

# Tabuizace smrti v současné společnosti

Bc. et Bc. Marie Janíková

---

Diplomová práce  
2014



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

  
INSTITUT  
MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ BRNO

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Institut mezioborových studií Brno  
akademický rok: 2012/2013

## ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Marie JANÍKOVÁ**  
Osobní číslo: **H128137**  
Studijní program: **N7507 Specializace v pedagogice**  
Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Tabuizace smrti v současné společnosti**

### Zásady pro vypracování:

Zadané a zvolené téma bude zpracováno podle pokynů obsažených v materiálu IMS "Metodika psaní odborného textu a výzkum v sociálních vědách" (IMS 2009). Případně podle dalších materiálů, z nichž některé jsou obsaženy v literatuře připojené k tomuto studijnímu textu. Zejména bude dbáno na dodržování zásad publikační etiky a pravidel společenskovedního výzkumu. Průběžné výsledky práce budou pravidelně konzultovány s vedoucím diplomové práce.

S vědomím těchto zásad a pravidel a po konzultaci s vedoucím bude práce zaměřena:

- na hledání odpovědi na otázku, zda je smrt skutečně vylučovaným, vytěsňovaným tématem v současné společnosti;
- na zjištění příčin a následků tohoto stavu;
- na možnosti sociální pedagogiky pro zlepšení současného stavu.

Součástí práce bude empirické šetření event. realizovaný výzkum (kvantitativní, kvalitativní, smíšený) zaměřený na zjištění postoje současné společnosti k problematice smrti a umírání.

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

Ariés, P. Dějiny smrti II. Praha: Argo, 2007.

Haškovcová, H. Thanatologie: Nauka o umírání a smrti. Praha: Galén, 2007.

Křivohlavý, J. Psychologie nemoci. Praha: Grada, 2002.

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

Svatošová, M. Hospice a umění doprovázet. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008.

Další literatura bude obsažena v Projektu diplomové práce a průběžně doplňována během práce na tomto textu.

Vedoucí diplomové práce:

**prof. PhDr. Pavel Mühlpachr, Ph.D.**

Katedra sociální pedagogiky


Datum zadání diplomové práce:

**30. listopadu 2012**

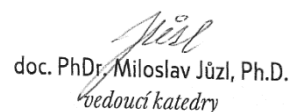
Termín odevzdání diplomové práce:

**31. března 2014**

V Brně dne 30. listopadu 2012

  
prof. PhDr. Pavel Mühlpachr, Ph.D.  
vedoucí ústavu



  
doc. PhDr. Miloslav Jůzl, Ph.D.  
vedoucí katedry

## PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

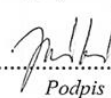
Beru na vědomí, že

- 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 <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu 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 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> 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 <sup>3)</sup> 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.

MARIE JANÍKOVÁ

Jméno, příjmení studenta

V Brně 31. 1. 2014



Podpis

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 nevydělečně 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 nahlédnutí 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 výdělku jím 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 přihlídnou k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

## **ABSTRAKT**

Smrt je nevyhnutnou skutečností. Čeká na každého z nás. Záleží pouze na nás, jak se s tímto reálným faktem vyrovnáme a jak jej přijmeme. Smrt je v současné společnosti popírána a vytlačována na okraj našeho zájmu. V tradičních společnostech používali naši předkové řadu nástrojů, které jim pomáhaly pečovat o umírajícího a lépe se vyrovnat se smrtí vlastní nebo blízkého člověka. Současný člověk se odklonil od většiny z nich a díky tomu se v této problematice ztrácí, je nezkušený a neinformovaný. Následně prožívá také mnohem větší úzkost z představy vlastní konečnosti. Tato práce se zabývá postojem dnešního člověka ke smrti a umírání

Klíčová slova: stáří, stárnutí, gerontologie, smrt, umírání, thanatologie, paliativní péče, hospicová péče, domácí péče, hodnoty, tabu

## **ABSTRACT**

Death is a must. It 's waiting for each of us. Depends only on us, how this real fact we accept it and how. Death in contemporary society is denied and the marginalized of our interest. In traditional societies, our ancestors used a number of tools that help them take care of the dying and to better cope with the death of its own or a close person. The current one will disengage from most of them and in this issue, is inexperienced and uninformed. Subsequently a much larger also experiencing anxiety from the ideas of its own mortality. This work deals with the position of today's man to death and dying.

Key words: old age, aging, gerontology, death, dying, thanatology, palliative care, hospice care, home care, values, taboo

## **Poděkování**

Děkuji vedoucímu své diplomové práce prof. PhDr. Pavlu Mühlpachrovi, Ph.D. za důležité rady a cenné připomínky při vypracování mé práce. Děkuji všem respondentům za jejich ochotu účastnit se výzkumu, neboť bez nich by práce nemohla vzniknout. V neposlední řadě děkuji svým nejbližším, své rodině za jejich trpělivost a morální podporu, čehož si velmi vážím.

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

Ve Bzenci 31. 1. 2014

.....

## OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>9</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>11</b>
<b>1 VYMEZENÍ STÁŘÍ JAKO ŽIVOTNÍ ETAPY</b> .....	<b>12</b>
1.1 MULTIDIMENZIONÁLNÍ ROZMĚR STÁŘÍ.....	12
1.2 PERIODIZACE STÁRNUTÍ .....	15
1.3 GERONTOLOGIE – NADĚJE I SKEPSE .....	18
1.4 PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY PROCESU STÁRNUTÍ .....	20
<b>2 UMÍRÁNÍ A SMRT</b> .....	<b>24</b>
2.1 THANATOLOGIE A JEJÍ VÍCEDIMENZIONÁLNÍ ROZMĚR.....	24
2.2 STÁDIA UMÍRÁNÍ PODLE KÜBLER-ROSSOVÉ.....	27
2.3 PŘÍČINY UMÍRÁNÍ V HISTORII A SOUČASNOSTI.....	30
2.4 VÝVOJ VZTAHU KE SMRTI.....	32
<b>3 PÉČE O UMÍRAJÍCÍHO</b> .....	<b>34</b>
3.1 TYPOLOGIE PÉČE O UMÍRAJÍCÍHO.....	34
3.2 DOPROVÁZENÍ UMÍRAJÍCÍHO A JEHO POTŘEBY.....	36
3.3 LÉČBA VERSUS PÉČE.....	39
3.4 VÝZNAM DOMÁCÍ PÉČE .....	41
<b>4 TÉMA SMRTI V POSTMODERNÍ SPOLEČNOSTI</b> .....	<b>43</b>
4.1 SMRT A JEJÍ MÍSTO V HODNOTOVÉM ŽEBŘÍČKU SOUČASNÉ SPOLEČNOSTI.....	43
4.2 TÉMA SMRTI JAKO TABU.....	46
4.3 PŘÍČINY TABUIZACE SMRTI.....	49
4.4 PLURALITA NÁZORŮ NA SMRT .....	51
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>55</b>
<b>5 PRAKTICKÁ ČÁST VÝZKUMU</b> .....	<b>56</b>
5.1 CÍL VÝZKUMU A HYPOTÉZY.....	56
5.2 METODOLOGIE VÝZKUMU .....	56
5.3 POPIS RESPONDENTŮ .....	58
5.4 HODNOCENÍ VÝZKUMNÝCH OTÁZEK .....	62
5.5 HODNOCENÍ HYPOTÉZ .....	82
<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>85</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b> .....	<b>87</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK</b> .....	<b>91</b>
<b>SEZNAM TABULEK A GRAFŮ</b> .....	<b>92</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	<b>97</b>



## ÚVOD

Smrt je jednou z mála jistot, kterou člověk a v podstatě každý živý organismus má. Jak se říká: „*Nic není jistější než to, že zemřeme.*“ Nicméně pouze člověk si ke smrti v průběhu svého vývoje vytvořil různé specifické postoje a přístupy. Její absolutní nevyhnutelnost z ní činí fakt, se kterým je zapotřebí se vyrovnat.

Každý z nás se v průběhu svého života se smrtí setkal, nejčastěji prostřednictvím médií. Kolik z nás má ovšem za sebou takovou zkušenost, kdy mohl pohlédnout smrti z očí do očí, kolik z nás by si v této těžké chvíli vědělo rady, jak správně a citlivě k umírajícímu přistupovat, jak s ním komunikovat nebo co takový člověk nejvíce potřebuje. V tradičních společnostech si lidé takové otázky klást nemuseli, protože zkrátka a jednoduše věděli, co se od každého člena rodiny v takovéto chvíli očekává. Lékařská věda toho příliš nenabízela, proto lidé spoléhali více sami na sebe, na rituály, vyšší moci či pomoc druhých. Později lidem stále více pomáhala medicína, technický pokrok, rozvoj sociálních služeb a rozvoj zdravotních a sociálních zařízení. V západních společnostech nepatří téma smrti k nejvyhledávanějším. Za nejvyšší hodnoty v těchto zemích je považován úspěch, mládí, krása, vitalita, pokrok a rozvoj. Smrt představuje pro všechny zmíněné atributy v jistém slova smyslu ohrožení a proto je z našeho vědomí poměrně úspěšně vytěšňována. Hlavním záměrem odtabuizování tohoto tématu je, jak se vyrovnat s vlastní smrtelností a jak pomáhat pacientům vyrovnat se s faktem blížící se smrti.

Téma smrti a umírání je mi blízké, protože pracuji jako fyzioterapeut na rehabilitační ambulanci, rehabilitačním lůžkovém oddělení a na oddělení následné péče a v neposlední řadě mě k volbě tohoto nepříliš optimistického tématu vedly neblahé osobní zkušenosti s doprovázením blízkého člověka. Tematika seniorů, nemocných a umírajících lidí je mi proto bližší než problematika jiných věkových kategorií například dětského věku. V této práci také volně navazuji na svou bakalářskou práci na téma „Sociální vztahy u dlouhodobě nemocných klientů“, v níž jsem čerpala právě ze svých profesních zkušeností.

Podle moderního pojetí je sociální pedagogika disciplínou biodromální týkající se všech věkových kategorií a to v různých životních situacích. Umírající člověk (stejně jako jeho blízcí příbuzní) se nachází v krizové životní situaci, která zcela narušuje jeho integritu. Musí se vyrovnat s faktem blížící se smrti, bývá vytržen ze svého přirozeného prostředí a umístěn do prostředí neznámého. Cílem sociální pedagogiky je v rámci

možností zachování co nejvyšší možné kvality života pacienta, která se hodnotí jako výslednice těchto okolností: fyzická, psychická, duchovní stránka, soběstačnost a sociální vztahy.

Touto prací chci objasnit, jaký postoj zaujímá dnešní populace ke smrti a umírání. Zajímá mě, do jaké míry se lidé sami touto otázkou zabývají, jaká je všeobecná informovanost o možnostech péče o umírajícího příbuzného, jaká je znalost institucí pomáhajících doprovázejícím rodinám nebo jaký je postoj současné populace k problematice legalizování eutanazie. Víme, že postarat se o umírajícího příbuzného je povinností v první řadě rodiny a až v případě vyčerpání všech možných prostředků by měla zasáhnout obec popřípadě stát. Proto mě zajímá, jaká část populace již sama pečovala o blízkého člověka na sklonku života, popřípadě jaká část by byla schopna či ochotna v případě potřeby pečovat. Optimismem v tomto směru neoplývám, byť se tyto tendence ve společnosti docela slibně rozvíjí především díky rozvoji institucí pomáhajících pečujícím osobám.

Celá práce je rozčleněna na dva základní oddíly - část teoretickou, pro jejíž vytvoření jsem čerpala z literatury uvedené v Seznamu literatury a část praktickou, jejíž náplň vychází z poznatků získaných dotazníkovou metodou. Teoretická část má 4 celky zabývající se postupně vymezením pojmu stáří, samotnou problematikou smrti a umírání, péčí o umírajícího a analýzou tématu smrti v současné společnosti, která je označována jako postmoderní. Na teoretickou část plynule navazuje část praktická.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

# 1 VYMEZENÍ STÁŘÍ JAKO ŽIVOTNÍ ETAPY

## 1.1 Multidimenzionální rozměr stáří

*„Stárnutí je nepříjemné, ale je to jediný způsob, jak dlouho žít.“* Saint-Beuve

Stáří je nevyhnutnou perspektivou každé živé bytosti. Kdo nezemře mladý, neujde mu. Téma stáří je dnes stále více diskutované z důvodu výrazně se měnící struktury společnosti. Podíl starých lidí ve společnosti narůstá, skupina seniorů začíná převyšovat populaci dětí a mládeže, prodlužuje se délka života, stárnutí se stává celosvětovým fenoménem. Tento jev se nazývá **stárnutí obyvatelstva** neboli **demografické stárnutí**. Jedná se o jeden z nejvýznamnějších demografických procesů, který je charakteristický měnícím se zastoupením věkových skupin v populaci. Demografické stárnutí probíhá u obyvatelstva naprosté většiny zemí světa, jednak v důsledku poklesu intenzity úmrtnosti a tím prodlužování lidského života a jednak v důsledku poklesu úrovně porodnosti.<sup>1</sup> Kolem tohoto procesu se rozvíjí široká diskuze na téma: sociální zabezpečení, zdravotní stav ve stáří, osamělost, nedostatečná nabídka služeb, bydlení seniorů a další. Stárnutí lidstva je problémem celosvětovým. Na tak značném nárůstu počtu stárnoucích osob se podílí především vyspělé země Evropy, Severní Ameriky a Japonsko.<sup>2</sup>

Jak tedy vypadá situace v Evropě? Nejběžněji používanou charakteristikou v mezinárodním srovnání je podíl osob ve věku 65 a více let v dané populaci. Na světě žije kolem 7 % lidí starších 65 let, ve vyspělém světě je jejich podíl vyšší. Podle tohoto měřítka má nejstarší populaci v Evropě Itálie a Německo s 19 %, dále Řecko s 18 %, naopak mladou populaci mají státy s vyšší úrovní úmrtnosti a vyšší úrovní porodnosti např. Slovensko či Irsko.<sup>3</sup>

V ČR bude podle předpokládané prognózy ČSÚ v roce 2050 starší generace dokonce nejpočetnější v populaci. Největší skupinu budou tvořit pětasedmdesátníci v důsledku velké porodnosti kolem roku 1975 a naopak nejméně početnou skupinou budou padesátníci

---

<sup>1</sup> SZÚ Praha

<sup>2</sup> MÜHLPACHR, P., BARGEL, M. *Seniori z pohledu sociální pedagogiky*. Brno: IMS, 2011, s. 5. ISBN 978-80-87182-21-5.

<sup>3</sup> Graf 25

z důvodu nízké porodnosti z přelomu tisíciletí. A od současnosti se předpokládá stálý plynulý pokles porodnosti vyjma roku 2040, kdy se mírně ustálí.<sup>4</sup>

Obdobím stárnutí se okrajově zabývá řada vědních oborů a disciplín (medicína, psychologie, filozofie, ekonomie, etika, teologie, atd.), což dokazuje skutečnou a objektivní *multidimenzionalitu* problému. Stárnutí není něčím, co by přicházelo naráz jakoby ze dne na den, právě naopak. Je pomalým, plynulým procesem, který nelze chápat jako nemoc, ale jako něco naprosto přirozeného a fyziologického.<sup>5</sup> Stárí se ukazuje jako významná a poměrně dlouhá životní etapa. Můžeme jej definovat jako poslední úsek lidského života, jako poslední úsek ontogeneze či jako protiklad mládí. Neexistuje přesný okamžik nástupu stárí, neboť fyziologické změny probíhající v organismu spojené s plynutím času probíhají pozvolna a značně individuálně. Seniorská populace je velmi heterogenní skupinou. Tato různorodost je dána několika faktory, které se v různé míře uplatňují a ovlivňují. Patří sem:

- interindividuální variabilita involučních biologických změn
- genetická výbava
- závažnost a množství prodělaných chorob
- životní styl, zkušenosti, návyky
- celoživotní profese
- socioekonomický status

S prodlužováním délky lidského života se objevují dva základní okruhy etických otázek:

- ✓ Jaká bude maximální délka života?
- ✓ Nevede snižování úmrtnosti pouze k narůstání počtu a podílu let života ve špatném zdravotním stavu?

Starý člověk je v rámci společnosti vystaven jistým ohrožením a rizikům a stává se snadno obětí **věkově podmíněné diskriminace**. Stárnoucí jedinec je mnohem

---

<sup>4</sup> Graf 26

<sup>5</sup> KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002, s. 135. ISBN 80-247-0179-0.

náchylnější k různým nemocem, snižují se pohybové schopnosti a řada psychických funkcí, snižuje se též sociální status jedince, dochází k jeho větší izolovanosti, prohlubování pocitů méněcennosti, nedůležitosti a snižování sebevědomí. K nejčastějším rizikům ohrožujícím seniory patří:<sup>6</sup>

- *Ageismus* (věková diskriminace, vyřazování lidí z různých aktivit, vedoucích pozic,...)
- *Pauperizace* (ekonomické znevýhodnění, odchodem do důchodu se mění možnost uspokojovat své potřeby, lidé musí často slevit ze svých zvyklostí)
- *Segregace* (vytěšňování na okraj společnosti)
- *Generační intolerance* (např. otázka bydlení)
- *Osamělost* (ovdověním nebo odchodem potomků)
- *Předsudky* (přeceňování nemocnosti, podceňování výkonnosti, podezírání z demence)
- *Rychlý technický rozvoj* (ztráta konkurenceschopnosti na trhu práce, starší generace ztrácí schopnost rychle se orientovat v přetechnizovaném světě)
- *Vyšší nemocnost*
- *Zvýšené riziko ztráty soběstačnosti*
- *Manipulování* (ztráta rozhodovacích možností)
- *Zanedbávání a týrání nesoběstačných jedinců*

Problém stárnutí zajímal lékaře a filozofy všech dob. Předchůdci gerontologů řešili otázky stárnutí z filozofického hlediska, např. Cicero, Konfucius nebo později Goethe, který hovoří o „ročních obdobích života“. Stárnutí je proces, který obecně vede k úbytku sil, ke zpomalení až uhasnutí životních pochodů. Jeho zakončením je smrt. Stárnutí je přirozený a nevyhnutný proces zasahující rozličným způsobem do všech oblastí života člověka. Je dějem nezvratným a do značné míry individuálním. Otázka stárnutí tedy souvisí přímo s otázkou vlastního života člověka. Nekonečná složitost života má svůj odlesk i v nekonečné složitosti stárnutí a umírání.<sup>7</sup> Tělesné stárnutí představuje úbytek funkcí většiny orgánových soustav. Jednotlivé systémy organismu stárnou nerovnoměrně a s interindividuální variabilitou. Procesu stárnutí podléhá také psychická a sociální složka osobnosti každého člověka.

---

<sup>6</sup> MÜHLPACHR, P. *Schola gerontologica*. 1. vyd. Brno: MU, 2005 ISBN 80-2103838-1.

<sup>7</sup> TVAROH, F. *Všichni stárneme*. 2. vyd. Praha: Avicenum, 1983.

## 1.2 Periodizace stárnutí

Stárnutí je celoživotní proces. Některé vědecké teorie říkají, že stárnutí začíná narozením. Lidová moudrost říká, že každý je tak starý, na kolik se cítí. I když je v tomto rčení kus pravdy, je zapotřebí stanovit konkrétní měřítko, podle něhož určíme, do které fáze vývoje člověk spadá. Proces stárnutí probíhá u každého individuálně, je proto nesnadné stanovit definici, která by přesně vymezovala, od kdy je člověk „starý“. Hlavním používaným ukazatelem je věk, podle něhož se lidé klasifikují a na jehož základě se pak reguluje přístup k dávkám důchodového pojištění.

V rámci stárnutí rozlišujeme:<sup>8</sup>

**A/ věk kalendářní (biologický)**, který odpovídá skutečnému věku dle data narození a

**B/ věk funkční**, tzv. funkční potenciál člověka.

Tyto věky spolu mohou, ale také nemusí korespondovat. Otázkou je, kdy se člověk stává skutečně starým a to v každém individuálním případě. Označení „starý člověk“ se zakládá především na společenských zvyklostech. Obyčejně je to člověk, kterému vznikl dle kalendářního věku nárok na důchod. A protože každý starobní důchodce je pokládán za starého člověka, považuje většina lidí odchod do důchodu za počátek stáří.

Za poslední století přibývá gerontů více než lidí jiných věkových skupin. Příčiny jsou dvě:<sup>9</sup>

- ✓ Prodlužování lidského věku – větší procento lidí se dožívá šedesátky, sedmdesátky.
- ✓ Snižování porodnosti – mladých lidí přibývá minimálně.

ad A/ Dle WHO se stáří (kalendářní, biologický věk) člení na tři vývojové úseky:

- ❖ **Rané stáří (presenium)** – období mezi 60-74 lety
- ❖ **Vlastní stáří (kmetství, senium, senescence)** – období mezi 75-89 lety
- ❖ **Dlouhověkost (patriarchium)** – věk nad 90 let

---

<sup>8</sup> DOŇKOVÁ, O., NOVOTNÝ, J. S. *Vývojová psychologie pro sociální pedagogy*. Brno: IMS, 2009, s. 134.

<sup>9</sup> ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. 2. vyd. Praha: Portál, 2004, s. 370. ISBN 80-7367-124-7.

ad B/ Funkční věk se dělí na 3 oblasti stárnutí:

❖ **Stárnutí biologické** - zpomalení a oslabení funkcí většiny orgánových soustav. Fyziologické změny se projevují již na molekulární úrovni, dochází k poškozování DNA a lipoproteinových buněčných struktur. Všechny systémy jsou nestejnou měrou zasaženy procesem stárnutí. Degenerují elastická vlákna, snižuje se počet buněk všech orgánových struktur, dochází k celkovému úbytku vody v organismu, klesá počet nervových synapsí, vedení vzruchu je pomalejší, zvyšuje se prahová intenzita, atrofie postihuje všechny orgány a následně jejich funkčnost. Dochází k oslabení cévních stěn, u kapilár dochází ke snížené schopnosti zásobovat vyživovaný orgán, klesá počet plicních alveol, snižuje se vitální kapacita plic, činnost gastrointestinálního traktu se snižuje, dochází ke ztrátě chrupu, zmenšuje se objem jater, snižuje se funkčnost ledvin. Dochází ke snížení density kostí, degenerativním změnám na velkých kloubech, naopak se zvyšuje podíl tělesného tuku. Následkem všech těchto změn dochází k obtížnému udržování homeostázy, k problémům s termoregulací, častým dehydratacím a jiným potížím<sup>10</sup>. Také smyslové orgány procházejí řadou změn vedoucích k úbytku jejich funkcí. Smysly slouží jako nástroje kontaktu s okolním prostředím, proto jejich snížená funkce ochuzuje starého člověka o plné vnímání a prožívání okolního světa. Zhoršuje se především zrak, sluch a hmat. Zhoršování zraku a sluchu, které velice vážně postihuje celou řadu starých lidí, má zcela jistě nepříznivý vliv na jejich jazykové schopnosti.

❖ **Stárnutí psychické** představuje změnu většiny psychických funkcí, nejmarkantnější je vztah stárnutí a inteligence, paměti či pozornosti<sup>11</sup>.

Rozlišujeme 2 typy inteligence: *krystalickou*<sup>12</sup> a *fluidní*<sup>13</sup>.

Uskutečněné výzkumy dokazují, že staří lidé si zachovávají svou moudrost (krystalickou inteligenci), ale ztrácejí bystrost (fluidní inteligenci).

---

<sup>10</sup> MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno: IMS, 2009, s. 23-29.

<sup>11</sup> STUART – HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-274-2.

<sup>12</sup> *Krystalická inteligence* – odpovídá běžnému pojmu „moudrost“, udává množství vědomostí, které člověk získal v průběhu svého života.

<sup>13</sup> *Fluidní inteligence* – důvtip, bystrost, schopnost řešit problémy, pro které neexistují řešení, k nimž by bylo možno dojít na základě formálního vzdělání či zkušeností dané kultury.



Starý člověk hůře chápe nové situace a obtížně se také učí novým věcem, proto se také špatně přizpůsobuje novým věcem. Z toho důvodu staří lidé často jakékoliv změny odmítají.

Změny paměti není snadné jednoznačně definovat, neboť rozlišujeme několik druhů paměti. Jedním z nejjednodušších způsobů jejího kategorizování je dělení na *krátkodobou* a *dlouhodobou* paměť a to podle doby, po kterou lidé dokážou informaci podržet. Větší zhoršení je možné sledovat u krátkodobé paměti, přesto lze říci, že existuje řada faktorů způsobujících věkem podmíněné oslabování paměti. Patří mezi ně: emocionální stav, dosažené vzdělání, postavení v zaměstnání, socioekonomický status, slovní zásoba, míra deprese a v neposlední řadě i genetická výbava.

Jisté funkční úbytky se vyskytují i v případě pozornosti u starých lidí. Jako další změny projevující se v psychice starého člověka můžeme uvést větší citovou zranitelnost, větší psychickou unavitelnost, zhoršení postřehu, častější deprese, úzkosti, změny osobnosti, zhoršení adaptačních schopností, změny vůle, atd.

- ❖ **Stárnutí sociální** - je představováno změnou sociálních rolí a potřeb, životního způsobu, ekonomického zajištění i společenského hodnocení. Všechny zmíněné aspekty způsobují zvýšené riziko ohrožení věkově podmíněnou diskriminací, ztrátu společenské prestiže, osamělost, pokles životní úrovně a další. Odchod do důchodu je spojen především se snížením sociálního statusu a s tím související sociální izolací, která s sebou nese pocity neužitečnosti, zbytečnosti a nižšího sebehodnocení. V tomto období roste význam partnera, jsou teď nuceni trávit společně více času, proto ztráta jednoho z nich představuje obrovský stres. Důležité je zázemí vlastní rodiny z důvodu pocitu bezpečí a rostoucí závislosti na jejich pomoci. Stáří spadá do období tzv. 3. a 4. věku (1. a 2. věk – předproduktivní a produktivní) někdy také označovaného jako období postproduktivní a období závislosti. Toto označení však skýtá řadu rizik, může

evokovat negativní stereotypizování lidí 3. a 4. věku včetně představy sociální izolace, křehkého zdraví a tělesné a finanční závislosti.<sup>14</sup>

### 1.3 Gerontologie – naděje i skepse

Historie gerontologie je velmi bohatá, i když v dřívějších dobách se rozvíjela v rámci jiných věd, především filozofie a medicíny. Mezi antickými filozofy nacházíme řadu zajímavých myšlenek týkajících se stárnutí. *Aristoteles* považoval stárnutí za důsledek ztráty tepla, *Hippokrates* za důsledek ztráty vlhka, nejobsáhleji se v této době věnoval stáří řecký lékař *Galénos*, který chápe stáří jako stav mezi zdravím a nemocí, navozený výměnou tělních šťáv a úbytkem krve, vlhka a tepla. Stárnutí považoval za ovlivnitelné životosprávou a dietou. *Platon* chválí stáří, protože vede člověka k lepší životní harmonii, k opatrnosti a prohlubuje jeho moudrost. Starý člověk dovede lépe hodnotit kvality života, lépe jej umí prožít, má zdravý úsudek. *Sokrates* se naopak obává prodloužení života, neboť má strach, že bude muset zaplatit daň stáří, oslepne, ohluchne, nebude schopen se učit a bude rychle zapomínat.

