

Smrt a umírání: opomíjené téma veřejných politik¹

Olga Nešporová

Demografické stárnutí společností společně s dalšími proměnami západních společností (individualizace, rozvolnění sociálních a rodinných vazeb) ruku v ruce s pokroky lékařské vědy přináší nezamýšlené důsledky, se kterými by se veřejné politiky měly vyrovnávat. Jednou z takových doposud zanedbávaných oblastí je oblast umírání a smrti. Vytěšňování (přirozené) smrti v moderních společnostech 20. století bylo postupně vystřídáno zájmem o toto téma, který se ovšem do zemí bývalého východního bloku dostává až se zpožděním. Prodloužené umírání v neo-moderních/pozdně moderních společnostech vyžaduje nejen péči zdravotní, ale i velmi důležitou péči sociální, která významně přispívá k udržení vysoké kvality života až do jeho konce. Pro adekvátní podporu umírajících je důležité revidovat dosavadní přístup sociálních politik řízených principy nezávislosti a autonomie. Nejnovější doporučení ve vyspělých zemích hovoří o zohledňování principů vzájemnosti a soucitnosti, podpůrného prostředí, neformální péči a důležité roli komunity. Česká sociální politika se doposud tématu smrti věnovala jen marginálně a bylo by žádoucí, aby se ze zahraničních zkušeností poučila.

Stárnutí populací vyspělého světa, velmi výrazně především v Evropě, se stává jedním z ústředních témat sociálních politik stejně tak jako ekonomických, demografických a v menší míře i sociologických odborných studií. Výrazný vzestup naděje dožití, navíc v kombinaci se snížením porodnosti, přináší celospolečenské proměny, které musí současné sociální politiky na státních i nižších úrovních reflektovat a řešit. Přestože současné média zveličují sociální problémy a podporují obraz budoucího negativního vývoje západních společností způsobený rychle stoupajícím podílem osob starších 65 let v evropských společnostech,² je pravděpodobné, že oblasti, jimž často připisují katastrofické scénáře, skutečně v blízké budoucnosti projdou zásadními reformami. Jedná se především o zdravotní, ekonomické a sociální systémy, dále oblast mezigeneračních vztahů a na globální úrovni o vymírání západních společností oproti růstu populací rozvojového světa (Harper, 2006).

Zlepšení hygienických i nutričních podmínek, ke kterému během 20. století došlo, ruku v ruce s výraznými medicínskými pokroky, způsobily nebývalý nárůst střední délky života. Tyto proměny jsou jistě pozitivní, přináší však i konsekvence, se kterými se současné společnosti musí vyrovnávat. Významné technické pokroky v lékařství sice dnes na jedné straně umožňují zachránit lidský život i v případech, ve kterých by to dříve nebylo myslitelné, na druhou stranu však takové zákroky vyžadují tak ohromné množství prostředků, že se jejich plošná realizace stává neudržitelnou.

V minulosti byla oblast smrti v zásadě svěřena Bohu a sociální výklady smrti byly začleněny do náboženských (v Evropě převážně křesťanských) konceptů. Zhruba od poloviny 20. století získala v evropských společnostech v oblasti smrti a umírání jednoznačnou ideovou převahu lékařská věda. Podle jejich konceptů byla celospolečensky redefinována a vnímána smrt a změnilo se

i nejčastější místo umírání, které bylo z domácího prostředí přeneseno do nemocnic (Elias, 1998; Walter, 1994; Aries, 1976; Kellehear, 2008; Howarth, 2007). Kvůli proměnám v organizaci práce a systému trhu práce, jakož i rozvolnění sociálních a rodinných vazeb se navíc změnily i podmínky a možnosti péče o nemocné, nesoběstačné a umírající osoby, která se postupně institucionalizovala a stala součástí státních veřejných systémů, ať již zdravotních nebo sociálních. Systémy sociálních států tak dnes částečně nahrazují dřívější roli lokálních komunit, rodin a náboženských společenství.

Sociální proměny, ke kterým došlo v průběhu 20. století, velmi výrazně postihly i oblast umírání a pohřbívání. Zatímco na Západě si těchto změn zástupci společenských věd (zejména psychologové a sociologové) již od šedesátých let 20. století všímali a jejich poznatky měly i praktický dopad (v rozvoji moderního hospicového hnutí usilujícího o důstojnější umírání), v komunistické části Evropy nebylo téma umírání prakticky tematizováno. Lze tedy říci, že v oblasti sociálního a zdravotního zajištění smrti země východního bloku za západem pokulhávaly, stejně jako i ve společenskovední reflexi smrti a umírání. Například v ČR se situace začala zvolna měnit až po pádu komunistického režimu a výraznější proměny nastávají až v posledních letech.

Tento článek má především přispět k úvodní diskusi nad opomíjenými tématy sociální politiky - smrti a umíráním. Vzhledem k omezenému rozsahu si ani nemůže klást za cíl téma plně vyčerpat. Snaží se upozornit na významné poznatky sociálních věd v zahraničí, které se danou problematikou zabývají více než půl století. Po představení teoretických konceptů o vytěšňování smrti v moderních společnostech je hlavní pozornost zaměřena na nejnovější trendy ve směřování sociálních politik v oblasti umírání. Poslední část textu stručně poukazuje na situaci v České republice týkající se vytěšňo-

vání tématu smrti ze sociálních politik a jejího velmi pozvolného začleňování v posledních letech. Autorka věří, že není vhodné stavět na zelené louce, když je možné poučit se ze zkušeností jiných společností. Je proto důležité znát odborný zahraniční diskurs i směřování politik vyspělých států. Nelze přitom ovšem opomíjet fakt, že každá společnost je díky socio-kulturním a historickým souvislostem specifická.

