lidská důstojnost a v posledních chvílích života nezůstane osamocen. (Svatošová, 1995, s. 123)

Dozvídáme se tady, že se člověk musí zbavit strachu – pacient, personál i příbuzní a přátelé umírajících. Místo tlustých knih, vědeckých pojednání a složitých návodů je zde jednoduchá, praktická a nejučinnější škola. Podobně i otázka pravdy a pravdomluvnosti. V hospici je to opět praktické školení, ověřené zkušeností. Kdo o tom pochybuje a chce hájit jiný názor – ať se pokusí ho uplatnit osobně u lůžka. Hospic mu nabízí možnost spolupráce dobrovolníků. Tváří v tvář smrti se lhát nedá! Je-li tedy život uměleckým dílem – koho? – pak i jeho závěr musí být zařaditelný do této kategorie.

Lidé, kteří přišli do styku s hospicem zblízka i zpovzdálí ví, že důvodem pro hospicovou péči v žádném případě není věk nemocného. V hospici je nemocným poskytována kvalitní paliativní péče i léčba, především symptomatická, která nemocné zbavuje nepříjemných obtíží anebo je alespoň podstatně mírní. Paliativní medicína je jistě neodmyslitelnou součástí hospice, bez níž by nemohl existovat. Hospicová péče však není jen zredukovaná na ni.

Nelze ani souhlasit s tím, že hospic je především domem smutku. To co všechny při návštěvách hospice překvapí, je právě atmosféra klidu, pohody a radosti. Nesměje se tady jenom personál, dobrovolníci a stážisté, ale za břicho se popadají leckdy i pacienti a jejich příbuzní, kteří jsou tady ubytováni. Proč ne? Vždyť v hospici jde především o kvalitu života a radost a smích k životu přece patří. Musíme říct, že pohled na hospic zevnitř je skutečně výrazně odlišný od pohledu zvenku. Tak jako mince má svůj rub i líc, má je i hospic. Tím rubem je samozřejmě to bolavé a smutné, co kolem umírání je a o čem každý až moc dobře ví. Je však mnoho lidí, kteří mají pozitivní zkušenosti z doprovázení umírajících. Jsou to společné dny prožité s milovanou osobou, kterou vyprovázíme na poslední cestě životem. Každý příběh, který se v hospici odehrává musíme chápat jako originál. Každý je jiný, svým způsobem jedinečný, neopakovatelný, tak jako je každý z nás. Hospic nelze chápat jako budovu, ale jako určitý způsob přístupu k umírajícímu. Přístup komplexní, zohledňující všechny jeho potřeby a vycházející z úcty k člověku, jako jedinečné, neopakovatelné bytosti. (Svatošová, 1998, s. 22)

¹⁷ Terminální – konečný,

¹⁸ kauzální (causa) – příčinný, vztahující se k příčinám, jsoucí v příčinném vztahu, mířící proti příčině nemoci (Hartl, Hartlová, 2000)

3.1. MYŠLENKA HOSPICE

Právo každého člověka na důstojnou smrt jako základní etický princip, by mělo být samozřejmostí. Před námi jsou dvě důležité otázky : KDE a JAK?

Pokud vyřešíme otázku jak, bude otázka kde sice taky důležitá, ale přece jenom druhořadější. Myšlenku hospice (tj. ono jak) lze při dobré vůli a za předpokladu splnění určitých podmínek uplatnit kdekoliv. Jde o to naplnit dny životem, nikoliv život naplnit dny. Důraz klademe především na kvalitu života nemocného, a to kvalitu života až do konce, doslova do posledního vydechnutí. Jde o doprovázení nemocného, ale také jeho blízkých, kteří, přestože trpí současně s nemocným, zde hrají nesmírně významnou a do značné míry nezastupitelnou roli. Hospice nespouštějí ze zřetele rodinu ano po smrti nemocného a je-li to potřeba, věnují se jí dlouhodobě. Pro některé umírající právě toto ujištění představuje pomoc nejcennější.

Chtít ze života odstranit utrpení by byla utopie. Už proto, že k životu zcela zákonitě patří i smrt. Ta je jeho součástí tak přirozenou a samozřejmou jako narození – a jako takovou ji hospic respektuje. Úkolem hospice je pomáhat a sloužit. Nejde jen o pomoc fyzickou, zahrnující především kvalitní ošetrovatelskou péči. Pomáhat pochopit smysl smrti může být někdy největší službou, poskytnutou nemocnému a jeho rodině. To vyžaduje hluboce lidský a současně profesionální přístup a dobrou týmovou práci všech zúčastněných, včetně dobrovolníků, bez nichž se žádný hospic neobejde.

Doprovázení umírajících ubere kus sil, ale přidá kus moudrosti a zralosti. Dr. Kubler-Rossová k tomu dodává : „*Právě od našich umírajících pacientů se učíme poznávat pravé hodnoty života. Kdybychom byli schopni dosáhnout stadia přijetí již v mládí, prožili bychom mnohem smysluplnější život, dokázali bychom se radovat z maličkostí a jistě bychom měli i jiný žebříček hodnot.*“ (Svatošová, 1995, s. 124)

Dostáváme se tak k otázce kde. Nemocnice anebo hospice? Odpověď není jednoduchá. Hospic nemůže nahradit nemocnici a nemocnice hospic. V určité fázi se pacient bez nemocnice neobejde. Potřebuje vysoce odborné vyšetření a léčení. V určité fázi však nemocniční pobyt ztrácí smysl. Je to v okamžiku, kdy tzv. paliativní léčbu bolestí lze aplikovat i doma. Domácí prostředí je jistě pro naprostou většinu nemocných optimální, ale i domácí péče má hranice svých možností. Tím se dostáváme k formám hospicové péče, jak jsou obvyklé všude v civilizovaném světě a jistě budou i samozřejmostí i u nás.

(Svatošová, 1995, s. 126)

3.2. FORMY HOSPICOVÉ PÉČE

Domácí hospicová péče – je pro nemocného zpravidla ideální, ale ne vždy dostačující. Na hranice jejich možností se narazí brzy tam, kde rodinné zázemí buď vůbec schází, nebo se časem vyčerpá, prostě dojdou síly. Ale důvody mohou být i jiné. Třeba prostorové. Může to být ale i odbornost. Tam kde není žádná agentura poskytující domácí péči, či vyškolené sestry pro hospicovou péči, může zhoršený stav znamenat návrat do nemocnice.

Stacionární hospicová péče – to jsou denní pobyty. Pacient přijede do stacionáře ráno, a odpoledne nebo k večeru se vrací domů. Dopravu zařizuje rodina, nebo hospic. Tato forma je vhodná pro nemocné, kteří žijí v místě, či blízkém okolí stacionáře.

Lůžková hospicová péče - byl by to zásadní omyl si myslet, že nemocný, který si přijde lehnout na hospicové lůžko, musí na něm i zemřít. Samozřejmě může, ale nemusí.

Většina nemocných, nejčastěji s nádorovým onemocněním, využívá hospic velmi účelně. A co je nesmírně důležité, přicházejí na krátkodobé, zpravidla opakované pobyty zcela svobodně a dobrovolně, tehdy, kdy oni sami cítí, že je to pro ně dobré. Když vidí, že doma se to už dobře nezvládá, a přitom pobyt v nemocnici není nutný.

Důraz je kladen na kvalitu života a pokud není zdravotní důvod k celodennímu ležení v pyžamu v posteli, nemocný se ráno oblékne do svých šatů a může se pohybovat jak v objektu hospice, tak, s vědomím personálu, i mimo něj. Pokoje se dají nazývat ložnicemi, protože schopnějším pacientům opravdu mohou sloužit jen k přespaní, nebo jako azyl, když chtějí být zrovna sami.

V popředí je snaha, aby hospic nemocnému připomínal více domov než nemocnici. Tomuto požadavku je přizpůsobeno i vybavení hospice. Navíc jsou zde nejrůznější pomůcky, které usnadňují nemocnému každodenní život a sestřím fyzickou námahu – polohovací lůžka, zvedáky, pojízdné vany. Všechny prostory hospice jsou bezbariérové. V hospici se dává přednost těm pacientům, u nichž lze předpokládat, že jejich nemoc v brzké době povede ke smrti. Takovým nemocným je hospic určen především. (Svatošová, 1999, s.127)

3.3. HOSPICE VE SVĚTĚ A U NÁS

Kolébku hospicového hnutí je Velká Británie. Tam se někdy po druhé světové válce zrodila v hlavě zdravotní sestry Cecilly Saundersové myšlenka hospice. Po vystudování medicíny založila St. Christopher hospic., známý dnes po celém světě. Myšlenka obletěla celý civilizovaný svět, kde v současné době je kolem dvou tisíc hospiců. St. Christopher hospic zajišťuje odbornou metodickou službu pro zájemce ze všech světadílů. Hospice ve světě mají podle místních podmínek různé formy, ale jejich myšlenka je stejná. Tam, kde je menší zaměstnanost žen, jsou i dobré podmínky pro domácí formu hospicové péče. Ta převládá v USA, ovšem ani tam nestačí vždycky. Potřebuje-li nemocný lůžko, jsou tu „ošetřovatelské domy“, které se u nás v padesátých letech nerozumně zrušily. Dodnes schází. Povzbudivé je i to, že všude, kde vznikly hospice, bylo časem zaznamenáno výrazné zlepšení péče pro umírající i v nemocnicích.

Jaká forma hospicové péče se v které zemi rozvine, záleží také na místních zákonech a v neposlední řadě na způsobu financování zdravotní péče. Tak např. v Itálii za hospicovým pacientem přijede až do bytu (podle potřeby) kdokoliv z hospicového týmu, včetně lékařů specialistů. Kvalita života nemocného má přednost před ekonomikou. Zřejmě si tam někdo spočítal, že každý umírá jen jednou a nikoho to nemine. Takže – na kom chceme šetřit? (Svatošová, 1995, s.133)

Vznik hospiců u nás se datuje od roku 1993, kdy MUDr. Marie Svatošová založila Občanské sdružení pro podporu domácí péče a hospicového hnutí s výstižným názvem *Ecce homo*. Nezaměnitelná podobnost trpících pacientů s trpícím Ježíšem, nad kterým vyřkl Pilát Ponský právě ono slavné „*Ejhle člověk!*“ je zřejmá. Umírající je často v tak ubohém stavu, že v něm ostatní zcela neprávem přestávají vidět člověka. Nadace *Ecce homo* chce prosazovat práva pacientů a úctu k lidskému životu od jeho početí až do přirozené smrti a chce podporovat rozvoj hospicového hnutí a domácí péče po celé republice. (Hermanová, 2002, s. 37)

První hospic v České republice je Hospic Aněžky České v Červeném Kostelci u Náchoda. Další hospice byly postupně budovány a uváděny do provozu. Dnes jsou již zřízeny tyto hospice :

Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Brně - zajišťuje lůžkovou péči, ambulantní péči, lůžkovou a ambulantní rehabilitaci, sociální péči, pomoc psychologa a má i vzdělávací centrum.

Hospic Anežky České v Červeném Kostelci – zajišťuje lůžkovou péči, denní pobyty, poradenskou činnost, transport nemocných, stáže odborníků i laické veřejnosti.

Hospic Štrasburk v Praze – zajišťuje lůžkovou péči, domácí hospicovou péči od roku 2001, na vyžádání služby klinických psychologů, psychiatrů, služby psychoterapeuta, služby spirituální, služby sociálních pracovníků.

Hospic sv. Štěpána v Litoměřicích – je zde lůžková péče, zajišťují domácí hospicovou péči, půjčování pomůcek, poradenství, stáže pro studenty.

Hospic sv. Lazara v Plzni – zajišťuje lůžkovou péči, denní stacionáře, domácí hospicovou péči a půjčovnu pomůcek.

Hospic na Svatém Kopečku Olomouc – je zde lůžková část.

Cesta domů – domácí hospicová péče, půjčování pomůcek.

Jiná zařízení, která se věnují otázkám hospiců a jejich poslání :

Česká katolická charita – je to agentura domácí péče, charitativní služby pro lidi v nouzi, Dobrovolnické hospicové hnutí v Charitě Ostrava – zahrnuje domácí hospicovou péči, školení dobrovolníků, Jednotka paliativní péče nemocnice TRN v Praze je to paliativní oddělení nemocnice. Dále jsou to tato zařízení – Centrum rozvoje hospicové péče, Ecce homo, Sdružení pro podporu domácí péče a hospicového hnutí, Národní centrum domácí péče ČR - zde se vydávají odborné publikace, Sdružení poskytovatelů hospicové péče v ČR, Společnost pro studium a léčbu bolesti v Praze, Sekce paliativní medicíny Praha, IAHPIC – Mezinárodní asociácia pre hospic a paliatívnu starostlivosť, EAPC – Európska asociácia paliatívnej starostlivosti.

Zařízení, která se projektují :

Hospic sv. Alžběty v Brně, Hospic v Mostě, Citadela – dům hospicové a respitní péče ve Valašském Meziříčí, Hospic Havlíčkův Brod, Hospic v Chrudimi, Hospic v Čerčanech, Dětský hospic v Malejovicích.

3.4. PALIATIVNÍ PÉČE

Definice Britského hospicového sdružení 1987 :

Paliativní péče je péčí o nemocné s aktivním, progredujícím a pokročilým onemocněním. Délka života je u těchto nemocných omezená a cílem léčby je kvalita jejich života.

Definice Světové zdravotnické organizace z roku 1990 :

Paliativní péče je aktivní celková péče o pacienty, jejichž onemocnění neodpovídá na kurativní léčbu. V popředí stojí léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako mírnění psychologického, sociálního a duchovního strádání nemocných. Cílem paliativní péče je dosažení co nejlepší kvality života pro pacienty a jejich rodiny. Řada aspektů paliativní péče je aplikovatelná i u nemocných v časnějších stádiích nemoci, tedy současně s proti nádorovou léčbou.

Paliativní péče : ...pohlíží na smrt jako na přirozenou součást života, ...usiluje o vytvoření podpůrného systému, který nemocnému umožní žít co nejaktivněji až do smrti, ...nabízí podporu pacientově rodině (blízkým) v průběhu pacientovy choroby a ve fázi truchlení po pacientově smrti.

Definice SZO z roku 2002 :

Paliativní péče je označení pro přístup, jenž usiluje o zlepšení kvality života pacientů a jejich rodin, kteří čelí život ohrožující nemoci. Cílem je prevence a mírnění utrpení prostřednictvím včasného zachytu, dobrého zhodnocení a mírnění bolesti a dalších obtíží v oblasti tělesné, psychické, psychosociální a duchovní ...Paliativní péče je aplikovatelná od časných stádií průběhu a léčby onemocnění, současně s ostatními léčebnými modalitami.