Středověk pohlížel na stáří negativně, a proto v té době panoval strach ze stárnutí a stáří. Bádání o stáří a úvahy o něm byly na dlouhou dobu vytlačeny na okraj zájmu společnosti. Až v 17. století se objevují spisy o stáří v dílech *F. Bacona* nebo *J. A. Komenského*. Koncem 19. století se formuje geriatric, která se rychle rozvíjí až ve 2. polovině 20. století. Počátek 20. století představuje období mohutného rozvoje gerontologie jako samostatné vědní disciplíny.<sup>15</sup> V nedávné době (na konci 20. století) se také vymezuje nový podobor - *gerontopedagogika* jako nedílná součást gerontologie a představuje pedagogický pohled na seniorskou populaci.

**Gerontologie** je přírodní věda o stárnutí a stáří. (Název pochází z řeckého gerón = starý muž.<sup>16</sup>) Je to věda interdisciplinární, integrovaná a komplexní. Vychází z biopsychosociální podstaty člověka a procesů stárnutí. Zkoumá zákonitosti, příčiny,

---

<sup>14</sup> KINSELLA, K., PHILLIPS, D. R. *Global Aging: The Challenge of Success*. Washington: The Population Bulletin 2005. Vol. 60, No. 1, p. 6.

<sup>15</sup> MÜHLPACHR, P., BARGEL, M. *Senioři z pohledu sociální pedagogiky*. Brno: IMS, 2011, s. 9. ISBN 978-80-87182-21-5.

<sup>16</sup> Latinsky senex (starý muž), odtud pojmy senilita či senium.

mechanismy a projevy stárnutí. Problémy spojené se stárnutím jsou mimořádně rozsáhlé. Je otázkou, zda lidstvo vůbec kdy dospěje k jejich vyřešení a odhalí jeho příčinnost. Věčné mládí je nejstarším snem lidstva a současná věda svými rozsáhlými výzkumy usiluje o jeho odhalení. Otázky zpomalení či zastavení stárnutí ovšem stojí na rozhraní vědeckého, filozofického a etického uvažování.

Gerontologie se dělí na:<sup>17</sup>

- **Teoretickou** – zaměřuje se na výzkum příčin a projevů stárnutí.
- **Klinickou** – zabývá se zdravotním a funkčním stavem ve stáří a léčbou starých lidí. Je samostatným lékařským oborem zabývajícím se především interní, neurologickou, psychiatrickou, ortopedickou, rehabilitační a ošetrovatelskou problematikou. Nazývá se **geriatrií**.<sup>18</sup>
- **Sociální** – zaměřena na zabezpečení starých lidí po hmotné a společenské stránce a celkově vzájemným vztahem starého člověka a společnosti.

Společenské změny, které koncem minulého století nastaly, jsou součástí celosvětového kontextu vývojových změn ekonomických, politických, sociálních a také kulturních.

S postupujícím demografickým stárnutím se senioři stávají stále více heterogenní skupinou, především s ohledem na funkční zdatnost a soběstačnost. Nelze předpokládat, že všichni mohou být aktivní na trhu práce a v rámci občanské společnosti či rodiny. Zajištění důstojné a odpovídající péče proto patří k povinnostem každé společnosti, která reprezentuje úroveň vyspělosti dané země a společenské odpovědnosti. Pro efektivní využití potenciálu rostoucího počtu seniorů je třeba se zaměřit na dvě základní oblasti – zdraví a celoživotní učení. Pro zajištění dodržování a ochrany lidských práv seniorů vznikl nový **Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017**. Jedná se o strategický dokument vlády, který stanovuje pro dané období následující priority:<sup>19</sup>

---

<sup>17</sup> TVAROH, F. *Všichni stárneme*. 2. vyd. Praha: Avicenum, 1983, s. 8.

<sup>18</sup> Pro zajímavost: zakladatel geriatrie I. L. Nasher zemřel v roce 1964 ve věku 101 let.

<sup>19</sup><http://www.mpsv.cz/cs/14540>

- *Zajištění a ochrana lidských práv starších osob* (vize: Seniorům je zajištěno plné požívání všech jejich práv a ochrana před projevy špatného zacházení a inkriminace na základě věku.)
- *Celoživotní učení* (vize: Celoživotní učení jako přirozená a funkční součást společnosti.)
- *Zaměstnávání starších pracovníků a seniorů ve vazbě na systém důchodového pojištění* (vize: Senioři jako zkušení, vysoce odborní a vyzrálí pracovníci na trhu práce včetně existujících flexibilních podmínek pro jejich postupný přechod z pracovní aktivity do starobního důchodu.)
- *Dobrovolnictví a mezigenerační spolupráce* (vize: Senioři jako nedílná, aktivní a samozřejmá součást naší společnosti.)
- *Kvalitní prostředí pro život seniorů* (vize: Kvalitní prostředí s odpovídající infrastrukturou, dostatečnou nabídkou bydlení a občanské vybavenosti umožňující aktivní zapojení seniorů do komunitního života.)
- *Zdravé stárnutí* (vize: Zdravý životní styl a prevence nemoci jako základní předpoklad pro zvýšení kvality a prodloužení aktivního života ve stáří.)
- *Péče o nejkřehčí seniory s omezenou soběstačností* (vize: Široká nabídka provázaných sociálně-zdravotních služeb včetně zapojení pečovatelů, která bude reagovat na specifické potřeby nejkřehčích seniorů s omezenou soběstačností.)

#### 1.4 Psychologické aspekty procesu stárnutí

Historicky vzato si lidé v procesu stárnutí všímali především fyzických změn a snažili se jim nějakým způsobem zabránit. Psychologické aspekty stáří se stávají předmětem odborného zájmu prakticky až ve 20. století, přestože mezi fyzickými změnami a psychikou existuje vztah vzájemného ovlivňování.

Stáří se nemilosrdně a nestejněmálně dotýká všech psychických funkcí. Je výsledkem celé lidské ontogeneze. Nelze je vytrhnout z kontextu života a hodnotit odděleně. S věkem klesá vitalita a energie, dochází celkově ke zpomalení psychomotorického tempa

a zhoršení sensorických schopností.<sup>20</sup> Každý člověk se během svého života mění. Stařecké změny intelektu můžeme označit jako vyhrocení základních povahových rysů, jinými slovy se dá říci, že typické vlastnosti člověka se ve stáří skutečně zvýrazňují.

Stárnutí přináší nárůst obecných vědomostí, ale za cenu delší doby, po kterou je třeba věci promýšlet. Jinými slovy stáří s sebou nese větší moudrost (krystalická inteligence), ale menší důvtip, bystrost (fluidní inteligence) nebo výbavnost.<sup>21</sup> Ve stáří však stoupá zájem o všeobecnou informovanost a rozhled. **Intelektuální úroveň** starých zdravých lidí nemusí být nijak porušena (navzdory poruchám paměti), přesto že vykazuje stereotypii úsudku (myslí a jednají ve známých a osvědčených schématech).

Poruchy **paměti** spojené se stářím jsou považovány za typické. I když zapomnětlivost není výhradním rysem stárnoucího člověka. Paměť má různé kvality (krátkodobá, dlouhodobá, profesní, pro čísla,...). Typické je, že si starci velmi dobře pamatují na zážitky z dětství a mládí, ovšem nepamatují si, co dělali stávající den dopoledne nebo co měli k obědu.

Problém vzniká tedy s krátkodobou pamětí, dlouhodobá zůstává zpravidla zachována. S věkem se snižuje vnímavost, vstřípivost a výbavnost, což jsou podstatné složky paměti. S věkem se zhoršuje i schopnost **učení**, prodlužuje se doba potřebná pro naučení nové látky a zvyšuje se i počet chyb.

Klesá celková schopnost psychické **adaptability**, staří lidé bývají nejistí a úzkostní v neznámém prostředí, častá je nedůvěřivost. Staří lidé trpívají zvýšenou únavností, poruchami spánku, smutkem až depresemi. Prožívají strach ze samoty, z nemocí, ze smrti. Více filozofují, uvažují často o smyslu života a bilancují. Vracejí se ve vzpomínkách k tomu, co bylo v jejich životě důležité, ať už to bylo dobré nebo zlé. Snížena bývá často **aktivní vůle** starého člověka. Ten se obtížně, pomalu a nerad rozhoduje. Projevy chování se stávají tvrdohlavým a ulpívavým. Naopak **pasivní vůle** představovaná stálostí, vytrvalostí a trpělivostí bývá u starého člověka naopak silnější oproti jeho mládí.

Velkým problémem postihujícím lidi pokročilého věku je **demence**. Asi u 95 % lidí nad 75 let věku je cévní systém postižen arteriosklerózou. Toto chronické onemocnění

---

<sup>20</sup> HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1. vyd. Praha: Panorama, 1990, s. 86-109. ISBN 80-7038-158-2.

<sup>21</sup> STUART-HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999, s. 49. ISBN 80-7178-274-2.

způsobuje řadu obtíží zejména častý výskyt cévních mozkových příhod (ischemického charakteru) nebo výše zmíněné demence. Prvním příznakem bývá obvykle zhoršování paměti, později se člověk stává dezorientovaným, nepoznává své nejbližší okolí, dochází ke změnám osobnosti, sociálního chování a emočního prožívání. Postupně se člověk dostává do stavu těžko zvládnutelného v domácích podmínkách a plně odkázaným na pomoc druhých osob.

Z výše uvedeného se zdá, že kvalita psychiky ve stáří se zhoršuje. Tyto změny nepostihují každého člověka stejnou měrou nebo se nemanifestují v plné míře. Někdo je stížen takovým neduhem, někdo zase jiným. Zprvu je obtíží jen pár, postupně jich přibývá. Důležité je, snažit se jim postupně čelit. Záleží na osobní odpovědnosti každého člověka, zda se pokusí minimalizovat dopady stáří.

Podle Eriksonovy teorie dochází v tomto období ke střetu integrity ega a zoufalství.<sup>22</sup> Samotná **integrita osobnosti** bývá ve stáří zachována, mění se obvykle jen dílčí vlastnosti osobnosti. Neexistuje žádný typ osobnosti typický pro stáří. Některé charakteristiky se zvýrazňují, jiné ustupují do pozadí. V průběhu stárnutí se často mění pořadí důležitosti potřeb, hodnot i cílů, dochází i ke změnám motivace. Typ osobnosti se vyhraňuje již dávno před začátkem stáří, nelze tedy tvrdit, že stáří vytváří osobnost. Existují trvalé charakteristiky lidské osobnosti, které jsou základním kamenem chování člověka. Nejznámější jsou introverze - extroverze, psychoticismus a neuroticismus. Všechny se v průběhu lidského života mění, přičemž vliv na ně má řada faktorů, zejména pohlaví, věk, životní styl, dědičnost, vnější vlivy. Staří lidé bývají často **neurotičtí**, což může být projevem velké zátěže vyplývající z nastalých změn či životních ztrát. Staří lidé prožívají mnoho změn, ale jen málo z nich jsou pozitivního charakteru. U lidí nad 65 let se zvyšuje počet dokonaných **sebevražd**. Staří lidé je většinou dlouho a dobře plánují. Řeší tak negativní události a změny např. výskyt nemoci, ztrátu partnera nebo samotu. Dalším charakteristickým rysem pro stáří je snížení sebedůvěry a nárůst nejistoty. To se projevuje zvýšenou bázlivostí, opatrností, nerozhodností až puntičkářstvím a častými stavy nespokojenosti.

---

<sup>22</sup>DOŇKOVÁ, O., NOVOTNÝ, J. S. *Vývojová psychologie pro sociální pedagogy*. Brno: IMS, 2009, s. 28.

*„Předpokladem moudrého stáří, s převahou pozitiv, je nejen znalost, jak se účinně bránit prudkému pádu, ale také akceptace skutečnosti, že ten pád nastat musí. Uvážit tedy možné a respektovat zákonité. Pěstovat harmonii a usilovat, aby byla zachována i tehdy, kdy věk s sebou přináší pokles živosti a čilosti.“<sup>23</sup>*

---

<sup>23</sup> HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1. vyd. Praha: Panorama, 1990. ISBN 80-7038-158-2.

## 2 UMÍRÁNÍ A SMRT

### 2.1 Thanatologie a její vícedimenzionální rozměr

*„Když jsi přišel na svět, plakal jsi a všichni se radovali.*

*Žij tak, aby všichni plakali, až jej budeš opouštět.“* Konfucius

Thanatologie je interdisciplinární vědou o smrti a umírání. Zabývají se nejen lékaři a filozofové, ale také sociologové, psychologové, teologové a další. Základy moderní thanatologie položili **S. Freud** a **C. G. Jung**, na jejím rozvoji se podílela především **E. Kübler-Rossová**. U nás je problematika biologicky koncipované thanatologie první poloviny 20. století spojena se jmény **Úlehla** a **Herčík**.<sup>24</sup> Podle nich lze smrt studovat v biologickém kontextu, tedy ne pouze jako fenomén reflektovaný lidmi, ale jako jev, který je v přírodě všudypřítomný.<sup>25</sup> V druhé polovině 20. století jsou hlavními představitelkami této problematiky **Helena Haškovcová** a **Marie Svatošová**. Zabývají se především psychickými a spirituálními potřebami umírajících.

Thanatologie jako věda se zaměřuje zejména na tyto problémové okruhy:

- ✓ Proces umírání
- ✓ Detabuizace smrti
- ✓ Techniky konfrontace se smrtí
- ✓ Základní techniky paliativní péče
- ✓ Studium potřeb umírajících
- ✓ Problematika eutanazie a dystanazie
- ✓ Hospicové hnutí
- ✓ Kvalita a smysl života
- ✓ Péče o pozůstalé
- ✓ Péče o ošetřující personál

---

<sup>24</sup> Josef Úlehla, 1888-1947, botanik a rostlinný fyziolog, prof. univ. v Brně,

Ferdinand Herčík, 1905-1966, český radiolog a biolog, univ. prof. v Brně.

<sup>25</sup> HÖSCHL, C. *Tabuizované téma smrti*. Upravený a doplněný přepis autorem moderované živé rozhlasové diskuse Doc. MUDr. Miloše Vojtěchovského a Prof. Dr. Heleny Haškovcové na téma „Umírání“ v pořadu Labyrint vysílaném na stanici Vltava dne 24. 8. 1992.



- ✓ Doprovázení
- ✓ Thanatofobie a další aspekty týkající se umírání.

Smrt/exitus je individuální zánik organismu. Lékařská terminologie ji definuje jako nevratné selhání životně důležitých funkcí organismu. Nelze ji zaměňovat s umíráním, neboť umírání je jednou fází života organismu, smrt je jejím přirozeným završením. Umírání lze charakterizovat jako životní období začínající okamžikem, kdy je pacientovi sdělena diagnóza s fatální prognózou až do okamžiku vlastní smrti.

V rámci chronologického rozčlenění umírání rozlišujeme tyto 3 fáze:

- **Fáze pre finem** - představuje boj pacienta s nemocí, může trvat dny, týdny, ale i měsíce a roky, snahou je co nejvyšší kvalita života pacienta, důležitá je celostní péče (nejde jen o fyzické strádání, důležitá je i psychická podpora).
- **Fáze in finem** – umírání ve vlastním slova smyslu, pacient většinou upadá do bezvědomí a v tomto stavu tiše odchází, mnoho pacientů má obavy z toho, že zemřou o samotě, proto je velmi důležité udělat maximum proto, abychom mohli u umírajícího posedět, pokud to nemůže být rodina tak alespoň nemocniční personál.
- **Fáze post finem** – péče o mrtvé tělo a péče o pozůstalé.

Existuje řada příčin smrti:

- Přirozená smrt (stářím)
- Podlehnutí nemoci
- Sebevražda
- Trauma (autonehody, utonutí, uhoření, pády,...)
- Smrt způsobená jiným člověkem (zabití, vražda)

Dle doby trvání rozlišujeme:

- *Rychlou smrt* (oběť zemře náhle a nečekaně, okolí je šokováno, naprosto nepřipraveno)
- *Pomalé umírání* (z důvodu vleklého onemocnění s letální prognózou)

Umírání je komplexní proces projevující se řadou fyzických, psychických a spirituálních symptomů. **Tělesné příznaky** závisí na druhu onemocnění a na konkrétním individu. Přesto jsou některé příznaky společné. Patří sem:<sup>26</sup>

- Prodlužování doby denního spánku
- Snížení ochoty komunikovat
- Zhoršení smyslového vnímání
- Zmatenost, dezorientace
- Astenie
- Bolesti
- Klesá potřeba příjmu potravy
- Nápadná vyhublost
- Snížení prokrvení periferie (chladnutí končetin)
- Klesající krevní tlak
- Zhoršené dýchání
- Nepravidelnost srdečního rytmu
- Sucho v ústech

V rámci procesu umírání dochází také ke změnám v **psychice** umírajícího. Psychické prožívání umírání je značně individuální, závislé na celé řadě faktorů. Při plně zastřeném vědomí, nevnímá pacient podněty z okolního prostředí a umírá v bezvědomí. Pokud ale pacient umírá při plném vědomí, prožívá mimořádnou vnitřní tíseň a mohou ho provázet tyto obavy:

- Strach z bolesti a utrpení
- Strach z opuštěnosti
- Strach z nedokončené práce
- Strach o rodinu
- Strach ze selhání

---

<sup>26</sup> NEČESÁNEK, P. *Komplexní analýza problematiky paliativní péče a eutanazie*. Brno, 2005, Diplomová práce. Pedagogická fakulta, Katedra speciální pedagogiky. Vedoucí diplomové práce Pavel Mühlpachr.

Co se týká **duchovní složky** umírání, je typické pátrání po smyslu lidské bytosti a lidského života, lidé bilancují. Každý se toho zhostí po svém, především s ohledem na víru nebo také dosavadní způsob života. Je prokázáno, že věřící lidé prožívají před smrtí menší úzkost než lidé nevěřící.

## 2.2 Stádia umírání podle Kübler - Rossové

Reakce jednotlivých lidí na těžké životní situace jsou různé. Závisí na spoustě faktorů ať už vnějších (okolní prostředí, rodinné zázemí,...) nebo vnitřních (osobnosti jedince, životní zkušenosti,...). Pacientova reakce nezávisí pouze na tom, co mu lékař sdělí, ale především, jakým způsobem. Sdělovat pacientovi špatné zprávy je umění. Mělo by se tak dít v soukromí, lékař by měl používat prostá slova, ne příliš odborných výrazů a být empatický. Lze konstatovat, že existují určité zákonitosti a že psychika člověka po zjištění smrtelné diagnózy prochází určitými *fázemi*. Je nutné si uvědomit, že těmito fázemi neprochází jen umírající, ale i jeho nejbližší příbuzní. Ti trpí spolu s ním a navíc se od nich často očekává přímo nadlidský výkon a přetrvává představa, že příbuzní musí všechno vydržet.<sup>27</sup>

Tyto „fáze“ umírání velmi přehledně popsala americká lékařka, psychiatrička švýcarského původu **Elisabeth Kübler – Rossová** (1926-2004). Celý svůj život zasvětila práci s těžce nemocnými a umírajícími lidmi. Problematikou prožívání rozvoje nevyléčitelné nemoci se zabývala v 60. letech minulého století v nemocnici v Chicagu. Své závěry stanovila na základě výzkumu (několik stovek rozhovorů), který provedla s terminálně nemocnými pacienty. Dále zjistila, že tyto fáze se nemusí týkat pouze situace umírání, ale může je také prožívat člověk v případě mimořádné ztráty či jiných katastrof a neštěstí, které mohou každého v životě potkat. Zjistila, že různí pacienti reagují na závažná sdělení o svém zdravotním stavu různě, fáze nemusí nezbytně probíhat v uvedeném pořadí a nemusí být ani všechny prožity. Reakce na nemoc či smrt jsou stejně jedinečné jako osobnost člověka, který tuto náročnou situaci prožívá.

---

<sup>27</sup> SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 6. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008, s. 23. ISBN 978-80-7195-307-4.

Psychické prožívání nemoci rozdělila do 5 fází:<sup>28</sup>

1. **POPÍRÁNÍ A IZOLACE**- pacientu je sdělena závažná diagnóza tvrdá realita blížící se smrti. Toto stádium představuje dočasnou obranu, šok a negaci, dotyčný se s novou informací odmítá smířit. Projevuje se ve formě reakcí: „To není možné!“ „To je určitě omyl.“ „Došlo k záměně výsledků.“ K úplnému či alespoň částečnému popírání se uchylují téměř všichni pacienti, a to nejen v prvních fázích nemoci, ale také ve fázích pozdějších. Odmítání, popírání reality funguje jako jakýsi nárazník, jenž tlumí účinky šokující zprávy, dovoluje pacientovi nabrat trochu sil a schopnost o neodvratné smrti s někým v klidu pohovořit.

Doprovázející by měl v této fázi usilovat o získání důvěry a navázání kontaktu.

2. **ZLOST** – jakmile člověk zjistí, že v popírání už nemůže pokračovat, přechází do fáze agrese, hněvu, vzteku a závisti. Pacientův hněv míří na všechny strany, vybíjí se na komkoli, kdo se zrovna namane. Doktoři jsou neschopní, sestry dělají všechno špatně, příbuzní přijdou vždy nevhod. Ti pak reagují vztahovačně a smutkem a odmítají chodit na další návštěvy a to pak prohlubuje stále větší zlobu v pacientovi. Problém spočívá v tom, že ne každý se pokouší vcítit se do pacientova stavu a pochopit tak jeho chování. Budoucnost umírajícího nemá růžovou perspektivu a je přirozené, že se obrací proti všem, kteří nebyli podobně zasaženi. Pokud se lidé v jeho okolí snaží respektovat a pochopit umírajícího, pokud mu věnují trochu svého času, jistě se nemocný za nějaký čas ztiší a zmírní svou zlost. Je zapotřebí být trpělivý a empatický.

V této fázi je velmi těžké s postiženým spolupracovat a komunikovat, ti reagují většinou tímto způsobem: „Proč zrovna já?“ „Kdo za to může?“ „To není fér!“ Většinou přičítají vinu zdravotníkům, hledají viníky a závidí zdravým lidem.

Doprovázející se nesmí pohoršovat a kritizovat.

3. **SMLOUVÁNÍ** – tato fáze představuje naději, že dotyčný má nějakou šanci oddálit smrt, dochází k hledání zázračného léku, léčitelů, člověk je ochoten zaplatit cokoli a činí velké sliby. Smlouvání je vlastně pokusem o odklad. Musí obsahovat cenu, která má přijít za tento odklad. Většinu smluv uzavírají nemocní lidé s Bohem. Sliby mohou být také

---

<sup>28</sup> KÜBLER-ROSS., E. *O smrti a umírání*. 1. vyd. Turnov: Arica, 1993. ISBN 80-900134-6-5.

projevem tajných pocitů viny. Umírající říká: „Chápu, že umřu, jen kdybych měl o trochu více času...“

Nejdůležitější se stává maximální trpělivost s umírajícím a doprovázející by měli dohlédnout na snadné zneužití podvodníky, kteří chtějí těžit na neštěstí druhých.

4. **DEPRESE** – umírající si začíná uvědomovat blížící se smrt, bývá mlčenlivý, plačtivý, propadá beznaději, smutku, strachu a úzkosti. Může také prožívat strach z účtování a strach o zajištění rodiny. Jedná se o důležité období smutku, ve kterém se nedoporučuje nemocného rozveselovat. Deprese je jakýmsi nástrojem, jehož prostřednictvím se nemocný připravuje na nastávající ztrátu všech milovaných. Je cestou pro snazší dosažení konečného smíření. Není namístě nemocného povzbuzovat a nutit ho pohlížet na věc z té světlé stránky. Pacient pak dospěje ke konečnému smíření mnohem snáze. Je potřeba rozlišit situaci, kdy má pacient hodně co říci a pak ho vyslechnout a kdy potřebuje pouze tichou společnost, pohlazení, držení ruky. Typická je reakce: „Umřu, tak o co jde!“

Doprovázející trpělivě naslouchají, pomáhají hledat řešení (např. zajištění rodiny), pomáhají urovnat vztahy.

5. **AKCEPTACE** – představuje vyrovnání, pokoru, smíření, ukončení boje, čas loučení. Nemocný se začíná vyrovnávat se svou smrtí či smrtí milovaného, dochází k uvolnění nemocného, jenž je konečně schopen při léčbě spolupracovat. Umírající se oddává slovy: „Nemůžu proti tomu bojovat, měl bych se na to připravit.“, „Dokonáno jest.“, „Do Tvých rukou...“, „Bude to v pořádku.“

Když umírající dojde vnitřního míru a akceptace, okruh jeho zájmů se zúží. Přeje si být sám a co nejméně vyrušován problémy vnějšího světa. Mlčenlivá lidská přítomnost příbuzných a podání ruky se stává hlavním požadavkem umírajícího, ale stává se, že příbuzní často potřebují pomoc více než pacient.

Přijetí neodvratitelné skutečnosti je nutno odlišit od rezignace. Rezignace je naprosto něco jiného. Kübler-Rossová rozdíl mezi nimi popisuje takto:<sup>29</sup>

---

<sup>29</sup> SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 6. vyd. Klášterní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008, s. 24-25. ISBN 978-80-7195-307-4.

„Pacienti, kteří svůj osud přijali, získávají velmi osobitý výraz vyrovnanosti a míru. V jejich tvářích se odráží stav vnitřní důstojnosti. Lidé, kteří na svůj stav rezignovali, tento výraz postrádají, naopak v jejich tvářích můžeme vidět zahořklost a duševní trýzeň jako výraz pocitu marnosti a chybějícího smíru. Tento výraz je velmi snadno odlišitelný od výrazu lidí, kteří dosáhli opravdového stádia přijetí pravdy.“

### 2.3 Příčiny umírání v historii a současnosti

Ve starém Řecku a Římě se lidé zpravidla nedoživali věku přesahujícího 25 let. Průměrná délka života v Evropě byla ještě v 16. století prakticky stejná. Teprve v roce 1825 dosáhla asi 30 let a ještě v 19. století se pohybovala kolem 40 let. V roce 1940 činil průměrný věk 50 let. Teprve naše vědeckotechnicky vyspělé století zlepšilo životní, hygienické a zdravotní podmínky obyvatelstva tak, že se výrazně prodloužil průměrný lidský věk.<sup>30</sup>

Z archeologických nálezů lze vytušit nejstarší zmínky o duchovním životě a projevům úcty k mrtvým. Smrt nebyla žádnou zvláštností, umíralo se časně, z nejrůznějších důvodů (při lovu, boji, napadením zvířete, nemoci,...). Nálezy ze *starší doby kamenné* svědčí o prvním pohřbívání, kdy bylo tělo uloženo do země. Této výsady se však nedostalo každému. Bylo projevem úcty a jakési lidskosti.

Také v *antice* považovali smrt za součást života. Rozhodující byl ovšem způsob smrti. Šlo tedy především o to, jak člověk zemřel. Ctí bylo například zemřít v boji. Smrt byla chápána jako odchod duše z těla. Člověk umírá posledním vydechnutím. Tento dech je označován jako *psyché*, *fluidum*, které je v nitru člověka za života a po smrti jej opouští k božímu životu.

Seneca zdůrazňuje, že na smrt je třeba se připravovat a myslet na ni.

Ve *středověku* byla smrt viditelná, všudypřítomná a byla přirozenou součástí každodenního života. Běžně mohli lidé sledovat smrt ve svém okolí, umíralo se nejen doma, ale i na ulicích, veřejných prostranstvích, často o hladu a ve špíně, konaly se popravy, upalování, mučení. Lidé byli se smrtí smířeni a reagovali na ni pevně zažitými

---

<sup>30</sup> HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1. vyd. Praha: Panorama, 1990, s. 363-371. ISBN 80-7038-158-2.

rituály. Pouze bohatí lidé měli určitý komfort při umírání ve smyslu zabezpečení jídla, tepla a sucha, popř. asistence kněze či lékaře. Přesto pro všechny platilo to samé, že umírání probíhalo rychle, protože nebylo oddalováno léčebnými zásahy. Zjednodušeně se dá říci, že v dávných dobách lidé krátce stonali a rychle umírali.

