

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Teologická fakulta
Katedra teologických věd

Bakalářská práce
Úloha ženy v paliativní péči

Vedoucí práce: Mgr. Tomáš Veber, Th.D.
Autor práce: Jana Marcinková
Studijní obor: Pedagogika volného času
Ročník: 3

2016

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně, s použitím pramenů a literatury uvedené v seznamu literatury. Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/ 1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě. Souhlasím dále s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses. Cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

20. 1. 2016

Jana Marcinková

Poděkování

Tímto děkuji vedoucímu bakalářské práce Mgr. Tomáši Vebrovi, Th.D., za cenné rady a metodické vedení práce, Mgr. Janě Mazáčkové, Ph.D. za zapůjčené studijní materiály a praktické seznámení s jazykovou stránkou a metodikou.

Chtěla bych touto cestou všem těm ženám poděkovat, máte můj neskonale obdiv. Přeji vám, ať se činnost daří, a i když jsou vaše výsledky vaší práce mnohdy smutné, držte se. Také bych chtěla poděkovat zdravotní sestře z Cesty domů. Rozhodla jste za mě, o jakém tématu budu psát. A nelituji.

Jsem žena ve středním věku. Nechci být nemocná a předčasně zemřít. Pokud ale něco takového přijde, nebudu se bát. Díky vám.

Obsah

Úvod.....	5
1. Historie umírání a ženy.....	8
1.1 Smrt v ženském pojetí.....	8
1.2. Ritualizace smrti	9
1.3. Pohřební ritus.....	10
1.4. Vznik ošetrovatelství	12
2. Paliativní medicína	15
2.1. Co je paliativní péče.....	15
2.2. Paliativní medicína.....	20
2.3. Thanatologie	21
3. Když přichází smrt.....	22
3.1. Smrt sociální	22
3.2. Potřeby umírajícího.....	24
3.3. Fyzická smrt.....	27
3.3.1. Příběh umírání.....	28
3.4. Rodina a truchlení	29
4. Doprovázení v ženském pojetí.....	32
4.1. Proč právě ženy.....	32
4.1.1. Genderové rozdělení	32
4.1.2. Zdravotní sestry a ošetrovatelky	33
4.1.3. Emocionální inteligence.....	34
4.1.4. Biologie ženy	36
4.2. Ženy doprovázené.....	37
4.3. Umění empatie	39
4.4. Umění komunikovat a naslouchat.....	41
Závěr	45
Seznam použité literatury	46
Internetové odkazy.....	48

Úvod

Smrt je součástí běžného života každého z nás. Nepřipouštíme si ji. Stačí ale jen malá chvíle v našem životě, a je vše pryč. Tak proč se jí tak bojíme? Proč celý život neděláme nic jiného, než se zuřivě snažíme smrt obelstít, když víme, že je to zbytečné. Celé věky, co je lidstvo samo sebou, umíráme. Tak, jako před narozením bylo temné tabu, tak i po smrti je něco, co nikdo neumí zatím popsat. Je ale zajímavé, že se člověk bojí toho, co bude, než toho co bylo. Z lásky jsme se narodili, bylo by přirozené, kdybychom s láskou odcházeli. Bohužel, se nám zdá, že máme moc smrt a umírání ze svého života vytěsnit, neúčastnit se ho a předat někomu jinému. Prostě se nám nelíbí, nebo nechceme vidět, jak naši drazí odcházejí.

V dobách epidemií a válek byla smrt tak všudypřítomná, že téměř každá rodina poznala její chladivou moc. Umírání mladých lidí a dětí bylo běžné, a lidem nezbývalo nic jiného, než se s touto situací sžít. Jak se ale civilizace rozvíjela, přišlo mnoho nových objevů, očkování, rozvoj medicíny. Nemoci vymizely, počet zemřelých dětí se snížil na minimum, větší osvěta a výchova udělaly své.

Dožíváme se vysokého věku. Stárneme a stárne naše celá populace. Několik let už se nám nedaří porodit více dětí, než zemře starých lidí. Společenská a politická situace je zvláštní. Vlády se snaží „utahovat opasky“ a peníze z kapes mladých rodin mizí za neskutečné množství poplatků a daní. Jak ale přivádět na svět více dětí a uživit je nikdo neporadí. Vztahy mezi lidmi jsou zvláštní. Snažíme se žít ve vlastní bublině. Málo komunikujeme, málo se smějeme, málo se milujeme. Rodina jako velká skupina lidí, dětí a starců se vytrácí. Je nám lépe „singl“. Tak se nemusíme bát, že nám někdo ublíží.

Co ale potom, až přijde naše hodinka? Nemoc nebo stáří. Kdo s námi bude? Většina lidí by chtěla v tuto chvíli být doma ve svém prostředí. Velké množství umírajících ale skončí v nemocnici a to na interně, v léčebně dlouhodobě nemocných nebo onkologii za plentou, s hadičkami a s plenou. Úcta ke stáří a k životu je pryč. Přitom zdravotníci odborníci dělají, co mohou. Slovo pacienta v tuto závažnou chvíli nemá velkou váhu. Kdyby chtěl odejít, a skoncovat s bolestivými zákroky a operacemi, nemá šanci se sám rozhodnout. Pokud člověk ale může zemřít ve svém prostředí, s pomocí milující rodiny a paliativních a sociálních pracovníků, dostane určitý vzkaz. Že si ho vážíme až do

poslední chvíličky jeho života, a budeme na něj vzpomínat s láskou i po smrti. A pozůstali? Budou šťastni, že nepromarnili jedinou vteřinu s milovaným člověkem, i když čas jeho života byl jen vyměřený

Dnešní doba je nepřiměřeně uspěchaná. Každý se snažíme postarat se o to své. Práce, rodina, zájmy, postupy v práci, vzdělání a peníze. Doba si vyžaduje rychlost, pružnost, efektivitu. Pokud někdo z našich blízkých nebo i těch, kterým chceme pomoci, onemocní či už jen pomalu odchází, musíme se zastavit. Ne každý člověk má možnost odejít ze zaměstnání, nebo prostě jen nemá odvalu a síly se postarat. Opustit ho ale nechce. Pokud není možné vzít si tohoto člověka domů, pro tuto situaci vznikly hospice.

Dlouho jsem přemýšlela, na jaké téma bakalářskou práci psát. Musím se přiznat, že paliativní péče pro mě byla ještě nedávno cizím pojmem. Pak jsem zhlédla jeden televizní dokument s touto tematikou. Jmenoval se *Život se smrtí* a měl sedm dílů. Lidé - pacienti v něm prošli určitým časovým obdobím. Někteří zemřeli, jiní se vyléčili. A byli tam též ti, kteří se o ně s láskou starali. Vzalo mi to dech. Přiznám se, že mi to nějakou dobu trvalo, než jsem se srovnala tím, že umírání existuje. Oplakala jsem snad každý díl. Ne jen pro to, že zrovna někdo zemřel. Nemocní, většinou onkologicky, pustili diváky do svého soukromí. Uvědomovala jsem si, co člověk nemocí ztrácí, jak urputně se snaží ještě stihnout to, co by chtěl udělat. Někdo se s nemocí vyrovnal, jiný ne. Hodně lidí, kteří o nemocné pečovali, mi dali naději, že snad láska ještě existuje. Zvláště jedna žena mě velice zaujala. Byla to zdravotní sestra z hospice Cesty domů. Lidská a laskavá, přitom obrovská profesionálka.

Mám už za sebou nějaké životní zkušenosti. S umíráním jsem se ale ještě nesetkala. Člověk samozřejmě ví, že se takové věci dějí. Slyší kolem sebe životní tragédie, nehody, nemoci. Tak to ale nějak vypouští z mysli. Ve zprávách slyšíte, že zemřel mladý člověk na těžkou nemoc, a vzápětí pár vteřin na to, se rozplýváte nad slůnětem v zoologické zahradě. O smrti se prostě nechceme bavit.

V této práci se budu snažit odkrýt smrt a umírání jako běžnou životní věc, jak se vyvíjelo v dávných dobách.

Práce je rozdělena do několika částí. První část popisuje historii, několik rituálů spojených se smrtí v naší zemi i ve světě. K tomu jsem použila literaturu ohlížející se do

minulosti od Alexandry Navrátilové¹ či Vladimíra Podborského². Rozvoj ošetrovatelství a nový obor paliativní péče přibližuje část druhá. Knihy použité v této části nabízejí ucelený obraz paliativní péči a její fungování (Monika Marková³, Jiří Vorlíček⁴ a mnoho jiných).

Objasním několik souvisejících pojmů s tímto spojených. Je též poměrně zajímavá statistika spojená s paliativní péčí a umíráním doma. Málo dat, která se v souvislosti s tímto oborem objevují, ukazují na to, že se tato část našeho života odhaluje jen pomalu. Pohledem na legislativu posoudíme, zda je v tomto směru dostačující a pro občana pomocná.

Zásadním úkolem ale bude, jak ke smrti a umírání přistupují ženy, jak se časově se smrtí prolínaly, zamyslet se nad tím, proč mají ženy větší zastoupení v ošetrovatelství, zdravotnické profesi, proč poskytují více empatie a porozumění v paliativní péči, a v otázkách smrti všeobecně. S tímto mi pomohla psychologie podaná autory jako je Milan Nakonečný⁵, Jaro Křivohlavý⁶, Jaroslav Řezáč⁷ aj. Čas péče o nemocné a umírající, vyrovnání se se ztrátou člověka krásně popisuje ve svých knihách Elizabeth Kübler-Rossová⁸, žena, která byla zařazena do síně slávy velkých amerických žen, byla spoluzakladatelka světového hospicového hnutí. Z našich žen, a podtrhuji žen, protože touto tematikou se zabírají převážně ženy, jsou Marie Svatošová⁹, Helena Haškovcová¹⁰.

¹ Srov. NAVRÁTILOVÁ Alexandra, *Smrt v české lidové kultuře*, Praha: Vyšehrad spol. s.r.o. 2004, ISBN: 80-7021-397-3.

² Srov. PODBORSKÝ Vladimír, *Náboženství pravěkých Evropanů*, Brno: Masarykova univerzita 2006, ISBN:80-210-4178-1.

³ Srov. MARKOVÁ Monika, *Sestra a pacient v paliativní péči*, Praha: GRADA 2010, ISBN: 978-80-247-3171-1.

⁴ Srov. VORLÍČEK Jiří, ADAM Zdeněk a kol., *Paliativní medicína*, Praha: GRADA 1998, ISBN: 80-7169-437-1.

⁵ Srov. NAKONEČNÝ Milan, *Psychologie osobnosti*, Praha: Academia 1995, ISBN: 80-200-0525-0.

⁶ Srov. KŘIVOHLAVÝ Jaro, *Psychologie nemoci*, Praha: GRADA 2002, ISBN: 80-247-0179-0.

⁷ Srov. ŘEZÁČ Jaroslav, *Sociální psychologie*, Brno: Paido, 1998, ISBN- 80-85931-48-6.

⁸ Srov. KÜBLER-ROSSOVÁ Elizabeth, *Hovory s umírajícími*, Brno: Signum Unitas 1992, ISBN:80-85439-04-2.

⁹ Srov. SVATOŠOVÁ Marie, *Hospice a umění doprovázet*, Praha: Ecce homo 2003, ISBN: 80-902049-4-5.

¹⁰ Srov. HAŠKOVCOVÁ Helena, *Thanatologie*, Galén 2000, ISBN:80-7262-034-7.

1. Historie umírání a ženy

1.1 Smrt v ženském pojetí

V obecném filozofickém pojetí bytí a smrt jedno jest. Až objevení definice času vymezuje naši smrt a strach z ní. Smrt jsme ještě na rozdíl od narození nezažili a proto si na základě toho, co kolem sebe pozorujeme, vytváříme určité vzorce. Hledáme nějakou cestu, jak smrt obelstít, odsunout nebo jen prostě nevidět. To, co zásadně ovlivňuje pojetí našeho skonu je kultura. Ta spolu s vírou a dobou určuje naše vnímání posmrtného života, kde budou zesnulí pobývat a jaký osud je tam čeká. V posledních letech probíhají diskuze o nové smrti-důstojné a nevytěsněné. Obory, které se tímto zabývají, jsou též thanatologie a antropologie smrti.¹¹

Smrt se objevovala v kosmogoniích dávných kultur a civilizací. Zrodila se ze tmy, jak uvádí řecká mytologie, kde ji reprezentuje bůh Thanatos, spojuje se s chthonickými božstvy nebo se udržovala v lidových tradicích. Byly to balady, pohádky, legendy a pověsti. Byl to démon, který zpřetrhává lidské životy. Ve slovanském pojetí je smrt v podobě ženy zahalená v bílém šátku nebo plachtě. Názvy odpovídaly ženskému rodu-Smrtka, Kmotřička smrt. Představa smrti pod lidovým názvem Zubatá nebo Kosatá, oděná do bílého šatu, nebyla tak děsivá jako kostlivci a jezdcí na koních s přesýpacími hodinami. Ti se na naše území dostali až v období baroka prostřednictvím kramářských tisků, loutek a divadla. Tento kostlivec byl ze strany církve varovným strašákem pro neřestné tělo.¹² Znovu se setkáváme s ženskou rolí smrti jako boží poselkyní, neodvratnou, neúplatnou, tou, která ruší všechny rozdíly mezi lidmi.

Obecně člověk nemá strach ani tak ze smrti, jako z umírání. Bojí se bolesti, bojí se toho, že zůstane sám ve svém utrpení. V dobách našich prapředků ale člověk v tuto chvíli nebýval sám. A pokud měl jedinec tu možnost zemřít doma, byl se svou rodinou. Umírání a následná smrt byly součástí běžného života. Člověk se dožíval nižšího věku než dnes. Střídalo hodně nemocí, které se neléčily, manuální a těžká fyzická práce přinášela úrazy, které se špatně hojily, vysoká dětská úmrtnost byla běžným jevem. Některá historická období zaváděla špitály nebo nemocnice pro běžné obyvatelstvo, snažila se odbornou pomocí nebo speciální péčí snížit utrpení a bolest onemocnění a

¹¹ Srov. MALINA Jaroslav a kol., *Antropologický slovník*, Brno: CERM 2009, ISBN: 978-80-7204-560-0, s. 211.

¹² Srov. Navrátilová A., *Smrt v české lidové kultuře*, s.172.

příchod blízké smrti. Vedle toho však zásadně převažuje fakt, že běžný život se odehrával kolem rodiny a jejího způsobu života. Ženy jako pečovatelky a matky přebíraly v rodinném kruhu péči o nemocné. Muži chodili za časného rána za prací a vraceli se až večer. Potřebovali uživit svou početnou rodinu. A právě proto se o nemocné a odcházející, staré i mladé, staraly převážně ženy. Měly ve stavení i ve chlévě ještě k tomu spoustu práce. Doprovázení ke smrti nebylo jako dnes pojato se zastavením se. Samozřejmě, že se ženy postaraly o vše potřebné, uvařily bylinný čaj, daly studený obklad. Pak znovu do práce. Dokonce pokud umírání trvalo delší dobu, ošetřující byli nevrlí a před umírajícím dávali neskrytě najevo, že by měl už odejít, protože je zdržuje od práce.¹³

To sepětí s přírodou přináší neměnnou pravdu, že staré odchází a nové přichází. Před smrtí bylo třeba rozdělit pozůstalost, rozloučit se s rodinou a přáteli, odpustit si, a dát dětem požehnání. Pokud zůstal nerozdělen majetek nebo peníze, věřilo se, že mrtvý nenajde klid. Poslední vůli bylo třeba splnit, a pokud se tak nestalo, byl to závažný hřích. I způsob pohřbení si umírající určil sám. Důraz se kladl i na to, aby pohřbení nestálo moc peněz. V okamžiku příchodu smrti byl umírající ohrožován démony a zlými duchy, andělé a ďáblové čekali na jeho duši. Víra v tento boj prosazovala několik účinných prostředků. Hluk a světlo odháněly démony. V křesťanství dostali tito pomocníci nového vysvětlení. Rozsvícená svíce a zvonění zvonů lákaly duši na věčnost. A pak přišla smrt a pohřební rituály spojené s ní.

