

Umírání a smrt očima obyvatel Zlína

Bc. Radana Pisková

Diplomová práce

2017



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav pedagogických věd
akademický rok: 2016/2017

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Radana Pisková**
Osobní číslo: **H150130**
Studijní program: **N7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Umírání a smrt pohledem obyvatel Zlína**

Zásady pro vypracování:

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

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

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

HAŠKOVCOVÁ, Helena. Lékařská etika. Čtvrté, aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Galén, 2015. ISBN 978-80-7492-204-6.

JAKOBY, Bernard. Tajemství umírání: co dnes víme o procesu umírání. Liberec: Dialog, 2005. Tajemství (Dialog). ISBN 80-86761-42-8.

MUNZAROVÁ, Marta. Eutanazie, nebo paliativní péče?. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1025-0.

PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. Eutanazie – pro a proti. Praha: Grada, 2012. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-4659-3.

Vedoucí diplomové práce: **doc. PhDr. Lenka Haburajová Ilavská, Ph.D.**
Ústav pedagogických věd

Datum zadání diplomové práce: **22. listopadu 2016**

Termín odevzdání diplomové práce: **20. dubna 2017**

Ve Zlíně dne 22. listopadu 2016


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




Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby¹⁾;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3²⁾;
- podle § 60³⁾ 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 § 60³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně
P.Š. Koty

.....
Ladava Pškon

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 nahlázení 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 vzdělávacího 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). Odpirá-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 jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Diplomová práce seznamuje čtenáře s problematikou tabuizovaného tématu umírání a smrti a možnostmi ovlivnění kvality života v jeho terminálním stadiu. Zaměřuje se na paliativní a hospicovou péči o umírající. Snahou je čtenáři ukázat, že umírání a smrt jsou přirozenou součástí lidského života. Teoretická část diplomové práce vymezuje pojmy umírání a smrt a v souvislosti s nimi paliativní, hospicovou a domácí péči, které k této poslední části životní etapy patří. Empirickou část tvoří kvantitativní výzkum realizovaný formou dotazníkového šetření, zpracovaná získaná data a analýza výsledků.

Klíčová slova:

Umírání, smrt, paliativní péče, sociální pracovník, hospic, domácí péče

ABSTRACT

Abstrakt ve světovém jazyce

The goal of this thesis is to deal with the issues of a taboo topic of dying and death and possibilities of influencing the quality of life in its terminal stage. It focuses on a palliative and hospice care for dying people. The effort of this work is to show that dying and death are natural parts of a human life. In the theoretical part, the terms of dying and death, and related terms such as palliative care, hospice care and home care which are parts of this last life stage, have been explained. The empiric part has been formed by a quantitative research which has been realised via questionnaire research, by data processing and the analysis of results.

Keywords:

Dying, death, palliative care, social worker, hospice, home care

Ráda bych na tomto místě vyjádřila poděkování paní doc. PhDr. Lence Haburajové Ilavské, PhD. za vedení mé diplomové práce a panu doc. PhDr. Mgr. Jaroslavu Balvínovi, CSc. za poskytnuté konzultace. Dále děkuji synovi Michalovi, rodičům a příteli za podporu a pomoc, kterou mi během celého studia poskytovali.

Motto: „*Možná, že je smrt životem, a na onom světě považují život za smrt. Kdo ví?*“

Euripidés

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

OBSAH

ÚVOD.....	10
I TEORETICKÁ ČÁST.....	13
1 K TEORETICKÝM VÝCHODISKŮM A ZÁKLADNÍM POJMŮM	14
1.1 O LITERATUŘE DOMÁCÍ A ZAHRANIČNÍ.....	14
1.2 VZTAH ZVOLENÉHO TÉMATU K SOCIÁLNÍ PEDAGOGICE	16
1.3 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ	18
1.4 SOUVISEJÍCÍ ZÁKONY, NORMY A ODKAZY.....	21
2 UMÍRÁNÍ A SMRT.....	24
2.1 VYTĚŠŇOVÁNÍ SMRTI	24
2.2 UMÍRÁNÍ.....	25
2.2.1 OBDOBÍ PRE FINEM, IN FINEM, POST FINEM	25
2.2.2 STÁDIUM PROCESU UMÍRÁNÍ DLE ELISABETH KÜBLER-ROSSOVÉ	27
2.3 POSLEDNÍ TÝDNY A DNY	29
2.4 DOPROVÁZENÍ UMÍRAJÍCÍCH.....	31
2.5 SMRT	33
2.5.1 SEBEVRAŽDA	34
2.5.2 EUTHANAZIE	35
2.6 PO SMRTI	37
2.7 POHŘEB	39
3 PÉČE O UMÍRAJÍCÍ.....	42
3.1 DOMÁCÍ A INSTITUCIONÁLNÍ MODEL PÉČE O UMÍRAJÍCÍ.....	43
3.2 PALIATIVNÍ MEDICÍNA.....	45
3.3 SOCIÁLNÍ PRÁCE V PALIATIVNÍ MEDICÍNĚ.....	47
3.4 DOBROVOLNICTVÍ	49
3.5 HOSPICOVÁ PÉČE	50

3.6	SOUČASNÝ STAV V ČR A VE ZLÍNSKÉM KRAJI	52
II	PRAKTICKÁ ČÁST	58
4	CHARAKTERISTIKA VÝZKUMU	59
4.1	VÝZKUMNÝ CÍL	59
4.2	METODA VÝZKUMU	60
4.3	VÝZKUMNÝ SOUBOR A ORGANIZACE VÝZKUMU.....	61
5	ANALÝZA DAT A JEJICH INTERPRETACE	63
5.1	ANALÝZA POLOŽEK DOTAZNÍKU.....	63
5.2	SROVNÁNÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU SE STANOVENÝMI CÍLI	83
6	SHRNUTÍ VÝZKUMU	91
6.1	DISKUSE K VÝSLEDKŮM	91
6.2	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	94
	ZÁVĚR	97
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	99
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	104
	SEZNAM OBRÁZKŮ	105
	SEZNAM TABULEK.....	107
	SEZNAM PŘÍLOH.....	109
	PŘÍLOHA P I – DOTAZNÍK.....	110
	PŘÍLOHA P II - SEZNAM HOSPICŮ A SPECIALIZOVANÝCH AMBULANCÍ PALIATIVNÍ MEDICÍNY V ČR.....	114

ÚVOD

... kairos. Zvláštní čas, který neurčí žádné hodiny. Takový, který se neřídí harmonogramy. Zatímco Chronos přebývá v hlavě, Kairos v srdci. A plyne jinak, po svém. Dostala jsem nedávno možnost žít kairos – čas umírání mojí maminky. Tři týdny, kdy jsem ji doprovázela na práh, za který už jsem s ní nemohla. Tři týdny utrpení, vyřčených i nevyřčených slov a lásky. Tři týdny fyzického slábnutí a nelehkého opouštění věcí, které tolik znamenaly. Tři týdny mezilidských setkávání, při kterých se krystalicky vyjevovaly povahy a čistily vztahy. Posledních pár dnů s nočním bděním – naslouchat dechu, podat lék, svlažit rty vodou.

A potom konec – několik hlasitých nadechnutí a vydechnutí, pak už jen jedno. A ticho. Bratr, manžel a já sedíme u maminky na posteli a díváme se na sebe. Ptáme se očima, opravdu? To už je ono? Pocit naprosté neskutečnosti, hledíme přímo do tváře existenciálnímu tajemství – před několika vteřinami byl v těle duch, vědomí, a najednou nic. Jen křehoučká, prázdná skořápka, jako když se vylíhne živočich a schránka zůstane ležet v písku. Tehdy jsem pocítila, jak blízko má k sobě narození a umírání. Podobný pocit ohromení jsem měla při narození dítěte – jak nepochopitelné, že tu najednou je nový člověk, živé, dýchající a vnímající tělo. Opačný pól života, a přece dvě půlky navzájem se doplňující. (Umírání.cz, ©2012)

Témata umírání a smrti nebývají při běžné konverzaci oblíbená, na rozdíl od jiných, s životním cyklem souvisejících námětů, jako jsou na příklad narození, nemoc, operace, příbuzenské vztahy a jejich kvalita. Ty k životu náleží a bývají naopak mezi veřejností široce a s oblibou diskutovány, protože se každého jedince více či méně intenzivně po celý jeho život dotýkají. Avšak je jen otázkou času, kdy se každý z nás, donucen okolnostmi, bude muset zabývat umíráním a smrtí, buď jako hlavní aktér či jako ten, který má být blízkému umírajícímu nápomocen.

Vzhledem k tomu, že většinu hodnot lidé přebírají od svého okolí, podílí se i kultura a společnost, ve které člověk žije, na utváření jeho vztahu k umírání a smrti. Drtivá většina kultur a společností vnímá smrt jako negativní okamžik lidského života - existence člověka nenávratně končí, co se s ním po smrti bude dít, nikdo neví. Proto jsou také okamžik smrti a okolnosti, které jsou s ní spojeny, obklopeny společenským tabu. Čím jsou umírání a smrt pro společnost méně uchopitelné a přijatelné, tím více se společnost této konfrontaci brání a snaží se odsunout poslední okamžiky člověka z jeho dosahu.

Společenským ideálem současné doby je ekonomicky produktivní člověk plný energie a mladého vzezření. Společnost téma smrti vytěsňuje, protože pro ni smrt znamená ohrožení. Medicína vidí ve smrti selhání vědy a péče o nemocného a pak setkání se smrtí všem zúčastněným připomene fakt vlastní smrtelnosti. Těžce nemocní bývají v mnoha případech izolováni stranou, na rozdíl od náhlých tragických úmrtí, která u člověka zároveň budí hrůzu a fascinují ho.

Smrt znamená pro současnou společnost strach z neznáma. Přestala být součástí a běžnou zkušeností lidského života. Nejistota života a jistota smrti, které prožíval člověk v minulosti, jsou podle některých autorů vystřídány jistotou života a nejistotou smrti. Ovšem lidé, kteří jsou jako blízcí nebo profesionální pečovatelé umírajícímu nablízku, vědí, jak úzce souvisí způsob umírání s předchozím životem. Často se od umírajících učí tomu, co je život a co je dobrý život, a jak důležitým se dokáže čas života stát, když je jeho konec na dohled. Často chápou možnost být umírajícímu člověku nablízku jako výsadu nebo jako dar. Většina lidí však tuto zkušenost nemá a hlavně pro ně je určena tato diplomová práce, která by mohla sloužit jako „malý průvodce“ těm, kteří jsou postaveni před těžký úděl doprovázet svého blízkého v jeho poslední fázi života.

V teoretické části diplomové práce se v první kapitole věnujeme teoretickým východiskům a stručně rozvádíme pro nás zásadní použitou literaturu vztahující se k tématu. Vymezuje se vztah sociální pedagogiky k danému tématu a vyjasňujeme základní pojmy, se kterými se v práci setkáváme. Uvádíme přehled nejdůležitějších zákonů, norem a také odkazy na informační, poradenské a diskusní weby, které se vztahují k tématu naší diplomové práce. Ve druhé kapitole jsme se zaměřili na problematiku umírání a smrti. Podrobně se zabýváme vymezením obou pojmů, charakteristikou prožívání jednotlivých etap umírání jak z pohledu umírajícího, tak i z pohledu doprovázejícího, a také se věnujeme pohřbu jako rituálu rozloučení se. Ve třetí kapitole charakterizujeme paliativní péči, péči hospicovou a péči domácí. Zaměřili jsme se na kompetence sociálního pracovníka v paliativní péči a také na důležitost dobrovolnictví. Představujeme současný stav paliativní a hospicové péče, který je v České republice a věnujeme se zařízením ve Zlíně a jeho okolí, která poskytují péči umírajícím.

