

Umírání a smrt jako součást lidského života

Bc. Renata Burdřáková

Diplomová práce
2016



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav pedagogických věd
akademický rok: 2015/2016

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Renata Burdáková**
Osobní číslo: **H140202**
Studijní program: **N7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Umírání a smrt jako součást lidského života**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.
Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti péče o umírající, hospicové a paliativní péče.
Příprava metodiky výzkumné části.
Realizace kvantitativního výzkumu metodou dotazníku.
Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

HAŠKOVCOVÁ, H. Thanatologie: nauka o umírání a smrti. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-471-3.

KÜBLER-ROSSOVÁ, E. On Death & Dying. What the dying have to teach doctors, nurses, clergy & their own families. New York: Scribner, 2014. ISBN 978-1-4767-7554-5.

KUPKA, M. Psychosociální aspekty paliativní péče. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4650-0.

SVATOŠOVÁ, M. Hospice a umění doprovázet. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011. ISBN 978-80-7195-580-1.

ŠPATENKOVÁ, N. et al. O posledních věcech člověka. Vybrané kapitoly z thanatologie. Praha: Galén, 2014. ISBN 978-80-7492-138-4.

Vedoucí diplomové práce:

Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.

Ústav zdravotnických věd

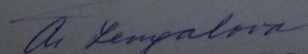
Datum zadání diplomové práce:

1. prosince 2015

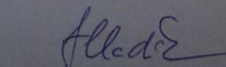
Termín odevzdání diplomové práce:

15. dubna 2016

Ve Zlíně dne 1. prosince 2015


doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze diplomové práce jsou totožné;
- na diplomové práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 14.4.16

..... Renata Budařková

¹⁾ zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydávalečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělků jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělků dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Tato diplomová práce seznamuje čtenáře s problematikou tabuizovaného tématu smrti a možnostmi ovlivnění kvality života v jeho terminálním stadiu. Zaměřuje se na hospicovou péči o umírající, a jak co nejlépe zkvalitnit poslední chvíle života člověka. Cílem je čtenáři ukázat, že smrt je přirozenou součástí lidského života. Teoretická část po vymezení základních pojmů představuje možnosti hospicové péče a způsoby jejího využití. Praktická část se snaží prostřednictvím kvantitativního výzkumu zjistit, zda jsou lidé dostatečně informováni v této problematice a jestli má informovanost vliv na jejich pohled na umírání a smrt i na pomoc blízkým v nelehké situaci posledních dnů.

Klíčová slova: umírání, smrt, hospicová péče, kvalita života, truchlení

ABSTRACT

This diploma thesis presents the reader the taboo topic of death and how the quality of life in its terminal state can be influenced. It focuses on hospice care of dying patients and how their last days can be improved. The aim is to show the reader that death is a natural part of human life and dying is only the last part of it. The theoretical part at first describes essential terms and then introduces the possibilities of hospice care and the ways to use them. Based on a quantitative research, the practical part tries to find out whether people are informed enough in this field and if their awareness of the topic influences their opinion about dying and death or helping their loved ones in an uneasy situation of their last days.

Keywords: dying, death, hospice care, quality life, grieve

Ráda bych touto cestou poděkovala Mgr. Zlatici Dorkové Ph.D. za trpělivost a pomoc při zpracování této diplomové práce. Poděkování patří také moji rodině, která mi svojí pomocí poskytla prostor a čas na psaní.

Motto: Každý z nás dluží přírodě svoji smrt.....

Sigmund Freud

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	10
TEORETICKÁ ČÁST	12
1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA	13
2 SMRT.....	16
2.1 SMRT Z LÉKAŘSKÉHO HLEDISKA	17
2.2 DRUHY SMRTI V MEDICÍNĚ	17
3 UMÍRÁNÍ.....	20
3.1 PROCES UMÍRÁNÍ	20
3.2 FÁZE UMÍRÁNÍ PODLE ELIZABETH KÜBLER ROSSOVÉ	20
3.3 UMÍRÁNÍ DOMA NEBO VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ?	22
3.4 POTŘEBY UMÍRAJÍCÍCH	22
4 PALIATIVNÍ PÉČE O UMÍRAJÍCÍHO	24
4.1 PÉČE O UMÍRAJÍCÍHO V HOSPICOVÉM ZAŘÍZENÍ.....	25
4.2 DOMÁCÍ PALIATIVNÍ PÉČE	27
4.2.1 DOBROVOLNICTVÍ.....	29
5 ROLE SOCIÁLNÍHO PEDAGOGA V PALIATIVNÍ PÉČI.....	30
5.1 SOCIÁLNÍ PRÁCE V HOSPICI	30
6 TRUCHLENÍ	33
6.1 PORADENSTVÍ PRO POZŮSTALÉ	33
7 UMÍRÁNÍ, SMRT A KOMUNIKACE S DĚTMI	35
7.1 HOVORY O SMRTI.....	35
PRAKTICKÁ ČÁST	37
8 METODOLOGIE VÝZKUMU	38
8.1 VYMEZENÍ VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU	38
8.2 VYMEZENÍ VÝZKUMNÉHO SOUBORU.....	39
8.3 DOTAZNÍK.....	39
8.3.1 TYPY OTÁZEK	40
8.4 VYMEZENÍ VÝZKUMNÝCH OTÁZEK, CÍLŮ A STANOVENÍ HYPOTÉZ.....	40
8.4.1 STANOVENÍ HYPOTÉZ	41
9 INTERPRETACE DAT	42
9.1 TESTOVÁNÍ HYPOTÉZ.....	61
9.2 DISKUZE	65
9.3 SHRNUTÍ.....	68
10 ZÁVĚR	70
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	72
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	75
SEZNAM OBRÁZKŮ.....	76

SEZNAM TABULEK	77
SEZNAM PŘÍLOH	78

ÚVOD

Umírání a smrt existují stejně dlouho jako život na zemi. V současné době se tímto tématem zabývá celá řada autorů, hovoří se o něm i v médiích. Přesto pro moderní společnost je toto téma stále tabu. Zdravý, pracující jedinec neumí o smrti diskutovat a snaží se tento jev nějakým způsobem inhibovat, ukryvat, protože jemu se to přece nemůže stát.

Člověk touží po dlouhém, šťastném a bezstarostném životě a umírání a smrt k tomu nepatří. Současná společnost klade důraz na krásu, mládí, zdraví apod. Proto se lidé smrti bojí a tomuto tématu se raději vyhýbají. Přitom v dávných dobách, kdy lidstvo bylo zmítáno krutými válkami, epidemiemi a kdy se člověk nedožival příliš vysokého věku, byla smrt považována za přirozenou součást života.

Do 19. století lidé umírali převážně doma v kruhu svých nejbližších, kteří se o ně pečlivě starali. Procesu umírání nebyly ušetřeny ani děti, s umírajícím se chodili loučit všichni jeho známí, příbuzní i sousedé. V posledních několika desetiletích však prošlo umírání a smrt ve vyspělé společnosti velkou změnou. 21. století v důsledku průmyslové revoluce, ekonomické vyspělosti, zavedením zdravotního a sociálního pojištění odsunulo tento sociální akt do institucionálních zařízení a tedy do rukou státu. Přesto, že je už dnes na poměrně vysoké úrovni hospicová péče a to ať již ústavní nebo jako součást domácí péče a umírajícímu je možné v maximální míře zkvalitnit poslední chvíle jeho života, stala se smrt fenoménem, který je nám cizí, se kterým nemáme zkušenost a kterého se bojíme.

Cílem této diplomové práce je čtenáři ukázat, že umírání může být plnohodnotnou součástí života, že smrt je přirozená. Smrt je nutné netabuizovat, jelikož ať chceme nebo ne, svoji smrtelnost si uvědomujeme. A i když ji stále dokola zkoušíme zatlačit někam do podvědomí, je právě toto uvědomění si vlastní konečnosti tím, co dává našemu životu smysl.

V teoretické části si přiblížíme toto téma ve světovém měřítku, v historii i současnosti nejen prostřednictvím známých autorů. Podíváme se na smrt a umírání jako na základní pojmy, se kterými budeme dále pracovat. Jakmile porozumíme jednotlivým fázím, které provázejí umírání a pochopíme jak poznat okamžik smrti, ukážeme si, jak je možné díky moderní paliativní (hospicové) péči usnadnit umírajícímu poslední chvíle života a jak tyto chvíle co nejvíce zkvalitnit. Smrt je sociální akt. Žijeme v sociální společnosti a proto další kapitola bude zaměřena na sociální aspekty umírání v kontextu sociální pedagogiky.

Praktickou částí práce bude výzkum vedený právě směrem k sociální pedagogice, ale i k obecné populaci. Formou kvantitativního výzkumu, pomocí dotazníkové metody se pokusíme v návaznosti na kapitolu o sociálních aspektech smrti a kapitolu o hospicové péči odpovědět na otázku, zda je postoj budoucích sociálních pedagogů a obecné populace k tématu umírání a smrt pozitivní či negativní a jaká je jejich informovanost o hospicové péči.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA

Umírání a smrt existují v podstatě od počátku vzniku života na zemi. Vlastně i naše planeta je živá a tedy smrtelná. Vše živé se nejen zrodí, ale po určité době, která je zřejmě daná zákony přírody, také umírá. Ať už jsou to živočichové, tedy i člověk nebo rostliny. Smrt, jakkoliv rozumíme její definici, může nastat z mnoha důvodů. Lidé mají v současnosti tendenci považovat za „přirozenou smrt“ jen úmrtí způsobené stárnutím vysokým věkem a celkovou sešlostí organismu. V přírodních podmínkách je ale nepřeborné množství způsobů jak umřít a většina z nich je pro určité organismy doslova „přirozená“. Příčinou smrti může být věk, nehoda, parazit, parazitoid, predátor, konkurent, sourozenec a dokonce i rodič. Obvykle je to ale směsice různých vlivů přestárlý, parazitovaný nebo poraněný organismus snáze podlehne útoku predátora nebo je odstraněn svými konkurenty (Baláz a kol., 2008, str. 30).

Kdyby smrt neexistovala, asi by už dávno byla Země neobyvatelná. Snad by to mohlo fungovat v případě, že by byl celý vesmír konstruován jinak. Protože ale je vše zařízeno tak jak je, je třeba, aby se vše živé se smrtí smířilo. Především pak člověk, protože dle některých vědců rostliny a živočichové údajně smrt nevnímají. Teoretická východiska je tedy třeba hledat již v dávné historii, ale i v současnosti a v dílech slavných autorů.

O umírání lze dnes najít celou řadu knih, publikací i článků v časopisech, výdobytek moderní společnosti zvaný internet nevyjímaje. V knihkupectvích i knihovnách můžeme najít samostatné police, na kterých jsou nabízeny publikace s tímto tématem. Problematiku smrti, se již od konce 20. století snaží mnoho autorů detabuizovat. Hovořit o umírání bez jakýchkoliv emocí a civilně. Aby mohl člověk plnohodnotně prožít svůj život, je nutné problém smrti vytěsnit a brát ji jako součást života a umět se na ni připravit.

Na povolání se často připravujeme i mnohaletým studiem. Na manželství se stejně zodpovědně připravují jen někteří. Když se to na poprvé nepodaří, zkusí to na druhý pokus. Na smrt bychom se měli včas a velmi pečlivě připravit. Tam totiž žádný opravný termín jako u zkoušky, anebo druhý pokus jako v manželství nepřichází v úvahu. Výjimkou nejsou ani lidé, kteří přežili klinickou smrt, protože se o definitivní smrt nejednalo. Všichni budeme umírat bez generálky, rovnou naostro (Svatošová, 1995, str. 12-13).

Se smrtí se velmi dobře vyrovnávají lidé nábožensky založení. V bibli například neexistuje žádná zmínka o přirozené nesmrtelnosti člověka. Bible nechává člověku svobodnou volbu

věčného života ve spojení s Bohem nebo věčné smrti, v případě odmítnutí. Se smrtí je zkrátka třeba počítat a hlavně se jí nebát. Vždyť co když to smrtí teprve začíná?

V minulosti si lidé nepředstavovali smrt jako něco výlučně záporného, jako přelom, po němž následuje už jen propast zapomnění. Na druhé straně nevěřili ani tomu, že posmrtný život je pokračováním života pozemského (Aries, 2000, str. 37). Už řecký filozof Platón se ve svých pracích věnoval tématu smrti a tím, co by mohlo následovat. Věřil, že rozum, logika a diskuze jsou nejdůležitější při hledání pravdy. Sám věřil, že existují i jiné roviny a dimenze a proto ho nejspíše zajímala spíše duše. Tělo považoval jen za dočasnou schránku pro ni.

Platón například definuje smrt jako oddělení netělesné části člověka-duše-od fyzické části-těla. Platón v různých pasážích popisuje, jak duše, oddělená od těla, se může setkávat a mluvit s dušemi jiných zesnulých a jak může být při přechodu z fyzického života do jiné říše provázena strážnými duchy (Moody, 1991, str. 60).

Velmi zajímavá je rovněž Tibetská kniha mrtvých. Toto dílo podává vysvětlení a poučení, jak vést umírajícího a po té zemřelého tak, aby se nemusel na své cestě ničeho bát a to i za předpokladu, že za života byl velkým hříšníkem. Prehistoričtí tibetští mudrcové byli přesvědčeni, že umírání je vlastně umění, při němž duše prochází po fyzické smrti různými stadii. Proto je nutné umírajícího doprovázet předčítáním této knihy jemu do ucha nebo ji užít při obřadu.

Velmi pozitivní postoj k psychologii smrti dal v 70. letech 20. století široké veřejnosti americký psychiatr R. A. Moody ve své knize *Život po životě*, která je mezi lidmi, co ztrácejí náboženské přesvědčení velmi populární. Vrací jim přesvědčení, že život smrtí nekončí, že i potom něco existuje. Zabývá se hlavně předsmrtnými prožitky, o kterých vypráví lidé, kteří prožili tzv. klinickou smrt. Podle těchto svědectví se nikdo blízkosti smrti nebál.

Také švýcarská lékařka Elisabet Kübler Rossová, jedna z neznámějších lékařek 20. stol. provedla moderní výzkum umírání, návratů z klinické smrti a tří fází transformace psychiky pro tzv. posmrtnou existenci. V publikaci *Přežít svou smrt* podává návody k zacházení s umírajícími dospělými i dětmi včetně splnění posledních přání a smíření se se světem.

Dějiny smrti Philipa Ariése, francouzského autora, popisují umírání a smrt v historické posloupnosti od raného středověku po nedávnou současnost. Ne jen to, jak lidé umírali, ale i za jakých okolností, co prožívali a jak jim při tom pomáhali ostatní.

I v české literatuře je možné se setkat s několika autory zabývajícími se problematikou umírání a smrti. Nejznámější z nich je asi česká filozofka, profesorka lékařské etiky a autorka mnoha publikací Helena Haškovcová. Tématem jejího zkoumání není jen umírání a smrt, ale také například práva pacientů, sociální gerontologie, informovaný souhlas nebo pravda na nemocničním lůžku.

Za zmínku stojí nepochybně také knihy doktorky Marie Svatošové, která se zaměřuje na péči o umírající onkologické pacienty a paliativní péči a je zakladatelkou hospicového hnutí u nás. Stála také u zrodu hospice Anežky české, který vznikl 1. 12.1994 v Červeném Kostelci jako první charitní, sociálně zdravotní zařízení tohoto typu. Kdybychom totiž čekali, až bude celá naše společnost ochotna o otázce smrti hovořit, nedožijí se zlepšení situace nejen naši nemocní, ale nedožijeme se jí ani my (Svatošová, 1995, str. 12-13).

2 SMRT

Reakce lidí na smrt a umírání jsou individuální. Podíváme li se na současnou společnost, můžeme si položit otázku, co přispívá ke zvyšování úzkosti ve vztahu ke smrti? Co se děje s člověkem, který žije ve společnosti, kde je smrt ignorována a kde se jí lidé vyhýbají?(Kübler-Ross, 2014, str. 9).

Smrt a pohled na ni se jak dobově, tak teritoriálně liší. Záleží na mnoha aspektech. Kde a jak je člověk vychováván. V jaké rodině, v jaké společnosti. Tam, kde žije po hromadě více generací a lidé se, se smrtí setkávají častěji, nebývá přístup k ní tak laxní. Kde se ale lidé tomuto tématu vyhýbají, převládá spíše strach a smrt je očekávána s obavami. Existuje dokonce chorobný strach ze smrti zvaný thanatofobie.

Jaká je vlastně smrt? Je nutné se jí bát? Se smrtí je často spojován strach. Strach je obecná lidská emoce, která nás varuje a upozorňuje na potenciální nebezpečí. Proč ale dnes máme ze smrti takový strach? Bojíme se, protože nevíme, jak právě naše umírání a smrt bude vypadat. Máme obavy z bolesti, z dlouhého trvání, z utrpení, z osamění. Každý člověk si většinou přeje tzv. milosrdnou smrt ve spánku, zřejmě z důvodu, aby si tento stav neměl šanci uvědomit. Příčinou strachu je současná tabuizace smrti. O smrti se téměř nemluví, ani se s ní prakticky nesetkáváme tváří v tvář, tudíž na ni nejsme připraveni. Smrt byla vytěsněna z rodin do „cizího“ prostředí zdravotnických či sociálních zařízení. Strach ze smrti je vnímán u lidí rozdílně. U velmi starých lidí, kteří již nechtějí žít, je smrt vítaná. Také v rodinách, kde jsou silné náboženské tradice a kde si lidé uvědomují smysluplnost života a místa v něm, berou smrt jako normální součást končící životní poutě. Naopak u lidí mladých či v nejlepších letech, kteří mají v životě naplánováno ještě mnoho úkolů, může být strach ze smrti velký. Například u otce rodiny to může být otázka zabezpečení rodiny po jeho smrti (Bočková, Čelákovice, 2011).

Strach ze smrti působí jako pud sebezáchovy a tak vyvolává v každém z nás, ve skrytu duše svým způsobem, touhu být nesmrtelný. Zejména pro věřící je myšlenka na věčný život velkou nadějí. Ale i člověk nevěřící si rád představuje nesmrtelnost. I německý filozof Imanuel Kant bral smrt jen jako jinou formu života. Bohužel smrt je fenomén, kterému se nelze vyhnout. Čeká zkrátka na všechny. Na někoho dříve, na někoho později. Jisté je, že život je dar, který nedokážeme obnovovat a smrt je jeho konec.

Chce li člověk dobře žít, nesmí si namlouvat, že se ho smrt netýká. Nesmí ale ani žít jako vězeň čekající na popravu, protože tak by život ztrácel svoji cenu. Většina kultur učí člověka žít, přesto, že ví, že jednou ten život skončí.

2.1 Smrt z lékařského hlediska

Medicínsky by se dalo říct, že smrt je selhání všech životních funkcí. Smrt tedy nastává, když ustanou úder srdce a dýchání. U člověka se situace s určením smrti nepříjemně komplikuje. Problém je, že se tady už nezabýváme pouze biologickým stavem, ale přidávají se hlediska medicínská, právní, etická, historická a mnohá další (Baláž a kol., Praha 2008, str. 8).

V kontextu západního myšlení se vyvinul koncept smrti jako kardiopulmonální zástavy. Mrtvým byl ještě na začátku druhé poloviny minulého století shledán ten, komu se zastavilo

srdce a přestal dýchat. Definice to byla jednoduchá a logická. Porucha dvou základních vitálních funkcí způsobí důsledkem nedostatku kyslíku do několika sekund ztrátu vědomí a do několika minut nevratné poškození centrální nervové soustavy (www.umirani.cz).

Vždy je však nutné smrt určit co nejpřesněji. V minulosti se občas stávalo, že člověk byl prohlášen za mrtvého a on náhle ožil. Znovu se mu rozběhlo srdce například vlivem nějakého otřesu či nárazu. Tyto případy vedly v 19. století v Anglii dokonce k davové hysterii. Lidé se natolik obávali pohřbení zaživa, že si nechávali do rakví montovat složitá zařízení, aby mohli dát okolnímu světu najevo, že ještě žijí. (Baláž a kol. 2008 str. 9). Je zcela přirozené, že se tohoto rizika lidé báli. Nikomu by se nelíbilo ožít v rakvi pod zemí a tam teprve zemřít hrůzou a udušením. Bohužel určit tehdy smrt naprosto přesně ani lékaři nedokázali.

Kardiopulmonální definice smrti byla přijímána bez problémů do doby, než se vynořily nové faktory. Prvním z nich bylo objevení možnosti resuscitace, druhým pak vyvinutí mimotělního oběhu pro potřeby operací a transplantací srdce (www.umirani.cz).