1.2. Ritualizace smrti

V době institucionalizace smrti na její ritualizaci jen vzpomínáme. Slovo rituál pochází z lat. *rituale* a znamená to řád obřadu nebo obřadnictví.¹⁴ Nemocné posíláme umírat do nemocnic, LDN či jiného zdravotnického zařízení, kde smrt není vidět. V současné době dochází k ustanovení rituálu smrti při již nevléčitelném onemocnění nebo úrazu, že je jedinec přesunut v drtivé většině případů do specializovaných zařízení jako nemocnic nebo hospiců a umírá mimo domácí prostředí. Tuto situaci podporují patrně i stávající normy:

¹³ Srov. tamtéž, s. 178.

¹⁴ Srov. VORLÍČEK Jirí, ADAM Zdeněk a kol., *Paliativní medicína*, s. 371.

Obecně občanský zákoník § 26 Důkaz o smrti¹⁵ a § 114 Ochrana lidského těla po smrti člověka¹⁶, kde se ve většině případů předpokládá, že člověk umírá ve zdravotnických nebo sociálních zařízeních.

Jednotlivé životní fáze doprovázené obřady (narození, svatba, smrt) snižují vysokou emotivitu zúčastněných. Tyto obřady mají předepsaný postup a scénář, proto určují i přiměřené chování truchlících či radujících se lidí.

1.3. Pohřební ritus

Pohřebních rituálů starých Slovanů bylo velké množství. V lidové kultuře se udržely některé rituály odkazující na pohanskou tradici ovlivněnou křesťanstvím. Po smrti zvonily zvony, takzvaná hodinka, hrany nebo vrše. Pokud v domě v době smrti někdo spal, bylo ho třeba probudit, aby nezaspal s mrtvým. Obcházely se všechny domy, kde bylo oznámeno úmrtí. Většinou se najala chudá žena, která chodila dům od domu a zvěstovala smrt. Aby se do domu nezavlekla smrt, nesměla dovnitř. Říkali jí vobcházečka, nebo otloukačka. V jiných částech země obcházela mladá dívka s holí a tloukla na okno.¹⁷

První povinností po smrti bylo umytí mrtvého. To většinou zaopatřovala nějaká starší žena z rodiny. Mrtvého umyla, oholila a učesala. Byl to projev úcty k mrtvému. Věci, které byly použity k očištění, byly spáleny nebo zakopány. Tělo zemřelého nebylo pohřbeno hned. Strach z toho, že se může zemřelý probudit, trval. Stávalo se, že zvláště při epidemiích byl člověk pohřben ihned, aniž by byl mrtvý. Aby měl probuzený nebožtík šanci na přežití, dával se mu do ruky zvoneček. Zaopatřování mrtvých v podobě úpravy do rakve spočívá na pohřebních službách, které mají nakládat s tělem tak, aby nedošlo k jeho hanobení.

¹⁵Srov. Parlament ČR, § 26 Důkaz o smrti, díl 2, oddíl 1, fyzické osoby, obecné ustanovení, Zákon č. 89/2012 Sb., Občanský zákoník [online], Praha, 2012, s. 6.
http://obcanskyzakonik.justice.cz/images/pdf/NOZ_interaktiv.pdf

¹⁶Srov. Parlament ČR, § 114 Ochrana lidského těla po smrti člověka, díl 2, oddíl 6, pododdíl 6, Zákon č. 89/2012 Sb., Občanský zákoník [online], Praha, 2012, s. 24.
http://obcanskyzakonik.justice.cz/images/pdf/NOZ_interaktiv.pdf

¹⁷ Srov. Navrátilová A., *Narození a smrt v lidové kultuře*, s. 207.

Zákon o pohřebnictví (zákon č. 256/2001 Sb.) pohřební služba se má podle § 7 c) „zdržet se ve styku s pozůstalými chování nešetrného k jejich citům a umožnit při smutečních obřadech účast registrovaných církví, náboženských společností a jiných osob v souladu s projevenou vůlí osoby sjednávající pohřbení.“¹⁸

Ani úřady nepočítají s úmrtím v domácím prostředí: „Jaké jsou podmínky a postup pro řešení životní situace; Po obdržení oznámení o úmrtí se pozůstalí nejdříve obrátí na jakoukoliv pohřební službu a objednají pohřeb“¹⁹

Obrovskou víru v posmrtný život dokládá kremace mrtvých. Funkce ohně duši očistila a věřilo se, že se duše po spálení dostane rychle do nebe. Na pohřební rej se zaopatřovaly námezdni plačky, které mrtvého doprovázely. V našich zemích probíhaly rituály spojené se smrtí důstojně a lidsky. Alespoň v době novodobých dějin.

Jeden rituál - právě spojen s ženami - byl ritus sati. Hojně se prováděl u vysoce postavených Vikingů. Byl to dobrovolný odchod vdov společensky významných jedinců spolu s jejich pánem. Vyvstává ale otázka, zda nešlo spíše o násilné usmrcování než dobrovolný odchod. Byla to doba obětiny. Otrokyň, která se dobrovolně přihlásila odejít se svým pánem, podstoupila několik otřesných praktik. Jiné otrokyň se o ni staraly, popíjely s ní a veselily se. Pak dívka vstupovala do všech stanů. Zde souložila se všemi majiteli. Žena k tomu určená, nazývaná anděl smrti, oběť zatáhla do největšího stanu, šest mužů znovu otrokyni znásilnilo, a potom ji žena popravila. Poté ji položili na loď vedle svého pána, zapálili a poslali po řece²⁰.

Tyto brutální praktiky se ale většinou u Slovanů na našem území neobjevovaly. Součástí rituálů u pohanů byly tzv. odlučovací rituály. Bylo to omývání mrtvých, jejich chvalořečení, bdění u mrtvého, kvílení plaček.

¹⁸ Parlament ČR, § 7 c), hlava II, díl 1, Pohřební služba, Provozování pohřební služby, zákon o pohřebnictví p/zakony/zakon.jsp?page=0&nr=256~2F2001&rpp=15#seznam.

¹⁹ Úřad městského obvodu Moravská Ostrava a Přívoz, Moravská Ostrava, Vydání úmrtního listu [online], Ostrava, 2015, <https://moap.ostrava.cz/cs/radnice/urad/odbor-vnitrich-veci/oddeleni-matriky-a-ohlasovny/zivotni-situace/vyrizeni-umrtniho-listu-po-umrti-obcana>.

²⁰ Srov. Podborský V., *Náboženství pravěkých Evropanů*, s. 357.

1.4. Vznik ošetrovatelství

Počátek specializovaného ošetrovatelství lze hledat již ve starověkém Egyptě (papyrus – duševní choroby, chrámové ošetrovatelství). Dalším ošetrovatelským počinem byly specializované vojenské nemocnice spojené s římskými legiemi a jejich pomocnými jednotkami. Budova nemocnice (valetudinarium) se stala stabilní součástí vojenských táborů. Křesťanství přineslo do Evropy i starostlivost o nemocné a chudé. Již v druhé polovině 4. století vzniká v Římě na popud svaté Fabioly ošetrovatelský dům. Nařízení papeže Řehoře Velikého z roku 817 ukládalo klášterům starost o chudé, postižené a nemocné a dalo vzniknout jak řádům církevním, rytířským i světským.

Vznik těchto řádů a jejich působení představují nutnost nebo potřebu jejich vzniku v evropském prostředí. Domácí péče se stala nedostatečnou v rámci epidemií a válečných stavů, stejně jako sociální a životní situace bez založení rodiny. Vedle působení řádových domů se objevují postavy mocných žen, které se angažují v ošetrovatelství např. sv. Hildegarda z Bingen, Sv. Anežka Česká, sv. Hedvika Slezská, sv. Anežka Durynská, sv. Alžběta Durynská, sv. Zdislava z Lemberka.

Přesuneme se o několik století dále. Vývoj společnosti s sebou ale přináší i nemoci, chudobu a války. Lidem, kteří byli postiženi těmito hrůzami, bylo třeba podat pomocnou ruku. Před vznikem křesťanství se léčitelství a pomoc nemocným dědila z generace na generaci. Sbíraly se byliny, používala se voda a slunce.

K jejím zázračným účinkům se vracíme i dnes. Po příchodu křesťanské víry přišla i filozofie pomáhat bližnímu svému. Zakládaly se kláštery, mužské i ženské, které velmi ovlivnily vývoj lékařství náboženskými nařízeními. Tam se pěstovaly byliny, z kterých se vyráběly léky. Historie je protkaná mnoha ženami léčitelkami a lékařkami.

Ačkoli péče o nemocné a chudé spočívala na církevních institucích a nově vznikajících špitálech zřizovaných ve 13. století v nově vznikajících městech, jejím základem byla domácí péče.

Ve 12. stol začaly v Evropě pandemie a války. Modlitby a zařikávání nepomáhaly a proto se muselo přistoupit k praktickým a hlavně hygienickým opatřením. Život v této době byl velmi těžký, zvláště pro ženy. Muži válčili, a na ženách ležela tíha odpovědnosti za hospodářství, rodinu ale i péče o raněné a nemocné. Vývoj

ošetřovatelství se zpravidla dělí na tři základní skupiny. Jednou je laická péče rodiny udržovaná na základě tradic nebo sebe péče. Další je charitativní péče, jíž poskytovaly převážně církevní řády a pomáhaly trpícím. Počátkem 19. století se s rozvojem medicíny rozšířila organizovaná léčebná péče a velký význam je kladen na hygienu pro zdraví.²¹

Ošetřovatelství definuje Světová zdravotnická organizace jako „*Systém typicky ošetřovatelských činností týkajících se jednotlivce, rodin a skupin, který jim pomáhá, aby byli schopni pečovat o své zdraví a pohodu*“. ²²Je zaměřeno na podporu zdraví a jeho udržení, podílí se na prevenci, rehabilitaci, diagnostice a terapii. Metodami dnešního ošetřovatelského procesu je rozpoznávání potřeb pacienta a řešení problémů s nimi spojených. Pacienti jsou aktivními účastníky péče. Tu ovlivňuje jejich vlastní pohled na zdraví, jejich vnímání potřeb i vzájemný vztah mezi pacientem a sestrou.

V knize o ošetřovatelském procesu píše Valerie Thótová o vzniku ošetřovatelství. Bohužel, mezi významnými jmény tohoto oboru nevidíme ani jednoho muže!! V knize psané pro sestry a ne pro muže „bratry“ vidíme, že je tento obor převážně ženský.

Většina lidí dostala do vínku svobodnou vůli a potřebu starat se nejen o sebe, ale i o druhé. V tomto dominují ženy. Je to spojováno s jejich mateřskou rolí a přirozeností pečovat o druhé.

Ošetřovatelství v českých zemích se datuje od 10. století. V Praze vznikaly první hospice (útulky pro chudé a nemocné). Civilní sestry v nich poskytovaly pomoc a hlavně základní potřeby. Podobným způsobem pracovaly i kongregace a náboženské řády. Vedle svých klášterů zakládaly špitály. V tu dobu bylo ošetřovatelství spíše laickou pomocí poskytující jídlo, teplo a postel než nějakou odbornou medicínskou pomocí a léčením.

Rozvíjející se medicína přinesla i počty výkonů a nemocných. Těm bylo třeba pomáhat a dohlížet na ně. Dělo se tak doma i v nemocnicích, které často vznikaly při lékařských fakultách. Vývoj technologií po roce 1945 ovlivnil ošetřovatelskou praxi a změnil základní funkce ošetřovatelství.²³

²¹ Srov. KUTNOHORSKÁ Jana, *Historie ošetřovatelství*, Praha: GRADA 2010, ISBN:9980-247-3224-4, s.14.

²² TÓTHOVÁ Valerie a kol., *Ošetřovatelský proces a jeho realizace*, Praha: Triton 2014, ISBN:978-80-7287-9, s. 16.

²³ Srov. Tamtéž, s. 19.

Dalším směrem českého ošetřovatelství se stala práce v terénu, která byla již samostatnou činností. V meziválečném období se rozvíjely sociální služby. Byly to poradny pro matky s dětmi, dispenzáře (poradny s rozdělováním léků) pro nemocné. Roku 1929 byla zavedena Československým červeným křížem ošetřovatelská a zdravotní služba v rodinách - specializovaná práce zaměřená především na výchovu sociálně slabších vrstev. Ve dvacátých letech 20. století byl založen Spolek absolventek ošetřovatelské školy, později přejmenován na Spolek diplomovaných sester.

Práce ošetřovatelek a zdravotních sester je velmi náročná profese fyzicky i psychicky. Je nazýváno etickým uměním. Schopnost empatie, komunikace a lásky propůjčuje těmto lidem nesmírně lidskou tvář. Je to profese, která spojuje několik vědních oborů - medicínu, filozofii, psychologii, pedagogiku, sociologii ale i jiné.

Úspěchy v medicíně, plošná očkování, velký rozvoj léčebných metod a diagnostika v nás zanechaly dojem, že člověk na poli vědy může vše. Boj o nemocného až do konce je krásný čin. Jsou ale bohužel chvíle, kdy už vše selže a nelze dělat nic jiného, než nechat nemocného odejít. V tomto kontextu se objevuje termín dysthanazie - zadržaná smrt. Jde o etický problém, který se objevuje v šedesátých letech 20. století. Je to situace, kdy léky a přístroje nedovolí přirozenou cestou člověku odejít z tohoto světa. Tento stav přispěl k volání po eutanazii za asistence lékaře nebo asistované sebevraždě. A právě v tuto dobu se rozvíjí celosvětové hospicové hnutí.

2. Paliativní medicína

2.1. Co je paliativní péče

„Sestra z ARO vypráví: 'Poslední kapkou bylo, když jsem se starala o více jak devadesátiletou paní po třetím rozsáhlém infarktu myokardu, která měla zavedený centrální katetr, také močový katetr, a jelikož odmítala jíst, tak také nazogastrickou sondu. Protože se stále snažila tyto vstupy vytáhnout, byla utlumena a přikurtována. Tato paní mne prosila, ať jí už pro Pána Boha necháme umřít.’“²⁴ Velice emotivní, smutné. Právě proto se začala vyvíjet paliativní péče.

Hospicové hnutí vzniklo nejprve v Anglii, pak i v jiných západních zemích. A právě s rozvojem hospiců přichází i nový medicínský obor - paliativní medicína. Protože se přístup společnosti ke smrti a umírání měnil, lidé si neuvědomovali, že smrt patří k životu. Vývoj medicíny, a s tím spojené i prodlužování života, přináší odcizení smrti. Minulé generace si nesou vzpomínky na to, jak jejich drazí a známí umírali v bolestech. To už dnes není pravda. Právě paliativní péče poskytuje lidem s pokročilým onemocněním a lidem, kteří už nereagují na léčbu, kvalitu konce života, uspokojuje jejich potřeby a doprovází je.