V praktické části jsme se zaměřili na dosažení hlavního cíle této diplomové práce. Cílem výzkumu bylo zjistit, jak vnímají problematiku umírání, smrti a péče o umírající obyvatelé

Zlína, a zda má na toto vnímání vliv pohlaví, profese, víra nebo věk. K výše uvedenému hlavnímu cíli jsme stanovili dílčí cíle. Kvantitativním výzkumem formou dotazníkového šetření a zpracováním získaných dat jsme dostali odpovědi na jednotlivé dílčí otázky, pomocí nichž jsme mohli naplnit náš hlavní cíl výzkumu.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 K TEORETICKÝM VÝCHODISKŮM A ZÁKLADNÍM POJMŮM

V teoretické části práce se zabýváme rešeršemi použitých knih, zaměřujeme se na zkoumání a hodnocení odborné literatury vztahující se k vybranému tématu. Hovoříme o vztahu zvoleného tématu a sociální pedagogiky a věnujeme se objasnění základních pojmů, které používáme v diplomové práci. Teorii uvádíme pomocí citací, a to jak citacemi přímými, tak parafrázováním dle Harvardského systému (metoda prvku a data). Poznámky sloužící k doplnění či upřesnění textu, jsou umístěny vždy na konci stránky „pod čarou“, kde jsme je zařadili z toho důvodu, aby se text díky těmto dovětkům nestal nepřehledným. Jazykovou a stylistickou správnost jsme ověřovali pomocí „Tezaurus českého jazyka“.

1.1 O literatuře domácí a zahraniční

V této podkapitole se věnujeme hodnocení získaných informačních zdrojů v odborné literatuře. Jedná se o literaturu, která pro nás byla největším přínosem a významnou pomocí při vypracování diplomové práce. Téma diplomové práce jsme zpracovali za pomoci několika zásadních knih, které propojují část teoretickou s výzkumem. Bylo důležité danou problematiku nastudovat a následně získaných vědomostí využít v praxi.

K tématu umírání, smrti, thanatologie nebo péče o umírající byla vydána spousta publikací. Pro naši práci byla zásadní kniha Heleny Haškovcové „**Thanatologie Nauka o umírání a smrti**“ (2000). V této knize autorka rozpracovává tabuizované téma umírání a smrti. Zabývá se vztahem moderní medicíny a smrti, vztahem mezi lékařem a nemocným. Popisuje péči o umírající jak v domácím, tak i v institucionálním modelu umírání. Věnuje se paliativní medicíně, kterou vnímá jako „zlatou střední cestu“, a vidí v ní nadějný systém pomoci umírajícím a jejich rodinám. Rozebírá také tolik diskutované téma eutanazie a právo na důstojnou smrt.

Další kniha, kterou řadíme mezi zásadní, je dílo Naděždy Špatenkové et al. „**O posledních věcech člověka Vybrané kapitoly z thanatologie**“ (2014). Tato publikace poskytuje ucelený pohled na umírání a smrt. Vymezuje terminologii, zabývá se interdisciplinárními přístupy k problematice umírání a smrti. Představuje vnímání umírání a smrti ze strany lékařů, zdravotních sester a seniorů. Věnuje se hodnocení potřeb pacientů v paliativní péči v souvislosti s kvalitou života, kdy představuje pilotní studii pacientů na onkologickém oddělení. Seznamuje čtenáře s formami pomoci pro pozůstalé po sebevraždách, obětech trestných činů, při ztrátě dítěte či při ovdovění. Uvádí zde také praxi v Německu. Zabývá se taktéž významem a funkcí pohřebních rituálů. Podává pohled do vývoje křesťanského

pohřbívání a seznamuje čtenáře s vnímáním smrti a pohřebními rituály v hinduismu. V závěru publikace odkazuje na nový Občanský zákoník, který upravuje zásady dědického práva a jejich uplatnění, a přidává seznam nejdůležitějších institutů v dědickém právu nových nebo nově upravených.

Další přínosnou publikací byla kniha, jejímiž autory jsou Radek Ptáček, Petr Bartůněk a kolektiv „**Eutanazie – pro a proti**“ (2012). Autoři se zde věnují eutanazii jako celospolečenskému fenoménu. Zamýšlí se nad hodnotou života člověka nebo jeho svobody. Představují pohled na eutanazii v medicínské, etické, filozofické, právní, psychologické, sociologické, teologické a duchovní souvislosti. Seznamují čtenáře s názorem na eutanazii pastorálního teologa. V závěru knihy autoři připojili vybrané kazuistiky a praktická doporučení včetně vybraných dokumentů (Hippokratova přísaha, Stavovský předpis ČLK č. 10 – Etický kodex ČLK, Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010) s komentáři.

Jiřina Šiklová se v knize „**Vyhoštěná smrt**“ (2013) zamýšlí nad tím, zda mlčet nebo mluvit o smrti. Klade si otázku, která nutí čtenáře k zamyšlení, zda může být smrt dobrá. Zmínuje také sociální smrt. Věnuje se posledním věcem člověka a významu mluvení s umírajícím. Hovoří o strachu, o obavách, které lidé mají, když se bojí umírání, a také o tom, proč myšlenka na smrt některé tolik děsí. Zabývá se pohledem dnešní společnosti na projevování smutku a na pohřební rituály. Místo klasického závěru knihy konstatuje, že bychom nikdy neměli nechat své blízké, kteří jsou na konci cesty, osamělé – neměli bychom opouštět umírajícího.

Další autorkou, která svůj profesní život zasvětila umírajícím pacientům a vedla s nimi dlouhé rozhovory, je Elisabeth Kübler-Rossová. V knize „**O smrti a umírání**“ (1992) se zabývá strachem ze smrti a popisuje různé postoje ke smrti a umírání. Popisuje 5 stádií (od popírání a izolace až k akceptaci), kterými si umírající člověk prochází při zjištění nevyhnutelnosti smrti. Hovoří o naději, kterou si pacienti vždy trochu ponechávají a ve zvlášť těžkých chvílích díky ní dokážou žít. V knize se také věnuje rodině nemocného. Vyjadřuje přesvědčení, že nemocnému člověku nelze opravdu účinně pomoci, pokud do všeho nějakým způsobem není zapojena rodina. Blízcí lidé hrají v průběhu nemoci zásadní roli a jejich chování má značný vliv na to, jak pacient na svou nemoc reaguje. V knize také publikuje rozhovory s nevléčitelně nemocnými pacienty. Popisuje také reakce lékařů a zdravotních sester na seminář o smrti a umírání. V závěru knihy se věnuje terapii nevléčitelně nemocných. Ze všech znalostí, postřehů a rozhovorů s umírajícími lidmi vyplynulo, že nevléčitelně nemocní lidé mají své zvláštní potřeby, kterým můžeme vyjít vstříc jen

tehdy, když si uděláme čas, posadíme se a náležitě je vyslechneme. Pro opravdovou komunikaci s vážně nemocnými pacienty je důležité, abychom jim dokázali dát najevo, že s nimi chceme sdílet jejich myšlenky a starosti, a že jsme k tomu kdykoli připraveni.

Bernard Jakoby je v současné době považován za jednoho z nejznámějších výzkumníků procesu umírání. Ve své knize „**Tajemství umírání**“ (2005) čtenáře seznamuje s náhledem dnešní společnosti na smrt. V souvislosti se smrtí představuje základní duchovní aspekty lidského života a věnuje se i významu prožitků z prahu smrti pro život a umírání. Popisuje témata zaměstnávající umírající lidi, jejich otázky smyslu, konfrontaci se strachem a bolestí. Představuje zde i význam Elisabeth Kübler-Rossovové a popisuje pět fází procesu umírání, které publikovala ve své knize (viz výše). Věnuje se také doprovázejícím osobám, pro které přidává praktické rady. Zamýšlí se nad smutečními rituály, z jeho pohledu v současné době společnost trpí nedostatkem vhodných rituálů, a přitom správný způsob rozloučení se se zesnulým má rozhodující vliv na to, zda se pozůstalým podaří proces truchlení ukončit.

Vztah sociální pedagogiky ke zvolenému tématu jsme objasnili mimo jiné i pomocí knihy Blahoslava Krause „**Základy sociální pedagogiky**“ (2008), ve které se autor věnuje historii a metodologickým východiskům sociální pedagogiky. Představuje sociální pedagogiku jako vědní disciplínu a vymezuje její vztah k jiným vědám. Zabývá se vlivem přirozeného a školního prostředí na výchovu a sociálněpedagogickou komunikaci. Naznačuje možnosti sociální pedagogiky jako životní pomoci v různých oblastech života a sféry, v nichž nachází sociální pedagogika své uplatnění. Publikaci ukončuje charakteristika profese sociálního pedagoga.

K výzkumné části diplomové práce jsme nezbytné informace získávali z knih Miroslava Chrásky „**Metody pedagogického výzkumu**“ (2007) a Petera Gavory „**Úvod do pedagogického výzkumu**“ (2008). Oba autoři ve svých publikacích vysvětlují teorii pedagogického výzkumu, uvádí metody, výpočty a postupy při vyhodnocování a interpretaci získaných dat či informací v rámci kvalitativního i kvantitativního výzkumu.

1.2 Vztah zvoleného tématu k sociální pedagogice

Pojetí sociální pedagogiky se různila a v průběhu vývoje proměňovala. Souviselo to zejména s výkladem pojmu sociální. Někteří tento pojem chápali ve smyslu pomoci těm, kteří se dostali do složité životní situace. Druzí chápali pojem sociální ve vztahu k celé společnosti, a tedy ve smyslu výchovy všech společenských kategorií pro život v dané společnosti (Kraus, 2008, s. 39).

Z hlediska šíře obsahu i objektu zájmu se můžeme setkat s širším a užším pojetím této vědní disciplíny. Ve svém širším pojetí je sociální pedagogika považována za multidisciplinární obor, který se orientuje na celou populaci, a jejímž předmětem je hledání ideálního souladu mezi individuálním a společenským (Procházka, 2012, s. 67). Užší pojetí váže sociální pedagogiku na problematiku tzv. sociálně patologických jevů (dnes se užívá spíše pojem rizikové chování) a na jedince či skupiny, jež pro společnost představují z tohoto hlediska riziko (Kraus, 2008, 39 - 42). Předmětem zájmu jsou tedy společenské problémy, které vznikají v souvislosti s chudobou, nezaměstnaností, sociálními deviacemi apod. Cílem sociální pedagogiky je pomoc těmto skupinám a jedincům a nalezení výchovných postupů, vedoucích k jejich soběstačnosti a svépomoci (Procházka, 2012, s. 67).

Sociální pedagogika jako součást věd o člověku patří do soustavy pedagogických věd. Ve spojení s pojmem „životní pomoc“ ji vnímáme jako pozitivní pedagogiku, jejímž cílem je v systému komplexní pomoci poskytnout přiměřenou formu pomoci dětem, mládeži i dospělým v různém prostředí a kompenzovat nedostatky. Jedná se vlastně o pomoc osobnosti a péči o ni při různých sociálních problémech (Bakošová, 2011, s. 13). Sociální pomoc můžeme chápat jako starost o členy společnosti, kteří v některé životní fázi nebo určité životní situaci nejsou schopni sami ani s podporou svého nejbližšího okolí řešit své záležitosti. Sociální pomoc můžeme tedy vnímat jako:

- primární pomoc – pomoc sloužící osobnosti a celkovému rozvoji lidí,
- sekundární pomoc – pomoc preventivní formou poradenství, pomoci, podpory,
- terciální pomoc – pomoc dodatečnou, kdy problémy eskalují, vytváří vlastní dynamiku a člověk je nemůže zvládnout sám (Schilling, 1999, s. 42).