2.2 Druhy smrti v medicíně

V medicíně smrt vyjadřuje zánik jedince v určitém časovém údaji, což je v okamžiku samotné smrti, při čemž se jedná o nezvratné ukončení života. Moderní medicína rozlišuje několik typů smrti. Důvodem je fakt, že dnes již známe pojem resuscitace a tak například

při náhlé zástavě srdce způsobené infarktem myokardu, dokážeme činnost srdce moderními metodami obnovit a člověka tak přivést znovu k životu.

- **Klinická smrt** je pojem smrti, který byl zaveden pro období, jež nastává při zástavě činnosti dýchání a zástavě srdeční činnosti. Nervová tkáň si zachovává neporušené základní struktury. V tomto období může být život zachován právě včasné zahájenou resuscitací.
- **Biologická smrt** je nezvratný zánik buněk, oběh a dýchání jsou uměle udržovány.
- **Smrt mozku** se vydělila z biologické smrti především pro potřeby dárcovství orgánů.
- **Sociální smrt** je obrazem stavu, kdy zůstává zachována oběhová i dechová činnost, ale převážná část duševních, motorických a senzorických funkcí je nezvratně zničena a jedinec nepředstavuje rozumovou bytost.
- **Náhlá smrt** nastává po působení vyvolávající příčiny v odstupu jedné hodiny (Navrátil a kol. 2008, str. 190).

Náhlá smrt může mít mnoho příčin. Ale při včasné první pomoci je i zde se jí možné vyhnout. Bohužel málo kdy se člověk v této situaci ocitá v blízkosti někoho, kdo nejen bezpečně rozpozná příznaky blížící se smrti, ale také příčiny, aby dokázal první pomoc zahájit.

Jak je vidět, definovat smrt není vůbec snadné. Skutečně přesnou diagnózu dokáže stanovit asi jen odborník. Zkrátka ať už je smrt jakákoliv, pro každého je vždy nepříjemná. I když často sám umírající je již se svým koncem smířený a na smrt se dokonce těší, na okolí působí negativně. Smrt je stále ještě fenomén, na který každý jednatel reaguje jiným způsobem. Jinak vnímá hromadné umírání lidí ve válce v Sýrii, které se ho přímo netýká a jinak smrt blízkého člověka. Lidé se smrti bojí a bát se budou. Žádný zdravý, energický a práceschopný člověk si nechce připustit, že by mohl najednou zemřít, že by najednou přestal existovat.

Smrt není součást života. Je jeho popřením, pravým opakem. Proto se lidé bojí smrti a snaží se ji vytěsnit z mysli i života, stejně jako umírání, utrpení, nemoci, stáří a neúspěchy, a raději oslavují mládí, krásu, úspěch. A v tom tkví ta hlavní potíž. Člověk neví, jaké umírání jej čeká a jak vypadá smrt „zevnitř“, či „na vlastní kůži“ a bojí se, že bude v těchto chvílích těžké individuální situace sám, vystaven sám sobě, svému svědomí,

své osobní historii, své nemohoucnosti. Umírání je pro jednotlivého člověka těžkou, snad nejtěžší situací (www.nezavirejteoci.cz).

Limity medicíny se v posledních desetiletích posunuly a stále posouvají dopředu. Nové preventivní a terapeutické postupy život člověka výrazně prodlužují. Smrt přesto stále zůstává krutá, bolestná a nevyhnutelná. Je jako časovaná bomba, kterou si každý z nás nosí u sebe a většinou je to nemoc, která nám připomene její skrytou přítomnost. Člověk je tvor žijící ve vztahu k sobě i k druhým lidem a do těchto vztahů smrt vždy zasahuje brutálně a bolestivě. Přesto se lidé mnohem více, než samotné smrti bojí umírání.

3 UMÍRÁNÍ

Ve většině případů předchází smrti proces umírání. Ten netrvá pár minut nebo hodin. Je to proces dlouhodobý o několika fázích, během kterého se člověk na smrt připravuje. A dá se na ni vůbec připravit? Pro většinu umírajících je příprava na smrt intuitivní záležitost. Lidé na sklonku života bývají velmi citliví vnímaví. Umírající potřebuje cítit lásku a přítomnost blízkých i jejich podporu, což mu pomůže v závěru zvládnout strach, stres, pocit osamění a beznaděj. Strach neprožívá jen umírající, ale celé jeho blízké okolí. Člověk se vždy bál smrti, to už věděli i ve starověku. Umírání je proces, kterým si musí projít každý. Proto by měl probíhat poklidně, aby se pro umírajícího nestal utrpením a smrt vykoupením.

3.1 Proces umírání

Umírání v drtivé většině navazuje na stárnutí. Člověk dojde na konec svého života a tělo začne chátrat. Postupně ochabuje svalstvo, snižuje se činnost vnitřních orgánů, přidruží se různá onemocnění a nastává čas, kdy je nutné tento svět opustit. V jiných případech je zase třeba důsledkem vážného onemocnění. Tak či tak umírání prochází několika fázemi, kdy je možné pozorovat různé změny organismu. Umírajícímu ubývá energie, hodně spí, neprojevuje zájem o okolí. Často se v těchto chvílích uzavírá do sebe a ohlíží se za svým životem. Navenek to vypadá, jako by stále spal. Umírající ztrácí pojem času. V některých chvílích může být neklidný, jelikož mu vyvstávají otázky jako: kolik času ještě zbývá, jak dlouho musí trpět apod. Někteří upadají do komatu. Každá fáze umírání, trvá různě dlouho. Jeden z nejznámějších popisů jednotlivých fází umírání předkládá Elizabeth- Kübler Rossová.

3.2 Fáze umírání podle Elizabeth Kübler Rossové

První fáze: zavírání očí před skutečností a osamění. Člověk, který umírá stářím, je většinou se svým koncem smířený a místo toho, aby propadal depresím, dívá se s úsměvem zpět na to, co v životě dokázal. Umírá li ale člověk mladší na nevléčitelnou nemoc, bývá to zpravidla mnohem krutější. Většina nemocných reaguje na sdělení závažné diagnózy nečastěji otázkou „Proč právě já?“ Zvláště je li mu nešetrným způsobem sděleno, že už

dlouho žít nebude. Nemocný se pak všemožně snaží tuto skutečnost popřít a pravdu odmítá přijmout. Tato fáze odeznívá až, když sám na sobě začne pocíťovat umírání.

Druhá fáze: zloba. I když se snažíme nemocnému podat pomocnou ruku, může některý reagovat jinak, než očekáváme. Většinou nechce, abychom si dělali starosti. S nemocným v této fázi to má rodina i ošetřující personál vždy velmi těžké. Nemocný bývá zlý, někdy až agresivní. Cítí se ublížený, odmítá komunikovat, nechce nikoho vidět a všude nachází důvody ke zlosti. Zde je nejlepší nereagovat.

Třetí fáze: vyjednávání. Když si v předchozích fázích nedokážeme nebo nechceme připustit nastalou skutečnost hašteřením se se světem i s Bohem, ve třetí fázi se pokoušíme oddálit smrt jakýmsi obchodním vyjednáváním“. Smrtelně nemocný člověk si říká, že by se dal Bůh možná obměkčit prosbami. Začne slibovat změny ve svém chování, když mu něco, naposledy v jeho životě, dovolí Bůh prožít a nevyhnutelné se tím snaží oddálit prosbou o prodloužení života. Často se chová jako dítě a stále věří, že umírání půjde zastavit. Tuto fázi bere pacient často jako pomocníka a proto pro něj bývá důležitá.

Čtvrtá fáze: deprese. Přijde chvíle, kdy už člověk nemůže sám sebe obelhávat. Začne mu být jasné, že situace se bude zhoršovat. Přichází pocit viny. Nemocný už nemůže pracovat, má velké výdaje, nestačí mu finance, žena nemůže pečovat o rodinu a začne propadat depresím. Nemocný se musí postupně vyrovnat s těmito pro něj těžkými ztrátami a přijmout blížící se konec. Podle Rossové v této fázi přichází dva typy depresí. První reaktivní, kterou provází pocity studu a viny a druhý přípravný, který vzniká z hrozící ztráty. Je pak velmi důležité umět rozpoznat a porozumět potřebám nemocného.

Pátá fáze: souhlas. Člověk do jisté míry rezignuje. Nemá sílu už dál bojovat. Prodlužuje se doba spánku, je více unavený a zesláblý. Chce být v klidu, nepotřebuje komunikovat, ale rozhodně potřebuje cítit přítomnost blízkých. Pokud člověk neumírá náhle, má dostatek času překonat zejména první fázi, dojde do stádia smíření. Přestává mít strach. Je to stav, kdy je nemocný již osvobozený od krutých pocitů a klidně očekává blížící se konec. V této fázi většinou více podpory a pochopení potřebuje rodina než umírající. Vše souvisí s přijetím a porozuměním.

I umírající člověk si chce zachovat svoji důstojnost, proto všech fázích, musí mít jistotu, že někam patří. Nikdy by neměl zůstat sám. Lidé se nejvíce obávají nastupující

nemohoucnosti, toho, že budou svému okolí na obtíž. Zde je však třeba myslet na to, že i přehnaná péče může umírajícímu uškodit. Je-li schopen komunikace, je lépe s ním každou nabízenou pomoc prodiskutovat, aby nedošlo k tomu, že z něj uděláme více nemohoucího, než ve skutečnosti je, neboť může být ještě řada úkonů, které zvládne sám.

3.3 Umírání doma nebo ve zdravotnickém zařízení?

Jakmile se začne blížit skutečný konec je i umírající nucen připustit fakt, že sám o sebe se již nepostará, že není schopen zajistit si často ani ty nezákladnější potřeby. Musí se vyrovnávat s mnoha ztrátami a omezeními. Nejen autoři odborných publikací se shodují, že domácí přirozené prostředí napomáhá prožít poslední chvíle klidněji a důstojněji. Záleží především na tom, jak se rodina dokáže k blízcí se smrti svého blízkého postavit. Je důležité, aby pečující dokázali rozpoznat priority a snažili se zajišťovat to, co je pro umírajícího nejvýznamnější. Uměly mu zajistit základní potřeby, i když se v průběhu procesu umírání mění. Umírající je člověk jako my a tudíž se takto na něj musíme dívat. Má své potřeby, emoce, názory, musíme tedy počítat i s jeho hodnotami a postoji, respektovat jeho důstojnost.

Nemocný krátce před smrtí má určité potřeby, které se dají splnit, pokud si rezervujeme čas být u něho a naslouchat mu. Především mu musíme dát najevo, že jsme připraveni převzít jeho starosti a úzkosti. Jednání s umírajícími pacienty ovšem vyžaduje určitou zralost, která se získává zkušeností. I my musíme k tomuto úkolu přistoupit připraveni. K pacientovi usedáme oproštěni od vlastní úzkosti v duševní vyrovnanosti (Rossová, 1992, str. 127).

3.4 Potřeby umírajících

Machačová na webových stránkách uvádí základní potřeby, které je nutné umírajícímu zajistit, aby byly jeho poslední chvíle co nejméně stresující.

Potřeby biologické – všechny potřeby nemocného těla. Mezi základní patří potrava, zbavení se odpadů vlastního metabolismu, přísun kyslíku, spánek. Dále to jsou potřeby, které více či méně zabezpečuje odborná medicínská péče: ozařování, chemoterapie, hormonální léčba. O většinu těchto potřeb by obvykle mělo být dobře postaráno v nemocnici.

Potřeby psychologické – jsou to potřeby spojeny s respektováním lidské důstojnosti nezávisle na stavu nemocného těla. Každý člověk je jedinečnou bytostí se svým neopakovatelným posláním, které je potřeba vždy respektovat. Hospicové hnutí je založeno na této zásadě.

Potřeby sociální – vyplývají ze statusu člověka, jako tvora společenského, žijícího v určitém sociálním prostředí, majícího svou rodinu, problémy, práci, koníčky, závazky, sny a přání. Pokud je z důvodu nemoci z tohoto prostředí vytržený, měli bychom mu stále naslouchat a pomoci mu vyrovnat se s jejich ztrátou či omezením.

Potřeby duchovní (spirituální) – patří mezi ně nacházení smyslu života, odpuštění, lásky, naděje, sounáležitosti, klidu, víry, vděčnosti...

V průběhu nemoci, ve chvílích, kdy dochází ke smířování, se potřeby člověka začnou měnit od biologických, směrem k duchovním. V tuto chvíli může docházet k vyhoceným, pro umírajícího velmi vyčerpávajícím, situacím, kdy se jeho blízcí s nemocí ještě nesmířili a proto jeho postoje a změny potřeb nechápou.

Pro zajištění těchto potřeb je pro umírajícího jeho přirozené sociální prostředí nepochybně přijatelnější. Ne vždy jsme ale schopni doma vytvořit prostředí, ve kterém by se náš pacient cítil klidný a vyrovnaný, přesto mu chceme být na blízku až do konce. V takovém případě máme možnost využít pomoci odborníků v oblasti tzv. paliativní péče a paliativní medicíny. Velmi kvalitně bývá paliativní péče poskytována v hospicových zařízeních. A to nejen na lůžkových odděleních hospiců, v současné době funguje i domácí paliativní péče.

4 PALIATIVNÍ PÉČE O UMÍRAJÍCÍHO

Obsah pojmu paliativní medicína není ustálen, a tak se můžeme v odborné literatuře setkat s celou řadou definic, jejichž obsah se více či méně překrývá. V každém případě je slovo *pallium* latinského původu a znamená „plášť“ nebo „obal“ (původně pontifikální symbol patriarchů a arcibiskupů, též svrchní roucho starých Římanů). Použití slova paliativní v kombinaci s péčí symbolicky znamená, že cílem je, poskytnout nemocnému ochranu (plášť) v extrémně nepříznivé situaci hrozícího vlastního zániku (Haškovcová, 2007, str. 37).

Paliativní medicína si klade za cíl udržet život u nevyлéčitelně nemocného na co největší úrovni, což znamená mírnit bolest a další symptomy a procesu umírání nechat volný průběh. Dobrá kvalita života pro nemocného hodně znamená. Neléčí se však jen symptomy tělesné, ale i pacientovi sociální, psychologické a duchovní potřeby.

WHO (světová zdravotnická organizace) přijala v roce 2002 definici paliativní péče, kterou lze užít pro standardizaci procesů důležitých k dosažení kvality v poskytování paliativní péče:

Paliativní péče je přístup zlepšující kvalitu života pacientů a jejich rodin, kteří čelí problémům spojených s život ohrožující nemocí, prostřednictvím předcházení a zmírňování utrpení pomocí včasného zjištění, vyhodnocení a řešení bolesti a dalších fyzických, psychosociálních a duchovních potíží (WHO 2002).

Paliativní péče je nejstarší ošetrovatelskou a lékařskou medicínskou disciplínou. S paliativní péčí se setkáváme všude tam, kde se setkáváme s umíráním. V nemocničních zařízeních, na jednotkách intenzivní péče, onkologických klinikách, LDN a především pak v hospicích. Jejím cílem není prodloužit život pacienta, ale zkvalitnit jej. Navzájem se prolíná s kurativní a podpůrnou léčbou.

Světová zdravotnická organizace (WHO) konstatuje, že paliativní péče:

- 1) podporuje život a považuje umírání za normální proces
- 2) ani neurychluje ani neoddaluje smrt
- 3) poskytuje úlevu od bolesti a jiných svízelných symptomů
- 4) začleňuje do péče o pacienta psychické a duchovní aspekty

- 5) vytváří podpůrný systém, který pomáhá rodině vyrovnat se s pacientovou nemocí a zármutkem po jeho smrti

Standards a normy paliativní péče v Evropě z roku 2006 uvádí: paliativní péče je ve svém přístupu interdisciplinární a do své působnosti zahrnuje pacienta, rodinu a komunitu. V jistém smyslu nabízí paliativní péče nejzákladnější koncepci péče-péči zaměřenou na naplnění pacientových potřeb a to bez ohledu na místo, kde pobývá, ať už doma nebo v nemocnici.

Nejen v laické společnosti převládá názor, že paliativní péče znamená hospicová péče. To je omyl, který by mohl mít nedozírné následky na kvalitu ošetrovatelské péče o všechny umírající, kteří se do hospice z jakýchkoliv důvodů nedostanou (Marková, 2010 str. 20). Podle světové organizace domácí a hospicové péče je hospicová péče centrálně řízený program paliativní péče zaměřený na mírnění symptomů nemoci u pacientů v terminálním stadiu, u kterých se předpokládá délka dalšího života v rozsahu méně než šest měsíců.

Zásady pro paliativní péči přijaté v dokumentu WHO dále rozšiřuje Doporučení Rady Evropy členským státům (2003) 24 Výborem ministrů Rady Evropy členským státům o organizaci paliativní péče: organizace paliativní péče by měla být založena na hodnotách prosazovaných Radou Evropy, jako jsou: lidská práva a práva pacientů, lidská důstojnost, sociální soudržnost, demokracie, spravedlnost, solidarita, rovnost pohlaví, účast na rozhodování a svobodná volba. Paliativní péče má tyto hlavní zásady:

- mírnění symptomů
- psychologická, duchovní a citová podpora
- podpora rodině
- doprovázení pozůstalých v době zármutku

4.1 Péče o umírajícího v hospicovém zařízení

Myšlenka hospice v sobě zahrnuje víc než představu o nalezení vhodného místa pro důstojné umírání. Stacionární hospic je proto pouze jedním- a nikoliv nejdůležitějším- projevem sociální práce (Student, 2006, str. 38).

Tato myšlenka vychází z úcty k člověku, který je vždy jedinečnou a neopakovatelnou bytostí. Hospic umožňuje nemocným s nevléčitelnou chorobou prožít závěr života se svými nejbližšími co nejdůstojněji a bez zbytečného utrpení. Zakladatelkou hospicového hnutí a propagátorkou paliativní medicíny byla anglická lékařka, spisovatelka a sociální pracovnice madame Cicely Saundersová. Roku 1967 založila hospic svatého Kryštofa v Sydenhaunu v Londýně a hospicové péči zasvětila svůj život.

Stejně jako Cecily Saundersová i Marie Svatošová, česká lékařka, iniciátorka hospicového hnutí v ČR se již mnoho let zabývá fenoménem smrti a péčí o umírající.

Jako praktická lékařka se v Praze přes dvacet let věnovala rodinám, které chtěly svým umírajícím dosloužit doma. V lednu 1990 odešla z ordinace, aby mohla realizovat myšlenku hospice. V roce 1993 založila Ecce Homo- sdružení pro podporu domácí péče a hospicového hnutí. V prosinci 1995 byl otevřen hospic v Červeném Kostelci. Marie Svatošová se aktivně věnuje vzdělávání laické i zdravotnické veřejnosti. Je autorkou mnoha odborných článků a přednášek. Znamé jsou i její knihy o hospicích. Smrt je podle ní jeden z důležitých a klíčových okamžiků lidského bytí (Drozdová, 2003).

Hospic je samostatně stojící lůžkové zařízení poskytující specializovanou paliativní péči především pacientům v preterminální a terminální fázi nevléčitelného onemocnění (obvyklá délka pobytu je 3 až 4 týdny). Zaměstnanci hospice kladou důraz na individuální potřeby a přání každého nemocného a na vytvoření prostředí, v němž by pacient mohl zůstat až do konce života v intenzivních vztazích se svými blízkými. Tohoto cíle je mimo jiné dosahováno snahou o osobitou a domácí atmosféru hospice, maximálním soukromím pacientů (obvykle jednolůžkové pokoje), volným režimem pro návštěvy a dobrou dopravní dostupností hospice. Některé z těchto zařízení rozvíjejí kromě lůžkové péče také domácí hospicovou péči, respitní péči a intenzivní edukační činnost (Sláma, 2011, str. 11).

Do hospice jsou přijímáni nemocní v terminální fázi života, převážně onkologičtí pacienti, ale i neonkologičtí. S onemocněním důležitých orgánů, s nemocí AIDS nebo s pokročilou demencí na základě vlastní žádosti nebo žádosti příbuzných. O pacienty se zde stará tým odborného personálu, který tvoří lékaři, všeobecné sestry, zdravotničtí asistenti, ošetřovatelky, sociální pracovníci, psychologové i duchovní. Práce v hospici je práce týmová.

Do lůžkového hospice bývají lidé přijímáni, trpí-li nevléčitelným onemocněním, jehož postup je nezastavitelný a v dohledné době dnů či týdnů vede ke smrti. Mohou v hospici

zůstat tak dlouho, dokud se jejich potíže natolik nezmenší, aby mohli opět opatrování doma. Lůžkové hospice nejsou tedy nutně konečnou stanicí pro umírající. Je však velmi dobře možné, že zde lidé naleznou svůj poslední příbytek a do své smrti (Student, str. 96).