Od zakrývání smrti

Zhruba od šedesátých let 20. století začali sociální vědci poukazovat na skutečnost, že smrt je v moderních západních společnostech zakrývána či dokonce tabuizována. Tabuizace se týkala především oblasti přirozené smrti, která byla v porovnání s předchozími obdobími více skrývána a o níž se na veřejnosti méně hovořilo. Souviselo to s přesunem místa umírání z domovů do nemocnic i delegací pohřebních záležitostí na profesionály pohřebních služeb. Smrt samozřejmě ze života lidí nezmizela, ba právě naopak. Dvě světové války, v nichž zahynulo ohromné množství lidí, patrně přispěly k následnému negování smrti, důraz byl v moderních společnostech naopak zaměřován na rozvoj lékařské vědy, lepší zdraví a delší život (Jupp and Gittings, 1999:256-282).

Jedněmi z prvních a zároveň nejznámějších zastánců teze, že smrt je v moderních společnostech tabu, byli britský sociolog G. Gorer (1955; 1967) a francouzský historik P. Ariès (1976, 2000). Gorer přirovnával postoj ke smrti v britské společnosti poloviny 20. století k postoji vůči sexu ve viktoriánské době a poukazyval na fakt, že zatímco o sexu se ve společnosti začalo otevřeně hovořit, téma smrti ho svým způsobem nahradilo a stalo se tabu. Společnost, která odmítá hovořit o smrti jako o běžné záležitosti všedního života týkající se každého jedince, se následkem toho údajně stává posedlou horo-

rovými komiksy, válečnými filmy a pohromami (Gorer, 1955; 1967:xxv, 197). Podobně i významný německý sociolog N. Elias upozorňoval na bezprecedentní a neadekvátní přístup ke smrti v moderních společnostech: „Dosud nikdy v dějinách lidstva nebyli umírající tak sterilně odsouváni do zákulisí společenského života, mimo zraky živých; dosud nikdy nebyly lidské mrtvoly expedovány z úmrtního lože do hrobu tak hygienicky, bez zápachu a s takovou technickou dokonalostí.“ (Elias, 1998:23). Diskurs o smrti, hrobech a souvisejících okolnostech podle Eliase podléhal striktní a doposud nevídané sociální cenzuře.³

Marginalizace problematiky smrti byla umocněna paralelním zvýšeným zájmem o mládí a osobnostní rozvoj, někdy označovaným jako „kult mládí“. Mládí začalo být (a dodnes je) ve vyspělých společnostech oceňováno více než stáří a zkušenosti, které jsou často spojovány spíše s negativními rysy, stagnací či přímo úpadkem (Sokačová, 2005; Vidovičová and Sedláková, 2007).

Další důležité diskuse o smrti vyšly z lékařského prostředí a byly věnovány podmínkám při procesu umírání. Americký sociolog D. Sudnow popsal dobovou nemocniční praxi zacházení s umírajícími i pozůstalými a poukázal na sociální nerovnosti ovlivňující dostupnost a kvalitu lékařské péče a systematické znevýhodnění nízkopříjmových osob, především staršího věku, v této oblasti (Sudnow, 1967). Nepominutelnou osobou výrazně ovlivnivší celospolečenskou diskusi o problematice smrti a umírání byla E. Kübler-Ross, americká lékařka a psychiatrička švýcarského původu. Ta se začala koncem šedesátých let 20. století zabývat potřebami nevyčísitelně nemocných a umírajících pacientů v amerických nemocnicích (Kübler-Ross, 1993). Upozornila na disproporci mezi zaměřením na fyzickou stránku umírajících, v nemocnicích dobře zajištěnou, a opomíjenou stránkou psychickou, které se nemocniční personál (a zejména lékaři) ke škodě pacientů věnoval jen minimálně. Kritizovala přílišnou medikalizaci smrti prováděnou na úkor více potřebného zaměření se na emocionální a duševní potřeby umírajících. Rovněž popsala dodnes užívanou ideálně-typickou klasifikaci pěti stadií umírání, kterými umírající člověk zpravidla prochází.⁵

Problematice důstojného umírání tak začala být v západních společnostech věnována větší pozornost a řešil se koncept tzv. dobré smrti (good death) (Howarth, 2007:132-156; Kellehear, 2007b:87-104; Kübler-Ross, 1993; Seale, 2003; Sudnow, 1967). Jako reakce na kritizovaný lékařský přístup (nadměrná medikalizace, byrokratizace a technická orientace léčby) vzniklo tzv. hospicové hnutí a koncept paliativní (útěšné) medicíny. Zakladatelkou moderního hospicového hnutí byla Angličanka C. Saunders a jeho hlavní myšlenkou bylo právě vytvoření podmínek pro dobrou či důstojnou smrt v praxi, proto byl roku 1967 v Londýně založen první moderní hospic St. Christopher's. Cílem

hospicového hnutí přitom není vyléčit nemocného, ale náležitě o něj pečovat i v případě, že již není naděje na jeho vyléčení. Péče pak spočívá především v tišení bolesti a snaze zajistit nejen fyzickou stránku člověka, ale též se mu věnovat tak, aby byly naplněny jeho sociální a psychické potřeby (viz Haškovcová, 2000; Svatošová, 1995).

Následkem tohoto vývoje byly teorie o tabuizaci smrti v moderních společnostech korigovány. Už proto, že na přelomu milénia se o smrti v západních společnostech hovořilo nepochybně otevřeněji než v letech padesátých. Výrazně přibýlo nejen odborné literatury pojednávající o smrti z různých perspektiv, ale i popularizační literatury určené umírajícím, lidem doprovázejícím umírající i pozůstalým (viz bibliografii Southardm, 1991). Někteří autoři (R. Blauner, R. G. Dumont, D. C. Floss) oslabovali teorii o tabuizaci smrti poukazem na sociální a geografickou determinaci skrývání smrti a kladli důraz na individuální, nikoli kolektivní aspekt popírání smrti (Přidalová, 1998). Na ně navázal britský sociolog T. Walter, který upozornil na skutečnost, že míra tabuizace se měnila s časem i podle místa, přičemž se od šedesátých do devadesátých let 20. století tento přístup v západních společnostech značně proměnil (Walter, 1991). Walter soudil, že smrt se po druhé světové válce nestala ani tak jevem „zakázaným“ či tabuizovaným, jako spíše skrytým (v důsledku sociodemografických změn, hospitalizací umírajících i snížením míry úmrtnosti). Identifikoval přitom dvě profesní skupiny, kterých se vytěšňování smrti týkalo nejvíce - lékařský personál a pracovníky médií. To jsou ovšem skupiny, které výrazně ovlivňují smýšlení celé společnosti (Walter, 1991). A byli to ostatně právě příslušníci těchto dvou skupin, kteří posléze přispěli k detabuizaci smrti.