Současná doba, která je označovaná za postmoderní, přinesla velké změny do celého našeho života. Společnost je značně individualizovaná, sociálně diferenciovaná a značně pluralitní. Takový svět přináší s sebou značné nároky a požadavky a není vůbec jednoduché se v něm orientovat. Narůstá počet lidí, kteří selhávají, ocitají se v tísní, a proto vzrůstá i význam pomoci. Taková pomoc může mít různé podoby – materiální, zajištění základních biologických potřeb, zdravotní péče, osvěta, poradenství, vzdělávání a výchova. Ještě citlivější je tento problém u dětí, starých lidí a zdravotně handicapovaných. Sociální pedagogika v této souvislosti zdůrazňuje potřebu lidem pomáhat, aby byli schopni sami řešit složité životní situace a vyrovnávat své společenské deficity. V tomto případě proto hovoříme o „pomoci ke svépomoci“. Z hlediska sociální pedagogiky definujeme pomoc jako aktivní

účast při řešení konkrétní situace, a to s konkrétním cílem, který vyplývá z daného ohrožení nebo nouze. Jedná se o soubor činností, kterými se snažíme člověku pomáhat a zajistit mu sociální i psychickou stabilitu, sociální nezávislost a tak zkvalitnit jeho život (Kraus, 2008, s. 135).

Předmětem sociální práce je člověk, který je ohrožený a tísněný určitou životní událostí nebo nezaviněným způsobem života a současně je spjatý se svou sociální skupinou a prostředím. Samostatnou činností sociální práce je pozorování a posuzování různých postupů sociální pomoci u jednotlivých případů a hledání vhodných variant pro řešení různých situací. Cílem práce sociálních pracovníků je poskytování kompletní praktické pomoci buď jednotlivci nebo sociální skupině ve svízelné situaci. Pacienty, kteří jsou léčeni paliativně, lze považovat za tělesně handicapovanou menšinu, která je psychicky traumatizována nejen vědomím o charakteru své nemoci, ale i případnými následky léčby. V tomto smyslu se tito pacienti stávají také jednou z cílových skupin sociální práce. Sociální fungování v tomto případě znesnadňuje povaha nemoci, která je kauzálně neléčitelná a omezuje délku života. Zasahuje do společenské role a statusu nemocného člověka, a to jak ve společnosti, tak i v rodinném kruhu. V důsledku nemoci vzniká sociální izolace od běžného života. Sociální práce v paliativní péči má dvě roviny. První, užší, se týká samotného pacienta a jeho konkrétních problémů. Druhá, širší rovina se týká působení ve společnosti (Vorlíček, Adam, Pospíšilová, 2004, s. 485 - 489).

1.3 Vymezení základních pojmů

Pojmosloví tvoří základ každé odborné práce. Je velmi důležité vymezit a přiblížit si základní pojmy, se kterými budeme pracovat, a které dále více rozvineme v jednotlivých kapitolách naší práce.

Agonie – stav před smrtí, který se vyznačuje ztrátou vědomí a poklesem jednotlivých životních funkcí (Kraus, Petráčková a kol., 2001, s. 28).

Agrese – jednání, jímž se projevuje úsilí vůči některému objektu, nepřátelství a útočnost s cílem ublížit (Kraus, Petráčková a kol., 2001, s. 28).

Deprese – psychický stav vyznačující se prožitkem smutku, pesimismu, sníženým zájmem o dění kolem sebe, může se spojit s častým pláčem nebo sklonem obviňování sama sebe (Gillernová, 2000, s. 13).

DNR – do not resuscitate – závazný pokyn člověka, že v případě klinické smrti si nepřeje být resuscitován (Ptáček, Bartůněk a kol., 2012, s. 237).

Euthanazie – usmrcení z útrpnosti a na žádost dotyčného člověka, v českém právu zakázáno a trestné (Kábrt, 1995, s. 390). Slovo je utvořeno z řeckých slov *eu* – dobrý a *thantos* - smrt, jeho význam znamená „dobrá, bezbolestná smrt“, kterou by jiná osoba zkrátila utrpení nemocného nebo by to bylo přání trpícího (Ulrichová, 2009, s. 86).

Informovaný souhlas – pacient je srozuměn a souhlasí s každým opatřením, diagnostickým nebo terapeutickým zákrokem, které se ho týká. V urgentních případech, které vyžadují rychlé výkony zachraňující život, a pacient nemůže souhlas udělit, hovoříme o předpokládaném souhlasu (Ptáček, Bartůněk a kol., 2012, s. 238).

Hospicová péče – jedná se o péči o umírající nemocné, která směřuje k uspokojení jejich individuálních, bio-psycho-sociálních potřeb v průběhu umírání. Její nedílnou součástí je také péče spirituální, tzv. péče o duši, pokud je umírající věřící. Můžeme ji definovat jako integrovanou formu zdravotní, sociální a psychologické péče, poskytovanou klientům, u nichž je, na základě prognózy ošetřujících lékařů, předpokládaná zbývající délka života méně než šest měsíců (Goldman, 2001, s. 97).

Lidská důstojnost – právní i filozofický pojem, zahrnuje aspekty ochrany člověka před špatným a nedůstojným zacházením v případě, že nemůže sám o sobě rozhodovat (Ptáček, Bartůněk a kol., 2012, s. 237).

Paliativní péče – léčba a péče o nemocné, kteří nereagují na léčbu kauzální. Jedná se o léčbu symptomatickou a řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných (Goldman, 2001, s. 97).

Psychika – (mysl – mind) souhrn všech jevů, kterými člověk prožívá sebe i své okolí. Má dvojí kontext – organismus lidského individua a jeho fyzická vybavenost a na druhé straně sociokulturní podmínky života a jejich společensko-historický vývoj. Psychika se projevuje v činnosti člověka (Farková, 2008, s. 13).

Rituál – slavnostní zvyk, obřad nebo pevná pravidla významného aktu (Kraus, Petráčková a kol., 2001, s. 665). Ze sociologického hlediska se jedná o ustálený model individuálního nebo kolektivního způsobu chování, založeného na pravidlech (vnucených nebo tradičních) přijatých danou sociální komunitou (Sigl, 2006, s. 386).

Sebevražda (suicidium) - výraz odvozený od *sui caedere*, tedy zabít sám sebe. Čin, kterým člověk úmyslně zapříčiní vlastní smrt. Z psychologického hlediska můžeme sebevraždu vnímat jako agresi obrácenou proti sobě. Lze si však představit i jiné psychologické mechanismy včetně projevu zoufalství, existenciální tísně a neschopnosti dál žít (Hoschl.cz, ©2003).

Smrt (mors) – zánik organismu jako celku, trvalá zástava všeho dění v těle (smrt biologická). Jednotlivé tkáně těla postupně odumírají podle citlivosti na nedostatek kyslíku. Smrt se ztotožňuje se zastavením činnosti srdce a dýchání (smrt klinická) (Ulrichová, 2009, s. 45).

Smutek – negativní citový stav provázený psychickým útlumem, jedná se o reakci na ztrátu zejména, když je nenávratná. Ztráta blízkého člověka vede k hlubokému smutku, trvajícím často měsíce, jehož normální a patologický průběh má tři stádia: smutek - stádium protestu či popření; deprese – stádium rezignace, kdy fungování člověka je výrazně oslabeno; melancholie – stádium odpoutání, člověk se obvykle připoutá k novému cíli či objektu (Sígl, 2006, s. 389).

Terminální stádium – konečné stádium onemocnění, které není slučitelné se životem a není dále léčebně ovlivnitelné, s tímto termínem souvisí i pojem **terminální péče**, což je poslední kvalifikovaná služba umírajícímu, jejímž cílem je zmírnit bolest a další tělesné a duševní obtíže, zachovat pacientovu důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkým (Ptáček, Bartůněk a kol., 2012, s. 240 - 242).

Thanatologie – z řeckého *thanatos* (smrt) a *logos* (nauka), zabývá se otázkami umírání a smrti (Kábrt, 1995, s. 916). Můžeme ji definovat jako interdisciplinární vědní obor o smrti a všech fenoménech, které se jí týkají. Obsah oboru thanatologie je rozptýlen do celé řady oborů: filosofie, teologie, medicíny, psychologie, sociologie aj. Každý z těchto oborů se k problematice umírání vyjadřuje ze svého úhlu pohledu a prostřednictvím svých vědeckých metod (Haškovcová, 2000, s. 142).

Umírání – stav postupného a nezvratného selhávání životně důležitých funkcí, jehož důsledkem je smrt. Dělí se na tři fáze: období *pre finem* (před umíráním), období *in finem* (vlastní umírání) a období *post finem* (období po smrti) (Goldman, 2001, s. 97).

Utrpení - pociťujeme jako zbavenost dobra, štěstí. Neodmyslitelně však patří k životu, lze je překonávat silou víry a ducha (Sígl, 2006, s. 397).

1.4 Související zákony, normy a odkazy

Pro úplnost a přehlednost uvádíme nejdůležitější zákony a normy, které se vztahují k tématu naší diplomové práce a také odkazy na informační, poradenské a diskusní weby, jejichž smyslem je sdílet zkušenosti zdravotníků, sociálních pracovníků, psychologů a duchovních s lidmi, kteří se dostali do nelehké životní situace – jsou vážně nemocní, pečují o umírajícího nebo jim zemřel někdo blízký.

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů - upravuje zdravotní služby a podmínky jejich poskytování a s tím spojený výkon státní správy, druhy a formy zdravotní péče, práva a povinnosti pacientů a osob pacientům blízkých, poskytovatelů zdravotních služeb, zdravotnických pracovníků, jiných odborných pracovníků a dalších osob v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb, podmínky hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb, další činnosti související s poskytováním zdravotních služeb a zpracovává příslušné předpisy Evropské unie (Portal.gov.cz, ©2017).

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů - zpracovává příslušné předpisy Evropské unie, zároveň navazuje na přímo použitelné předpisy Evropské unie a upravuje veřejné zdravotní, rozsah a podmínky, za nichž jsou na základě tohoto zákona ze zdravotního pojištění hrazeny zdravotní služby a způsob stanovení cen a úhrad léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely hrazených ze zdravotního pojištění (Portal.gov.cz, ©2017).

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů - upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči, podmínky pro vydání oprávnění k poskytování sociálních služeb, výkon veřejné správy v oblasti sociálních služeb, inspekci poskytování sociálních služeb a předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách. Dále upravuje předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka, pokud vykonává činnost v sociálních službách nebo podle zvláštních právních předpisů při pomoci v hmotné nouzi, v sociálně-právní ochraně dětí, ve školách a školských zařízeních, u poskytovatelů zdravotních služeb, ve věznicích, v zařízeních pro zajištění cizinců a v azylových zařízeních (Portal.gov.cz, ©2017).

Zákon č. 256/2001 Sb., o pohřebnictví, ve znění pozdějších předpisů - stanoví podmínky pro zacházení s lidskými pozůstatky a s lidskými ostatky, práva a povinnosti související s provozováním pohřební služby, prováděním balzamací a konzervací lidských pozůstatků a s provozováním krematorií a pohřebišť (Portal.gov.cz, ©2017).