4.2 Domácí paliativní péče

Na webových stránkách portálu Cesta domů se můžeme dočíst, že v ČR stejně jako v ostatních evropských zemích, je nejčastějším místem úmrtí akutní nemocnice (50%) a nemocnice dlouhodobé péče (15%). V domácím prostředí nastává kolem 20 % úmrtí. V posledním případě se však jedná o náhlá, neočekávaná úmrtí, kdy pacient umírá před příjezdem rychlé lékařské pomoci. Kvalifikovaným odhadem asi 5% úmrtí je očekávaných. V ČR bohužel nejsou k dispozici reprezentativní data o čerpání zdravotní péče nemocných v závěru života. Srovnání výzkumu veřejného mínění z roku 2011 a reality vyznívá chmurně: asi 80% lidí nechce umírat v institucích, ale téměř stejný počet tam umírá (www.cesta-domu.cz). Moderní společnost nabízí možnost využití nejen hospicových zařízení, ale i domácí paliativní péče.

Domácí paliativní péče je z hlediska sociálního a psychického pro většinu pacientů tou nejlepším alternativou. I výzkumy věnující se problematice umírání potvrzují, že zemřít doma splňuje pro většinu respondentů představu dobré smrti (Marková, 2010, Str. 21).

Paliativní péče je poskytována formou domácí hospicové péče pacientům v terminálním stadiu nemoci, pro něž není vhodná péče v lůžkovém zařízení. Pokud je v rodině alespoň jeden člen schopný zajistit umírajícímu laickou pomoc, je pro nemocného vždy přijatelnější dožít svůj život v domácím prostředí, které je pro něj důvěrně známé, kde může trávit většinu času se svými nejbližšími. Avšak i rodinní příslušníci bývají umíráním svého milovaného člověka zasaženi. Trpí s ním, přebírají odpovědnost, nejistotu i strach. Už kvůli těmto okolnostem jsou zahrnuti mezi adresáty hospice. V roli nejdůležitějších kontaktních osob zastávají zvláštní úkol při doprovázení umírajícího, kdy sami přitom potřebují podporu (Student, 2006 str. 63).

Stejně jako ústavní hospicovou péči i tu domácí zajišťuje tým odborníků, lékař, všeobecné sestry, pečovatelky, sociální pracovníci, duchovní i dobrovolníci. Domácí hospicová péče

bývá poskytována nestátními neziskovými organizacemi, jako jsou Charity, agentury domácí péče či mobilní hospice.

Na základě získaných zkušeností, standardizovaných postupů, ve spolupráci se státní správou a samosprávou a samozřejmě zdravotními pojišťovnami se agentury domácí péče snaží nabídnout rozsáhlý program domácí hospicové péče. Ta musí být dostupná všem umírajícím, bez ohledu na věk či diagnózu.

Zpravidla nabízejí tyto služby:

- 24h denně, 7dní v týdnu odbornou péči zdravotních sester (aplikace medikamentů, převazy, ošetření stomií...).
- Zajištění dostupnosti lékařské péče (zpravidla ze strany praktického lékaře a mimo jeho ordinačních hodin lékaře rychlé záchranné pomoci).
- Podpora a pomoc sociálního pracovníka (je psychickou a odbornou oporou umírajícímu i jeho rodině, zajišťuje sociální poradenství, pečuje o spirituální stránku nemocného).
- Zaškolení pečujících členů rodiny v ošetřování nemocného

Národní centrum domácí hospicové péče uvádí, že domácí hospicová péče odborná je ordinována ošetřujícím lékařem klienta, nebo odborným lékařem po hospitalizaci klienta. Rozsah ordinovaných intervencí je obměňován ošetřujícím lékařem klienta, dle aktuálního stavu klienta a jeho potřeb. Maximální časový rozsah domácí hospicové péče odborné hrazené ze zdravotního pojištění je limitován v České republice na 3x denně 1 hodinu odborné péče po období, které určuje ošetřující lékař klienta. V případech zvláštního zřetele hodných na žádost agentury domácí péče a ošetřujícího lékaře, po rozhodnutí revizního pracovníka zdravotní pojišťovny je možné rozšířit tento časový limit na takový časový rozsah, který je bezpodmínečně nutný pro zajištění maximální kvality odborné péče v poslední fázi života klienta.

Ostatní služby jsou poskytovány za úhradu ze strany klienta. Výjimkou jsou dobrovolnické služby, které jsou zdarma pro nemocné či jinak postižené, nemusí být však vždy zdarma pro organizace. Dobrovolnictví má přesto v poskytování služeb hospicové péče a to nejen té domácí, nezastupitelné místo.

4.2.1 Dobrovolnictví

Dobrovolnictví můžeme chápat jako veřejně prospěšnou činnost, kdy člověk je ochoten část svého vlastního času věnovat potřebám organizace či jednotlivce. Činnost dobrovolníků je definována zákonem 198/2002 sb., o dobrovolnické službě a o změně některých zákonů. Konkrétně § 2, odstavec 1 říká:

Dobrovolnickou službou je činnost, při níž dobrovolník poskytuje

- a) pomoc nezaměstnaným, osobám sociálně slabým, zdravotně postiženým, seniorům, příslušníkům národnostních menšin, imigrantům, osobám po výkonu trestu odnětí svobody, osobám drogově závislým, osobám trpícím domácím násilím, jakož i pomoc při péči o děti, mládež a rodiny v jejich volném čase,
- b) pomoc při přírodních, ekologických nebo humanitárních katastrofách, při ochraně a zlepšování životního prostředí, při péči o zachování kulturního dědictví, při pořádání kulturních nebo sbírkových charitativních akcí pro osoby uvedené v písmenu a), nebo
- c) pomoc při uskutečňování rozvojových programů a v rámci operací, projektů a programů mezinárodních organizací a institucí, včetně mezinárodních nevládních organizací.

Ačkoli dobrovolnická činnost dnes již není zcela zdarma, především pak pro organizace, mnoho neziskových organizací se bez ní neobejde. Dobrovolná pomoc ale nemůže být předepsána, musí vyvěrat z potřeb a motivace dobrovolníků, zaměstnanců i vedení organizace a musí respektovat potřeby klientů či charakter služeb, které organizace poskytuje. Na druhé straně je několik málo omezení, které limitují činnost dobrovolníků. Mezi ně patří zásada, že dobrovolník by neměl nahrazovat práci profesionálů a dále že by neměl dělat činnosti, do kterých se nikomu nechce. Objednat si dobrovolníky jako předem připravený a hotový nástroj – o tom dobrovolnictví není (Tošner, 2000, str. 5).

Pomoc dobrovolníka nelze vynutit. Ta vychází z motivace a potřeb klienta. Dobrovolník nemůže nahradit práci profesionála, ani nemůže dělat práci, do které se nikomu jinému nechce. Přesto je to právě dobrovolník, který je spojením, jakýmsi mostem mezi nemocným a okolním světem.

5 ROLE SOCIÁLNÍHO PEDAGOGA V PALIATIVNÍ PÉČI

Sociální pedagogika je ve svém základě jednoznačně řazena mezi obory, které jsou označovány jako pomáhající profese. Její výrazná humanistická orientace je založena na potřebě pomáhat druhým lidem a na důrazu na respektování individuálních potřeb klienta. Pole působnosti sociálního pedagoga jsou velmi proměnlivá, a možná i proto je obtížné najít společného jmenovatele, který by profesi sociálního pedagoga v současné společnosti jasně a zřetelně definoval (Procházka, 2012, str. 73).

Pod pojmem pedagog si většina lidí představí učitele. Málokdo ale ví, že existuje také pedagog, který se orientuje na výchovu a vzdělávání v sociálních oblastech lidského života a to v každé jeho části. Mnoho problémů a krizových situací, do kterých se člověk dostává, se setkává s nepochopením, právě z důvodů nedostatků ve výchově. Sociální pedagogika je obor multidisciplinární, propojený s mnoha dalšími vědními obory, především humanitního směru. Bakošová popisuje sociální pedagogiku jako životní pomoc a to v každém slova smyslu. Sociální pedagog tak nachází uplatnění v mnoha sektorech, kde je schopen zmíněné nedostatky výchovy napravit.

Možností, kde může sociálně orientovaný pedagog pracovat je dost. Vždyť život nás přesvědčuje, že na každém jeho úseku se setkáváme s absencí výchovy. Mnoho lidí i s vysokoškolským vzděláním neví, že neví. Pýcha, hrdost, vlastní ego či nevědomost nedovolí mnohým přijmout s pokorou realitu, podat pomocnou ruku, projevit solidaritu nebo vnímavě naslouchat. Mnozí podceňují bez poznání, ironizují. I to vše jsou nedostatky výchovy (Bakošová, 2008, str. 201).

5.1 Sociální práce v hospici

Proto, že je sociální pedagogika řazena mezi obory pomáhajících profesí, doprovázení umírajících sem nepochybně patří. Autoři uvádí, že sociální pedagogika je teorií sociální práce. Sociální pedagogové proto působí v paliativní medicíně především jako sociální pracovníci, kteří pečují o umírajícího po stránce sociální a spirituální. Spolupracují s rodinou, organizacemi a dobrovolníky.

Sociální práce je zajišťována v souladu se zákonem 108/2006 sb., o sociálních službách, v terénní, ambulantní nebo ústavní podobě. V současné době je nabídka těchto služeb velmi široká. Dle zákona o sociálních službách v §32 sociální služby zahrnují:

- a) Sociální poradenství

- b) Služby sociální péče
- c) Služby sociální prevence

Pokud jde o sociální práci v hospicové péči sociální pracovník zde, má dnes stejně důležitou úlohu jako ostatní členové pečujícího týmu.

Sociální pracovník je poradce, který se zabývá sociálním fungováním nemocného v rámci bezprostřední rodiny a širšího společenství, pomáhá mu překonat náročnou životní situaci, ať už nabídkou kompenzačních služeb, podporováním vnitřního potenciálu a hledáním zdrojů k řešení situace nebo pouhým doprovázením při akceptování nezměnitelného. Zároveň může hrát velmi výraznou a viditelnou roli při komunikaci hospice s okolním světem, při zprostředkování služeb hospice, při vřazování hospice do komunity, v níž existuje. Přesto žádné pevné vymezení role sociálního pracovníka v paliativní péči neexistuje a je na rozhodnutí jednotlivých hospiců, jakým směrem nechají ubíhat kompetence sociálních pracovníků (Student, 2006, str. 11).

Záleží tedy na každém jednotlivém zařízení, jakým způsobem sociálního pracovníka do procesu hospicové péče zapojí a jakými kompetencemi ho vybaví. V každém případě je nutné, aby sociální práce byla zaměřena na potřeby umírajících, jejich blízkých a samozřejmě také truchlících.

Sociální práce zahrnuje všechny odborné činnosti sociálních pracovníků a sociálních pedagogů, tedy aktivity odhalující rezervy, výchovné, poradenské, školící, podporující účast, sociálně zapojující, zplnomocňující, doprovázející, pečovatelské, ošetrovatelské, správní, plánující, organizační a vyhodnocující... Sahají od pravidelných, časově omezených rozhovorů s jednotlivci, rodinami, malými skupinami a obcí až po utváření všedního dne v centrech, domovech nebo nemocnicích (Student, 2006, str. 107). Sociální pracovníci v hospicové péči zajišťují sociální a spiritistické služby pro umírající. Jde především o:

Sociální poradenství: Každý člověk má nárok na základní bezplatné sociální poradenství. To poskytuje základní informace o možnostech řešení jeho bezvýchodné situace. V souladu se zákonem 108/2006 sb., jsou všichni poskytovatelé sociálních služeb povinni tuto činnost poskytnout. Proto je sociální poradenství rozděleno na základní a odborné. Odborné poradenství je zaměřeno na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin

či jednotlivců. Součástí odborného poradenství je i půjčování kompenzačních pomůcek. Dále pak zahrnuje:

- Sociálně terapeutické činnosti
- Pomoc při uplatňování práv
- Zprostředkování kontaktů se společenským prostředím

Služby sociální péče: pomáhají nemocným klientům zajistit psychickou i fyzickou soběstačnost, snaží se je v maximální míře zapojit do běžného života, včetně zajištění důstojného prostředí a zacházení. Jedná se o služby nabízené poskytovatelem sociálních služeb jako je osobní asistence, pečovatelská služba, odlehčovací služby, denní či týdenní stacionáře apod.

Služby sociální prevence: cílem těchto služeb je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace. Tyto služby jsou využívány spíše lidmi pohybujícími se na okraji společnosti, kteří jsou spíše hrozbou. Nic méně i člověk s nevyléčitelnou nemocí, na sklonku svého života se často ocitá v tíživé situaci a rozhodně nemusí při tom znamenat hrozbu pro společnost. Vzhledem k nemožnosti pracovat se může ocitnout v dluhové pasti nebo kvůli nedostatku financí trpí nedostatečnou výživou, nemá prostředky na léky apod. Zde je pak na místě pomoc sociálního pracovníka, aby nemocnému poradil jak zvýšit své příjmy např. o příspěvek na péči.

Po sociálních pracovnících v hospicovém prostředí-podobně jako u jiných zaměstnanců zde působících- se především vyžaduje hospicová etika a teprve potom specifická odbornost. Vedle ostatních profesních skupin by sociální práce měla využívat svou psychosociální kompetenci a přebírat zejména úkoly spojené s aktivováním zdrojů, s koordinací pomoci, se školením a podporou dobrovolných pečovatелů, vyhledáváním dobrovolníků a sociálně-právním poradenstvím (Student, 2006, str. 53, 54).

6 TRUCHLENÍ

Truchlení je zcela přirozená reakce na úmrtí blízkého člověka, díky které se s touto skutečností snadněji vyrovnáváme. Je to prožitek, který je vyjadřován emocionálně, kognitivně i tělesně. Tato cesta může trvat velmi dlouho. Na člověka v tomto čase doléhá mnoho silných pocitů. Strach, neklid, prázdnota, hněv, vina, bezradnost a další a další. Mění se chování i jednání. Člověk rezignuje na kontakty s okolním světem a vyhledává pouze místa spojená se zemřelým. Truchlící se někdy může uchýlit i k alkoholu a dalším návykovým látkám, např. psychofarmakům. Často to bývá kombinace obojího. Zejména u žen, které jsou mnohem citlivější. Proto je v každém případě vhodné po úmrtí nejbližšího vyhledat odbornou pomoc v podobě poradenství.

6.1 Poradenství pro pozůstalé

V ČR nemá poradenství pro pozůstalé téměř žádnou tradici. Důvodem je vzájemná determinace dvou příčin. A sice nabídky a poptávky. Nabídka těchto služeb se v posledních letech sice zlepšuje, ale stále není dostatečně výrazná. Poptávka je ještě nižší, jelikož u lidí stále ještě přetrvává tabu vůči psychologii či psychiatrii. Návštěva psychologa nebo psychiatra je pro ně nepřijatelná. Neoprávněně se domnívají, že tito odborníci léčí jen duševně choré.

Pomoc pozůstalým zahrnuje poměrně široké spektrum- od laické pomoci až po profesionální aktivity, a může mít nejrůznější podobu- od soucitné, empatické komunikace, přes krizovou intervenci, poradenství, až po psychiatrickou péči. Profesionální pomoc obvykle pozůstalí vyhledávají teprve tehdy, když ostatní zdroje (svépomoc, pomoc příbuzných a přátel) selhávají nebo nejsou zcela účinné (Špatenková, 2013, str. 34).

Poradenství pro pozůstalé je náročná činnost, kterou zpravidla zajišťuje tým odborníků. Lékař, psychoterapeut, sociální pracovník, duchovní i pohřební služby. Nejdůležitější je, aby poradci disponovali dostatečnými znalostmi a dovednostmi této oblasti. Ministerstvo pro místní rozvoj vydalo v březnu 2010 příručku pro pozůstalé, *Pohřeb a jeho organizace*, kde v sedmi krocích radí pozůstalým, jak uspořádat pohřeb, jaké jsou možnosti organizace, financování apod. Součástí příručky jsou i rady jak bojovat se zármutkem včetně odkazu na specializované poradny.

Podle MMR může podporu a pomoc pozůstalým poskytnout kdokoliv, poradenství pro pozůstalé ale vyžaduje víc- poradce musí splňovat určité nároky. V západní Evropě, severní Americe a Austrálii, kde je poradenství pro pozůstalé již plně etablované, existují školící centra, specializované vzdělávací kurzy pro poradce a nabízena je pochopitelně i celostátně uznávaná zkouška (www.mmr.cz).

MMR se dlouhá léta snaží o zkvalitnění služeb pro pozůstalé. 1. 8. 2007 nabyla účinnosti nová právní úprava zákona 179/2006 sb. O ověřování a uznávání výsledků dalšího vzdělávání a o změně některých zákonů, kde je mimo jiné právně upravena i pozice poradce pro pozůstalé.

V každodenním jazyce má pojem poradenství řadu rozličných významů. Většinou mají společné, že poradenství je založené na vztahu pomoci, přičemž poradce má podpořit růst, rozvoj, zralost a lepší uplatnění klienta, aby se co nejefektivněji orientoval a vyrovnával se životem (Gabura, Pružinská, 1995, str. 11).

Poradenství tedy pomáhá klientům objevovat v sobě osobní sílu a schopnost vyrovnat se s tíživou situací ať je jakákoliv. Ztráta blízkého bývá často tou nejtíživější. Změny, které v danou chvíli klient prožívá, mohou vyšplhat na úroveň přežívání.

Nekomplikované procesy truchlení a smutku proběhnou přiměřeně, většinou za účasti blízkých osob. Zřídka vyžadují psychiatrickou nebo psychoterapeutickou intervenci. Komplikovaný proces truchlení intervenci odborníka vyžaduje, protože jde už o poruchu adaptace a může dojít k prohloubení do vážné deprese. Pokud je smutek komplikován depresí, je na místě specifická psychoterapie a podávání antidepresiv (Tkáč, 2008, str. 24).

7 UMÍRÁNÍ, SMRT A KOMUNIKACE S DĚTMI

Mimořádně stresující životní zážitek nebo významná životní změna, která vyvolala aktuální stresovou reakci či stav vedoucí k trvale nepříjemným okolnostem, má za následek poruchu přizpůsobení. Zátěžová událost nebo déletrvající nepříznivé okolnosti jsou primárním a převažujícím příčinným faktorem poruch, které můžeme pokládat za maladaptivní reakce na těžký a trvalý stres, protože narušují mechanismy úspěšného vyrovnání se s ním a tím vedou ke zhoršenému sociálnímu chování, včetně verbálního projevu v komunikaci (Olejníček, 2003, str. 47).

Úmrtí a ztráta blízkého člověka takovou stresovou zátěží nepochybně je. U dospělého člověka taková porucha zpravidla odezní do několika hodin či dní, záleží na tom, jak rychle se s touto ztrátou vyrovná. Mnohem vyšší riziko vzniku poruchy přizpůsobení vzniká u dětí. Subjektivní tíseň a emoční poruchy vzniklé následkem takové stresové situace, jako je setkání se smrtí, zvláště pak dojde-li k úmrtí rodiče či jiného blízkého člověka, může narušovat sociální vyváženost dítěte. Aby bylo možné se tomuto nebezpečí vyhnout je nutné existenci smrti netabuizovat ani před dětmi.

Těm by měla být smrt zvláště citlivě, ale pravdivě předkládána od malička. Rozhodně není vhodné dětem vysvětlovat, že smrt je jen nekonečný spánek nebo daleká cesta. To by v nich mohlo vyvolávat pocity nejistoty a zmatku a třeba by se potom bály i chodit spát ze strachu, že se již nevzbudí.

7.1 Hovory o smrti

Na téma umírání a smrti by měli rodiče s dětmi komunikovat pravdivě už od útlého věku – samozřejmě vhodným jazykem a s využitím slov, které dítě zná. Takový rozhovor nemusí být plánovaný – příležitost se často naskytne například během procházky, kdy si dítě všimne mrtvého brouka nebo jiného uhynulého zvířete. Rodič by v té chvíli měl zachovat klid a snažit se jasně odpovídat na otázky dítěte. Není třeba mu hned říkat všechny informace, které máme. Dítěti bude pro danou chvíli možná stačit jen úplně stručná a jednoduchá odpověď. Pokud bude chtít vědět víc, jistě se zeptá – možná hned, možná za pár dní či při podobné situaci (www.jinejsvet.cz).

Aby mohl dospělý s dítětem o smrti otevřeně hovořit, musí být schopen sám se vyrovnat se svojí smrtelností a smrt přijmout jako přirozenou, ne jako téma, které je tabu.