Koncem 20. století se tak v západních společnostech začalo o smrti, a to i té přirozené, opět hovořit jak ve vědeckých kruzích sociálních věd, tak i mezi běžnou populací, které byla rovněž určena řada popularizačních knih o smrti, umírání a truchlení. Umírání a smrt přestaly být společensky tabuizovanými tématy, přičemž někteří autoři dokonce na přelomu tisíciletí hovořili o návratu, obnovení či renesanci smrti v Evropě a Severní Americe (Árnason and Hafsteinsson, 2003; Nassehi et al., 2002; Walter, 1994). Smrt a umírání se opět stávají běžnou záležitostí života, o které lze veřejně hovořit. Změny v organizaci smrti a zacházení s ní, které proběhly během 20. století, však již zvrátit nelze. Většina Západoevropanů tak v současnosti umírá v nemocnicích či pečovatelských zařízeních, nikoli doma v kruhu rodiny (Kalvach et al., 2004). Péče o umírající se však zlepšila a personál se snaží více věnovat také jiné než jen fyzické stránce člověka. Zdravotní služby jsou hojně doplňovány neméně důležitými službami sociálními. V řadě západních zemí vznikly dobročinné organizace pečující o umírající a rovněž

takové, které se snaží pomoci pozůstalým a nahrazují tak dřívější roli širší rodiny a sousedů.⁶

Umírání a péče o umírající

Nosný teoretický koncept historických proměn přístupu ke smrti v evropských společnostech rozlišuje na základě odlišných tělesných a sociálních kontextů i ústředních autorit tři různé přístupy ke smrti - tradiční, moderní a neo-moderní (neomodern) (Walter, 1994:47-65).⁷ Walter tímto schématem rozvíjí starší teorii Arièsovu (2000).

Pro tradiční společnosti bylo charakteristické, že smrt přicházela často a většinou byla rychlá. Umíralo se na infekční nemoci, které mohly zasáhnout kohokoliv kdykoli - tradiční, moderní a neo-moderní (neomodern) (Walter, 1994:47-65).⁷ Walter tímto schématem rozvíjí starší teorii Arièsovu (2000). Pro tradiční společnosti bylo charakteristické, že smrt přicházela často a většinou byla rychlá. Umíralo se na infekční nemoci, které mohly zasáhnout kohokoliv kdykoli - tradiční, moderní a neo-moderní (neomodern) (Walter, 1994:47-65).⁷ Walter tímto schématem rozvíjí starší teorii Arièsovu (2000). Uplatňovalo se jednak prostřednictvím představa a věr o posmrtném životě, jednak praktikováním rituálů, které se vážaly k umírání, pohřbívání i truchlení.

Moderní smrt byla typická pro většinu evropských společností 20. století, kdy již byly hlavní infekční nemoci vymýceny nebo se staly léčitelnými a většina lidí umírala ve stáří. Pouze menšina umírala před dosažením stáří a hlavní obávanou nemocí se stala rakovina. Diagnóza rakoviny byla často před pacienty skrývána, takže nevěděli, že umírají. Smrt byla upozaděna, veřejné a soukromé striktně oddělováno a hlavní kontrolu i autoritu nad smrtí získala lékařská věda.

Od konce 20. století lze podle Waltera označovat přístup ke smrti v západních společnostech za neo-moderní, typická je pro něj oddálená smrt a trajektorie velmi prodlouženého vědomého umírání na dlouhodobé smrtelné nemoci, které medicína nedokáže léčit (HIV, některé druhy rakoviny). Diagnóza rakoviny nebo jiných život ohrožujících nemocí je pacientům sdělována. Význam smrti je nalézán prostřednictvím rozličných soukromých vztahů a dobrovolných sdružení (ve Velké Británii je rozvinutá síť organizací pro pomoc pozůstalým, ale i osobám, jejichž blízcí umírají, atd.). Privátní se stává veřejným, emoce související se smrtí mohou být veřejně proječovány. Současně je uplatňována snaha vyzdvihnout individuální přístup, každý člověk tak může sám nejlépe vědět, jaký přístup ke smrti jemu samému vyhovuje, ustupuje se od stanovení určitých obecně platných pravidel. Hlavní autoritou je každý sám za sebe, důraz je kladen na já (self). Tento nejnovější přístup má však i svoji stinnou stránku, na kterou Walter upozorňuje, a tou je vysoká míra subjektivity a absence zastřešující vnější autority. V západě může existovat díky současně přežívajícímu modernímu konceptu s lékařskou péčí a autoritou, na kterou se lze v nezbytných případech obrátit (Walter, 1994).