Paliativní¹⁹ péče je moderní a celosvětově se rychle rozvíjející typ péče, která nabízí umírajícím a jejich blízkým účinnou pomoc tam, kde prostředky běžných léčebných postupů, ale také síly a schopností nejbližšího okolí velmi často selhávají.

Moderní paliativní péče se neodvrací od nevléčitelně nemocných, ale chrání jejich důstojnost a klade důraz na kvalitu života. Dokáže úspěšně zvládat bolest a další průvodní jevy závěrečných stadií smrtelných onemocnění. Je založena na spolupráci a integruje v sobě medicínské, psychologické, sociální a spirituální aspekty. Vychází důsledně z individuálních přání a potřeb pacientů, respektuje jejich hodnotové priority a chrání právo pacienta na sebeurčení. Zdůrazňuje význam rodiny a nejbližších přátel pro nemocné. Nevytrhává nemocné z jejich přirozených sociálních vazeb, ale umožňuje jim, aby poslední období života prožili ve společnosti svých blízkých a v důstojném a vlídném prostředí. Nabízí všestrannou účinnou oporu příbuzným a přátelům umírajících a pomáhá jim zvládat jejich zármutek i po smrti blízkého člověka. Vychází ze skutečnosti, že existuje zásadní rozdíl mezi špatnou a kvalitní péčí o umírající a že umírání nemusí být provázeno strachem, nesnesitelnou bolestí, nesmyslným utrpením, opuštěností a ztrátou důstojnosti.

Přesvědčivým svědectvím o tom, že kvalitní a systematicky budovaná paliativní péče se může stát cestou k radikálnímu zlepšení péče o umírající a jejich rodiny, je její velmi rychlý rozvoj ve světovém měřítku.

Paliativní péče je jednou z prioritních oblastí rozvoje zdravotnictví a sociální péče. Světová zdravotnická organizace považuje již od začátku devadesátých let dvacátého století rozvoj kvalitní paliativní péče za jednu ze svých priorit. Rozsáhlá autoritativní studie „Priority Areas for National Action“, kterou na počátku roku 2003 vydal v USA respektovaný Institute of Medicine of the National Academy, klade rozvoj paliativní péče mezi šest nejdůležitějších prioritních okruhů zdravotní péče v prvních desetiletích dvacátého prvního století. Význam paliativní péče a právo pacienta na komplexní paliativní péči vyzdvihlo také v roce 1999 Parlamentní shromáždění Rady Evropy ve svém dokumentu 1418 „Ochrana lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných“. (Hospicové občanské sdružení, 2003, s. 5)

Česká republika za vývojem paliativní péče ve vyspělých zemích silně zaostává. Kvalitní paliativní péče v ČR existuje, je však dostupná pouze minimálnímu počtu občanů. A to navzdory obětavé práci mnohých zdravotníků i dalších průkopníků paliativní péče a dlouhodobému programu, kterým Ministerstvo zdravotnictví ČR podporuje výstavbu hospiců. V současné době působí na území ČR sedm lůžkových hospiců, které nemohou ani v nejmenším pokrýt potřebu paliativní péče. Domácí paliativní péče je v naprostých začátcích. Většina nemocných ani zdravotnického personálu se s kvalitní péčí nesešla a mezi odbornou i laickou veřejností převažuje tendence se této bolestné problematice vyhýbat. Příčin tohoto velmi neuspokojivého stavu a s ním spojeného zbytečného utrpení je nepochybně mnoho, zatím však nebyly na veřejnosti dostatečně zřetelně pojmenovány a úsilí o jejich překonání se prosazuje pouze velmi pomalu.

¹⁹ paliativní (palliative) – ulevující, útěšný

Pojmenovat přesně všechny hlavní současné nedostatky paliativní péče a překážky jejího rozvoje je úkolem projektu Idea. Mezi současné největší překážky rozvoje péče o umírající patří nedocenení paliativní péče, špatná znalost jejích postupů a nevyhovující odborná příprava zdravotníků.

Navzdory některým zlepšením v posledních letech a obětavé snaze mnohých lékařů a sester zůstává péče o terminálně nemocné stále stranou hlavního zájmu většiny zdravotníků. Řada lékařů a sester bohužel nezná, nebo neumí, prakticky uplatnit zásady léčby projevů terminálních onemocnění, kontroly bolesti, komunikace s terminálně nemocnými a jejich blízkými. Mnoho zdravotníků neví nebo nevěří, že současná medicína je schopna zvládat prakticky každou bolest bez ohledu na diagnózu a věk nemocného. Pacienti přitom mají nepochybně právo tuto účinnou léčbu bolesti vyžadovat. Standardní odborná příprava lékařů, sester, klinických psychologů a dalších profesionálů nevěnuje zatím problematice paliativní medicíny dostatečnou pozornost a neexistuje ucelený systém dalšího vzdělávání v této oblasti. Nejen naprostá většina celé populace, ale také velká část zdravotnického personálu neměla možnost zažít odborně i lidsky zvládnutou péči o umírající a jejich blízké. Není tedy divu, že velká část zdravotníků umírání svých pacientů a utrpení s ním spojené nedokáže lidsky citlivě, a odborně kvalifikovaně řešit, a raději se k němu obrací zády.

Je zde nedostatečná informovanost občanů o možnostech péče o umírající a neochota společnosti se těmito palčivým otázkám věnovat. Nedostatky v péči o umírající, které mají své kořeny v minulých desetiletích, jsou sice mnohými občany naší země bolestně pociťovány, na veřejnosti však nejsou dostatečně reflektovány a kroky k jejich odstranění se nestaly jednou z dlouhodobých priorit státních orgánů, politických stran ani místních samospráv. Péče o terminálně nemocné není ani ze strany tvůrců zdravotní politiky, ani ze strany médií považována za dlouhodobě důležitou, ačkoli její nevyhovující stav dříve nebo později dolehne na většinu občanů a neúměrným způsobem zatěžuje zdravotní systém. Veřejná diskuse na toto téma je nedostatečná, a pokud existuje, má velmi často podobu nepřiliš plodné vyhocené konfrontace odlišných názorů, nepodložených odpovídajícími a pravdivými fakty.

Jednou z překážek pro rozvoj paliativní péče je omezující a nemotivující legislativní rámec paliativní péče. Ta není dostatečně zakotvena v našem právním řádu a současný zdravotně-sociální legislativní rámec nepodporuje, či dokonce znemožňuje důstojnou péči o terminálně nemocné. Především péče o umírající v domácím prostředí naráží na mnoho překážek a některá legislativní ustanovení vedou k tomu, že bolest a další symptomy terminálních onemocnění nejsou náležitě léčeny. Naprosto nedostatečně jsou chráněna práva a důstojnost umírajících pacientů.

Bohužel je zde i nedostatečná podpora rodin, které by chtěly o umírající pečovat. Terminálně nemocní a jejich rodiny se velmi často oprávněně cítí ostrčené, neboť problematice současného stavu péče o umírající není věnována dostatečná pozornost. Chybí zákonná úprava umožňující rodinným příslušníkům pečovat o umírajícího člena rodiny, nejlépe s přiměřenou náhradou ušlé mzdy, minimálně však alespoň bez obav ze ztráty zaměstnání. Schází síť dostatečně efektivní domácí pečovatelské a ošetrovatelské péče, která by poskytla rodinám lidskou i odbornou podporu a umožnila jim péči o jejich umírajícího blízkého v domácím prostředí. Důsledkem těchto nedostatků je, že mnoho pacientů tráví závěr života v nemocnicích proti svému přání na finančně nákladných a tomuto účelu naprosto nevyhovujících lůžkách. Příbuzní těchto nemocných jsou pak často dlouhodobě vnitřně traumatizováni tím, že nebyli schopni svým blízkým nabídnout lepší alternativu a respektovat jejich přání a že jim nebylo dopřáno je doprovázet a rozloučit se s nimi.

Překážkou je i nevyhovující financování paliativní péče. Ačkoli Ministerstvo zdravotnictví ČR dlouhodobě podporuje výstavbu lůžkových hospiců, zůstává finanční podpora paliativní péče ze strany státních orgánů stále nedostatečná a není systémově řešena. Současné financování lůžkových hospiců je příliš závislé na nesystémových zdrojích, což

opakovaně vede k finančním obtížím a znemožňuje dlouhodobější rozvoj těchto institucí. Zdravotní pojišťovny nezohledňují specifický charakter paliativní péče a odbornou domácí paliativní péči není zatím možné hradit z fondů zdravotních pojišťoven vůbec. Zahraniční výzkumy přitom dosvědčují, že posílení domácí paliativní péče přináší nejen zlepšení kvality života, ale také výrazné ekonomické úspory. Fundovaná ekonomická analýza aplikovatelná na prostředí českého zdravotnictví nebyla doposud nikdy vypracována. (Hospicové sdružení, 2003, s. 6)

Česká republika se stále nachází v počátečních fázích k plnému začlenění paliativní péče do zdravotního a sociálního systému. V některých ohledech má Česká republika v oblasti paliativní péče oproti Velké Británii či USA nejméně patnáctileté či možná ještě větší zpoždění. Vždyť i první hospic u nás vznikl s třicetiletým zpožděním. Navíc rozvrat některých kulturních hodnot, k němuž vedlo dlouhé období komunistického režimu, způsobil škody, které se nedají měřit léty. Díky několika fungujícím paliativním zařízením, a díky snaze mnohých dalších zdravotníků a dobrovolníků, se v posledních letech nemálo občanům naší země dostalo skutečně kvalitní paliativní péče. Pro většinu občanů je však zatím kvalitní paliativní péče nedostupná.

Mnohé přitom svědčí o tom, že naše republika se v tuto chvíli nachází v klíčové fázi proměny péče o umírající a že před ní stojí úkol přejít ke kvalitativně nové fázi péče o umírající. Na tom, jak se tento přechod zdaří či nikoli, do značné míry závisí i podoba a kvalita péče o umírající v nadcházejících letech a desetiletích. Na druhé straně je zapotřebí vyvarovat se nebezpečí administrativního plošného zavedení paliativní péče. Takový postup by s největší pravděpodobností nepřinesl skutečnou proměnu kvality péče o umírající, ale pouze změnu názvu některých současných zařízení. A ve svém konečném důsledku by znamenal potlačení moderní paliativní péče v očích odborné i laické veřejnosti a vedl by k promarnění velké šance jak předejít zbytečnému utrpení umírajících. Skutečné zlepšení péče o umírající se nepochybně neobejde bez administrativních změn. Ty však musí pouze vytvářet vhodné rámce pro rozšíření vysoké kvality paliativní péče a porozumění jejím přednostem, nejen mezi zdravotníky, ale i mezi nejširší veřejností. Taková změna však nepochybně nemůže proběhnout ze dne na den, ale je záležitostí dlouhodobé proměny. (Hospicové občanské sdružení, 2003, s. 7,8)

„Pokud jste už někdy byli u umírajícího, pak víte, že člověka, který stojí blízko smrti, bereme vážně. Nasloucháme-li slovům umírajícího, nejsou už naše reakce tak povrchní a nerozvážené a při čtení závěti, do níž člověk tváří v tvář poslednímu velkému kroku vložil své myšlenky a poslední vůli, se ztišíme. A tušíme něco z velikosti každého bytí. Vidíme člověka ve světle, v jakém jsme ho ještě nikdy neviděli. Zapadající slunce může všední scénu proměnit v nesmazatelnou vzpomínku.“ Reinhold Stecher

3.5. HOSPICOVÁ PÉČE A PŘÍNOS PRO SPOLEČNOST

Bez ohledu na to, zda je hospicová péče poskytována ve specializovaném lůžkovém zařízení, v prostředí domácím anebo kdekoliv jinde, vždycky je ve svých důsledcích přínosem pro celou společnost. Podmínkou ovšem je, aby tato péče byla skutečně komplexní. To znamená, že musí zohledňovat nejen tělesné, ale také psychologické, sociální a spirituální potřeby nemocného a také jeho nejbližšího okolí.

Dotýká se **rodiny pacienta**. Z psychologie víme, že ztráta životního partnera, nebo jiné blízké osoby je považována za největší stresor. Tím vždycky zůstane. O příčinné souvislosti

mezi stresem a celou řadou vážných chorob není pochyb. Věnuje-li se tedy personál hospice systematicky blízkým osobám svých pacientů a připravuje-li je včas a šetrně na přijetí budoucí ztráty, může nežádoucí vliv stresu významně omezit. To se nutně musí v budoucnu projevit na zdravotním stavu těchto lidí, i když by jistě bylo obtížné to nějak statisticky podchytit. Obdobný pozitivní vliv má i osvěta, k níž jsou za této situace příbuzní pacienta obvykle vnímavější. (Svatošová, 2004, s. 2)

Ošetřující lékař, který dokáže sám nemocnému zajistit nebo alespoň zprostředkovat ve správnou chvíli kvalitní hospicovou péči, profituje také, a to nejméně dvakrát. Rozhodně to posílí důvěru pacienta, ale i důvěru pacientovy rodiny, případně dalších zúčastněných osob, tedy stávajících nebo potencionálních klientů příslušného lékaře. A co není zanedbatelné, lékař v takovém případě určitě nebude chápat smrt pacienta jako svoje selhání a tím i on bude uchráněn přemíry stresu. Navíc je pravděpodobné, že prožije oprávněnou a zaslouženou radost z toho, že pro kvalitu života nemocného udělal maximum. Radost tohoto druhu je skvělou prevencí syndromu vyhoření a navíc, prostřednictvím endorfinů, chrání i zdraví lékaře, případně ostatních zdravotníků.

Zmírnění stresu a tudíž menší nemocnost u pojištěnců, kteří přežijí pacienta se dlouhodobě promítne dokonce i ve výdajích pokladen **zdravotních pojišťoven**. Zkušenosti z britských hospiců však potvrzují ještě jiný druh úspor. Lékař, který se dobře orientuje v možnostech paliativní medicíny, neprodukuje alibisticky často velmi drahou proti nádorovou léčbu, ukáže-li se jako neúčinná. Protože má co nabídnout, jedná mnohem racionálněji. I když moderní a velmi účinné léky používané dnes v paliativní medicíně také nejsou zrovna levné, obvykle jsou levnější než další kúry chemoterapie. Zvláště velký finanční efekt je zaznamenán v případě domácí formy hospicové péče.