V 19. století dochází k poklesu úmrtnosti. Ta se téměř celá stáhla do dětského věku. V 19. století byla polovina všech úmrtí v Evropě registrována u dětí do pěti let věku. Ke snížení úmrtnosti v dospělém věku podstatně přispěla řada faktorů. Byl to především pokrok v medicíně či změna životního stylu. Umírání bylo ritualizováno, o nemocného pečují rodinní příslušníci s jasnou samozřejmostí, tato zkušenost se předávala generačně, umírání mělo jasně stanovený scénář, děti se odmalička učily roli doprovázejících a také akceptovat smrt jako přirozený fakt. Smrt byla přijímána, byl vykonán celý komplex rituálních úkonů a umírající tak mohl v klidu a usmířen odejít. Důležitou roli hrála křesťanská víra, náboženské úkony jako třeba vyzpovídání, poslední pomazání a další umožnily umírajícímu nastolit duševní rovnováhu a smíření a snazší odchod.

20. století představuje významný zlom. Podstatně se snížila úmrtnost novorozenců a malých dětí a to díky významnému rozvoji porodnictví, lepší výživě matek, propagaci kojení a díky očkování a tento trend se v průběhu 20. století stále zlepšuje.<sup>31</sup> Úmrtnost klesla i ve vyšším věku a to především s prudkým rozvojem medicíny, hygieny a vědy, nemoci, které dříve zabíjely, byly najednou pod kontrolou lékařů díky vynálezu penicilinu, rentgenu, očkování, lepší diagnostice. Střední délka života se v průběhu 20. století dostala až k 75. roku života. Zemře-li někdo dříve, je jeho smrt považována za předčasnou.

Smrt a vědomí vlastní smrtelnosti provází člověka od úsvitu dějin, ale vztah člověka ke své vlastní konečnosti se v průběhu času postupně proměňoval.

---

<sup>31</sup> Graf 27

## 2.4 Vývoj vztahu ke smrti

*„Kmotřička smrt stála už nad kolébkou lidstva, je všudy přítomná a přece zahalená tajemstvím. Její podoba a zvyky s ní spojené se během staletí proměňovaly. Někdy byla přátelská a krásná, jindy zákeřná a odpudivá. Někdy probouzela strach, jindy byla toužebně očekávána. Dovedla lidstvo do 21. století, aniž by poodhalila své tajemství. Dnešní doba však nemá ráda tajemství, a proto nemá ráda ani smrt.“*

Ariés

Fakt své vlastní konečnosti si lidé uvědomovali odjakživa. V historickém kontextu však můžeme pozorovat zřetelné rozdíly týkající se akceptace smrti. V dávných dobách byla smrt chápána jako významný předěl mezi krátkým a těžkým pozemským životem a rajským životem věčným.<sup>32</sup> Byla běžnou součástí života, nejdříve se rodina doma rozloučila se zemřelým, poté proběhl pohřeb s jasně daným rituálním postupem, děti byly brány na pohřeb, aby se podívaly na zesnulé rodiče, prarodiče či sourozence. Zemřelí byli portrétovaní v rakvi. Z posledních výzkumů vyplývá, že v současné době jsou na pohřbech portrétovaní především žijící účastníci pohřbu, jakoby o zemřelého ani nešlo, ale spíše o společenskou událost. Konzumní mentalita degradovala smrt kamsi do nedohledna. Kult výkonnosti, krásy a mládí se od ní odvrací. Ve veřejnosti, v současné literatuře a dokonce i mezi zdravotníky (jak o tom píše Haškovcová) převládal donedávna názor, že zabývat se smrtí je morbidní, že je třeba za každou cenu odvracet od ní pozornost pacientů, zdravých dospělých a samozřejmě dětí.<sup>33</sup> Smrt je pro mnoho lidí téma zanedbávané a zapomenuté. Naši předkové měli nespornou výhodu v tom, že rození a umírání brali za přirozenou součást lidského běhu, děti s nimi byly seznámeny, kdežto dnes pokud nás toto téma jednou potká, jsme zaskočení, překvapeni, šokováni a naprosto nepřipraveni a považujeme to snad za selhání vědy a medicíny, jako by byla všemocná.

---

<sup>32</sup> HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie: Nauka o umírání a smrti*. 2. vyd. Praha: Galén, 2007, s. 23. ISBN 978-80-7263-473-8.

<sup>33</sup> ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. 2. vyd. Praha: Portál, 2004, s. 405. ISBN 80-7367-124-7.



Vzestup a stále pokračující rozvoj jsou programem moderní společnosti. Do oblasti smrti a umírání zasáhl pokrok velmi výrazně rozvojem hygieny, medicíny, vědy, rozvojem zdravotnických a sociálních zařízení. Zmíněný rozvoj a pokrok se projevují v moderním postoji ke smrti, který je více méně odstraněn z každodenního života moderního člověka, v němž hrají hlavní roli úspěch, krása, majetek, životní síla a věčné mládí a umírání se na pozadí těchto moderních priorit stává položkou neatraktivní a zatěžující a je odsunuta za zdi nemocnic a jiných institucí. Ovšem vytlačení každého pomyslení na smrt tuto realitu neodstraní.

### 3 PÉČE O UMÍRAJÍCÍHO

#### 3.1 Typologie péče o umírajícího

Péče o umírajícího odjakživa patřila do kompetencí vlastní rodiny a smrt tak byla přirozenou součástí života a otevřeným tématem každodenního života.

Od konce 20. století byla smrt jako společenský fenomén degradována a vytlačena na okraj společenského vědomí a přesunula se z domovů do nemocnic. Generace po generaci vžitá povinnost rodinných členů postarat se o své umírající příbuzné dnes leží na bedrech zdravotníků, kteří zastupují tzv. biomedicínský model umírání, jenž značně opomíjí psychické a sociální potřeby umírajících.

##### **Domácí model umírání**

Po mnoho staletí umírali lidé především doma ve svém přirozeném sociálním prostředí obklopeni svými nejbližšími. Poslední dobou ovšem vzrůstá trend umísťovat umírající do zdravotnických zařízení, rodina se od této problematiky částečně distancuje, přestává být přímo konfrontována se smrtí a zbavuje této příležitosti hlavně nejmladší členy rodiny.

Pokud umírající cítil, že se blíží jeho „poslední hodinka“, svolal členy své rodiny, aby se s nimi rozloučil, vyslovil své poslední přání a jeho cesta byla dokonána.

Pomoc byla umírajícímu poskytována víceméně laická, lékař byl přítomen málokdy, příbuzní zvládali běžné ošetrovatelské techniky, k tišení bolesti se používalo pouze morfium. Častěji než lékař byl přivolán kněz, který se staral o duši umírajícího. Nemocní byli se smrtí více smíření, lépe ji snášeli, nebyli v těžké chvílce obklopeni cizími lidmi, ale mohli pokojně a vyrovnaně „odejít“. Nicméně toto idylické umírání nebylo samozřejmostí a nepoštětilo se každému prožít takto svou poslední chvíli. Mnoho umírajících rodinu nemělo nebo byla nefunkční či nedosažitelná, lékař byl přítomen zřídka, buď jich bylo málo, nebo neměla rodina peníze na jeho zaplacení.

Přesto bylo umírání významným sociálním aktem. Každý tehdy věděl, jak vypadá umírání a smrt zblízka, každý člen rodiny se během svého života setkal s umírajícím

a následně také s mrtvým tělem.<sup>34</sup>Všichni ovládali tradiční ošetrovatelské techniky a rituály prováděné při procesu umírání a poté se zemřelým tělem. Umírajícímu byla nabízena především tekutá strava později už jen bylinné čaje, přikrývali jej vrstvou přikrývek, protože dobře věděli, že zesláblý pacient pocítuje zimu a je třeba jej zahřát, do místností nepouštěli příliš světla, neboť ostré světlo je umírajícím nepříjemné. Když dotyčný zemřel, zatlačili mu oči, otevřeli okno, aby duše mohla odlétnout a pomodlili se. Podvazovala se brada a tělo bylo omyto a oblečeno. Tělo zůstalo zpravidla dva až tři dny v domě, aby se s dotyčným mohli všichni rozloučit a poté se z domova vypravoval pohřeb na místní hřbitov.

Domácí/rodinná péče je všude na světě považována za nejvhodnější způsob péče o umírajícího člověka a to z toho důvodu, že plně respektuje integritu klienta s jeho vlastním sociálním prostředím i individuálním vnímáním kvality života.<sup>35</sup>

Pomoc starému popř. umírajícímu člověku v rodině vyžaduje značnou míru sociální soudržnosti rodiny, členové rodiny by měli být jednotní v základní představě o poskytované péči, zda vůbec chtějí či nechtějí, aby byla poskytnuta. Při shodě všech členů rodiny v tak kritické situaci hovoříme o tzv. *mechanické sociální soudržnosti*. Po tomto kroku po přijetí situace musí následovat rozdělení rolí umožňujících uskutečnění této péče. Tuto složku sociální soudržnosti nazýváme *organickou sociální soudržností*.<sup>36</sup>Pečovat o umírajícího člena rodiny je náročný úkol představující změnu ve všech navyklých zvyklostech, odříkání si, větší či menší ztrátu osobní svobody, někdy i změnu zaměstnání a v neposlední řadě značnou psychickou zátěž.

### **Institucionální model umírání**

Pomoc starým a nesoběstačným rodičům a péče o ně patří mezi základní kameny mezigenerační solidarity. V tradiční společnosti to byl jediný způsob pomoci starým lidem, v moderní společnosti vznikly na zajištění ve stáří specifické instituce a původní systém je z důvodu řady aspektů oslabován. Zodpovědnost dětí vůči rodičům už v dnešní době

---

<sup>34</sup> HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie: Nauka o umírání a smrti*. 2. vyd. Praha: Galén, 2007, s. 27-29. ISBN 978-80-7263-473-3.

<sup>35</sup> BARTOŇOVÁ, J. *Modely rodinné péče o starého člověka*. Studie CESES 11/2005.

<sup>36</sup> JEŘÁBEK, H. *Rodinná péče o staré lidi*. Studie CESES 11/2005.

postrádá určitou samozřejmost. Mnohdy se předpokládá, že péče o seniory a umírající spadá pouze do kompetence státu.

Procesy, které v současné společnosti probíhají, spojené například s liberalizací hodnot, rostoucím důrazem na svobodu, nezávislost, rostoucím počtem single-domácností, nižší porodností, prodlužující se délkou života, pozdním odchodem do důchodu, přinášejí řadu otázek souvisejících se životaschopností modelu rodinné - domácí péče o staré a umírající lidi.

V soudobé společnosti se mezigenerační vztahy zásadně mění a dostávají zcela novou podobu. Rodina dnes nebydlí pohromadě, mladé rodiny se okamžitě osamostatňují, rodinní příslušníci v produktivním věku jsou pracovně a jinak časově vytíženi, nepřejímají tolik úlohu těch pečovatелů vůči slábnoucí generaci, dalším významným faktem ovlivňujícím existenci aktivního rodinného zázemí je rozvodovost. Předpokládá se, že ten z rodičů, který opustil rodinu, nebude mít pravděpodobněji ve stáří zázemí ve vlastní rodině.

Jako možné okolnosti, které mohou ovlivnit rozhodnutí, zda pečovat či nepečovat o starého popřípadě umírajícího rodinného příslušníka v domácím prostředí, můžeme uvést tyto:

- obava ze ztráty zaměstnání,
- obava z nezvládnutí potřebné odborné péče,
- časová náročnost,
- omezení soukromí související s potřebou přestěhovat starého (umírajícího) člověka do vlastního bytu,
- nadměrná psychická a fyzická zátěž,
- finanční náročnost při poskytování péče,
- omezení soukromého života (zájmy, záliby, vnoučata,...) a další.

### **3.2 Doprovázení umírajícího a jeho potřeby**

Doprovázení je forma psychosociální podpory terminálně nemocného pacienta popřípadě jeho rodiny. Úlohu doprovázejícího může sehrát prakticky kdokoli. Je hluboce

lidskou a osobní záležitostí posledních okamžiků života a mnoho doprovázejících ho vnímá jako vysoce intimní záležitost.

- ✚ Doprovázení umírajících patří odjakživa k opravdové životní zkušenosti.<sup>37</sup>(Grün)
- ✚ Skutečně doprovázet znamená jít kus cesty společně.<sup>38</sup> (Svatošová)
- ✚ Tak náročný úkol jako je doprovázení nemocného je schopen splnit jen ten, kdo se vyrovnal se svou vlastní smrtelností. (Svatošová)

To je jen několik hesel, které mají přiblížit význam pojmu „doprovázení“. Co potřebuje a co vyžaduje umírající člověk? Odpověď na tuto otázku není jednoznačná, ale dá se s jistotou říci, že existují atributy důstojného umírání společné většině pacientů. Jsou jimi především kvalitní paliativní péče, tělesný komfort, respektování vlastní důstojnosti, přijetí vlastního života, vědomí smyslu vlastního života a v neposlední řadě přítomnost blízkého člověka. Psychický komfort bude jen těžko zajištěn bez přítomnosti nejbližších. Jako základní vlastnost doprovázejícího člověka je obecně považována empatie. Je zapotřebí si uvědomit, že nemocný člověk rázem ztrácí, vše co měl rád, na čem mu záleželo, volnost, práci, pohyb, chuť k jídlu, zájmy,... a místo toho se objeví bolest, strach, nemohoucnost, prostředí cizích lidí. Proto musí doprovázející osoby chápat, že nemocný člověk má právo reagovat někdy podrážděně i agresivně a měly by také tuto situaci přijmout. Je proto ideální vyhovět umírajícímu a umožnit mu, pokud to podmínky alespoň trochu dovolují, strávit poslední chvíle svého života v okruhu svých blízkých.

Své nezastupitelné místo v procesu doprovázení umírajícího zastává *rozhovor* jako hlavní forma doprovázení. Řeč doprovázejícího by měla být přiměřeně hlasitá, jednoduchá, výstižná a podnětná a měla by obsahovat tyto základní znaky: citovost, autenticitu, upřímnost, pravdivost a toleranci. Kromě rozhovoru jakožto jednoho druhu *verbální komunikace* nesmíme zapomínat na snad ještě důležitější *komunikaci neverbální*, kterou představuje naše tichá přítomnost, blízkost nemocnému člověku, naše klidná gesta, mimika, držení za ruku či pohlazení. Je důležité mít na paměti, že verbální a neverbální projevy by měly být v souladu a korespondovat si.

---

<sup>37</sup> GRÜN, A. *Smrt v životě člověka*. 2. vyd. Kostelní vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1997, s. 19. ISBN 80-7192-221-8.

<sup>38</sup> SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 6. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008, s. 15. ISBN 978-80-7195-307-4.

Onemocněním se člověku rázem mění žebříček hodnot a obsah jeho potřeb. Priorita potřeb se mění v průběhu nemoci a mění se také podle jedinečnosti každého člověka, podle jeho charakteru a životních zkušeností. V počátcích onemocnění jsou prioritní potřeby biologické, ty postupně přechází v potřeby spirituální. U umírajícího člověka je třeba zohledňovat a uspokojovat všechny jeho potřeby a myslet na to, že vedle potřeb biologických existují také potřeby psychologické, sociální a spirituální.

Rozlišujeme tedy 4 základní kategorie potřeb umírajícího člověka:

- **biologické** – sem patří vše, co potřebuje nemocné tělo, tzn. přijímání potravy, tekutin, vylučování, dýchání, fyzická aktivita popř. pasivní hybnost, tlumení bolesti, tlumení CNS popř. antidepressivní léčba atd.
- **psychologické** – sem patří především respektování lidské důstojnosti bez ohledu na fyzický stav člověka. Lidská důstojnost musí být zachována za jakékoli situace i v případech, kdy už člověk není schopen adekvátně reagovat, je tlumen léky, je v agónii či v umělém spánku. Je důležité si uvědomit, že umírající prochází jednotlivými fázemi šoku, agrese, smlouvání, deprese a smíření, uvědomit si, co všechno nemocný ztrácí a s čím se musí vyrovnat. Podle toho se také musí k nemocnému přistupovat. Abychom zajistili co největší psychický komfort umírajícímu, je nutná spolupráce rodiny a přátel. Nejdůležitější na poslední cestě je stále blízkost těch, kteří s dotyčným strávili kus života.
- **Sociální** – patří sem potřeba komunikace s okolím, potřeba pozitivního kontaktu s jinými lidmi. Nejsilnější vazby jsou obvykle s rodinou, často nemocný vyhledává jejich společnost. Nemocný potřebuje se svým okolím komunikovat. Nachází se v neznámém prostředí, pohybují se kolem něj neznámí lidé a nachází se pro něj v neznámém stavu. Potřebuje se tudíž hodně ptát, aby získal důvěru ke zdravotnickému personálu a pocit bezpečí. Mnohdy jsou pro umírajícího důležitější projevy mimoslovní komunikace jako je stisknutí ruky, pohlazení, chápající mimika a klidná gesta než spousta slov.
- **Spirituální** - přetrvává představa, že duchovní potřeby jsou doménou především věřících lidí. Věřící lidé většinou vědí, co mají dělat a dovedou se podle toho zařídit. Je prokázáno, že lidé žijící ve víře prožívají před smrtí podstatně menší úzkost než lidé nevěřící. V průběhu vážné nemoci se i lidé nevěřící začínají zabývat otázkami po smyslu života a vlastní smrtelnosti. Každý člověk potřebuje

vědět, zda jeho život měl a stále ještě má smysl a že mu bylo odpuštěno. Nenaplněnost potřeby smysluplnosti se rovná skutečnému stavu nouze.<sup>39</sup>

### 3.3 Léčba versus péče

Smrt je v současnosti více přesouvána za zdi různých institucí a ústavů, ať už to jsou nemocnice či hospice. V nemocnicích je pacientovi zabezpečena veškerá odborná péče v maximálním možném rozsahu, jaký současná medicína poskytuje, a jsou saturovány všechny tělesné potřeby s ohledem na veškerá práva pacientů hospitalizovaných v ústavní péči zakotvených v *Etickém kodexu práv pacientů*<sup>40</sup>. Poněkud jsou ovšem opomíjeny potřeby duševní a sociální a umírající zde tráví poslední chvíle svého života osamocen. Pacienti jsou zde také podrobováni neustále různým nepříjemným vyšetřením, měřením, odběrům krve či jiných vzorků a smrt je za každou cenu a všemi možnými prostředky zdravotnickým personálem oddalována. Lékaři bývají často zbytečně hyperaktivní, jsou prostě naučeni za každou cenu vítězit nad nemocí a tvrdošijně usilují o zvrácení neblahého stavu věci. Pro umírajícího je mnohem přijatelnější tento nevyhnutný konec nesmyslně a nedůstojně neprodlužovat, nechat raději přírodu konat přirozeně své a nechat lidský život nevyhnutně pokojně dohasnout. Stav, kdy smrt je neodvratná, a přesto je stále a namáhavě oddalovaná, nazývají odborníci **dystanazií** neboli **zadržanou smrtí**. Medicína by měla být zdrženlivá a rozvážná. Zápas s chorobou by měla vyvažovat vědomím, že její úlohou není činit tělo nesmrtelným, ale pomoci lidem prožít omezený počet let co nejzdravěji.<sup>41</sup> Na tuto problematiku klade důraz i *Charta práv umírajících*<sup>42</sup>, podle níž si umírající nemocný ze všeho nejvíc přeje zemřít v klidu a důstojně, pokud možno v komfortu a za podpory jeho přátel a rodiny.

Hospicová péče je institucionalizovaná péče o umírající, je to komplexní **paliativní péče**<sup>43</sup> zohledňující potřeby pacienta v preterminálním nebo terminálním stavu, u něhož

---

<sup>39</sup> SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 6. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008, s. 21. ISBN 978-80-7195-307-4.

<sup>40</sup> Příloha 1

<sup>41</sup> HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie: Nauka o umírání a smrti*. 2. vyd. Praha: Galén, 2007, s. 33. ISBN 978-80-7263-473-3.

<sup>42</sup> Příloha 2

<sup>43</sup> Paliativní péče je aktivní na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná nemocným, kteří trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stádiu. Jejím cílem není primárně vyléčení pacienta

byly vyčerpány možnosti kauzální léčby, ale pokračuje léčba s cílem minimalizovat bolest a zmírnit obtíže související se základním onemocněním.<sup>44</sup> Hospice jsou instituce přizpůsobené k tomu, aby umožnily umírajícím klientům co největší komfort z hlediska všech jejich potřeb tím, že je zajištěna paliativní léčba, umožněna neomezená přítomnost rodinným příslušníků a jejich vzájemná spolupráce s personálem hospice. Hospice jsou instituce zaměřené na kvalitu života pacienta v terminálním stádiu nemoci. Jedná se o variantu stojící na rozhraní mezi nemocniční a domácí péčí. Cílem paliativní medicíny není smrt přiblížit ani oddálit, ale minimalizovat bolest pacienta a další nepříjemné projevy a zajistit pacientovi co nejvyšší kvalitu života.

Základním principem komplexního hospicového přístupu je multidisciplinární tým, v jehož středu stojí odborný lékař, který zajišťuje celý proces paliativní péče. Neméně důležitou složkou personálu je střední zdravotnický personál (zdravotní sestry, ošetrovatelky, fyzioterapeuté, psychologové, sociální pracovníci, duchovní a další). Rodině je poskytnuta možnost aktivně se podílet na hospicové péči, čímž je zachována integrita pacienta s původním sociálním prostředím nemocného. V případě zájmu existuje možnost ubytování doprovázející osoby. Další součástí pomáhajícího personálu tvoří skupina dobrovolníků. Dobrovolnictví je fenomén uplatňující se na všech úrovních ošetrovatelské a psychosociální péče. Každý dobrovolník prochází speciálním výcvikem, kde je seznámen se systémem a organizací hospice. Převážně vykonávají činnosti laické či méně odborné. Dobrovolník může svou částečně odbornou činnost vykonávat pouze pod odborným dohledem, tím tato činnost získává terapeutický obsah.<sup>45</sup>

Není pochyb o tom, že se většina nemocných cítí nejlépe doma a že většina umírajících si přeje zemřít právě v domácím prostředí mezi svými nejbližšími. Pokud rodině nebrání osobní, ekonomické či jiné překážky, mohou umožnit svému blízkému strávit poslední chvílky ve svém přirozeném sociálním prostředí. Okolnosti, které rozhodují o tom, zda rodina umírajícímu členu rodiny péči poskytne nebo jej svěří do ústavní péče, jsou tyto:

---

či prodloužení jeho života, ale prevence a zmírnění bolesti a dalších tělesných a duševních strádání, zachování pacientovi důstojnosti a podpora jeho blízkých.(www.cestadomu.cz) V ČR byla uznána Zákonem č. 95/2004 Sb. za samostatný obor.

<sup>44</sup> MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno: IMS, 2009, s. 107.

<sup>45</sup> NEČESÁNEK, P. *Komplexní analýza problematiky paliativní péče a eutanazie*. Brno, 2005, Diplomová práce. Pedagogická fakulta, Katedra speciální pedagogiky. Vedoucí diplomové práce Pavel Mühlpachr.



- postoj pečovatele k osobnímu omezení (časové náročnosti, ztrátě soukromí, zájmů,...)
- obava ze ztráty zaměstnání
- bytové podmínky (potřeba přestěhovat pacienta do vlastního bytu)
- strach z psychické a fyzické zátěže
- obava z nezvládnutí potřebné péče
- neinformovanost, neznalost možností využití pomáhajících agentur

### 3.4 Význam domácí péče

Zodpovědnost dětí vůči rodičům v dnešní době postrádá určitou samozřejmost a často převládá názor, že tyto záležitosti spadají pouze do kompetence státu a že ten by měl za nemohoucí občany převzít odpovědnost. Opak je ale pravdou. Je to především povinnost rodiny postarat se o svého nemocného příbuzného a až jsou vyčerpány všechny možnosti, tak tuto odpovědnost přebírá stát. Bez ohledu na to, že je prokázáno, že domácí prostředí zůstává pro umírajícího jedince nejlepším místem pro závěrečný úsek života.

Rodina nemůže být předem nikdy dostatečně připravena na takto náročný úkol. Realita rodinu téměř vždy zaskočí. Nemohoucí a umírající člen v domácnosti změní dosavadní chod v rodině zcela zásadně a zcela určitě samotnou pečující osobu a celou širší rodinu. Pečovatel v důsledku neustálé pohotovosti trpí psychickým i fyzickým vypětím, ztrácí kontakty s okolním světem, ocitá se v sociální izolaci a prožívá pocity úzkosti z blížícího se neodvratného konce blízkého člověka. Pečující člověk musí prokázat obrovskou statečnost při péči o milovanou osobu tím, že ji vidí, jak víc a víc ztrácí svou samostatnost a soběstačnost, stává se odkázaným na pomoci druhých, jak člověk kdysi silný a zdravý, se kterým třeba vychoval děti, se stává slabším a trpícím. Unést toto vyžaduje značnou dávku osobní odvahy, sebezapření a obětování. Kdo tedy nejčastěji pečuje? Nejčastěji to bývá manželský partner nebo děti, popřípadě partneři dětí. V největším počtu případů jsou to ženy, tj. manželky, dcery nebo snachy.<sup>46</sup>

Veškeré úkony, které poskytuje nemocnému vlastní rodina, označujeme jako tzv. **laickou péči** nebo-li **helping**. Jsou to všechny činnosti, které příbuzní běžně zvládají bez

---

<sup>46</sup> JEŘÁBEK, H. *Rodinná péče o staré lidi*. Studie CESES 11/2005.

nějaké speciální odbornosti a které nevyžadují žádné specifické znalosti či dovednosti. Souhrnně se označují jako tzv. **ADL** (aktivity of daily living).

Jeřábek rozlišuje 3 úrovně ADL u starých lidí v domácí péči:<sup>47</sup>

- ❖ **Podpůrná péče (subsidiary care)** – jedná se o vyřizování finančních záležitostí a zabezpečení chodu domácnosti. Zahrnuje složku materiální i emocionální.
- ❖ **Neosobní péče (impersonal care)** – zahrnuje péči o domácnost, praní, uklízení, vaření, zahrnuje rovněž složku materiální i emocionální.
- ❖ **Osobní péče (personal care)** – jde o přímý kontakt pečujícího a opečovávaného, patří sem osobní hygiena, toaleta, krmení, podávání léků, převlékání, polohování, vertikalizace, emocionální složka je neodmyslitelnou součástí.