Většina rodičů se mylně domnívá, že děti jsou příliš malé a nemohou tudíž smrt člověka pochopit a prožívat nad jeho ztrátou zármutek. Nepovažují tedy za nutné o tom s dětmi mluvit. Avšak děti a dospívající smrt vnímají, jen jejich truchlení je trochu odlišné od dospělých. Dítě truchlí v závislosti na věku, ve kterém se nachází.

Tázání po smrti je dáno věkem, nezávisí na aktuálních událostech, jako je smrt v rodině nebo u příbuzných. Dítě zkrátka roste a silněji a lépe vnímá své tělo. Začíná si být vědomo své tělesné síly a moci. Ale přitom je vůči dospělým stále ještě příliš malé a zranitelné. Nedivme se tedy, že povstává strach ze zániku, který dítě v souladu se svým animisticko-symbolickým způsobem myšlení váže na obludy, strašidla, zloděje, loupežníky nebo třeba na divou zvěř (www.portal.cz).

Obecně se pak dá říci, že do dvou let děti smrt vnímají podobně jako běžnou momentální nepřítomnost blízké osoby. Jako dlouhou, ale stále jen dočasnou odluku, kterou však lze zvrátit, chápou odchod ze života dvou až pětiletí. Už tříleté děti však z reakcí okolí vnímají, že se děje něco vážného a smutného. Všeobecně malé děti smrt nevnímají jako konečnou, definitivní a nevratnou (www.jinejsvet.cz).

O umírání a smrti je rozhodně potřeba s dětmi rozmlouvat otevřeně, ale obecně platí, že nejvhodnější čas je, když se dítě samo zeptá. Podávání informací, pokud je děti ani nechtějí slyšet, v nich může vyvolat obrazy, na něž ještě nejsou dostatečně emocionálně připravené. Na druhou stranu není ani vhodné děti realitě smrti stranit. Dojde-li v rodině k úmrtí je lépe se dítěti více věnovat, hovořit s ním, ale nesnažit se jej před kontaktem se mrtví uchránit.

Když se dětem dovolí zůstat v domě postiženém neštěstím a podílet se na rozhovorech a starostech, nesmíme je nechat v těchto starostech samotné, jde jen o jejich účast na společné zodpovědnosti a smutku. Děti se tak připraví k tomu, aby pochopily smrt jako součást života (Kübler-Ross, 1992, str. 10).

PRAKTICKÁ ČÁST

8 METODOLOGIE VÝZKUMU

Teoretická část této práce se zabývala pojmy, jako je umírání, smrt, paliativní péče a její přínos pro umírající. Praktická část je zaměřena na výzkum související se strachem z umírání a informovaností o možnostech hospicové péče.

8.1 Vymezení výzkumného problému

Moderní vyspělá společnost chápe smrt jako nevyhnutelnou součást života, je si vědoma konečnosti své existence, přesto je pro ni toto téma stále do určité míry tabuizováno. Strach z umírání a následné smrti je natolik silný, že jej lidé raději ukládají hluboko do podvědomí a jen velmi obtížně si tento vjem vybavují. Lidé nemají zájem se tímto problémem zabývat, dokud se s ním osobně nesetkají. Nemají-li potřebu hledat možnosti, jak ulehčit trápení posledních dní svému blízkému či dokonce sami sobě, veškerým diskuzím na toto téma se snaží vyhýbat. Přes snahu nejen současných autorů, ale i médií a tisku fenomén smrti detabuizovat, je tento sociální akt stále vytěšňován na okraj společnosti a člověk si pod ním představuje pouze utrpení a strádání při umírání.

Když ale lidé neprojeví zájem se o umírání a smrti dovídat více, je vůbec nutné se touto problematikou zabývat? Většina autorů se shoduje, že pokud se člověk se svojí smrtelností včas smíří a pokud bude dostatečně informován o možnostech bezbolestného a důstojného umírání, bude schopen se na smrt připravit a s touto nevyhnutelností prožít i celý bezstarostný život. Je samozřejmě na každém, jak se k tomu postaví a jak jednou bude umírat. V jakém prostředí, v čí blízkosti.

Výzkum prováděný agenturou STEM/MARK v roce 2013, zaměřený na to, kde by lidé chtěli zemřít, ukázal, že 78 % Čechů by si přálo zemřít doma, bohužel opak je pravdou. Asi 60 % umírá v nemocnicích nebo v léčebnách dlouhodobě nemocných (asi 9 %). Agentura však již nezaměřuje svůj výzkum na otázku proč tomu tak je. A dokonce žádný jiný výzkum neukazuje, proč se nedaří dopřát umírajícím prožít poslední chvíle svého života ve svém přirozeném sociálním prostředí, což je důkaz, že tento problém je skutečně opomíjený. Výzkum je tedy třeba vést směrem, který ukáže na důvody, jež brání člověku umírat v klidu a pohodlí svého domova.

8.2 Vymezení výzkumného souboru

Pro účely výzkumu byly vybrány dvě skupiny respondentů. První skupinu tvoří studenti navazujícího magisterského studia oboru sociální pedagogika a druhou skupinou jsou respondenti z obecné populace. Výběr byl proveden zcela náhodně s možností oslovení co největšího počtu dotazovaných. K rozdělení respondentů do dvou skupin došlo při třídění dotazníků. Důvodem byl předpoklad, že studenti sociální pedagogiky mají o hospicové péči větší přehled, neboť se tímto pojmem seznámily v průběhu studia.

Respondenti z řad Studentů druhého ročníku kombinované formy navazujícího magisterského studijního programu specializace v pedagogice, obor Sociální pedagogika, jsou téměř hotovými sociálními pedagogy, kteří jsou připravováni na práci v pomáhajících profesích. Vzhledem k různé věkové hranici studentů lze předpokládat, že většina z nich má již spoustu životních zkušeností a někteří v pomáhajících profesích či jiné sociální oblasti již pracují. Dotazník byl k dispozici během měsíce února 2016 cca 160 studentům. Celkem se výzkumu zúčastnilo 95 studentů, při čemž většina z nich vyplnila a odeslala dotazník elektronicky prostřednictvím sociální sítě Facebook. Všechny dotazníky byly vyplněny pečlivě, je tedy možné takto získaná data použít pro další zpracování.

Obecná populace je druhou skupinou respondentů, kteří se tohoto šetření zúčastnili. Jedná se o lidi různých věkových a společenských vrstev, s různou vzdělaností a různých profesí. Šlo většinou o známé, přátele, spolupracovníky. Zde bylo rozdáno celkem 104 dotazníků, vrátilo se jich 98, při čemž dva byly vyřazeny pro neúplnost odpovědí a jeden přišel elektronicky ve špatném formátu.

8.3 Dotazník

Dotazníky byly oběma skupinám distribuovány osobně nebo elektronicky. Studentům i prostřednictvím sociální sítě Facebook. V úvodu seznamuje dotazník respondenty s autorkou a tématem, kterému se věnuje a vysvětluje postup odpovídání na otázky. Dále pak všechny zúčastněné ujišťuje, že sesbíraná data budou použita pouze pro účely diplomové práce a vyplnění dotazníku je zásadně anonymní. Anonymitu zajišťuje to, že je dotazník vytvořen v programu Survio.com. Dotazník je v podstatě standardizovaným souborem otázek, jež jsou předem připraveny na určitém formuláři. Získáváme jím empirické informace, založené na přímém dotazování se respondentů, s použitím předem formulovaných otázek (Bártlová, 2005, str. 46).

Dotazník byl koncipován v programu www.surveymonkey.com vlastní konstrukcí pouze pro účely této diplomové práce. Skládá se z 20 otázek, z nichž 16 je jich uzavřených, kdy respondent vybírá z předem připravených možností odpovědí a 3 otevřené, kdy záleží pouze na respondentovi, jak odpoví. Otázky byly tvořeny tak, aby odpovědi byly snadno zvládnutelné a dotazovaným nezabralo vyplnění dotazníku mnoho času, ale zároveň přiměřlo respondenty odpovídat co nejobjektivněji.

8.3.1 Typy otázek

Otázky 1-4 jsou orientovány na věk, pohlaví, vzdělání a kraj, ve kterém respondenti žijí.

Otázky 5-8 se zaměřují na téma smrt. Odpovědi mají zmapovat, zda se lidé skutečně bojí smrti a jaké prostředí je podle nich vhodné k umírání.

Otázky 9-18 se respondentů ptají, jak jsou informováni o hospicové péči a kde informace načerpali, případně nejsou li dobře informováni, kde by se chtěli o hospici více dovědět.

Otázky 19 a 20

Otázky 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 18, 19 a 20 jsou otázky uzavřené

Otázky 12, 16 a 17 jsou otevřené

Výsledky šetření jsou následně zpracovány v programu Microsoft Word 2007 a Microsoft Excel 2007 a znázorněny v tabulkách a grafech.

8.4 Vymezení výzkumných otázek, cílů a stanovení hypotéz

Pro splnění cílů tohoto výzkumu byla stanovena kvantitativní metoda formou dotazníkového šetření, z důvodu získat co nejvíce dat, které by prokázaly, zda strach z umírání a schopnost lidí zajistit svým blízkým možnost není v nedostatku informovanosti

Hlavním cílem tohoto výzkumu je zjistit, zda spolu souvisí množství dostupných informací a strach ze smrti a zda dostatečná informovanost zlepšuje schopnost lidí postarat se o své blízké na konci jejich života. Klíčovou se tak stává výzkumná otázka: ***Ovlivňuje dostatek informací pohled lidí na umírání a smrt?***

Dílejší výzkumné otázky:

- Jak souvisí studium sociální pedagogiky se schopností pracovat v hospicové péči?

- Jak souvisí dostatek informací o možnostech hospicové péče se schopností lidí postarat se o své blízké až do smrti?

8.4.1 Stanovení hypotéz

Hypotézy tvoří jádro klasických (kvantitativně orientovaných) výzkumů (Chráska, 2007, str. 17). Hypotéza slouží k ověření pravdivosti nebo nepravdivosti nějakého tvrzení. Pro následující výzkum byly na základě výzkumného cíle stanoveny tyto hypotézy:

SH: Vyšší míra informovanosti snižuje strach z umírání a smrti.

H0: Mezi množstvím dostupných informací a strachem lidí ze smrti a umírání není vztah.

HA: Mezi množstvím dostupných informací a strachem lidí ze smrti a umírání je vztah.

SH: Studium sociální pedagogiky zvyšuje schopnost pracovat v hospicové péči.

H0: Mezi studiem sociální pedagogiky a schopností pracovat v hospicové péči není vztah.

HA: Mezi studiem sociální pedagogiky a schopností pracovat v hospicové péči existuje vztah.

SH: Dostatečná informovanost zvyšuje schopnost lidí pečovat o umírající

H0: Mezi mírou dostupných informací a schopností lidí pečovat o umírající neexistuje souvislost.

HA: Mezi mírou dostupných informací a schopností lidí pečovat o umírající existuje souvislost

9 INTERPRETACE DAT

V této části práce jsou data utříděna a zanesena do tabulek a grafů.

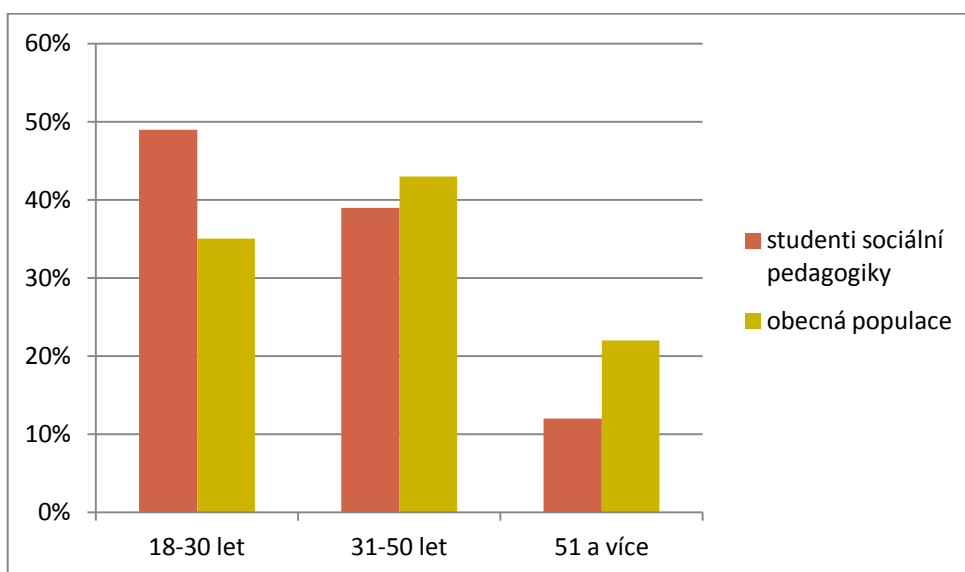
Legenda: n = počet osob

% procento zastoupení

Položka č. 1 Věková kategorie

Tabulka č. 1

odpovědi	studenti sociální pedagogiky		obecná populace	
	n	%	n	%
18-30let	47	49	32	34
31-50let	37	39	41	43
51 a více	11	12	22	23
celkem	95	100	95	100



Graf č. 1 Věková kategorie

Komentář.

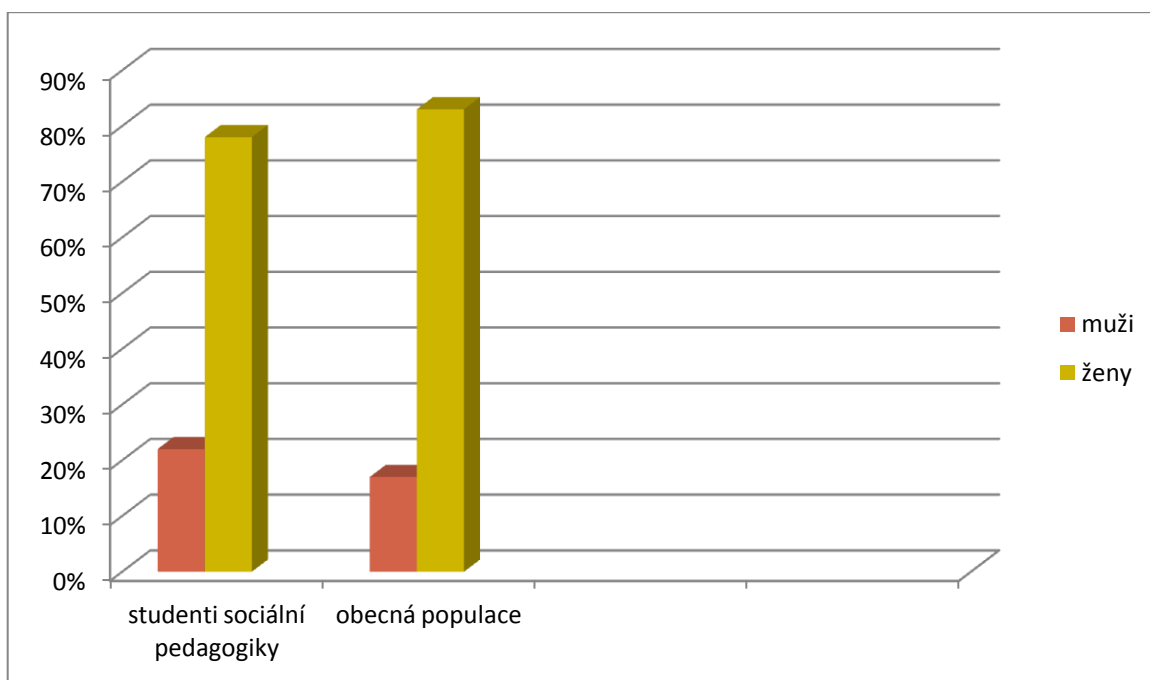
V tabulce č. 1 se dovídáme jaký je průměrný věk studentů i obecné populace, kteří se zúčastnili tohoto výzkumu. Nejpočetnější skupinou, která odpovídala, jsou studenti kombinované formy navazujícího magisterského studia sociální pedagogiky ve věku mezi

18 a 30 let. U obecné populace je to pak skupina ve věku 31-50 let. Procentuálně to vyjadřuje také sloupcový graf č. 1.

Položka č 2 Pohlaví

Tabulka č. 2

	studenti sociální pedagogiky		obecná populace	
	n	%	n	%
ženy	74	78	79	83
muži	21	22	16	17
celkem	95	100	95	100



Graf č. 2 Pohlaví

Komentář.

Dotazníkového šetření se dle tabulky č. 2 zúčastnilo více žen 74 (78 %) než mužů 21 (22 %). U studentů to způsobil fakt, že obor sociální pedagogika studují převážně ženy. U obecné populace 79 (89 %) žen a 16 (17 %) mužů.

Položka č. 3 Nejvyšší dosažené vzdělání

Tabulka č. 3

odpovědi	studenti sociální pedagogiky		obecná populace	
	n	%	n	%
základní	0	0	18	19
vyučen v oboru	0	0	41	43
středoškolské	0	0	25	26
vyšší odborné	0	0	2	3
vysokoškolské	95	100	9	9
	95	100	95	100



Graf č. 3 Dosažené vzdělání

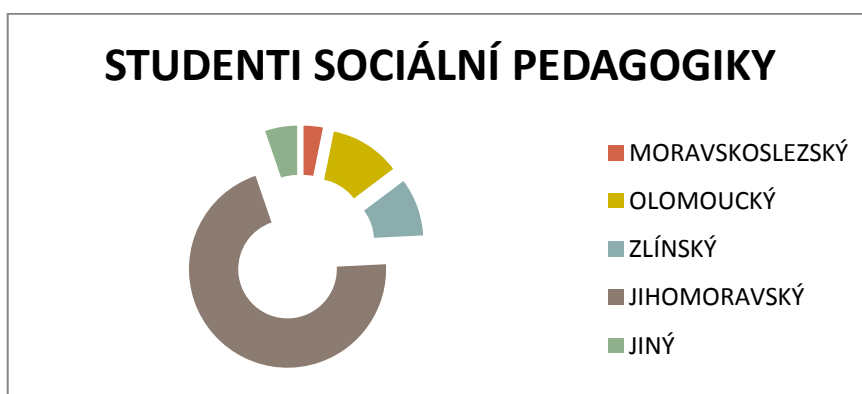
Komentář.

V tabulce č. 3 jsou vyjádřena data o nejvyšším dosaženém vzdělání respondentů. U studentů 2. ročníku navazujícího magisterského studia je zcela pochopitelné 100% uvedení vysokoškolského vzdělání, jelikož všichni již absolvovali studium bakalářské. Není proto nutné vyjadřovat tuto hodnotu grafem. U obecné populace se šetření zúčastnilo 95 respondentů, přičemž 18 (19 %) má vzdělání pouze základní, 41 (44 %) je vyučen v nějakém oboru, 26 (27 %) má vzdělání středoškolské, 2 (2 %) dosahují vyšší odborné a 8 (8 %) vzdělání vysokoškolské.

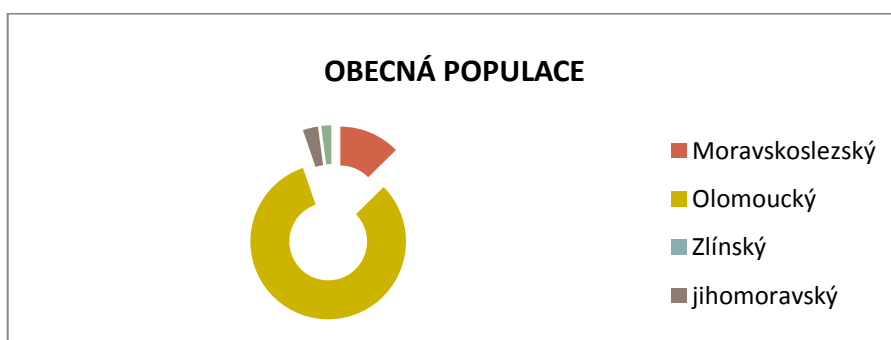
Položka č. 4 **Kraj, ze kterého pocházíte**

Tabulka č. 4

odpovědi	Studenti sociální pedagogiky		obecná populace	
	n	%	n	%
Moravskoslezský	3	3	12	13
Olomoucký	11	12	78	82
Zlínský	9	9	0	0
Jihomoravský	67	71	3	3
jiný	5	5	2	2
celkem	95	100	95	100%



Graf č. 4 Místo bydliště



Graf č. 5 Místo bydliště

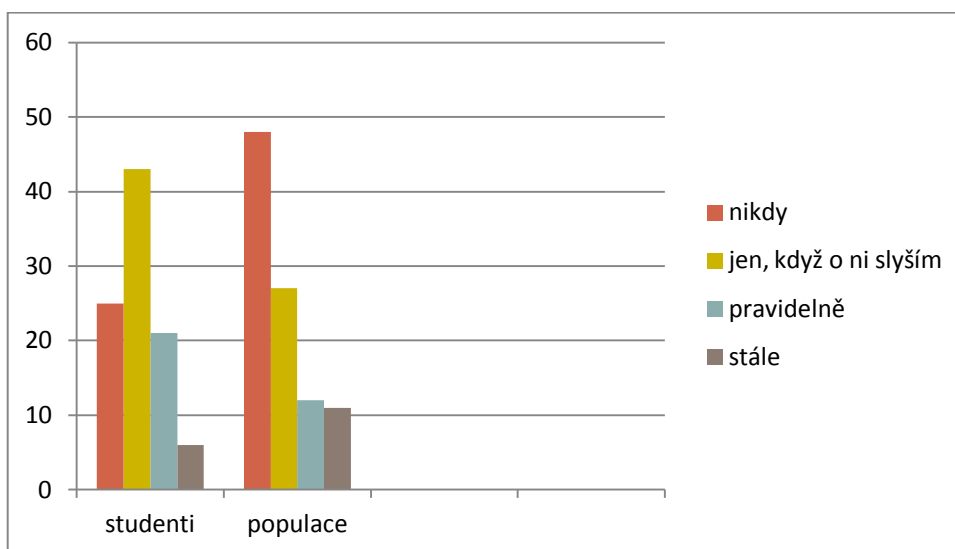
Komentář.