Z výše uvedeného vyplývá nezpochybnitelný preventivní význam komplexní hospicové péče. I když výsledek není okamžitý, po určité době se musí projevit nižší nemocností a jistě i nižší invalidizací populace, což se **státu** vyplatí nejen na daních.

Asi jenom ten, kdo přišel s hospicem do styku osobně a bezprostředně, dovede ocenit jeho mimořádný přínos pro společnost. Jde především o posílení mezilidských vztahů, často o jejich ozdravení, někdy i po desetiletích. Vnouchata umírajících pacientů nejsou pouze svědky těžkých chvil v rodině, ale procházejí zde skutečnou vysokou školou života. A rodiče, kteří jim dali příklad, mají naději, že ano oni jednou nebudou umírat opuštěni. Hospic není snadná škola. Pro nikoho. Ale každého „absolventa“ vybaví do dalšího života něčím nesmírně cenným, něčím, co by v žádných tlustých knihách nevyčetl. V hospici si každý nějak víc uvědomí především osobní zodpovědnost za svůj život, za jeho naplnění. A to není málo. (Svatošová, 2004, s. 3)

3.6. HOSPIC JAKO ALTERNATIVA EUTANAZIE

„Lékař může vyléčit někdy, ulevit často, potěšit vždycky.“ (Dr. Hutchinson, 19.stol., USA)

Nejen eutanazie, ale sama žádost o ni znamená selhání. Selhání lékaře, selhání společnosti, selhání okolí žadatele nebo žadatele samotného. Zkušenosti posledních měsíců ukazují, že kluzký svah, zdůrazňovaný často v souvislosti s eutanazií, státní hranice nerespektuje a je třeba se mít na pozoru. Asi před dvěma roky Český rozhlas marně hledal jednoho lékaře, který by v živém vysílaném dialogu obhajoval aktivní eutanazii. Tehdy se k tomu nikdo z lékařů nepropůjčil. Avšak bezprostředně po schválení zákona o beztrestnosti lékaře v Nizozemí to už problém nebyl. Mladý český lékař, za určitých okolností schopný usmrtit svého pacienta, svůj postoj v tomto celorepublikovém

médiu hrdě a bezostyšně prezentoval jako „právo“, jako „pokrok“, jako „vymoženost“. A spolu s ním se na kluzkém svahu, bohužel nechtěně, ocitli všichni jeho kolegové. Všichni totiž musíme počítat s tím, že dříve nebo později na nás může být vyvíjen nátlak, abychom ze svých zásad ustoupili. Tomu se musíme bránit. (Svatošová, tisková konference, 2001, s. 2)

Většina z nás se asi shodne na tom, že široká laická veřejnost v našich zemích zdaleka není připravena na vážnější diskusi o eutanazii, tím spíše ne na referendum o ní. K něčemu takovému by proto nemělo dojít. Lékařská veřejnost je však pod vlivem různých tlaků nucena čas od času se nad touto otázkou zamýšlet, tříbit si názory a ujasňovat pojmy.

Každý má právo na vlastní názor, ale také má právo na solidní informace. Lidem, kteří hlasují pro eutanazii, tyto informace často chybí. Zpravidla argumentují nesnesitelnou bolestí, protože mají zkušenosti z let minulých, kdy prostředky pro léčbu bolesti nebyly dosažitelné. A nebo i byly, ale nebývaly aplikovány v dostatečné dávce a hlavně nebývaly podávány plynule. Dnes prakticky neexistuje bolest, se kterou by si vzdělaný lékař, případně specialista na léčbu bolesti, nedokázal poradit. Je taky zajímavé, že o právu na eutanazii nejvíc mluví lidé mladí a zdraví, zatímco smrtelně nemocní v hospici o ni nežádají. Opakovaně se přesvědčujeme, že jsou-li u nemocného uspokojeny všechny jeho potřeby – tělesné, psychické, sociální i duchovní – ani ho něco tak absurdního nenapadne. A obráceně – pokud bychom se se žádostí o eutanazii přece jen setkali, vždycky to pro nás musí být výzva ke zpytování svědomí. Nikoliv pacientova, ale našeho, protože to svědčí o tom, že jsme některou oblast péče o něj nezvládli.

I když se vyvarujeme dosavadních chyb, zastánci eutanazie nevyumizí. Fyzická bolest bývá často v diskusích o eutanazii používána jako hlavní argument, ale ve skutečnosti jde o dobře promyšlený zastírací manévr. Je to typické zvláště pro lidi, kteří nepochopili život jako úkol, jako jedinečnou příležitost, jako osobní, nezaměnitelné poslání. Bohužel mnoho lidí tento „objev“ udělá teprve na smrtelné posteli. To je společná zkušenost všech hospiců na světě. Kdo vidí smysl života pouze v úspěchu, mít se dobře, užít si, prostě jde mu více o to „mít“ než „být“, ten se snadno může dostat do situace, kdy už je životem otrávený, znuděný, už od něj nic nečeká. Vůbec nepochopil, že je tomu obráceně. Nikoliv co my čekáme od života, ale co život čeká od nás – tak musí otázka znít, říká Viktor Emanuel Frankl a má hlubokou pravdu.

Každou žádost o eutanazii je nutno chápat jako volání S.O.S. V hospici platí zásada, pomáhat ano, pomáhat ke smrti ne. Hospic není ani tolik o smrti, jako o životě. O co nejplnějším a nejbohatším životě až do konce. O umění v pravou chvíli dovolit odejít. Rozpoznat tu správnou chvíli, kdy už je třeba nemocnému dovolit odejít a nenutit ho křečovitě k životu, to od lékaře vyžaduje vysokou odbornost, ale i odvahu a velkou pokoru. Prostě přiznat si limity. Nebudeme-li zbytečným direktivním chováním našim nemocným umírání ztěžovat, nebudou se dožadovat uzákonění eutanazie a budou umírat klidně a důstojně. Vzdáleným cílem je prosadit co nejvíce z myšlenky hospice i mimo zdi hospiců, všude, kde lidé umírají – v nemocnicích, domovech důchodců, ústavech, domácnostech... (Svatošová, tisková konference, 2001, s. 4)

III. PRAKTICKÁ ČÁST

1. CÍLE ŠETŘENÍ

Cílem šetření je snaha popsat, jaká je možnost v naší společnosti se připravit na důstojný odchod ze života. Předpokládáme, že zjistíme 40% neinformovanost společnosti o poslání a funkci hospiců.

Druhým cílem je zjistit, jaké jsou kladeny nároky na zaměstnance hospiců. Předpokládáme, zjištění, že 80% zaměstnanců hospice častěji odchází z tohoto zaměstnání (syndrom vyhoření).

Třetím cílem práce je porovnat, jak je v naší společnosti vnímána smrt v porovnání se zaměstnanci hospiců a ostatními členy naší společnosti. Předpokládáme, že zjistíme rozdíl v chápání smrti mezi zaměstnanci a ostatními členy společnosti.

2. METODY ŠETŘENÍ

Slovo metoda má řecký původ – označovalo cestu k cíli. Metody jsou nástroje, jejichž pomocí se získávají a vyhodnocují empirická data. Určité zákonitosti mají zpravidla povahu pravděpodobností. Všechny údaje, získané jakoukoliv metodou se musí vztahovat k jevu, který byl předmětem výzkumu. Výzkumu se účastní pouze část jedinců, to je reprezentativní vzorek. Výběr těchto jedinců se provádí náhodně, všichni mají stejnou pravděpodobnost, že budou zvoleni.

Rozhovor – je to nejužívanější výzkumná a diagnostická metoda, která spočívá v dotazování. Využila jsem ho při pobytu v nemocnici, v domově důchodců a v hospici. Otázky byly zaměřeny na zkoumaný problém. Podle zjištěných skutečností jsem vyhodnotila zjištěné informace a shrnula do daných cílů celé práce.

Pozorování – patří mezi nejstarší psychologické metody, založené na sledování chování jiných lidí. Je vždy výběrové, zaměřené na určitou činnost jedinců. Je vždy subjektivní, tedy ovlivněno pozorovatelem, jeho postoji, pozorností. Využila jsem příležitostné pozorování při pobytu v hospici, na jednotlivých odděleních nemocnice. Mou snahou bylo docílit nezaujaté pozorování. Jsem si vědoma, že při této metodě dochází často k nejrůznějším chybám. Je to chyba přesnosti, shovívavosti, může zde být i efekt prvního dojmu. Nelze se někdy vyvarovat i logických chyb či nedodržení role pozorovatele. Tato metoda je považována za méně spolehlivou.

Dotazníková metoda - je způsob šetření, při kterém jsou potřebné informace od zkoumaných osob získávány písemně prostřednictvím otázek, na předtištěném formuláři. Výhodou této metody je možnost získání potřebných informací od velkého počtu respondentů, v průběhu krátké doby. Negativní stránkou může být zkreslení odpovědí, či neochota vyplňování a vrácení dotazníků. Dotazník byl hlavně zaměřen na vnímání smrti, mezi různými věkovými skupinami.

3. ŠETŘENÝ VZOREK

Pro výzkum jsem zvolila metodu pozorování a popis, volný rozhovor. Dotazování byli zaměstnanci nemocničních oddělení, Léčebny pro dlouhodobě nemocné, malý počet byl i z Domovů důchodců. Celkový počet oslovených byl asi dvacet zaměstnanců. Ne každý chtěl hovořit o tématu důstojné umírání. I tento malý počet dotázaných považuji za úspěch. Nejvíce dotázaných bylo z onkologického oddělení, interního oddělení, domovů důchodců a léčebny pro dlouhodobě nemocné. Využila jsem také vlastních zkušeností.

Pro zjištění a zmapování podmínek zaměstnanců hospiců jsem zvolila volný rozhovor, který se uskutečnil přímo v Hospici Sv. Štěpána v Litoměřicích. Na mé dotazy odpovídala vrchní sestra hospice. Otázky se týkaly zaměstnanců hospice, smrti, důstojného umírání, eutanazie.

Pro další splnění cíle, daného tématu, jsem využila dotazník vlastní konstrukce. Obsaženo bylo celkem dvanáct otázek, které se týkaly znalostí ohledně hospiců, to bylo sedm otázek. Další otázky byly směřované na vnímání smrti, (čtyři otázky), jedna otázka byla informativní ohledně věku respondentů.

Celkem bylo rozdáno 150 dotazníků, z toho bylo 120 dotazníků vráceno. Pro účely této práce je vzorek 120 považován za 100%. Věková kategorie respondentů byla od 15 let do 46 let a výše. Dotazníky byly rozdány na středních školách, na vyšších školách, mezi známými, mezi náhodné obyvatelstvo, v rodině. Vzhledem k menšímu počtu respondentů, považuji výsledky dotazníku pouze za informativní

4. SAMOTNÝ VÝZKUM

Cíl : Jaká je možnost v naší společnosti se připravit na důstojný odchod ze života.

Celé šetření je zaměřeno na Ústecký kraj. Metodou pozorování a popisu, i volného rozhovoru, jsme dospěli k následujícím zjištěním.

Míst, kde člověk může zemřít je mnoho. Otázkou však zůstává, zda tento odchod ze života je důstojný. Nemocnice, jejich lůžkové části, domovy důchodců, léčebny pro dlouhodobě nemocné a další instituce, kde se umírá. Personál těchto institucí je převážně zdravotnický a ošetrovatelský. Zeptali jsme se zdravotnického personálu co znamená „důstojné umírání“ a „dobrá smrt“. Co chápou pod pojmem „dobrá péče o umírající a jejich blízké“. Ptali jsme se na onkologickém oddělení Masarykovy nemocnice a na lůžkové části interního oddělení (lůžka sociální hospitalizace) téže nemocnice. Na lůžkové části interního oddělení (sociální hospitalizace) leží převážně pacienti, u kterých se nepředpokládá uzdravení, a nemají vyřízenou žádost do Domovů důchodců, nebo nemohou být v domácím ošetření, protože se o ně nemá kdo starat. Proč v těchto případech není využito různých institucí, které pomáhají při péči o nemohoucí přímo doma, jsem se blíže nezajímala, protože to nebylo předmětem mého šetření.

Zdravotníci hodnotí stávající úroveň péče o umírající za spíše špatnou, nebo špatnou. Je zde snaha ze strany lékařů a dalšího personálu selhávající životní funkce zvrátit, ve prospěch medicíny. Dochází tak k nepřiměřeným léčebným postupům.

Důstojné umírání a dobrá smrt znamená : především **dobrou léčbu tělesných obtíží** (především **bolesti**). Zdravotníci zároveň přiznávají, že je stále velký počet lidí, kteří umírají s nedostatečně mírněnou bolestí. Není zde ani věnována dostatečná pozornost úzkosti pacientů, opuštěnosti, ztrátě důstojnosti, či ptaní se po smyslu života. Bohužel zdravotní personál není na to školený, je údajně příliš vytížený. Jsou zde i tendence snižovat počet personálu, z důvodu nedostatku finančních prostředků, na těchto odděleních se pracuje ve dvanácti hodinové pracovní směně. Velký počet pacientů, dlouhá, psychicky náročná směna neumožňuje zdravotnímu personálu se hlouběji zamýšlet nad psychickými potřebami a důstojností.

Přítomnost blízkých a známých lidí (přítomnost rodiny). Přítomnost příbuzných a přátel zabraňuje pocitu osamělosti a zbytečnosti. Přesto je domov uváděn zdravotníky jako nejlepší způsob důstojného umírání. Pacienti jsou zde informováni i o možnosti hospiců. Bohužel první otázka příbuzných, ale i pacientů je - „Kolik to bude stát“! I když někteří zvolí variantu hospicové péče, zůstává stále hodně pacientů, kteří to odmítnou. Bohužel i v těchto těžkých chvílích hrají peníze svou roli a také zkosnatělé myšlení lidí.

Ostatní faktory jako je **respekt k pacientově přání, uspokojení duchovních potřeb, smíření s rodinou, se smrtí, Bohem**, nad tím se nikdo moc nezamýšlí. Bohužel příznačné pro české zdravotnictví je, že mezi charakteristiky důstojného umírání a dobré smrti se ojediněle vyskytují témata související s pacientovou autonomií – respekt k jeho přání, možnost spolurozhodování o léčbě. V zahraničí to bývá samozřejmostí.