Je nutné podotknout, že v případě domácí péče se jedná o péči neformální (nejsou do ní zahrnuti profesionálové). Tyto „neformální“ pečující představují neplacení členové rodiny, partneři nebo bližší přátelé, kteří poskytují přímo nebo organizují zdravotní péči pro jedince – opečovávaného, jenž je vážně nemocný nebo invalidní.<sup>48</sup>

Druhou oblast péče v domácích podmínkách označujeme jako **péče profesionální** nebo-li **nursing** nebo také **domácí zdravotní péče (home care)**.<sup>49</sup> Jedná se o zdravotní péči poskytovanou pacientům na základě doporučení registrujícího praktického lékaře. Poté může být hrazena ze zdravotního pojištění příslušné zdravotní pojišťovny klienta. Bývá poskytována různými agenturami domácí péče a jejich odborně vzdělaným, kvalifikovaným či zaškoleným personálem. Jedná se především o podávání infuzí, aplikace léků, rehabilitace, prevence proleženin, ošetřování chronických ran a další. Je zřejmé, že jejím úkolem je v první řadě zabezpečit potřeby biologické. Domácí péče vyžaduje také technické vybavení domácnosti umožňující kvalitní péči o nemocného a to jsou polohovací postel, antidekubitní matrace, stojan na infuze, WC křeslo, chodítko a další. Všechny tyto pomůcky je možné zapůjčit u agentur poskytujících domácí hospicovou péči. Agentury domácí zdravotní péče jsou zřizovány státní správou, samosprávou, zdravotnickými zařízeními, privátními sestrami i lékaři, charitativními a humanitárními organizacemi a mnoha dalšími subjekty.

---

<sup>47</sup> JEŘÁBEK, H. *Rodinná péče o staré lidi*. Studie CESES 11/2005, s. 31.

<sup>48</sup> LEVINE, C. *Home Sweet Hospital*. *Journal of Aging and Health*, 1999, Vol. 11, No. 3, p. 341-359.

<sup>49</sup> Legislativní ošetření: Metodické opatření č. 13/2004 Věst. MZ – Konce domácí péče

## 4 TÉMA SMRTI V POSTMODERNÍ SPOLEČNOSTI

### 4.1 Smrt a její místo v hodnotovém žebříčku současné společnosti

Hodnoty jsou základní postoje ke všem oblastem života, které se nepřetržitě promítají do všech našich aktivit, pocitů a myšlenek. Tvoří základní složku naší motivace.

Hodnoty jsou ty životní postoje, které vypovídají o tom, čeho si v životě nejvíce ceníme, vážíme, co považujeme za nejpodstatnější, a které nás nejsilněji motivují k dosahování cílů. Výrazně ovlivňují lidskou motivaci, postoje a chování a slouží i jako kritérium pro hodnocení jednání druhých a jako základ posuzování míry společenské prospěšnosti jednotlivých členů dané skupiny.<sup>50</sup> Jako synonymum pro pojem hodnoty lze použít slovní spojení *životní priority*.

Hodnotami jako takovými se zabývá *axiologie*. Snaží se poznat a definovat, co je to hodnota, snaží se podat přehled hodnot, hledá řád mezi nimi, studuje jejich vzájemné propojení a snaží se je uvést v jednotný systém. Každý člověk si ovšem nejvíce cení něčeho jiného. Říkáme, že každý má odlišný *žebříček hodnot* nebo *hodnotovou hierarchii*. Hodnoty mohou být jak materiální tak duchovní povahy. Podle výzkumů v ČR dlouhodobě převažují tyto hodnoty: zdraví, rodina, přátelé, úspěch v zaměstnání.

Mění se hodnota, jakou má pro nás život, protože nejsme fenoménu smrti v jeho nejbolestivějších a nejkritičtějších momentech dnes už tolik vystaveni, jako byli naši předkové před sto a více lety. Tím, že se umíralo tak často, často i v mládí a běžně doma, byl vztah ke smrti přirozenější. Můžeme říci, že smrt není neznámou v případě smrti cizí, medializované (v krimiseriálech, dopravních zpravodajstvích, počítačových hrách,...), tady všude se s ní běžně setkáváme, ale jiná je situace v případě smrti vlastní či blízkého člověka, smrti, která se nás bezprostředně dotýká. Současná masová media jsou smrtí a umíráním téměř přesycena, což u diváka (čtenáře, posluchače) způsobuje otupělost a přivyknutí si ke stále větší míře násilí. Médii zobrazovaná smrt je nepřirozená a často násilná. Smrt mediálně devaluje a ztrácí se její význam. To se v reálném životě projevuje poklesem empatie k nemocným a umírajícím a absencí úcty k procesu umírání.

---

<sup>50</sup> SEKOT, A. *Sociologie v kostce*. Brno: Paido, 2002, s. 23. ISBN 80-7315-021-2.

Dochází k nepochopení, neznalosti a pocitům úzkosti, protože nejsme na tyto situace z našeho života připraveni. Neviděli jsme v dětství umírat svou babičku nebo dědečka, neviděli jsme celé to martyrium, které se dělo kolem umírajícího a zemřelého, proto smrt bereme jako něco překvapujícího a jsme z ní téměř vždy zaskočení.

Současnou společnost můžeme označit jako postmoderní. Jako nejvýstižnější popisné charakteristiky dnešní doby můžeme uvést **individualismus**, **dynamismus**, **zvýšený konzum** a **rizikovost**. Individualismus jako typický fenomén postmoderní společnosti zapříčiňuje sociální izolaci a následně atomizaci společnosti, kvůli prudké dynamice dochází k urychlování vývoje, člověk se neustále snaží mu stačit a je pod tlakem z důvodu nekonečného shonu a spěchu. Konzum způsobuje celkovou změnu životního stylu, jehož krédem se stává orientace na ekonomickou prosperitu, tedy přechod od duchovního k materiálnímu a to, že je společnost riziková, vyplývá nepřímo ze všech zmíněných charakteristik, je tedy ohrožena přetechnizací, ztrátou smyslu života, násilím a dalšími hrozbami. Ke zvláště sledovaným znakům modernizace patří: míra odchodu obyvatelstva do měst, eroze širších příbuzenských vazeb a vývoj nukleární rodiny, tempo vzestupu vzdělanosti populace.<sup>51</sup> Počátky postmodernismu jsou kladeny do 60. let 20. století, přesto lze tvrdit, že postmodernismus neoznačuje pouze určité časové období, ale je spíše označením pro životní styl, kulturu, umění a v neposlední řadě určitou názorovou orientaci. Moderní společnost dává najevo svou neúctu k základním danostem života. V tradičních společnostech, které byly v naprosté většině agrární a charakteristické četnými příbuzenskými a sousedskými vztahy, hrály významnou roli rituály (pohřební, svatební, narození,...) a dávaly svým uskutečněním možnost zúčastněným uvědomit si vážnost dané chvíle, zvládnout emočně vypjaté situace, upevnění společenské organizace či posun jedince v životě od jedné změny ke druhé. Značný rozdíl býval hlavně mezi městem a venkovem. Dnes se většina rituálů vytrácí, dochází ke komercializaci smrti. Čím dál častěji se provádí kremace zemřelých, velká krematoria jsou plně vytížena a kremace zde probíhají jako na běžícím páse. Klasický pohřební průvod za rakví vidáme jen zřídka a zejména na vesnicích. Lidé tímto smrt odsunují. Smrt nepatří mezi populární a atraktivní položky současné společnosti.

---

<sup>51</sup> KELLER, J. Úvod do sociologie. 5. vyd. Praha: Slon, 2009, s. 15-18. ISBN 978-80-86429-39-7.

Vztah ke smrti a umírání je hluboce propojen se základními rysy moderní společnosti, kterými jsou pokrok a rozvoj. Umírání je odstraněno z každodenního života moderního člověka, v němž hraje hlavní roli úspěch, krása, majetek, životní síla a věčné mládí a umírání se na pozadí těchto moderních priorit poněkud nehodí. Stává se položkou neatraktivní a zatěžující a odsouvá se za zdi nemocnic a jiných institucí, kde mají tuto odpovědnost za nás převzít jiní, povolanejší a smrt se tak stává aktem pouhého fyzického uhasínání nikoli aktem sociálním a výchovným, neboť reálná přítomnost smrti v rodině připravovala už nejmladší generace na konečnost našeho života a na to, že smrt je něco naprosto přirozeného a nevyhnutného. Učila ji k úctě ke starým lidem a životu vůbec, a že vzájemná péče, pomoc a podpora jsou nutnou samozřejmostí.

Přesto je nutné podotknout, že jsou to právě lidé, kteří tuto podobu společnosti vytváří a udržují. Nelze proto předložit jednotný návrh, jak tuto skutečnost zvrátit a jak změnit v lidech jejich postoj ke smrti a umírání a jiným tradičním hodnotám. Nicméně i přes tyto charakteristiky moderní společnosti můžeme pozorovat snahu o zlepšení umírání a postoje ke smrti tím, že bude vytržena z šedého prostředí nemocnic a ústavů a bude více polidštěna prostřednictvím stále více se rozvíjející hospicové a domácí péče a celkovou změnou biomedicínského modelu nemoci za model biopsychosociální tedy respektující všechny složky osobnosti každého jedince.

## 4.2 Téma smrti jako tabu

*„Jestliže si totiž člověk bude opakovaně připomínat konečnost svého života, bude pak zcela jistě jinak a odpovědněji zacházet s drahocenným časem, který mu je pro pobyt na tomto světě dán.“<sup>52</sup>*

V každé společnosti existují určitá tabu, tzn. témata, o kterých se nemá mluvit. Termín „**tabu**“ se k nám dostal z polynéské oblasti:

- „**ta**“ – označit
- „**pu**“ – velice intenzivně

Tabu znamená: nedotknutelný, zapovězený, nevyslovitelný, vyloučený ze slušné společnosti (ostrakizovaný)<sup>53</sup>, jinými slovy řečeno tabu znamená: vylučování či odstraňování slov nebo témat z řeči či komunikace. Hovořit o smrti a umírání patří mezi tabu. Do určité míry je tolerováno o smrti diskutovat, vést filozofické úvahy o smrti a umírání, jinak je tomu ovšem v případě debat o osobním prožívání umírání a osobních problémech s vlastní smrtí. To je hlavním záměrem odtabuizování tohoto tématu, tedy jak se vyrovnat s vlastní smrtelností a jak pomáhat pacientům vyrovnat se s faktem blížící se smrti.

Problematika smrti je spojena s mnoha tajemnostmi. Mnohé se nám zdá nepochopitelné, nad řadou věcí si klademe otázky. Biologickou podstatu smrti představovanou zastavením mozkové činnosti všichni dokážeme pochopit, ale emocionálně nejsme s tímto faktem zcela vyrovnání. Fenomén smrti není pouze problémem biologickým. Biologická smrt není ta část umírání, která člověka nejvíce trápí, vždyť už řeční filozofové říkali: „Je-li tady smrt, nejsme tu my, tak proč se jí bát.“ Smrt je pro člověka problémem především filozofickým, sociálním a lidským.<sup>54</sup> Umírající si na sklonku života zpravidla kladou otázky typu: už nevidím své blízké, nevidím vyrůstat své vnuky, co bude s naším domem, kdo bude splácet dluhy, atd.

---

<sup>52</sup> HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie: Nauka o umírání a smrti*. 2. vyd. Praha: Galén, 2007, s. 15. ISBN 978-80-7263-473-3.

<sup>53</sup> KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002, s. 152. ISBN 80-247-0179-0.

<sup>54</sup> HÖSCHL, C. *Tabuizované téma smrti*. Přepis živé rozhlasové diskuse Doc. MUDr. Miloše Vojtěchovského a Prof. MUDr. Heleny Haškovcové na téma „Umírání“ v pořadu Labyrint vysílaném na stanici Vltava dne 24. 8. 1992.

Na smrt je nahlíženo z různých úhlů pohledů. Řada lidí má tendenci smrt podceňovat, bagatelizovat, jiní z ní činí úplné monstrum. Téma smrti někomu nahání strach, jiný se na něj snaží nemyslet, snaží se toto téma vytěsnit ze svého myšlení, někoho odrazuje. Ale každý se s ním bude muset dříve či později vyrovnat. Ujdou tomu pouze lidé, kteří zemřou nenadálou rychlou, tragickou smrtí. Ti nestihli mít čas nad tímto tématem přemýšlet.

Lze se shodnout na tom, že kdo tvrdí, že se smrti nebojí, lže jiným nebo něco nalhává sám sobě. Takový člověk nevnímá běh života jasně a pravdivě. Problémem dnešní doby je odmítání smrti jako něčeho, s čím my přece nemáme nic společného. Je nutné akceptovat smrt jako součást života a uvědomit si její neodvratnost. Život nelze dost dobře smysluplně prožívat a stavět se k němu odpovědně, pokud se vytěsní problém smrti.

Britský sociolog Walter v článku „*Modern Death: Taboo or not Taboo?*“ upozorňuje na fakt, že smrt je v britských denících označována za tabu, ale to se děje tak často a vlastně veřejně, že už to tabu být nemůže. Pokud by tedy pohřbívání a smrt bylo tabuizovaným tématem, nemohlo by se o nich psát či mluvit v médiích v tak masivním rozsahu.<sup>55</sup>

Z celkově globálního pohledu nemůže být smrt tabuizovaným tématem, neboť smrt je všudypřítomná prostřednictvím médií. O smrti se píše v beletriích, populárních časopisech (smrt skladatele Svobody, herečky Jiráskové,...), o smrti a umírání byla natočena spousta celovečerních filmů (Titanic, Duch, Gladiátor,...), o smrti slyšíme dennodenně z televizního zpravodajství (teroristické útoky, vraždy, úmrtí významných osobností, dopravní nehody, válečné konflikty, přírodní katastrofy,...), stejné zprávy můžeme slyšet i z rozhlasu nebo je můžeme číst, kdykoliv spustíme internet.

Z jiného úhlu pohledu můžeme konstatovat, že smrt se stala tabuizovaným tématem, tématem nepopulárním, neatraktivním, tématem, o kterém se nehovoří. U nás tento názor zastává například Přidalová, která o smrti říká: „*Zatímco tradiční lidé se s její nevyhnutelností museli smířit a jednat tak, jak dané prostředí dovozovalo, moderní lidé se snaží smrti utéct, protože jí často utéct lze.*“<sup>56</sup>

---

<sup>55</sup> WALTER, T. *Modern death: taboo or not taboo?* Sociology, vol. 25, 1991.

<sup>56</sup> PŘIDALOVÁ, M. *Proč je moderní smrt tabu.* Sociologický časopis, 1998, vol. 34, s. 350.

Německý sociolog Elias říká, že smrt je velmi tabuizované téma a že smrt nás děsí natolik, že předstíráme, že se nás netýká. „*Dosud nikdy v dějinách lidstva nebyli umírající tak sterilně odsouváni do zákulisí společenského života, mimo zraky živých, dosud nikdy nebyly lidské mrtvoly expedovány z úmrtního lože do hrobu tak hygienicky, bez zápachu a s technickou dokonalostí.*“<sup>57</sup>

Tabuizace smrti je velmi hluboce propojena se zásadními rysy postmoderní společnosti. K typickým nešvarům postmoderny patří zánik tradic, úpadek kultury, snaha o změnu za každou cenu, vzestup individualismu, hédonismus, rostoucí egoismus a přitom stále větší zranitelnost dnešního člověka. Vzdůstává trend umisťovat umírající do zdravotnických zařízení, rodina se od problematiky umírání a péče o umírajícího distancuje a smrt je více tabuizována, především pro mladší generace, které se dnes se smrtí setkávají pouze ve formě kriminálních seriálů či agresivních počítačových her. Smrt tak pro ně získává zcela jinou, naprosto nereálnou podobu a tato cesta nevede k pochopení prožívání umírajícího člověka, nevede k uvědomění si hodnoty lidského života ani chápání smrti jako naprosto přirozené součásti života.

Nelze proto předložit jednoznačný návod, jak změnit postoj široké veřejnosti ke smrti. Existují ovšem možnosti, které by mohly vést ke zlepšení postoje ke smrti a to například rozšířením hospicové či domácí péče, svépomocných sdružení nebo změnou biomedicínského modelu umírání za model biopsychosociální. Jde o nalezení hodnoty smrti, o přiznání strachu z ní, jak se s tímto strachem vyrovnat a jak dojít ke smíření se smrtí. Všechny tyto možnosti by k tomu vedly, nelze však očekávat masový účinek těchto alternativ, protože není možné vnucovat modernímu člověku něčí názory. Vždyť žijeme v době názorové a stylové plurality, nicméně je možné snažit se maximálně zpřístupnit tyto alternativy těm, kteří o ně stojí.

---

<sup>57</sup> ELIAS, N. *O osamělosti umírajících*. Praha: Nakladatelství Franze Kafky, 1998, s. 23. ISBN 80-85844-39-7.



### 4.3 Příčiny tabuizace smrti

Lidé se smrti báli odjakživa. Moderní lidé nejsou jedinými, kteří se smrti snaží vzdorovat. Do jaké míry se strach ze smrti rozvine, potlačí nebo překoná, záleží jednak na sociálním prostředí, ve kterém jedinec vyrůstá, na prostředí malých sociálních skupin, tak také na úrovni celé společnosti.

Tradiční člověk neměl mnoho prostředků, kterými by mohl smrti vzdorovat. Moderní člověk má oproti němu pro tento boj úplně jiné podmínky (zdravotní a sociální prostředky, legislativa,...). Zatímco tradiční lidé se museli s její nevyhnutelností smířit či rezignovat, moderní člověk se smrti snaží všemožnými prostředky utéci.

O moderním strachu ze smrti můžeme hovořit jako o **nezamýšleném důsledku modernity**. Řada zdokonalení, která moderní doba přinesla s vírou v pokrok a lepší život, s sebou časem přinesla nezamýšlené důsledky, o kterých se v prvopočátcích neuvažovalo.<sup>58</sup>

Přidalová<sup>59</sup> udává, že právě řada specifických rysů moderní doby moderní strach ze smrti udává. Jsou jimi:

➤ *Pokrok a rozvoj*

Pokrok a stále pokračující rozvoj zasáhl do oblasti umírání velmi výrazně a to především rozvojem medicíny, hygieny, vědy a zdravotnictví jako instituce. Nemoci, které dříve zabíjely, jsou nyní pod kontrolou lékařů a to díky vymoškům moderní doby jako jsou penicilin, rentgen, vakcinace, bakteriologie či prevence, dále kojení, rozvoj porodnictví nebo dětská očkování. Snížila se hrubá míra úmrtnosti, především té dětské popř. novorozenecké a střední délka života se v průběhu 20. století protáhla až k neuvěřitelným 75 letům. Všechny tyto produkty pokroku jsou velmi pozitivní, nicméně způsobují právě ono odstranění smrti z každodenního života a její odsunutí za zdi nemocnic. Uvádí se, že 80 % úmrtí nastane v nemocnici a většina z nás nemá možnost se za svůj život ani jednou střetnout se smrtí z očí do očí. V moderní

---

<sup>58</sup> PŘIDALOVÁ, M. *Proč je moderní smrt tabu?* Sociologický časopis, 1998, č. 3, s. 349-360. ISSN 0038-0288.

<sup>59</sup> Mgr. Marie Přidalová – absolventka Fakulty sociálních studií MU Brno, zabývá se problematikou umírání, od roku 2002 přednáší thanatologii na FSS MU v Brně.

společnosti se smrt stává neviditelnou, snažíme se na ni nemyslet, a proto také nahání větší strach.

➤ *Racionalizace a sekularizace*

Sekularizace (zesvětštění, obecně potlačení vlivu náboženství) je jedním z důsledků modernizace a racionalizace společnosti. Žijeme v moderní době, kdy člověk může svět kolem sebe lépe kontrolovat, určité události předvídat a částečně je ovládat nebo proti nim zasáhnout. Dá se říci, že i smrt máme díky vědě částečně pod kontrolou, dokážeme ji popsat, částečně s ní bojovat, ale nikdy ji nedokážeme zcela odstranit. Moderní racionální člověk po celém životě prožitém v rozumově podložených jistotách stojí nakonec tváří v tvář smrti zcela bezradný. Moderní racionalita a věda vytlačili většinu tradičních rituálů, i těch týkajících se smrti a náboženství, které byly jediným zdrojem útěchy a naděje z tak hrozivé události jakou je smrt.

➤ *Profesionalizace a specializace*

Zatímco v tradiční společnosti byla domácnost místem, kde se odehrávaly veškeré činnosti potřebné k přežití (obživa, léčení, bezpečí, výchova i umírání), moderní společnost odkazuje tyto činnosti do příslušných institucí a do rukou odborníků. Bez pomoci specializovaných odborníků se dnes obejde stále méně lidí a v moderní době tento vztah nabývá spíše podoby závislosti než jen jakýchsi zadních vrátek, místo toho, aby lidé přejímali zkušenosti starší generace. V oblasti smrti a umírání se tato profesionalizace a specializace projevuje velmi výrazně. Lidé se mnohdy mylně domnívají, že aby bylo o umírajícího co nejlépe postaráno, musí být svěřen do péče lékařů a zemřelí poté do rukou pohřebníků. To znamená distanci rodiny od umírajícího a absence rituálů nad zemřelým pak prohlubuje bolest nad ztrátou blízkého člověka. Rozvinuté zdravotnictví je tedy bezesporu jedním z prvků, které ovlivňují tabuizaci smrti v moderní společnosti. Rozsáhlé možnosti medicíny bereme jako samozřejmost, aniž bychom si dokázali uvědomit její hranice.

➤ *Pluralita*

Pluralita je typický rys postmoderní společnosti. Oproti strnulému tradičnímu světu se před současným člověkem otvírá možnost výběru z rozmanitých světových názorů a životních stylů. Existují vedle sebe a volba kteréhokoli z nich leží na každém jednotlivci. Tato kulturní pluralita se stává velmi osvobozující, skýtá člověku mnoho příležitostí a možností při rozhodování, což v tradiční společnosti nešlo. Nicméně pluralita také umožňuje, aby vedle sebe existovaly rozdílné pohledy na smrt. Záleží pouze na nás,

pro který ze směrů vysvětlující smrt se rozhodneme. Můžeme věřit v převtělování duší, ve vzkříšení, můžeme být ateisté a věřit, že po smrti už není nic nebo věřit v posmrtný život. Můžeme si myslet o smrti, že je všudypřítomnou hrozbou, že je úlevou po strastiplném životě nebo stimul umožňující uvědomit si jedinečnost každého života. Ať už smrt chápeme tak nebo tak, je jen a jen na nás, kterou cestu zvolíme. Dřív udávala názorovou jednotnost církev a každý měl jasno a nemusel se trápit tím, jak s touto problematikou naložit. Dnes neexistuje autorita, která by řekla, jak to teda doopravdy je a lidé se ve změní názorů ztrácejí a prohlubuje se tak úzkost z našeho konce. Moderní společnosti chybí při snaze vyrovnat se se smrtí závazná tradice, která by udávala, jak se v jistých situacích chovat a proč a to může být jedním ze zdrojů současné rozpačitosti nad smrtí.

#### 4.4 Pluralita názorů na smrt

V první polovině 20. století se o smrti mnoho nehovořilo a výjimečné byly také jakékoli odborné studie na toto téma. První polovina 20. století byla poznamenána dvěma světovými válkami, v nichž zahynulo velké množství lidí. Tato tvrdá realita přispěla k tomu, že se o smrti příliš nemluvalo a odborná pozornost se zaměřovala spíše na zdraví a lepší a delší život. Od 60. let 20. století můžeme ve společenských vědách sledovat novou vlnu zájmu o problematiku umírání a smrti a to především díky názorům britského sociologa **G.Gorera**, který se jako jeden z prvních začal smrtí jako tabuizovaným tématem zabývat. Současnou problematiku vnímání smrti označil jako „pornografie“,<sup>60</sup> protože smrt je podle něj ve dvacátém století vnímána jako sex ve století devatenáctém. Zatímco o sexu se začalo ve společnosti otevřeně hovořit, téma smrti nahradilo jeho místo, ale stalo se tabu. Smrt je podle něj skryta a odsunuta někam za zavřené dveře a je lepší o ní nehovořit a především před dětmi.

Dalším významným autorem, který se zabývá umíráním a hlavně prožitky blížící se smrti je americký lékař a psycholog **Raymond A. Moody**. Zkoumal mnoho případů lidí, kteří prožili klinickou smrt, a na základě výpovědí těchto klinicky zemřelých lidí se snažil vědecky vysvětlit, že smrt není skutečným koncem naší existence a že posmrtný život

---

<sup>60</sup> GORER, G. *The Pornography of Death*. Encounter, 1955. Vol. 5, No. 4. s. 49-52.

existuje. Smrt také líčí jako v podstatě pozitivní a příjemný zážitek.<sup>61</sup> Jeho knihy začaly vycházet v polovině 70. let a získali si okamžitě obrovskou popularitu (především kniha *Život po životě* nebo *Úvahy o životě po životě*<sup>62</sup>).

Názorově můžeme odlišit 2 skupiny autorů. První skupina (N. Elias, P. Ariès, G. Gorer, E. Kübler-Rossová,...) upozorňuje na fakt, že moderní společnost se vyznačuje chorobným strachem ze smrti. Není schopna o ní uvažovat racionálně, přiděluje jí všelijaké hrůzné podoby a vytěšňuje ji na nejzazší okraj svého zájmu. Smrt je podle těchto autorů pro společnost tabu.

- ❖ Norbert Elias hovoří o „vytěšňování“ smrti v rovině individuální a sociální. V prvním případě má na mysli situaci, kdy je smrt před dětmi zastírána a rodiče se ze všech sil snaží své potomky uchránit od takovýchto bolestných zkušeností z dětství, v druhém případě autor uvažuje nad pohledem celé současné společnosti na problematiku umírání. Zamýšlí se také nad postojem ke smrti v minulosti a současnosti. Říká: *„Narození a smrt – stejně jako ostatní animální aspekty lidského života byly mnohem veřejnější než dnes a byly považovány za veřejné společenské události, privatizované nepatrnou měrou. Náš současný přístup ke smrti nejlépe charakterizuje vyhýbavý způsob, jímž o faktu smrti hovoří dospělí s dětmi. Je to ten nejpozoruhodnější symptom rozměru a povahy vytěšňování smrti na individuální a sociální rovině.“*<sup>63</sup>
- ❖ Ariès podrobně popisuje historický vývoj vztahu ke smrti a rituálů s ní spojených např. v díle *Dějiny smrti*. Na základě jeho srovnání je zřetelný rozdíl mezi praktikami společností tradičních a praktikami prováděnými dnes. Upozorňuje na to, že dříve byli lidé se smrtí smířeni, považovali ji za přirozenou součást života a reagovali na ni zažitými rituály. Oproti dnešní společnosti, která považuje smrt za něco negativního. Podle Arièse v civilizované společnosti člověk umírá sám a opuštěný. Nazývá ji také „neviditelnou smrtí“, neboť žijeme ve společnosti popírající smrt.

---

<sup>61</sup>Rozhovor Marka Ebena s R. A. Moodym v pořadu Na plovárně vysílaném 14. 8. 2011, dostupné na <http://www.ceskatelevize.cz/ivysilani/1093836883-na-plovarne/210522160100028/>

<sup>62</sup>MOODY, R. A. *Life after Life. Reflections on life after life*, 1975, 1977.

<sup>63</sup>ELIAS, N. *O osamělosti umírajících*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Franze Kafky, 1998, s. 19-20. ISBN 80-85844-39-7.

- ❖ Kübler-Rossová je označována za průkopnici hnutí za humanizaci smrti. Otevřeně hovoří o tabuizované smrti a bojuje proti praktikám s ní spojených. Zabývala se především komunikací s pacientem v terminálním stavu a péčí o psychiku pacienta i doprovázejících či pozůstalých. Svým dílem *O smrti a umírání* se snaží dodat odvahu a sílu nemocným i doprovázejícím na této nelehké cestě.