Ohromné lékařské pokroky posledních desetiletí umožnily zachránit životy mnoha lidí, kteří by dříve neměli na přežití šanci. Zároveň však přináší nové etické otázky související s nákladností léčby a udržováním lidského života za každou cenu. Z toho důvodu se proměňují i definice smrti, aby lépe odpovídaly současné praxi a bylo možné je využít i při řešení etických otázek spojených s umíráním. Starší, v západních společnostech běžně užívaná definice, vymezovala smrt jako zastavení dýchání a srdeční činnosti. S rozvojem medicíny však musela být rozšířena, protože prosté vitální činnosti (včetně fungování plic a srdce) lze dnes za určitých podmínek udržovat téměř donekonečna (Caldwell and Freeman, 2009:24). Pro stanovení smrti se tak nově připojilo hledisko funkce mozku, přičemž smrtí mozku se rozumí nevratné změny vyšších mozkových funkcí a kapacit. Sociální vědci však poukazují na skutečnost, že lékařské definice smrti jsou omezené a ignorují sociální, historické a kulturní porozumění smrti (Kellehear, 2008; Sudnow, 1967; Caldwell and Freeman, 2009).

Podle Sudnowa lze rozlišit čtyři typy smrti: 1. sociální, 2. psychologickou, 3. biologickou a 4. fyziologickou. Sociální smrtí označoval ztrátu sociálních kontaktů, která může předcházet smrti fyziologickou, např. v důsledku dlouhodobé hospitalizace, fyzických či mentálních nemocí či degenerativních procesů. Psychologickou smrtí rozuměl ztrátu aspektů individuální osobnosti umírajícího, způsobenou např. mechanickým zraněním mozku nebo mozkovou mrtvicí (osobnost jedince je trvale proměněná nebo jedinec setrvává ve vegetativním stavu). Biologická smrt je smrt, při které organismus jako lidská jednotka přestává existovat. Například po těžkém srdečním záchvatu, který způsobí selhání srdce, avšak další vitální tělesné funkce zůstanou zachovány a jsou za pomoci lékařské vědy udržovány při životě. Fyziologická smrt pak označuje stav, kdy dojde k ukončení všech vitálních funkcí organismu (Caldwell and Freeman 2009). Právě časová prodleva mezi smrtí sociální, často v moderních společnostech předcházející smrti fyziologickou, byla a je vnímána negativně. Ke zvýšení kvality života jedince v jeho posledních životních stadiích pozitivně přispívá zachování sociálních kontaktů, samozřejmě v míře přiměřené zdravotnímu stavu. V této perspektivě je tedy sociální oblast neméně důležitá než oblast zdravotní.

Proto by se v oblasti péče o umírající, dlouhodobě nesoběstačné a nemocné osoby měly zdravotní a sociální služby vzájemně doplňovat. Zatímco ty první jsou ovšem dnes téměř výhradně poskytovány profesionály, ty druhé mohou být poskytovány i neprofesionály a mohou existovat jak na formální, tak na neformální bázi. Současné sociální politiky by tedy měly zohledňovat existenci obou složek a oceňovat nejen formální, ale i neformální sociální služby, bez kterých není možné a trvale udržitelné fungování sociál-

ních systémů ani v těch nejbohatších státech zajistit (Victor, 2005:267-299; Kellehear, 2007a; Rumbold, 2006; Lloyd 2004; Corden and Hirst, 2011).

Prodlužování života se v zásadě rovná prodlužování umírání, i když o první skutečnosti se mluví výrazně častěji. Důvodem není pouze pozitivnější vyznění daného obratu, ale i fakt, že i přes pokroky v medicíně nejsou lékaři, ani nikdo jiný, ve většině případů s dostatečným předstihem schopni přesně predikovat smrt.⁸ Až zpětně lze většinou stanovit, že nároky na zdravotní a sociální péči byly v posledních měsících života jedince výrazně vyšší v porovnání s běžným průměrem. V oblasti zdravotní musí být v souvislosti s terminální péčí řešeny důležité etické otázky - např. rychlé stanovení smrti pro účely odebrání orgánů vhodných pro transplantaci, rozhodování o další léčbě či jejím ukončení, resuscitaci, udržování vitálních funkcí člověka, možnosti euthanasie atd. (viz např. Sutherland and Morgan, 2000; Pockett et al., 2010; Caldwell and Freeman, 2009; Dickenson et al., 2000:209-322). Jejich zodpovězení a realizace příslušných rozhodnutí ovšem často přináší důsledky v oblasti sociální, kterou je pro umírající rovněž nezbytné zajistit. Zvlášť dnes, kdy je ve vyspělých zemích reflektována snaha o zachování vysoké kvality života až do jeho úplného konce.

Poslední zjištění týkající se směřování péče o nesoběstačné, dlouhodobě nemocné a umírající osoby revidují doposud zastávaný model autonomie jedince a upozorňují na jeho zjevné limity. Namísto toho zdůrazňují ústřední význam takových principů, jako je vzájemnost, soucitnost, podporující prostředí a komunita. Feministicky laděná etika odsuzuje neadekvátnost základních charakteristik současných veřejných politik založených na mravním rámci nezávislosti a autonomie (Lloyd, 2004). Kvůli přílišnému zaujetí individuálními právy jedince současné politiky přehlíží sociální kontext a vzájemnost mezi jedinci. Tento nedostatek se pak projevuje právě v případě velmi starých a umírajících osob, které se bez pomoci druhých neobejdou. Pro adekvátní zajištění péče o ně je tedy nezbytné, aby veřejné politiky tento fakt zohledňovaly a nezakrývaly.