Kde jsou hlavní překážky dobré péče o umírající? Názory zdravotních pracovníků se lišily. Jedna z nejčastěji uváděných překážek jsou **nedostatečné znalosti a dovednosti**, jak lékařů, tak i sester v léčbě symptomů, ale i v komunikaci s umírajícím. Jsou zde nejasné kompetence a poslání některých zdravotnických zařízení (hlavně lůžkové části interního oddělení). Stává se, že terminálně nemocní jsou v mnoha zařízeních (nepatří sem onkologické oddělení) „**nezvaní hosté**“. Samozřejmě je to **nedostatečná** pozornost, která je věnována léčbě bolesti a ostatních symptomů. **Nedostupnost** některých léků a léčebných postupů – vysoká cena a **nevhodný** způsob úhrad ze strany zdravotních pojišťoven, obavy ze silných opioidů, obtíže se zajištěním náležité péče v některých prostředích, doma, nebo v Léčebně dlouhodobě nemocných. Co se týká uspokojování **duchovních** potřeb nemocných a jejich rodin, zde se zdravotníci vůbec **neorientují a nezabývají**. Dochází k tomu, že pacienti jsou na konci života zmatení.

Každým rokem u nás zemře mnoho desítek tisíc nemocných v důsledku onemocnění, kdy v konečné fázi dochází k narůstání tělesných a duševních obtíží. Poslední měsíce prožívá velká část nemocných ve zdravotnických a sociálních zařízeních. Tady sice o ně pečují profesionálové, kteří sami přiznávají, že jejich znalosti a dovednosti v péči o pokročile nemocné jsou nedostatečné, protože je to nikdo neučil. Velká část umírajících trpí nedostatečně mírněnou bolestí a ostatními symptomy.

V této části šetření jsem využila i svých zkušeností a poznatků ze své praxe zdravotní sestry.

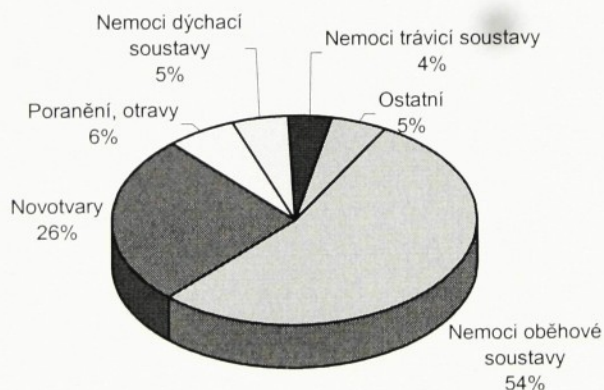
Můžeme se zde také podívat na nejčastější příčiny úmrtí v ČR. Jestliže před sto lety u nás byly hlavními příčinami úmrtí infekční onemocnění a úrazy, dnes stojí na prvním místě kardiovaskulární a cerebrovaskulární nemoci a novotvary. Česká republika patří podle tohoto

ukazatele jednoznačně do skupiny rozvinutých zemí. Nemoci oběhové soustavy a nádory bývají někdy pro svou souvislost se životním způsobem ve vyspělých zemích nazývány „civilizačními chorobami“.

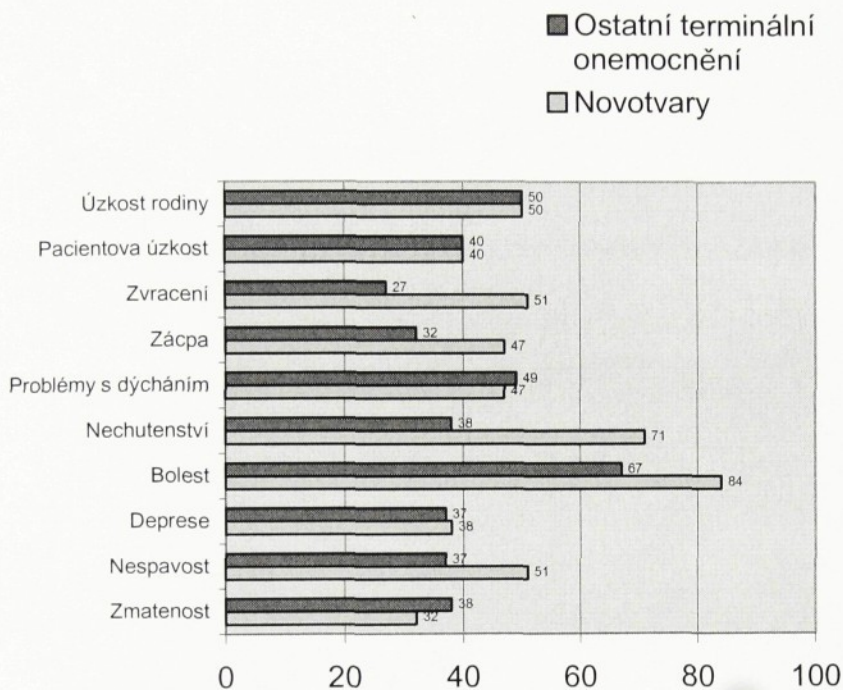
Poslední měsíce a někdy roky života působí tato onemocnění pacientovi výrazné obtíže (symptomy) a snižují jeho funkční zdatnost. Klinický obraz se v případě jednotlivých chronických nemocí poněkud liší. Přesto i neoncologičtí pacienti často trpí v posledních měsících života např. bolestí, dušností, kachexií či depresí. (www.svatosova/pece.htm.cz , 2004)

Graf číslo 1 - Nejčastější příčiny úmrtí.

- | | |
|---------------------------|---------------------------|
| ■ Nemoci oběhové soustavy | ■ Novotvary |
| ■ Poranění, otravy | ■ Nemoci dýchací soustavy |
| ■ Nemoci trávicí soustavy | ■ Ostatní |



Graf číslo 2 - Převahu problémů v posledním roce života.



Protože naším prvním cílem je zjistit možnosti důstojného umírání v Ústeckém kraji, zaměřila jsem se na hospice. Cíle a poslání hospiců již máme zmapované v teoretické části. Pro Ústecký kraj je zřízen Hospic Sv. Štěpána v Litoměřicích. V Mostě se teprve hospic buduje.

Hospic Sv. Štěpána v Litoměřicích

Hospic byl za nemalého úsilí všech zúčastněných otevřen v roce 2001. Za to patří dík především bývalé radě v čele s prim. MUDr. Františkem Pražákem. Hospic má za sebou nelehké období začátku. Potýkal se nejen s velmi složitou finanční situací, ale také s malým zájmem klientů, kteří nebyli správně indikováni, nebo jim nebyli ošetřujícími lékaři sdělovány objektivní informace. Situace se již změnila – hospic je dnes stále plně obsazen opravdu potřebnými klienty. Pravidelně, jednou za rok, se pořádají semináře pro odbornou veřejnost Den hospice, kde se šíří myšlenky hospice. Za to patří poděkování současnému vedení hospice – panu Pavlu Česačovi a primáři MUDr. Josefu Mališovi. Dík patří také mnoha dobrovolníkům, kteří věnují svůj volný čas a pomáhají zcela bez nároku na odměnu tam, kde je to nejvíce potřeba.

Z historie občanského sdružení.

Občanské sdružení pro hospice v Litoměřicích, které je zřizovatelem a provozovatelem hospice vzniklo registrací u Ministerstva vnitra ČR na podzim roku 1997. Zakládajícími členy byli : Róza Kašparová, Ivo Fidler, Tomáš Smolek a Miroslav Šantin. Po počátečních přípravných pracích se Sdružení na jaře roku 1998 rozrostlo na počet devatenácti členů, ředitelem sdružení byl zvolen a jmenován prim. MUDr. František Pražák, pod jehož vedením se hospice budoval a 2.2. 2001 byl slavnostně otevřen. Stálo to mnoho úsilí, osobní investice a nasazení, a za to patří bývalé Radě sdružení velký dík. V květnu 2001 byly na Valné hromadě sdružení schváleny nové stanovy a zvolena nová rada s větším počtem členů. Předsedou byl zvolen pan Miroslav Marek. Tato rada vypsalala výběrové řízení na místo ředitele hospice, v němž byl vybrán nynější ředitel pan Pavel Česal.

V současné době má sdružení sedmdesát řádných členů. Z nich zhruba polovina je výdělečně činných a přispívá na chod hospice částkou sto korun měsíčně. Každoročně se členové Sdružení scházejí alespoň jednou do roka na Valné hromadě, aby vyslechli zprávu o hospodaření za uplynulý rok a schválili rozpočet na další rok. (z výroční zprávy za rok 2002)

Využití lůžkové kapacity hospice.

Obložnost v roce 2001 byla 65,69%. Kapacita hospice je dvacet šest lůžek pro pacienty v terminálním stádiu nemoci, která je bezprostředně ohrožuje na životě. Na dvaceti dvou jednolůžkových pokojích je přistýlka pro doprovázejícího, který může v hospici neomezeně pobývat. Od zahájení provozu až do konce října roku 2003 se poskytly služby 564 pacientům, z toho 449 pacientů v hospici zemřelo, 92 bylo propuštěno zpět do domácí péče, nebo jiných zařízeních. Průměrná délka pobytu v hospici je třicet sedm dní. (K dnešnímu dni není vydaná Výroční zpráva hospice za rok 2003, proto chybí měsíc listopad a prosinec 2003).

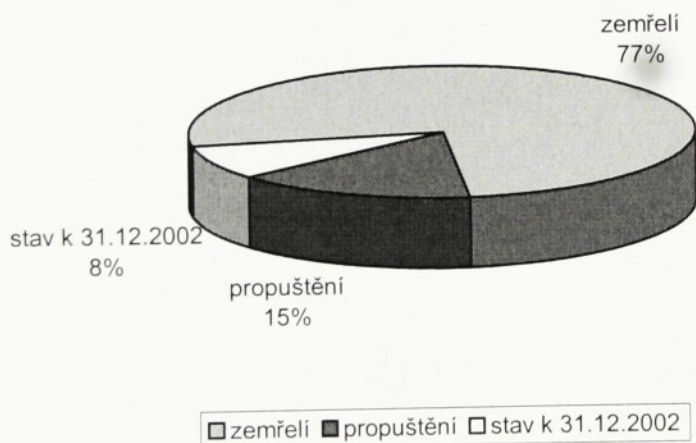
Tabulka č. 1 - Využití lůžkové kapacity v %.

Měsíc	2001	2002	2003
	%	%	%
Leden	-	73	84
Únor	14	90	92
březen	41	91	84
duben	57	88	93
květen	52	84	90
červen	60	88	85
červenec	79	78	93
srpen	88	78	93
září	87	79	84
říjen	73	79	72
listopad	73	90	
prosinec	74	92	
1. pololetí	44,6	84,6	88
2. pololetí	78,9	82,6	

V roce 2003 byla poskytnuta služba celkem 181 klientům. V roce 2002 to byly služby 227 klientům, z toho 114 klientů (50%) bylo z Ústeckého kraje, 63 klientů (28%) z Prahy a 50 klientů (22%) z ostatních krajů republiky. Z toho přímo z okresu Litoměřice byly poskytnuty služby 70 klientům. Průměrná doba hospitalizace pacienta na lůžku v minulém roce byla dvacet devět dní.

Graf číslo 3 - Poskytnutí služeb od roku 2001 do 31. 10. 2003.

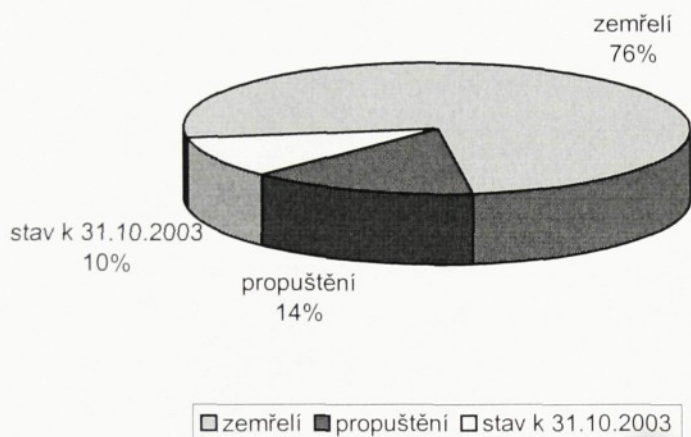
celkem	227
zemřeli	173
propuštění	35
stav k 31.12.2002	19



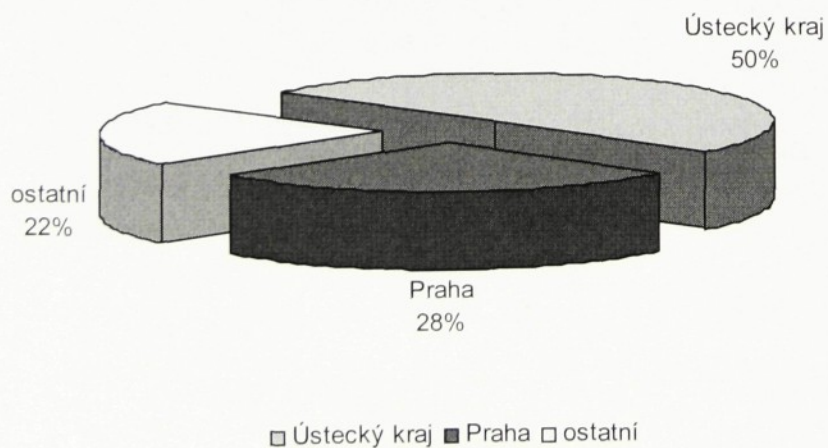
Stav k 31.10. 2003 je znázorněn na další stránce.

Pokračování grafu číslo 3.

celkem	181
zemřelí	137
propuštění	26
stav k 31.10.2003	18

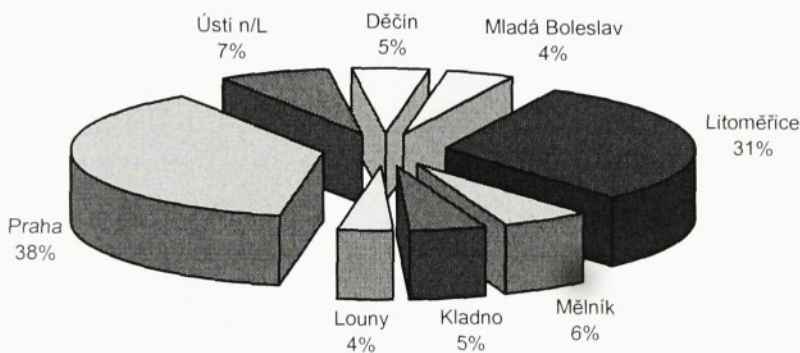


Graf číslo 4 – Zastoupení podle krajů za rok 2002.