Druhá skupina autorů (T. Walter, R. Blauner, E. Becker,...) tento názor nesdílí. Podle nich není třeba tabuizaci smrti vidět tak tragicky. Tvrdí, že je determinována sociálně a geograficky. Není to tedy celá společnost, kdo se smrti vyhýbá, ale jsou to určité skupiny. Například starší lidé mají menší strach ze smrti než dospělí v mladším a středním věku, ženy se bojí smrti více než muži, věřící vykazují nižší strach ze smrti než nevěřící, černoši se bojí smrti více než běloši, ovdovělí se více bojí umírat než ti, kteří žijí s rodinou, lidé žijící v domovech důchodců nebo pečovatelských domech mají větší obavy ze smrti než lidé žijící v okruhu svých blízkých, lidé s vyšším vzděláním tedy lidé s vyšším pocitem seberealizace a sebekontroly vnímají, že mají vyšší kontrolu nad svými životy než jejich protějšky a bojí se proto smrti méně.<sup>64</sup>

- ❖ Tony Walter je bezesporu jedním z autorů popírajících tabuizaci smrti. Walter hovoří o tzv. limitovaném tabu<sup>65</sup>, což znamená, že smrt netabuizuje společnost jako celek, ale především dvě profesní skupiny, které s ní nejčastěji přijdou do styku a to zdravotnictví a média. Na druhou stranu upozorňuje na to, že o smrti jako zavrženém tématu se mluví tak často, že to ani tabu být nemůže.
- ❖ Blauner označuje smrt jako skrytou (hidden) nikoli zakázanou (forbidden) a to za dvěma různými institucemi a především mezi starými lidmi.<sup>66</sup> Zabýval se vztahem smrti a sociální struktury obyvatelstva.
- ❖ Becker dává svým dílem *Denial of Death* (Popírání smrti), návod jak zvládat strach ze smrti. Podle Beckera je jedním z hlavních nástrojů, jak se vyrovnat s vlastní smrtelností, náboženství a víra v posmrtný život. Druhým nástrojem je ztotožnění

---

<sup>64</sup> PŘÍDALOVÁ, M. *Proč je moderní smrt tabu?*. Sociologický časopis, 1998, Vol. 34, No. 3, s. 348-9.

<sup>65</sup> WALTER, T. *Modern Death: Taboo or not Taboo*. Sociology, 1991, Vol. 25, No. 2, pp. 302-303.

<sup>66</sup> BLAUNER in WALTER, T. *Modern Death: Taboo or not Taboo*. Sociology, 1991, Vol. 25, No. 2, pp. 299-301.

se s určitou skupinou (rodina, celé lidstvo, kultura,...), protože lidé mohou věřit, že život bude pokračovat v jejich potomcích nebo v podobě kulturního dědictví.

Je důležité zdůraznit, že tito autoři razí teorii obhajující společnost, která sama nenese vinu za popírání smrti. Jsou to však její jednotlivci, lidé. Strach ze smrti je pro člověka přirozený a pro všechny společnosti je existenciální nutností. Moderní společnosti se se smrtí vyrovnávají důrazem na mláď, výchovu a neustálý rozvoj.

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 5 PRAKTICKÁ ČÁST VÝZKUMU

### 5.1 Cíl výzkumu a hypotézy

Cílem výzkumu je získat obecný přehled o povědomí, názorech a postojích naší populace na téma smrti, problematiku umírání a péče o umírajícího.

Smrt je všudypřítomná. Smrt a umírání se všude kolem nás hojně vyskytují, v různé podobě a mnohdy si to ani pořádně neuvědomujeme. Myslím, že toto téma nelze z našeho vědomí zcela vytěsnit. Domnívám se, že o smrti každý z nás někdy tak trochu přemýšlí, ovšem informovanost ohledně péče o umírajícího není dostatečná a lidé se pak při řešení těchto problémů potýkají s potížemi. Podle mého názoru, dosavadních zkušeností a nastudovaných zdrojů vyvozují o této problematice následující hypotézy:

- ✚ **H1:** *Ženy o své smrti přemýšlí častěji než muži.*
  
- ✚ **H2:** *Lidé žijící na venkově se častěji starají v domácích podmínkách o svého blízkého umírajícího než lidé žijící ve městě.*
  
- ✚ **H3:** *Lidé středoškolsky (popř. ZŠ) vzdělání by přivítali legalizaci eutanazie častěji než lidé s VŠ vzděláním.*
  
- ✚ **H4:** *Starší lidé (nad 61 let) si více přejí zemřít v domácím prostředí než mladí lidé.*

### 5.2 Metodologie výzkumu

První část práce je část **teoretická**, jejímuž vypracování předcházelo studium odborné literatury, díky níž jsem také získala specifitější náhled na danou problematiku. Druhá část – **praktická** je založena na výzkumném šetření, jež má kvantitativní charakter. Základem kvantitativního přístupu ve zkoumání ve společenských vědách je stanovení měřitelných proměnných a následné zjišťování, jak se změnou nezávisle proměnných mění proměnné závislé. *Nezávisle proměnnými* jsou osobní charakteristiky respondentů, které sami dotazovaní v úvodní části dotazníku volí (pohlaví, věk, vzdělání a bydliště).



*Závisle proměnné* jsou pak hodnoty vznikající v důsledku působení nezávisle proměnných, tedy takové výpovědi respondentů lišící se v závislosti na pohlaví, věku, vzdělání či bydlišti respondenta. Jako výzkumnou metodu jsem zvolila *dotazníkovou metodu*, která je díky anonymitě vhodnější vzhledem k citlivosti tématu. Další výhodou dotazníkového šetření je získání velkého množství odpovědí v poměrně krátkém časovém horizontu. Jakákoli výzkumná metoda, tedy i dotazník, musí splňovat určité požadavky. Především musí měřit to, co nás zajímá (musí být validní) a dále musí být spolehlivá (reliabilní).<sup>67</sup>

Dotazník můžeme v této práci nalézt pod přílohami jako Příloha č. 1. Obsahuje především uzavřené otázky, zčásti také polozavřené, to jsou takové, jenž nabízí respondentovi možnost částečně vyjádřit svůj názor. Sestavení dotazníku předcházelo stanovení výzkumných hypotéz. Volba respondentů byla náhodná v dospělé populaci (nad 18 let). Charakteristika výzkumného vzorku následuje v nadcházející kapitole a byla sestavena po sesbírání všech dotazníků před samotným hodnocením stanovených hypotéz. Výzkumné otázky budou matematicky zpracovány a výsledky budou graficky a procentuálně znázorněny.

---

<sup>67</sup> RADVAN, E., VAVŘÍK, M. *Metodika psaní odborného textu a výzkum v sociálních vědách*. Brno: IMS, 2009, s. 41.

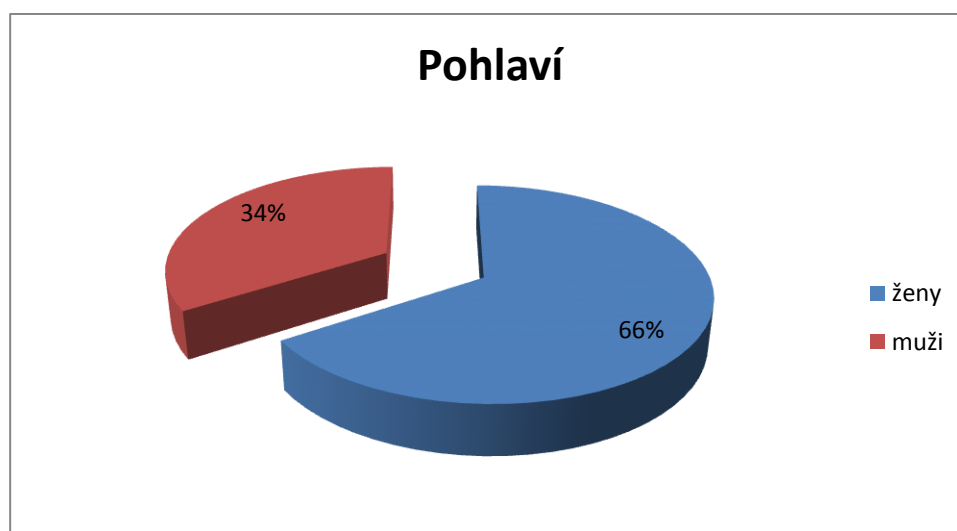
### 5.3 Popis respondentů

Do šetření bylo zahrnuto 132 respondentů - ženy i muži, různých věkových kategorií, různého stupně vzdělání a bydliště. Výzkum probíhal v Jihomoravském kraji konkrétně na Hodonínsku.

Tabulka 1: Pohlaví respondentů

Pohlaví	Počet	[%]
ženy	87	66
muži	45	34
	132	100

Graf 1: Věk respondentů

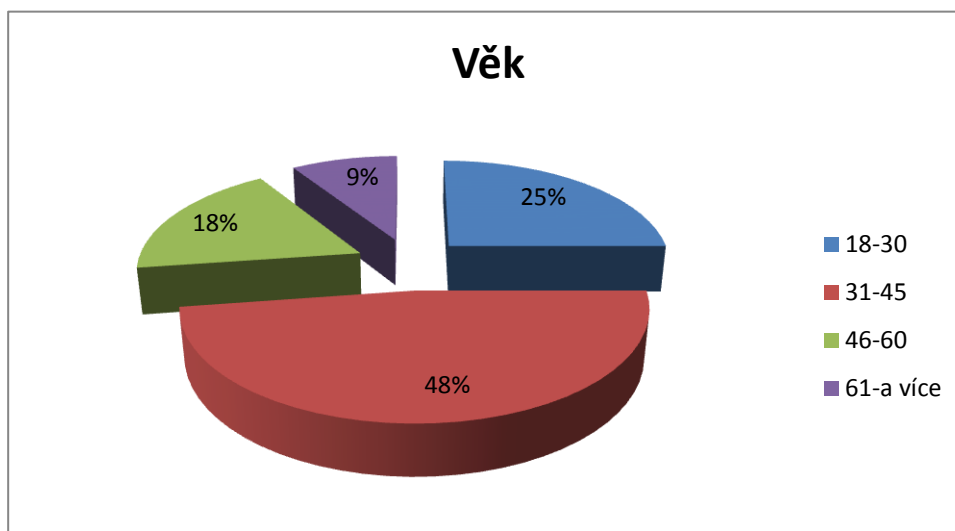


Z celkového počtu všech respondentů bylo 87 (66 %) žen a 45 (34 %) mužů.

Tabulka 2: Věk respondentů

Věk	Počet	[%]
18 - 30	33	25
31 - 45	63	48
46 - 60	24	18
61 - a více	12	9
	132	100

Graf 2: Věk respondentů

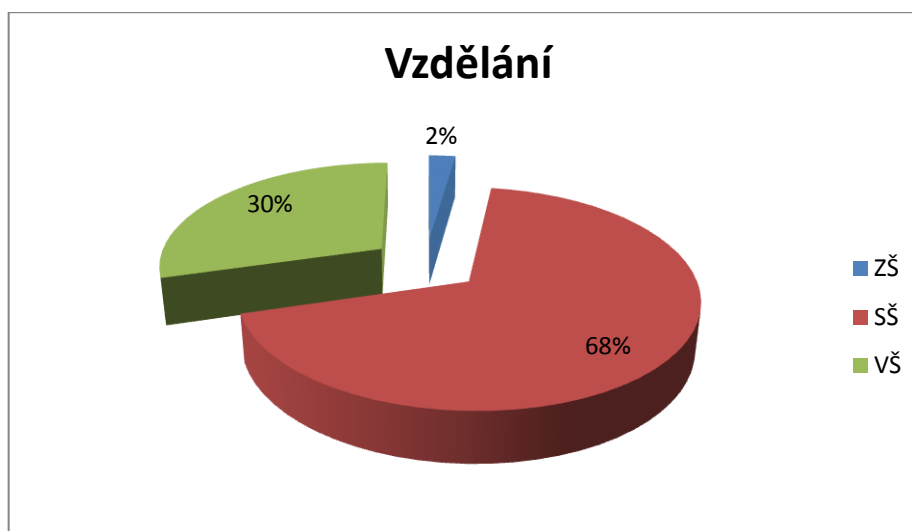


Respondenti byli rozděleni do čtyř věkových kategorií. K první kategorii (18 - 30 let) se přihlásila čtvrtina respondentů, tedy 33 lidí, druhou skupinou a zároveň nejpočetnější byli respondenti ve věku 31 – 45 let, tvořili téměř polovinu všech dotazovaných (celkem 63 respondentů). V další kategorii (46 – 60 let) bylo 24 respondentů (18 %) a senioři (61 a více let) tvořili poslední, nejméně početnou skupinu v počtu 12.

Tabulka 3: Vzdělání respondentů

Vzdělání	Počet	[%]
ZŠ	3	2
SŠ	90	68
VŠ	39	30
	132	100

Graf 3: Vzdělání respondentů

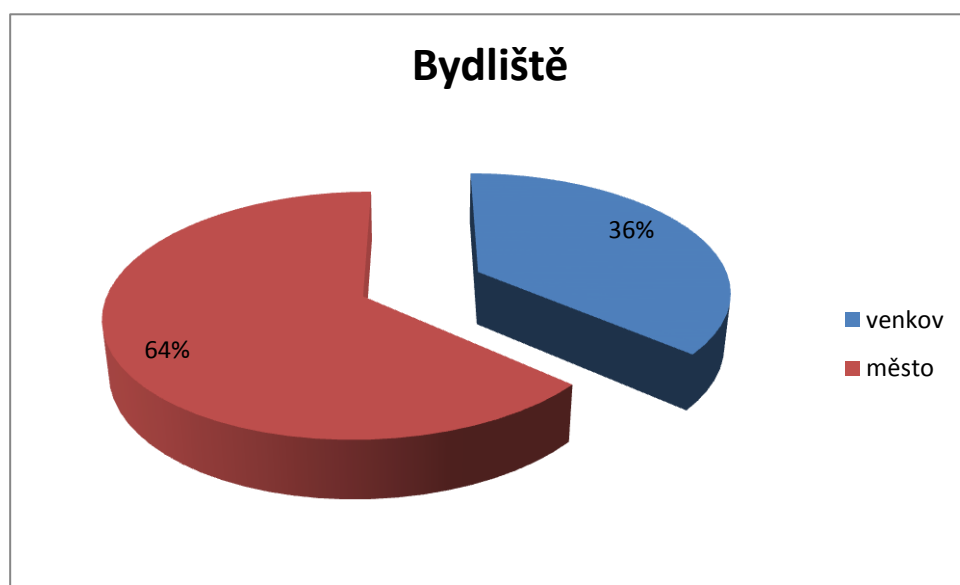


Z celkového počtu respondentů bylo 90 středoškolsky vzdělaných (68 %). 30 % (39 dotazovaných) udalo vysokoškolské vzdělání, základní vzdělání měli pouze 2 % respondentů.

Tabulka 4: Bydliště respondentů

Bydliště	Počet	[%]
venkov	48	36
město	84	64
	132	100

Graf 4: Bydliště respondentů



48 respondentů (36 %) udalo jako své bydliště vesnici (obec do 3 tisíc obyvatel), zbytek (64 %) 84 respondentů bydlí ve městě.

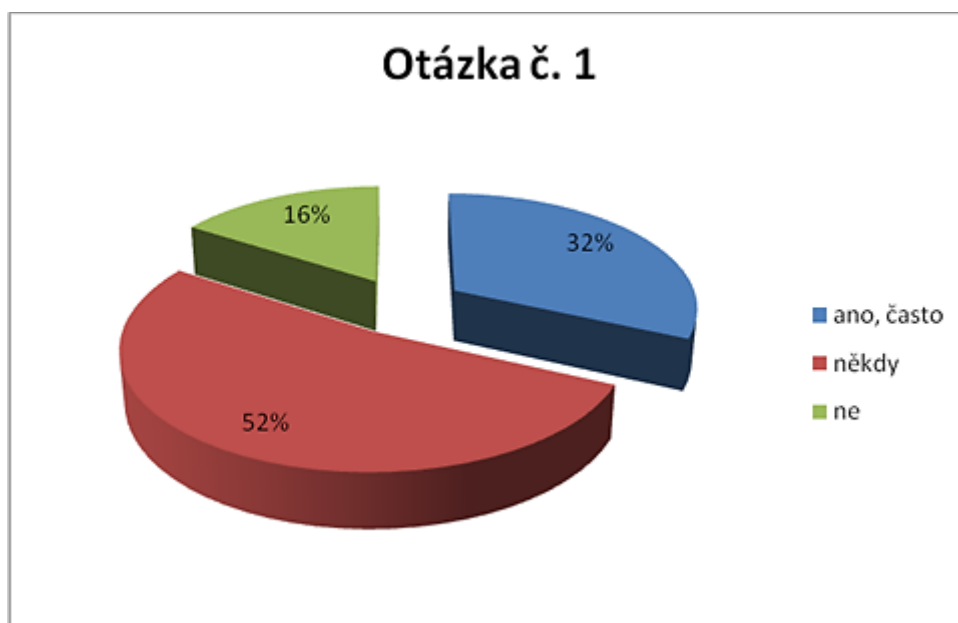
## 5.4 Hodnocení výzkumných otázek

### Otázka č. 1 - Uvažujete někdy o vlastní smrti?

Tabulka 5: Otázka č. 1

Otázka č. 1	Počet	[%]
ano, často	42	32
někdy	69	52
ne	21	16
	132	100

Graf 5: Otázka č. 1



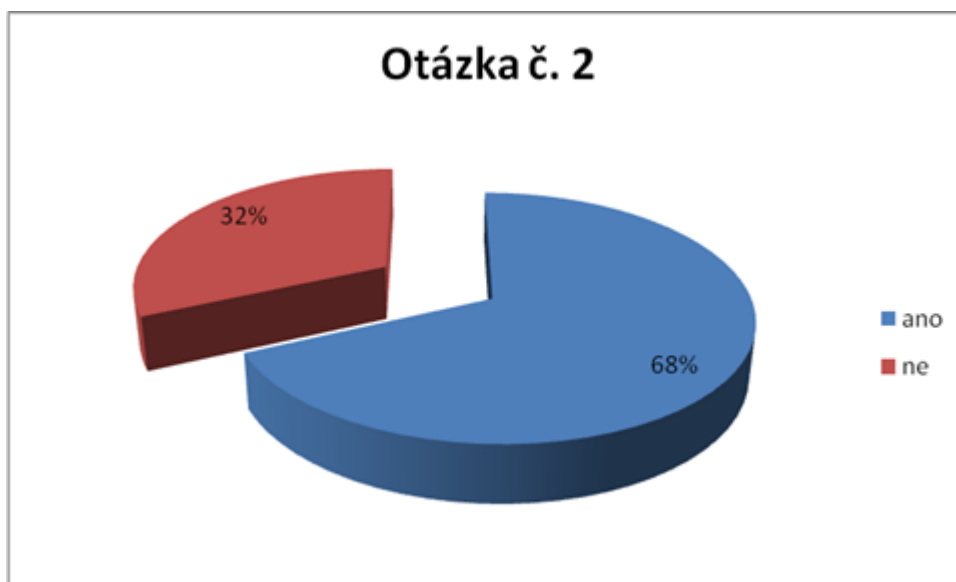
Přibližně polovina dotazovaných nad tématem vlastní smrti někdy přemýšlela a asi jedna třetina nad tímto tématem přemýšlí často. Jinými slovy řečeno celých 84 % lidí přemýšlí nad smrtí a umíráním. Pouze malá část respondentů asi jedna šestina udává, že se touto problematikou nezabývá. Myslím, že tématu smrti a myšlenkám umírání se nelze úplně vyhnout a vytěsnit je, když je smrt kolem nás tak viditelná a všudypřítomná, ať už v médiích (hlavní zprávy, dopravní zpravodajství, živelné katastrofy, úmrtí známých osobností, atd.) nebo v běžném civilním životě.

**Otázka č. 2 - Hovořil(a) nebo rozmlouval(a) jste někdy třeba s přáteli o smrti a umírání?**

Tabulka 6: Otázka č. 2

Otázka č. 2	Počet	[%]
ano	90	68
ne	42	32
	132	100

Graf 6: Otázka č. 2



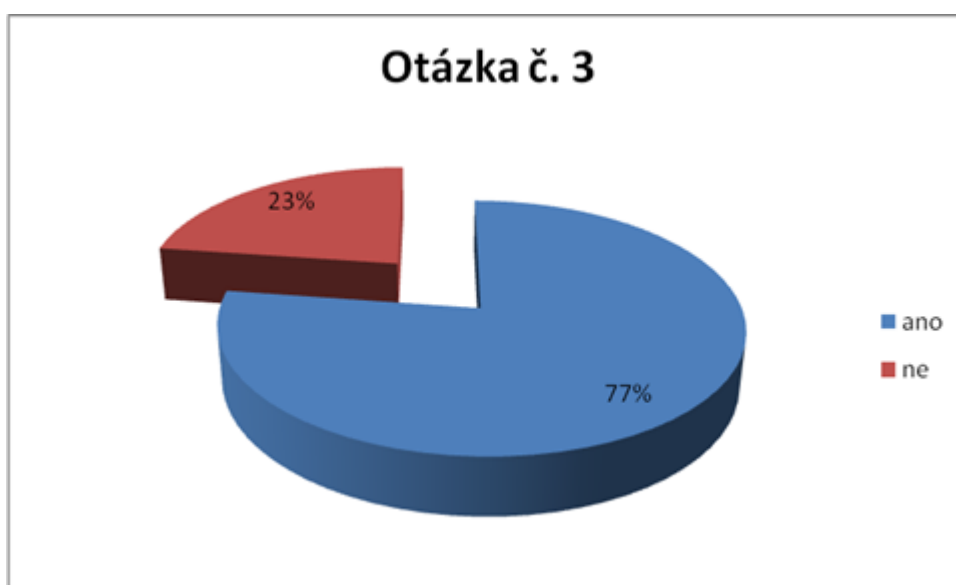
Všeobecně o smrti a umírání alespoň někdy hovořilo se svými přáteli dvě třetiny dotazovaných. Jedna třetina dotazovaných na toto téma nevede diskuzi. Lze tedy říci, že lidé nad umíráním více přemýšlí (i když jen občas) než hovoří. Lidé si tuto problematiku probírají zřejmě více sami v sobě. Myslím, že je toto téma vnímáno tak trochu s respektem a není pro lidi úplně snadné o něm otevřeně hovořit.

**Otázka č. 3 - Myslíte si, že by se měla dětem říkat pravda o smrti a umírání?**

Tabulka 7: Otázka č. 3

Otázka č. 3	Počet	[%]
ano	101	77
ne	31	23
	132	100

Graf 7: Otázka č. 3



Celé tři čtvrtiny dotazovaných se domnívá, že dětem by se měla říkat pravda o smrti a umírání, jedna čtvrtina si myslí opak. Podle mého názoru tento výsledek vyplývá z vlastní zkušenosti dotazovaných, kteří sami již někdy během svého života tuto situaci řešili a zjistili, že děti jsou v určité míře schopné tuto informaci přijmout a pochopit. Dříve děti přirozeně vyrůstaly v prostředí jak zdraví, tak nemoci popř. umírání. Dnes je pro děti obtížné pochopit, co je normální, proto by neměly být „ušetřeny“ před takovou bolestivou zprávou, ale měly by mít možnost pochopit, co se stalo a udělat si jasno. Říká se, že dítě většinou zvládne těžkou životní situaci tak, jak ji zvládají „jeho“ nejbližší dospělí. Pokud dítě vnímá pocit podpory, bezpečí a naší otevřenosti, je schopné pochopit, proč to „tak“ v životě musí být.

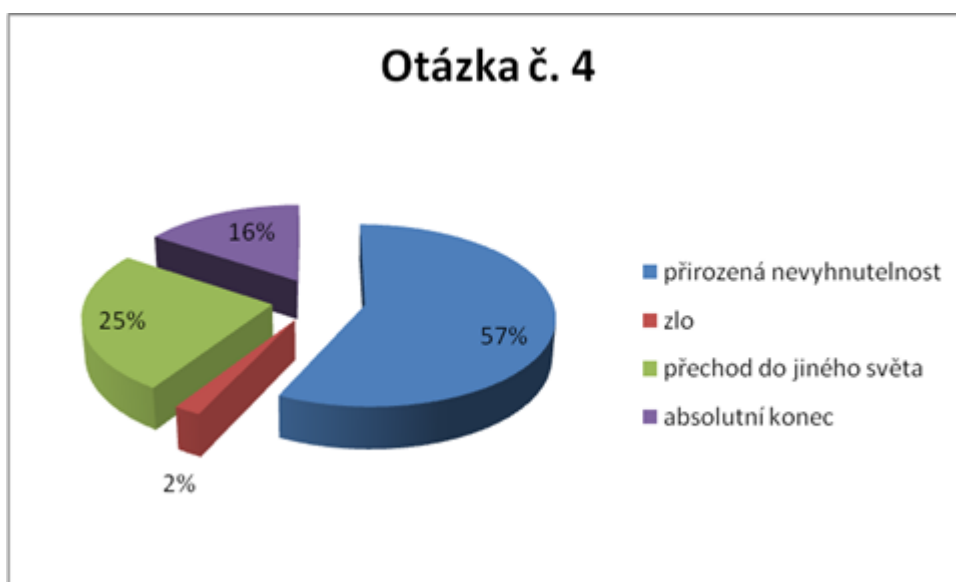


**Otázka č. 4 - Co pro Vás smrt jako taková znamená?**

Tabulka 8: Otázka č. 4

Otázka č. 4	Počet	[%]
přirozená nevyhnutelnost	84	57
zlo	3	2
přechod do jiného světa	37	25
absolutní konec	23	16
	147	100

Graf 8: Otázka č. 4



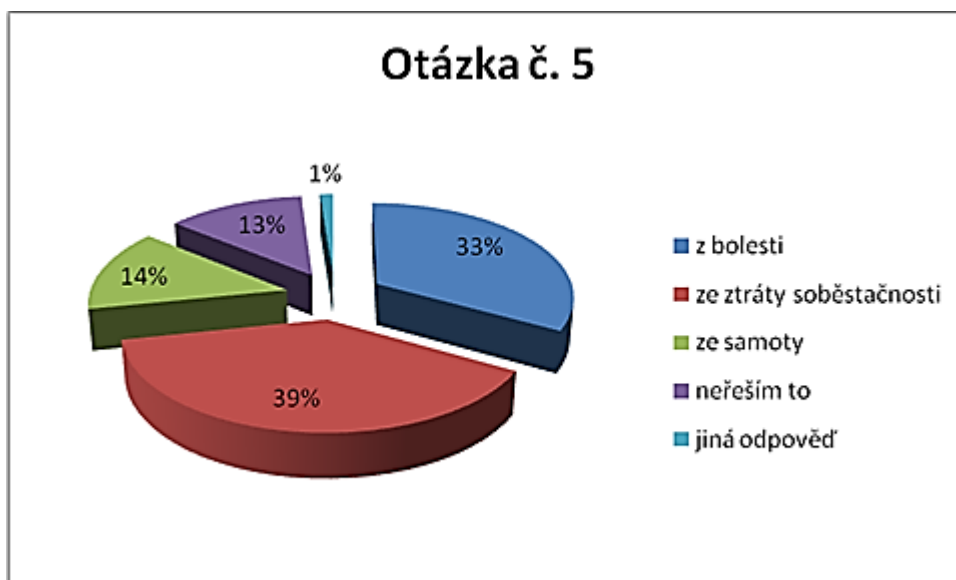
Tato otázka nabízí možnost volby více odpovědí. Nejčastěji se lidé klonili k variantě „přirozená nevyhnutelnost“ a to ve více než v polovině případů, z toho 6 respondentů volilo kombinaci „přirozená nevyhnutelnost“ a „přechod do jiného světa“ a 6 respondentů kombinaci „přirozená nevyhnutelnost“ a „absolutní konec“. Variantu „zlo“ zvolili pouze 3 respondenti a to pouze v kombinaci s „přechodem do jiného světa“. Pro jednu čtvrtinu dotazovaných představuje smrt „přechod do jiného světa“ a přibližně jedna šestina dotazovaných volila „absolutní konec“. Myslím, že volba odpovědi „přechod do jiného světa“ jednoznačně souvisí s vírou dotazovaných a „absolutní konec“ zase s ateismem. Variantu „přirozená nevyhnutelnost“ může volit věřící i nevěřící člověk, zde nejde na toto jednoznačně usoudit, spíš se jedná o realistický přístup člověka k něčemu tak danému, jako je umírání. Je to zkrátka přirozené a nevyhnutné!