Jak je vlastně definována paliativní péče? Paliativní je z latinského slova pallium, což znamená rouška nebo plášť nebo z anglického slova palliate jako zmírnit nebo tišit. Podle světové zdravotnické organizace (WHO) je paliativní péče *„ Aktivní komplexní péče o pacienty, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů života. Cílem paliativní péče je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin. “*²⁵

Paliativní péče se dělí na:

Obecnou paliativní péči - tu by mělo poskytnout každé zdravotnické zařízení. Součástí je kvalitní a včasná diagnostika a snaha péčí a léčbou zkvalitnit pacientův život. Patří sem i léčba bolesti a podpora autonomie pacienta i jeho rodiny.

²⁴ Marková M., *Sestra a pacient v paliativní péči*, s. 14.

²⁵ Tamtéž, s. 21.

Specializovanou paliativní péčí - to jsou zařízení zabývající se paliativní péčí jako hlavní činností. Je požadováno mnoho vyškolených pracovníků a vysoce kvalifikovaných pracovníků a vyšší počet personálu na počet pacientů. Služby a péče by měly být poskytovány pacientovi, ať je kdekoliv - doma, v nemocnici, v pečovatelském domě, v ambulantní péči nebo na oddělení paliativní péče. Zařízení paliativní péče jsou:

- oddělení paliativní péče
- domácí hospice- mobilní paliativní péče
- lůžkové hospice
- ambulance paliativní péče
- konziliární týmy paliativní péče
- denní stacionáře
- zvláštní zařízení paliativní péče

Z rozhovoru s gerontoložkou Ivou Holmerovou je patrné, že situace v naší zemi je poměrně složitá legislativně i přístupem k umírání Čechů. V roce 2014 v naší republice zemřelo 105 000,7 lidí²⁶. Na tak velký počet umírajících je v hospicích jen 300 lůžek! Jak uvádí Iva Holmerová „ *Paliativní péče o nevléčitelně nemocné by měla fungovat i v nemocnicích, v léčebnách, v pobytových zařízeních, prostě všude tam, kde jsou lidé v terminálních stadiích nevléčitelných nemocí, by za nimi měla paliativní péče jít.*“²⁷

Nejrozšířenější místa pro poskytování paliativní péče u nás představují domácí prostředí nebo tzv. domácí hospic. Je dokázáno, že 98% dotazovaných lidí by chtělo zemřít doma. Se svými blízkými, ve svém prostředí a ve své posteli. Pokud má být paliativní péče takto poskytována, musí být splněno několik podmínek. Alespoň jeden z rodiny se musí o nemocného celodenně postarat a ten s tímto musí souhlasit. Vzniknou-li nějaké komplikace, musí být připraven tým odborníků, který je schopen 24 hodin denně reagovat a dostavit se. Bohužel u nás tato odbornost není na vysoké úrovni a léčba

²⁶ Srov. <https://www.czso.cz/csu/czso/cr/pohyb-obyvatelstva-2-ctvrtleti-2014-e7qsxmx92q>.

²⁷ Trachtová Zdeňka, Češi neumí přijmout smrt. Umírají proto v nemocnicích, míní gerontoložka [online] IDNES.CZ, 2014, dostupné na: http://zpravy.idnes.cz/rozhovor-s-gerontolozkou-ivou-holmerovou-f2w-/domaci.aspx?c=A140611_154940_domaci_zt

bolesti je ještě na počátku. Pokud se stane, že agentura domácí ošetrovatelské péče nemůže péči zcela pokrýt, navzdory přání pacienta a pomoci rodiny nemocný umírá v nemocnici.

Pro západní část jihočeského kraje je to prachatický hospic sv. Jana N. Neumanna²⁸ a na konci roku 2014 založený domácí hospic Athelas, který sídlí v Písku.²⁹ Ten sdružuje několik lidí od vedení po lékaře, sestry, ošetrovatelky, terapeuta a duchovního. Nemalý poměr v této práci mají i dobrovolníci. Tuto práci a hospicovou a paliativní péči krásně představuje dokumentární film „Tam, kde naplňují dny životem“.³⁰

Od roku 2007 jsou oficiální statistikou ČSÚ zjišťovány údaje o místě úmrtí. Nejčastěji k úmrtím dochází v lůžkovém zdravotnickém zařízení nemocničního typu (60 %), v léčebném ústavu zemřelo dalších 8,5 % osob a necelých 5 % v sociálních zařízeních. Téměř pětina úmrtí nastala doma, k ostatním úmrtím došlo na ulici či jiném veřejném místě či při převozu.³¹

Oficiální stránky hnutí Cesta domů se snaží též popsat, kde nejčastěji umíráme. Čísla jimi zjištěná jsou také neuspokojivá. Podotýkají však, že data nejsou reprezentativní, protože lidé, kteří umírají doma, mohou být i ti náhle zemřelí a ne ti o které rodina spolu s paliativními pracovníky pečují. Výzkum z roku 2011 ukázal, že 80% lidí nechce umřít jinde než doma, bohužel asi stejné množství lidí mimo domov umírá!³²

Zpráva pro Cestu Domů od STEM Marku výzkum 2013 o umírání³³:

²⁸ Srov. Hospic sv. Jana N. Neumanna Prachatice, [online], Prachatice, 2015
<http://www.hospicpt.cz/prachatice>

²⁹ Srov. Athelas. Domáci hospic Písek, [online], Písek, 2015, www.hospic-pisek.cz

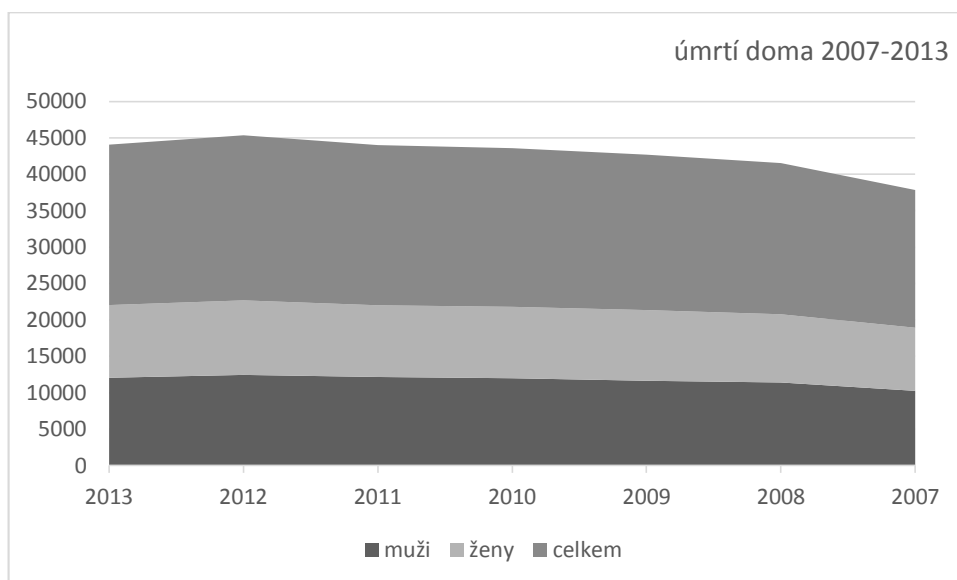
³⁰ Srov. Hospic sv. Jana N. Neumanna Prachatice, Tam, kde se naplňují dny životem, [online], Prachatice, 2012, http://www.hospicpt.cz/prachatice/film-o-hospici#Tam_kde_naplnuji_dny_zivotem

³¹ Srov. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, Zemřelí 2013, [online], Praha, ÚZIS ČR, 2012, ISBN: 978-80-7472-139-7; tentýž, Zemřelí 2012, [online], Praha, ÚZIS ČR, 2011, ISBN: 978-80-7472-043-7; tentýž, Zemřelí 2011, [online], Praha, ÚZIS ČR, 2010, ISBN: 978-80-7472-003-1; tentýž, Zemřelí 2010, [online], Praha, ÚZIS ČR, 2009, ISBN: 978-80-7280-925-7; tentýž, Zemřelí 2009, [online], Praha, ÚZIS ČR, 2008, ISBN: 978-80-7280-902-8; tentýž, Zemřelí 2008, [online], Praha, ÚZIS ČR, 2007, ISBN: 978-80-7280-829-8; tentýž, Zemřelí 2007, [online], Praha, ÚZIS ČR, 2006, ISBN: 978-80-7280-754-3, dostupné na: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/zemreli>

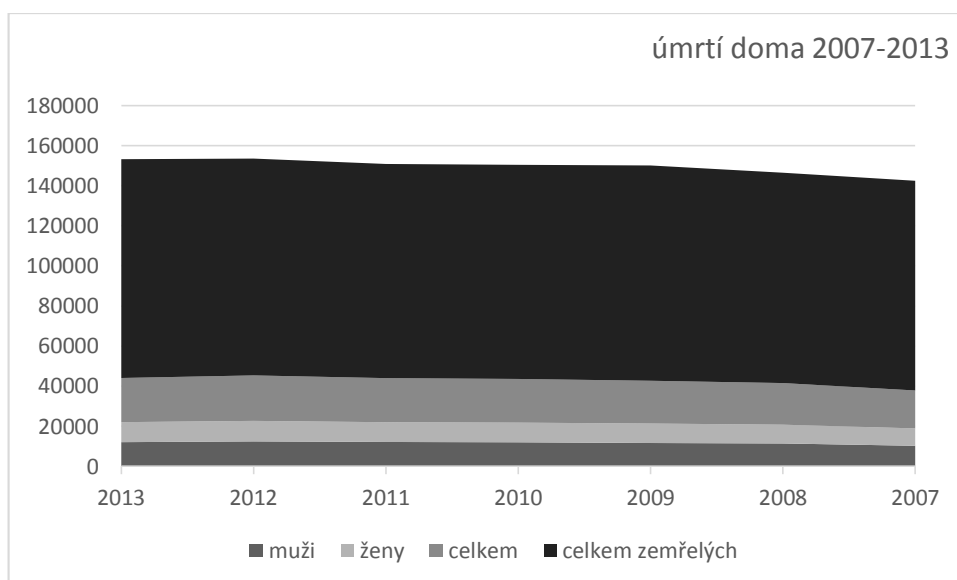
³² Srov. Tomeš, I. – Dragomírečká, E. – Sedlářová, K. – Vodáčková, D., Rozvoj hospicové péče a její bariéry 2015 Praha Karolinum. ISBN: 9788024629414, s. 110-112; Cesta domů, Neumíráme tam, kde si přejeme. Tisková zpráva, [online], Praha, 2011, <http://www.cestadomu.cz/res/data/053/006113.pdf>
STEM MARK, Umírání a péče o nevléčitelně nemocné II. Závěrečná zpráva [online], Praha, 2013, <http://data.umirani.cz/#zprava>.

³³ STEM MARK, Umírání a péče o nevléčitelně nemocné II. Závěrečná zpráva [online], Praha, 2013, <http://data.umirani.cz/#zprava>.

Zemřelí doma: faktory – náhlé úmrtí X paliativní péče



graf 1: srovnání vývoje počtu úmrtí v domácím prostředí od roku 2007-2013³⁴



graf 2: vývoj úmrtí doma ve srovnání s celkovým počtem zemřelých za rok 2007-2013, sestupná tendence při úmrtích doma³⁵

³⁴ Srov. Sestaveno podle dat: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, Zemřelí 2013, [online], Praha, ÚZIS ČR, 2012, ISBN: 978-80-7472-139-7; tentýž, Zemřelí 2012, [online], Praha, ÚZIS ČR, 2011, ISBN: 978-80-7472-043-7; tentýž, Zemřelí 2011, [online], Praha, ÚZIS ČR, 2010, ISBN: 978-80-7472-003-1; tentýž, Zemřelí 2010, [online], Praha, ÚZIS ČR, 2009, ISBN: 978-80-7280-925-7; tentýž, Zemřelí 2009, [online], Praha, ÚZIS ČR, 2008, ISBN: 978-80-7280-902-8; tentýž, Zemřelí 2008, [online], Praha, ÚZIS ČR, 2007, ISBN: 978-80-7280-829-8; tentýž, Zemřelí 2007, [online], Praha, ÚZIS ČR, 2006, ISBN: 978-80-7280-754-3, dostupné na: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/zemreli>)

³⁵ Srov. Sestaveno podle dat: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, Zemřelí 2013, [online], Praha, ÚZIS ČR, 2012, ISBN: 978-80-7472-139-7; tentýž, Zemřelí 2012, [online], Praha, ÚZIS ČR, 2011, ISBN: 978-80-7472-043-7; tentýž, Zemřelí 2011, [online], Praha, ÚZIS ČR, 2010, ISBN: 978-80-

Paliativní péče v lůžkových hospicích umožňuje ubytování rodiny spolu s nemocným. Hospice se u nás řadí do zdravotnických lůžkových zařízení. Tam, kde péče zdravotníků v nemocnicích končí, v paliativní péči a v hospici začíná. Je zde poskytována péče jak zdravotnická, tak i sociální poradenství, pomoc rodinám i potažmo truchlícím.

Oproti nemocnicím je hlavním posláním hospice péče o umírajícího člověka. Ale abychom nebyli skeptičtí - ne každý nemocný v hospici zemře. Jak uvádí Monika Marková³⁶ třetině lidí, přijatých do hospice, se zdravotní stav po upravení léčby zlepší a vrací se do domácí léčby nebo domácího ošetřování.

Ze strany legislativy není paliativní péče samostatnou oblastí poskytování zdravotní a sociální péče. Tvůrci zdravotní politiky tuto oblast jen neochotně prosazují. V roce 2012 atestovalo z paliativní medicíny jen 16 lékařů.³⁷ Vzhledem ke stárnoucí populaci a vysokému nárůstu onkologických i jiných vážných onemocnění, je to žalostně málo.

Zákon č.48/1997 o veřejném zdravotním pojištění uvádí paliativní péči jako poskytovanou péči v zvláštním zařízení hospicového typu „*léčba paliativní a symptomatická o osoby v terminálním stadiu poskytovaná ve speciálních lůžkových zařízeních hospicového typu a v domácím prostředí.*“³⁸ Do dne 31. 1. 2013 zdravotní pojišťovny neuzavřely žádnou smlouvu s poskytovatelem zdravotních služeb s výkony paliativní péče. V domácí péči je hrazeno ze zdravotního pojištění několik výkonů, které jsou specifikovány v Seznamu zdravotních výkonů. Je povolen takový počet návštěv, kolik vyžaduje zdravotní stav nemocného. Toto indikuje ošetřující nebo

7472-003-1; tentýž, Zemřelí 2010, [online], Praha, ÚZIS ČR, 2009, ISBN: 978-80-7280-925-7; tentýž, Zemřelí 2009, [online], Praha, ÚZIS ČR, 2008, ISBN: 978-80-7280-902-8; tentýž, Zemřelí 2008, [online], Praha, ÚZIS ČR, 2007, ISBN: 978-80-7280-829-8; tentýž, Zemřelí 2007, [online], Praha, ÚZIS ČR, 2006, ISBN: 978-80-7280-754-3, dostupné na: <http://www.uzi.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/zemreli>.

³⁶ Srov. Marková M., *Sestra a pacient v paliativní péči*, s. 27.