Graf číslo 5 – Zastoupení podle okresů za rok 2002.

Okres	klientů
Praha	52
Ústí n/L	10
Děčín	7
Mladá	
Boleslav	6
Litoměřice	43
Mělník	8
Kladno	7
Louny	5



Praha
 Ústí n/L
 Děčín
 Mladá Boleslav
 Litoměřice
 Mělník
 Kladno
 Louny

Personální obsazení.

O pacienty, kteří jsou v terminálním stadiu nemoci se stará tým zkušených zaměstnanců. Lékaře řídí primář MUDr. Josef Mališ, který je zaměstnán na 0,2 úvazku. Na plný úvazek je zaměstnán MUDr. Sekera. V roce 2002 byli zaměstnáni na dohodu další tři externí lékaři. Neocenitelnou pomocnicí je i dobrovolnice MUDr. Eva Hvižďalová, která věnuje hospici svůj volný čas a bohaté osobní zkušenosti zcela bez nároku na odměnu. Jako důchodkyně je zde zaměstnána MUDr. Marie Svatošová, která nepracuje přímo v hospici, ale provádí v terénu přednášky a další osvětu. Pomáhá tak nejen hospici v Litoměřicích, ale celému hospicovému hnutí. Do příštích let bude snaha získat alespoň dva schopné lékaře na plný úvazek, protože co do počtu lékařů není situace ideální.

Je nutné vyzvednout práci zdravotních sester, ošetřovatelek a ošetřovatelů, kteří jsou každý den v hospici vystaveni tvrdé fyzicky a psychicky náročné práci, každý druhý den umírá jeden pacient a ostatní se na tuto cestu připravují. Náročná práce je i s blízkými umírajícími. Pod vedením vrchní sestry o pacienty pečují deset zdravotních sester se středním a vyšším zdravotním vzděláním a čtrnáct ošetřovatelek a ošetřovatelů.

Další zaměstnanci jsou v doprovodných službách - v kuchyni, prádelně, na úklidu, na recepci, v administrativě, zásobování a údržbě. Celkový počet zaměstnanců je čtyřicet dva.

Duchovní péče.

V hospici je kladen nemalý prostor i duchovním potřebám klientů. Při přijetí, a pobytu, se postupně zjišťují duchovní potřeby. Hospic se snaží zajistit duchovního příslušné církve, jestliže si to klient nebo rodina přeje. Hospicová kaple je k dispozici všem, a to v kteroukoliv dobu. Pravidelné bohoslužby zajišťují duchovní Katolické církve. V roce 2002 byla 110 těžce nemocným klientům udělena svátost nemocných, dva klienti byli v hospici pokřtěni.

Stáže a vzdělávání.

Proběhly zde stáže zdravotníků a ošetřovatelů z jiných pracovišť. Zkušenosti se předaly celkem třiceti třem stážistům, kteří v hospici pobývali různě dlouhou dobu, minimálně alespoň týden. Stážisté byli v hospici celkem sedmdesát týdnů.

I zaměstnancům hospice se umožňuje dosáhnout příslušného odborného vzdělání a odborného růstu ve své profesi. V roce 2002 navštěvovalo třináct sester Institut pro vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví kurz „Sestra v hospicové péči“. Dalších šest zaměstnanců se zúčastnilo Ostravských dnů podpůrné péče v onkologii, Brněnských dnů paliativní péče a dalších odborných seminářů a školení. Pořádají se i přednášky mladým medikům.

Dobrovolníci.

Jsou pro hospic nepostradatelní pomocníci. V roce 2002 bylo zaregistrováno dvacet dobrovolníků. Pomáhají podle svých schopností a možností v nejrůznějších oblastech. Někteří se věnují přímo klientům, pečují o ně, vytváří jim společnost, zařizují různé služby jako jsou nákupy a podobně, vyvázejí je na vozíčkách mimo hospic, nebo je doprovází na procházkách. Jiní dobrovolníci pečují o květiny, venkovní zeleň, sekají trávu, starají se o knihovnu, dělají co je potřeba. I pro dobrovolníky jsou pořádány odborné semináře. Mohou se setkat s psychology a dalšími odborníky, získají nové poznatky v péči o terminálně nemocné pacienty, naučí se jak s nimi komunikovat.

Další činnosti.

Péče o klienty nezahrnuje jen stránku zdravotní a ošetřovatelskou, ale i jejich stravování, praní prádla a úklid.

V kuchyni jsou zaměstnány dvě kuchařky, dvě pomocné síly a vedoucí, která zároveň obhospodařuje sklady potravin, zajišťuje objednávky zboží, spolu s dietní sestrou tvoří jídelní lístek a podobně. Vaří se tady pro klienty, doprovázející klientů a zaměstnance hospice. V roce 2002 se uvařilo 14 710 obědů, 8 597 večeří, 7 888 svačin, 8 268 snídaní. Kuchyň je v provozu denně (včetně sobot, nedělí a svátků). Denně se jedná průměrně o čtyřicet obědů. Vzhledem k tomu, že se nejedná o velké množství jídel, jsou náklady na kuchyň poměrně vysoké. Pro komfort klientů a okamžité reagování na aktuální stav, naordinované diety a podobně, je však udržení provozu vlastní kuchyně nezbytné. Byla zde snaha vaření přes ulici, ale v Litoměřicích je centrální kuchyň, která vaří pro školy, úřady a řadu dalších instituce, takže hospic není schopen konkurence.

Provoz vlastní prádelny není lacinou záležitostí. Od září roku 2001 byla v hospici zřízena poradna a půjčovna pomůcek. Tato služba je určena těm pacientům, o které je

schopna se, za použití půjčených pomůcek, starat vlastní rodina v domácím prostředí pacienta. Půjčovnu v roce 2002 využilo celkem třicet šest zájemců z různých míst republiky. Nejvíce se půjčovaly antidekubitní matrace, invalidní vozíky, polohovací lůžka, toaletní vozíky, koncentrátor kyslíku. Vybavení pomůckami se podle finančních možností doplňuje. Jako další velmi přínosnou aktivitou je mini prodejna, ve které recepční nabízí pacientům a dalším zájemcům poměrně velký sortiment zboží. Tato činnost byla v roce 2002 zisková.

Věnovalo se velké úsilí osvětě ohledně hospicové péče. Osvěta se týkala spolupráce s novináři několika deníků a časopisů, vyšla řada článků o hospici, byla i vystoupení v médiích. Byla navázána spolupráce s praktickými lékaři, s jednotlivými odděleními nemocnic, s primáři, vrchními sestrami, s různými sociálními ústavy, s agenturami domácí péče a podobnými institucemi v Ústeckém a Libereckém kraji a v okresech Kladno a Mělník. Tato spolupráce měla formu v podobě Dny hospice. V roce 2004 to bude již v pořadí čtvrtý Den hospice. Na poslední třetí pozvání přijalo účast nad tři sta padesát účastníků, což lze pokládat za úspěch.

Sama jsem se zúčastnila tohoto Dne. Byla jsem velice mile překvapena dobrou organizací, rozdáváním propagačního materiálu. Přednášky byly na vysoké a odborné úrovni. Poznala jsem paní Marii Svatošovou, pana Jara Krivohlavého a ostatní přednášející.

Cíl : Jaké jsou kladeny nároky na zaměstnance hospiců.

Volným rozhovorem jsem zjistila tyto skutečnosti. Zájem o práci v hospicích je poměrně velký. Bohužel, ne každý zná poslání hospiců. Hraje zde velkou roli i nezaměstnanost, takže práci v hospici hledají i lidé, kteří toto poslání hospiců neznají. Každý kdo má zájem o práci, prochází vstupním pohovorem, testem, který sestavuje a zpracovává psycholog. Test je zaměřen na zjištění, zda dotázaný je sám smířen se smrtí, což je hlavní požadavek při práci v hospici. Test také odhalí vlastnosti člověka a jeho osobnost. Někteří uchazeči vyplňují test, někteří ho nechávají nevyplněný a odchází .

Každý je povinen se zúčastnit stáže. Stáž bývá různě dlouhá. U některých uchazečů (většinou z blízkého okolí) je to týden, u dalších třeba jen tři dny (což je nejkratší termín). Tato stáž je zaměřena na veškerou práci v hospici, hlavně ošetrovatelskou, doprovázení umírajících. V této fázi také dochází ke konfrontaci zájemců, zda jsou schopni pracovat v hospici. Většina zájemců o práci ale přichází s tím, že je to pro ně poslání. Cítí to tak na základě vlastní zkušenosti, kdy buď byli jako doprovázející příbuzní v hospici, nebo měli přímou zkušenost se svými nejbližšími. Někteří měli také velice špatnou zkušenost z nemocničního prostředí, kdy se setkali s nezájmem a nechotou.

Po stáži následuje rozhovor. Jsou zjišťovány postoje člověka k smrti, jaké má dotýčný důvod pracovat v hospici a jiné. Na základě těchto zjištěných skutečností je zájemce přijat, nebo naopak. Většina lidí, kteří projdou až do závěru, jsou přijati. Vyhodnocují se zde jak testy, tak pozorování při stáži, tak i pohovor.

Pracuje zde kvalifikovaný zdravotní personál, ošetrovatelský personál, technický personál. Zájem o další sebevzdělávání je přímo v poslání zdravotnického personálu. Ten, kdo má zájem, může se přihlásit na další zdokonalování v oboru zdravotní sestra pro hospice, které je v Brně. Pro ošetrovatelský personál jsou pořádány semináře, je zajištěna i stáž na onkologickém oddělení v různých městech, v jiných hospicích.

K syndromu vyhoření zde nedochází. Každý kdo přijde pracovat do hospice, ví proč zde pracuje, zná svoje poslání a dobrovolně ho chce plnit. Někteří jsou věřící, jiní ne. Víra v Boha zde není podmínkou, je to svobodná volba každého člověka. Přesto na požádání je možné zařídit zájemcům konzultace s psychologem, jsou vedeny supervize. Samozřejmě, že zaměstnanci i odchází. Jsou to odchody přirozené, na mateřskou dovolenou, po skončení civilní služby či z důvodu přestěhování. Přesná evidence není vedena, ale nikdy to není z důvodu nezájmu o práci, syndromu vyhoření. Relaxace po práci je pak individuální. Záleží na každém jak tráví volný čas. Přes práci na zahrádce, po vycházky v přírodě, vaření, sportování, každý jak chce. Při samotné práci je samozřejmostí profesní rozdělení. Zdravotní personál zajišťuje věci zdravotní, jinak se všichni zaměstnanci řídí podle přání klientů, kteří zde jsou. Všichni se zúčastňují jak výzdoby, pořádají kulturní akce, plní někdy poslední přání a prosby. Většinu personálu (zdravotního, ošetrovatelského) tvoří ženy. Zastoupení mužů je zde hlavně u technického personálu, zřídka u ošetrujícího.

Cíl : Jak je v naší společnosti vnímána smrt v porovnání se zaměstnanci hospiců a ostatními členy společnosti.

Zaměstnanci hospiců.

Je to tak trochu otázka na tělo. Kdo slyší o hospici, automaticky předpokládá, že zde vládne atmosféra smutku, že jsou zde vážné a utrápené tváře, panuje zde zlověstné ticho. Opak je pravdou. Mluví se zde hodně o pozitivním přístupu k životu, o humoru a smíchu. Smích se bere jako léčebný prostředek v těžkostech života. Zdravotní personál, ale i ostatní zaměstnanci by měli být, a také jsou, přeborníky na vyhledávání pozitivního smyslu věcí a událostí. Každý kdo chce pracovat v hospici by měl být naplněn opravdovou radostí, která vyvěrá hluboko z jeho nitra. A rozhodně nesmí chybět smysl pro humor, což je také jedním z předpokladů pro tuto práci. Je to právě jedna z mála věcí, které nemocným zbývají a drží je nad vodou. Každý si uvědomuje, že by bylo škoda toho nevyužít. Je neuvěřitelné, kolik radosti a humoru jsou nemocní schopni objevovat ve všedním dni. Ono to souvisí s tím, že se zde žije opravdu naplno, je tu čas se smát i čas plakat .

Samozřejmě, že člověk, který jde pracovat do hospice, je smířen a vyrovnán s otázkou smrti. Ať své vlastní či svých blízkých. Nebojí se o ní mluvit otevřeně, dokáže sdělovat i pravdu ostatním. Neznamená to, že pravda se řekne rovnou a přímo. Někteří chtějí vědět pravdu jen zčásti, jiní o to nestojí. Pak přichází na řadu umění naslouchat a hovořit. Nikdy se nebere naděje.

Smrt je brána jako přirozená součást života. Nepotká se tady nikdo, kdo by se tomuto tématu vyhýbal. Někdo má své vlastní zkušenosti, někdo je čerpá ze svého poslání v hospici. O tom, že se nehovoří ve společnosti otevřeně o smrti potvrdí většina, či všichni zaměstnanci. Jsou zde i zkušenosti z jiných institucí, kdy se pacientům nesděluje pravda, nebo alespoň část pravdy. Ti pak přichází neinformováni, domnívají se, že jsou na rehabilitaci. Někteří dokonce i se špatnou léčbou. Pravda se říká tomu, kdo jí chce slyšet . Je to individuální. Někteří pacienti se po sdělení těchto informací, naordinováním správné léčby - hlavně proti bolesti, natolik zotaví, že jsou schopni zůstat na čas v domácím prostředí. Potom se třeba vrací a potřebují novou pomoc. Všichni vědí co je důstojné umírání a rádi a s láskou napomáhají všem.

Vnímání smrti ve společnosti.

Otázka číslo 1

Slyšeli jste již o hospicích?

věk	ano	%	ne	%	nevím	%	celkem	celkem %
15-30	18	66,67	3	11,11	6	22,22	27	100%
31-45	27	69,23	9	23,05	3	7,69	39	100%
46-výše	42	77,77	12	22,23	0	0	54	100%
celkem	87	72,5	24	20	9	7,5	120	100%

Zdroj : vlastní výzkum

Celkový počet dotázaných respondentů byl $N = 120$. Informace o hospicích má převážná většina respondentů. Věkový průměr respondentů je náhodný, i přesto vypovídá, že informovanost je u věkové kategorie 46-výše vyšší. Je to dáno tím, že čas od času se věnují média otázkám hospiců. V novinách a časopisech se o nich píše. Starší generace se o toto téma zajímá více, sbírá informace.