U studentů sociální pedagogiky jsou zastoupeny všechny kraje Moravy. Nejpočetnější skupinou jsou studenti pocházející z Jihomoravského kraje 71%. 5 studentů pochází z jiného kraje republiky. Respondenti obecné populace nejčastěji žijí v kraji Olomouckém.

Položka č. 5 Úvaha o smrti

Tabulka č. 5

	studenti sociální pedagogiky				obecná populace	
	n	%	n	%	n	%
nikdy	25	26	48	50		
jen když o ni slyším	43	44	26	27		
pravidelně	21	22	11	12		
stále	6	6	10	11		
	95	100	95	100		



Graf č. 6 Úvaha o smrti

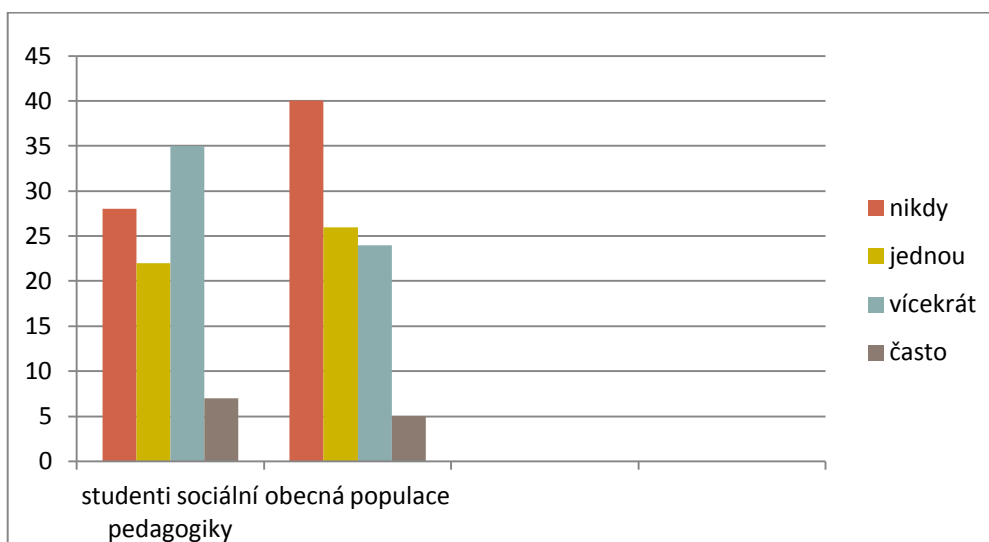
Komentář.

Z tabulky č. 5 a grafu č. 6 je patrné, že o smrti příliš nechce přemýšlet nikdo. Z řad studentů o ni 25 (26 %) nikdy nepřemýšlí. Z obecné populace je to 48 respondentů (50 %). Pokud toto téma někde uslyší, uvažuje nad smrtí 43 studentů (44 %) a 26 (27 %) respondentů obecné populace. Pravidelně se nad smrtí zamýšlí 21 (22 %) studentů a 11 (12 %) populace. A jsou i tací, kterým se tento fenomén připomíná v myšlenkách stále 6 (6 %) studentů a 10 (11 %) respondentů obecné populace.

Položka č. 6 Setkání s umírajícím

Tabulka č. 6

odpovědi	studenti sociální pedagogiky				obecná populace	
	n	%	n	%	n	%
nikdy	28	30	40		42	
jednou	25	26	26		27	
víc než jednou	35	37	24		26	
často	7	7	5		5	
	95	100	95		100	



Graf č. 7 Setkání s umírajícím

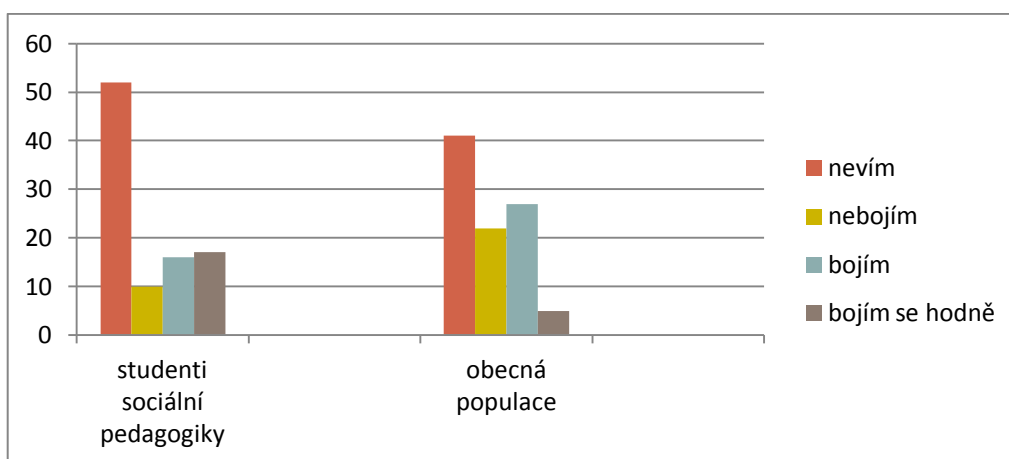
Komentář.

Na otázku zda se někdy setkali s umírajícím, jsou odpovědi překvapivé. Tuto možnost nikdy nemělo 28 (30 %) studentů navazujícího magisterského studia sociální pedagogiky a 40 (42 %) respondentů obecné populace. Jednou se setkala s umírajícím 25 (26 %) studentů a 26 (27 %) respondentů z obecné populace. Víc než jednou 35 (37 %) studentů a 24 (26 %) ostatních lidí. Poslední odpověď je zaznamenána u 7 (7 %) studentů a (5 %) ostatních lidí. Zde je možné vysvětlení, že někteří studenti pracují v pomáhajících profesích a dále pak byly dotazníky předávány i několika všeobecným sestřám.

Položka č. 7 Strach ze smrti

Tabulka č. 7

Počet odpovědí	Studenti sociální pedagogiky		obecná populace	
	n	%	n	%
nevím	52	55	41	43
nebojím	10	11	22	23
bojím	16	17	27	28
bojím se velmi	17	17	5	6
	95	100	95	100



Graf č. 8 Strach ze smrti

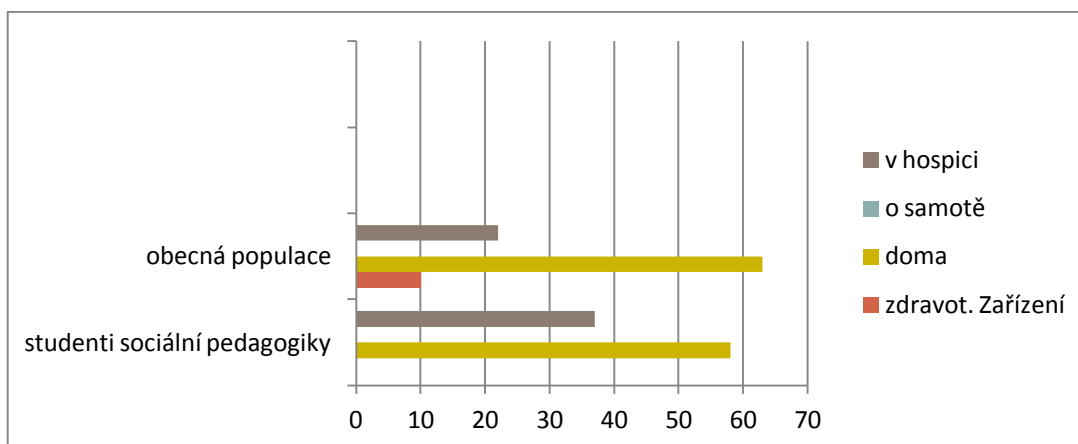
Komentář.

Strach ze smrti je z tabulky i grafu patrný, ale většinou lidé nevědí, čeho se mají bát. Odpověď 'nevím' označilo 52 (55 %) studentů sociální pedagogiky a 41 (43 %) respondentů z obecné populace. Žádný strach vyjádřilo 10 (11 %) studentů a 22 (23 %) veřejnosti. Bojí se 16 (17 %) studentů a 27 (28 %) ostatních lidí a opravdu velmi se bojí 17 (17 %) studentů a jen 5 (6%) respondentů obecné populace

Položka č. 8 Nejvhodnější prostředí pro umírání

Tabulka č. 8

Počet odpovědí	studenti sociální pedagogiky		obecná populace	
	n	%	n	%
zdravotnické zařízení	0	0	10	11
domácí prostředí	58	59	63	66
o samotě	0	0	0	0
hospic	37	39	22	23
celkem	95	100	95	100



Graf č. 9 Prostředí vhodné pro umírání

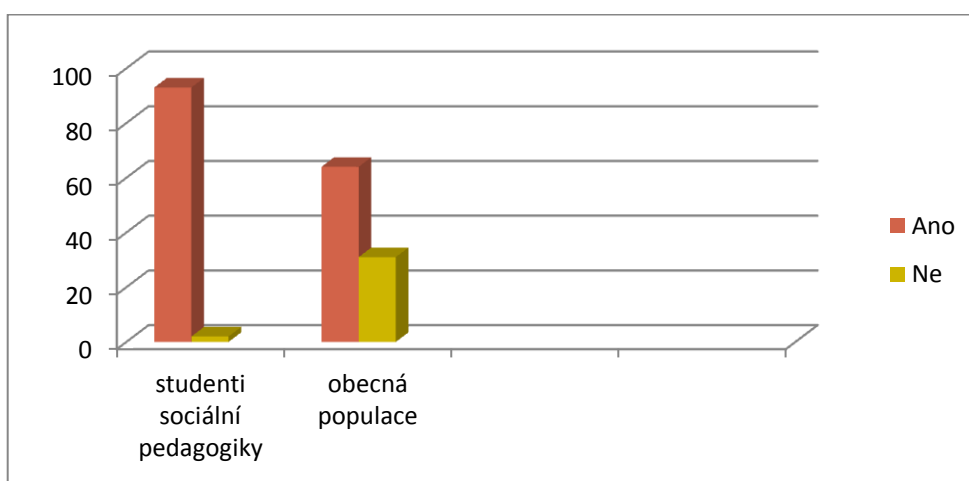
Komentář.

Tabulka č. 8 a graf č. 9 ukazují výsledky odpovědí na otázku, kde by respondenti chtěli umírat. Zde je možné vidět, výzkumy prováděné mezi veřejností se shodují. Skutečně si většina Čechů přeje zemřít doma. V nějakém zdravotnickém zařízení by umírání uvítalo 10 (11 %) respondentů z řad obecné populace. Ze studentů sociální pedagogiky žádný. Nikomu se také rozhodně nechce umírat někde naprosto o samotě, bez přítomnosti svých nejbližších. 58 (59 %) studentů si přeje umírat doma a také 63 (66 %) ostatních lidí. Někteří připouští i možnost hospice. Celkem je to 37 (39 %) studentů sociální pedagogiky a 22 (23 %) respondentů z řad obecné populace.

Položka č. 9 Znalost pojmu hospicová péče

Tabulka č. 9

Počet odpovědí	studenti sociální pedagogiky		obecná populace	
	n	%	n	%
ANO	93	98	64	67
NE	2	2	31	33
	95	100	95	100



Graf č. 10 Pojem hospicová péče

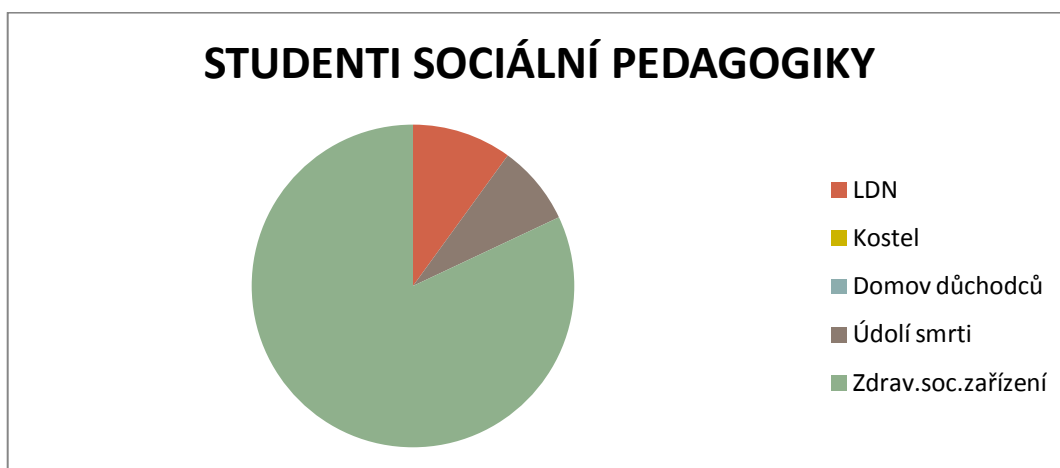
Komentář.

Pojem hospicová péče zná celkem dost lidí. Studenti oboru Sociální pedagogika se o tomto termínu dovídají v rámci výuky, proto je zcela pochopitelné, že 98 % těchto dotázaných pojem hospicová péče zná. Obecná populace také častěji označila odpověď ANO, ale nelze určit, zda skutečně vědí, co to je. ANO zaznamenalo v dotazníku 64 (67 %) lidí a 31 (33 %) přiznalo, že neví.

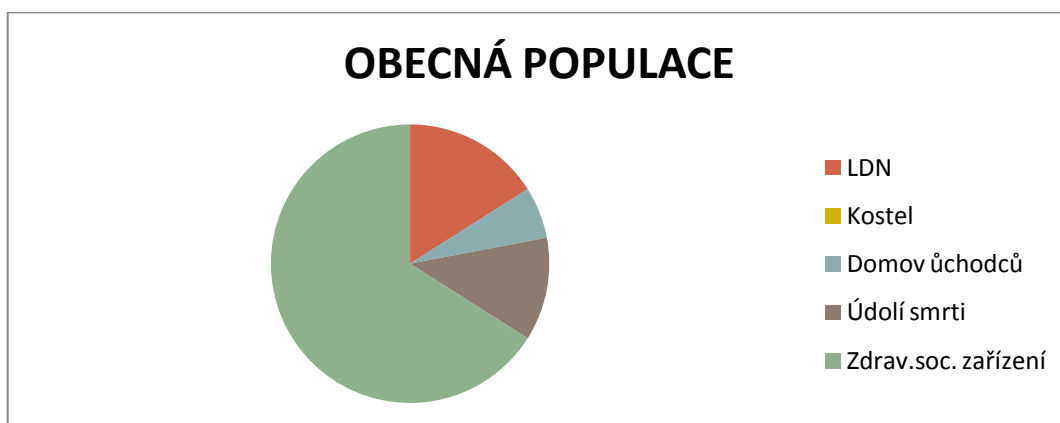
Položka č. 10 Co je to hospic

Tabulka č. 10

	Studenti sociální pedagogiky		obecná populace	
	n	%	n	%
LDN	9	10	15	16
kostel	0	0	0	0
DD	0	0	6	6
údolí smrti	8	8	11	12
zdrav.soc.zařízení	78	82	63	66
	95	100	95	100



Graf č. 11 Pojem hospic



Graf č. 12 Pojem hospic

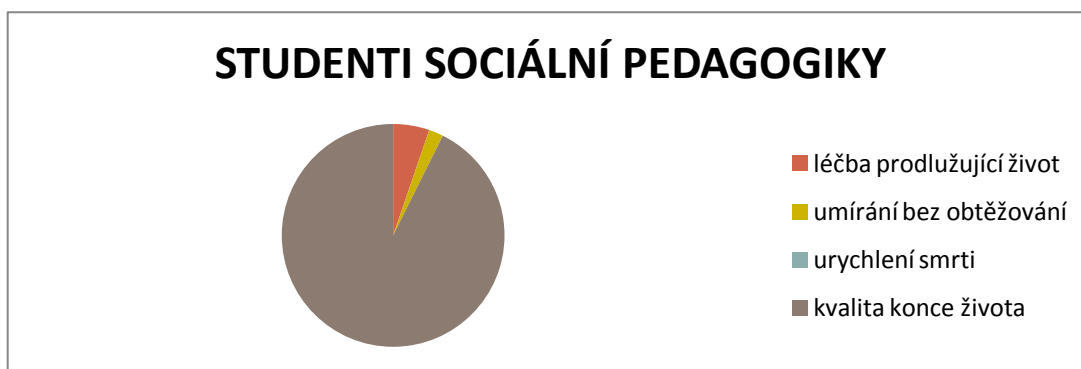
Komentář.

Z tabulky 10 a grafu č. 11 vyplývá, že lidé vědí, co jsou hospice. Většinou označili odpověď, že hospic je zdravotně sociální zařízení pro nevléčitelně nemocné. Překvapivě ale 10 % (9) studentů sociální pedagogiky zareagovalo odpovědí, že hospic je léčebna dlouhodobě nemocných a stejně odpovídalo 15 (16 %) respondentů z řad obecné populace. Odpověď, že hospic je údolí smrti byla zařazena s úmyslem dotazované pobavit a povzbudit k odpovídání na další otázky. Nečekaně však tuto odpověď označilo 8 (8 %) studentů a 11 (12 %) ostatních zúčastněných. Nelze tedy s určitostí říct, zda si takto hospic skutečně představují, protože nevědí nebo takto odpovídali, aby také pobavili. Je všeobecně známo, že dotazníková šetření nemusejí být vždy zcela objektivní.

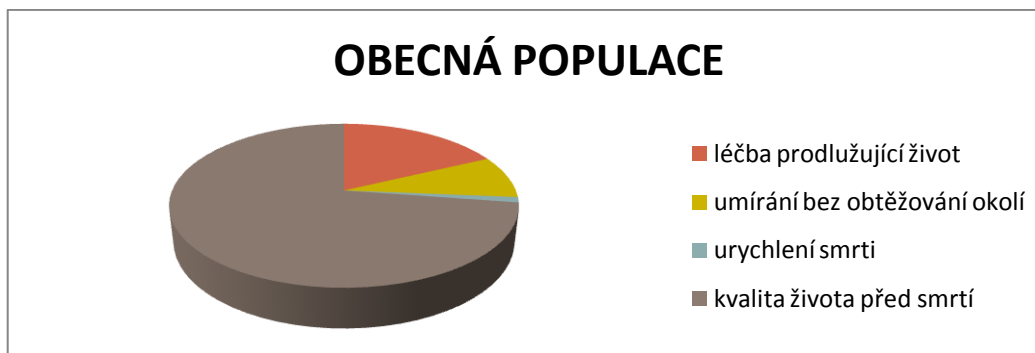
Položka č. 11 Co zajišťuje hospicová péče

Tabulka č. 11

Počet odpovědí	studenti sociální pedagogiky		obecná populace	
	n	%	n	%
léčba prodlužující život	5	5	17	18
umírání bez obtěžování	2	2	8	8
urychlení smrti	0	0	1	1
kvalita života před smrtí	88	93	69	73
	95	100	95	100



Graf č. 13 Co zajišťuje hospicová péče



Graf č. 14 Co zajišťuje hospicová péče

Komentář.

Na dotaz, co zajišťuje hospicová péče, odpověděla drtivá většina respondentů, že zajišťuje kvalitu života před smrtí, 5 % studentů sociální pedagogiky, označilo odpověď, že hospicová péče prodlužuje život. Stejně takto odpovědělo 18 % ostatních respondentů. Umírajícího, který nebude svému okolí na obtíž si pod hospicovou péčí představují 2 studenti a 8 dotazovaných z řad obecné populace a 1 dotazovaný této skupiny je přesvědčen, že v hospici dochází k urychlení smrti.