Podobně je nově zdůrazňována potřeba začlenit do politik princip soucitnosti (Kellehear, 2007a). Doposud byla zohledňována především potřeba zdraví, které bylo definováno primárně jako nepřítomnost nemocí. Smrt pak byla lékařskou vědou vnímána v zásadě negativně, jako selhání. Nově je snahou začlenit do politik i smrt, nemoc a nesoběstačnost tak, aniž by byly posilovány negativní postoje k nim. Dokonce i Světová zdravotnická organizace (WHO) dnes již nevnímá zdraví pouze jako absenci nemocí, ale pozitivněji jako pocit duševní pohody/zdraví (well-being) spojený s důležitými skutečnostmi zlepšujícími zdraví, jako je bezpečné, podporující a zúčastněné okolí (2007a:77). A. Kellehear jde ve svých dopo-

ručeních ještě dál a namísto staršího modelu tzv. zdravých měst prosazuje model tzv. soucitných měst (compassionate city), zahrnujících i zkušenosti smrti a ztráty, aniž by je stigmatizovaly. I tyto zkušenosti by se měly stát součástí komunitních programů podporujících duševní pohodu (well-being). Soucitné sociální politiky by neměly přehlížet vzájemnou závislost jedinců, ale naopak ji v rámci komunit podporovat a oceňovat. Právě díky tomuto přístupu by mělo být vytvořeno prostředí, ve kterém může být přirozeně pečováno o nesoběstačné a umírající tak, aby byl jejich život v rámci možností co nejkvalitnější. Potřeba neformální péče a pomoci v rámci komunit je přítom klíčová, bez ní by nebylo možné adekvátní sociální péči pro všechny potřebné zajistit (Kellehear, 2007a; Rumbold, 2006).

Český případ

V českém prostředí byla smrt, zejména ta přirozená, od poloviny 20. století rovněž marginalizovaným až tabuizovaným tématem. Medicína, podobně jako na Západě, jiné než fyzické potřeby umírajících neřešila a snažila se především o zachování života. Během komunistického režimu byly vyzdvihovány úspěchy veřejné zdravotní péče. A to i přesto, že pokulhávala za západním standardem. Tento fakt jasně dokládá samotné srovnání střední délky života. Zatímco v západní Evropě naděje dožití od šedesátých let 20. století stále rostla, v zemích východního bloku spíše stagnovala nebo dokonce klesala (Valin and Meslé, 2004). Na Západě se totiž poměrně úspěšně dařilo snižovat úmrtnost na nemoci oběhové soustavy (tzv. kardiovaskulární revoluce). Na Východě oproti tomu proběhla kardiovaskulární revoluce až se zpožděním. V České republice se začala střední délka života po několik desítek let trvajícím období stagnace výrazněji zvedat až po pádu komunistického režimu a od té doby stále roste.⁹

Dokonce i gerontologická literatura přitom téma smrti opomíjela. Například V. Pacovský a H. Heřmanová mu ve své jinak úspěšné práci věnovali pouhé dvě strany a na dalších dvou stranách řešili problematiku eutanazie (Pacovský and Heřmanová, 1981:267-270). Výjimečnou autorkou byla H. Haškovcová, která o problematice smrti psala již v sedmdesátých letech, přičemž se snažila uchopit i její sociální rozměr (Haškovcová, 1975). Komunistický režim shodou okolností spíše než umírání řešil jiný aspekt smrti, a tím bylo pohřební obřady. Již od padesátých let usiloval o jejich zjednodušení a eliminaci vlivu církvi v záležitostech pořádání pohřbů. Nově vytvořená a shora záměrně prosazovaná sekulární varianta obřadu měla nahradit obřad náboženský, což se během čtyřiceti let poměrně úspěšně podařilo, zvlášť v některých regionech (viz Nešporová, 2007; 2009). Tyto snahy bohužel nevedly ke zkvalitnění zacházení se smrtí v české společnosti, možná právě naopak.

Důstojné umírání nebylo během komunistické vlády vnímáno jako důležité téma veřejných politik, a myšlenky moderního hospicového hnutí proto našly v České republice odezvu a uplatnění až se značným zpožděním, v devadesátých letech 20. století.

Téma smrti a péče o umírající je tedy v současné české sociální politice nové¹⁰ a teprve pozvolna se konstituuje, částečně v návaznosti na zahraniční trendy a direktivy stanovené z EU. V gesci Ministerstva práce a sociálních věcí ČR byl problematika smrti, umírání a dlouhodobé péče měla být řešena především v souvislosti s Radou vlády pro seniory a stárnutí populace. Promítnout by se měla do Národního programu přípravy na stárnutí, který byl naposled schválen pro roky 2008–2012. Tento program byl však vytvořen stále v zajetí přístupu negování smrti a řeší především širší koncept kvality života zaměřený na zdravé (aktivní stárnutí, zdraví a zdravé stárnutí), přičemž téma umírání a smrti prakticky opomíjí. Zabývá se však potřebou zdravotních a sociálních služeb dlouhodobé péče o starší osoby, přičemž apeluje na nezbytnost transformace léčeben pro dlouhodobě nemocné a domovů pro seniory. Jako potřebné je dále v této oblasti vnímáno poskytování ambulantních služeb a pečovatelských služeb v domácnostech jednotlivých občanů. Služby by přitom měly být ideálně zajišťovány na komunitním principu (viz Válková et al., 2010).

Nedostatečnou pozornost věnovanou smrti se nově snaží doplnit i pracovní skupina vytvořená ve spojitosti s Ministerstvem pro místní rozvoj, které mimo jiné spravuje oblast pohřebnictví. Zaměřuje se přitom na důsledky smrti a věnuje se tak další doposud opomíjené oblasti - péči o pozůstalé. Nejnověji se snaží o systematizaci poradenství pro pozůstalé, a to prostřednictvím vytvoření standardů v poradenství pro pozůstalé a zavedením centrálních kvalifikačních zkoušek pro laické průvodce pro pozůstalé a profesionální terapeuty pozůstalých (Štápenková et al., 2010). Péči o umírající a pozůstalé se přitom jako hlavní činnosti doposud v ČR věnuje několik nestátních organizací občanské společnosti hlásících se k myšlence moderního hospicového hnutí.¹¹ Jejich cílová skupina je ovšem značně úzká, jedná se především o klienty hospiců. Potřeba širšího záběru je tedy naprosto zřejmá. Bude-li i nadále smrt opomíjeným tématem veřejných politik, nelze brzké změny očekávat.