³⁷ Srov. Sláma, O. – Kabelka, L. – Špinková, M., 2013 Paliativní péče v ČR v roce 2013, [online], Brno-Praha, Česká společnost paliativní medicíny České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně, 2013, s. 7

http://www.paliativnimedicina.cz/sites/www.paliativnimedicina.cz/files/users/simicek/paliativni_medicina_v_cr_v_roce_2013.pdf

³⁸ Sláma, O. – Kabelka, L. – Špinková, M., 2013 Paliativní péče v ČR v roce 2013, [online], Brno-Praha, Česká společnost paliativní medicíny České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně, 2013, s. 8 http://www.paliativnimedicina.cz/sites/www.paliativnimedicina.cz/files/users/simicek/paliativni_medicina_v_cr_v_roce_2013.pdf

praktický lékař. Výkony jsou v praxi velmi limitovány. Navýšení frekvence ale nepřináší kvalitativní změnu.

2.2. Paliativní medicína

S rozvojem paliativní péče se rozvíjel i nový obor medicíny, a to paliativní medicína. Je známo několik definic. Jednu z nich definovala Velká Británie: „*Paliativní medicína se zabývá léčbou a péčí o nemocné v aktivním, progredujícím, pokročilým onemocněním. Délka života je u těchto nemocných omezená a cílem léčby a péče je kvalita jejich života.*“³⁹

Tento obor medicíny je velice složitý a klade nesmírné nároky na odbornost lékaře. Proto si můžeme paliativní medicínu představit jen velice okrajově.

Obor se vyvíjel v evropských zemích ale i Americe na konci 19. století. U nás se stala průlomovou v tomto oboru revoluce v roce 1989. Pracovníci ve zdravotnictví cestovali po otevření hranic za získáváním nových zkušeností na zahraniční pracoviště. První hospic v naší republice začal svou činnost roku 1995 a první oddělení paliativní medicíny bylo otevřeno roku 1992 v nemocnici v Babicích nad Svitavou.⁴⁰

Dnes se paliativní medicína přednáší na našich lékařských fakultách, i když v rámci oboru klinické onkologie.

Většina nemocí je chronického rázu a vede dříve nebo později ke smrti. Jsou to většinou choroby onkologické, závažná onemocnění plic, srdce, mozku, ledvin a v dnešní době je to i problematika nemocných s AIDS. Hlavními úkoly paliativní medicíny je maximálně zkvalitnit život pacienta. Dalším neméně významným bodem tohoto oboru je výzkum a léčba bolesti, což je jedním z projevů onkologického onemocnění. Mnoho lidí onkologicky nemocných udává jako průvodce největšího strachu silnou bolest než obavu z vlastní nemoci. Tato bolest je většinou chronická, nejčastěji způsobovaná právě nádorem. Záleží též na druhu nemoci, a kde se objevuje.

Paliativní medicína je obor velice těžký, protože se nejvíce setkává se smrtí. Je to multidisciplinární větev oboru, kde bohužel i přes velký nárůst profesionalizace,

³⁹ Vorlíček J., Zdeněk A. a kol. *Paliativní medicína*, s. 19.

⁴⁰ Srov. Tamtéž, s. 19.

výzkumných úspěchů a rozvoji léčebných metod, nemocných rakovinou stále narůstá. A to i u malých dětí. Právě proto vedle hospicové péče pro dospělé jsou dnes provozovány i hospice pro děti. Kéž by nebyly třeba!

Pro celkovou kultivaci paliativní medicíny v naší zemi vznikla Česká společnost paliativní medicíny (ČSPM). Dostala příležitost realizovat lepší podmínky pro paliativní péči, seznámit a vychovávat občany s péčí o nemocné a přiblížit jim zákonné možnosti léčby.⁴¹

2.3. Thanatologie

Do těchto dvou oborů se prolíná i obor thanatologie. Je to obor o smrti a jejích fenoménech. Jméno je odvozeno od řeckého boha smrti a spánku Thanata. Nikdo z lékařů nechce být označován jako thanatolog. Proto ještě dnes tento vědní obor není přednášen jako samostatná vědní disciplína. Objevuje se ale na lékařských fakultách jako součást předmětů lékařská etika, psychologie nebo psychiatrie. Má několik problematických okruhů - fenomén smrti, proces umírání, zadržaná smrt (dysthanázie), základní principy paliativní medicíny, eutanázie, program DNR (kritéria péče, která je marná), kategorie kvality života, ritualizace smrti, problematika zármutku a žalu, seznámení s dostupnou literaturou. Ještě jeden termín se dotýká smrti a to je thanatofobie. Je to chorobný strach ze smrti, kterou trpí pomáhající člověk nebo zdravotník.

⁴¹ Srov. Sláma, O. – Kabelka, L. – Špinková, M., 2013 Paliativní péče v ČR v roce 2013, [online], Brno-Praha, Česká společnost paliativní medicíny České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně, 2013, http://www.paliativnimedcina.cz/sites/www.paliativnimedcina.cz/files/users/simicek/paliativni_medicin_a_v_cr_v_roce_2013.pdf s. 8.

3. Když přichází smrt

3.1. Smrt sociální

Pokud přijde nemoc nebo se schyluje ke konci života kvůli onemocnění, člověk reaguje na tuto nesmírnou frustraci. Před tím, než přijde smrt fyzická, může nastat ta sociální. Tento stav můžeme pochopit jako vyloučenost nebo opuštěnost člověka. Známe tři skupiny pacientů, které můžeme takto zařadit. Jsou to lidé velmi staří, lidé v terminálním stadiu nevléčitelné nemoci nebo lidé s postižením osobnosti. Dnes společnost řadí do této skupiny i člověka starého, v důchodu.⁴² Bohužel je to škoda, protože mnoho těchto seniorů, sociálně vyloučených naší společností, může dát lidem víc, než některý krásný, mladý jedinec.

Každý člověk reaguje jinak. To závisí na osobnosti člověka a jeho vnitřním nastavení vnímání života. Snad ale každý cítí smutek, strach a osamocení. Je to odloučení od blízkých osob, sociální deprivace, ztráta vlastního osobního Já, pocit něčeho neukončeného a nespravedlivého. Jak uvádí Karel Balcar, frustrace je v únosné míře zážitek, který odkládá uspokojení řešení vzniklého problému. Rozdíl mezi stavem žádoucím a skutečným způsobuje frustraci. To způsobuje zátěž pro jedince a jeho organismus, stává se stavem tísně, potažmo stresu.⁴³ Stav naprosté beznaděje jak pro nemocné tak i pro rodinu a přátele způsobuje, že se člověk uzavře, izoluje se od světa venku, zpřetrhá sociální vazby a kontakty. Ztrátu kontroly nad svým životem a zdravím člověk vnímá jako vlastní selhání. Vzdává se těch aktivit, které byly pro nemocného člověka charakteristické.⁴⁴ Ne ojediněle člověk vnímá svou chorobu spíše jako nemoc duše než těla. Problém řeší alkoholem, nekontrolovatelným užíváním léků, ukončením komunikace, podrážděním a izolací. I když se rodina snaží svého milého podpořit a pochopit, ne vždy se to daří. Pak se prohlubuje sociální odloučenost.

Každý člověk, který onemocní vážnou smrtelnou nemocí, cítí vyloučení z běžného života. Jsou jedinci, kteří až do konce svých sil aktivně žijí. Stýkají se s rodinou, a podle svých možností sociálně nezemřou. Jsou ale i ti, kterým nemoc vezme lidskou

⁴²Srov. PAYNEOVÁ Sheila, SEYMOUROVÁ Jane, INGELTONOVÁ Christine, *Principy paliativní péče*, Brno, Společnost pro odbornou společnost 2008, ISBN: 978-80-87029-25-1. s. 371.

⁴³ Srov. BALCAR Karel, *Úvod do psychologie osobnosti*, Chrudim: Nakladatelství Mach 1991, bez ISBN.s. 124..

⁴⁴ Srov. Vorlíček J., Adam Z. *Paliativní medicína* s. 316.

důstojnost, a zvláště ženy po operacích prsou a vážných onemocněních ženských orgánů prožívají ztrátu ženskosti. Samozřejmě, že pro jejich rodiny je důležité to, aby jejich milovaná žena, maminka nebo dcera přišla domů zdravá, i když třeba bez prsou. Ztráta vlasů, odebrání prsu nebo nemožnost mít dítě může ženu frustrovat až tak, že zpřetrhá vazby s okolím, uzavře se do svého světa a nekomunikuje. V této chvíli je třeba pomoci ženě odborně, psychologem nebo psychiatrem.

Další zátěžovou úlohou ženy je pozice pozůstalé. Odchod rodičů a hlavně partnera je nesmírně bolestivá záležitost. Nejbolestivější je však ztráta vlastního dítěte. S tímto se asi nevyrovná nikdo, obzvláště jeho matka. A je jedno, jestli je to dítě malé nebo dospělé. V současné době, kdy je na jednu ženu 1,53 dítěte, mimořádně a citlivě vnímáme tuto ztrátu.⁴⁵ Rodičům by mělo být umožněno s dítětem se naposled vidět, pokud to chtějí, prožít si smutek a po určité době jim nabídnout pomoc. Je to období, kdy se po ztrátě dítěte přicházejí v životě rodiny změny. Bohužel se hodně rodin rozpadá, sourozenci mají problémy v dospívání, lidé nemluví, a tím se vzájemně vzdalují. Některé ženy začnou pít, rozvádějí se, nechťejí se scházet s rodinou a známými. Jejich pocit, že ostatní netruchlí vřele jako ony, že snad neměli dítě dost rádi, narušuje vztah mezi blízkými.⁴⁶

Americká profesorka Elizabeth Heinemanová vydala knihu, v níž popisuje pocity po porodu svého mrtvého syna. Dala mu jméno Thor. Žena měla neskutečnou potřebu syna vzít na chvíli domů a ukázat mu, jak je rodina na jeho příchod připravená. Po tom, co přesvědčila patologa, aby souhlasil, synovi doma ukázala bratrův pokoj, nepořádek v něm, nádobí v kuchyni. Bylo to pro ni důležité. Chtěla Thorovi ukázat, jak miluje své děti, i s jejich chybami, ukázat mu rodinu a zároveň se s ním rozloučit.⁴⁷

I takto může probíhat sociální smrt, i když převoz mrtvého domů není obvyklý, v naší zemi ho náš právní řád ani neumožňuje. Přitom psychologové takové rozloučení považují za předpoklad dobrého vyrovnání se s tragédií. Pro rodiče a zároveň i pro sourozence.

⁴⁵ Srov. <http://finance.celkove.cz/clanek/porodnost-v-roce-2014>

⁴⁶ Srov. DUNOVSKÝ Jiří, *Sociální pediatrie*, Praha: GRADA 1999, ISBN:80-7169-254-9, s. 176.

⁴⁷ Srov. Třešňák, P., 2014: V pravém rohu nebe. Respekt 50, 7.- 14.12.2014, dostupné <http://www.umirani.cz/clanky/v-pravem-rohu-nebe>; <http://www.respekt.cz/tydenik/2014/50/v-pravem-rohu-nebe?issueId=57163>

3.2. Potřeby umírajícího

V lékařské terminologii je umírání synonymem terminálního stadia. Definováno je jako postupné, nevratné selhávání životně důležitých funkcí orgánů s následkem smrti člověka. ⁴⁸Jde o stav umírání, který může trvat několik hodin, dnů nebo týdnů. V širším pojetí je umírání delším časovým úsekem. Můžeme ho používat už při diagnostikování nemoci s prognózou neslučitelnou se životem. I když má pacient ještě relativně dlouhý časový úsek života před sebou, nemoc ho bude ovlivňovat v jeho kvalitě. V tomto období je třeba pacientovi věnovat péči. Odborníci dělí období nemoci na tři stadia:

1. fáze *pre finem* - může to být delší časové období. Je třeba s pacientem citlivě pracovat, nemocný může pociťovat mnoho ztrát spojených s materiální stránkou, ztrátou zaměstnání, ale i ztrátou sociálních vztahů a kontaktů. Lékař je v tomto období ten, na koho se pacient upíná - na jeho odbornost, ale i na jeho lidskou stránku. Je důležité stále vlévat pacientovi do žil naději, ne ale lhát, to pak ztrácí zdravotník důvěru. Jde spíše o naději dlouhodobou, spojenou s prodloužením života.

2. fáze *in finem* - ve vlastním slova smyslu je to proces umírání

3. fáze *post finem* - je to péče o mrtvé tělo, péče o pozůstalé⁴⁹

Pokud chceme nemocnému nebo odcházejícímu člověku pomoci, musíme znát jeho potřeby. Podle psychologie má člověk 4 základní složky osobnosti - psychologickou, sociální, biologickou a spirituální. Od těchto složek se odvozují i potřeby:

Potřeba psychologická - jak uvádí Marie Svatošová „*člověk není pouze množina orgánů v koženém vaku*“⁵⁰, je to především lidská bytost a my musíme respektovat jeho důstojnost, respektovat člověka ať je jeho tělesná schránka jakákoliv. To je také základní zásada celosvětového hospicového hnutí. Velmi důležitá je mezilidská komunikace. Je zcela zásadní ve vztahu s pacientem nelhat. Pokud je i dobře míněná

⁴⁸ Srov. Vorlíček J., Zdeněk A., *Paliativní medicína* s. 369.

⁴⁹ Srov. Vorlíček J. Zdeněk A., *Paliativní medicína* s. 371.

⁵⁰ Svatošová M., *Hospice a umění doprovázet*, s. 22.

milosrdná lež odvolána, pacient ztrácí důvěru právě ve chvíli, kdy ji obě strany nejvíce potřebují.

Potřeba sociální - základním životním aspektem člověka je sociální vztah, tedy vztah člověka s člověkem, s rodinou a společností. Tak jak člověk nepřišel na svět sám, tak nechce zemřít sám. Jsou ale situace, kdy člověk nemá ten správný den na to, aby přijímal na lůžku návštěvu či potřeboval společnost. Měli bychom v tomto pacienta plně respektovat. U člověka se rozlišují sociální potřeby - potřeba družnosti, přichylnosti, uznání, potřeba vlivu, podřízení se.⁵¹

Potřeba biologická - vše to, co potřebuje pacient a jeho nemocné tělo. Sem patří strava, vyměšování, dohled nad fungováním životních orgánů, tišení bolesti.

Potřeba spirituální - tyto potřeby, jak by se mohlo na první pohled zdát, nejsou jen doménou věřících. I člověk ateisticky založený se otázkami duchovna právě v době nemoci zabývá. Potřeba duchovní je spojená s duchovním zaměřením člověka, a s jeho filozofickým, religiozním, psychologickým zaměřením. Potřebou estetickou rozumíme požadavky jedince na estetické cítění, krásno, prostředí atd.

Dále můžeme potřeby dělit podle způsobu vyvolání, naléhavosti, obsahu, počtu osob, kterých se týkají, podle četnosti výskytu, občasné i výjimečné, současné i budoucí.

Jde o otázky smyslu života, odpuštění sobě i ostatním. Bez tohoto vyrovnání se člověka sama se sebou je odchod velice smutný a trýznivý.

Jsou i potřeby člověka, které zformuloval Abraham Maslow jako hierarchii lidských potřeb:

- potřeba biologická a fyziologická
- potřeba jistoty a bezpečí
- potřeba přátelství a lásky
- potřeba uznání a úcty
- potřeba seberealizace⁵²

⁵¹ Srov. Nakonečný M., *Sociální psychologie*, s. 184.

⁵² Srov. PLHÁKOVÁ Alena, *Učebnice obecné psychologie*, Praha: Academia 2005, ISBN: 80-200-1387-3, s. 369.