Otázka č. 2

Znáte poslání a funkci hospiců?

věk	ano	%	ne	%	nevím	%	celkem	celkem %
15-30	15	55,55	12	44,45	0	0	27	100%
31-45	25	64,1	14	35,9	0	0	39	100%
46-výše	41	75,92	13	24,08	0	0	54	100%
celkem	81	72,5	39	32,5	0	0	120	100%

Zdroj : vlastní výzkum

Počet dotázaných respondentů byl $N = 120$. Většina respondentů zná poslání hospiců. U respondentů mezi 15-30 lety není hranice mezi ano a ne nějak rozdílná. U starších respondentů je tato hranice výrazná. Může to být dáno jistou zkušeností. Mohu se domnívat, že někteří respondenti v tomto věku se již setkali osobně s otázkou smrti a hledali pomoc.

Otázka číslo 3

Má město Ústí nad Labem hospic?

věk	ano	%	Ne	%	nevím	%	celkem	celkem %
15-30	6	22,22	3	11,11	18	66,67	27	100%
31-45	6	15,38	9	23,07	24	61,55	39	100%
46-výše	6	11,11	27	50,00	21	38,89	54	100%
celkem	18	15	39	32,5	63	52,5	120	100%

Zdroj : vlastní výzkum

Odpovídalo celkem 120 respondentů. Většina respondentů neví odpověď na tuto otázku. Jen málo dokázalo určit s jistotou správnou odpověď, že město Ústí nad Labem nemá hospic. Vyšší věková kategorie dokázala na tuto otázku, většinou hlasů, správně odpovědět. Plnou polovinou hlasů. Je zajímavé, že při dotázání respondentů několik z nich odpovědělo, že hospic je Léčebna dlouhodobě nemocných v Ryjčicích. To, že většina respondentů odpověděla, že neví, vypovídá, že o tomto tématu nejsou informováni.

Otázka číslo 4

Víte, kde je nejbližší hospic?

věk	Ano	%	ne	%	nevím	%	celkem	celkem %
15-30	3	11,12	12	44,44	12	44,44	27	100%
31-45	12	30,76	3	7,7	24	61,54	39	100%
46-výše	27	50	9	16,66	18	33,34	54	100%
celkem	42	35	24	20	54	45	120	100%

Zdroj : vlastní výzkum

Počet odpovídajících respondentů byl N=120. Většina respondentů neví, kde je nejbližší hospic. U nejvyšší věkové kategorie je mezi ano a ne menší rozdíl, je to dáno tím, že se již možná zajímali o poslání hospiců.

Otázka číslo 5

Souhlasil (souhlasila) byste se zřízením hospice ve Vašem blízkém okolí?

věk	ano	%	ne	%	nevím	%		
15-30	12	44,44	3	11,11	6	22,22		
31-45	12	30,76	3	7,7	6	15,38		
46-výše	15	27,8	3	5,55	21	38,88		
celkem	39	32,5	9	7,5	33	27,5		
věk	spíše ano	%	spíše ne	%			celkem	celkem %
15-30	6	22,22	0				27	100%
31-45	6	15,4	12	30,76			39	100%
46-výše	15	27,77	0	0			54	100%
celkem	27	22,5	12	10			120	100%

Zdroj : vlastní výzkum

Celkový počet respondentů byl N = 120. Zde je znát váhavost v odpovědích. I když nejvíce procent je v odpovědích ano, přesto poměrně vysoké procento je těch, kteří nevědí. Zřejmě neví, co by zřízení hospice svému okolí přineslo.

Otázka číslo 6

Chtěl (chtěla) byste osobně navštívit hospic v rámci otevřených dveří?

věk	ano	%	Ne	%	nevím	%	celkem	celkem %
15-30	6	22,22	12	44,45	9	33,33	27	100%
31-45	9	23	15	38,5	15	38,5	39	100%
46-výše	21	38,89	12	22,22	21	38,89	54	100%
celkem	36	30	39	32,5	45	37,5	120	100%

Zdroj : vlastní výzkum

Počet respondentů byl N = 120. Většina respondentů neví, velká část o to nestojí. Nejméně respondentů je ochotna navštívit hospic. Dá se říci, že mezi ano a ne není příliš velký rozdíl. Naznačuje to váhání dotázaných. Můžeme se domnívat, že sice o hospicích je něco málo známo, ale ne každý má rozsáhlé informace. Může to být dáno tím, že se zkrátka o smrti nehovoří otevřeně, zdá se být vzdálená.

Otázka číslo 7

Pokud ne, proč?

věk	nezajímá mě to		bojím se tématu			celkem	celkem %
15-30	12	44,45	15	55,55		27	100%
31-45	17	43,58	22	56,42		39	100%
46-výše	6	11,11	48	88,89		54	100%
celkem	35	29,16	85	70,83		120	100%

Zdroj : vlastní výzkum

Odpovídajících respondentů bylo N = 84, je to celková varianta odpovědi na předchozí otázku ne, nevím. Velká většina respondentů se o tomto tématu bojí mluvit. Je zajímavé, že velká část je právě mezi starší generací. Což může naznačovat, že si připouštějí, že smrt se bude dotýkat i jich samotných.

Otázka číslo 8

Berete smrt jako přirozenou součást života?

věk	ano	%	ne	%	Nevím	%		
15-30	19	70,4	0	0	3	11,1		
31-45	20	51,3	3	7,7	9	23		
46-výše	54	100	0	0	0	0		
celkem	93	77,5	3	2,5	12	10		

věk	spíše ano	%	spíše ne	%		celkem	Celkem %
15-30	2	7,4	3	11,1		27	100%
31-45	7	18	0	0		39	100%
46-výše	0	0	0	0		54	100%
celkem	9	7,5	3	2,5		120	100%

Zdroj : vlastní výzkum

Odpovídajících respondentů bylo N=120. Většina respondentů odpověděla jednoznačně ano. Smrt je brána jako přirozená součást života. Z předchozích odpovědí ale vyplývá, že se o ní blíže nehovoří. Hovoří se s ní ve spojitosti s poslední etapou lidského života. Na obrazovkách je vidět denně, ale cizí. Hlavně u nejmladší generace je vidět, že smrt sice znají, ale určitě ne proto, že se nad ní zamýšlejí. Vnímají jí z médií.

Otázka číslo 9

Jste schopen (schopna) hovořit otevřeně o smrti?

věk	ano	%	ne	%	nevím	%	celkem	Celkem %
15-30	24	88,88	0	0	3	11,12	27	100%
31-45	21	53,84	9	23,08	9	23,08	39	100%
46-výše	45	83,3	0	0	9	16,7	54	100%
celkem	90	75	9	7,5	21	17,5	120	100%

Zdroj : vlastní výzkum

Celkový počet respondentů byl N=120. Většina dotázaných je schopná hovořit otevřeně o smrti. Tomuto tématu se nejvíce vyhýbá střední generace, mluvit se naopak neobává nejmladší generace. Lze se domnívat, že toto téma je pro ně atraktivní. Tento výsledek může být dán právě sledováním médií a zcela mylným chápáním smrti. Zkrátka vědí, že tu je, a to je vše.

Otázka číslo 10

Je důležité zamýšlet se nad smrtí?

Věk	ano	%	ne	%	nevím	%	celkem	celkem %
15-30	9	33,3	12	44,4	6	22,3	27	100%
31-45	18	46,15	18	46,15	3	7,7	39	100%
46-výše	27	50	24	44,4	3	5,6	54	100%
celkem	54	45	54	45	12	10	120	100%

Zdroj : vlastní výzkum

Počet dotázaných byl N= 120. Odpovědi ano a ne jsou v procentech shodné. Rozdíly mezi jednotlivými kategoriemi nejsou skoro žádné. Tento výsledek potvrzuje předchozí úvahu. Nejmladší věková skupina je přesvědčena, že o smrti může hovořit otevřeně, ale zároveň se zdá, že jí bere jako něco konzumního, neosobního.

Otázka číslo 11

Hovoří se o smrti otevřeně?

věk	ano	%	ne	%	nevím	%	celkem	celkem %
15-30	15	55,5	6	22,25	6	22,25	27	100%
31-45	9	23	18	46,2	12	30,8	39	100%
46-výše	18	33,3	33	61,1	3	5,6	54	100%
celkem	42	35	57	47,5	21	17,5	120	100%

Zdroj : vlastní výzkum

Počet dotázaných byl N=120. Většina respondentů se domnívá, že se o smrti nehovoří otevřeně. Rozdíl mezi ano a ne není tak veliký. Podíváme-li se na nejmladší věkovou kategorii, zjistíme, že předchozí úvahy byly možná správné. Je možné, že když se smrt vidí na obrazovkách každý den, je to chápáno, že se o smrti hovoří otevřeně. Přitom je nám zde smrt „servírovaná“ jako senzace, která má upoutat pozornost a sledovanost.

5. VYHODNOCENÍ ZJIŠTĚNÝCH SKUTEČNOSTÍ

Prvním cílem bylo zjistit, jaká je v naší společnosti možnost připravit se na důstojný odchod ze života. Šetřením bylo zjištěno, že právě hospice toto splňují. Pro Ústecký kraj je to Hospic Svatého Štěpána v Litoměřicích. V Mostě se hospic postupně buduje, není zde lůžková část. I když lidé neumírají jenom v hospicích, ale i ostatních institucích, uvědomujeme si čím dál více, že umírání tady není příliš důstojné. Není zde možnost splnit všechny lidské potřeby tak, jak je umírající lidé, či nevléčitelně nemocní potřebují. Zdravotní personál, i když se neustále zdokonaluje ve svém oboru, jakoby pozapomněl, že je zde i duše člověka. O tomto problému vědí a přiznávají to. V nemocnicích, ale i v ostatních institucích se nedělá vždy všechno pro to, aby člověk byl správně informován, měl správně naordinovanou léčbu, nepoznal, co je to bolest. I když návštěvy tady i jinde jsou prakticky většinou neomezené, není zde soukromí.

Hospice garantují, že člověk bude zajištěn po všech stránkách, které potřebuje. Je zde možnost i bydlení rodinných příslušníků, je využívána střídavá péče s pracovníky hospice. Všichni, kteří umírají v hospicích odcházejí z tohoto světa vyrovnaní, smíření se životem (u většiny případů), pokaždé je někdo doprovází a drží za ruku, v těch těžkých chvílích, které jsou těžší pro ty, kteří tady zůstanou.

Předpoklad, že zjistíme 40% neinformovanost společnosti o poslání hospiců se nepotvrdil. Z vlastního dotazníku přímo nevyplývá, zda informace o hospicích mají všichni správné. Velká část respondentů však sice o hospicích ví, jak tvrdí, přesto nevědí, kde je nejbližší hospic. Dá se předpokládat, že informace nejsou ucelené. Lidé nemají potřebu se blíže informovat o hospicích. Samozřejmě, že snahou není za každou cenu mít zde velké zastoupení hospiců, ale právě rozšiřovat informovanost ve společnosti. Může zde být i zkreslení, které u dotazníkové metody někdy bývá.

Druhým cílem bylo zjistit jaké jsou kladené nároky na zaměstnance hospiců, s tím předpokladem, že 80% zaměstnanců odchází z tohoto zaměstnání v důsledku syndromu vyhoření. Každý kdo chce pracovat v hospici musí projít přijímacími kroky, které jsou uvedeny výše. Vyrovnání se s vlastní smrtí je hlavní požadavek. Optimismus a dobrá nálada jsou také základem. Zaměstnanci svou práci chápou jako poslání a pomoc těm, kteří ji potřebují. Ten kdo je vyrovnán se svou smrtí a pohlíží na ní jako na něco přirozeného, splňuje i kladené nároky. Cítí, že svou práci zvládne a chce jí dělat s citem a láskou. Práce je to jistě náročná, i když pacientů zde není příliš mnoho. Je zde individuální péče, podle přání pacientů. Každý relaxuje po svém, podle toho, co dělá rád. Je možnost konzultací s psychologem, což napomáhá odstraňovat negativní myšlení.

Předpoklad, že 80% zaměstnanců odchází z hospice z důvodu syndromu vyhoření se nepotvrdil. Naopak, syndrom vyhoření zde neznají. Je to dáno správným chápáním smrti, každý ví, proč tam pracuje.

Dalším, v pořadí třetím cílem, bylo porovnat jak je vnímána smrt v naší společnosti se zaměstnanci hospiců. S tím, že předpokládáme, že rozdíl tady bude. Jak bylo již naznačeno je zde velký rozdíl. Mladší generace je, dalo by se říci, suverénní. Smrt zná, ví o ní. Zároveň zjišťujeme fakt, že znají smrt prezentovanou přes média. V jakékoliv podobě. Dnes a denně o ní slyší a vidí ji z obrazovek. Proto se jim zdá známou. Bližší zamyšlení však nechtějí přiznat. Je pro ně jistě hodně vzdálené, mají před sebou jiné cíle, musí hospodárně využít čas, který jim byl na světě dán. Jsou a byli vychováni izolovaně od smrti. Vždyť kde se mluví o

problémech stáří, zestárnutí, o smrti. Schováváme se před ní. Málokdo o ní dovede otevřeně mluvit. Nechceme si přiznat právě tímto vlastní smrtelnost? Starší generace již něco ví. Je to dáno buď vlastní zkušeností, ať dobrou, či špatnou. Troškou přiznání si, že produktivní věk se od nás oddaluje, a snad to nezkontrolovatelně mládí na nás bude pohlížet s úctou a pochopením. Nejistota z nás dělá ustrašené.

Přímý pohled do očí smrti, znalost tohoto nezvratného kroku, zcela její odlišné chápání. To je zasvěcený pohled těch, kteří se nebojí držet za ruku někoho, kdo umírá. Mnohokrát jí viděli, byla milosrdná, ne tak pohoršující, jak někdy zaslechli mimo zdi hospiců.

Předpoklad, že bude rozdíl v chápání smrti mezi zaměstnanci hospiců a naší společností se potvrdil.

6. NÁVRH ŘEŠENÍ - VLASTNÍ ÚVAHA

Podle zjištěných informací je pro naši společnost ještě důstojné umírání hodně vzdálené. Podle posledních statistik jsem zjistila, že zhruba třetina Severočechů je odkázána zemřít v neosobním prostředí nemocničního pokoje. To je zdrcující. Poslední vteřiny něčeho takového jako je život, člověk stráví uprostřed lidí a v prostředí, které není na takové momenty vůbec vybavené. Lidé, celá naše společnost, si ještě na hospice nezvykla. V Ústeckém kraji zemře ročně přes devět tisíc lidí. Pokud člověk potřebuje před smrtí větší péči, skončí s největší pravděpodobností na čtyřlůžkovém nemocničním pokoji, i když diagnóza předem vylučuje naději na vyléčení. Do úplného konce pak vstávají ráno v šest na teploměry, odběry, v sedm snídají a návštěv si užijí v krátkém, někdy přesně vymezeném čase.