**Otázka č. 5 - Z čeho máte největší obavy při představě umírání?**

Tabulka 9: Otázka č. 5

Otázka č. 5	Počet	[%]
z bolesti	54	33
ze ztráty soběstačnosti	63	39
ze samoty	23	14
neřeším to	21	13
jiná odpověď	2	1
	163	100

Graf 9: Otázka č. 5



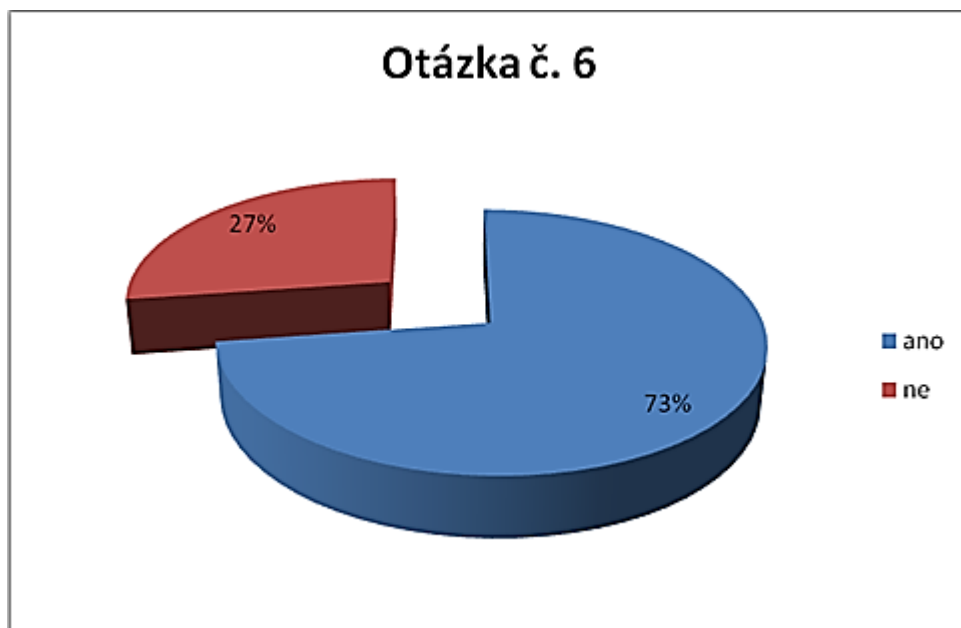
Dvě pětiny dotazovaných má při představě vlastní smrti největší obavy ze „ztráty soběstačnosti“ a překvapivě jedna třetina „strach z bolesti“. „Samotu“ volila asi sedmina respondentů. O něco málo méně dotazovaných uvedlo, že se tímto tématem nezabývají. Domnívala jsem se, že sociální a psychologické aspekty jako samota a nesoběstačnost budou převažovat, ale lidé poměrně hojně (1/3) volili variantu fyzického strádání. Přitom tlumení bolesti je primárním úkolem paliativní péče, to je základní péče o umírajícího člověka ať už v domácích či institucionálních podmínkách. Z celkového počtu respondentů bylo označeno 163 odpovědí, nejčastěji lidé označili kombinaci prvních tří odpovědí a to ve 12 případech, dále 3 respondenti označili variantu „bolest“ a „ztráta soběstačnosti“, 2 respondenti „bolest“ a „samota“ a 2 označili „ztráta soběstačnosti“, a „samotu“.

**Otázka č. 6 - Setkal(a) jste se někdy za svůj život tváří v tvář se smrtí?**

Tabulka 10: Otázka č. 6

Otázka č. 6	Počet	[%]
ano	96	73
ne	36	27
	132	100

Graf 10: Otázka č. 6



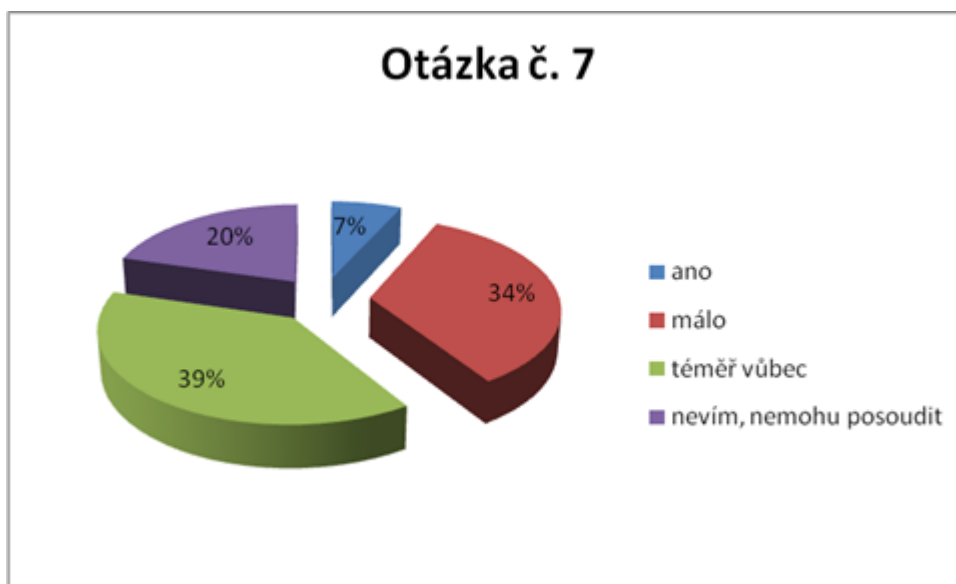
Téměř tři čtvrtiny respondentů uvedlo, že se během svého života se smrtí setkaly, jedna třetina nesetkala. Dle tak vysokého počtu kladných odpovědí se domnívám, že většina těchto odpovědí se týká pohřbů, tedy posledního rozloučení se zesnulým, výjimečné případy bezprostředního procesu umírání při doprovázení blízkého člověka nebo jako náhodný účastník například autonehody či jiného neštěstí.

**Otázka č. 7 - Myslíte si, že se ve společnosti dostatečně diskutuje o problematice umírání a péče o umírajícího?**

Tabulka 11: Otázka č. 7

Otázka č. 7	Počet	[%]
ano	9	7
málo	45	34
téměř vůbec	51	39
nevím, nemohu posoudit	27	20
	132	100

Graf 11: Otázka č. 7



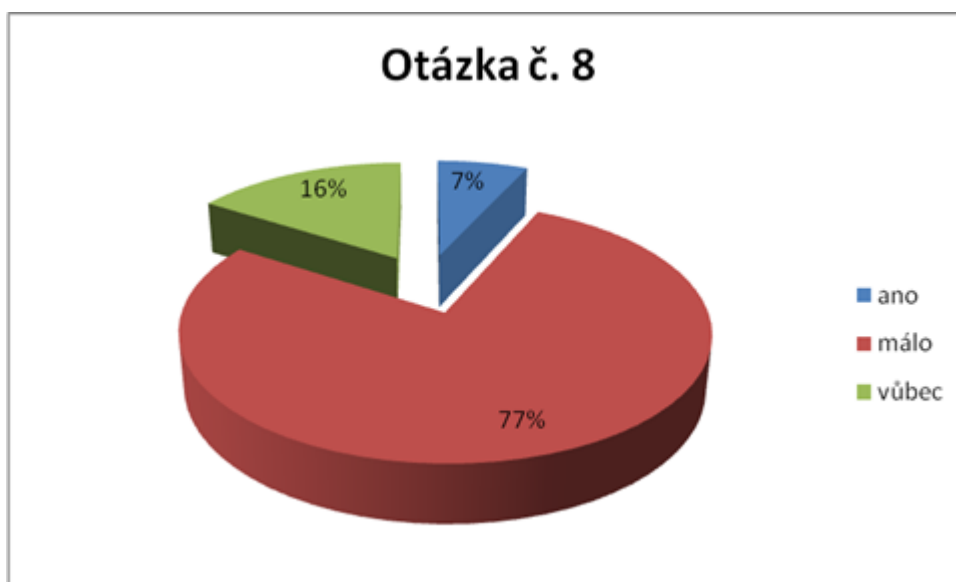
Téměř tři čtvrtiny dotázaných se domnívá, že se ve společnosti o problematice smrti málo nebo téměř vůbec nediskutuje, pouhých 9 respondentů si myslí, že dostatečně a jedna pětina neví a netroufá si posoudit. O smrti jako takové můžeme kolem nás slyšet ze všech stran a smrt nám také spousta situací v našich životech připomíná, mnohdy si to ani neuvědomujeme; projíždějící sanitky, vystavená smuteční oznámení, černé oblečení, média, ale do jaké míry je naše populace informována o péči o umírajícího, o jeho potřebách, o možnostech, které nabízejí pomáhající instituce a co je vůbec pro takového člověka to „nejlepší“? Na tyto otázky si pravděpodobně většina lidí neumí odpovědět z důvodu malé informovanosti a neznalosti celé problematiky.

**Otázka č. 8 - Myslíte si, že je veřejnost dostatečně informována o možnostech péče o umírajícího člověka?**

Tabulka 12: Otázka č. 8

Otázka č. 8	Počet	[%]
ano	9	7
málo	102	77
vůbec	21	16
	132	100

Graf 12: Otázka č. 8



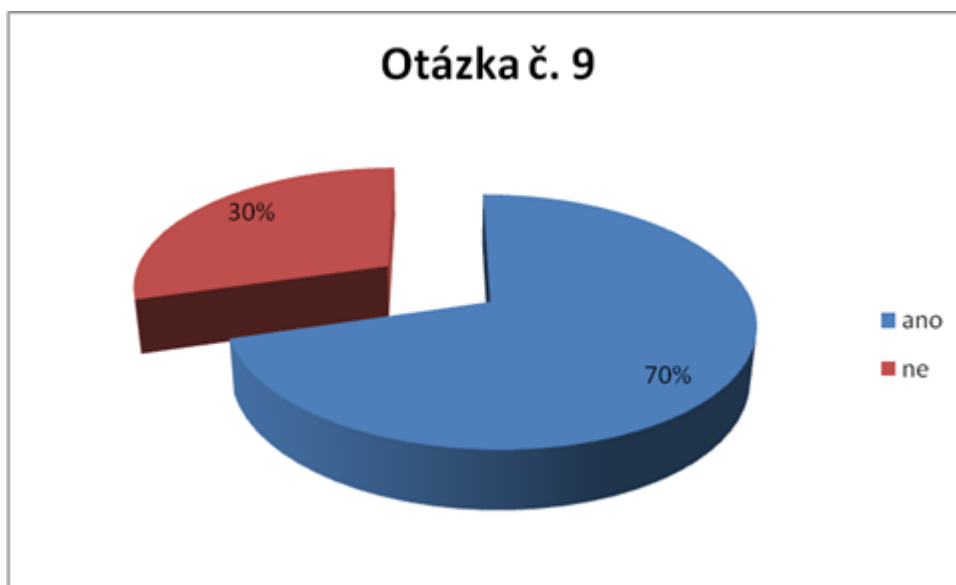
Podle získaných výsledků jsou tři čtvrtiny lidí málo a tudíž nedostatečně informovány o možnostech péče o umírajícího člověka a jedna šestina dotazovaných se dokonce domnívá, že veřejnost není informována vůbec. Optimisticky tuto problematiku vidí pouze 9 respondentů. Domnívám se, že alespoň nějaké informace mají pouze lidé, kteří se již osobně s péčí o umírajícího setkali nebo lidé z jejich okolí. Myslím, že člověk, který tuto situaci sám v životě neřešil a není v této problematice jiným způsobem zainteresován (zdravotníci, sociální pracovníci,...), nemůže ani mít dostatek informací.

**Otázka č. 9 - Znáte ve Vašem regionu nějakou instituci pomáhající pečujícím rodinám?**

Tabulka 13: Otázka č. 9

Otázka č. 9	Počet	[%]
ano	93	70
ne	39	30
	132	100

Graf 13: Otázka č. 9



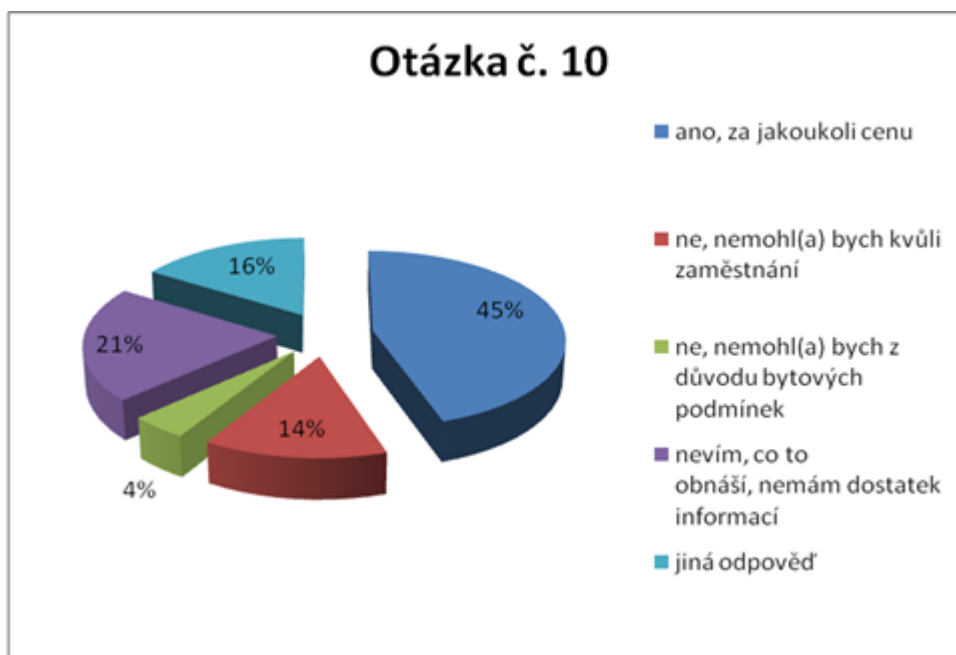
70 % dotázaných zná ve svém regionu nějakou instituci pomáhající rodinám pečujícím o blízkého nemocného popřípadě umírajícího člověka. 30 % lidí zatím žádnou takovou instituci nezná. Myslím, že kladné odpovědi volili ti respondenti, kteří někdy využívali služeb pomáhajících institucí nebo ti všímaví respondenti, kteří někdy zaslechli výraz „charita“, tuší její význam a ví, že se v našem regionu nějaká taková nachází (např. v Kyjově, v Hodoníně, ve Veselí nad Moravou,...), mimo existenci řady jiných agentur.

**Otázka č. 10 - Dokázal(a) byste se v případě potřeby postarat v domácím prostředí o umírajícího příbuzného?**

Tabulka 14: Otázka č. 10

Otázka č. 10	Počet	[%]
ano, za jakoukoli cenu	62	45
ne, nemohl (a) bych kvůli zaměstnání	19	14
ne, nemohl (a) bych z důvodu bytových podmínek	6	4
nevím, co to obnáší, nemám dostatek informací	29	21
jiná odpověď	22	16
	138	100

Graf 14: Otázka č. 10



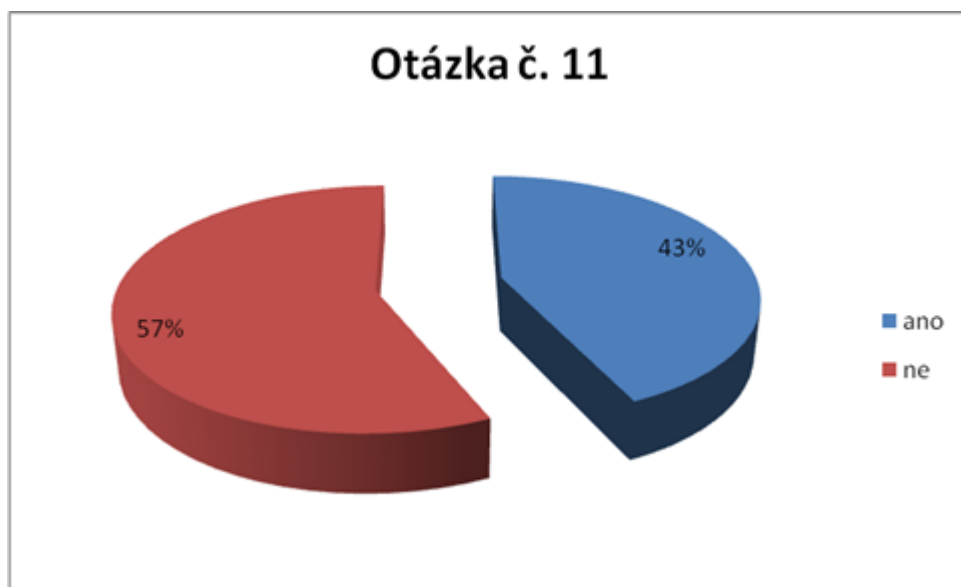
U této otázky měli respondenti možnost volit více odpovědí. Z celkového počtu 132 respondentů bylo označeno 138 odpovědí. To znamená, že 6 dotazovaných označilo více odpovědí. Přibližně polovina odpovědí zněla jednoznačně „ano“, postarali bychom se za každou cenu, asi jedna pětina respondentů neví, co taková péče obnáší, jedna sedmina dotázaných vidí problém v zaměstnání a pouhá 4 % v bytových podmínkách. Asi jedna šestina respondentů volila „jinou odpověď“ a jako své důvody proč by nemohli pečovat, uváděli nejčastěji, že momentálně neví, ale snažili by se to řešit, až by taková situace nastala, dále že by to neuměli nebo si na to netroufli. Šest respondentů označilo více odpovědí a tady se všichni shodli na tom, že důvodem by byly společně jak bytové podmínky, tak zaměstnání.

**Otázka č. 11 - Máte osobní zkušenost s pečováním o blízkou umírající osobu ve Vašem domácím prostředí?**

Tabulka 15: Otázka č. 11

Otázka č. 11	Počet	[%]
ano	57	43
ne	75	57
	132	100

Graf 15: Otázka č. 11



V případě pečování o blízkého umírajícího v domácích podmínkách lze ze zjištěných údajů usoudit, že více než dvě pětiny dotazovaných má s tímto osobní zkušenost a zbytek dotázaných doposud o nikoho takového doma nepečovala. Z dalších zjištěných údajů jsou tito pečovatelé především lidé žijící na venkově (viz Hypotéza 2).

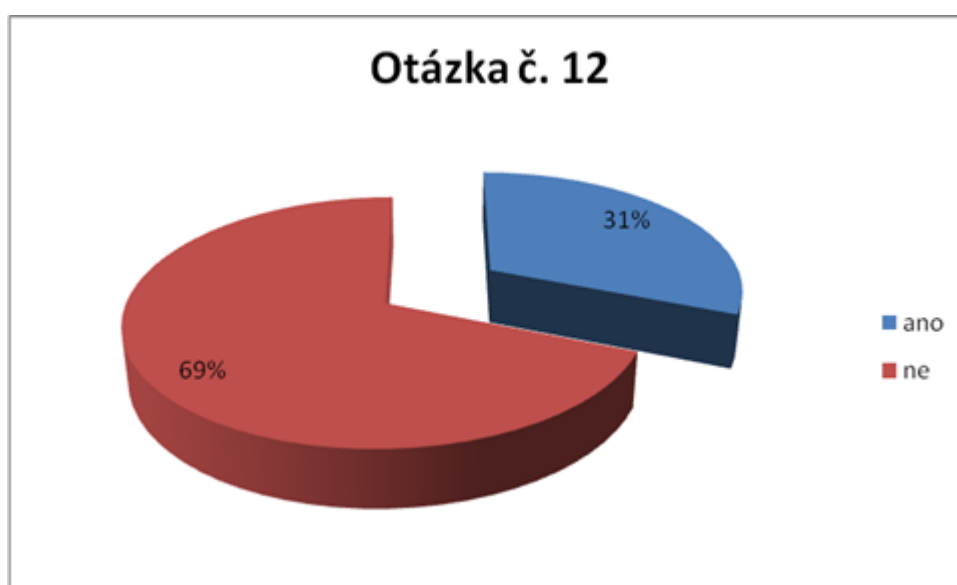


**Otázka č. 12 - Znáte přesný význam pojmu „paliativní péče“?**

Tabulka 16: Otázka č. 12

Otázka č. 12	Počet	[%]
ano	41	31
ne	91	69
	132	100

Graf 16: Otázka č. 12



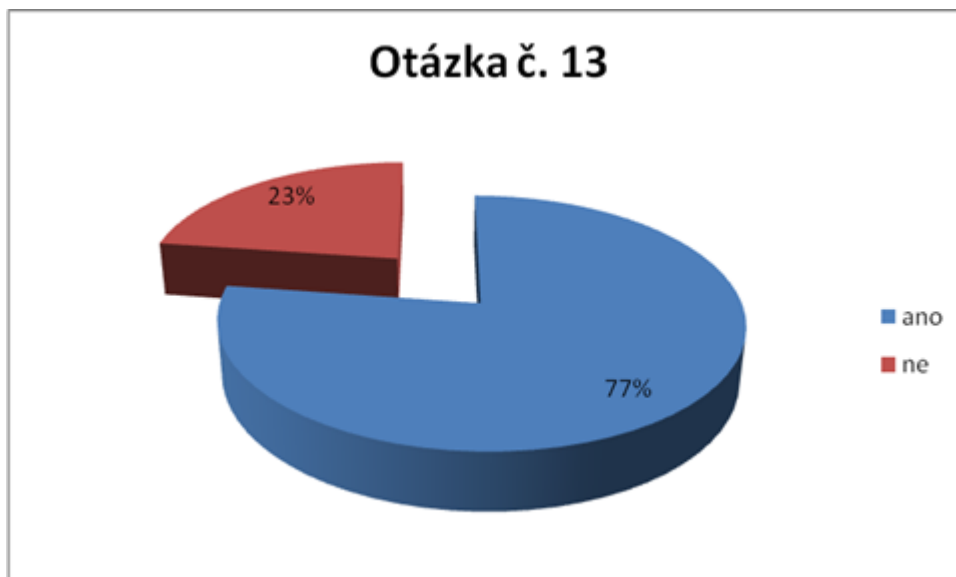
Povědomí o termínu „paliativní péče“ má pouze necelá jedna třetina dotazovaných, zbylé více jak dvě třetiny respondentů tento pojem nezná a neumí ho vysvětlit. Jedná se o poměrně složitý a neznámý termín, který podle mého očekávání většina dotázaných neuměla vysvětlit.

**Otázka č. 13 - Víte pro koho je určeno zařízení „hospic“ a co je jeho podstatou?**

Tabulka 17: Otázka č. 13

otázka č. 13	Počet	[%]
ano	102	77
ne	30	23
	132	100

Graf 17: Otázka č. 13



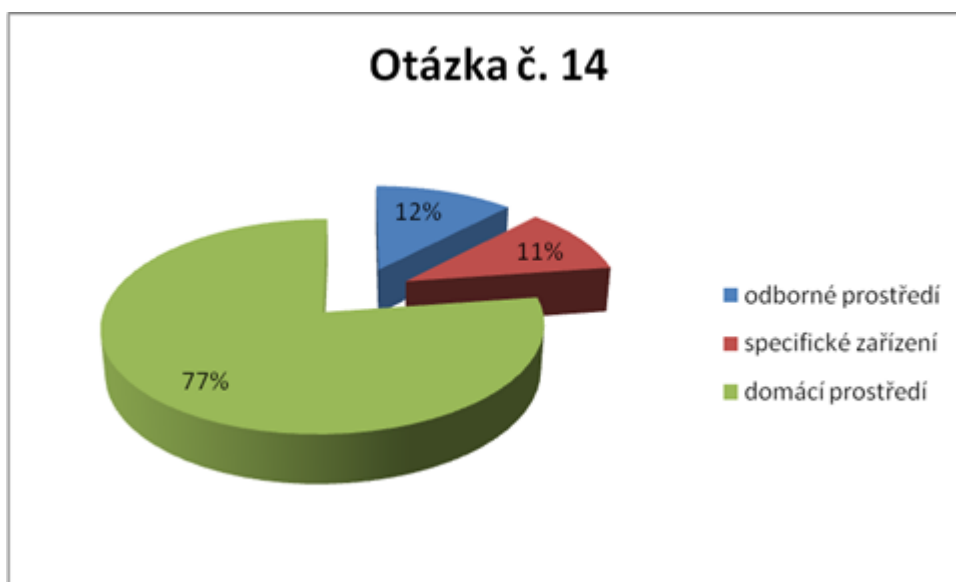
Pojem „hospic“ ve společnosti poměrně rozšířen a ukázalo se tak i z tohoto výzkumu. Většina tedy tři čtvrtiny dotazovaných by dokázala tuto instituci charakterizovat, pouze jedna čtvrtina dotázaných neví, k jakému účelu toto zařízení slouží.

**Otázka č. 14 - V jakém prostředí by podle Vás většina umírajících trávila nejradyji poslední chvíle svého života?**

Tabulka 18: Otázka č. 14

Otázka č. 14	Počet	[%]
odborné prostředí	16	12
specifické zařízení	14	11
domácí prostředí	102	77
	132	100

Graf 18: Otázka č. 14



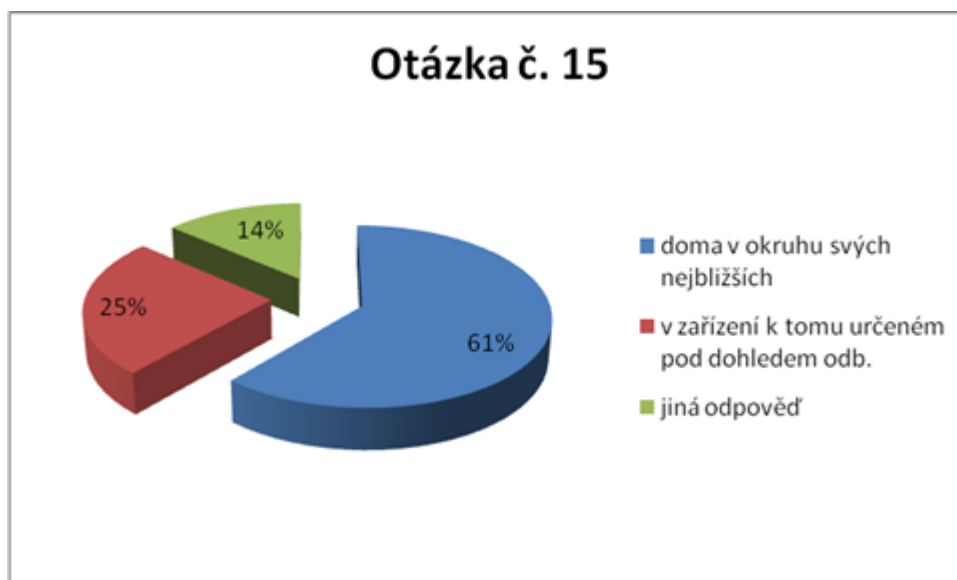
U této otázky zvolily tři čtvrtiny respondentů variantu domácího prostředí, zbytek dotázaných volilo přibližně shodně odborné prostředí, jako jsou nemocnice a specifická zařízení např. hospice. Je zřejmé, že většina lidí se podle svého citu správně domnívá, jaké prostředí je pro umírajícího nejvhodnější. Jinou otázkou zůstává, zda je toto umírajícím lidem skutečně umožněno.