Jednou z nejdůležitějších potřeb člověka umírajícího je potřeba být bez bolesti. Řadíme ji do základních smyslových percepčí má stejnou úroveň jako vidět, čichat, hmatat, slyšet a chutnat. Bolest můžeme mírnit, nebo ji zcela vyloučit několika způsoby:

Pokud pacient ví, kde má zdroj bolesti, informujeme ho, co ho čeká - jaké výkony či jak bolestivé budou. V případě bolestivého zákroku nasadíme analgetika, a pokud je pacient předem o všem informován, bolest snáší lépe

Využíváme pacientovy zkušenosti s bolestí, správně dávkujeme léky a využíváme terapeutické možnosti. Pokud je to možné, snažíme se o to, aby pacient bolesti vůbec neměl.

Používáme psychoterapii jako podpůrný prostředek.

Somatická a zároveň psychická pomoc je přikládání obkladů, pacient díky tomu cítí naši pozornost.

Je třeba nemocného informovat, za jak dlouho budou léky na bolest působit, jaké nežádoucí účinky mohou mít a jaké eventuální omezení pacientovi přinesou.

Je nutné do procesu zapojit pacienta – cvičení, poloha při ležení, dodržování nařízení lékařů.⁵³

Paliativní péče tedy tyto základní lidské potřeby uspokojuje, snaží se mírnit v posledním stadiu života utrpení jak psychické, tak i fyzické, dávat pacientovi najevo, že je to stále tentýž plnohodnotný člověk, s důstojností a identitou tak, jako před nemocí. Každý člověk se ale s touto situací vypořádá jinak. Někteří svůj smutný osud přijmou a tím získají výraz důstojnosti, jiní, ale rezignují a s tím se nese pocit zahořklosti a trýzně. Člověka je ve stadiu umírání třeba brát vážně, respektovat ho proto, aby věděl, že každá fáze života má svůj řád a smysl.

Umírající pacient má své potřeby, ale i svá práva. Jsou to mravní normy vyjádřené i v americké Chartě umírajících.⁵⁴

⁵³ Srov. ŠAMÁNKOVÁ Marie a kol., *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*, Praha: GRADA 2011, ISBN: 978-80-247-3223-7, s. 22.

⁵⁴ Srov. Haškovcová H., *Thanatologie*, s. 37–38.

3.3. Fyzická smrt

Smrt v paliativní péči je každodenní realitou a tam, kde smrt přichází, paliativní péče končí. Je to obor, kde se odborný tým nesnaží pacienta uzdravit, ale prodloužit mu důstojně život, popřípadě ho v terminálním stadiu dovést k bezbolestnému, láskyplnému konci. Přirozená smrt stářím, nemocí či zraněním má své symptomy, podle kterých poznáme, že organismus je nevratně poškozen a nastal zánik fyzického těla.

Podle biologů je program života střídán programem smrti. Skon nastává různě rychle- je to smrt náhlá, rychlá a pomalá. Náhlá a rychlá smrt se prakticky překrývají. Vždy ale příbuzné zaskočí nepřipravené.⁵⁵

Člověk, který umírá, přichází o fyzické a psychické síly. Následkem těchto ztrát se vzdaluje vnějšímu světu, klesá zájem o okolí i běžné věci, které vykonával, často usíná a spí. Každý člověk má jinou povahu. Někomu vyhovuje, když je v posledních chvílích života s rodinou, pro jiného je lepší být sám. Když se už smrt blíží, ohlašuje se těmito způsoby: krevní tlak klesá, kolísá tělní teplota, nastupuje nepravidelné dýchání. Pokud u lůžka doprovází rodina, povšimne si určitých změn, které vnímá i laik. Klesá teplota končetin, tmavší barvu mají lokty a kolena, rapidně slábne puls, ústa a oči bývají pootevřené, dech je pomalý nebo naopak rychlý, lícní kosti ale i nos a brada špičatí.

Stává se, že je nemocnému tak 2 až 3 dny před smrtí lépe. Je to tzv. předsmrtná euforie. Umírající je náhle plný života, dobře vidí a slyší, klade otázky, přeje si věci, na které už ani nepomyslel. Je dobré, když v tuto chvíli tráví čas s rodinou a svými nejbližšími.

Na konci této cesty přichází smrtelné kóma. Umírající nevnímá okolí, ale slyší nás. Je proto důležité hovořit tak, jako by byl člověk při vědomí a vnímal každé naše slovo. Věty jako „jsem/jsme tady s tebou“ nebo „máme/mám Tě rádi/rád“ emocemi nabitou situaci zklidňují a ritualizují.⁵⁶

Po rozloučení, pietě, je důležitá péče o mrtvé tělo. Tu provádí většinou zdravotní sestra. Je to několik úkonů, jako jsou zavření očí, podvázání brady, omytí, vyjmutí zubní náhrady a mnoho dalších. Jsou to i povinnosti administrativní, které nelze opomenout.

⁵⁵ Srov. Tamtéž, s. 75.

⁵⁶ Srov. Vorlíček J., Adam Z. a kol, *Paliativní medicína*, s. 378-380.

3.3.1. Příběh umírání

Kolegyně mi vyprávěla, jak před půl rokem v hospici zemřela její dvaadvacetiletá kamarádka trpící rakovinou. Protože tato mladá žena neměla moc dobré podmínky v rodině, moje kolegyně, řikejme jí Anna, ji doprovázela poslední týden jejího života. Kamarádka měla jedno velké přání - vidět svého psa ještě před tím, než zemře. Bylo to složité, ale personál hospice, včetně souhlasu pana ředitele, přání splnil. Když už smrt přicházela, Anna seděla u jejího lůžka. Přišli se postupně rozloučit její příbuzní, sourozenci. Smrt přišla večer. Sestry, řádová i zdravotní daly ještě Anně čas se rozloučit, poplakat si. Potom mrtvou svlékly, podvázaly bradu a celou ji omyly. Dívka měla krásné dlouhé vlasy, které kupodivu nemocí neztratila. Když ji umyly i ty krásné vlasy, pomalu a s úctou k tělu, otočily ji na bok a vlivem uvolnění svalů se mrtvá znovu ušpinila. Bez jediného mrknutí oka sestry začaly znovu. Pak mrtvou oblékly do krásných bílých šatů, které měla připravené. Anna vyprávěla, že měla ve tváři pocit smíření a úlevy, byla velice krásná. Když přišla matka, nechtěla v zármutku uvěřit, že jen nespí.

Toto vyprávění mě utvrdilo v tom, že je to téma, o kterém chci vědět více a psát o něm. Při odchodu ze života asistovaly ženy. Na stránkách hospice je uvedeno, kdo v tomto zařízení pracuje. Lékařů i jiných pracovníků je mnoho. Jsou to lidé se srdcem na pravém místě. Ale mezi 35 pečovatelkami, zdravotními a řádovými sestrami je jen jeden muž! Jak píše ve svém článku Tomáš Veber, komunita vědců, kteří se zabývají touto sférou, je silně feminní. I zvyky a tradice související se smrtí jsou doménou žen.⁵⁷

⁵⁷ Srov. Veber T., článek- Žena a smrt, *Lidové noviny*, 26. 4. 2014, s. 30.

3.4. Rodina a truchlení

Blízký člověk, kterého jsme milovali, odešel. Je to nezvratné a nepochopitelné. V tuto chvíli nás jímá pláč, zmatek a bezmoc. Jen malá část lidí se s tímto faktem vyrovná, a nepotřebuje čas. Ta samozřejmost, že s námi milovaný člověk je, nás nutí přemýšlet, zda je život spravedlivý, a jestli má nějaký logický řád. Nejíme, nespíme, pláčeme a vzpomínáme. Jak zvládnout život bez našeho zemřelého, jít dál cestou bez něj, najít tu sílu sám v sobě. To vše se děje v době truchlení. Je to zcela přirozená reakce člověka, a pokud ji z nějakého důvodu vytěsní, může v budoucnosti nastat velký problém.

Cesta vyrovnání se se ztrátou je dlouhá a budeme potřebovat vytrvalost, trpělivost a čas. Žal, který pozůstalý člověk prožívá, je u každého jiný. Zmítají se v něm silné pocity, jako jsou neklid, prázdnota, šok, hněv, strach, bezradnost, zoufalství a mnoho, mnoho jiných. Zármutek je jako houpačka, nahoru a dolů. Jeden den je lépe, druhý hůř. Všechny tyto pocity jsou normální stav truchlení a loučení se s našim drahým. Jsou ale i stavy, kdy je smutek atypický, liší se spíše svou délkou trvání. Pozůstalý člověk většinou sám pozná, kdy se truchlení již nedá vydržet. V tuto chvíli je třeba oslovit odborníka - psychologa nebo psychoterapeuta.

Co člověk, to jiný prožitek smutku. Někdo ho zahání prací, jiný se doma uzavře před světem a pláče. Právě v tuto chvíli někdy nastanou problémy v rodině nebo mezi partnery. Když sourozencům zemře matka, syn se vrhne do práce a dcera se nemůže s touto situací srovnat. Neznamená to ale, že by syn smutek necítil. Možná ho v ještě intenzivnější síle drží v sobě, zastírá ho a trpí. Nedává mu takový průchod, jako jeho sestra. A to je jedna z úloh ženy v paliativní péči. Pozůstalá.

Pokud žena utrpí tuto bolestnou ztrátu, dává většinou své emoce najevo. Určitě to muži v této situaci nemají lehké, ale vzhledem k tomu, že mužů umírá více než žen, tak i truchlících žen je víc. Pozůstalá manželka, sestra či přítelkyně je bolestná záležitost. Pokud ale žena přijde o dítě, po porodu, nemoci nebo vinou tragické události, do konce života ji to poznamená. V tuto chvíli se rodina, nebo partnerství a manželství stmeluje nebo naopak rozkládá. Zprávu i úmrtí dítěte by měl sdělovat lékař, který byl lékařem ošetřujícím a s rodiči měl určitou vazbu. Pokud to není možné, měl by být u tohoto sdělení alespoň přítomen. Někdy se stává, že rodiče v obraně na tuto situaci vyřknou věci, které je třeba brát zdrženlivě. Náhlé rozhodnutí o adopci, či okamžité další

těhotenství může být jen určitým obranným mechanismem na situaci ztráty dítěte.⁵⁸ Je to stav, se kterým se mnoho lidí samo nesrovná a potřebuje k jeho překonání odbornou pomoc. Právě odborníci, kteří se věnují paliativní péči, tuto službu poskytují.

V této směsici rozervaných pocitů a bolesti, přichází mnoho starostí s pohřbem, péčí o děti, zaměstnáním a možná i utěšováním truchlících členů rodiny. Je třeba vyřídit mnoho důležitých věcí. Pokud pozůstalí nemají sílu a energii na to, aby se s těmito věcmi vypořádali, určitě nikdo z rodiny či známých neodmítne podat pomocnou ruku.

Pohřeb: V dnešní době je mnoho pohřebních služeb v každém místě naší republiky. Je několik základních kroků, které je třeba udělat, abychom mohli nechat zesnulého pohřbít, nebo zpopelnit.

1. krok: kontaktovat pohřební službu
2. krok: objednání pohřbu
3. krok: objednání hrobového místa (pokud hrob už nemáme)
4. krok: oznámení o pohřbu (parte)
5. krok: pohřbení zesnulého (zpopelnění)
6. krok: úřední vyřizování⁵⁹

Úmrtní list: Na základě Listu o prohlídce zemřelého, který posílá poskytovatel zdravotnických služeb, pozůstalý na odboru matriky vyzvedne úmrtní list. Pokud jsou pohřební službě dodány všechny předepsané doklady, je úmrtní list vydán a zaslán pozůstalému na jeho adresu, do vlastních rukou.⁶⁰

Pohřebné: „ *Touto jednorázovou dávkou se přispívá na náklady spojené s vypravením pohřbu. Pohřebné je stanoveno pevnou částkou ve výši 5000 Kč. Příjem rodiny se netestuje. Pohřebné náleží osobě, která vypravila pohřeb nezaopatřenému dítěti, nebo osobě, která byla rodičem nezaopatřeného dítěte, a to za podmínky, že zemřelá osoba (s výjimkou mrtvě narozeného dítěte) měla ke dni úmrtí pobyt na území ČR.* “

⁵⁸ Srov. Dunovský J. a kolektiv, *Sociální pediatrie*, s. 176.

⁵⁹ Srov. Likrem s.r.o., Jak zařídit pohřeb, [online], Liberec, 2015, <http://www.pohrebnictvi.eu/pohreb/eshop/2-1-Zarizovani-pohrbu>

⁶⁰ Srov. Pegas cz s.r.o. Pohřební služba, Úmrtní list, [online], Praha, 2014 <http://www.pohrebpegas.cz/umrtni-list>

Vdovský nebo vdovecký důchod: Je to druh pozůstalostního důchodu, má na něj nárok vdova nebo vdovec.

Sirotčí důchod: Má na něj nárok nezaopatřené dítě, nezletilé i zletilé, mladší 26 let.⁶¹

I když se člověku zdá, že nic po smrti drahého zesnulého nebude jako dřív, život jde dál. Přicházejí všední dny. Smutek zůstává, stává se součástí života i budoucnosti. Přetrvávají vzpomínky, budí nás živé sny. Čas běží. Jedny z horších dní jsou svátky, narozeniny, Vánoce a výročí. Pozůstalý může tyto dny prožít o samotě, poplakat si, prohlédnout fotografie, popovídat si s tím, kdo nás opustil. Další variantou je, že požádáme rodinu, přátele či známé, aby s námi čas strávili. Pokud člověk zůstane sám, snaží se najít nějaké východisko. V těchto chvílích mohou pomoci tyto rady:

- o svých obavách mluvit
- je potřeba mnoho času na to, aby se smutek časem zmírnil
- zjištění získání vnitřní síly
- pokusit se žít ze dne na den
- řešit věci jednu po druhé
- připustit, že můžeme dělat chyby
- myslet na zemřelého, že je nadále vnitřně mezi námi⁶²

⁶¹ Srov. www.umirani.cz, Jak na úřadech [online], Praha, 2015, dostupné na: <http://www.umirani.cz/book/export/html/10737>;

Česká správa sociálního zabezpečení, ČSSZ informuje: Komu náleží vdovský nebo vdovecký důchod, [online], Praha, 2013, http://www.mpsv.cz/files/clanky/16519/TZ_291013a.pdf

⁶² Srov. <http://www.umirani.cz/rady-a-informace/truchleni/budoucnost>

4. Doprovázení v ženském pojetí

4.1. Proč právě ženy

4.1.1. Genderové rozdělení

S vývojem lidstva se role mezi mužem a ženou přetvářely. Biologické vlastnosti žen, jako je těhotenství, nebo menší fyzická síla, přetvořily postavení žen do určitého modelu, společenského očekávání. Odborníci toto nazývají genderové role nebo stereotypy.

Slovo gender z lat. genus, znamená druh nebo typ. Z angličtiny toto slovo nejde téměř přeložit. Filozofové a sociologové ho překládají jako rod.

Pohlaví vzniká samotným narozením, gender socializací a hlavně výchovou. Jsou to také společenská a kulturní pravidla chování. Na základě tohoto rozdělení si po každodenních zkušenostech, uvědomujeme svou rozdílnost. Jsme muži nebo ženy.⁶³

Dlouhodobým a přetrvávajícím jevem ve společnosti je genderová segregace na trhu práce. To rozlišuje odvětví a pracovní pozice žen a mužů. Jsou ale i oblasti, kde se podíl žen a mužů vyrovnává. Na základě popisu odborné literatury se segregace dělí na vertikální a horizontální.