Hippokratova přísaha – je slavnostní slib, který skládají všichni absolventi lékařské fakulty. Text obsahuje soubor nejzásadnějších etických pravidel, kterými se má lékař při výkonu lékařského povolání řídit. Nemá charakter žádného právního předpisu, složení přísahy je však pro lékaře symbolickým a vysoce ceněným etickým aktem (Ptáček, Bartůněk a kol. 2012, s. 222).

Stavovský předpis ČLK č. 10 – Etický kodex ČLK – je závazný právní dokument pro lékaře, který obsahuje pravidla chování, která jsou založena především na jejich morálním podkladě, protože ta jsou v obecně závazných právních předpisech jen stěží zakotvitelná. Etický kodex tedy primárně neurčuje odborné a či formální zásady pro výkon lékařského povolání, nýbrž klade lékařům navíc za povinnost chovat se v souladu s etickými pravidly. Svoji strukturou je tento předpis rozdělen do pěti základních kapitol, které upravují jednotlivé oblasti výkonu lékařského povolání. Etický kodex ČLK nemá obecnou závaznost a povinnost se jím řídit vzniká pouze členů, České lékařské komory (Ptáček, Bartůněk a kol., 2012, s. 223 -224).

Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010 – formuluje principy a rámcová doporučení k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní a na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou v stavu vyjádřit svou vůli (Ptáček, Bartůněk a kol., 2012, s. 228- 229).

Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 - O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících (Charta práv umírajících) - vyzývá členské státy, aby ve svých zákonech stanovily nezbytnou legislativní i sociální ochranu, aby se zabránilo nebezpečím a obavám, se kterými mohou terminálně nemocní nebo umírající lidé být v právním řádu konfrontováni. Shromáždění doporučilo, aby Výbor ministrů vyzval členské státy Rady Evropy, aby ve všech ohledech respektovaly a chránily důstojnost nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí, a to tím, že:

- uznají a budou hájit nárok nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí na komplexní paliativní péči a přijmou příslušná opatření,

- budou chránit právo nevléčitelně nemocných a umírajících osob na sebeurčení a proto přijmou nutná opatření,
- zachovají předpis, zakazující úmyslné usmrcení nevléčitelně nemocných nebo umírajících osob (Pečujdoma.cz, ©2017).

Úmluva o lidských právech a biomedicíně č. 96/2001Sb. mezinárodních smluv - byla otevřena k podpisu dne 4. dubna 1997 ve španělském Oviedu a dne 1. prosince 1999 vstoupila v platnost. Česká republika ji podepsala 24. června 1998. Vláda ČR uložila Ministerstvu zdravotnictví usnesením č. 403 ze dne 10. června 1998 předložit Úmluvu Parlamentu České republiky k vyslovení souhlasu. Proces ratifikace byl dokončen podpisem prezidenta, smlouva vstoupila v platnost 1. října 2001. Smluvní strany se v této Úmluvě zavazují, že budou chránit důstojnost a svébytnost všech lidských bytostí a každému bez rozdílu zaručí úctu k integritě jeho bytosti a ostatní práva a základní svobody při aplikaci biologie a medicíny a přijmou do svého právního řádu opatření nezbytná pro zajištění účinnosti ustanovení této Úmluvy (CLK.cz, ©2017).

Internetové odkazy:

www.umirani.cz

www.cestadomu.cz

www.hospice.cz

www.paliativnimedicina.cz

2 UMÍRÁNÍ A SMRT

Člověk prožívá dvě události, narození a smrt. Na první se nepamatuje, druhé se ve svých myšlenkách vyhýbá. Smrt je jako problém typickou lidskou záležitostí. Ze všech živých tvorů jen člověk ví, že zemře a jen člověk dovede svůj život dobrovolně ukončit sebevraždou. Představy o tom, co je a co vlastně znamená smrt, se liší. Někdo vnímá smrt jako definitivní konec, jiný může díky své víře vnímat smrt jako konec jedné etapy a začátek jiné. Takové chápání smrti může člověku pomoci zbavit se strachu z jeho vlastní konečnosti. Proces umírání je bolestná a stresová kapitola lidského života nejen pro umírajícího, ale i pro jeho rodinu a blízké okolí.

2.1 Vytěšňování smrti

Lidský život končí smrtí. Protože si většina lidí spojuje umírání se stářím, spojují si smrt s vyšším věkem. Smrt se ale netýká jen starých lidí, kteří prožili podstatnou část doby, která jim byla určena. V našich zemích ještě na počátku 20. století děti tvořily dvě třetiny zemřelých. V zemích třetího světa i v dnešní době umírá každé tři dny až sto tisíc lidí hladem a většinu z nich tvoří děti. Ve vyspělých státech se během uplynulých desetiletí zvýšil průměrný věk, změnil se postoj k životu a smrti jako k hodnotám. Lidé berou jako samozřejmost, že je čeká zdravé stáří a teprve potom, někde v nedohlednu, smrt, kterou však neberou vůbec vážně. Lidé vytěšňují svoji smrtelnost i fakt, že smrt může přijít v kterémkoliv věku a čase. Myšlenky na vlastní smrtelnost jsou velmi traumatizující a lidská psychika se jim proto přirozeně brání a zapomíná fakt časové omezenosti existence (Čechová, Mellanová, Rozsypalová, 2003, s. 125).

Důvody, které vedou k vytěšňování smrti a nepřipravenosti člověka na možný konec jeho života, tvoří dvě skupiny. Jednak jsou to důvody vnitřní a důvody, jejichž příčinu musíme hledat v současné společnosti, kdy je slovo „smrt“ vnímáno jako velmi nepatřičné a ve slušné společnosti neužívané. Neakceptování smrti jako součásti života bylo ovlivněno dvěma světovými válkami, které přinesly utrpení a smrt milionům lidí. Je proto logické, že lidé, kteří přežili, nechtěli o smrti slyšet, chtěli žít a orientovat se na kladné stránky života. Dalším faktorem, který ovlivňuje neakceptování smrti, je víra, že současná věda a technika, které přinesly tolik užitečného, vyřeší vše – choroby, stáří i smrt. K těmto dvěma důvodům se přidal ještě jeden, specifický pro postkomunistické státy, ve kterých se stal oficiální ideologií marxismus. Tato filozofie nastolila otázky života člověka, který je chápán jenom jako rozumný, inteligentní a zdravý. Nebylo zde místo, a tím pádem ani řešen problém lidí

handicapovaných, nemocných ani umírajících. Do marxismu patřil pouze život a smrt nebyla brána v úvahu. Tím, že slovo smrt vymizelo z běžného slovníku, jsou lidé většinou zaskočení, když si při úmrtí někoho blízkého musí fakt smrtelnosti připustit a položit si otázky typu: co je smrt, proč přichází a proč právě teď, k čemu vede umírání, je něco na druhém břehu? Když si na tyto otázky s větší či menší úspěšností odpoví a vrátí se zpět k běžnému životu, přestanou si podobné otázky klást a problematikou smrti se zabývat (Čechová, Mellanová, Rozsypalová, 2003, s. 128 - 129).

Dříve se lidé prostřednictvím církevních obřadů od malička setkávali se smrtí, jejími symboly (křížem) byli neustále obklopeni. Jedinec byl zvyklý přijímat smrt jako samozřejmou součást života, učil se pokoře a tím, že chápal život jako velice pomíjivý, cenil si ho jako výrazné hodnoty. (Čechová, Mellanová, Rozsypalová, 2003, s. 129)

2.2 Umírání

Umírání a smrt jsou velká lidská a náročná odborná témata. O obou fenoménech můžeme uvažovat z filozofického, teologického, psychologického i sociálního hlediska. Umírání a smrt jsou údělem především člověka, a tato zneklidňující a zároveň jediná jistota je ukryta do nejistoty: nikdo neví, kdy a jakým způsobem se tak stane. Pojem **umírání** nacházíme v lékařské terminologii skutečně jako synonymum terminálního stavu. Terminální stav můžeme vnímat jako „vlastní umírání“, kdy dochází k postupnému a nevratnému selhávání vitálních funkcí tkání a orgánů, jehož následkem je zánik individua, tj. smrt. Umírání je proces a teoreticky můžeme konstatovat, že v jistém smyslu slova umíráme už od narození. **Teorie biologických hodin** předkládá názor, že člověk umírá fakticky tehdy, když se dovršil jeho geneticky podmíněný tzv. program života, nebo když je v určitém čase realizován tzv. program smrti. K realizaci těchto naprogramovaných funkcí mohou vést vnitřní i vnější faktory, jsou-li uplatňovány na buňku či tkáň v čase její kompetence odpovědět smrti. Teorií délky života, problematikou fyziologické a patologické smrti se mimo biologie, medicíny či filozofie zabývá thanatologie, která je definována jako interdisciplinární nauka o smrti (Haškovcová, 2015, s. 169 - 172).

2.2.1 Období pre finem, in finem, post finem

V klinické praxi se umírání označuje jako delší či kratší časové období, které je zakončeno terminálním stavem. Někteří odborníci z praktického a metodického hlediska rozdělují proces umírání na tři časově nestejně, ale přesto výrazné úseky: pre finem, in finem a post finem (Haškovcová, 2015, s. 172).

Období před umíráním **pre finem** je ve většině započato samotným sdělením nevyléčitelné diagnózy. *Fáze šoku, popření a stažení se do izolace, ale i hněv, zloba, deprese a smlouvání patří do období, pro které je přesnější výraz >>pre finem<<. Je to doba, kdy se nemocný učí a kdy může žít se svou vážnou nemocí.* (Haškovcová, 2000, s. 47) Smrt je v určitém čase (někdy krátkém, někdy relativně dlouhém) vysoce pravděpodobná. V tomto období je důležité usilovat o dosažení remise¹, zmírnění obtíží a s ohledem na pravděpodobnost zlého konce pomoci nemocnému zvládnout úskalí nemoci. Nemocný musí mít jistotu, že mu bude poskytnuta kromě lékařské pomoci také pomoc psychologická a lidská. V situaci **pre finem** si umírající svůj závažný stav uvědomuje, ale jeho existenci popírá. Čím více se člověk blíží k smrti, tím intenzivnější bývá vytěsnění umírání, popř. hrozící smrti. Úzkostné stavy z ohrožení a strach ze smrti bývají v období **pre finem** paradoxně častěji než ve fázi **in finem**. Vysvětlení této zvláštní situace můžeme spatřovat v tom, že dokud člověk žije, byť je vážně nemocen, chce uskutečnit osobně vytyčené cíle. Strach ze smrti je přeměněným strachem o život a nemůžeme ho zaměňovat se strachem z vlastní smrti (Haškovcová, 2015, s. 172 - 174).

Stav **in finem** je shodný s lékařským pojetím tzv. terminálního stavu. Jedná se o období vlastního umírání, jež *bezprostředně hraničí s fyzickou smrtí, jedná se tedy o umírání v užším slova smyslu.* (Špatenková, 2014, s. 31) V terminálním stavu je člověk často unavený, soustředí se na základní fungování organismu, popř. trpí zastřeným vědomím. V této fázi z etického hlediska dominuje problematika ritualizace smrti, marná léčba, dříve vyslovené přání a eutanazie (Haškovcová, 2015, s. 172 - 177).