Druhou alternativou, zatím příliš nevyužívanou, je zařízení přímo určené pro šetrné umírání. V Ústeckém kraji je to právě Hospic Svatého Štěpána v Litoměřicích. Dále je zde i hospic v Mostě. Ten zatím nemá lůžkovou část. Poskytuje domácí péči, půjčování zdravotnických pomůcek, má poradnu. Cílem není prodlužování, ale kvalita života. Kvalitu posledních dnů života zvyšují nadstandardně vybavené pokoje s polohovací postelí, televizí, telefonem, přistýlkou pro možnost přenocování příbuzných. Návštěvní hodiny jsou neomezené. Denní rozvrh se zcela podřizuje pacientovi. Mezi podávanými léky dominují opiáty. Pacient dostane tolik morfia, aby ho nesušovaly bolesti a zároveň zůstal schopen vnímat.

Bohužel, v nemocnicích bývá umírající pacient pro zdravotnický personál často přítěží. I lékaři přiznávají, že sestry jsou vytížené běžnými úkoly a nemohou ještě poskytovat potřebnou duchovní oporu umírajícím. Problémem pro některé pacienty může být, že za ně rozhodují příbuzní a projevují tím vlastně i vztah k němu. Někteří odmítají převoz do hospice s tím, že na to nemají peníze.

Dostatečná a správná informovanost, to si myslím je hlavní řešení, aby hospice vstoupily do podvědomí celé společnosti. Informace by měly být přes solidní tisk, média. Ať již formou dokumentů, besed, dnů otevřených dveří a dalších a dalších seznamování se s hospicem, pořádání různých seminářů pro širokou veřejnost. Vše by mělo být nenásilnou formou.

Nebát se hovořit o smrti otevřeně, nejen mezi starší generací, ale i mezi mládeží. Nesnažit se před mladou generací odsouvat smrt do pozadí. Zvláště kdyby tato generace měla smrt vnímat odlišným způsobem, než jak je jí servírovaná televizními médii. Posunout vědomí lidí, že finanční prostředky, které se vynaloží na zaplacení hospice se jim v podobě vřelosti, důstojnosti a úlevy vrátí. Rubáš nemá kapsy, když se kráčí vstříc smrti.

Zdravá propagace by měla být i mezi lékaři. Hlavně co se týká určení hranic, kdy je spíše na obtíž využívání nejmodernější léčby a prodlužování života za každou cenu. Naučit je, že každý člověk, který má bolesti, má právo na jejich utlumení, zvládnutí. Ne se ohlížet, aby náklady na tlumení bolesti u pacientů, uhradila pojišťovna.

Dalším řešením, které napomáhají ke zviditelnění a vnímání hospiců je i to, že se o tuto tematiku budou zajímat studenti. Ať již přímo odbornou stáží, psaním seminárních prací, či bakalářských prací. Studenti lékařských oborů by měli povinně projít stáží. Sdělování dojmů, nastínění pravdivé situace, jaká je skutečná atmosféra v hospici, diskutovat s ostatními. Tím se přispěje k lepší informovanosti.

Doufám, že i já svým dílem přispěji k rozšíření myšlenky hospice mezi své příbuzné a známé.

7. ZÁVĚR

Je ještě dlouhá cesta před námi. Takto lze shrnout závěr na téma Stáří, hospice, vnímání smrti. Dlouhou dobu jsme se nechtěli znát ke stáří, dělali jsme, že smrt neexistuje. Chránili jsme před těmito tématy sama sebe, ale hlavně děti. Co jsme vlastně dokázali? Neosobní přístup ke starým lidem, někdy neochota jim naslouchat, pomoci. Izolovat je od společenského života. Dávat šanci jen těm mladším, dravějším. Nepřiznat si, že umírání je z většiny případů nedůstojné.

Napomohlo k tomu dlouholeté odsouvání stáří a umírání do pozadí. Donekonečna se na to vymlouvat ale nemůžeme. Je zapotřebí začít přehodnocovat svoje myšlení, chování, přístup, postoje. Tak, jak se chováme my ke starým lidem, bude se chovat k nám i dnešní mladá generace.

Pomozme těmto mladým lidem v chápání, pro ně zatím neaktuálních témat, jako je stáří, smrt, co je to důstojné umírání. Hovořme otevřeně bez přetvářky, ale s citem a nenásilně. Seznamujme je (sebe) se situací, kterou musíme postupně zlepšovat. Společně vytvořená práce bude k užítku každému. Stáří a umírání je proces, který se týká nás všech.

Každý, kdo se dotkne těchto témat, se obohatí o jistou zkušenost. Zjistí, že i on sám se ocitne v situaci, kde bude hledat oporu, psychickou podporu, jistotu. Zabezpečení ve stáří, pevná pozice ve společnosti, důstojné umírání. To všechno budeme očekávat. Aby se tyto naděje daly uskutečnit, musíme začít sami u sebe. Můžeme se začít seznamovat s posláním hospiců. Pokud nebudeme mít zkreslené informace, toto téma se nám bude zdát jasné. Můžeme pomoci třeba radou, názorem. Můžeme diskutovat. Šíření myšlenky hospice mezi sebou je prvním krokem.

Vyspělá společnost se pozná podle toho, jak se dokáže postarat o staré a bezmocné lidi. I když se situace začíná trochu zlepšovat, nemůžeme zatím říci, že se tak můžeme nazývat. Podávání zasvěcených informací musí být k široké veřejnosti. Nebojme se na chvíli zastavit je a povídat si, vysvětlovat, hovořit o věcech příjemných i méně příjemných. Říci si na rovinu, ano, je tady spousta nedostatků. Budeme o nich diskutovat, upozorníme na ně a budeme je řešit, za pomoci nás všech.

Je načase, abychom začali vnímat staré lidi jako zkušené bytosti, které mohou pomoci radou, předat nám své zkušenosti. Vnímat smrt jako poslední návštěvu v našem životě, které se nemusíme bát. Mít na paměti, že důstojné stáří a důstojná smrt je samozřejmostí.

Je ještě dlouhá cesta před námi. Proto se nezdržujeme a společně se vydejme k vytouženému cíli.

A handwritten signature in blue ink, consisting of stylized, cursive letters that appear to be 'B. S.' followed by a vertical line.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ABELN, R. Umírání znamená loučení. 1. vyd. Karmelitánské nakladatelství: Kostelní Vydří, 1993. ISBN 80-85527-35-9
2. ALAN, J. Etapy života očima sociologie. 1. vyd. Praha: Panorama, 1989. ISBN 80-7038-044-6
3. ELIAS, N. O osamělosti umírajících. 1. vyd. Praha: Franz Kafka, 1998. ISBN 80-85844-39-7
4. HARTL, P., HARTLOVÁ, H. Psychologický slovník. 1. vyd. Praha : Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X
5. HAŠKOVCOVÁ, H. Fenomén stáří. 1. vyd. Praha: Panorama, 1990. ISBN 80-7038-158-2
6. HAŠKOVCOVÁ, H. Rub života líc smrti. 1. vyd. Praha: Pyramida, 1975.
7. HAŠKOVCOVÁ, H. Spoutaný život. 1. vyd. Praha: Panorama, 1985.
8. HOVORKA, J. Cesta do stáří. 1. vyd. Praha: Práce, 1980.
9. KALVACH, Z., a kolektiv. Úvod do gerontologie a geriatry. 1. vyd. Praha: Carolinum, 1997. ISBN 80-7184-366-0
10. KŘIVOHLAVÝ, J., KACZMARCZYK, S. Poslední úsek cesty. 1. vyd. Praha: Návrat domů, 1995. ISBN 80-85495-43-0
11. KUBLER-ROSSOVÁ, E. O smrti a umírání. 1. vyd. Turnov: Arica, 1993, ISBN 80-85878-95X
12. PACOVSKÝ, V., HEŘMANOVÁ, H. Gerontologie. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1981.
13. PACOVSKÝ, V., a kolektiv. Gerontologické minimum. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků, 1988.
14. RAINWATER, J. Vezměte život do vlastních rukou. 1. vyd. Praha: Grada, 1994. ISBN 80-7169-026-0
15. SVATOŠOVÁ, M. Hospice a umění doprovázet. 3. vyd. Praha: Ecce homo, 1995. ISBN 80-902049-0-2
16. SVATOŠOVÁ, M., se spoluautory. Hospice slovem a obrazem. 1. vyd. Praha: Ecce homo, 1998. ISBN 80-902049-1-0
17. WOLF, J., a kolektiv. Umění žít a stárnout. 1. vyd. Praha: Svoboda, 1982

Články v odborných časopisech, novinách, periodikách

18. HERMANOVÁ, M. Postoje sester k pacientům v terminálním stavu. Diplomová práce, Pedagogická fakulta UP Olomouc, 2002.
19. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. Důchodový věk. Ústí nad Labem, 2004.
20. PYTLÍK, R. Nevyléčitelná nemoc jako sociální problém. Lidové noviny 14.10. 2003.
21. SVATOŠOVÁ, M. Dystanazie i eutanazie. Tisková konference 25.01. 2001.
22. ŠPINKOVÁ, M. Hospicové občanské sdružení. Cesta domů, 2003.
23. ŠUBRT, J. O umírání. Sociologický slovník, 1999. roč. XXXV.

Elektronický zdroj informací

24. FILEC, V. 2004. Přehled kapacity hospicových lůžek. <http://www.hospice.cz>
25. DOUBAL, S. 2001. Gerontologie a její směry. <http://www.faf.cuni.cz/Gerontology.cz>
26. SVATOŠOVÁ, M. 2004. Komplexní hospicová péče <http://www.svatosova/pece.htm>

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha číslo 1 Charta práv umírajících.
- Příloha číslo 2 Fáze vyrovnávání se podle Kubler-Rossové.
- Příloha číslo 3 Dotazník vlastní konstrukce – zdroj výzkumu.
- Příloha číslo 4 Hospitalizovaní klienti Hospice Sv. Štěpána v Litoměřicích – bližší rozbor okresu Litoměřice za rok 2002.
- Příloha číslo 5 Hospitalizovaní klienti Hospice Sv. Štěpána v Litoměřicích – zastoupení podle pohlaví za rok 2002.
- Příloha číslo 6 Hospic Sv. Štěpána v Litoměřicích – zastoupení klientů podle věku za rok 2002.
- Příloha číslo 7 Hospic Sv.Štěpána v Litoměřicích – zastoupení klientů podle zdravotních pojišťoven za rok 2002.

Příloha číslo 1

Charta práv umírajících .

Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících.“ („Charta práv umírajících“)

1. Posláním Rady Evropy je chránit důstojnost všech lidí a práva, která z ní lze odvodit.
2. Pokrok medicíny umožňuje v současné době léčit mnohé dosud neléčitelné nebo smrtelné choroby, zlepšení lékařských metod a rozvoj resuscitačních technik dovolují prodloužování života lidského jedince o odsouvání okamžiku jeho smrti. V důsledku toho se však často nebere ohled na kvalitu života umírajícího člověka a na osamělost a utrpení jak pacienta, tak jeho blízkých a těch, kdo o něj pečují.
3. V roce 1976 v rezoluci č. 613 deklarovalo Parlamentní shromáždění, „že umírající nemocný si nejvíce ze všeho přeje zemřít v klidu a důstojně, pokud možno v komfortu a za podpory jeho rodiny a přátel.“ V Doporučení číslo 779 z roku 1976 k tomu dodalo, že „prodloužení života by nemělo být jediným cílem medicínské praxe, která se musí současně zabývat i úlevou od utrpení.“
4. Konvence o ochraně lidských práv a lidské důstojnosti s ohledem na aplikaci biologie a medicíny od té doby vyjádřila důležité zásady a připravila cestu, aniž se explicitně věnovala specifickým potřebám nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí.
5. 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.
6. Jak v minulosti i v současnosti ukázaly mnohé zkušenosti s utrpením, je třeba tato opatření uskutečňovat zvláště v zájmu nejzranitelnějších členů společnosti. Tak jako lidská bytost začíná svůj život ve slabosti a závislosti, stejně tak potřebuje ochranu a podporu, když umírá.

7. Základní práva odvozená z důstojnosti nevléčitelně nemocných nebo umírajících osob jsou dnes ohrožena mnoha faktory :

- Nedostatečnou dostupností paliativní péče a dobré léčby bolesti.
- Častým zanedbáváním léčby fyzického utrpení a nebráním zřetele na psychologické, sociální a spirituální potřeby.
- Umělým prodlužováním procesu umírání buď nepřiměřeným používáním medicínských postupů, nebo pokračováním v léčbě bez souhlasu nemocného.
- Nedostatečným kontinuálním vzděláváním a malou psychologickou podporou ošetřujícího personálu činného v paliativní péči.
- Nedostatečnou péčí a podporou příbuzných a přátel terminálně nemocných či umírajících osob, kteří by jinak mohli přispět ke zmírnění lidského utrpení v jeho různých dimenzích.
- Obavami nemocného ze ztráty autonomie, že bude závislým na rodině i institucích a stane se pro ně zátěží.
- Chybějícím, nebo nevhodným sociálním i institucionálním prostředím, které by mu umožňovalo pokojné rozloučení s příbuznými a přáteli.
- Nedostatečnou alokací prostředků a zdrojů pro péči a podporu nevléčitelně nemocných nebo umírajících.
- Sociální diskriminací, která je vlastní umírání a smrti.

8. Shromáždění vyzývá členské státy, aby ve svých zákonech stanovily nezbytnou legislativní i sociální ochranu, aby se zabránilo těmto nebezpečím a obavám, se kterými mohou terminálně nemocní nebo umírající lidé být v právním řádu konfrontováni a to zejména :

- Umírání s nesnesitelnými symptomy (například bolesti, dušení atd.).
- Prodlužováním umírání terminálně nemocného nebo umírajícího člověka proti jeho vůli.
- Umírání o samotě a v zanedbání.
- Umírání se strachem býti sociální zátěží.
- Omezováním život udržující léčby (life-sustaining) z ekonomických důvodů.
- Nedostatečným zajištěním financí a zdrojů pro adekvátní podpůrnou péči terminálně nemocných nebo umírajících.