Horizontální segregace - vysoký poměr jednoho pohlaví v určitém sektoru, nebo v určitém odvětví. Ta se nemění, i když někteří odborníci tvrdí, že koncentrace žen roste.

Vertikální segregace- zastoupení žen nebo mužů ve stupních hierarchie. Je zde vidět určitý vrchol, kam až ženy mohou dosáhnout, jaké překážky jsou jim kladeny, a proč jich je tak málo na vysokých vedoucích pozicích.⁶⁴

Zaměstnanost se vyvíjela v závislosti na politické situaci u nás i ve světě. Oproti padesátým letům, kdy v naší republice bylo zaměstnáno 52% žen, narostl tento poměr

⁶³ Srov. Zajíčková, s. 8 Kristýna Zajíčková, Vývoj genderové segregace na trhu práce v České republice, Brno, Diplomová práce, Ústav antropologie přírodovědecká fakulta Masarykova univerzita, Dostupné na: http://is.muni.cz/th/416945/fss_m?info=1;zpet=%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3Dkrist%C3%BDna%20zaj%C3%AD%C4%8Dkov%C3%A1%26start%3D1

⁶⁴ Srov. Tamtéž, s.14.

v letech šedesátých na 67,3%. V roce 1985 už pracovalo 92,4% našich žen. V západní Evropě to ve stejném čase bylo jen 55,6%. S rozvojem zdravotnictví a sociálních služeb ženy pracovaly na místech pro ně typických. Roku 1994 pracovalo ve zdravotnictví 2,7% mužů a 9,9% žen. V roce 2010 to bylo 3,1% mužů a 12,5% žen.⁶⁵

Právě pro osobnostní vlastnosti žen, kde odborníci uvádí na prvním místě emocionalitu a u mužů racionalitu předpokládám, že pomáhající profese je pro ženy vrozená. Dalším důležitým prvkem v rozdílnosti pohlaví je vyšší orientace žen na vztahy, zatímco u mužů dominuje nadvláda.⁶⁶ U žen je více tolerovaný odchod na mateřskou dovolenou, proto opouští zaměstnání ale i postup v kariéře.

Jedním z dalších faktorů je teorie genderová a feministická, čímž se vysvětluje profesní segregaci. Tak jako jsou muži stavěni do role živitelů rodin (napomáhají tomuto předsudky kulturní i sociální), tak i ženy mají svou roli. Jsou to role matek, zodpovědných za domácnost, péči o rodinu a výchovu dětí. Nepochybně právě tyto faktory určují chování na trhu práce. Pokud se ale stane, že muž vykonává společností vnímanou typicky ženskou práci např. zdravotní sestra, nebo žena mužskou roli (voják), může to do okolí vnést rozpory.⁶⁷ V naší společnosti se tyto role pomalu promíchávají. Jsou ale kultury, kde převážně ženy nemají právo být v mužském světě. Je otázkou, zda je to dobře, nebo špatně.

Většinou si žena vybírá zaměstnání, kde svou emocionální inteligenci využije, nesoupeří o vzestup na vyšší post. Typickým oborem pro pomáhající profese je obor zdravotní sestra. Je to oficiální název tohoto zaměření. Už podle toho je zřejmé, že tento obor je doménou žen.

4.1.2. Zdravotní sestry a ošetrovatelky

Velkou úlohu v paliativní a hospicové péči mají vedle lékařů, jiného zdravotnického personálu a dobrovolníků hlavně zdravotní a řádové sestry. Žen pracujících ve zdravotnictví jako sester je 98% a jen 2% mužů našlo své povolání jako zdravotní „bratři“. To samo vede k zamyšlení, proč ženy našly zalíbení v tak těžké, i když krásné

⁶⁵ Srov. Tamtéž, s. 29.

⁶⁶ Srov. Tamtéž, s. 10.

⁶⁷ Srov. Tamtéž, s. 22-24.

práci. Faktorů bude několik. Posuzovat podle platových podmínek mezi muži a ženami v sesterské profesy je nemožné, protože jak bylo už uvedeno, tuto práci vykonávají převážně ženy. Pokud bychom měli posuzovat právě platové ohodnocení zdravotních sester, toto zaměstnání je podhodnocené. V paliativní péči, v hospicích a jiných nepřetržitě zajišťovaných provozech je práce třísměnná, včetně víkendů a svátků. I toto může být jeden z důvodů, proč tak málo mužů v tomto oboru pracuje.

Mnoho žen si při výběru povolání zdravotní sestry ani neuvědomovalo, co vše obnáší tato práce. Práce, která je zároveň posláním. Každý den v nemocnicích, zdravotnických zařízeních a jiných pracovištích ženy pomáhají pacientům vyléčit, nebo alespoň zmírnit neuduhy těla i mysli.

V tomto je paliativní péče tak trochu na opačné straně. Nesnaží se pacienta za každou cenu vyléčit, ale dovést ho kvalitně do konce života. Proto sestry v tomto odvětví hledají cesty k tomu, jak člověku ulevit fyzicky i po psychické stránce. Je to velmi náročná práce a opravdu ji nemůže dělat každý. Chce obrovskou životní sílu a poznání, že smrt patří k životu tak, jako narození.

4.1.3. Emocionální inteligence

Další z předností pro tuto práci je určitá emocionální inteligence. Emocionální kvocient je EQ. Podle výzkumů je dokázáno, že ženy lépe a rychleji rozpoznávají tělesné nálady a pocity. Jejich vnímavost pro poselství beze slov, schopnost se přizpůsobovat atmosféře, cítit emocionální vlny, instinkt pro reagování na psychický stav svých bližních. Právě pro tyto faktory mají ženy lepší jemnocit, intuici a mezilidskou empatii. Přináší to ale větší míru citlivosti. *„Věda má pro to jedno vysvětlení: schopnost vnímání je u žen lépe rozmístěná v celé kůře velkého mozku. Jinými slovy: mohou rychleji přepínat z jedné poloviny mozku na druhou. Tak mají k dispozici komplexnější soubor nástrojů, s jejichž pomocí reagují na své okolí.“*⁶⁸

⁶⁸SARTORIUS Mariela, *Emocionální inteligence pro ženy*, Dobra a fontána 1999, ISBN:80-86179-25-7 s. 41.

Další studie prokázaly, že ženy lépe spolupracují, jejich schopnost vcítění je lepší než u mužů. Není to však vrozené, ale je to výsledek rozdílné socializace ve společnosti. Slabší pohlaví už od pradávna umělo rozeznávat myšlenky a emoce mocnějších - mužů. Emočně inteligentní ženy se dokáží vcítit do pocitů druhých. To neznamená, že žena bude s každým vroucně plakat nebo se bláznivě smát. Je to porozumění tomu, jak se druhý zrovna cítí, a pak na to přiměřeně reaguje. Umět dobře naslouchat, verbální a neverbální podněty adekvátně interpretovat - to je to správné ženské umění empatie.⁶⁹ Ženy mají vyvinutější a rychlejší zvládnání a přístup k vlastním pocitům, a tím mohou převažovat nad muži. Právě v některých profesích jsou ženy lepší než muži a to tím že - lépe řeší problémy, na změny reagují pružněji, lépe naslouchají, komunikují, nabízejí více podpory a rad, umějí chválit, ochotně povzbudit, rozhodují společně se svým okolím. Ženy ale bohužel často o těchto silných stránkách nevědí. V době emancipace a rovnoprávnosti s muži se ale tato emoční kompetence prostě „nenosí“, ba je až nežádoucí. Ženy ji záměrně potlačovaly, protože být citlivá, nezištná, starat se o druhé, nebýt sobecká byly slabosti, které je brzdily v seberealizaci. Není ale dobré tuto stránku v sobě potlačovat. Ženy potřebují vazby na jiné osoby, protože to zvyšuje pocit jejich sebe hodnoty.⁷⁰ Pokud chtějí být ženy uznávané, je třeba akceptovat a uznávat samy sebe a na své schopnosti emoční inteligence být patřičně hrdé.

Jak píše Milan Nakonečný, emocionální inteligence má několik znaků. Je to znalost vlastních emocí, schopnost emoce zvládnout, umět sám sebe motivovat a vnímat emoce jiných lidí.⁷¹ Je to vlastně popud k určitému jednání, kdy se člověk snaží přehledně situaci zvládnout, vcítit se do citů druhých a rozpoznávat je. Inteligence a morálka jsou dvě věci nezávislé na sobě. I člověk vysoce inteligentní může být morálně prázdný. Ale i morálka a emoce se dají zneužít.⁷²

Andreas Huber ve své knize uvádí, že je emocionální inteligence „*inteligencí rozumu a srdce*“. Dnes již existují postupy, (na rozdíl od minulosti, kdy EQ test neexistoval a věřilo se, že empatie a city nejdou změřit) které mohou aspekty emocionální inteligence zachytit. Pomocí filmu nebo kresby lze vyjádřit míru citů a vcítění se do emocí druhých. Tento test má anglický název PONS -, „Profile of nonverbal sensibility“. Dále se ukázalo, že lidé s vyšší emocionální inteligencí mají i větší optimismus. To sleduje i tzv.

⁶⁹ Srov. NUBEROVÁ Ursula, *Desatero úspěšných žen*, IKAR 2001, ISBN: 80-249-0341-5, s. 63.

⁷⁰ Srov. Tamtéž, s. 66.

⁷¹ Srov. Nakonečný M., *Emoce*, s. 280.

⁷² Srov. Tamtéž, s. 280-281.

„*Marshmallovův test*.“ Ten byl uplatněn na dětech předškolního věku. Po letech čekání na výsledky testu se ukázalo, že emocionální inteligence je pro člověka a jeho vývoj důležitá.⁷³

4.1.4. Biologie ženy

Proč je tolik žen smířeno nebo alespoň dokáže přijmout smrt? Je to zřejmě dáno i ženskou biologickou podstatou. Nic jiného asi nezbyvá. Právě proto, že muži umírají dříve, ženy zůstávají.⁷⁴

- Větší nemocnost- muži se častěji vydávají na místa, kde se mohou nakazit, také páchají víc sebevražd.
- Kriminalita- ve všech zemích na světě jsou ve vězeních převážně muži, dále užívání drog, alkohol a s tím spojené větší procento vražd.
- Velikost těla- lidé s větším tělem dříve umírají, je to špatným vstřebáváním růstových hormonů v buňkách.
- Více ischemických chorob srdečních- infarkty mají častěji muži, ženy jsou chráněny estrogenem, který má za následek větší flexibilitu cév Vysoké procento cholesterolu a špatná strava též nepřispívají mužskému srdci.
- Chromozomy- mužský chromozom XY má za následek častější poruchy nervového systému, selhávání ledvin, nemoci spojené s krví, ženy mají chromozom XX.
- Větší imunita- ženy mají delší konce chromozomů, proto vydrží déle než ty mužské.
- Životní styl- ženy více dbají na své tělo a zdraví, muži se pohybují v mužském světě, kde se více kouří, pije, méně odpočívá aj.
- Muži mají riskantnější práci - protože se muži pohybují ve větším pracovním riziku, jak fyzicky tak i psychicky, mají více úrazů, kolapsů, a tím i více úmrtí.
- Metabolismus - my ženy mužům metabolismu závidíme, ale tím, jak je rychlejší se i tělo rychleji opotřebovává.

⁷³ Srov. HUBER Andreas, *Emocionální inteligence*, Zems a Pragma 2005, ISBN: 80-903305-6-8, s. 27.

⁷⁴ Srov. <http://jahodovnik.blog.cz/0806/kolik-je-na-svete-vlastne-lidi>.

– Stres- muži jsou mnohem méně společenští, což vede k depresím, stresu a častějším sebevraždám.⁷⁵

Žen, které pracují v prostředí nemoci a utrpení, je hodně. Setkávají se každodenně s bolestí a ztrátou lidského života. Pak jdou domů, kde každá má svůj svět, své strasti ale i lásky. Je to ženský svět. Je trochu jiný. Tam, kde je ale jedna strana dávající, je i strana přijímající. Ta, kterou přijímají ženy.

4.2. Ženy doprovázené

Soustředila jsem se v této práci na ženy, které si vybraly profesi zdravotní sestry, lékařky, ošetrovatelky i pomocného personálu v paliativní péči. Co se ale stane, když se ze ženy doprovázející nemocí a smrtí stane žena doprovázená? Když žena onemocní těžkou nemocí, co cítí a jak zvládá svou situaci?

Dozví-li se člověk, a to bez ohledu na pohlaví, že je těžce nemocen, přichází zdrcení. Dozví-li se to ale žena matka, manželka ale i dcera a ještě k tomu je samoživitelka, přichází mnoho otázek a především starostí. Jsou to zprávy, které zpřeházejí ženě život od základů.

V první řadě žena přichází o svůj příjem. Až 84 % pacientek pocítí snížení svého příjmu. V tuto dobu většina z nich musí vydat větší částky za léky a pomůcky s nemocí spojené. Většinou se jedná o rakovinu prsu či ženských orgánů. V neposlední řadě jsou to výdaje na doplňky stravy, cestování do zdravotnických zařízení, a pokud mají malé děti - zajištění péče o ně. Pokud žena pracuje, nebo podniká, většina z nich musí prozatím práci opustit. Do toho samého kolektivu se žena vrací jen málokdy. Většina z nich dostane od státu invalidní důchod nebo musí změnit úvazek. Jen u malého množství žen nemoc do zaměstnání nezasáhne. I když je zdraví to nejdůležitější, určitě je toto pro mnoho žen, když pomineme zmiňovanou finanční stránku, psychicky náročné.

⁷⁵Srov. „Michal“, 11 důvodů, proč muži umírají dříve než ženy, [online], MENWORLD.CZ, 2013, ř. 49-50 www.menworld.cz/clanek/11-duvodu-proc-muzi-umiraji-drive-nez-zeny/

Je jen malé množství mužů, kteří nezvládli příchod nemoci své ženy či partnerky, ale bohužel se toto stane. Ne každý má tolik odvahy a síly sledovat svou vyvolenou, jak trpí. Škoda, že nejduo čist myšlenky. Muži by vyčetli, že právě v tuto chvíli je jejich přítomnost a podpora pro nemocnou ženu to nejdůležitější. Zjištění nemoci má i druhou stránku. Pod tíhou starostí, a uvědomění si toho důležitého v životě, přicházejí páry na to, jak se vlastně milují, a tu trnitou cestu procházejí spolu prožívající intenzivně každou volnou chvíli. Je škoda, že až když přijde taková rána, dojde člověk k uvědomění a zastaví se. Život je ale krátký, a je lepší jen chvíli, než nikdy.

Po prvním šoku, kdy žena prakticky ani nevěří, že nová realita může být pravdou, přichází rychlá léčba, operace, chemoterapie aj. Žena se v této chvíli spíše bojí, jak bude léčbu snášet, přeje si, aby vše dopadlo dobře. Přichází pocit ztráty ženskosti a krásy. Záleží ale na každé ženě, jak tyto změny přijme. Transplantace prsou, paruky i různé chirurgické zákroky mohou pomoci ženě získat pocit znovunabyté krásy.