Období **post finem** nastává bezprostředně po smrti pacienta. Zahrnuje péči o tělesnou stránku zesnulého (Špatenková, 2014, s. 31). Patří sem i snaha o zmírnění psychického strádání pozůstalých (Goldman, 2001, s. 97).

¹ Remise – remissio - ochabnutí, uvolnění, propuštění, vymizení projevů nemoci, zpravidla přechodně (Kábrt, 1995, s. 816).

2.2.2 Stádium procesu umírání dle Elisabeth Kübler-Rossové

Elisabeth Kübler-Rossová (1992) popsala stádia procesu umírání, která se bezprostředně týkají psychického stavu umírajícího, jeho reakcí na jeho infaustní² nemoc, ale zároveň mohou být aplikována i na prožívání doprovázejících. Jedná se o stádium popírání a izolace, zlosti a agrese, smlouvání, deprese a smutku, akceptace a smíření (Špatenková, 2014, s. 31 - 32).

Idea, že smutek probíhá v několika fázích, vzešla z pozorování malých dětí odloučených od svých matek, která provedli Bowlby a Robertson. Tento model bolestné ztráty následně použili Bowlby a Parkers i pro dospělé osoby. Tuto úvahu dále rozvinula Elisabeth Kübler-Rossová, která rozpracovala pět fází umírání. Tato myšlenka přispěla k objasnění toho, že zármutek není stavem, ale procesem, kterým lidé procházejí. Není to ovšem tak, že by všichni nevyhléditelně nemocní či všichni truchlící museli projít těmito etapami. Ve skutečnosti se lidé pohybují tam a zpět mezi jednotlivými fázemi, a to zcela individuálně (Parkers, Relfová, Couldricková, 2007, s. 19). Průběh je přirozeně určen hlavně druhem onemocnění. Tělesné postižení podmiňuje jiný způsob chování a vede spíše k depresím. A naopak určité duševní postoje umírajícího mohou, alespoň do určité míry, zabrzdit tělesný úpadek. Pro chování umírajících je charakteristická jeho proměnlivost a členění pomáhá lépe pochopit umírajícího a jednat v souladu s jeho individualitou. Je důležité znát určité formy chování, abychom jejich špatnou interpretací neodvodili chybné závěry (Blumenthal-Barby a kol., 1987, s. 63).

První stádium: popírání a izolace – Ve většině případech vyvolá sdělení smrtelné diagnózy šok. Postižení se brání realitě, která ohrožuje jejich život a je přirozené, že reagují popřením skutečnosti a vytěsněním tohoto faktu z vědomí. Reakce na tento šok bývají různé: někdo se zhroutí, někdo tuto informaci vytěsní, někdo diagnózu úplně ignoruje a žije dál, jako by se nic nestalo. U pacientů se dostávají hluboké emocionální výkyvy. Prvotní šok odeznívá pomalu a trvá delší dobu, než si člověk skutečně uvědomí a připustí význam smrtelné diagnózy. Typické průvodní jevy jsou: šok, vytěsnění, popírání, kolísání nálad (Jakoby, 2005, s. 48–49). Lidé v tomto stádiu *nevěří konečnému verdiktu, snaží se hledat a*

² Infaustní – infaustus – nepříznivý, bez naděje na uzdravení (Kábrt, 1995, s. 507).

najít jiné lékařské (ale i nelékařské) authority, které by vyvrátily nepřijatelnou informaci o nadcházející smrti, izolují se od nepříjemné pravdy. (Špatenková, 2014, s. 32)

Druhé stádium: zlost, agrese – Když člověk opustí pozici vytěšňování, dostaví se silné emoce a jeho chování se stává nevypočitatelné. Pociťuje hněv a vztek, který směřuje nejčastěji k jeho sociálnímu okolí (Špatenková, 2014, s. 32). Pacient si vybavuje všechny nevyřešené záležitosti, které odsouval, a zároveň roste jeho strach ze smrti a z toho, co po ní bude následovat. Tato změť emocí v něm vyvolává záchvaty vzteku a zuřivosti, které se navenek projevují neustálou kritikou, nespokojeností a obviňováním druhých. Tato fáze je v celém procesu umírání nejtěžší. Pro pacienta je ale důležité, aby si uvědomoval své emoce, které možná celý život potlačoval. Právě v této fázi vyplouvají na povrch veškeré nepracované bolesti, frustrace, nahromaděný vztek či nenávist. Je to určitým způsobem snaha o očistu a pokus vyrovnat se se smrtí a sám se sebou. Typické průvodní projevy jsou: vztek, zuřivost, nenávist, kritizování a sebeobviňování (Jakoby, 2005, s. 50).

Třetí stádium: smlouvání – V této etapě dochází k potáčení se umírajícího mezi iluzí a jistotou. Nemocní sice chápou, že konec je neodvratitelný, ale stále se jim nedaří tuto skutečnost uznat. Tato fáze slouží jako odklad toho, co je nevyhnutelné (Blumenthal-Barby a kol., 1987, s. 67). Člověk se pokouší najít možnost, která by zajistila uzdravení nebo aspoň prodloužení života, snaží se o odklad toho, co zákonitě musí přijít, a proto smlouvá s osudem. Navenek se snaží uspořádat své záležitosti, snaží se mít tzv. „čistý stůl“ a zanechat po sobě čisto a pořádek. Typické symptomy jsou: projevy naděje, ochota spolupracovat, aktivní přístup, vstřícnost (Jakoby, 2005, s. 51).

Čtvrté stádium: deprese, smutek – Nástup této fáze závisí na tom, jak se umírající člověk cítí tělesně. Opouští ho fyzická síla a nemocný začíná chápat nevyhnutelnost. Dochází k poznání, že umírá. Už není dále schopen si dál něco namlouvat. Tento stav u něj vyvolává smutek a depresi (Jakoby, 2005, s. 51). Depresi vyvolávají dvě různé příčiny. Na jedné straně člověk lituje všeho, co opustí, uvědomuje si, že končí jeho role v rodině nebo v povolání. Na straně druhé ho rozesmutňuje i fakt, že se musí rozloučit se svými blízkými. V tomto případě je deprese pochopitelná (Blumenthal-Barby a kol., 1987, s. 67). Je to vlastně reakce na všechny ztráty, na to, co všechno v životě zmeškal, neudělal, propásl. Umírající si je vědom toho, že mu zbývá jen málo času k tomu, aby dokončil své nevyřízené záležitosti. Typickými průvodními projevy této fáze jsou smutek, slzy, depresivní ustrnutí, strach, hledání smyslu, životní bilancování (Jakoby, 2005, s. 51 - 53).

Páté stádium: smíření se – Tuto fázi není možné vnímat jako šťastný stav. Pokud má umírající dostatek času, neumírá náhle a dostalo se mu náležitě pomoci v předešlých stádiích jeho nemoci, nepřijímá svůj nevratný osud již hněvivě. Je unavený a potřebuje často spát. Je to jiný spánek než v době deprese, který mu umožňoval otupovat nápory bolesti, nepohodlí nebo strachu. Tato fáze znamená rezignaci ve smyslu „proč“ nebo „už nemohu, nechci dál bojovat“ (Ulrichová, 2009, s. 75). Pacient působí fyzicky i psychicky mdlým dojmem. Nejistota a strach ho opustily, akceptuje blížící se konec. Je klidný, dokáže si přiznat, že umírá. Typické průvodní jevy jsou vnitřní zklidnění, vyčerpání, odpoutanost, zvýšená vnímavost (Jakoby, 2005, s. 53).

2.3 Poslední týdny a dny

Doba umírání je pro všechny zúčastněné časem krize. Smrt je jedinečná událost a každý umírá svou vlastní smrtí. Umírající má stále méně fyzických i psychických sil, klesá jeho zájem o jiné lidi a o okolí. Často spí, bývá klidný nebo někdy nepřítomně sní. Ve snech nebo polospánku vede monolog, ve kterém rekapituluje svůj život a bilancuje. Někteří umírající chtějí být se svými vzpomínkami sami, jiní jsou vděční za přítomnost druhé osoby. Později začíná převládat mlčení, zaniká smysl pro čas a ticho se stává důležité. Umírajícímu se rychle střídají chutě nebo mu nic nechutná. Obecně platí, že umírající nejprve odmítá maso, poté další těžce stravitelná jídla, zeleninu, a nakonec vše. Podle Danile Tausch-Flammerové (1994) umírající nejenže nechce jíst, ale ani jíst nepotřebuje. Je to z toho důvodu, že energii, kterou jídlem získáváme, umírající už nepotřebuje. Je však velmi důležité, aby umírající pil. Proto je nutností, aby si lidé, kteří se podílí na péči o umírajícího, osvojili pravidla pitného režimu (tekutiny podávané po lžičkách, kapátkem, vlhčení rtů). U umírajících se projevuje určitý neklid (např. bezcílné pohyby rukama, nohama) nebo nesmyslné činnosti (upravování oděvu či ložního prádla). Tyto činnosti jsou ve vztahu ke ztrátě sounáležitosti s pozemským životem a signalizují příchod smrti (Haškovcová, 2000, s. 64 - 66).

Několik dní před smrtí přichází **euforie**. Umírající je najednou v bdělém stavu, projevuje různá přání (např. si žádá jídlo), zajímá se o okolí, má touhu posadit se nebo vstát. Po dlouhé nemoci jsou to poslední okamžiky života člověka, který se naposled chová „jako kdysi“. Euforii vystřídá **smrtelné koma**, kdy umírající má otevřené nebo polootevřené oči, ale nevidí. Ústa mívá otevřená a nereaguje na slova. Zornice čím dál tím méně reagují na světlo a umírající se neúčastní okolního dění. Můžeme pozorovat temnější odstín kůže.

Ruce, kolena a nohy jsou chladnější než ostatní části těla. Proces umírání pokračuje dále, puls slábne, klesá krevní tlak a tělesná teplota. Dech bývá nepravidelný, může se zrychlovat nebo naopak bývá pomalý s dlouhými pauzami. Před okamžikem vlastní smrti můžeme pozorovat zklidnění tváře a „mír v očích“ umírajícího. Umírající většinou odchází ze života tiše, pokud před svým koncem promluví, bývá to většinou v jednom nebo několika málo slovech, která odráží jeho momentální potřebu nebo atmosféru dané situace (Haškovcová, 2000, s. 66 - 69).

Jakoby (2005) vnímá umírání jako niterný proces. Rozlišuje pět fází vnitřního prožívání umírání. Během první fáze **vznášení se** začnou kolísatisky vah mezi životem a smrtí. Pohybový aparát pracuje stále obtížněji, životní energie opouští pozvolna tělo, umírající je plně odkázán na pomoc příbuzných nebo obsluhujícího personálu. Následuje povolání vazby mezi tělem a duší: umírajícího naplňuje pocit lehkosti a prožívá stavy vědomí, při nichž jako by splývaly spánek, snění a bdění. Tento stav bývá většinou subjektivně pocíťován jako příjemné uvolnění. V některých případech však může vyvolat reakci opačnou. U umírajícího vyvolává úlek a zneklidnění, protože v něm spatřuje známky blížícího se konce.

Ve druhé fázi **změny vnímání** se na povrch derou emoce a vzpomínky. Umírajícímu se začnou promítat útržky z různých životních situací. Do vědomí začínají vstupovat potlačené emoce i neprožité situace. Umírající vnitřně navazuje první kontakt s „oním světem“ a často má pocit, že se vznáší. Díky rozšířenému vědomí může umírající přesně pozorovat vše, co se kolem něho děje. Vnímá emoce a žal příbuzných. I pacient ležící v kómatu vnímá velmi zřetelně dění okolo sebe. Tato fáze umírání se projevuje také změnou vnímání. Pacient mluví s fyzicky přítomnými osobami, zároveň však hovoří i se zesnulými, které vidí jen on.