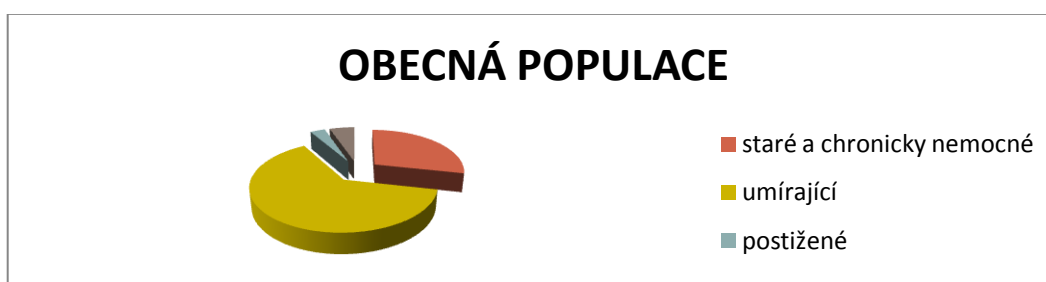
Položka č. 12 O jaké lidi hospice pečují

Tabulka č. 12

Počet odpovědí	studenti sociální pedagogiky		obecná populace	
	n	%	n	%
staré a dlouhodobě nemocné	11	12	27	28
nevléčitelně nemocné	82	86	60	64
postižené tělesně či psychicky	0	0	3	3
Lidi bez domova	2	2	5	5
	95	100	95	100



Graf č. 15 O koho hospice pečují



Graf č. 16 O koho hospice pečují

Komentář.

Tabulka č. 12 a grafy č. 14 a č. 15 ukazují, jak jsou lidé informováni o tom, jaké nemocné mohou hospice přijímat. Je potěšující, že většina dotazovaných ví, že hospice pečují o lidi nevyléčitelně nemocné a umírající. Tuto odpověď označilo 82(86 %) studentů druhého ročníku navazujícího magisterského studia oboru sociální pedagogika a 60 (64 %) dotázaných z řad obecné populace. Dále pak 11 (12 %) studentů a 27 (28 %) respondentů z obecné populace zastává názor, že hospic pečuje o staré a chronicky nemocné, 3 (3 %) populace se domnívá, že hospic se stará o handicapované a 2 studenti a 5 dotázaných obecné populace si myslí, že hospice poskytují pomoc bezdomovcům.

Položka č. 13 Známa hospicová zařízení

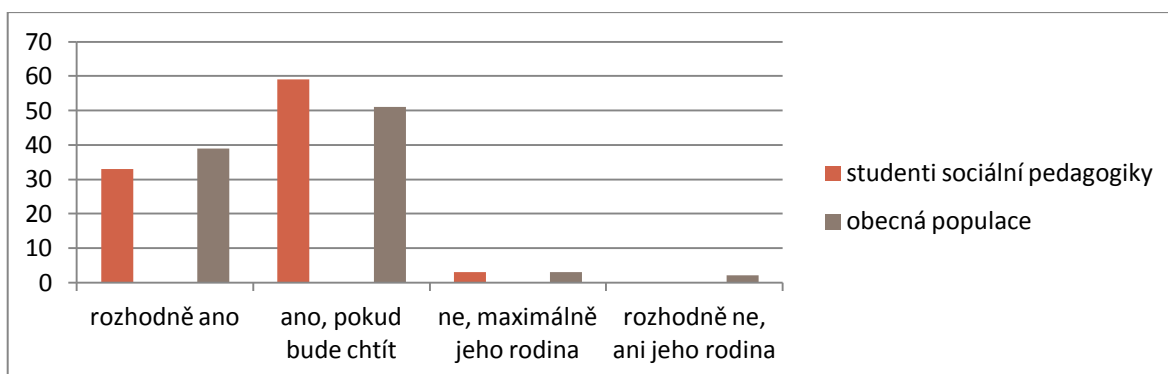
Odpovědi na tuto otázku nelze znázornit tabulkou či grafem. Odpovědi se velmi liší a je jich mnoho. Dle počtu jednotlivých názvů hospiců, je zřejmé, že respondenti znají zpravidla hospicové zařízení, které je nejbližší jejich bydlišti. Respondenti jsou z různých krajů, takže nejčastěji se objevují hospice- Rajhrad, Olomouc Kopeček, domácí hospic Most do domu Zlín, domácí hospicová péče Charita Zábřeh a další. Z řad studentů

3 respondenti uvedli, že žádný neznají. Z řad obecné populace pak neodpovědělo 7 respondentů a 3 uvedli město Sobotín na okr. Šumperk, kde se ale nenachází hospic, nýbrž Diakonie.

Položka č. 14 Má umírající znát svůj zdravotní stav?

Tabulka č. 13

Počet odpovědí	studenti sociální pedagogiky			obecná populace	
		n	%	n	%
rozhodně ano		33	35	39	41
ano, pokud bude chtít		59	62	51	54
ne, maximálně jeho rodina		3	3	5	5
rozhodně ne, ani jeho rodina		0	0	0	0
		95	100	95	100



Graf č. 17 Zdravotní stav umírajícího

Komentář.

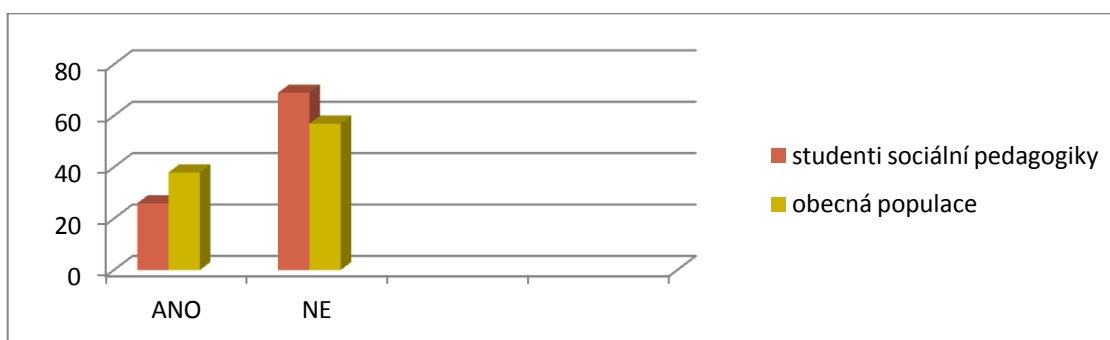
Odpovědi na otázku, zda má, umírající znát svůj zdravotní stav se příliš neliší. Studenti sociální pedagogiky i obecná populace je přesvědčena, že umírající by svůj zdravotní stav měl znát. K odpovědi rozhodně ano se přiklání 33 (35 %) studentů sociální pedagogiky a 39 (41 %) respondentů z řad obecné populace. Dalším názorem všech dotazovaných je, že umírající má znát svůj zdravotní stav, jen když bude chtít, je tedy nejprve nutné se ho zeptat, jestli chce svoji prognózu znát. Takto odpovědělo 59 (62 %) studentů a 51 (54 %) dotazovaných z obecné populace. Jak ukazuje tabulka č. 13 a graf č. 16, jsou zde i názory 3 (3 %) studentů a 5 (5 %) respondentů z obecné populace, že celou pravdu by měla znát

maximálně rodina a dva z této skupiny se domnívají, že prognózu stavu svého blízkého nemají znát ani oni.

Položka č. 15 Dostatek informací o možnostech hospicové péče

Tabulka č. 14

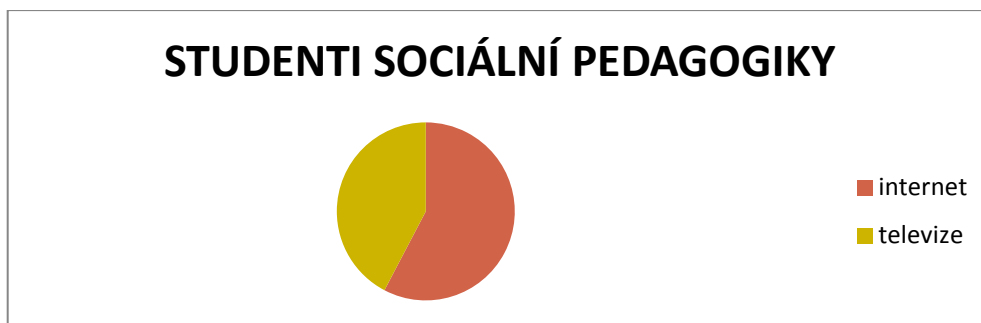
Počet odpovědí	studenti sociální pedagogiky		obecná populace	
	n	%	n	%
Ano	26	27	38	40
Ne	69	73	57	60
celkem	95	100	95	100



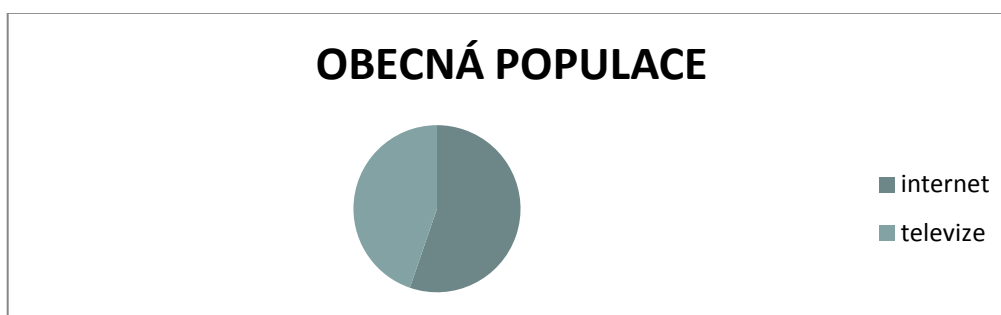
Graf č. 18 Informace o hospicové péči

Komentář:

Data zaznamenaná v tabulce č. 14 a grafu č. 17 vyjadřují názory dotazovaných na přístup k informacím o možnostech hospicové péče. Dostatek zdrojů poskytujících takové informace je podle 26 (27 %) respondentů z řad studentů sociální pedagogiky a 38 (40 %) respondentů z řad obecné populace. Naopak nedostatečná osvěta je dle 69 (73 %) studentů a 57 (60 %) účastníků výzkumu z řad obecné populace. Vyšší počet těch dotazovaných, kterým dostatek dostupných informací chybí je signálem, že osvěta není na takové úrovni, jakou by si představovali.

Položka č. 16 **Kde lze najít dostupné informace**

Graf č. 19 Zdroje informací



Graf č. 20 Zdroje informací

Komentář.

Otázka č. 16 souvisí s otázkou č. 15. Respondenti obou skupin, kteří v položce č. 15 označili odpověď ANO v položce č. 16, otevřeně popisují, kde lze informace najít. Všichni se shodli, že na internetových stránkách nebo v televizi. Respondenti, kteří označili odpověď ne, na tuto otázku neodpovídali.

Položka č. 17 **kde byste chtěli mít k dispozici informace o možnostech hospicové péče**

Tabulka č. 15

	studenti sociální pedagogiky		obecná populace	
	n	%	n	%
televize	12	18	8	14
internet	17	24	14	25
praktický lékař	23	33	19	33
nemocnice	12	18	13	23
tisk	5	7	3	5
	69	100	57	100

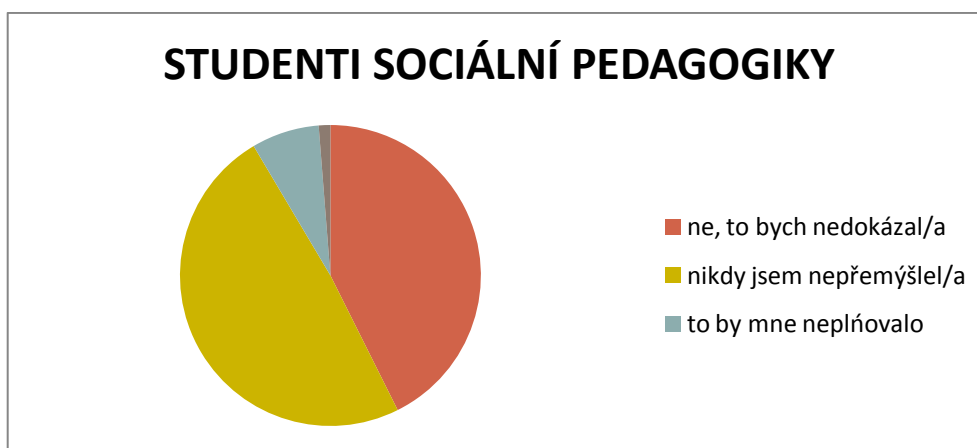
Komentář:

Otázka č. 17 rovněž souvisí s otázkou č. 15. respondenti z obou skupin, kteří v položce č. 15, označili odpověď NE otevřenou formou, popisují, kde by uvítali informace o hospicové péči. Zde jsou názory rozdílné. Z 69 studentů sociální pedagogiky, kteří opověděli, že informací je nedostatek jich by tyto informace uvítali: 12 (18 %) v televizi, 17 (24 %) na internetu, 23 (33 %) od praktického lékaře, 12 (18 %) v nemocnicích a 5 (7 %) v tisku. Z 57 respondentů obecné populace by si přálo mít k dispozici informace v televizi 8(14%), 14 (25 %) na internetu, 19(33%) od praktického lékaře, 13 (23 %) v nemocnicích, 3 (5 %) z tisku.

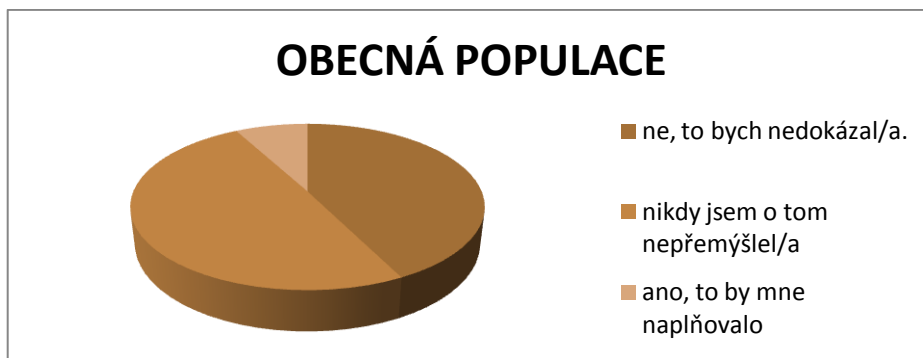
Položka č. 18 Představa práce v hospicové péči

Tabulka č. 16

Počet odpovědí	studenti sociální pedagogiky		obecná populace	
	n	%	n	%
ne, to bych nedokázal/a	41	43	51	54
nikdy jsem o tom nepřemýšlel/a	47	50	36	38
ano, to by mne naplňovalo	7	7	8	8
celkem	95	100	95	100



Graf č. 21 Práce v hospici



Graf č. 22 Práce v hospici

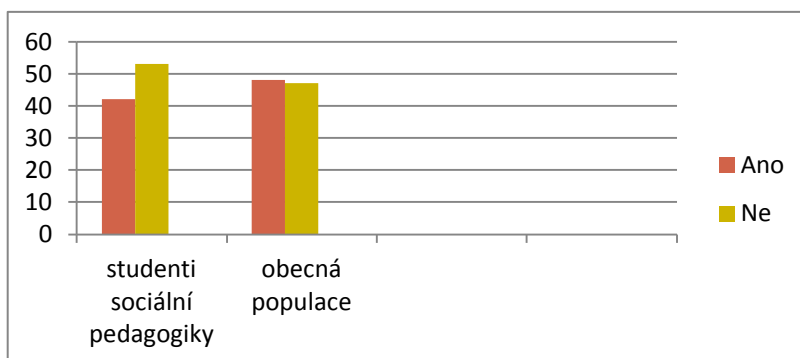
Komentář.

Na otázku, zda si umí představit práci v hospicové péči se 41 (43 %) studentů vyjádřilo, že by to nedokázalo. 47 (50 %) jich o této možnosti nikdy nepřemýšlelo a 7 (7%) si práci v hospici umí představit a dokonce by je tato činnost naplňovala. Respondenti z řad obecné populace odpovídali podobně. 51 (54 %) by jednoznačně takovou práci nezvládlo, 36 (38 %) o tom nikdy nepřemýšlelo a 8 (8 %) by takovou práci dělalo rádo.

Položka č 19. Vyšší informovanost snižuje strach ze smrti

Tabulka č. 17

	studenti sociální pedagogiky		obecná populace	
	n	%	n	%
Ano	42	44	48	50
Ne	53	56	47	50
	95	100	95	100



Graf č. 23 Informace a strach ze smrti

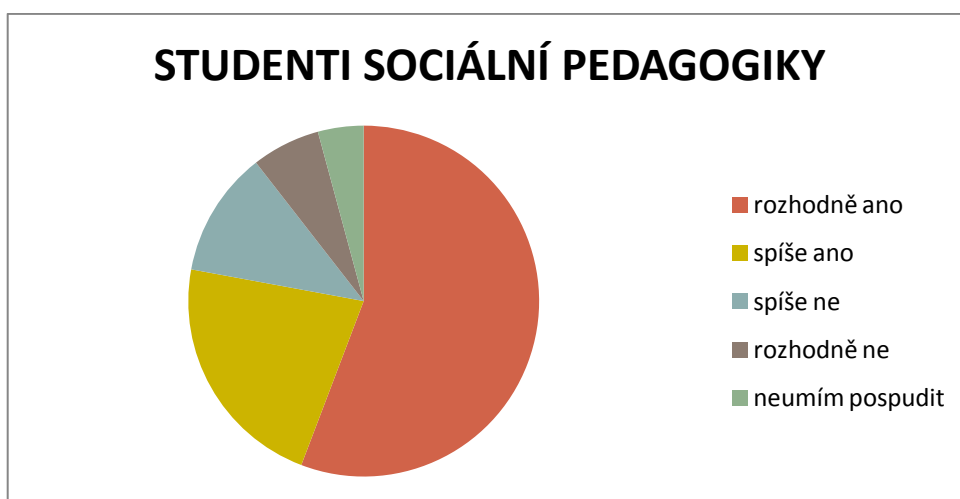
Komentář.

Tabulka č 17 a graf č. 22 ukazují názory na dostupnost informací a jejich souvislost se strachem ze smrti. 42 (44 %) studentů sociální pedagogiky a 48 (50 %) dotazovaných z obecné populace je přesvědčeno, že vyšší informovanost strach ze smrti sniží. Větší počet 53 (56 %) studentů se domnívá, že lepší informovanost o smrti nemá na strach z ní vliv. Respondenti obecné populace mají názor téměř vyrovnaný.

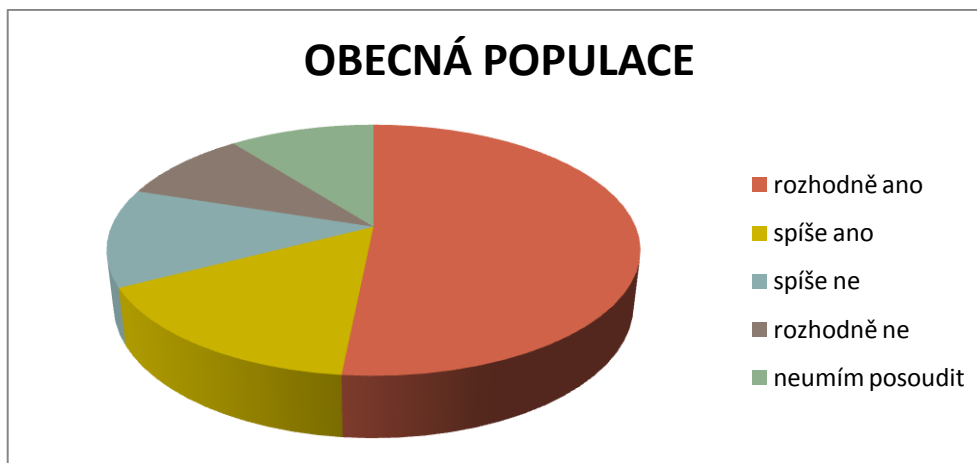
Položka č. 20 Může lepší informovanost zvýšit schopnost pečovat o umírající?

Tabulka č. 18

	studenti sociální pedagogiky		obecná populace	
	n	%	n	%
Rozhodně ano	53	56	49	52
spíše ano	21	22	15	16
spíše ne	11	12	12	13
rozhodně ne	6	6	9	9
neumím posoudit	4	4	10	10
	95	100	95	100



Graf č. 24 Informace a péče o umírající



Graf č. 25 Informace a péče o umírající

Komentář.