Závěr

Smrt a umírání se ve 20. století staly skutečnostími celospolečensky zakrývanými. Místo smrti se přesunulo z domovů do nemocnic a hlavní autoritu nad smrtí získala lékařská věda. Její zájem však směřoval především k zachování zdraví a života, proto smrt spíše negovala, neboť de facto svědčila o medicínském neúspěchu. Obecné skrývání smrti se samozřejmě promítlo i do oblasti veřejných politik, které se daným tématem

prakticky nezabývaly. Změny nastaly nejprve v západních společnostech v souvislosti s nenaplněnými potřebami umírajících a myšlenkami hospicové a paliativní péče zaměřenými nikoliv na léčbu terminálně nemocných, ale na zachování co nejvyšší kvality života až do jeho konce a na důstojné umírání. V České republice našly tyto myšlenky odezvu až po pádu komunistického režimu, i když téma smrti zde stále není považováno za důležité a sociální politiky se mu systematicky doposud nevěnovaly. Snad se v souvislosti s přípravou nového Národního programu na stárnutí podaří i toto téma začlenit do veřejných politik tak, aby kvalita života občanů byla pokud možno udržena na co nejvyšší úrovni i v jeho posledních stadiích. Bude přitom patrně nezbytné revidovat doposud protěžované principy autonomie a individualismu ve prospěch revitalizace hodnot založených na důležitosti komunity, vzájemnosti a soucitnosti.

Navazovat bychom přitom měli na to málo, co již bylo v péči o umírající a pozůstalé vytvořeno, nebo se právě utváří. Spolupráce několika ministerských resortů přitom bude nevyhnutelná, nestačí, aby si jasně rozdělily sféry zájmu. Za účelem náležitého doplňování je totiž nezbytné alespoň rámcově koordinovat působení partnerských resortů. To může být realizováno buď prostřednictvím samostatné pracovní meze resortní skupiny, nebo jejím začleněním do aktivit kolem Národního programu na stárnutí. Bude nezbytné zapojit ministerstvo zdravotnictví, které v souvislosti s léčbou a péčí o umírající (případně i pozůstalé) musí řešit řadu problémů. Aktuálně se jeví jako významný samotný přístup k umírajícím, realizace paliativní medicíny, podpora terénních zdravotních služeb, ale i problematika eutanazie a tzv. living wills. Ministerstvo práce a sociálních věcí je druhým klíčovým resortem, v zásadě řeší sociální a pracovní oblast umírajících, ale nejen to, zabývá se i podporou formálních i neformálních pečovatelských o dlouhodobě nemocné a umírající a nemělo by opomíjet ani péči o pozůstalé, kterou nyní řeší alespoň prostřednictvím garance poskytnutí pracovního volna. Ministerstvo pro místní rozvoj se zhostilo oblasti pohřbívání, zde by bylo vhodné přehodnotit například účelnost zákona zakazujícího reklamu a uvedení cen pohřebních služeb. Nově se dále snaží rozšířit svoji působnost i na pozůstalé, což je logické vzhledem k tomu, že pohřbívání zajišťují především oni. Ovšem právě zde by byla více než vhodná užší spolupráce s Ministerstvem práce a sociálních věcí. Poslední institucí, která by měla být do programu zapojena, je ministerstvo školství. Začlenit opomíjená témata smrti, péče o dlouhodobě nemocné a umírající i problematiku stáří či náhlé ztráty blízkého do výuky již na základním stupni škol by bylo více než vhodné. V ideálním případě by se totiž pro zkvalitnění odchodu ze života a prosazení důstojného umírání do praxe neměly uplatňovat jen shora aplikované politiky, nezbyt-

ná je i iniciativa působící zdola. Tu lze podpořit u dětí vzděláním, u dospělých pak prostřednictvím médií i podporou nestátního neziskového sektoru a lokálních společenství. Bez vzájemné mezilidské pomoci odvíjející se ať již na rodinném, sousedském či komunitním základě je všestranná péče o dlouhodobě nesoběstačné a umírající, ale podobně i o pozůstalé, prakticky nerealizovatelnou záležitostí. Neformální sféra pomoci by proto měla být celospolečensky pozitivně vnímána a oceňována. Smrt by měla být přirozeně začleněna do běžného života, nikoliv vytěšňována a opomíjena. Jedině tak lze ve společnosti úspěšně budovat mechanismy, jak se s ní vyrovnat.

1 Studie je výstupem grantového projektu Sociální dopady individualizace smrti v současné české společnosti (GA ČR č. P404/11/P725), za jehož podporu autorka děkuje.

2 Jedná se o tzv. „demographic burden hypothesis“, upozorňující na zatížení státních ekonomik vinou výrazného nárůstu zastoupení seniorů v populaci (Harper, 2006). Na přelomu druhého a třetího tisíciletí byli lidé starší 65 let zastoupeni v evropských populacích 11–18 % (14 % v ČR) (Harper, 2006:4); v roce 2050 by měl jejich podíl podle odhadů Organizace spojených národů činit zhruba 27 % (United Nations, 2009:12).

3 Elias psal o aktuální situaci, přičemž kniha vyšla poprvé v roce 1982.

4 Medikalizací je označováno nadměrné podávání léků namísto jiné péče, kterou má „nahradit“.

5 Tato klasifikace se stala základem přístupu nemocničního personálu i pracovníků hospiců k umírajícím v západních společnostech, i když dnes je její obecná platnost zpochybňována a je kladen důraz na individuální rozdíly a odlišné potřeby různých osob (Howarth, 2007:145; Hart et al., 1998).

6 Například ve Velké Británii je největší organizací pečující o pozůstalé Cruse Bereavement Care, kterou založila M. Torrie již v roce 1959.

7 Walter záměrně užívá termín neo-moderní k označení současné společnosti, běžně sociology nazývané pozdně moderní či postmoderní. Chce tím poukázat na navracení se ke starším tradicím. Ekvivalentní termín by podle jeho přesvědčení mohl znít neo-tradiční (Walter, 1994).