Nepřehlédnutelný je i pocit důstojnosti. Elizabeth Kübler - Rossová píše, že pacientka byla rozrušená z toho, jak probíhalo její vyšetření. Byla by ráda, kdyby jí zdravotní sestra před zákrokem dala čas na hygienu, převlečení se do čistého nočního úboru, kdyby rentgen tlustého střeva, už tak pro ženu ponižující procedura, proběhl za nezájmu sester dávajících neskrytě najevo, že už měly být dávno doma. Žena se vracela do pokoje, kam ji sestra vybídla, aby šla pěšky. Potřísněná bariem se doploužila do pokoje, kde si připadala ne jako lidská bytost, ale jen jako číslo.⁷⁶

Naděje je vždycky! Někdy je ale onemocnění tak vážné, že je třeba zvážit pomoc. Pocity žalu a viny přichází spolu se starostmi o domácnost, manžela, děti nebo bezmocné rodiče. Po dohodě s partnerem by se ale neměla bát nalézt a oslovit někoho, komu důvěruje a kdo jí pomůže ve stavu, kdy ona sama už nemůže. Pokud se stane, že tyto věci nejsou v pořádku a ke spokojenosti pacienty vyřízeny, přichází deprese. Naopak když žena vidí, že vše funguje jak má, děti chodí do školy, manžel se může věnovat zaměstnání, aby uživil rodinu, o staré rodiče je postaráno, pacientka pookřeje a lehčeji se smiřuje s osudem.

⁷⁶ Srov. Kübler - Rossová E., *Hovory s umírajícími*, s. 108.

4.3. Umění empatie

Nejdříve krátké vysvětlení, co je to empatie. Je to schopnost vcítit se do pocitů druhých lidí tak, jako by to byly emoce vlastní. Není to lítost ani soucit. V podstatě se jedná o simulaci a vžití se do druhého člověka. Empatický člověk by měl být schopen pochopit jednání jiného člověka, rozumět jeho pocitům a názorům. Je třeba se oprostit od svých názorů a projevů.

Je to vlastně porozumění emocím, které prožíváme, obecné téma, se kterým se setkáváme v psychologii. Významné situace vyžadují reakci a potažmo jednání. A to má psychologický důvod.⁷⁷

Předpokládám, že jen málo z nás, může dost dobře pochopit, co umírající člověk prožívá, jaké má pocity a co ztrácí. Nelze ho utěšovat slovy „to bude dobré“ nebo „vím, jak se cítíš“. Nemocný, který odchází, má plné právo se zlobit, být agresivní, depresivní a úzkostný. Je to reakce na jeho neutěšenou situaci. Jak píše Jaroslav Řezáč⁷⁸ náročná situace je ta, která je:

- nečitelná: člověk se v ní nevyzná, nerozeznává prvky situace
- neřešitelná: člověk zná svou situaci, ale nenachází řešení
- nezvládnutelná: jedinec má obvykle náhled situace, ale chybí mu prostředky k řešení
- ohrožující: jakákoliv změna situace jedince ohrožuje

Je známo, že člověk, který prožívá frustraci, je agresivní. A člověk těžce nemocný je frustrovaný. V tuto chvíli je narušována hodnota ega a člověk nevědomě používá tzv. ego - obranné mechanismy. Ty chrání pocit sebeúcty, vlastního Já. Jsou to mechanismy, které zabezpečují fungování psychiky člověka.⁷⁹ Těchto obranných organizací je několik- kompenzace, přemístění, projekce, identifikace, útěk do fantazie, racionalizace, regrese, represe, fixace, útěk, rezignace, agrese a sebeobviňování.

Člověk pokud onemocní, ztrácí spoustu důležitých věcí pro lidské bytí. Jméno, životní jistoty, soukromí, práci, volnost pohybu, stravovací návyky, stud a mnoho jiných věcí.

⁷⁷ Srov. Nakonečný M., *Psychologie téměř pro každého*, s. 162.

⁷⁸ Srov. Řezáč J., *Sociální psychologie*, s. 138.

⁷⁹ Srov. Nakonečný M., *Psychologie osobnosti*, S. 224.

K těmto jevům přibude bolest, obavy, slabost aj. Na tyto agresivní projevy pacienta ale okolí nemusí být připraveno. Je třeba se obrnit pochopením, láskou a trpělivostí.

Bolest se pohybuje na pomezí fyziologie a psychologie.⁸⁰ Mnohostrannost tohoto jevu ale ukazuje, že většinou nevystihuje skutečnost. Má ochrannou funkci a je určitým signálem toho, že se něco děje. Bolest se dělí na bolest fyzickou (tělesnou), sociální (společenskou), spirituální (duchovní), psychickou (emoční). Právě ta bolest fyzická je nejlépe léčitelnou bolestí. Pokud pacient bolestí trpí, je to většinou vinou lékaře a nesprávnou léčbou. V paliativní péči je prvořadým úkolem bolest eliminovat. Každý pacient je však jiný a má jiné reakce. I s tímto musí člověk, který nemocného ošetřuje či doprovází počítat. Tišení bolesti můžeme vedle léků zmírnit i psychologickými prostředky.

Jedním z nich je právě projevení empatie. Další jsou relaxační techniky, imaginární techniky (jsou to určité představy přírody, barev aj.), vysvětlení pacientovi průběh vyšetření, pohlazení, podržení ruky. Pokud pacienta okřikneme, většinou se momentálně zklidní, ale je narušena jeho důvěra. Nemocný by měl popisovat svou bolest, její intenzitu. Je to projev pochopení a zájmu ze strany ošetřovatele.⁸¹

Náročné životní situace a jejich odolnost jsou závislé:

- na věku
- na životních zkušenostech
- na intelektu
- na stavu organismu
- na společenských okolnostech
- na pracovní činnosti

Práce zdravotníků, sester, ošetřovatelek i jiného personálu v paliativní péči je jak známo velice náročná jak fyzicky tak hlavně psychicky. Etický kodex sestry je něco, co by mělo být automatickým přenesením morálky člověka. Ne každý ale může pracovat s pacienty paliativní péče. Jeden bod kodexu - emocionální neutralita (očekávání, že by

⁸⁰ Srov. Křivohlavý J, *Psychologie nemoci*, s. 80.

⁸¹ Srov. . ZACHAROVÁ Eva, HERMANOVÁ Miroslava, ŠRÁMKOVÁ Jaroslava, *Zdravotnická psychologie*, Praha: GRADA 2007, ISBN:978-80-247-2068-5, s. 48.

se sestra měla podříditi rozumu, a nevyvolávat vnější a vnitřní konflikty)⁸² je pro sestru nebo ošetřovatelku důležitým bodem. Ale ne vždy je žádoucí, natož splnitelný. V paliativní péči umírá mnoho pacientů. Sestry i jiný personál si k lidem, o které se staraly, trávily s nimi poslední dny života, vybudovaly určitý vztah nebo pouto. Ve chvíli, kdy je tento člověk opustí, přichází žal, který je třeba si připustit. Smutek a žal, se kterým se člověk nevypořádá, může přejít v depresi.⁸³ Je důležité, si smutek prožít, mluvit o něm. Nesmí pracovníky ale paralyzovat, aby dál mohli vykonávat svou profesi. Je uvolňující, když si může pracovník, jemuž zemřel pacient, i zaplakat. Mnoho sester se bálo, že plakat je neprofesionální. Jak píše Monika Marková, pláč není rozhodně neprofesionální.⁸⁴ Důležité je, aby při přípravě na profesionální dráhu zdravotní sestry byla věnována pozornost na setkání se smrtí. I tito pracovníci jsou lidé, takže truchlit a plakat je povoleno.

Setkání se smrtí, tomu co předcházelo i následovalo, krásně popisuje i Elizabeth Kübler-Rossová ve své jedné z mnoha knih Světlo na konci tunelu - Úvahy o životě a umírání. Je to racionální ženský pohled na smrt i na život. V problematice smrti a umírání dominují hlavně ženy. V psaní literatury i v práci s umírajícími. Dostal se mi do ruky ale i jeden mužský pohled. Je to kniha Dobré umírání, kterou napsal Ira Byock. Kniha příběhů o doprovázení, konci života i smrti je plná životních osudů sebraných lékařem, kterému také zemřel otec doma v láskyplné péči rodiny. Ira Byock se paliativní medicínou zabývá 25 let. Abych tedy ve svém ženském pohledu mužům nekřivdila - jsou i muži, kteří se touto problematikou zabývají. Je jich ale podstatně méně.

4.4. Umění komunikovat a naslouchat

Ve vztahu nemocného a zdravotníka i v oblastech běžného života je komunikace velice důležitá, Je to proudění informací z jednoho bodu do druhého. Lidskou formou komunikace je jazyk, jeho národní forma mluvené a psané řeči.⁸⁵ Komunikační proces se skládá ze dvou složek, komunikátor - komunikant. Komunikaci ovlivňuje čas, jaký je

⁸² Srov. Tamtéž, s. 67.

⁸³ Srov. Marková M., Sestra a pacient v paliativní péči, s. 32.

⁸⁴ Srov. Tamtéž, s. 36.

⁸⁵ Srov. Nakonečný M., Sociální psychologie, s. 288.

jí věnován, prostor, ve kterém probíhá, význam, jaký komunikace má, přítomnost emocí. Neméně důležitý je vzájemný vztah mezi komunikujícími stranami. Existuje několik komunikačních situací. Ty jsou rozdílné jak v místech, kde probíhají, tak i v tom, zda komunikuje dospělý, dítě či starý člověk.

Komunikace s pacientem nebo s člověkem, který umírá, je trochu odlišná. Je to základ ošetrovatelské péče. Je to dovednost, kterou by měl umět každý zdravotník a ošetrovatel. Měl by se v ní i neustále zdokonalovat. Je to schopnost navázat kontakt s pacientem. Pokud člověk onemocní, je komunikační schopnost narušena. Je na zdravotníkovi, aby posoudil, jakou komunikaci zvolit. Důležité je posoudit, do jaké skupiny pacient patří. Je rozdílné mluvit s dětským pacientem, s pacientem závažně nemocným, handicapovaným, starým, s pacientkou ženského lékařství či chirurgickým pacientem.⁸⁶ Musíme počítat s různorodostí pacientů, ale ve všech případech je důležitý respekt. Jsou dvě roviny mezi pacientem a zdravotníkem či ošetrovatelem. Profesionální a sociální (psychosociální) neboli humanitní.

Navazování kontaktu - je důležité se o pacienta opravdu zajímat, je to vnitřní postoj, který je od začátku čitelný

Kladení otevřených otázek - aby se pacient mohl otevřít a rozpovídat, je nutné mu klást jasné otázky

Souhlas - přitakáním je pacient ujištěn o tom, že je vnímán, že je poslouchán a přijímán, je to signál k tomu, že je pacient v bezpečí, a zdravotník mu chce pomoci

Důležitá je i zpětná vazba, kdy pacient vnímá, že ho posloucháme, a hlavně, že mu rozumíme. Pokud není něco vysloveno nebo pochopeno správně, je zde otevřený prostor pro ujasnění si situace.⁸⁷

Pokud pacient přichází z jiného zařízení nebo byl hospitalizován v nemocnici, často prožívá negativní pocity. Je zrazen, podveden. Někdy má pocit, že zdravotníci jeho léčbu vzdali a hodili ho přes palubu. Toto je třeba mu osvětlit, obnovit důvěru pacienta, vytvořit uvolněnou atmosféru. Pacient pak cítí, že je pro zdravotnický či paliativní tým důležitý, může spolurozhodovat a účastnit se dění kolem sebe. Je pro něj, jako pro

⁸⁶ Srov. ZACHAROVÁ E., HERMANOVÁ M., ŠRÁMKOVÁ J., *Zdravotnická psychologie*, s. 82.

⁸⁷ Srov. Marková M., *Sestra a pacient v paliativní péči*, s. 53.

každého člověka, důležitá sebedůvěra a důstojnost. Pro pobyt v hospici je nutný informovaný souhlas. Pokud pacient neví o těchto možnostech, zdá se pak podvedený a získání jeho důvěry zpět je velice obtížné. V posledním časovém úseku života je pro člověka důležité i to, aby se na čase stráveném doma, v hospici i jinde podílel.

Dalším aspektem je to, jak se vidí sám pacient, jakou budoucnost čeká. Nelze se nemocného jen tak zeptat jaká je situace, jak ji cítí. Mnoho z nich se snaží udělat dojem, že jsou stateční, předstírají to a podle toho formulují i své odpovědi. Je proto na místě otázky konstruovat opatrně, snažit se porozumět, co pacient říká. Vyplatí se věnovat rozhovoru více času a práce, snažit se ho pochopit a pomoci mu.

Těžce nemocného člověka tíží mnoho obav a strachů. Z toho, že už nebude fungovat jako dřív, mentálně i fyzicky. Z toho, že zůstane opuštěný, v neznámém prostředí. Tyto obavy ale může vyjadřovat několika způsoby. Jsou pacienti, kteří dokáží o situaci hovořit a ti potřebují hlavně někoho, kdo jim bude se zaujetím naslouchat. Člověka, který ho nejen pochopí, ale i mu poradí. Jiní pacienti mají s verbální komunikací problém, dělá jim obtíž nejen slovní vyjadřování ale i svěřovat se někomu jinému. Tyto nemocné bychom měli více pozorovat, jejich výraz tváře, očí, projevů nejistoty.

Pacient má v nemocnicích, hospici ale i doma různá přání, která by podle možnosti, měla být vyslyšena. Jsou to různé druhy přání, od základních potřeb člověka po věci, na které byl člověk zvyklý za aktivního, zdravého života.⁸⁸

Tyto okamžiky obyčejného lidství, lásky ale i obrovské profesionality jsem viděla v dokumentárním filmu „Tajemství“, který je ke zhlédnutí na internetových stránkách hospice sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích. Jak říká ředitel tohoto hospice Robert Huneš, není důvod pacientům odepírat třeba jedno pivo nebo cigaretu venku na terase. Jsou to možná jejich poslední přání, tak proč je nesplnit.⁸⁹

Komunikaci rozdělujeme na verbální a neverbální. Tu verbální, použitou při kontaktu s pacientem, jsme si zhruba popsali. Ale i ta neverbální je ve vztahu k pacientovi neméně důležitá. Rozlišujeme několik druhů-

⁸⁸ Srov. Křivohlavý J., *Vážně nemocný mezi námi*, s. 92-93.

⁸⁹ Srov. Hospic sv. Jana N. Neumanna Prachatice, Tam, kde se naplňují dny životem, [online], Prachatice, 2012, http://www.hospicpt.cz/prachatice/film-o-hospici#Tam_kde_naplnuji_dny_zivotem

- proxemika - vzdálenost mezi komunikujícími
- posturika - tělesný postoj
- mimika - výraz obličeje
- gestikulace - mluva rukou
- haptika - kontakt hmatem
- zrakový kontakt - sdělení pohledem

Právě u pacientů postižených afázií je neverbální komunikace důležitá. Afázie přichází u pacientů s nádorem CNS a je to častá komplikace. I pacienti, kteří už jsou svou nemocí tak vysílení, potřebují nějak komunikovat. Je třeba si v této situaci najít kanál, jenž by pacientovi vyhovoval. Pokud zvládá pohyb nějakou částí těla, rukou nebo hlavou, určíme si, jak sdělovat ano - ne. Jestliže už nezvládá postupem nemoci ani to, stačí například několikrát mrknout. Klademe pak pacientovi otázky a on takto odpovídá.