Během třetí fáze **rozšíření vědomí** dochází k poslední mobilizaci fyzických sil. Umírající už zpravidla nepřijímá pevnou stravu. V této fázi může nastat poslední krátkodobé zlepšení stavu. Někteří umírající prochází touto etapou umírání velmi klidně, u jiných se projevuje křikem, sténáním nebo vzpíráním se. Umírající díky rozšířenému vědomí a pokročilému odpoutání se duše od těla prožívá toto dění ve svém vnitřním světě jinak. Je schopen splynout se světlem nebo se procházet krásnými krajinami. Přítomní tento vnitřní proces poznají na změněném výrazu očí pacienta.

Ve čtvrté fázi **okamžiku smrti** končí činnost všech tělesných funkcí, závěrečný akt umírání se dostavuje s posledním úderem srdce a posledním vydechnutím. Umírající odvrací

všechnu svoji pozornost od tohoto světa a plně se soustřeďuje na jinou realitu. Okamžik smrti může být doprovázen celou řadou jevů. Spousta doprovázejících osob uvedlo, že v této době cítily v místnosti zvýšenou energii nebo registrovaly určité světelné efekty. Čtvrtá fáze plynule přechází do fáze páté, kterou Jakoby nazývá **proces výstupu z těla**, kdy se vlákna stříbrné šňůrky, která spojuje duši s tělem, definitivně přetrhají. O existenci stříbrné šňůrky nacházíme zmínky již v Bibli. To znamená, že již ve starověku lidé věděli či věřili na existenci stříbrné šňůrky, která spojuje duši s tělem. Tato poslední fáze procesu umírání končí právě v okamžiku, kdy jsou přerušeny zbytky kontaktu duše s tělem. Pak se dostavuje dojem, že před sebou máme už jen prázdnou schránku. Člověk definitivně opustil své tělo a nyní pro něho již neexistuje žádné časoprostorové omezení. Cítí se uzdraven a ničím neomezen. To opakovaně potvrzují zprávy těžce nemocných osob, které absolvovaly prožitek na prahu smrti (Jakoby, 2005, s. 96 - 101).

2.4 Doprovázení umírajících

Doprovázení umírajícího vyžaduje hodně síly a konfrontuje člověka s vlastní smrtelností. Doprovázející by měl vědět o posledních a možná nejdůležitějších životních úkolech, se kterými se musí člověk při svém umírání vyrovnat. Umírání, stejně jako ostatní životní fáze, ukládá člověku specifické úkoly. I člověk, který umírá, zůstává mravně zodpovědný, a proto by s ním nemělo být jednáno jako s nesvéprávnou bytostí (Virt, 2000, s. 55). Doprovázení umírajícího člověka znamená doprovázet ho v poslední části jeho životní cesty. S umírajícím prožíváme ty samé momenty, které prožívá on sám. Z velké části se jedná o bolest, otázky, na které hledá odpověď, smutek, zklamání, ale i radost, smíření, proměny. Toto jsou velmi hluboké a jemné okamžiky, které jsou jen velmi těžko verbalizovatelné. Doprovázením rozumíme to, že nenecháme člověka na posledním úseku životní cesty samotného, zůstaneme mu na blízku, pokud bude potřebovat pomoc, nebudeme nevěšmaví k jeho duchovním potřebám a v neposlední řadě budeme naslouchat, abychom nepřeslechli vyslovené či nevyslovené otázky. Znamená to tedy, že umírající člověk není odkázán sám na sebe a nemusí prožívat konec svého života osaměle a stísněně. Doprovázení je vždy dobrovolné a doprovázející by měl být vždy poctivý jak sám k sobě, tak k tomu, koho doprovází. Doprovázející by měl pomoci umírajícímu projít všemi fázemi psychické reakce na umírání (Ulrichová, 2009, s. 96 – 97). *Doprovázení je totiž záležitostí lásky.* (Ulrichová, 2009, s. 96)

Doprovázet umírajícího může každý dospělý člověk (např. lékař, sestra, ošetřovatelka, dobrovolník, příbuzný, kněz, psycholog), který si je vědom toho, že umírání patří k životu, a že smrt je přirozené vyústění lidského života. Měl by být také sám vnitřně zkonfrontovaný se svojí vlastní smrtí, to potom nebrání otevřenému dialogu o všech problémech, které umírání doprovázejí. Brabec (1991) uvádí určitá kritéria, podle kterých by se doprovázející měli při práci s umírajícími řídit. Péče o umírající klade nároky na emocionální schopnosti, nemocný vnímá chování, postoje. Je proto důležité zaujmout **postoj sám k sobě**, protože pokud člověk přehlídí své vlastní city, těžko může být vnímavý k signálům, které vysílá umírající. Člověk, který pečuje o umírající, se nemůže schovávat za svým profesionálním postojem, ale měl by vystupovat jako osoba se svými silnými i slabými stránkami, měl by vnímat své vlastní pocity a umět s nimi zacházet. Měl by být **opravdový**, protože opravdovost se projeví v upřímnosti k pacientům. Velmi důležité je být **připraven přijmout druhého jaký je a zřít se jakéhokoliv hodnocení**, protože akceptovat umírajícího znamená tolerovat jeho vlastnosti, pocity, starosti a přijímat způsob jeho komunikace (Ulrichová, 2009, s. 51 - 53).

Základním pilířem a zároveň nejtěžším prostředkem při doprovázení umírajícího je **rozhovor**. Bylo prokázáno, že citlivě a profesionálně vedený rozhovor může umírajícího odvrátit od apatie a odevzdání se osudu a že je účinnější než psychofarmaka (Sígl, 2006, s. 7). Při rozhovoru s nemocným člověkem je nutné uvědomit si skutečnost, že věcný obsah by měl odpovídat emočnímu obsahu sdělené informace. Komunikace mezi umírajícím a doprovázejícím by měla probíhat v atmosféře, která umožní pacientovi otevřít se ve svých pocitech, starostech i radostech. Toto je možné pouze v přátelském ovzduší, bez kterého se občas musíme v realitě obejít, ale ve vztahu s lidmi, kteří mají před sebou poslední momenty života, toto není možné. Při rozhovoru s umírajícím bychom měli dát prostor pro dialog nejprve jemu a snažit se vycítit, co po nás nepřímo žádá. Není možné vše pochopit při jednom rozhovoru, tzn., že chceme-li vést s nemocným kvalitní rozhovor, neobejdeme se bez dostatečné dávky trpělivosti. Při rozhovoru je důležité naslouchat. Díky naslouchání a trpělivosti je možné pochopit i jemné odstíny, která nemocný nesdělí okamžitě, ale sděluje je po částech. Právě trpělivost a naslouchání může doprovázejícího dovést k poznání nemocného, k pochopení a uspokojení jeho potřeb (Ulrichová, 2009, s. 105 – 107). *S použitím termínu „rozhovor“ bychom však měli být opatrní. Nejde o diskusi. Nejde o intelektuální debatu. Nejde o argumentaci. Ba právě naopak. Zdůrazňuje se právem, že rozhovor s umírajícím by měl být spíše nasloucháním nežli mluvením.* (Křivohlavý, 2002, s. 159)

Lidé se většinou otevírají, když jim nasloucháme. Nejde ale o apatické, nezúčastněné a pasivní naslouchání. Jde o spolupodílení se na těžkostech umírajícího, Tournier v této souvislosti hovoří o „naslouchání srdcem“. Americký psycholog Eissler zmiňuje o potřebu „umírat s umírajícím“, má však na mysli spíše emocionální ladění než fyziologické dění. Zkušenosti mnohých ukazují, že často není důležitější to, co se řekne, ale to, co se vyjádří beze slov – autentickým nebo partnerským postojem. Jde o komplex nonverbálních projevů, od výrazu obličeje, pohledů očí, doteků, až po celkový postoj a trpělivost výdrže (Křivohlavý, 2002, s. 159 – 160).

2.5 Smrt

Smrt (mors) je individuální zánik organismu, tedy také člověka. (Haškovcová, 2000, s. 74)

Smrt můžeme definovat z více úhlů pohledu. Při zástavě krevního oběhu a dýchání hovoříme o **klinické smrti**. Při úspěšné a neodkladné resuscitaci ji lze ještě zvrátit. Při nezvratném zániku činnosti buněk různých orgánů mluvíme o **biologické smrti**. Biologická smrt nenastává hned po zástavě dýchání a oběhu. Nastupuje po 4 - 5 minutách a toto období se označuje jako „bezprostřední resuscitační čas“. Ten je u buněk jiných tkání delší než u buněk mozkových. Tento čas je významný nejen z hlediska přežití klinické smrti, ale i z hlediska orgánových transplantací. Při nenávratném ukončení činnosti mozkových buněk mluvíme o **smrti mozku**. V tomto případě může být i nadále uměle udržována činnost ostatních životně důležitých funkcí (Ulrichová, 2009, s. 43). Někteří autoři uvádějí pojem **sociální smrt**, kterým se označuje částečná smrt mozku. Části mozku jsou různě citlivé a zranitelné. Ty citlivější zanikají dříve a rychleji. Duševní, sensorické a motorické funkce zůstávají zachovány jen částečně. Člověk tedy, i když žije, není schopen žádných tvořivých sociálních ani interpersonálních vztahů (Goldman, 2001, s. 98).

V minulosti lidé umírali častěji **přírozenou smrtí**, která se někdy označuje jako „sešlost věkem“. V současné době je smrt většinou konečným stádiem nemoci. Někdy bývá označováno jako **lékařská smrt**. Rychlost skonu bývá různá, Haškovcová ji rozlišuje na smrt náhlou, rychlou a pomalou. Můžeme se setkat také s výrazy avizovaná a neavizovaná smrt. Náhlá smrt svůj příchod neavizuje a rychlá smrt to činí nezřetelně nebo v omezeném rozsahu. Pojmy náhlá a rychlá smrt se fakticky překrývají. O **náhlé smrti** můžeme hovořit v případě tragického úmrtí (např. úraz, autonehoda). **Rychlou smrt** spojujeme s nemocí, která je příčinou brzkého skonu (např. infarkt) (Haškovcová, 2000, s. 75). Náhlá a rychlá smrt blízkého člověka patří k jedněm z nejtragičtějších zážitků. Ve společnosti, která se

ke smrti staví zády, jsou lidé špatně připraveni na situaci, kdy ztratí člena rodiny, jestliže jeho smrti nepředcházela nemoc, která by je na tuto možnost připravila (Kübler-Ross, 1995, s. 66). **Pomalá smrt** se v určitém relativním čase ohlašuje prostřednictvím nejrůznějších obtíží. Umírající strádá a příbuzní mají čas se připravit na extrémní ztrátu. Pomalé umírání je vnímáno jako nezměrné utrpení. Teprve v posledních letech se hovoří o umírání jako o fázi posledního zrání a o posledním úkolu. Ale ani pomalé umírání není zárukou toho, že příbuzní jsou na tuto ztrátu připraveni. Dále rozlišujeme smrt podle věku, ve kterém přichází, na **smrt předčasnou** nebo **smrt přiměřenou** (Haškovcová, 2000, s. 75).