Tabulka č. 18 a grafy č. 23 a 24 zaznamenávají názory lidí na schopnost pečovat o umírající v souvislosti s dostatečným přísunem informací o možnostech hospicové péče a dalších služeb. Studenti sociální pedagogiky i obecná populace se přiklání k odpovědi, že rozhodně ano. Odpovídalo takto 53 studentů a 49 dotázaných z obecné populace. Spíše ano uvádí 21 studentů a 15 respondentů obecné populace. Ostatní zastávají názor, že spíše ne nebo vůbec ne. A jen 4 studenti a 10 respondentů obecné populace nedokáže toto nijakým způsobem posoudit.

9.1 Testování hypotéz

Pro ověření pravdivosti či nepravdivosti hypotéz byl použit test dobré shody chí-kvadrát. Data jsou znázorněna v tabulkách, pro výpočet testového kritéria chí-kvadrát byl použit vzorec:

$$X^2 = \sum \frac{(P-O)^2}{O}$$

X^2 = hodnota testového kritéria

P = pozorovaná četnost

O = očekávaná četnost

SH: Vyšší míra informovanosti snižuje strach z umírání a smrti.

H0: Mezi množstvím dostupných informací a strachem lidí ze smrti a umíráním není vztah.

HA: Mezi množstvím dostupných informací a strachem lidí ze smrti a umírání je vztah.

Vzhledem k tomu, že prostřednictvím testu je zjišťována míra strachu ze smrti v závislosti na dostupnosti informací o této problematice u lidí, je možné spojit obě skupiny respondentů a pracovat s odpověďmi studentů sociální pedagogiky i odpověďmi obecné populace dohromady. V dotazníku na otázku, zda vyšší informovanost lidí snižuje strach ze smrti a umírání odpovídalo 95 studentů druhého ročníku navazujícího magisterského studijního programu specializace v pedagogice, obor Sociální pedagogika a 95 respondentů z řad obecné populace. Celkem se tedy výzkumu účastnilo 190 respondentů. Pro ověření výše uvedených hypotéz lze v tomto případě spojit obě skupiny, protože hypotézy jsou formulovány obecně a studenti jsou také lidé.

Tabulka č. 19 - Snižuje dostatek informací strach z umírání a smrti?

Odpovědi	Pozorovaná četnost	Očekávaná četnost	P-O	(P-O)	$\frac{(P-O)^2}{O}$
Ano	90	95	-5	25	0,263
Ne	100	95	5	25	0,263
	Σ 190	Σ 190		Σ	0,526

Vypočítaná hodnota testového kritéria je 0,526. Skutečná hodnota testového kritéria na hladině významnosti 0,05 je 5,991, stupeň volnosti 2. Vypočítaná hodnota je tedy nižší než hodnota skutečná, proto je nutné přijmout H0. Výsledek ukazuje, že mezi mírou

informovanosti lidí o smrti a umírání a jejich strachem ze smrti není statisticky významný rozdíl. Tento test dokazuje skutečnost, že lidé se smrti bojí a dostatek dostupných informací a detabuizace smrti je strachu nezabaví.

Jedna z otázek v dotazníku se týkala schopnosti budoucích sociálních pedagogů pracovat v hospicové péči a pomáhat umírajícím na jejich poslední cestě. Na výběr měli ze tří možných odpovědí.

SH: Studium sociální pedagogiky zvyšuje schopnost pracovat v hospicové péči.

H0: Mezi studiem sociální pedagogiky a schopností pracovat v hospicové péči není vztah.

HA: Mezi studiem sociální pedagogiky a schopností pracovat v hospicové péči existuje vztah.

Tabulka č. 20 Zvyšuje studium sociální pedagogiky schopnost práce v hospicové péči?

Odpovědi	Pozorovaná četnost P	Očekávaná četnost O	P-O	$(P-O)^2$	$\frac{(P-O)^2}{O}$
Ne to bych nedokázal/a	41	31,6	9,4	88,36	2,796
Nikdy jsem o tom nepřemýšlel/a	47	31,6	15,4	237,16	7,505
Ano, to by mne naplňovalo	7	31,6	-24,6	605,16	19,150
	Σ 95	Σ 95			Σ 29,451

Výsledkem testu je vypočítaná hodnota testového kritéria na hladině významnosti 0,05 a stupni volnosti 3 29,451. Skutečná hodnota testového kritéria je 7,815. Vypočítaná hodnota

je vyšší než skutečná, musí být přijata H_A . Mezi studiem sociální pedagogiky a schopností pracovat s umírajícími je statisticky významný vztah.

Znamená to tedy, že studium sociální pedagogiky zvyšuje kladný vztah budoucích sociálních pedagogů k hospicové péči.

Poslední hypotéza má ověřit, zda dostatečné množství poskytnutých informací pomůže lidem zvýšit schopnost pečovat o umírající.

H_1 : Dostatečná informovanost zvyšuje schopnost lidí pečovat o umírající

H_0 : Mezi mírou dostupných informací a schopností lidí pečovat o umírající neexistuje vztah.

H_A : Mezi mírou dostupných informací a schopností lidí pečovat o umírající existuje vztah

Pro otestování těchto hypotéz bylo možné opět spojit obě skupiny respondentů dohromady. Výzkum má ukázat, zda lidem dostatek informací o možnostech hospicové péče pomůže zvýšit schopnost postarat se o své blízké umírající.

Tabulka č. 21. Domníváte se, že dostatek informací pomůže v péči o umírajícího?

Odpovědi	Pozorovaná četnost	Očekávaná četnost	P-O	$(P-O)^2$	$\frac{(P-O)^2}{O}$
Rozhodně ano	102	38	64	4096	107,789
Nespíše ano	36	38	-2	4	0,105
Spíše ne	23	38	-15	125	3,289
Rozhodně ne	15	38	-23	529	13,910
Neumím posoudit	14	38	24	576	15,157
	Σ 190	Σ 190			Σ 140,25

U obecné populace bylo cílem výzkumu zjistit, jestli má vliv množství dostupných informací na jejich schopnost postarat se o umírajícího člověka. Vypočítaná hodnota

testového kritéria je 140,25. Hodnota skutečná 7,815 na hladině významnosti 0,05 a stupni volnosti 2. Skutečná hodnota testového kritéria je nižší než vypočítaná, musí být přijata H_A . Mezi dostatečným množstvím poskytnutých informací a schopností postarat se o umírající je statisticky významný vztah.

Pokud tedy lidé dostanou včas co nejvíce potřebných informací, jsou schopni postarat se o své blízké umírající.

9.2 Diskuze

Empirická část této diplomové práce se zabývala problematikou umírání a smrti, strachem ze smrti a schopností lidí postarat se o své blízké na konci života. Základním cílem bylo zjistit, jak ovlivňuje dostatečné množství potřebných informací o této problematice pohled lidí na umírání a smrt.

Sesbíraná data byla pomocí čárkovací metody sečtena a respondenti rozděleni do dvou kategorií. 1. kategorií byli studenti posledního ročníku navazujícího magisterského studia v kombinované formě a 2. kategorií obecná populace.

První dotazníková položka zjišťovala věkovou kategorii dotazovaných. Z tabulky č. 1 vyplývá, že z řad studentů je nepočteněji zastoupená věková kategorie 18 – 30 let 49%. U obecné populace jde o průměrný věk 31 – 50 let 43%, kterých se šetření zúčastnilo.

Druhá položka v tabulce č. 2 a grafu č. 2 znázorňuje pohlaví respondentů. V převaze jsou ženy, zejména proto, že sociální pedagogiku studuje více žen 74 (78 %) a v obecné populaci byly s žádostí o vyplnění dotazníku osloveny také převážně ženy 79 (89 %). Lze proto předpokládat, že pohlaví respondentů bude ovlivňovat další položky neboť je všeobecně známo, že ženy mají v sobě zakotvenu pečující a ochraňující schopnost a nepříjemné problémy snadněji zvládají.

Třetí položka je zaměřena na vzdělání. U studentů sociální pedagogiky v podstatě toto není nutné interpretovat, jelikož všichni mají absolutorium bakalářského studia a tudíž vzdělání vysokoškolské v oboru, který připravuje na práci v pomáhajících profesích. Dotazovaní z řad obecné populace jsou různého vzdělání a různých profesí. Dle dalších výsledků se ale neprokázalo, zda vzdělání má vliv na strach ze smrti či na schopnost postarat se o umírajícího člověka.

Položka č. 4 mapuje kraje, ze kterých respondenti pocházejí. Zde tabulka č. 4 a graf č. 5 a č. 6 říká, že z řad studentů sociální pedagogiky je 3% z Moravskoslezského kraje, 12% z Olomouckého, 9% ze Zlínského, 71% z jihomoravského a 5% dotazovaných uvádí jiný kraj v republice. Respondenti z řad obecné populace uvádějí nejčastěji kraj Olomoucký 82%, dále pak kraj Moravskoslezský 13% a Jihomoravský 3%. Z kraje zlínského nepochází žádný z oslovených.

Pátá položka zjišťuje, jak často respondenti přemýšlí o smrti. Jsou jim nabídnuty 4 možnosti. Z řad studentů o smrti nikdy nepřemýšlí 25 zúčastněných, jen když o ni uslyší 43, pravidelně 21 a stále 6 zúčastněných. Respondenti z řad obecné populace mají také myšlenky na smrt různě intenzivní. Nikdy o ni nepřemýšlí 48 dotázaných, jen když o ni uslyší, 26, pravidelně 11 a stále 10 respondentů. Z tabulky č. 5 a grafu č. 6 vyplývá, že lidé o věci, která jim není příjemná, raději příliš neuvažují a to bez ohledu na věk či míru vzdělání.

Položka č. 6 se zaměřuje na to, zda se respondenti již někdy setkali s umírajícím člověkem. Nikdy se s umíráním nesešlo 28 (30%) studentů navazujícího magisterského studia sociální pedagogiky a 40 (42%) respondentů obecné populace. Jednou mělo tuto možnost 25 (26%) studentů a 26 (27%) respondentů z obecné populace. Víc než jednou se s umírajícím setkalo 35 (37%) studentů a 24 (26%) dotázaných z obecné populace. Poslední odpověď označilo 7 (7%) studentů a (5%) respondentů obecné populace.

Položka č. 7 zda se lidé bojí smrti, opět naznačuje v tabulce č. 7 a v grafu č. 8, že se lidé umírání a smrti bojí. A pokud odpověděli, že nevědí, bylo to zřejmě proto, že nevědí, čeho se mají bát.

Tabulka č. 8 a graf č. 9 v položce č. 8 vyjadřují názory respondentů na to, jaké prostředí je podle nich pro umírajícího nejvhodnější. Zde se nepochybně odrazila skutečnost o tom, jak jsou lidé informováni o možnostech důstojného umírání. Také je možné výsledky těchto odpovědí porovnat s výsledky výzkumů zmiňovaných v teoretické i praktické části této práce. Velký počet respondentů označilo jako nejlepší domácí prostředí. Z toho lze usuzovat, že i oni sami by rádi umírali doma.

Dotazníkové položky č. 9 až č. 13 poskytly pro tento výzkum údaje o informovanosti respondentů o hospicové péči. Tabulka č. 9 znázorňuje znalost pojmu hospicová péče, tabulka č. 10, co je to hospic, tabulka č. 11 co hospicová péče zajišťuje, tabulka č. 12 o jaké lidi se hospice starají a položka č. 13 ukázala, že respondenti znají i některá

hospicová zařízení, většinou ta, která jsou nejbližší jejich bydlišti. Tato položka nebyla znázorněna graficky ani tabulkou.

Položka č. 14 je zaměřena na názor respondentů na to, zda by nevléčitelně nemocný a tedy umírající člověk a jeho blízcí měli znát prognózu svého stavu. V současné době medicína zastává názor, že nemocný má znát svůj zdravotní stav i když je jeho prognóza špatná. Studenti sociální pedagogiky i obecná populace jsou také přesvědčeni, že umírající by svůj zdravotní stav měl znát. K odpovědi rozhodně ano se přiklonilo 33 (35 %) studentů sociální pedagogiky a 39 (41 %) respondentů z řad obecné populace. Svůj stav má umírající znát jen, když bude chtít, to je názor 59 (62 %) studentů a 51 (54 %) dotazovaných z obecné populace. Jak ukazuje tabulka č. 13 a graf č. 16 objevily i názory 3 (3%) studentů a 5 (5 %) respondentů z obecné populace, že nemá o stavu umírajícího vědět jen jeho rodina, 2 lidé z této skupiny, byly nakloněni možnosti, nesdělovat stav ani nemocnému, ani jeho rodině.

Otázka v položce č. 15 se respondentů ptala, zda mají k dispozici dostatek dostupných informací o možnostech hospicové péče. Zde se drtivá většina dotazovaných studentů sociální pedagogiky i respondentů z řad obecné populace shodla na záporné odpovědi. Přestože, jak ukazuje položka 16, na internetu a v médiích je informací poskytován dostatek, lidé jsou přesvědčeni, že tomu tak není. A na otázku, kde ještě by chtěli získávat tyto informace, vyjadřují další názory v položce č. 17. Tabulka č. 15 předkládá výčet dalších možných zdrojů. Dotázaní by uvítali, kdyby je o možnosti důstojného umírání za pomoci hospicové péče informovali včas i praktičtí lékaři či ošetřující lékaři v nemocnicích.

Položka č. 18 je zaměřena na schopnost práce v hospicové péči. Otázka, která zněla: umíte si představit práci v hospicové péči?, byla využita při testování hypotézy, zda studium sociální pedagogiky zvyšuje u této profese schopnost pracovat v hospicové péči a pomáhat umírajícím. Protože vypočítaná hodnota testového kritéria byla vyšší než hodnota skutečná, byla přijata alternativní hypotéza, která potvrdila, že budoucí sociální pedagogové jsou připraveni a schopni práce v hospici.

V 19. Položce je respondentům položen dotaz, zda může dostatek informací o smrti a umírání snížit jejich strach ze smrti. Bohužel se ukázalo, že ani snaha o detabuizaci fenoménu smrti strach z ní nezmírní. Strach ze smrti byl tímto výzkumem prokázán také v části, kde jsou testovány hypotézy, jelikož jedna hypotéz byla zaměřena na strach

v souvislosti s dostatečným množstvím informací. Protože vypočítaná hodnota testového kritéria zde byla nižší, než hodnota skutečná, bylo nutné přijmout nulovou hypotézu, která tak potvrdila, že lidé se smrti bojí bez ohledu na to, kolik informací jim o této problematice bude poskytnuto.

Také položka č. 20 byla použita pro testování hypotézy. Ta se snaží prokázat, zda lidé dostatečně informováni o možnostech hospicové péče budou schopni lépe zajistit svým blízkým důstojný konec života, nejlépe v jejich domácím prostředí. Testováním bylo zjištěno, že lidé jsou schopni se o své blízké postarat, pokud budou dostatečně informováni o tom, jak mají v péči postupovat a jaké jsou možnosti hospicové péče.

9.3 Shrnutí

Empirická část této práce měla za úkol zjistit, jak jsou lidé informováni o možnostech hospicové péče, co si pod tímto pojmem představují a zda jim dostatek informací o této problematice může pomoci v péči o své blízké na sklonku jejich života.

Výzkumu, který byl proveden pomocí dotazníkového šetření u dvou skupin respondentů, se pokusil ověřit předem stanovené hypotézy. Šetření se zúčastnilo 95 studentů druhého ročníku kombinované formy navazujícího magisterského studia Specializace v pedagogice obor Sociální pedagogika a 95 respondentů z řad obecné populace, kteří vyplňovali dotazník o 20 položkách. Již před tvorbou dotazníku, byly stanoveny 3 statistické hypotézy, aby bylo možno určit, co bude dotazník sledovat a jaké budou cíle šetření.

SH1 - Vyšší míra informovanosti snižuje strach ze smrti a umírání.

Tato hypotéza potvrzena nebyla. Výzkum ukázal, že lidé se budou bát smrti i kdyby jim byly informace poskytovány ve velké míře. Smrt je zkrátka fenomén, který si moderní společnost nechce připustit.

SH2 – Studium sociální pedagogiky zvyšuje schopnost pracovat v hospicové péči

Tato hypotéza potvrzena byla. Dle výsledků výpočtu testového kritéria chí-kvadrát bylo prokázáno, že studenti sociální pedagogiky jsou po ukončení studia připraveni na práci v pomáhajících profesích a pozice pracovníka v hospicové péči by jim neměla činit potíže. Samozřejmě i zde platí, že jen kvalifikace nestačí. Každý, kdo chce pomáhat, musí k tomu

mít vlohy. Zvláště pak péče o umírající je velmi psychicky náročná a nemůže jí dělat každý.

SH3 – Vyšší míra informovanosti zvyšuje schopnost lidí pečovat o umírající.

Rovněž tato hypotéza byla potvrzena. Pokud lidé vědí, jak se o svého blízkého, který umírá postarat, jak mu zajistit důstojný konec života a kdo jim může pomoci, jsou schopni to dělat. V tomto případě je na místě lidi informovat ne o tom, co obnáší smrt, ale jak probíhá umírání a jak je možné zmírnit jeho nepříjemné projevy.

10 ZÁVĚR

Umírání a smrt jsou dnes tématem o něco méně tabuizovaným, než tomu bylo před několika lety, přesto se ho lidé stále bojí. Přitom smrt je většinou milosrdná. Nevyléčitelně nemocného a umírajícího člověka zpravidla vysvobodí z jeho trápení. O mnoho složitější je proces umírání. V minulosti lidé umírali převážně doma, mezi svými blízkými a přítomnosti umírajícího nebyly ušřeny ani děti. Smrt byla brána přirozeně a nikoho neděsila. Ačkoliv je dnes tato tematika rozebírána křížem krážem internetovou sítí, lze se o ní dočíst v literatuře, nikomu se do takového čtení nechce. Navíc je ještě spousta rodin, které doma internet nemají nebo jsou to starší lidé, kteří se bez něj obejdou. Bylo by třeba lidem poskytovat informace i jinou formou než je internet a literatura.

Cílem této práce bylo čtenáři ukázat, že smrt není tabu, že umírání je přirozený proces, který lze s pomocí odborníků a blízkých umírajícího bez potíží zvládnout. Právě proto vznikla paliativní péče, aby umírání nebylo utrpením a smrt se stala důstojným zakončením života.

Jak ukázalo výzkumné šetření, smrt je stále fenoménem, kterého se lidé bojí. Pokud ale budou dostatečně informováni o této problematice, pokud jim nebude odírána pomoc paliativní medicíny, mohou se smrti jako s nevyhnutelnou součástí bytí, prožít plnohodnotně celý život. Většina dotazovaných se na této skutečnosti shodla. Smrti se bát nepřestanou, ale pomáhat svým blízkým v jejich nelehké situaci s dostatečnou osvětou zvládnou.

Bohužel i když je dnes problematika umírání a smrti diskutována křížem krážem internetovou sítí, existuje celá řada zajímavých publikací, lidem se do takového čtení nechce. Nedostatečná osvěta má ale za následek neschopnost rodin postarat se o své blízké v terminálním stadiu života a proto tolik lidí umírá v nemocnicích. Tam, kde jsou schopni pomoci například praktičtí lékaři a pacientovi nabídnou pomoc hospicové péče, je obvykle snadné udržet nemocného v domácím prostředí až do konce. Pokud dojde k tomu, že rodina ani tak nezvládá situaci, je zde možnost ústavní hospicové péče. A zde již vyplývá doporučení pro praxi. Informovanost obyvatelstva není špatná, přesto by bylo vhodné ji ještě navýšit. Říká se, že internet je studnice vědomostí a dá se tam najít prakticky cokoli. Přesto by mnohem větší osvětu měli mít na starost praktičtí lékaři a ošetřující lékaři v nemocnicích. Pacientům i jejich rodinám jsou v době vážné nemoci nejbližší. Nejčastěji s nimi komunikují a nejlépe dokáží vysvětlit, co paliativní péče obnáší.