8 Zejména u seniorů a osob využívajících dlouhodobou péči je těžké odhadnout příchod smrti, prakticky mezi nimi nelze spolehlivě určit ty, kteří zemřou do půl roku, což přináší problémy například v identifikaci osob vhodných pro poskytování paliativní péče, která se proto omezuje především na pacienty s rakovinou (Kellehear, 2007b).

9 V roce 1989 činila naděje dožití při narození v ČR pro ženy 75,4 let a pro muže 68,1. V roce 2009 to bylo již 80,1 let pro ženy a 74,2 pro muže (ČSÚ; http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/cr_od_roku_1989#01; přístup 3. 3. 2011).

10 S výjimkou oblasti finančního zajištění pozůstalých, která byla ve státní sféře řešena od dob první republiky, ponejvíce prostřednictvím vdovských a sirotčích důchodů.

11 Většina z nich je sdružena v Asociaci poskytovatelů hospicové paliativní péče, o. s.

Literatura:

- Ariès, P. *Dějiny smrti I., II.* Praha: Argo, 2000.
 Ariès, P. *Western Attitudes toward Death: From Middle Ages to the Present.* Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press, 1976.
 Árnason, A. - Hafsteinsson S. B. *The Revival of Death: Expression, Expertise and Governmentality.* *British Journal of Sociology*, 2003, 54, s. 43-62.
 Caldwell, Ch. D. - Freeman, S. J. *End-of-Life Decision Making: A Slippery Slope.* *Journal of Profes-*

nal Counseling: Practice, Theory & Research, 2009, 37, s. 21-33.

Corden, A. - Hirst, M. Partner Care at the End-of-Life: Identity, Language and Characteristics. *Ageing & Society*, 2011, 31, s. 217-242.

Dickenson, D. - Johnson, M. - Katz, J. S. *Death, Dying and Bereavement*. London: Sage, 2000.

Elias, N. *O osamělosti umírajících v našich dnech*. Praha: Nakladatelství Franze Kafky, 1998.

Gorer, G. *Death, Grief, and Mourning*. Garden City: A Doubleday Anchor Book, 1967.

Gorer, G. *The Pornography of Death. Encounter*, 1955 (October).

Harper, S. *Ageing Societies*. New York: Oxford University Press, 2006.

Hart, B. - Sainsbury, P. - Short, S. Whose Dying? A Sociological Critique of the „Good Death“. *Mortality*, 1998, 3, s. 65-77.

Haškovcová, H. *Rub života - líč smrti*. Praha: Orbis, 1975.

Haškovcová, H. *Thanatologie. Nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén, 2000.

Howarth, G. *Death and Dying. A Sociological Introduction*. Cambridge: Polity, 2007.

Jupp, P. C. - Gittings, C. *Death in England*. Manchester: Manchester University Press, 1999.

Kalvach, Z. et al. *Umírání a paliativní péče v ČR. Situace, reflexe, vyhlídky*. Praha: Cesta domů, 2004.

Kellehear, A. *A Social History of Dying*. Cambridge: Cambridge University Press, 2007b.

Kellehear, A. Dying as a Social Relationship: A Sociological Review of Debates on the Determination of Death. *Social Science & Medicine*, 2008, 66, s. 1533-1544.

Kellehear, A. The End of Death in Late Modernity: An Emerging Public Health Challenge. *Critical Public Health*, 2007a, 17, s. 71-79.

Kübler-Ross, E. *O smrti a umírání*. Turnov: Arica, 1993.

Lloyd, L. Mortality and Morality: Ageing and the Ethics of Care. *Ageing & Society*, 2004, 24, s. 235-256.

Nassehi, A. - Brügggen, S. - Saake, I. Beratung zum Tode. Eine neue ars moriendi? *Berliner Journal für Soziologie*, 2002, 12, s. 63-85.

Nešporová, O. Smrt, umírání a pohřební rituály v české společnosti ve 20. století. *Soudobé dějiny*, 2007, 14, s. 354-378.

Nešporová, O. Last Rites in a Post-Communist Country. The Introduction of Civil Funeral Rites during the Communist Era and its Consequences for Contemporary Czech Society. In Rotar, M. - Sozzi, M. (eds.). *Dying and Death in 18th-21st Centuries Europe*. Cluj-Napoca: Editura Accent, 2009. Pp. 50-66.

Pacovský, V. - Heřmanová, H. *Gerontologie*. Praha: Avicenum, 1981.

Pockett, R. - Walker, E. - Dave, K. "Last Orders": Dying in a Hospital Setting. *Australian Social Work*, 2010, 63, s. 250-265.

Přidalová, M. Proč je moderní smrt tabu. *Sociologický časopis/Czech Sociological Review*, 1998, 34, s. 347-361.

Rumbold, B. The Spirituality of Compassion: A Public Health Response to Ageing end End-of-Life Care. *Journal of Religion, Spirituality & Ageing*, 2006, 18, s. 31-44.

Seale, C. *Constructing Death: The Sociology of Dying and Bereavement*. Cambridge, England; New York: Cambridge University Press, 2003.

Sokačová, L. et al. *Reprezentace seniorů a senierek v médiích*. Praha: Gender studies, 2005.

Southard, S. *Death and Dying. A Bibliographical Survey*. Westport, London: Greenwood Press, 1991.

Sudnow, D. *Passing on; the social organization of dying*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1967.

Sutherland, D. D. - and Morgan, R. C. Dying and Social Policy in the New Millennium. *Journal of Ageing & Social Policy*, 2000, 11, s. 145-155.

Svatošová, M. *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Ecce homo, 1995.

Štápenková, N. - Kotrlý, T. - Běhounková, T. Perspektivy vzdělávání poradců pro pozůstalé v České republice. *Acta Universitatis Palackianae Olomouensis Facultas Philosophica, Sociologica - Andragogica*. Olomouc: Universita Palackého v Olomouci, 2010, Pp. 45-54.

United Nations, *World Population Ageing*. New York: United Nations, Department of Economic and Social Affairs/Population Division, 2009.