2.5.1 Sebevražda

Zvláštní kapitolu představuje smrt, kterou si člověk způsobí sám. Jedná o smrt neúmyslnou tzv. sebezabití nebo smrt úmyslnou tzv. sebevraždu. **Sebevraždu** můžeme definovat jako násilné jednání s úmyslem dobrovolně ukončit vlastní život. Důraz je zde kladen na vlastní rozhodnutí takto konat. Sebevražedné jednání je možno hodnotit jako poruchu pudu sebezáchovy. Jedinec, který se rozhodne k takovému jednání, může prožívat a reagovat nestandardně, ale jeho psychika nemusí být patologicky změněna. Pokud by tomu tak bylo, můžeme mluvit spíše o sebezabití než o sebevraždě (Vágnerová, 2008, s. 489). Na základě motivace k sebevražednému jednání a způsobu jeho provedení rozlišuje tři základní varianty sebevražd. Jedná se o tzv. **bilanční sebevraždu**, která je výsledkem většinou rozumové úvahy a reakcí na dlouhodobě působící subjektivně závažné motivy. Jedinec si skutečně přeje zemřít a prostředky k dosažení svého cíle si pečlivě rozmyslí a připraví. Rozhoduje se pro ni tehdy, má-li pocit, že jeho život nemá už žádný smysl. Objevuje se tvrzení, že ztráta smyslu života souvisí s bilanční sebevraždou. Dále je to **impulzivní sebevražedné jednání**, kdy člověk nemá vážný úmysl zemřít a jedná impulzivně. Neuvažuje o prostředcích, ale volí to, co je momentálně dosažitelné. Tento sebevražedný pokus můžeme přirovnat k „volání o pomoc“. Hlavním důvodem k takovému jednání bývají především problémy v mezilidských vztazích. Třetí, specifickou skupinou jsou **skupinové sebevraždy**, kdy se sebevražedného jednání účastní více lidí. Zde je důležité odlišit iniciátora a ostatní, primárně pasivní účastníky. Jejich jednání můžeme chápat jako projev silné identifikace s iniciátorem (např. partner, vůdce skupiny). Iniciátor sebevraždy si tímto způsobem může potvrzovat vlastní hodnotu a moc nad ostatními. Zcela odlišnou motivaci mají skupinové sebevraždy lidí ve zcela bezvýchodné situaci (Vágnerová, 2008, s. 500 - 501).

Většinou se jedná o sebevraždy „bilanční“, tzn., že se člověk pokusí o sebevraždu ze strachu z hrozícího utrpení, nevléčitelné a bolestivé nemoci, či pro něj neřešitelné situace.

Dále se často sebevraždy a sebevražedné sklony objevují u osob s onemocněním maniodepresivní psychóza a u osob trpících schizofrenií. Ohroženi jsou také lidé, kteří ve velké míře konzumují alkohol nebo užívají drogy. Závislost na těchto látkách vyvolává určitou nestabilitu, která může být příčinou deprese. Suicidiální projevy může vyvolat také nezaměstnanost v kombinaci s alkoholem. Možné sebevrahy můžeme rozdělit do několika kategorií:

- lidé, kteří mají potřebu mít vše pod kontrolou,
- lidé, kterým lékař hrubě necitelně oznámil, že trpí nevléčitelnou smrtelnou chorobou,
- pacienti v dialyzačních a transplantačních programech, kterým byla dána přehnaná naděje, která se nenaplnila,
- osamocení a opuštění pacienti (Ulrichová, 2009, s. 85 - 86).

Sebezabití je ukončení vlastního života, kterému chyběl vědomý úmysl zemřít. Člověk, který takto jednal, nebyl schopen domyslet a zhodnotit možné důsledky svého chování (Vágnerová, 2008, s. 489).

2.5.2 Euthanazie

V souvislosti s úvahami nad umíráním a smrtí se nelze vyhnout problematice **euthanazie**. Je to jev, který přináší znepokojení snad od počátku lidských dějin. Otázka, zda má člověk právo nakládat se svým životem dle vlastního uvážení a rozhodnutí, ostře kontrastuje s filozoficko-náboženskými principy a zásadami většiny filozofických, duchovních a náboženských směrů (Ptáček, Bartůněk, 2012, s. 19). Světová zdravotnická organizace definuje eutanazii jako *vědomé a úmyslné provedení činu s jasným záměrem ukončit život jiného člověka za následujících podmínek: subjektem je kompetentní informovaná osoba s nevléčitelnou chorobou, která dobrovolně požádala, aby její život byl ukončen. Jednající ví o stavu této osoby a o jejím přání zemřít a páchá tento skutek s prvořadým úmyslem ukončit život této osoby a skutek je proveden se soucitem a bez osobního zisku.* (Stehlíková in Ptáček, Bartůněk, 2012, s. 17)

V literatuře se setkáváme s následujícími formami eutanazie: **Euthanazie aktivní** je usmrcení na vlastní žádost nemocného, kdy pacient sám, v případě nesnesitelných bolestí, opakovaně požádá o urychlení smrti. Tato forma bývá někdy nazývána strategií přeplněné stříkačky vzhledem k důrazu na aktivní roli lékaře. **Euthanazie nevyžádaná** je formou aktivní eutanazie, kdy pacient není schopen předepsaným způsobem požádat o urychlení

smrti. Lze však předpokládat, že kdyby mohl, s euthanazií by souhlasil. Jedná se tedy v podstatě o euthanazii nevyžádanou, ale chtěnou a dobrovolnou. **Euthanazie nedobrovolná** je nevyžádaná a dokonce i nechtěná. **Euthanazie pasivní** se shoduje s přerušением léčby a bývá také označována jako strategie odkloněné stříkačky. Prozatím však nejsou všeobecně přijatelná kritéria, kdy se tak může stát. Prakticky k tomu dochází tehdy, když byly vyčerpány veškeré formy pomoci a další léčba je marná. Výjimku tvoří pacienti napojení na přístroje, kdy pravidla pro odpojení jsou známá a používána. Vzhledem k tomu, že stále častěji dochází k dystanázii³, bývá euthanazie vnímána jako souvztažný pojem k právu na tzv. „přirozenou smrt“. Toto právo by mohlo být naplněno buď souhlasem nemocného, nebo i bez něj. Zde je však hlavním problémem systém kritérií, který by toto umožnil a přitom zabránil zneužití. V zahraničí se hovoří o programu DNR (do not resuscitate) nebo v českém písemnictví stále častěji NR (neresusčitovat) (Haškovcová, 2000, s. 104 - 105).

Zvláštní formu euthanazie představuje **asistovaná sebevražda**. Jde o poskytnutí informace, rady nebo prostředku osobě, která chce ukončit život. Někdy se také hovoří o „návodu na vysvobození“. Akt ukončení života nevykoná lékař, nýbrž za jeho asistence sám pacient (Stehlíková in Ptáček, Bartůněk, 2012, s. 17). Diskutabilní je pojem **prenatální euthanazie**, kterým se označuje interrupce ze sociálních důvodů. Mnozí odborníci jej odmítají s poukazem na to, že nechtěné dítě není nemocné a nemá nesnesitelné bolesti, o smrt nežádá a ani žádat nemůže. O jeho bytí tedy zástupně rozhoduje někdo silnější, matka, a tím mu upírá právo na život (Haškovcová, s. 2000, s. 105). V České republice je málo používaný pojem **sociální euthanazie**. Jedná se o situaci, kdy se nedostává náležitě léčby lidem, jejichž stav je léčitelný. Důvody mohou být ekonomické, geografické či vzdělanostní (Ulrichová, 2009, s. 88).

Každý lékař vykonávající toto povolání na území České republiky musí být ze zákona členem České lékařské komory a je povinen dodržovat **Etický kodex ČLK**, který říká, že:

³ Dysthanasia – dysthanasie - zadržaná smrt (z řec. *dys* – porucha, *thanatos* – smrt), je opakem eutanazie, jedná se prodloužení života nevléčitelně nemocného, a to i za cenu velkého utrpení pacienta (Kábrt, 1995, s. 348).

Úkolem lékaře je chránit zdraví a život, mírnit utrpení, a to bez ohledu na národnost, rasu, barvu pleti, náboženské vyznání, politickou příslušnost, sociální postavení, sexuální orientaci, věk, rozumovou úroveň a pověst pacienta či osobní pocity lékaře. Dle § 2 odst. 7 Lékař u nevléčitelně nemocných a umírajících účinně tiší bolest, šetří lidskou důstojnost a míru utrpení. Vůči neodvratitelné a bezprostředně očekávané smrti však nemá být cílem lékařova jednání prodlužovat život za každou cenu. Eutanazie a asistovaná sebevražda nejsou přípustné. (Stehlíková in Ptáček, Bartůněk, 2012, s. 17) Eutanazie je v ČR trestný čin a je hodnocena jako vražda. Asistovaná sebevražda je zákonem hodnocena jako trestný čin účast na sebevraždě a jde o trestný čin, a to, ať byla sebevražda dokonána a došlo k úmrtí, stejně jako při pokusu o sebevraždu, při kterém k úmrtí nedošlo (Stehlíková in Ptáček, Bartůněk, 2012, s. 17 - 18).

2.6 Po smrti

Po skonu blízkého příbuzného bývají první minuty naplněny bezradností. I když nejbližší hrozbu ztráty akceptovali racionálně, je těžké ji citově přijmout. Zvláštnost okamžiku a nejistota by neměly být ihned překrývány aktivitou (Haškovcová, 2000, s. 80). Je důležité dopřát si čas k vnímání zvláštního klidu této chvíle, k rozloučení se. Věřící tento okamžik věnují modlitbám, pokud pozůstali nejsou zvyklí se modlit, mohou věnovat čas tomu, co považují za případné (Špinková, 2016, s. 23). Praxe bytí v umírání v okamžiku smrti nekončí. Pečující, členové rodiny či přátelé, kteří jsou umírání přítomni, mají možnost postarat se po smrti o tělo zemřelého. Podle mnoha duchovních tradic zůstávají duše či vědomí zemřelého určitou dobu po smrti přítomné. Z tohoto důvodu se snaží lidé pečující o umírající o udržení atmosféry úcty i po smrti. Každá kultura má své vlastní rituály, jak připravit tělo na smuteční obřad, pohřeb či kremaci (Halifaxová, 2015, s. 217). Do loučení by měly být zapojeny i děti, protože pro jejich další život je konfrontace se smrtí blízkého člověka důležitá. Pokud se děti při úmrtí v rodině obejdou, může to v nich vyvolat pocit viny a strachu, které se mohou později, při dalším setkání se smrtí, vyvinout v trauma (Jakoby, 2005, s. 104).

Pro **úpravu těla** je někdy nutné s mrtvým hýbat a někteří lidé z toho mají strach. Zde se však není čeho obávat. Během první hodiny, než začne nastupovat ztuhlost, je snazší s mrtvým tělem manipulovat. K manipulaci s mrtvým by se mělo přistupovat s úctou a ohledem. Mrtvé tělo je nutné položit vodorovně naznak, oční víčka opatrně zavřít pomocí chomáče navlhčené vaty, který se nechá na víčkách ležet asi hodinu. Spodní čelist se pod-

váže šátkem, který se ovine směrem nahoru kolem hlavy. Naši předkové říkali tomuto šátku „podbradek“, věřili v jeho kouzelnou moc a nechávali si ho pro štěstí. Někteří lidé touží ještě naposledy svého blízkého omýt (Funk, 2014, s. 194 - 195). V tomto případě však již nejde o hygienu, ale spíše o obřad. Omývání mrtvého těla a péče o něj jsou běžnou praxí na celém světě a často mají hluboký význam pro rodinu a přátele, kteří se tohoto rituálu účastní. Jedná se o způsob, jak vyjádřit vděčnost za to, že jsme mohli být součástí života zemřelého i jeho smrti (Halifaxová, 2015, s. 221). Někdy může mrtvé tělo samovolně vyprázdnit měchýř nebo střevo. Je to pouhá tělesná funkce a s člověkem to už nemá nic společného. Proto je vhodné dát po umytí čistou plenu, která zůstává pod oblečením. Při výběru oblečení je důležité myslet na to, co zemřelý rád nosil, v čem by se rád viděl. Takto připravené tělo je vhodné ponechat v této poloze několik hodin, než nastane mrtvolná ztuhlost (Funk, 2014, s. 194 - 195).