9. Shromáždění proto doporučuje, aby Výbor ministrů vyzval členské státy Rady Evropy, aby ve všech ohledech respektovaly a chránily důstojnost nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí, a to tím :

a) že uznají a budou hájit nárok nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí na komplexní paliativní péči a že přijmou příslušná opatření :

- aby zajistily, že paliativní péče bude uznána za zákonný nárok individua ve všech členských státech
- aby byl všem nevléčitelně nemocným nebo umírajícím osobám dopřán rovný přístup k přiměřené paliativní péči
- aby byli příbuzní a přátelé povzbuzováni, aby doprovázeli nevléčitelně nemocné a umírající a aby jejich snaha byla profesionálně podporována. Pokud se ukáže, že rodinná nebo soukromá péče nestačí nebo je přetěžována, musejí být k dispozici alternativní nebo doplňkové formy lékařské péče.

- aby ustanovily ambulantní týmy a síť pro poskytování paliativní péče, které by zajišťovaly domácí péči vždy, pokud je možné pečovat o nevléčitelně nemocné nebo umírající ambulantně.
- aby zajistily spolupráci všech osob podílejících se na péči o nevléčitelně nemocného nebo umírajícího pacienta
- aby vyvinuly a vyhlásily kvalitativní normy pro péči o nevléčitelně nemocné nebo umírající
- aby zajistily, že nevléčitelně nemocné a umírající osoby, pokud si nebudou přát jinak, dostanou přiměřenou paliativní péči a tišení bolestí, i kdyby tato léčba mohla mít u příslušného jedince jako nežádoucí (vedlejší) účinek léčby za následek zkrácení života jedince
- aby zajistily, že ošetřující personál bude vyškolen a veden tak, aby mohl každému nevléčitelně nemocnému nebo umírajícímu člověku poskytnout v koordinované týmové spolupráci lékařskou, ošetrovatelskou a psychologickou péči v souladu s nejvyššími možnými standardy
- aby založily další a rozšířily stávající výzkumná, výuková a doškolovací centra pro obor paliativní medicíny a péče, stejně jako pro interdisciplinární thanatologii
- aby zajistily alespoň ve větších nemocnicích vybudování specializovaných oddělení paliativní péče a thanatologických klinik, které by mohly nabídnout paliativní medicínu a péči jako integrální součást každé lékařské činnosti
- aby zajistily, že bude paliativní medicína a péče ukotvena ve veřejném vědomí jako důležitý cíl medicíny

b) tím, že budou chránit právo nevléčitelně nemocných a umírajících osob na sebeurčení a že pro to přijmou nutná opatření :

- aby se prosadilo právo nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby na pravdivou, úplnou, ale citlivě podanou informaci o jejím zdravotním stavu, a aby přitom bylo respektováno přání jedince, který nechce být informován
- aby měla každá nevléčitelně nemocná nebo umírající osoba možnost konzultovat ještě jiné lékaře než svého pravidelného ošetrojícího
- aby bylo zajištěno, že žádná jiná nevléčitelně nemocná nebo umírající osoba nebude ošetrována a léčena proti své vůli, že při svém rozhodování nebude ovlivňována nikým jiným a že na ni nebude nikým činěn nátlak. Musejí být zvážena taková opatření, aby takové rozhodnutí nebylo učiněno pod ekonomickým tlakem
- aby bylo zajištěno, že bude respektováno odmítnutí určitého léčebného postupu, vyjádřené v písemném projevu vůle (Libiny will), v „pořízení“ nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby, která již nebude aktuálně schopná se vyjádřit. Dále musí být zajištěno, aby byla stanovena kritéria platnosti takových prohlášení, pokud jde o rozsah předem vyjádřených pokynů (advance directives), ale i pokud jde o jmenování zmocněnců a rozsah jejich pravomocí. Rovněž musí být zajištěno, že rozhodnutí, učiněná zmocněncem v zastoupení nemocného neschopného se vyjádřit, a která se opírají o předchozí vyjádření vůle nebo o předpokládanou vůli nemocného, budou uznána jen tehdy, když v nastalé akutní situaci nemocný sám svou vůli nijak neprojeví nebo když ji není možno poznat. V takovém případě musí být jasná souvislost s tím, co příslušná osoba říkala v době krátce před okamžikem rozhodování, nebo přesněji, krátce než začala umírat, a to v odpovídající situaci, bez cizího ovlivnění a nátlaku, a ještě při zachovaných duševních schopnostech. Konečně má být zajištěno, aby nebyla respektována zástupná rozhodnutí, jež se opírají jen o všeobecné hodnotové soudy

platné v příslušné společnosti, a aby ve sporných případech bylo vždy rozhodnuto ve prospěch života a jeho prodloužení.

- aby bylo zajištěno, že výslovná přání nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby týkající se určitých léčebných postupů budou respektována bez ohledu na zásadní terapeutickou odpovědnost lékaře, pokud nejsou v rozporu s lidskou důstojností
- aby bylo zajištěno, že v případě, kdy není k dispozici předchozí vyjádření vůle pacienta či pacientky, nebude porušeno jeho právo na život. Musí být vytvořen katalog léčebných úkonů, které musejí být poskytnuty za všech okolností a jež nesmí být zanedbány

c) že zachovají předpis, zakazující úmyslné usmrcení nevléčitelně nemocných nebo umírajících osob a že zároveň :

- uznají, že právo na život, zejména ve vztahu k nevléčitelně nemocným a umírajícím osobám, je členskými státy garantováno v souladu s článkem 2 Evropské úmluvy o lidských právech, který říká, že „nikdo nemá být úmyslně zbaven života“
- uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, nezakládá v žádném případě právní nárok na smrt z ruky jiné osoby
- uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, samo o sobě nezakládá legální ospravedlnění činností, úmyslně způsobujících smrt

Text tohoto Doporučení byl přijat Parlamentním shromážděním 25. června roku 1999 na svém 24. zasedání převážnou většinou hlasů, kdy 6 hlasů bylo proti.

Z anglického originálu přeložil MUDr. Zdeněk Bystřický.

Příloha číslo 2

Fáze vyrovnávání se podle Kubler-Rossově

FÁZE PODLE KÜBLER-ROSSOVÉ		
FÁZE	PROJEVY	CO S TÍM
NEGACE ŠOK, POPÍRÁNÍ	"Ne, já ne, pro mne to neplatí. To není možné." "To je určitě omyl." "Zaměnili výsledky."	Navázat kontakt, získat důvěru.
AGRESE HNĚV, VZPOURA	"Proč zrovna já?" "Či je to vina?" "Vždyť mi nic nebylo." Zlost na zdravotníky, zlost na zdravé lidi. Vyčítá nespravedlnost ap.	Dovolit odreagování, nepohoršovat se.
SMLOUVÁNÍ VYJEDNÁVÁNÍ	Hledání zázračných léků, léčitelů a diet, pověr. Ochoten zaplatit cokoliv. Činí velké sliby.	Maximální trpělivost, ale pozor na podvodníky.
DEPRESE SMUTEK	Smutek z utrpené ztráty. Smutek z hrozící ztráty. Strach z účtování. Strach o zajištění rodiny.	Trpělivě naslouchat, pomoci urovnat vztahy, pomoci hledat řešení (zajištění rodiny apod.)
SMÍŘENÍ SOUHLAS	Vyrovnávání, pokora, skončil boj, je čas loučení. "Dokonáno jest." "Do Tvých rukou..."	Mlčenlivá lidská přítomnost, držet za ruku, utřít slzu. Pozor-rodina možná potřebuje pomoc víc než pacient!

Příloha číslo 3

Dotazník vlastní konstrukce – zdroj výzkumu.

Prosím zaškrtněte svoji odpověď.

Otázka číslo 1

Slyšeli jste již o hospici?

ANO

NE

NEVÍM

Otázka číslo 2

Znáte poslání a funkci hospiců?

ANO

NE

NEVÍM

Otázka číslo 3

Má město Ústí nad Labem hospic?

ANO

NE

NEVÍM

Otázka číslo 4

Víte, kde je nejbližší hospic?

ANO

NE

NEVÍM

Otázka číslo 5

Souhlasil (souhlasila) byste se zřízením hospice ve Vašem blízkém okolí?

ANO

NE

NEVÍM

SPÍŠE ANO

SPÍŠE NE

Otázka číslo 6

Chtěl (chtěla) byste osobně navštívit hospic v rámci otevřených dveří?

ANO

NE

NEVÍM

Otázka číslo 7

Pokud ne proč?

NEZAJÍMÁ MĚ TO

TOHOTO TÉMATU SE BOJÍM

Otázka číslo 8

Berete smrt jako přirozenou součást života?

ANO

NE

NEVÍM

SPÍŠE ANO

SPÍŠE NE

Otázka číslo 9

Jste schopni (schopna) hovořit otevřeně o smrti?

ANO

NE

NEVÍM

Otázka číslo 10

Je důležité zamýšlet se nad smrtí?

ANO

NE

NEVÍM

Otázka číslo 11

Hovoří se o smrti otevřeně?

ANO

NE

NEVÍM

Otázka číslo 12

Prosím zaškrtněte do jaké věkové kategorie patříte.

15-30 let

31-45 let

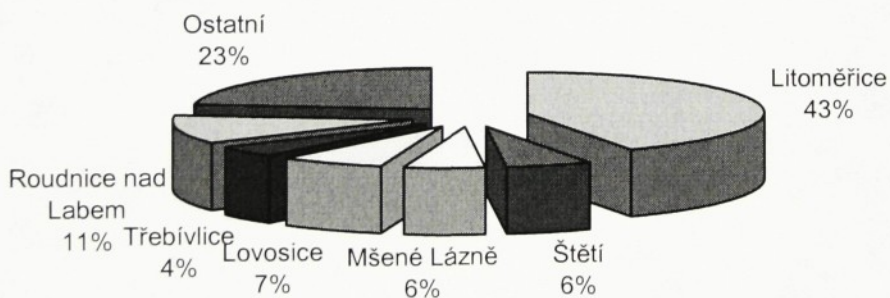
46-výše let

Příloha číslo 4

Hospitalizovaní klienti Hospice Sv. Štěpána v Litoměřicích – bližší rozbor okresu Litoměřice za rok 2002.

Obec	klientů
Litoměřice	30
Štětí	4
Mšené Lázně	4
Lovosice	5
Třebívlice	3
Roudnice nad Labem	8
Ostatní	16

klientů

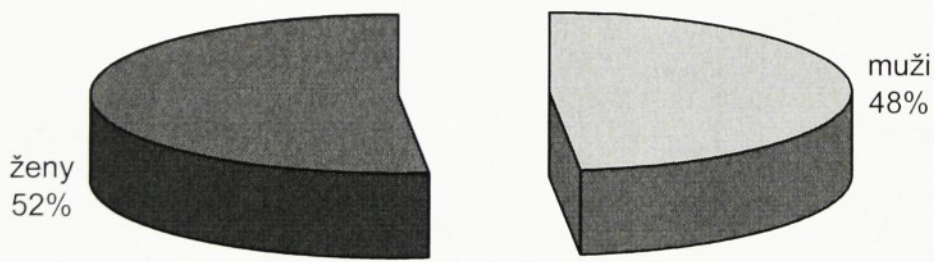


■ Litoměřice ■ Štětí □ Mšené Lázně □ Lovosice ■ Třebívlice □ Roudnice nad Labem ■ Ostatní

Příloha číslo 5

Hospitalizovaní klienti Hospice Sv. Štěpána v Litoměřicích – zastoupení podle pohlaví za rok 2002.

Celkem klientů	227
muži	110
ženy	117

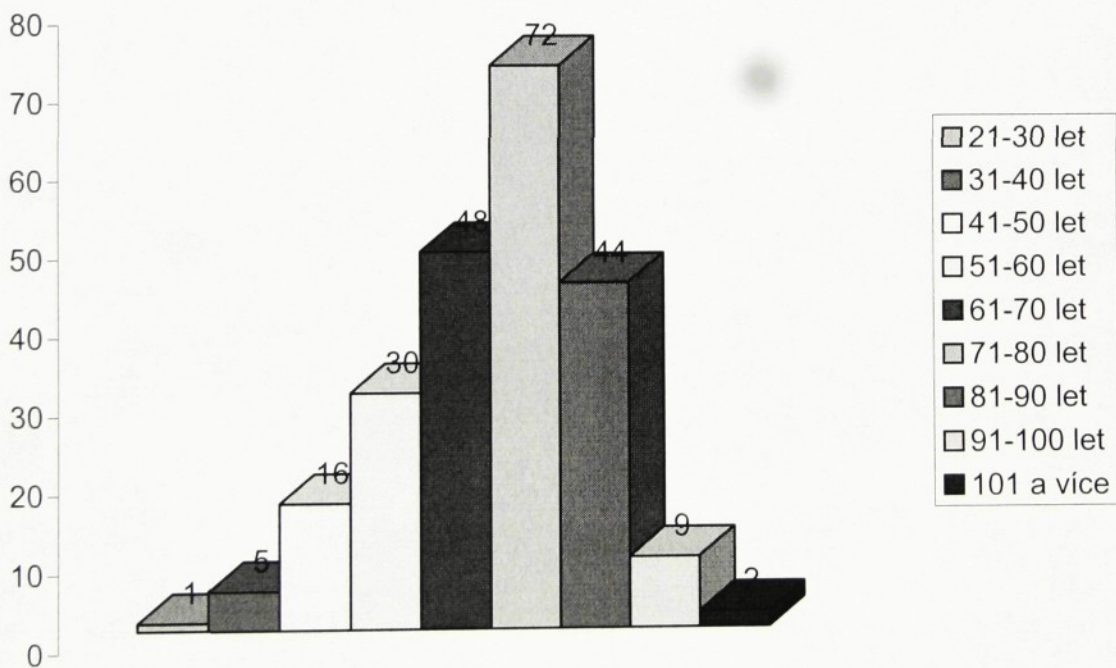


□ muži ■ ženy

Příloha číslo 6

Hospic Sv. Štěpána v Litoměřicích – zastoupení klientů podle věku za rok 2002.

Věk klienta	2002
21-30 let	1
31-40 let	5
41-50 let	16
51-60 let	30
61-70 let	48
71-80 let	72
81-90 let	44
91-100 let	9
101 a více	2



Příloha číslo 7

Hospic Sv.Štěpána v Litoměřicích – přehled pacientů podle zdravotních pojišťoven za rok 2002.

Zdravotní pojišťovna		klientů
111	VZP	202
201	VoZP	8
207	OZPZBP	3
211	ZP MV	12
217	ZP METAL- ALIANCE	1
222	ČNZP	1