**Otázka č. 15 - Vy sám (sama) byste si přál(a) zemřít...**

Tabulka 19: Otázka č. 15

Otázka č. 15	Počet	[%]
doma v okruhu svých nejbližších	81	61
v zařízení k tomu určeném pod dohledem odborníků	33	25
jiná odpověď	18	14
	132	100

Graf 19: Otázka č. 15



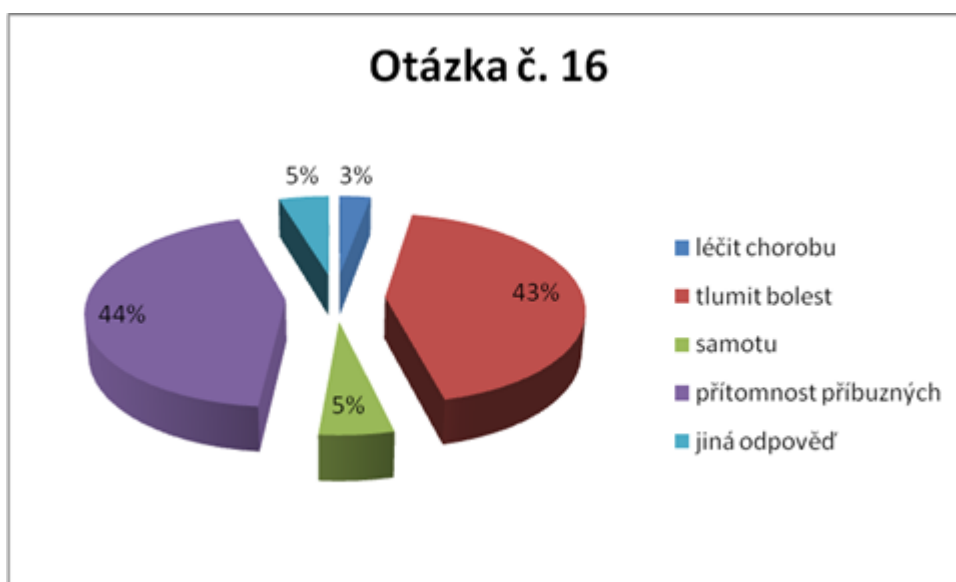
Na tuto otázku odpověděly tři pětiny respondentů, že by si přálo zemřít v domácím prostředí v blízkosti své rodiny, čtvrtina respondentů ve speciálním zařízení a zbytek respondentů volilo jinou odpověď. Část z nich nevolila žádné prostředí, ti by chtěli zemřít náhle, nečekaně a kdekoliv, část z nich uvedlo, že neví a ostatní by chtěli zemřít osamoceni beze svědků. Je zřejmé, že většina lidí chce poslední chvíle svého života strávit ve svém přirozeném sociálním prostředí v okruhu svých nejbližších. Nicméně počtem odpovědí se respondenti v názoru, kde by chtěla většina lidí zemřít a kde by chtěli zemřít právě oni, rozcházejí. Při zamyšlení se nad jinými lidmi se respondenti častěji domnívají, že tím správným prostředím je domov, v případě vlastního umírání jsou o tom přesvědčeni v mnohem menším počtu. Domnívám se, že příčinou je opět strach z pomyšlení nad vlastní smrtí, tíží je představa vlastního umírání a raději volí jinou variantu, variantu náhlé a nečekané smrti, přestože si uvědomují, že domácí prostředí je nejvhodnější.

**Otázka č. 16 - Co podle Vás umírající pacient nejvíce potřebuje?**

Tabulka 20: Otázka č. 16

Otázka č. 16	Počet	[%]
léčit chorobu	5	3
tlumit bolest	74	43
samotu	9	5
přítomnost příbuzných	75	44
jiná odpověď	8	5
	171	100

Graf 20: Otázka č. 16



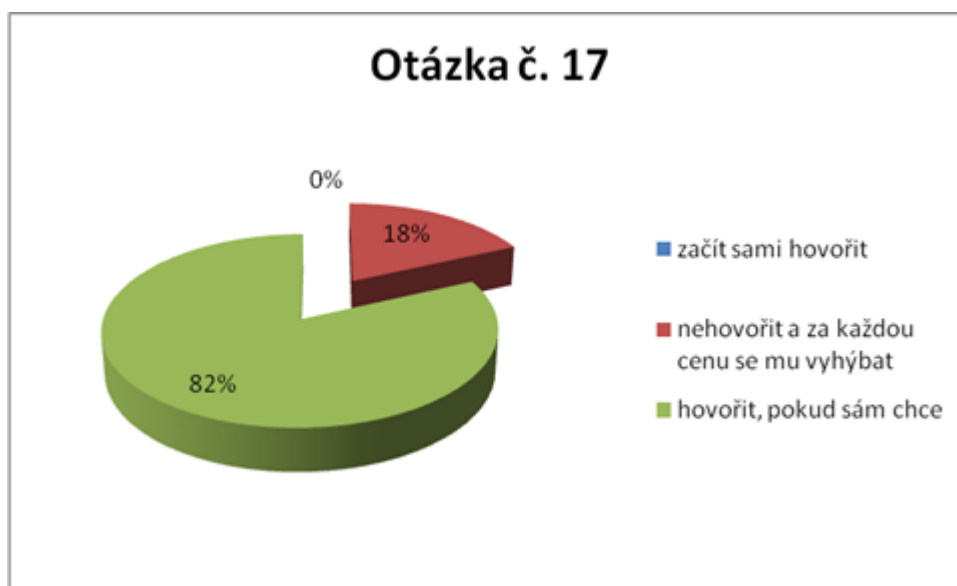
Otázka č. 16 je další otázkou, kde bylo možné označit více odpovědí. Ze 132 respondentů jich 36 označilo více odpovědí. 43 % respondentů uvádí jako nejnutnější potřebu umírajícího „tlumení bolesti“. O potřebě „léčit chorobu“ uvažuje pouhých 5 respondentů, to, že by umírajícímu udělala dobře „samota“, si myslí jen 9 respondentů. „Přítomnost příbuzných“ uvedlo 44 % dotazovaných, „jinou odpověď“ volila jedna dvacetina všech dotazovaných. „Tlumení bolesti“ je u umírajícího nutností a je základem paliativní péče u terminálně nemocných pacientů. Z více odpovědí jednoznačně převažovala kombinace „tlumení bolesti“ a „přítomnosti příbuzných“ a to v 31 případech, 2 respondenti uvedli jako prioritní potřebu umírajícího „léčení nemoci“ a „tlumení bolesti“, ve 3 případech se objevila kombinace „léčení choroby“, „tlumení bolesti“ a „příbuzných“. Je zřejmé, že se převážná většina lidí správně domnívá, že z hlediska sociálních potřeb umírajícího člověka, hrají příbuzní nezastupitelnou roli.

**Otázka č. 17 - S umírajícím je vhodnější o tématu smrti...**

Tabulka 21: Otázka č. 17

Otázka č. 17	Počet	[%]
začít sami hovořit	0	0
nehovořit a za každou cenu se mu vyhýbat	24	18
hovořit, pokud sám chce	108	82
	132	100

Graf 21: Otázka č. 17



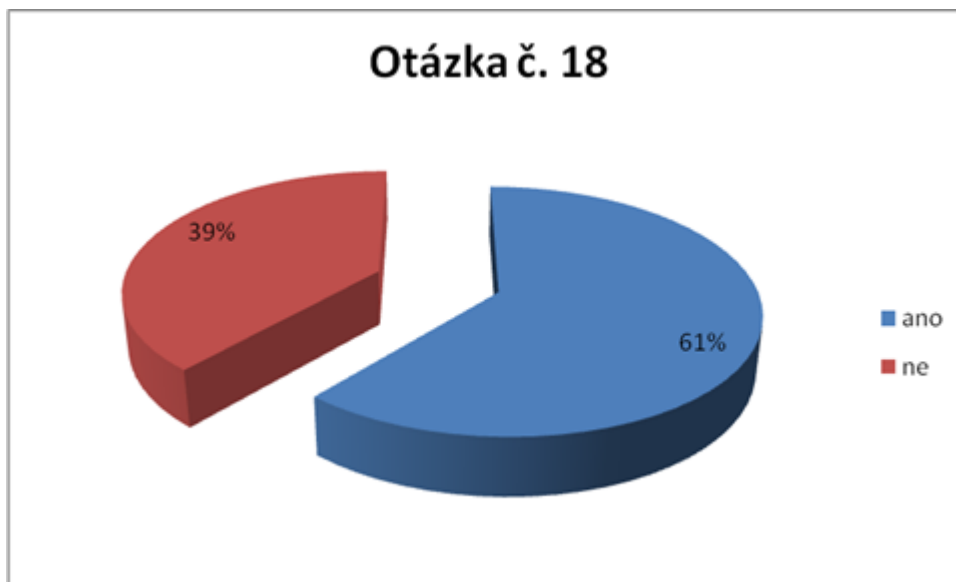
Na tuto otázku reagovaly čtyři pětiny respondentů zcela správně pravděpodobně svým citem a uvedla, že hovořit o smrti s umírajícím je vhodné, pokud sám chce. Není dobré toto téma umírajícímu vnucovat, ale ani se mu za každou cenu vyhýbat. To, že o smrti by se nemělo mluvit, si myslí 18% respondentů, žádný z respondentů si nemyslel, že je nutné o smrti hovořit.

**Otázka č. 18 - Myslíte si, že by měla být u nás eutanazie (asistovaná sebevražda) zákonem povolena?**

Tabulka 22: Otázka č. 18

Otázka č. 18	Počet	[%]
ano	81	61
ne	51	39
	132	100

Graf 22: Otázka č. 18



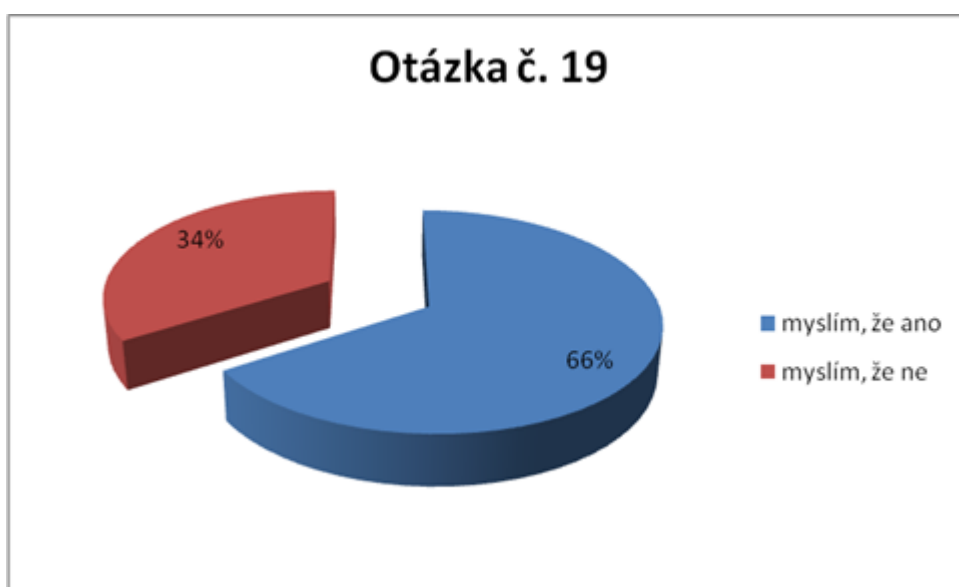
Pro mne velmi překvapivě se tři pětiny dotazovaných přiklání pro povolení eutanazie, dvě pětiny jsou proti. Myslím, že chce většina lidí působit milosrdenství umírajícím lidem, ale neuvědomují si, kolik rizik tento institut s sebou nese, například snadnost zneužití, manipulovatelnost, nebezpečí omylu, psychické následky pro zdravotníky a především rozpor se základním morálním principem.

**Otázka č. 19 - Pokud by to náš právní řád povoloval, dopřál(a) byste Vašemu blízkému nevléčitelně nemocnému eutanazii?**

Tabulka 23: Otázka č. 19

Otázka č. 19	Počet	[%]
myslím, že ano	87	66
myslím, že ne	45	34
	132	100

Graf 23: Otázka č. 19



Dvě třetiny dotázaných jsou zastánci milosrdné smrti pro své nejbližší. Zbylá třetina by ji svým blízkým umírajícím z různých důvodů nedopřála. Je zajímavé, že svým umírajícím blízkým by eutanázií dopřálo o něco málo více respondentů než těch, kteří by eutanázií zlegalizovali vůbec (viz. ot. č. 18). Zamýšlím se nad tím, kdo by nám v takovém případě dal pravomoc rozhodovat o životě druhých?

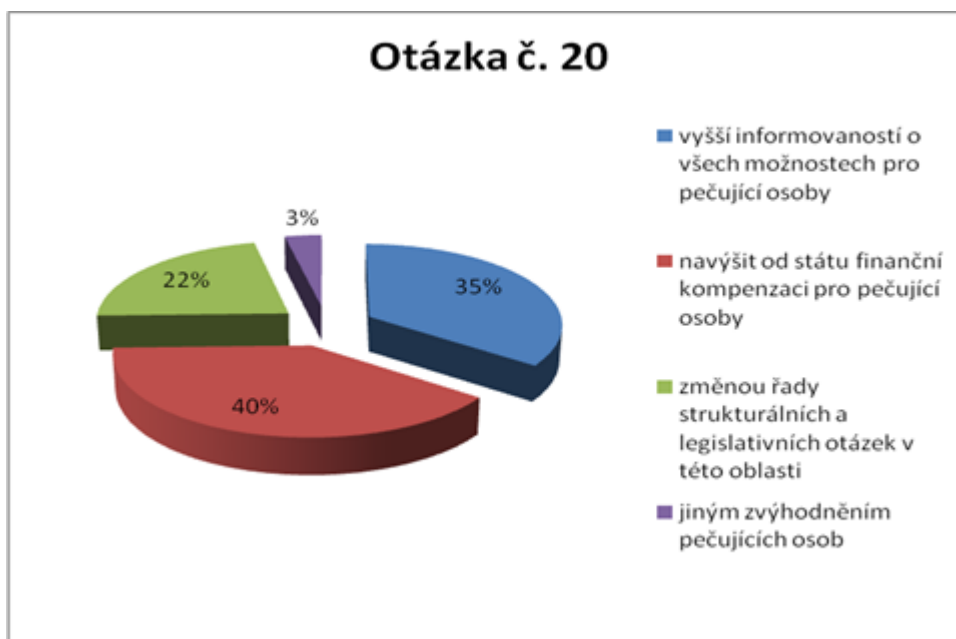


**Otázka č. 20 - Jakým způsobem je podle Vás možné zlepšit situaci a zajistit pro umírající a jejich blízké lepší podmínky a kvalitnější péči?**

Tabulka 24: Otázka č. 20

Otázka č. 20	Počet	[%]
vyšší informovaností o všech možnostech pro pečující osoby	62	35
navýšit od státu finanční kompenzaci pro pečující osoby	70	40
změnou řady strukturálních a legislativních otázek v této oblasti	39	22
jiným zvýhodněním pečujících osob	6	3
	177	100

Graf 24: Otázka č. 20



Otázka č. 20 nabízí také možnost volby více odpovědí. 132 respondentů označilo 177 odpovědí. Dvě pětiny respondentů se domnívá, že celková situace pečujících osoby se zlepší navýšením finanční pomoci pro ně a o 5 % lidí méně si myslí, že by se situace zlepšila vyšší informovaností o všech možnostech při péči. Jedna pětina dotazovaných vidí řešení problému ve změně systému a legislativy v dané oblasti, nepatrná část respondentů se domnívá, že cesta by se měla hledat jinde. Tuto cestu lidé vysvětlovali v podstatě tak, že by se měl spíš změnit přístup lidí ke smrti a umírání než systém, tzn. jejich hodnoty, slevit ze svého pohodlí atp.

## 5.5 Hodnocení hypotéz

Dle výsledků zjištěných dotazníkovou metodou můžeme posoudit pravdivost výše stanovených hypotéz.

### **H1: Ženy o své smrti přemýšlí častěji než muži.**

Dle získaných odpovědí lze jednoznačně potvrdit pravdivost hypotézy H1. Z celkového počtu (111) kladných odpovědí „ano, často“ a „někdy“ bylo 79 žen (71 %) a 32 mužů (29 %). Ze všech žen, které se zúčastnily výzkumu, je to 91 % žen, které odpověděly pozitivně, že tedy o smrti alespoň někdy přemýšlí. Zřejmě je tomu tak z toho důvodu, že ženy častěji uvažují o svém bytí, o budoucnosti, o důsledcích svého jednání, jsou více emočně založené a více odpovědné k životu. Podstata rozdílného uvažování žen a mužů vyplývá z jejich genderové diferenciaci. Genderové role získávají jedinci od útlého věku zejména prostřednictvím nápodoby s dospělými a posilováním za pomoci odměn a trestů. Lze říci, že určité charakteristiky je možné u jednoho či druhého pohlaví s jistou pravděpodobností předpokládat.

Hypotéza byla potvrzena.

### **H2: Lidé žijící na venkově se častěji starají v domácích podmínkách o svého blízkého umírajícího než lidé žijící ve městě.**

Tento předpoklad se podle získaných výpovědí potvrdil. Lidé žijící na venkově se skutečně starají o své umírající příbuzné v domácích podmínkách častěji než lidé žijící ve městě. Z celkového počtu kladných odpovědí (57) bylo 33 respondentů (58 %) z venkova, 24 respondentů (42 %) z města. Ze všech respondentů žijících na venkově (48) představuje tato kladná odpověď 69 %, z respondentů žijících ve městě (84) odpovědělo kladně pouze 29 %.

Domnívám se, že hlavní příčinou této skutečnosti je fakt, že na vesnicích žijí lidé především v rodinných domech, mnohdy více generací pospolu, funguje zde proto větší mezigenerační soudržnost a lidé mají tím pádem i lepší bytové podmínky pro péči. Na vesnicích nejsou lidé tak sociálně izolovaní, více se zajímají jeden od druhého v tom

pozitivním i negativním slova smyslu, fungují více sousedské vztahy, vzájemná mezilidská solidarita a výpomoc na rozdíl od města popř. velkoměsta, které je anonymní.

Hypotéza byla potvrzena.

### **H3: Lidé středoškolsky (popř. ZŠ) vzdělaní by přivítali legalizaci eutanazie častěji než lidé s VŠ vzděláním.**

Ze zjištěných výsledků je zřejmé, že většina lidí se domnívá, že by měla být u nás eutanazie zákonem povolena. Z celkového počtu sympatizantů s eutanazií (81), bylo 51 respondentů (63 %) středoškolsky vzdělaných, popřípadě mělo vzdělání základní, zbylých 30 respondentů (37 %) mělo vzdělání vysokoškolské. Ze všech SŠ popř. ZŠ vzdělaných respondentů (93) souhlasí s eutanazií celých 55 %, VŠ vzdělaných dotazovaných je to 77 %. V nesouladu s mým očekáváním získali převahu příznivci eutanazie jakožto „dobré“ či „milosrdné“ smrti. Téma eutanazie je pro svou rozporuplnost často diskutovaným tématem ve společnosti a jeho příznivci se snaží argumentovat řadou svých „pro“ pro schválení tohoto vážného institutu a naopak. Eutanazie je vnímána jako milosrdné ukončení či neprodlužování utrpení, na druhou stranu je nutné argumentovat tím, že je morálně nepřijatelná, je proti lidské přirozenosti a je také zapotřebí podotknout otázku, kdo vkládá do našich rukou pravomoc ukončit něčí život? Velkou hrozbou také zůstává možnost zneužití tohoto institutu v případě jeho zlegalizování.

Hypotéza se nepotvrdila.

### **H4: Starší lidé (nad 61 let) si více přejí zemřít v domácím prostředí než mladí lidé.**

V domácím prostředí chtějí zemřít častěji lidé nad 61 let než lidé mladších věkových skupin. Všichni respondenti starší než 61 let, kteří se zúčastnili tohoto výzkumu (12), odpověděli, že by rádi zemřeli v domácím prostředí, žádný z nich nevolil jinou odpověď, tato hypotéza se zde tedy potvrdila na 100 %. Starší lidé jsou podle mého názoru více fixováni na své přirozené sociální prostředí, více lpí na svých blízkých a hůř snášejí jakoukoli změnu, cizí prostředí nebo přítomnost cizích osob, celkově se hůř přizpůsobují novým věcem. Starý umírající člověk má již zpravidla alespoň dvě generace potomstva, pro něž celý svůj život vyvíjel své úsilí a jimž věnoval veškerou svou lásku. V této těžké chvíli od nich očekává pomocnou ruku a svou blízkost. Vzniká jistě větší citová vazba na

dům, ve kterém strávil svůj život a v němž vychoval své děti. Úloha rodinných příslušníků a svého přirozeného prostředí je v psychologii umírajícího jedince nezastupitelná.

Hypotéza byla potvrzena.

## ZÁVĚR

Není v možnostech této práce zcela obsáhnout rozsáhlou problematiku smrti a umírání. Nicméně mým cílem bylo provést v teoretické části důkladnou studii problematiky stáří, stárnutí, umírání, péče o umírajícího a postavení smrti v postmoderní společnosti a na ni navázat praktickou částí a to shrnutím poznatků získaných explorativním šetřením. Otázka zda smrt je či není tabuizovaným tématem, zůstává nerozřešena, neboť i názory odborníků se rozcházejí a nepanuje v odborné veřejnosti jednoznačný názor na tuto problematiku. Myslím, že smrt se v současné společnosti spíše než tabuizovanou stává neznámou. Dnes se lidé (hlavně děti) setkávají s umírajícím poměrně málo a z tohoto důvodu pramení nepochopení smrti a neznalost cesty nebo správného přístupu k ní a způsobu, jak s ní zacházet.

Z dat získaných dotazníkovým šetřením, jež probíhalo v regionu Hodonínska, můžeme konstatovat, že převážná většina lidí alespoň někdy uvažuje o své vlastní smrti a v poměrně hojném počtu se o ní nebojí hovořit se svými přáteli. Lidé nepovažují smrt za zlo, ale za něco přirozeného a nevyhnutelného a nejvíce se v souvislosti s umíráním obávají bolesti a ztráty soběstačnosti. To vyplývá z poměrně velké neznalosti pojmu paliativní péče, která definuje umírání jako proces maximálně zmírňující především fyzické utrpení při umírání. Dnes je primární snahou v péči o umírajícího, aby netrpěl bolestmi ať už v domácích nebo institucionálních podmínkách. Se smrtí se většina lidí za svůj život někdy setkala, ale jsou značně skeptičtí ohledně dostatečné informovanosti naší populace o péči o umírajícího člověka. Slabá polovina lidí má osobní zkušenost s pečováním o blízkého umírajícího a stejně velká část uvádí, že by byla ochotna postarat se za jakoukoli cenu. Většina lidí se správně domnívá, že umírající by nejraději své poslední chvíle trávili v domácím prostředí a stejně tak sami respondenti uváděli, že by pro své poslední dny nejraději volili domácí prostředí v okruhu svých nejbližších. Dobré povědomí panuje v populaci také ohledně potřeb umírajícího a komunikaci s ním. Přítomnost příbuzných a tlumení bolesti jsou správně vnímány jako důležité tělesné a psychosociální potřeby. Dalším významným tématem, kterým se výzkum zabýval, byl názor veřejnosti na eutanazii jako milosrdnou smrt. K mému překvapení by se většina lidí přikláněla k její legalizaci a dokonce by ji jako vysvobození dopřála i svým nejbližším. Měla bych velké obavy z rizik, které by tento institut přinášel. Poslední otázkou, kterou jsem se zabývala, byla otázka jak zlepšit celkovou situaci v oblasti péče o umírajícího. Nejvíce by si lidé toto zlepšení představovali navýšením finanční pomoci od

státu popřípadě vyšší informovaností o všech možnostech, které jsou nabízeny pečujícím osobám.

Z výše zmíněných poznatků lze usoudit, že situace v našem regionu není tak zoufalá. Lidé se vedle všech rizik, které skýtá současná společnost (izolace, orientace na majetek a úspěch, mezilidské násilí, rozpad rodiny,...), snaží ke smrti přistupovat aktivně, nepovažují ji za zlo, ale přijímají ji jako přirozenou součást našich životů. Myslím, že příčinou toho, je převaha menších měst v tomto regionu, chybí zde velkoměsto, hustě osídlená a průmyslová aglomerace, kde převládá anonymita. Jsme regionem, kterému odjakživa vévodilo zemědělství, práce na polích a na vinicích, rodinné soužití více generací, silnější sousedské a ostatní neformální mezilidské vztahy a lidé se zde vždy opírali o pevně zakořeněnou katolickou církev. V tomto shledávám důvod, proč jsou v tomto regionu lidé více ochotni dovolit smrti, aby se stala nedílnou součástí jejich životů, nebyla vytěšňována a odsunována za zdi odborných institucí, ale přijata.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

1. ABELN, R. *Jak se vyrovnám se stářím?* Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1995. ISBN 80-7192-005-3.
2. ALAN, J. *Etapy života očima sociologie*. 1.vyd. Praha: Panorama, 1989. ISBN 80-7038-044-6.
3. ARIÈS, P. *Dějiny smrti II*. díl. 2. vyd. Praha: Argo, 2009. ISBN 80-7203-293-3.
4. BECKER, E. *Denial of Death*. Free Press Paperbacks, NY, 1997. ISBN 0-684-83240-2.
5. BYOCK, I. *Dobré umírání: Možnost pokojného konce života*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 2005. ISBN 80-7021-797-9.
6. CALLONE, P. R. *Alzheimerova nemoc*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2320-4.
7. CANTALAMESSA, R. *Sestra smrt*. 1. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1997. ISBN 80-7192-311-7.
8. ČEVELA, R., KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L. *Sociální gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-297-3901-4.
9. DOŇKOVÁ, O., NOVOTNÝ, J. S. *Vývojová psychologie pro sociální pedagogy*. Brno: IMS, 2009.
10. DOUGLAS, J. D. *Stručné dějiny smrti*. 1. vyd. Praha: Volvox Globator, 2007. ISBN 80-7207-628-0.
11. ELIAS, N. *O osamělosti umírajících*. Praha: Nakladatelství Franze Kafky, 1998. ISBN 80-85844-39-7.
12. GORER, G. *The Pornography of Death*. Encounter, 1955. Vol. 5, No. 4, dostupné na <http://www.unz.org/Pub/Encounter-1955oct-00049>.
13. GRÜN, A. *Smrt v životě člověka*. 2.vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1996. ISBN 80-7192-221-8.
14. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1. vyd. Praha: Panorama, 1989. ISBN 80-7038-158-2.
15. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 3. vyd. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-726-2132-7.
16. HAŠKOVCOVÁ, H. *Rub života, líc smrti*. 1. vyd. Praha: Orbis, 1975.
17. HAŠKOVCOVÁ, H. *Sociální gerontologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-900-8.

18. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie: Nauka o umírání a smrti*. 2. vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7263-473-3.
19. JEŘÁBEK, H. *Rodinná péče o staré lidi*. Studie CESES 11/2005.
20. KELLER, J. *Úvod do sociologie*. 5. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2009. ISBN 978-80-86429-39-7.
21. KINSELLA, K., PHILLIPS, D. R. *Global Aging: The Challenge of Success. The Global Process of Aging*. Washington: The population Bulletin, 2005, Vol. 60, No. 1, p. 4-7.
22. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
23. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie smysluplnosti existence*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1370-5.
24. KŘIVOHLAVÝ, J. *Vážně nemocný mezi námi*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1989. ISBN 735-21-08.
25. KÜBLER-ROSSOVÁ, E. *Otázky a odpovědi o smrti a umírání*. 1. vyd. Turnov: Arica, 1994. ISBN 80-900134-6-5.
26. LEVINE, C. *Home Sweet Hospital*. Journal of Aging and Health, 1999, Vol. 11, No. 3, p. 341-359.
27. MOODY, R. A. *Life after Life*. San Francisco: A Division of HarperCollins Publishers, 1975.
28. MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno: IMS, 2009.
29. MÜHLPACHR, P. *Senioři z pohledu sociální pedagogiky*. Brno: IMS, 2011.
30. MÜHLPACHR, P. *Schola gerontologica*. 1. vyd. Brno: MU, 2005. ISBN 80-210-3838-1.
31. MÜHLPACHR, P., BARGEL, M. *Senioři z pohledu sociální pedagogiky*. Brno: IMS 2011. ISBN 978-80-87182-21-5.
32. NEČESÁNEK, P. *Komplexní analýza problematiky paliativní péče a eutanazie*. Brno, 2005, Diplomová práce. Pedagogická fakulta, Katedra speciální pedagogiky. Vedoucí diplomové práce Pavel Mühlpachr.
33. OLSON, L. K. *The graying of the world: who will care for the frail elderly?* Bringhampton, NY: Haworth Press, 1994.
34. PAVLATOVÁ, E. *Bojíte se smrti?* 1. vyd. Praha: Olympia, 2001. ISBN 80-7033-061-9.



35. POKORNÁ, A. *Komunikace se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3271-8.
36. PŘIDALOVÁ, M. *Proč je moderní smrt tabu?* Sociologický časopis, 1998, č. 3. ISSN 0038-0288.
37. RADVAN, E., VAVŘÍK, M. *Metodika psaní odborného textu a výzkum v sociálních vědách*. Brno: IMS, 2009.
38. ROTTER, H. *Důstojnost lidského života*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 1999. ISBN 80-7021302-7.
39. ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. 2. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7367-124-7.
40. SEKOT, A. *Sociologie v kostce*. Brno: Paido, 2002. ISBN 80-7315-021-2.
41. STUART-HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-274-2.
42. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 1. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008. ISBN 978-80-7195-307-4.
43. TVAROH, F. *Všichni stárneme*. 2. vyd. Praha: Avicenum, 1984. ISBN 735-21-08.
44. HODNOCENÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU. VYBRANÉ UKAZATELE DEMOGRAFICKÉ A ZDRAVOTNÍ STATISTIKY. Odborná zpráva za rok 2006. Praha: Státní zdravotní ústav, 2007. ISBN 978-80-7071-281-8. Dostupné z: [http://www.szu.cz/uploads/documents/chzp/odborne\\_zpravy/OZ\\_06/demografie\\_06.pdf](http://www.szu.cz/uploads/documents/chzp/odborne_zpravy/OZ_06/demografie_06.pdf)
45. WALTER, T. *Modern Death: Taboo or not Taboo?* Sociology, 1991. Vol. 25, č. 2. s.293-310. Dostupné na: <http://soc.sagepub.com/cgi/content/abstract/25/2/293>.

### **Internetové zdroje:**

[www.umenidoprovazet.cz](http://www.umenidoprovazet.cz)

[www.pecujdoma.cz](http://www.pecujdoma.cz)

[www.helpnet.cz](http://www.helpnet.cz)

[www.acho.cz](http://www.acho.cz)

[www.amps.cz](http://www.amps.cz)

[www.cestadomu.cz](http://www.cestadomu.cz)

[www.umirani.cz](http://www.umirani.cz)

[www.gerontologie.cz](http://www.gerontologie.cz)

[www.mpsv.cz](http://www.mpsv.cz)

<http://sreview.soc.cas.cz>

[www.ceses.cuni.cz](http://www.ceses.cuni.cz)

<http://www.domaci-pece.info/>

<http://www.adp-cr.cz>

<http://www.ceskatelevize.cz/ivysilani/1093836883-na-plovarne/210522160100028/>

<http://soc.sagepub.com/cgi/content/abstract/25/2/293>

<http://www.unz.org/Pub/Encounter-1955oct-00049>

<http://zitdeledoma.cz/>

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

SZÚ	Státní zdravotní ústav
ČSÚ	Český statistický úřad
ADL	Activity of Daily Living, činnosti každodenního života
DNA	deoxyribonucleic acid, deoxyribonukleová kyselina - nositelka genetické informace všech buněčných organismů
WHO	World Health Organization, Světová zdravotnická organizace
H	Hypotéza

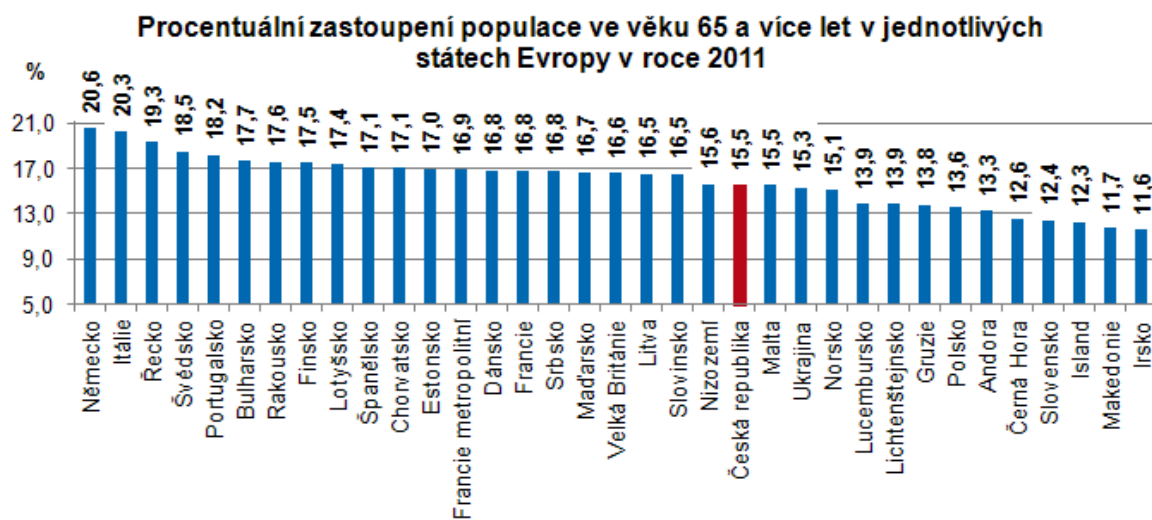
**SEZNAM TABULEK A GRAFŮ**

<i>Tabulka 1:</i> Pohlaví respondentů	58
<i>Tabulka 2:</i> Věk respondentů	59
<i>Tabulka 3:</i> Vzdělání respondentů	60
<i>Tabulka 4:</i> Bydliště respondentů	61
<i>Tabulka 5:</i> Otázka č. 1	62
<i>Tabulka 6:</i> Otázka č. 2	63
<i>Tabulka 7:</i> Otázka č. 3	64
<i>Tabulka 8:</i> Otázka č. 4	65
<i>Tabulka 9:</i> Otázka č. 5	66
<i>Tabulka 10:</i> Otázka č. 6	67
<i>Tabulka 11:</i> Otázka č. 7	68
<i>Tabulka 12:</i> Otázka č. 8	69
<i>Tabulka 13:</i> Otázka č. 9	70
<i>Tabulka 14:</i> Otázka č. 10	71
<i>Tabulka 15:</i> Otázka č. 11	72
<i>Tabulka 16:</i> Otázka č. 12	73
<i>Tabulka 17:</i> Otázka č. 13	74
<i>Tabulka 18:</i> Otázka č. 14	75
<i>Tabulka 19:</i> Otázka č. 15	76
<i>Tabulka 20:</i> Otázka č. 16	77
<i>Tabulka 21:</i> Otázka č. 17	78
<i>Tabulka 22:</i> Otázka č. 18	79
<i>Tabulka 23:</i> Otázka č. 19	80
<i>Tabulka 24:</i> Otázka č. 20	81
<i>Graf 1:</i> Věk respondentů	58
<i>Graf 2:</i> Věk respondentů	59
<i>Graf 3:</i> Vzdělání respondentů	60
<i>Graf 4:</i> Bydliště respondentů	61
<i>Graf 5:</i> Otázka č. 1	62
<i>Graf 6:</i> Otázka č. 2	63
<i>Graf 7:</i> Otázka č. 3	64

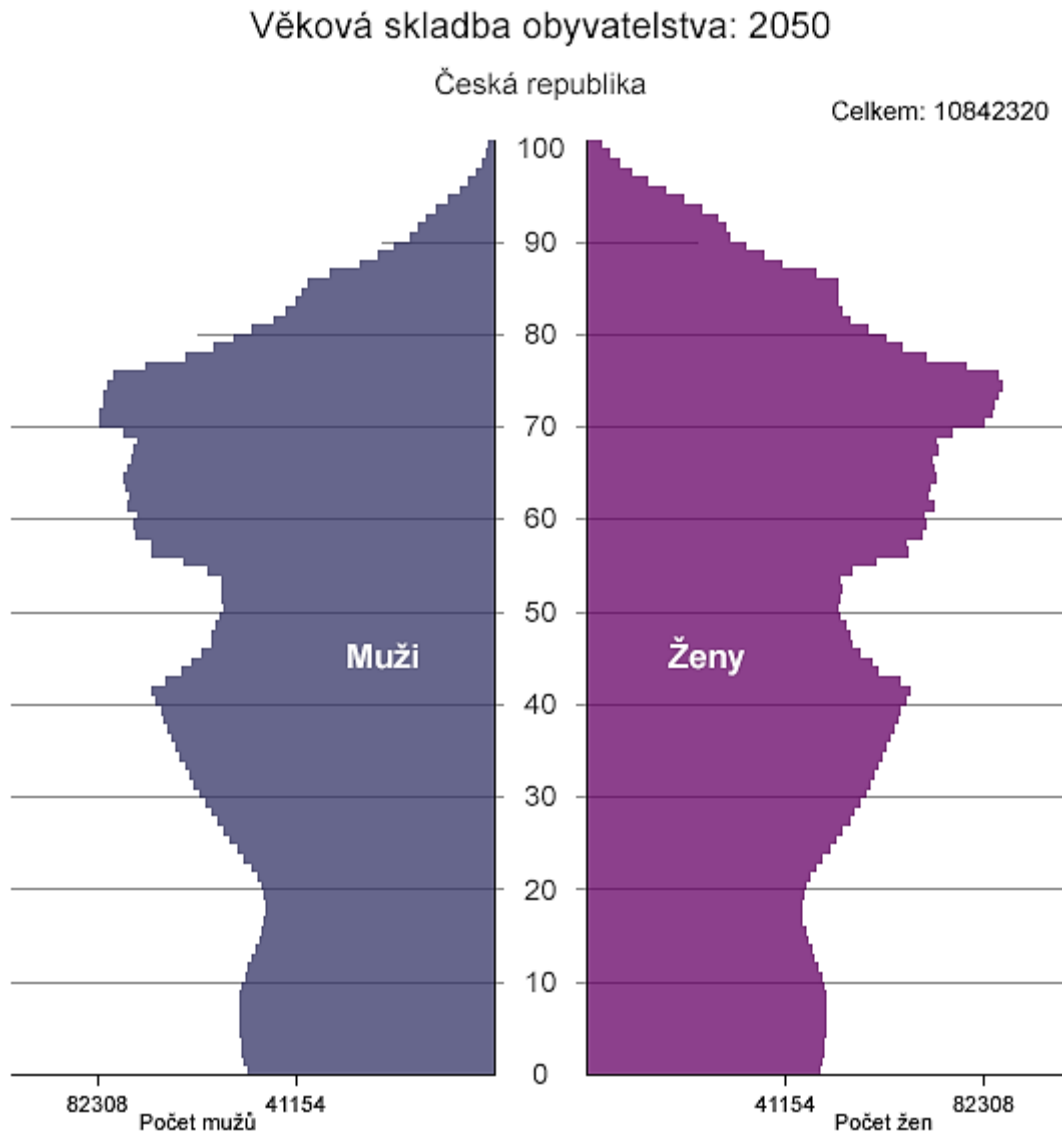
---

<i>Graf 8: Otázka č. 4</i>	65
<i>Graf 9: Otázka č. 5</i>	66
<i>Graf 10: Otázka č. 6</i>	67
<i>Graf 11: Otázka č. 7</i>	68
<i>Graf 12: Otázka č. 8</i>	69
<i>Graf 13: Otázka č. 9</i>	70
<i>Graf 14: Otázka č. 10</i>	71
<i>Graf 15: Otázka č. 11</i>	72
<i>Graf 16: Otázka č. 12</i>	73
<i>Graf 17: Otázka č. 13</i>	74
<i>Graf 18: Otázka č. 14</i>	75
<i>Graf 19: Otázka č. 15</i>	76
<i>Graf 20: Otázka č. 16</i>	77
<i>Graf 21: Otázka č. 17</i>	78
<i>Graf 22: Otázka č. 18</i>	79
<i>Graf 23: Otázka č. 19</i>	80
<i>Graf 24: Otázka č. 20</i>	81
<i>Graf 25</i>	94
<i>Graf 26</i>	95
<i>Graf 27</i>	96

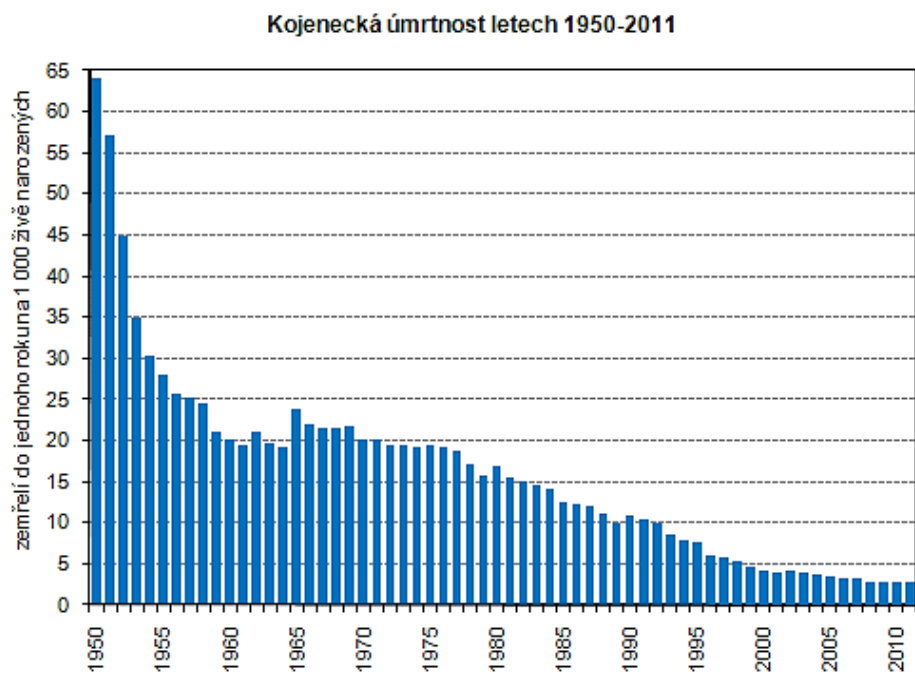
Graf 25



Graf 26



Graf 27





## **SEZNAM PŘÍLOH**

- P I Vzor dotazníku
- P II Etický kodex práv pacientů
- P III Charta práv umírajících

## PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

### Dotazník

Dostal se vám do rukou dotazník, který je nedílnou součástí výzkumu, jenž je základem diplomové práce na téma „Tabuizace smrti v současné společnosti“. Cílem tohoto šetření je zjistit, zda je téma smrti a umírání ve společnosti dostatečně diskutovaným tématem, zda je veřejnost alespoň do určité míry informována ohledně problematiky umírání a péče o umírajícího.

Vypracování tohoto dotazníku je zcela anonymní, jeho výsledky budou použity pouze pro účely výzkumuvýše zmíněné diplomové práce v rámci studia na IMS (Institutu mezioborových studií) Brno.

Vámi zvolenou odpověď popř. odpovědi označte, prosím, křížkem v příslušném čtverečku.

Pokud Vám v případě otevřených otázek (kde je více volných variant) nevyhovuje žádná z uvedených alternativ, zvolte, prosím, „jinou odpověď“ a uveďte ji. Tematika, na kterou se dotazují, není příliš optimistická, přesto Vás žádám, abyste vyplňovali s rozvahou a nad každou otázkou alespoň chvíli popřemýšleli. Děkuji Vám za čas, který jste věnovali tomuto šetření a který umožní udělat náhled na danou problematiku ve společnosti.

Marie Janíková

<b>Pohlaví:</b>	<input type="checkbox"/> muž	<input type="checkbox"/> žena		
<b>Věk:</b>	<input type="checkbox"/> 18-30	<input type="checkbox"/> 31-45	<input type="checkbox"/> 46-60	<input type="checkbox"/> 61 - a více
<b>Vzdělání:</b>	<input type="checkbox"/> ZŠ	<input type="checkbox"/> SŠ	<input type="checkbox"/> VŠ	
<b>Bydliště:</b>	<input type="checkbox"/> vesnice (do 3000 obyvatel)	<input type="checkbox"/> město		

1. Uvažujete někdy o vlastní smrti?

- ano, často                       někdy                       ne

2. Hovořil(a) nebo rozmlouval(a) jste někdy třeba s přáteli o smrti a umírání?

- ano                       ne

3. Myslíte si, že by se měla dětem říkat pravda o smrti a umírání?

- ano                       ne

4. Co pro Vás smrt jako taková znamená?

- přirozená nevyhnutelnost  
 zlo  
 přechod do jiného světa  
 absolutní konec

5. Z čeho máte největší obavy při představě umírání?

- z bolesti  
 ze ztráty soběstačnosti a že budu „na obtíž“  
 ze samoty  
 neřeším to  
 jiná odpověď.....

6. Setkal(a) jste se někdy za svůj život tváří v tvář se smrtí?

- ano                       ne

7. Myslíte si, že se ve společnosti dostatečně diskutuje o problematice umírání a péče o umírajícího?

- ano                       málo                       téměř vůbec                       nevím, nemohu posoudit

8. Myslíte si, že je veřejnost dostatečně informována o možnostech péče o umírajícího člověka?

- ano                       málo                       vůbec

9. Znáte ve Vašem regionu nějakou instituci pomáhající pečujícím rodinám?

- ano                       ne

10. Dokázal(a) byste se v případě potřeby postarat v domácím prostředí o umírajícího příbuzného?

- ano, za jakoukoli cenu  
 ne, nemohl(a) bych kvůli zaměstnání  
 ne, nemohl(a) bych z důvodu bytových podmínek  
 nevím, co to obnáší, nemám dostatek informací  
 jiná odpověď.....

11. Máte osobní zkušenost s pečováním o blízkou umírající osobu ve Vašem domácím prostředí?

- ano                       ne

12. Znáte přesný význam pojmu „paliativní péče“?

- ano                       ne

13. Víte pro koho je určeno zařízení „hospic“ a co je jeho podstatou?

- ano                       ne

14. V jakém prostředí by podle Vás většina umírajících trávila nejraději poslední chvíle svého života?

- odborné prostředí (nemocnice, léčebna dlouhodobě nemocných,...)  
 specifické zařízení uzpůsobené pro umírající pacienty (hospice, ...)  
 domácí prostředí

15. Vy sám (sama) byste si přál(a) zemřít...

- doma v okruhu svých nejbližších  
 v zařízení k tomu určeném pod dohledem odborníků  
 jiná odpověď.....

16. Co podle Vás umírající pacient nejvíce potřebuje?

- léčit chorobu  
 tlumit bolest  
 samotu  
 přítomnost příbuzných  
 jiná odpověď.....

17. S umírajícím je vhodnější o tématu smrti...

- začít sami hovořit  
 nehovořit a za každou cenu se mu vyhýbat  
 hovořit, pokud sám chce

18. Myslíte si, že by měla být u nás eutanazie (asistovaná sebevražda) zákonem povolena?

ano, lidé by měli mít možnost o svém životě rozhodovat

ne, je to nehumánní a snadno zneužitelné

19. Pokud by to náš právní řád povoloval, dopřál(a) byste Vašemu blízkému nevyлéčitelně nemocnému eutanazii?

myslím, že ano

myslím, že ne

20. Jakým způsobem je podle Vás možné zlepšit situaci a zajistit pro umírající a jejich blízké lepší podmínky a kvalitnější péči?

vyšší informovaností o všech možnostech pro pečující osoby

navýšit od státu finanční kompenzaci pro pečující osoby

změnou řady strukturálních a legislativních otázek v této oblasti

jiným zvýhodněním pečujících osob, uveďte:.....

## **PŘÍLOHA P II: ETICKÝ KODEX PRÁV PACIENTŮ**

*(V lednu 1991 ratifikovalo Federální shromáždění Listinu základních práv a svobod, v návaznosti na ni vypracovala a schválila centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví kodex o právech pacientů: tento byl prohlášen za platný 25. 2 1992)*

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického či terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje i více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich účastní.
4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věci důvěrnou a musí být provedena diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.
6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.

7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen po té, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instrukce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.

8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinčních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.

9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.

10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.

11. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient má právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.



## **PŘÍLOHA P III: CHARTA PRÁV UMÍRAJÍCÍCH**

*(Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících.“ Text tohoto Doporučení byl přijat Parlamentním shromážděním 25. června roku 1999.)*

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

bytost začíná svůj život ve slabosti a závislosti, stejně tak potřebuje ochranu a podporu, když umírá.

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

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

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

- Umírání s nesnesitelnými symptomy (například bolesti, dušení, atd.)
- Prodlužováním umírání terminálně nemocného nebo umírajícího člověka proti jeho vůli
- Umírání o samotě a v zanedbání

- Umírání se strachem býti sociální zátěží
- Omezováním život udržující léčby (life-sustaining) z ekonomických důvodů
- Nedostatečným zajištěním financí a zdrojů pro adekvátní podpůrnou péči terminálně nemocných nebo umírajících

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

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

- aby zajistily, že paliativní péče bude uznána za zákonný nárok individua ve všech členských státech
- aby byl všem nevléčitelně nemocným nebo umírajícím osobám dopřán rovný přístup k přiměřené paliativní péči
- aby byli příbuzní a přátelé povzbuzováni, aby doprovázeli nevléčitelně nemocné a umírající a aby jejich snaha byla profesionálně podporována. Pokud se ukáže, že rodinná nebo soukromá péče nestačí nebo je přetěžována, musejí být k dispozici alternativní nebo doplňkové formy lékařské péče
- aby ustavily ambulantní týmy a síť pro poskytování paliativní péče, které by zajišťovaly domácí péči vždy, pokud je možné pečovat o nevléčitelně nemocné nebo umírající ambulantně
- aby zajistily spolupráci všech osob podílejících se na péči o nevléčitelně nemocného nebo umírajícího pacienta
- aby vyvinuly a vyhlásily kvalitativní normy pro péči o nevléčitelně nemocné nebo umírající
- aby zajistily, že nevléčitelně nemocné a umírající osoby, pokud si nebudou přát jinak, dostanou přiměřenou paliativní péči a tišení bolestí, i kdyby tyto léčba mohla mít u příslušného jedince jako nežádoucí (vedlejší) účinek léčby za následek zkrácení života jedince

- aby zajistily, že ošetřující personál bude vyškolen a veden tak, aby mohl každému nevléčitelně nemocnému nebo umírajícímu člověku poskytnout v koordinované týmové spolupráci lékařskou, ošetrovatelskou a psychologickou péči v souladu s nejvyššími možnými standardy
- aby založily další a rozšířily stávající výzkumná, výuková a doškolovací centra pro obor paliativní medicíny a péče, stejně jako pro interdisciplinární thanatologii
- aby zajistily alespoň ve větších nemocnicích vybudování specializovaných oddělení paliativní péče a thanatologických klinik, které by mohly nabídnout paliativní medicínu a péči jako integrální součást každé lékařské činnosti
- aby zajistily, že bude paliativní medicína a péče ukotvena ve veřejném vědomí jako důležitý cíl medicíny

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

- aby se prosadilo právo nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby na pravdivou, úplnou, ale citlivě podanou informaci o jejím zdravotním stavu, a aby přitom bylo respektováno přání jedince, který nechce být informován
- aby měla každá nevléčitelně nemocná nebo umírající osoba možnost konzultovat ještě jiné lékaře než svého pravidelného ošetřujícího
- aby bylo zajištěno, že žádná nevléčitelně nemocná nebo umírající osoba nebude ošetřována a léčena proti své vůli, že při svém rozhodování nebude ovlivňována nikým jiným a že na ni nebude nikým činěn nátlak. Musejí být zvažena taková opatření, aby takové rozhodnutí nebylo učiněno pod ekonomickým tlakem
- aby bylo zajištěno, že bude respektováno odmítnutí určitého léčebného postupu, vyjádřené v písemném projevu vůle (*living will*), v „pořízení“ nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby, která již nebude aktuálně schopná se vyjádřit. Dále musí být zajištěno, aby byla stanovena kritéria platnosti takových prohlášení, pokud jde o rozsah předem vyjádřených pokynů (*advance directives*), ale i pokud jde o jmenování zmocněnců a rozsah jejich pravomocí. Rovněž musí být zajištěno, že rozhodnutí, učiněná zmocněncem v zastoupení nemocného neschopného se vyjádřit, a která se opírají o předchozí vyjádření vůle nebo o předpokládanou vůli nemocného, budou uznána jen tehdy, když v nastalé

akutní situaci nemocný sám svou vůli nijak neprojeví nebo když ji není možno poznat. V takovém případě musí být jasná souvislost s tím, co příslušná osoba řkala v době krátce před okamžikem rozhodování, nebo přesněji, krátce než začala umírat, a to v odpovídající situaci, bez cizího ovlivnění a nátlaku, a ještě při zachovaných duševních schopnostech. Konečně má být zajištěno, aby nebyla respektována zástupná rozhodnutí, jež se opírají jen o všeobecné hodnotové soudy platné v příslušné společnosti, a aby ve sporných případech bylo vždy rozhodnuto ve prospěch života a jeho prodloužení

- aby bylo zajištěno, že výslovná přání nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby týkající se určitých léčebných postupů budou respektována bez ohledu na zásadní terapeutickou odpovědnost lékaře, pokud nejsou v rozporu s lidskou důstojností

- aby bylo zajištěno, že v případě, kdy není k dispozici předchozí vyjádření vůle pacienta či pacientky, nebude porušeno jeho právo na život. Musí být vytvořen katalog léčebných úkonů, které musejí být poskytnuty za všech okolností a jež nesmí být zanedbány

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

- uznají, že právo na život, zejména ve vztahu k nevléčitelně nemocným a umírajícím osobám, je členskými státy garantováno v souladu s článkem 2 Evropské úmluvy o lidských právech, který říká, že „nikdo nemá být úmyslně zbaven života“

- uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, nezakládá v žádném případě právní nárok na smrt z ruky jiné osoby

- uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, samo o sobě nezakládá legální ospravedlnění činností, úmyslně způsobujících smrt.