Lidé by se měli o těchto věcech dovídat postupně, po celý život. A nejvíce informací o umírání by mělo přicházet, když taková situace nastane.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ARIES, P.G., *Dějiny smrti I.* Nakladatelství Argo. Praha: 2000. 358 str. ISBN 80 7203 286-0
2. BALÁŽ, V., KOLÁŘ, F., LIŠKOVÁ, J., PLUHAŘOVÁ, A., SYNEK, P. *Smrt jako součást života.* Praha: 2008. ISBN 978-80-867884-64-9.
3. BAKOŠOVÁ, Z., „*Sociální pedagogika jako životní pomoc*“ Nakladatelství Public Promotion s.r.o. Bratislava: 2008. 223 str. ISBN 978-80-969944-0-3.
4. BÁRTLOVÁ, S., *Sociologie medicíny a zdravotnictví.* 6. přepracované a doplněné vydání, nakladatelství Grada, Praha: 2005. ISBN 80-247-1197-4
5. DROZDOVÁ, E., „*Odevzdat se Božímu milosrdenství*“. Evangelický časopis pro mládež ročník 44. Praha 2003.
6. GABURA, J., PRUŽINSKÁ, J., *Poradenský proces.* Studijní texty. Sociologické nakladatelství Praha: 1995. 147 str.
7. HAŠKOVCOVÁ, H., *Nauka o smrti a umírání.* 2. přepracované vydání. Praha: Galén. 244 str. ISBN-978-80-7262-471-3
8. MARKOVÁ, M., *Sestra a pacient v paliativní péči*“. Nakladatelství Grada, Praha: 2010. 128 str. ISBN-978-247-3171-1
9. MOODY, A.R., *Život po životě.* Odeon. Praha: 1991. 323 str. ISBN- 80-207-0314-4
10. NAVRÁTIL, L a kol., „*Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*“, Grada. Praha: 2008. ISBN 978-80-247-2319-8 str. 190.
11. OLEJNÍČEK, A., *Výcvik asertivního jednání, úvod do studia předmětu.* Institut mezioborových studií Brno. Brno: 2003. 65 str.
12. PROCHÁZKA, M., „*Sociální pedagogika*“. Nakladatelství Grada. Praha: 2012. 208 str. ISBN 978-80-247-3470-5.
13. ROSSOVÁ, Kübler-E., *Hovory s umírajícími.* Nakladatelství Signum Unitatis. Hradec Králové 1992. 135 str. ISBN-80-85439-04-2.
14. STUDENT, J-CH., *Sociální práce v hospici a paliativní péče*“ Nakladatelství H H. Praha: 2006. 161 str. ISBN- 80-7319-059-1.

- 15.SVATOŠOVÁ, M., *Hospice a umění doprovázet*. Ecce Homo 1995.121 str. ISBN 80 902049 0-2.
- 16.ŠPATENKOVÁ, N. „*Poradenství pro pozůstalé*“, Principy a metody. 2. aktualizované a přepracované vydání. Grada, Praha:2013. 244 str. ISBN-978-80-247-3736-2.
- 17.TKÁČ, J.,*Základy psychiatrie*. Učební text. Institut mezioborových studií Brno, Brno: 2008. 65 str.
- 18.KÜBLER-ROSS, E. „*On Death and Dying. What the dying have to teach doctors, nurses, clergy and own families*“. New York: 2014. ISBN 978-1-4767-7554-5
- 19.TOŠNER, J. „*průvodce dobrovolnictvím pro neziskové organizace*“ Národní dobrovolnické centrum, Praha: 2003.

Internetové zdroje

- 1.*Smrt není součástí života*. dostupné na <http://www.nezavirejteoci.cz/detail-clanek/pavel-vodvarka-smrt-neni-soucast-zivota.html>. 20.8.2015
- 2.*Jak mluvit s dětmi o smrti* dostupné na <http://www.jinejsvet.cz/rodina/jak-mluvit-o-smrti#>. VvkiG-KLTIU 29.3.2016
3. WHO *Definition of Palliative Care, 2002*. Dostupné na www.who.int/cancer/palliative/definition/en/ 26.12.2015
4. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě*: 2009 str. 14 dostupné na www.umirani.cz/res/data/013/01488.pdf. 18.9.2015
5. *Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to members states on the organisation of palliative care*, Strasbourg: 2003. Překlad , Cesta domů Praha: 2004.
6. Národní centrum domácí péče české republiky. Dostupné na <http://www.domaci-pece.info/hospicova-pece1> 29.12.2015
7. *Poslední dny a týdny*. Dostupné na <http://www.umirani.cz/rady-a-informace/posledni-dny-a-tydny>. 22.12.2015
8. *Potřeby umírajících*. Dostupné na <http://mmachacova.com/potreby-umirajicich/> 10.2.2016
9. *Výzkum o umírání*. Dostupné na <http://www.umirani.cz/sites/default/files/custom-files/cesta-domu-zprava-umirani-a-pece-o-nevylecitelne-nemocne-2015.pdf> 21.1.2016.

10. *Výzkum agentury STEM/MARK 2013*. Dostupné na <http://www.cestadomu.cz/cz/detail-clanek/proc-cesi-neumiraji-doma.html>
11. *Zákon č. 198/2002sb., o dobrovolnické službě a o změně některých zákonů* v úplném znění dostupné na <http://www.uplnezneni.cz/zakon/198-2002-sb-o-dobrovolnicke-sluzbe-a-o-zmene-nekterych-zakonu-zakon-o-dobrovolnicke-sluzbe/> 29.12.2015

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

LDN Léčebna dlouhodobě nemocných

DD Domov důchodců

ČR Česká republika

MMR Ministerstvo pro místní rozvoj

SH Statistická hypotéza

H₀ Nulová hypotéza

H_A Alternativní hypotéza

X² Hodnota testového kritéria

O Očekávaná četnost

P Pozorovaná četnost

SEZNAM OBRÁZKŮ

Graf č. 1	Věková kategorie.....	42
Graf č. 2	Pohlaví.....	43
Graf č. 3	Vzdělání.....	44
Graf č. 4	Místo bydliště.....	45
Graf č. 5	Místo bydliště.....	45
Graf č. 6	Úvaha o smrti.....	46
Graf č. 7	Setkání s umírajícím.....	47
Graf č. 8	Strach ze smrti.....	48
Graf č. 9	Prostředí vhodné pro umírání.....	49
Graf č. 10	Pojem hospicová péče.....	50
Graf č. 11	Co je hospic.....	51
Graf č. 12	Co je hospic.....	51
Graf č. 13	Co zajišťuje hospicová péče.....	52
Graf č. 14	Co je hospicová péče.....	53
Graf č. 15	O koho hospice pečují.....	54
Graf č. 16	O koho hospice pečují.....	54
Graf č. 17	Zdravotní stav umírajícího.....	55
Graf č. 18	Informace o hospicové péči.....	56
Graf č. 19	Zdroje informací.....	57
Graf č. 20	Zdroje informací.....	57
Graf č. 21	Práce v hospici.....	58
Graf č. 22	Práce v hospici.....	59
Graf č. 23	informace a strach ze smrti.....	60
Graf č. 24	Informace a péče o umírající.....	61
Graf č. 25	Informace a péče o umírající.....	62

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1	42
Tabulka č. 2	43
Tabulka č. 3	44
Tabulka č. 4	45
Tabulka č. 5	46
Tabulka č. 6	47
Tabulka č. 7	48
Tabulka č. 8	49
Tabulka č. 9	50
Tabulka č. 10	51
Tabulka č. 11	52
Tabulka č. 12	53
Tabulka č. 13	55
Tabulka č. 14	56
Tabulka č. 15	57
Tabulka č. 16	58
Tabulka č. 17	59
Tabulka č. 18	60
Tabulka č. 19	62
Tabulka č. 20	63
Tabulka č. 21	64

SEZNAM PŘÍLOH

PI Dotazník

PII Seznam hospicových zařízení v ČR

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

1. Věková kategorie

- a) 18-30 let
- b) 31-50 let
- c) 51 a více

2. Pohlaví

- a) Muž
- b) Žena

3. Nejvyšší dosažené vzdělání

- a) Základní
- b) Vyučen v oboru
- c) Středoškolské
- d) Vyšší odborné
- e) Vysokoškolské

4. Kraj, ze kterého pocházíte

- a) Moravskoslezský
- b) Olomoucký
- c) Zlínský
- d) Jihomoravský
- e) Jiný

5. Přemýšlíte někdy o smrti

- a) Nikdy
- b) Jen, když o ní slyším
- c) Pravidelně
- d) Stále

6. Setkali jste se někdy s umírajícím člověkem?
- a) Nikdy
 - b) Jednou
 - c) Víc, než jednou
 - d) Setkávám se často
7. Bojíte se smrti?
- a) Nevím
 - b) Nebojím
 - c) Bojím
 - d) Bojím se velmi
8. Jaké prostředí je podle Vás pro umírajícího nejvhodnější
- a) Zdravotnické zařízení
 - b) Domácí prostředí
 - c) Místo, kde bude sám
 - d) Hospic
9. Znáte pojem hospicová péče?
- a) Ano
 - b) Ne
10. Co je podle Vás Hospic?
- a) LDN (léčebna dlouhodobě nemocných)
 - b) Kostel
 - c) Domov důchodců
 - d) Údolí smrti
 - e) Zdravotně sociální zařízení

11. Co podle Vás zajišťuje hospicová péče?

- a) Zajištění léčby, která prodlouží život
- b) Zajištění umírání, které nebude obtěžovat okolí
- c) Zajištění urychlení smrti, aby se nemocný netrápil
- d) Zabezpečení všech zdravotně sociálních, psychických i duchovních potřeb umírajícího

12. Znáte nějaká Hospicová zařízení v ČR?

13. O jaké nemocné se podle Vás Hospice starají?

- a) O staré a chronicky nemocné
- b) O nevléčitelně nemocné v terminálním stadiu
- c) O handicapované
- d) O lidi bez domova

14. Měl by podle Vás umírající znát svůj zdravotní stav?

- a) Rozhodně ano
- b) Ano, pokud bude chtít
- c) Ne, maximálně jeho rodina
- d) Rozhodně ne, ani jeho rodina

15. Domníváte se, že je k dispozici dostatek informací o hospicové péči?

- a) Ano
- b) Ne

16. Pokud jste v předchozí otázce odpověděli ANO, napište, kde lze najít vhodné informace.

17. Pokud jste v otázce č. 15 odpověděli ne, napište, kde by jste chtěli získat informace o hospicové péči.

18. Umíte si představit, že by jste pracovali v hospicové péči a pomáhali umírajícím?

- a) Ne, to bych nedokázal/a
- b) Nikdy jsem o tom nepřemýšlel/a
- c) Ano, to by mne naplňovalo

19. Domníváte se, že vyšší informovanost o smrti a umírání může snížit strach ze smrti?

- a) Ano
- b) Ne

20. Domníváte se, že dobrá informovanost lidí o možnostech hospicové péče zvýší jejich schopnost pečovat o umírající?

- a) Rozhodně ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Rozhodně ne

P II Seznam hospicových zařízení v ČR

APHP - 5. 4. 2005 byla založena Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, sdružující všechny známé hospicové aktivity v ČR. Řádným členem Asociace se může stát každá právnická osoba – organizace hospicového paliativního typu působící v ČR. Mimořádným členem se může stát i fyzická osoba - kterýkoli občan ČR starší 18 let.

Sdružení Cesta domů působí v Praze, ale poradenské služby poskytované přes internet nebo telefonicky jsou poskytovány bez rozdílu bydliště.

Charita Česká republika Na webových stránkách charity najdete rovněž seznam všech zařízení spadajících pod ČKCH poskytujících domácí péči a v rámci domácí péče rovněž péči hospicovou. Rovněž na jejich stránkách najdete spojení a kontakty na všechny diecézní a arcidiecézní charity v Česku. Některé z nich jsou přímo spojeny s některým z hospiců.

Domácí hospicová péče Bárka je všestrannou péčí o nemocného a rodinu a je poskytována v domácnosti uživatelů. Základem služby je profesionální pomoc spojená s lidským přístupem všech pracovníků.

Charitní hospicová péče Pokojný přístav, Opava - Služba je poskytována samostatně pracujícími registrovanými sestrami, které na základě indikace onkologa, lékaře z ambulance bolesti či praktického lékaře zajišťují odbornou službu, vždy s ohledem na potřeby klienta. Služba je dostupná 24 hodin denně, 7 dnů v týdnu. Je bezplatná, klienti pouze platí poplatek za zapůjčené pomůcky dle platného ceníku.

Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP - Česká společnost paliativní medicíny České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (ČSPM – www.paliativnimedicina.cz) je občanské sdružení odborníků, kteří se specializují v oblasti paliativní medicíny a péče. Byla založena v únoru 2009.

Domácí hospic Athelas Písek - církevní nezisková organizace, která vznikla v Písku v prosinci roku 2014 jako samostatný subjekt - středisko Diakonie a misie Církve československé husitské, má registrované zdravotní a sociální služby.

Domácí hospic David Kyjov - Poskytuje individuální komplexní a dostupnou péči těžce nemocným a umírajícím i jejich rodinám v domácím prostředí. Péče zahrnuje potřeby

fyzické, sociální, emoční a duchovní a je zaměřena na kvalitu života.

Domácí hospic Duha, o.p.s. - sdružení si dalo za úkol zřízení domácí hospicové služby. Domácí hospicová péče bude všestranně podporovat rodiny, které na sebe převezmou péči o umírajícího nemocného v domácím prostředí. Těžce nemocný člen rodiny tak bude moci prožít konec života doma, mezi svými blízkými.

Domácí hospic Jordán o.p.s. je nezisková organizace, která vzniká jako nový typ péče v regionu Tábor. Cílem je umožnit lidem s nevléčitelným onemocněním v pokročilém a konečném stadiu nemoci zůstat doma v kruhu svých blízkých.

Domácí hospic Vysočina, o.p.s. domácí hospicová péče - Nové Město na Moravě, Jihlava. Poskytované služby: Domácí hospicová péče - Odlehčovací služby - Rodinný pokoj - Poradna Alej - Dobrovolnictví - Půjčovna zdravotnických pomůcek.

Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Rajhradě u Brna – nestátní církevní zdravotnické zařízení poskytující paliativní péči těžce a nevléčitelně nemocným pacientům. Přítomnost rodiny možná 24 hodin denně, stálá přítomnost lékaře a ošetřujícího personálu. Edukační a dobrovolnické centrum, ambulance fyzioterapie, domácí péče, pečovatelská služba, půjčovna kompenzačních pomůcek.

Ecce homo, Sdružení pro podporu domácí péče a hospicového hnutí - organizace byla založena s cílem rozvinout hospicové hnutí v ČR a prosadit myšlenku hospice i mimo budovy hospice, všude, kde lidé umírají. Ecce homo se mírou nesměrnou přičinila o rozvoj hospicového hnutí v Čechách. MUDR. Svatošová, předseda občanského sdružení, po roce 1989 opustila lékařskou praxi a věnovala celé své úsilí rozvoji všech forem hospicové péče.

Hospic Anežky České v Červeném Kostelci - byl otevřen 8. prosince 1995 a stal se tak prvním hospicem v České republice. Nabízí 30 odborně specializovaných hospicových lůžek pro pacienty v terminálním stádiu většinou onkologického onemocnění z celé České republiky bez rozdílu vyznání, národnosti a sociálního postavení.

Hospic Chrudim z.ú. - je provozován jako nestátní lůžkové zdravotnické zařízení. Má 27 lůžek, v převážně jednolůžkových pokojích s přistýlkou pro blízkou osobu. Podrobnější informace na www.hospicchrudim.cz

Hospic Citadela – dům hospicové péče ve Valašském Meziříčí - nabízí 28 lůžek pro

nemocné. Je členem Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče. Hospicová paliativní péče Zdravotní pojišťovna pacienta hradí ubytování, stravu, ošetrovatelskou a zdravotní péči. Klient platí za služby 180 Kč denně (maximálně 5 580 Kč za měsíc).

Hospic Dobrého Pastýře, Tři , o.p.s.- Hospic Dobrého pastýře v Čerčanech je centrem odborné péče a podpory pro nemocné i jejich blízké. Zahrnuje všechny čtyři typy hospicové péče (lůžkovou, domácí, ambulantní a stacionářovou). Kapacita hospice je 24 jednolůžkových pokojů a 3 pokoje dvoulůžkové

Hospic Frýdek - Místek, p.o. - hospic Frýdek - Místek, p.o. má kapacitu 43 lůžek. Z toho 30 hospicových lůžek převážně v jednolůžkových pokojích vybavených polohovací postelí, sociálním zařízením, přistýlkou pro blízké, kuchyňkou s lednicí, televizí a balkónem či vstupem do zahrady. Dále poskytuje 4 lůžka odlehčovacích služeb a 9 lůžek sociálně zdravotních služeb.

Hospic Liberec - občanské sdružení Hospic pro Liberecký kraj

Hospic Malovická - druhý pražský hospic pro nevléčitelně nemocné byl otevřen v roce 2011 v Praze 4 na Spořilově. Hospic má 30 bezbariérových jednolůžkových pokojů s kompletním samostatným sociálním zařízením. Pokoje mají i rezervní přistýlku pro eventuelní možnost přespání rodinných příslušníků, či přátel

Hospic na Svatém Kopečku Olomouc - v hospici je připraveno 20 jednolůžkových pokojů s přistýlkou pro příbuzného (doprovod) a 5 dvoulůžkových pokojů. Všechny pokoje mají vlastní sociální příslušenství, telefon, ledničku a televizi. K dispozici jsou také společné prostory hospice – recepce s možností zakoupení malého občerstvení, zimní zahrada, jídelna, kaple a velká terasa.

Hospic sv. Alžběty o.p.s. - od roku 2004 občanské sdružení Gabriela o.s. provozuje lůžkové nestátní zdravotnické zařízení Hospic sv. Alžběty poskytující zvláštní ústavní péči podle § 22a zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

Hospic sv. Jana N. Neumanna, o.p.s. - Poskytované služby: 30 odborně specializovaných hospicových lůžek (22 jednolůžkových a 4 dvoulůžkové pokoje) pro pacienty z celé České republiky, půjčovna pomůcek, poradenské služby - odborné sociální poradenství, respitní pobyty - odlehčovací služby (dle §44 Zákona č. 108/2006 Sb. O sociálních službách)

Hospic sv. Lazara v Plzni - Posláním Hospice sv. Lazara je poskytovat komplexní a na kvalitu života zaměřenou péči nemocným, kteří trpí nevléčitelnou chorobou v jejím

pokročilém nebo terminálním stadiu v Plzeňském kraji. Je členem Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče.

Hospic sv. Lukáše Ostrava - Hospic sv. Lukáše je specializované zdravotnické zařízení, poskytující hospicové služby včetně léčby bolesti, kterou s sebou postupující nemoc přináší. Kapacita hospice je 34 lůžek. Služby Hospice sv. Lukáše jsou provázány na další služby provozovatele Charity Ostrava – Mobilní hospicová jednotka, Dobrovolnické hospicové hnutí, Charitní hospicová poradna.

Hospic sv. Štěpána v Litoměřicích - Projekt v hodnotě 54 milionů Kč byl započat v roce 1998. Dokončen a slavnostně otevřen byl 2. února 2001. Litoměřický hospic vznikl přístavbou k bývalé porodnici. Lůžková kapacita je 56 lůžek, z toho je 26 pro nemocné, 22 lůžek pro doprovázející a 8 lůžek pro stážisty a dobrovolníky.

Hospic svaté Hedviky, o. p. s. - Hospic svaté Hedviky, o.p.s. poskytuje odbornou sociálně zdravotní péči těžce nemocným, umírajícím lidem a jejich rodinám 24 hodin denně 7 dní v týdnu v okrese Kladno a ve Středočeském kraji. Cílem péče je umožnit těžce nemocnému setrvání v domácím prostředí do konce jeho života.

Hospic Štrasburk v Praze - Hospic má 24 pokojů, z toho je 23 jednolůžkových a 1 dvoulůžkový. Všechny pokoje jsou bezbariérové a jsou vybaveny vlastním sociálním zařízením. Slouží jako výukové pracoviště pro studenty mimopražských univerzit i ZŠ a spolupracuje s pražskými FN. Poskytuje služby občanům hl. m. Prahy a Středočeského kraje. Je členem Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče.

Hospic v Mostě - Hospic v Mostě je umístěn v nově rekonstruovaném objektu se zahradou na okraji města v bezprostřední blízkosti nemocnice a MHD. Lůžková část o kapacitě 15 dvoulůžkových pokojů (pacient + doprovázející osoba), ambulance bolesti v součinnosti s NNP Most (nemocnice následné péče), domácí hospicová péče pro pacienty z Mostecka.

Hospicová péče sv. Kleofáše Třeboň - zřizovatelem je Občanské sdružení pro podporu mobilního hospice na Třeboňsku, které se bude do konce roku 2013 transformovat v o.p.s. Hospicová péče v Třeboni je provozována formou domácího (mobilního) hospice. Za cíl si tato nová služba v regionu klade maximálně pomoci lidem s nevléčitelným onemocněním a rodinám, které je doprovázejí v posledních dnech jejich života.

Dostupné na <http://www.hospice.cz/adresar-hospicu/> 10.4.2016