Naslouchání neznamená jen slyšet, ale rozumět. Je to snaha porozumět, pochopit člověka, který sděluje své pocity. Je to tzv. aktivní naslouchání. Často si při nástupu nového pacienta do nemocnice nebo jiného zdravotnického zařízení personál počíná jako u výslechu. Na navázání hlubšího kontaktu není bohužel čas. Jaro Křivohlaví píše o „ naslouchání srdcem.“ Je to nutnost nezůstat pod povrchem a pronikat do hloubky k jádru věci. Když se komunikující partneři k problému přiblíží, porozumí si. Každý komunikuje na určité linii. Pokud se naladíme na tuto linii oba, porozumíme si. A to je naslouchání srdcem.⁹⁰

Pokud přichází smrt, většinou zbývá už jen mlčení. Přestává bolest, umírající nevnímá okolí, příjem potravy mizí. V této fázi už nezbývá nic jiného, než sdílet s odcházejícím ten poslední čas, který zbývá. Členové rodiny většinou nevědí, co mají dělat. Mohou se s umírajícím rozloučit a jít domů nebo člen rodiny, který je psychicky zralejší posedí u umírajícího až do konce, a je mu oporou. Za to, že člověk nemá dost sil a odvahy být

⁹⁰ Srov. Křivohlavý J., Povídej, naslouchám, s. 30.

s umírajícím až do konce, se nemusí stydět a neměl by cítit vinu. V tuto chvíli je mlčení u nemocného silnější než slova.⁹¹

Závěr

Téma o úloze žen v paliativní péči jsem záměrně vybrala, abych upozornila na to, jak velké je zastoupení žen v tomto odvětví. Je to obor v naší republice velmi mladý, mnoha lidem neznámý, ale jen pozvolna se rozvíjející.

Prvotním cílem této práce bylo upozornit na zastoupení žen v paliativní péči. Ukázalo se však, že opatřit si informace z tohoto oboru bude těžké. Literatury o paliativní péči je málo, o zastoupení žen v ošetrovatelství, nebo konkrétně v paliativní péči či medicíně, nedostatečné. Pro další zpracování a rozvoj této tematiky by bylo třeba více statistických materiálů a širší spektrum dat.

V první části jsem nahlédla do umírání našich předků a do vývoje pomoci nemocným a umírajícím. V dalších částech práce jsem seznámila čtenáře s paliativní péčí a medicínou, jak nemocný prožívá poslední chvíle života, bolest truchlících. Tímto vším procházely ženy. Ošetřující, nemocné, pozůstalé.

Na základě této práce by byly inspirativní i další otázky spojené s tímto tématem. Např: jak na ženy ošetrovatelky, lékařky a další personál reagují pacienti, zda by v určitých situacích raději neupřednostňovali muže, jak funguje čistě ženský kolektiv v takto náročné profesi, proč se tak málo mužů hlásí na zdravotnické školy. Další výzkumné šetření by bylo zajímavé a plné jiných nových otázek.

Tento obor je u nás poměrně mladý. Doufám, že se vyvine v plnohodnotnou medicínskou profesi. Tak jako porodnictví, které nás přivede k životu, tak i paliativní péče, která nás dovede do důstojného a bezbolestného konce našeho života.

⁹¹ Srov. Kübler- Rossová E., Hovory s umírajícími, s. 133.

Seznam použité literatury

BALCAR Karel, *Úvod do psychologie osobnosti*, Chrudim: Nakladatelství Mach 1991, bez ISBN.

DUNOVSKÝ Jiří, *Sociální pediatrie*, Praha: GRADA 1999, ISBN:80-7169-254-9.

HAŠKOVCOVÁ Helena, *Thanatologie*, Praha: Galén 2000, ISBN:80-7262-034-7.

HUBER Andreas, *Emocionální inteligence*, Praha: Zems a Pragma 2005, ISBN: 80-903305-6-8.

KŘIVOHLAVÝ Jaro, *Povídej, naslouchám*, Praha: Návrat 1993, ISBN:80-85495-18.

KŘIVOHLAVÝ Jaro, *Psychologie nemoci*, Praha: GRADA 2002, ISBN: 80-247-0179-0.

KŘIVOHLAVÝ Jaro, *Vážně nemocný mezi námi*, Praha: Avicenum 1998, bez ISBN.

KÜBLER-ROSSOVÁ Elizabeth, *Hovory s umírajícími*, Brno: Signum Unitas 1992, ISBN:80-85439-04-2.

KUTNOHORSKÁ Jana, *Historie ošetrovatelství*, Praha: GRADA 2010, ISBN:9980-247-3224-4.

MALINA Jaroslav a kol., *Antropologický slovník*, Brno: CERM 2009, ISBN: 978-80-7204-560-0.

MARKOVÁ Monika, *Sestra a pacient v paliativní péči*, Praha: GRADA 2010, ISBN: 978-80-247-3171-1.

NAKONEČNÝ Milan, *Emoce*, Praha: Triton 2012, ISBN: 978-80-7387-614-2.

NAKONEČNÝ Milan, *Psychologie osobnosti*, Praha: Academia 1995, ISBN: 80-200-0525-0.

NAKONEČNÝ Milan, *Psychologie téměř pro každého*, Praha: Academia 2004, ISBN:80-200-1198-6

NAKONEČNÝ Milan, *Sociální psychologie*, Praha: Academia 2009, ISBN: 978-80-200-1679-9.

- NAVRÁTILOVÁ Alexandra, *Smrt v české lidové kultuře*, Praha: Vyšehrad spol. s.r.o. 2004, ISBN: 80-7021-397-3.
- NUBEROVÁ Ursula, *Desatero úspěšných žen*, IKAR 2001, ISBN: 80-249-0341-5.
- PAYNEOVÁ Sheila, SEYMOUROVÁ Jane, INGELTONOVÁ Christine, *Principy paliativní péče*, Brno: Společnost pro odbornou společnost 2008, ISBN: 978-80-87029-25-1.
- PLHÁKOVÁ Alena, *Učebnice obecné psychologie*, Praha: Academia 2005, ISBN: 80-200-1387-3.
- PODBORSKÝ Vladimír, *Náboženství pravěkých Evropanů*, Brno: Masarykova univerzita 2006, ISBN:80-210-4178-1.
- ŘEZÁČ Jaroslav, *Sociální psychologie*, Brno: Paido, 1998, ISBN- 80-85931-48-6.
- SARTORIUS Mariela, *Emocionální inteligence pro ženy*, Dobra a fontána 1999, ISBN:80-86179-25-7.
- SVATOŠOVÁ Marie, *Hospice a umění doprovázet*, Praha: Ecce homo 2003, ISBN: 80-902049-4-5.
- ŠAMÁNKOVÁ Marie a kol., *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*, Praha: GRADA 2011, ISBN: 978-80-247-3223-7.
- TÓTHOVÁ Valerie a kol., *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*, Praha: Triton 2014, ISBN:978-80-7287-9.
- VEBER Tomáš, *Lidové noviny, článek- Žena a smrt*, 26. 4. 2014.
- VORLÍČEK Jiří, ADAM Zdeněk a kol., *Paliativní medicína*, Praha: GRADA 1998, ISBN: 80-7169-437-1.
- ZACHAROVÁ Eva, HERMANOVÁ Miroslava, ŠRÁMKOVÁ Jaroslava, *Zdravotnická psychologie*, Praha: GRADA 2007, ISBN:978-80-247-2068-5.

Internetové odkazy

Sity:

Cesta domů [online] Praha, Dostupné na WWW:<<http://cestadomu.cz/cz.umirani.htm/>> [citace 2016-1-20]

Česká společnost paliativní medicíny[online] Dostupné na WWW:[paliativnimedicina.cz/paliativni-pece-v-české-republice-v-roce-2013](http://paliativnimedicina.cz/paliativni-pece-v-ceske-republice-v-roce-2013) [citace 2016-1-20]

Domáci hospic v Písku [online] Písek, poslední úpravy 2014, Dostupné na WWW:<<http://hospic-pisek.cz/>>[citace 2016-1-20]

Hospic sv. Jana N. Neumanna Prachatice[online] Dostupné na WWW:hospicpt.cz/prachatice [citace 2016-1-20]

Umírání.cz [online] Dostupné na WWW:umirani.cz/clanky/v-pravem-rohu-nebe [citace 2016-1-20]

Ústav zdravotnických informací a statistiky[online], Dostupné na:WWW:[http<uzis.cz>](http://uzis.cz/) [citace 2016-1-20]

STEM MARK, Umírání a péče o nevléčitelně nemocné II. Závěrečná zpráva [online], Praha, 2013, <http://data.umirani.cz/#zprava> [citace 2016-1-20]

Odkazy na články:

Česká správa sociálního zabezpečení, ČSSZ informuje: Komu náleží vdovský nebo vdovecký důchod, [online], Praha, 2013,

http://www.mpsv.cz/files/clanky/16519/TZ_291013a.pdf [citace 2016-1-20]

Hospic sv. Jana N. Neumanna Prachatice, Tam, kde se naplňují dny životem, [online], Prachatice, 2012, http://www.hospicpt.cz/prachatice/film-o-hospici#Tam_kde_naplnuji_dny_zivotem,

[citace 2016-1-20]

<http://finance.celkove.cz/clanek/porodnost-v-roce-2014>[citace 2016-1-20]

<http://jahodovnik.blog.cz/0806/kolik-je-na-svete-vlastne-lidi>[citace 2016-1-20]

<https://www.czso.cz/csu/czso/ci/pohyb-obyvatelstva-2-ctvrtleti-2014-e7qsxmx92q>
[citace 2016-1-20]

Kristýna Zajíčková, Vývoj genderové segregace na trhu práce v České republice, Brno, Diplomová práce, Ústav antropologie přírodovědecká fakulta Masarykova univerzita, Dostupné na:

http://is.muni.cz/th/416945/fss_m?info=1;zpet=%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3Dkrist%3BDna%20zaj%3AD%48Dkov%3A1%26start%3D1[citace 2016-1-20]

Likrem s.r.o., Jak zařídit pohřeb, [online], Liberec, 2015,

<http://www.pohrebnictvi.eu/pohreb/eshop/2-1-Zarizovani-pohrbu>[citace 2015- 09 -23]

Michal, 11 důvodů, proč muži umírají dříve než ženy, [online], MENWORLD.CZ, 2013, ř. 49-51, [citace 2015-12-28]

Parlament ČR, 256/2001 Sb. Zákon ze dne 29. června 2001 o pohřebnictví a o změně některých zákonů, [online], Praha, 2001, [citace 2016-1-20]

<https://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsp?page=0&nr=256%20~2F2001&rpp=15#seznam>[citace 2016-1-20]

Parlament ČR, Občanský zákoník [online], Praha, 2012,

http://obcanskyzakonik.justice.cz/images/pdf/NOZ_interaktiv.pdf[citace 2016-1-20]

2015-12-28]_Pegas cz s.r.o. Pohřební služba, Úmrtní list, [online], Praha 2014,
Dostupné na <http://www.pohrebpegas.cz/umrti-list>,[citace 2016-1-20]

Rozhovor s gerontoložkou Ivou Holmerovou-Lidé neumějí umírat doma [online]
Dostupné na WWW<<http://zpravy.idnes.cz/rozhovor-s-gerontolozkou-ivou-holmerovou>
>[citace 2016-1-20]

tentýž, Zemřelí 2007, [online], Praha, ÚZIS ČR, 2006, ISBN: 978-80-7280-754-3,
dostupné na : <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/zemreli>,[citace 2016-1-20]

tentýž, Zemřelí 2008, [online], Praha, ÚZIS ČR, 2007, ISBN: 978-80-7280-829-8;
dostupné na:<http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/zemreli>,[citace 2016-1-20]

tentýž, Zemřelí 2009, [online], Praha, ÚZIS ČR, 2008, ISBN: 978-80-7280-902-7:
dostupné na.<http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/zemreli>,[citace 2016-1-20]

tentýž, Zemřelí 2010, [online], Praha, ÚZIS ČR, 2009, ISBN: 978-80-7280-925-7;
dostupné na:<http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/zemreli>,[citace 2016-1-20]

tentýž, Zemřelí 2011, [online], Praha, ÚZIS ČR, 2010, ISBN: 978-80-7472-003-1,
dostupné na: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/zemreli>,[citace 2016-1-20]

tentýž, Zemřelí 2012, [online], Praha, ÚZIS ČR, 2011, ISBN: 978-80-7472-043-7,
dostupné na: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/zemreli>,[citace 2016-1-20]

Tomeš, I. – Dragomirecká, E. – Sedlářová, K. – Vdáčková, D., Rozvoj hospicové péče a její bariéry 2015 Praha Karolinum. ISBN: 9788024629414, s. 110-112; Cesta domů, Neumíráme tam, kde si přejeme. Tisková zpráva, [online], Praha, 2011, <http://www.cestadomu.cz/res/data/053/006113.pdf>,[citace 2016-1-20]

Třešňák, P., 2014: V pravém rohu nebe. Respekt 50, 7.-14. 12. 2014, dostupné <http://www.umirani.cz/clanky/v-pravem-rohu->

nebe;<http://www.respekt.cz/tydenik/2014/50/v-pravem-rohu-nebe?issueId=57163>, [citace 2016-1-20]

Úmrtní list [online] Dostupné na WWW: pohrebpegas.cz/umrti-list [citace 2016-1-20]

Úřad městského obvodu Moravská Ostrava a Přívoz, Moravská Ostrava, Vydání úmrtního listu [online], Ostrava, 2015, <https://moap.ostrava.cz/cs/radnice/urad/odbor-vnitrnich-veci/oddeleni-matriky-a-ohlasovny/zivotni-situace/vyřízení-umrtniho-listu-po-umrti-obcana> [citace 2016-1-20]

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, Zemřelí 2013, [online], Praha, ÚZIS ČR, 2012, ISBN: 978-80-7472-139-7; dostupné na:

<http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/zemreli>, [citace 2016-1-20]

[www.menworld.cz /clanek/11-duvodu-proc-muzi-umiraji-drive-nez-zeny/](http://www.menworld.cz/clanek/11-duvodu-proc-muzi-umiraji-drive-nez-zeny/) [online] menworld.cz [citace 2016-1-20].

www.menworld.cz/clanek/11-duvodu-proc-muzi-umiraji-drive-nez-zeny/, [citace 2016-1-20]

www.umirani.cz, Jak na úřadech [online], Praha, 2015, dostupné na:

<http://www.umirani.cz/book/export/html/10737>;

Zákon o pohřebnictví [online] Dostupné na WWW: <http://zakony-online.cz/?166a> zákon o pohřebnictví č.256/2001 sb. [citace 2016-1-20]

Zařízení pohřbu [online] Dostupné na: [http://www.pohrebnictvi.eu /pohreb/eshop/](http://www.pohrebnictvi.eu/pohreb/eshop/) [citace 2016-1-20]

Abstrakt:

Marcinková J., Úloha ženy v paliativní péči, České Budějovice 2016, Bakalářská práce, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Teologická fakulta, Katedra teologických věd. Vedoucí práce Mgr. Tomáš Veber, Th.D.

Klíčová slova:

Paliativní péče, smrt, vytěsněná smrt, žena, thanatologie, dystanázie, gender.

Práce se zabývá péčí o umírající v posledním stadiu nemoci. Teoretická část představuje paliativní péči a ženy pracující v ní. Popisuje historii a současnost ošetrovatelství. Přináší otázku, proč jsou v tomto oboru převážně ženy a co je k tomu vede.

Abstract:

Women's role in palliative care.

Key words:

Palliative care, death, repressed death, woman, thanatology, dystanazy, gender.

The work deals the care of the dying in the last stages of the disease. The theoretical part presents palliative care and women working in. It describes the history and present of nursing. It deals with the question why mostly women work in this field and what leads them.