Válková, M. - Kojesová, M. - Holmerová, I. *Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2010.

Vallin, J. - Meslé, F. Convergences and Divergences in Mortality. A New approach to Health Transition. *Demographic Research*, 2004, 2, s. 11-43.

Victor, Ch. *The Social Context of Ageing. A Textbook of Gerontology*. London, New York: Routledge, 2005.

Vidovičová, L. - Sedláková, R. Neviditelná agenda aneb stáří a zdraví v českých médiích. *Fórum sociální politiky*, 2007, 1, s. 13-17.

Walter, T. Modern Death, Taboo or not Taboo. *Sociology. Journal of the British Sociological Association*, 1991, 25, s. 293-310.

Walter, T. *The Revival of Death*. London; New York: Routledge, 1994.

Autorka působí ve VÚPSV, v. v. i., a rodnou politikou v širokém slova smyslu se zabývá dlouhodobě.

Od 1. 1. 2012 dojde ke změně v poskytování dávek pro osoby se zdravotním postižením (OZP). Dosavadní spektrum mnoha dílčích dávek, které byly poskytovány samostatně u několika orgánů státní správy, resp. samosprávy, bude nahrazeno jen dvěma dávkami, jimiž jsou příspěvek na mobilitu a na zvláštní pomůcku, které budou administrovány a vypláceny prostřednictvím úřadů práce. Příspěvek na mobilitu je opakující se nároková dávka, která bude poskytována v jednotné výši 400 Kč měsíčně osobám starším než jeden rok, které nejsou schopny zvládat základní životní potřeby v oblasti mobility nebo orientace. Příspěvek na zvláštní pomůcku je jednorázová nároková dávka, určená osobám s těžkou vadou nosného nebo pohybového ústrojí, těžkým sluchovým či zrakovým postižením nebo těžkým mentálním postižením. Součet vyplácených příspěvků na zvláštní pomůcku nesmí v 60 po sobě jdoucích kalendářních měsících přesáhnout částku 800 000 Kč, přičemž příjemce dávky se na pořizování pomůcek musí finančně spolupodílet. Podle ustanovení stejného zákona dojde také ke změně průkazů pro OZP (tj. průkazů TP, ZTP a ZTP/P). Dosavadní papírové průkazy pro přiznání mimořádných výhod, jejichž rozsah zůstane zachován, budou postupně v průběhu přechodného období nahrazeny elektronickou kartou sociálních systémů, jež bude vydávána automaticky v souvislosti s rozhodnutím o přiznání příspěvku na péči nebo příspěvku na mobilitu.

ILO neskrývala obavy z poklesu zaměstnanosti

Zpomalení výkonu světové ekonomiky by podle ILO mohlo v zemích G-20 v příštím roce vyústit ve výrazný úbytek pracovních míst. Vychází přitom ze studie, kterou zpracovala ve spolupráci s OECD pro setkání ministrů práce zemí G-20, které se konalo 26.-27. září v Paříži.

Ze statistických údajů vyplývá, že při současném jednoprocenním růstu zaměstnanosti nebude možné nahradit ztrátu 20 milionů pracovních míst, k níž v zemích G-20 od počátku krize v roce 2008 došlo. K tomu, aby se úroveň zaměstnanosti dostala do roku 2015 na předkrizovou úroveň, by musela ročně růst nejméně o 1,3 %. Takový růst by umožnil vytvořit přibližně 21 milionů nových pracovních míst ročně, nahradit ztráty vzniklé od roku 2008 a absorbovat i nárůst počtu osob v produktivním věku. Z analýz však vyplývá, že by zaměstnanost mohla růst i o méně než jedno procento ročně až do konce roku 2012, což by znamenalo ztrátu zhruba 40 milionů pracovních míst v zemích G-20 v příštím roce a do roku 2015 ještě daleko větší ztráty.

Podle studie a doporučení poradní skupiny pro stanovení spodní hranice sociální ochrany (The Social Protection Floor Advisory Group) je rovněž důležité, aby takováto hranice byla stanovena ve všech státech. Z její zprávy vyplývá, že sociální ochrana v některých zemích sehrála klíčovou roli při ochraně chudých a jinak ohrožených lidí, pomohla stabilizovat poptávku po zboží a službách a umožnila lidem využít ekonomických příležitostí. Před krizí se národně stanovené spodní hranice ochrany ukázaly efektivním nástrojem k omezení chudoby a nerovností i k podpoře inkluzivního a trvalého ekonomického růstu.

K některým zjištěním společné zprávy ILO a OECD:

- I když míra nezaměstnanosti ve většině zemí G-20 během posledního roku poklesla, tak pouze mírně. Výsledkem je, že celosvětově je 200 milionů osob nezaměstnaných, což se blíží k vrcholu zaznamenanému v období velké krize.
- Mezi zeměmi existují velké rozdíly v situaci na trhu práce. Například v Brazílii, Německu a Indonésii silně vzrostla zaměstnanost a výrazně poklesla nezaměstnanost, v některých zemích (Argentina, Austrálie, Rusko) došlo jen k malému či žádnému růstu zaměstnanosti a v dalších zemích dosud přetrvává vysoká míra nezaměstnanosti (EU, Jižní Afrika, Španělsko, Velká Británie, USA).
- Přetrvávající krize zaměstnanosti dále zvyšuje strukturální problémy, projevující se vysokou a dále rostoucí nezaměstnaností mladých lidí a zvýšeným výskytem dlouhodobé nezaměstnanosti. Krize zaměstnanosti současně ovlivňuje spotřebitelskou poptávku a tak dále přispívá k tlaku na celkově slabé ekonomické oživení.
- Dochází také k dělení trhu práce, přičemž v řadě zemí G-20 se zvyšuje podíl pracovní síly zaměstnané v neformální ekonomice a na dočasné úvazky.

Zdroj: www.ilo.org