Když je tělo připravené, je důležité ponechat si čas na **rozloučení**. Je vhodné upravit pokoj, zapálit svíčku a otevřít okno. Záleží vždy na pozůstalém, zda se chce rozloučit sám v rodinném kruhu, či chce pozvat i nejbližší přátele, kteří byli umírajícímu v posledních chvílích života na blízku (Špinková, 2016, s. 25). Reakce na ztrátu mohou být individuální. Bylo by chybou bránit se projevům prvního smutku nebo je kritizovat. Je nutné poukázat také na to, že existují paradoxní reakce na ztrátu (např. motorický neklid nebo nepřírozený, hlasitý smích) (Haškovcová, 2000, s. 80).

V ČR není stanovena žádná zákonná lhůta na ohlášení úmrtí. Jediný stanovený časový interval je pro úmrtí ve zdravotnickém zařízení, kdy musí zůstat tělo zemřelého 2 hodiny na lůžku. Nastane-li **očekávané úmrtí v domácnosti**, je nutné zavolat praktického lékaře, který vystaví List o prohlídce mrtvého, tzv. „ohledací list“. Konstatování smrti a sepsání ohledacího protokolu je v jeho kompetenci. Pokud není praktický lékař k zastížení, ohlašuje se úmrtí na linku 155, což je zdravotnická záchranná služba. Zde se musí nahlásit, že se jedná o očekávané úmrtí. Pro tento případ je dobré mít doma přichystané lékařské zprávy a výsledky a nálezy z vyšetření, z nichž může lékař, který zesnulého neznal, vyčíst diagnózy zemřelého a určit příčinu smrti. Lékař ze záchranné služby může nařídít pitvu a tělo v takovém případě odveze na patologii pohřební služba. Před příjezdem lékaře je nutné si přichystat občanský průkaz zemřelého, kartičku pojištěnce zemřelého, rodný a oddací list, lékařské zprávy a nálezy. Pokud nastane **neočekávané úmrtí v domácnosti**, je nutné volat linku 155 nebo jednotné evropské číslo tísňového volání 112. Lékař ze záchranné služby může nařídít pitvu a tělo i v tomto případě odveze na patologii pohřební služba. Pitva slou-

zí ke stanovení příčiny úmrtí a v určitých případech stanovených zákonem od ní nelze upustit. V jiných případech, pokud lékař nemá o příčině smrti pochybnosti, může být od pitvy upuštěno. Policii ČR je nutné volat ihned po nalezení mrtvého těla v případě, je-li podezření na sebevraždu nebo trestný čin. V takovém případě se nesmí se zesnulým nijak manipulovat. Při **úmrtí v nemocnici či jiném zdravotnickém zařízení** vystaví ohledací list místní lékař a zesnulý je obvykle převezen na patologii. Organizace oznámí smrt rodinným příslušníkům, kteří si musí vyzvednout osobní věci zesnulého. Převoz a vyzvednutí nutných dokumentů většinou vyřizuje pohřební služba (Syravátková, ©2016).

Výběr **pohřební služby** je věcí individuální. Pohřební služby obvykle provádějí odvoz zesnulých nepřetržitě, čili mohou přijet i v noci, vše záleží na domluvě. Pohřební služba přijede a odveze zesnulého a všechny kopie protokolu. Podmínkou sjednání pohřbu je předložení občanského průkazu zemřelého a občanského průkazu toho, kdo zajišťuje pohřeb. Zemře-li člověk doma, je nutné doložit List o prohlídce mrtvého (Umírání.cz, ©2016).

2.7 Pohřeb

Od dávných počátků lidstva bylo loučení se zemřelým spojováno se smutečnými obřady. Různé kultury s odlišnými náboženskými představami vyvinuly osobité **rituály**, s jejichž pomocí mohli pozůstalí přestát tuto existenční krizi. Keller (1992) říká, že rituály jsou stmelujícím prvkem celé skupiny. Vytvářejí pro všechny stejné rozpoložení, a tím uvádějí vědomí do kolektivního stavu, kdy se o stejné obsahy a pocity mohou podělit všichni zúčastnění (Špatenková, 2014, s. 166). V západních kulturách byla smrt až do počátku 20. století ritualizovanou a veřejnou záležitostí. Dnes se z veřejného života téměř vytratila a smutek se stal soukromou záležitostí (Jakoby, 2005, s. 105). Člověk moderní doby se o „poslední věci“ nezajímá, dokud nemusí. Potom, v době plné emocí, zjišťuje, že chyboval, když podcenil nebo ignoroval informace týkající se pohřbu. Někteří lidé se již za života vyjádří k tomu, jak by měl jejich pohřeb vypadat, popř. kde by chtěli být pochováni. Většina je však přesvědčena, že má dost času, a myšlenkami na svůj vlastní pohřeb se nezabývá. Pozůstalí bývají pak nejistí, jak mají uspořádat pohřeb, když neznají přání zesnulého. Zpravidla se pak rozhodují podle stávajícího dominantního a společensky uznávaného pohřebního rituálu. **Pohřbíváním** rozumíme ukládání mrtvého těla do hrobu, **pohřbem** pak souhrn společenských, případně náboženských úkonů, které souvisejí s pochováním mrtvého těla. Pohřební rituály se vyvíjely a jejich historie je velmi zajímavá. Svědčí mimo

jiné i o tom, jaká úcta byla prokazována zemřelým v jednotlivých společenských etapách, a tedy i jaký význam měla pro danou societu konečnost lidského osudu (Haškovcová, 2000, s. 93-96).

Pohřeb je obvykle vnímán jako poslední dar zemřelému a do jisté míry jako povinnost vůči zemřelému. Ammarová (2000) vnímá význam pohřbu v oslavě či poděkování za to, co pozůstalým zesnulý ve svém životě dal. V současné společnosti má pohřeb význam spíše pro pozůstalé než pro zemřelého. Weinert (1996) ho nevnímá jako oslavu zemřelého, ale jako útěchu pro pozůstalé, kdy při veřejném rituálu může přítomnost jiných lidí poskytnout útěchu pozůstalým (Špatenková, 2014, s. 166). Smyslem pohřebního obřadu je *»jednak upravit poměr mezi duchem zemřelého a pozůstalým, jednak doprovázet ducha zesnulého na onen svět a tam mu zajistit klid a blaženost«*. Význam pohřbu tkví nepochybně také v akceptaci ztráty a sehrává velký význam v přirozeném procesu zármutku. (Haškovcová, 2000, s. 97) Pohřební rituál veřejně uvádí pozůstalé do nového stavu, je tedy pro truchlící přechodovým rituálem a plní řadu funkcí (biologickou, sociální, psychologickou, kulturní a religiózní) (Špatenková, 2014, s. 166).

Je možné zvolit různé varianty pohřbu. Jedná se o **zpopelnění bez obřadu**, kdy proběhne pouze zpopelnění bez provedení smutečního obřadu. Na přání pozůstalého je možné zajistit přítomnost u kremace nebo provedení zpopelnění v přesně stanovenou hodinu. Dále je to **zpopelnění s obřadem**, při němž rozloučení probíhá v obřadní síni nebo v kostele s následnou kremací a **církevní forma pohřbu**, kde se jedná o klasický církevní pohřeb a následné uložení do země (Umírání.cz, ©2016). Pokud se příbuzní rozhodnou pro klasický církevní pohřeb a následné uložení do země, vyhledají příslušného faráře nebo kněze a domluví s ním podrobnosti. Soudobá církevní forma pohřbu se skládá z následujících etap: oznámení úmrtí zvonem, oznámení pohřbu prostřednictvím parte, rozloučení s mrtvým u rakve v kostele, smuteční průvod na hřbitov, rozloučení nad hrobem s proslovy a pohřební hostina. V moderní společnosti je nejčastějším způsobem pohřbu **kremace**, tedy zpopelnění. Spalování se děje žhavým vzduchem. Popel se poté předá ve speciální schránce příbuzným, kteří rozhodnou o způsobu uložení urny nebo nechají popel rozprášit. Spalování (většinou na hranicích) bylo známo už v pravěku, ale postupem času bylo nahrazeno kulturnějším způsobem pohřbu (Haškovcová, 2000, s. 97).

Myšlenka kremace ožívá v 18. století, ale první evropské krematorium bylo postaveno až v roce 1876 v Miláně. I když zejména římskokatolická církev striktně lpěla na tradiční formě církevního obřadu s následným uložení do země, nabývala kremace na významu

a postupně se stala běžným a akceptovatelným způsobem pohřbu. Římskokatolická církev uznala kremaci jako alternativu tradičního pohřbu a uložení do země až v roce 1968. V naší zemi byl pohřeb žehem povolen zákonem v roce 1919 a prvním krematoriem bylo krematorium v Liberci. Příčiny k příklonu společnosti ke kremaci jsou různé, můžeme jmenovat alespoň odklon od víry, důvody ekonomické, hygienické nebo prostorové (Haškovcová, 2000, s. 97).

V současné době naše společnost pohlíží na pohřební a smuteční rituály jako na zbytečné. K odklonu dochází v důsledku civilizačních procesů, ovšem jak uvádí Baštecká (2005), nedostatek obřadů a slavností, které by společným a společenským způsobem připomínaly smrt, způsobuje, že se lidé připravují o účinné složky truchlení. Pohřební obřad má své opodstatnění a přispívá k tomu, že ztráta začne být chápána jako realita. Tím, že někteří pozůstalí tento rituál ignorují a pohřbu se nezúčastní, ocitají se v sociální izolaci a mohou si vytvářet paradoxně další problémy (Špatenková, 2014, s. 166 - 169). Význam smrti souvisí se způsobem života a naopak. V dnešní době, kdy je smrt pojata lékařsky a pohřeb technicky, stojí kultura posledních věcí člověka mimo pozornost lidí sekularizovaného světa. Způsoby pohřbů však odhalují různé pojetí společenského ega a vztah jednatelce a společnosti. V určitém smyslu mohou být zdrojem poučení, jak přistupovat k umírajícím a pozůstalým. V současné době jsou také svědectvím o ztrátě kultury umírání a kultury smrti (Haškovcová, 2000, s. 97 - 99).

3 PÉČE O UMÍRAJÍCÍ

Moderní medicína přinesla podstatnou proměnu způsobu, jakým stonáme a jakým umíráme. Ještě před sto lety byly infekce nejčastější příčinou úmrtí. Churavělo se krátce a umíralo rychle. Od poloviny 20. století nastal bouřlivý rozvoj medicíny, který s sebou přinesl převratné objevy, které vedly k výraznému prodloužení očekávané délky života. Daň, kterou lidé za tyto pokroky platí, je obvykle několikaletá zkušenost života s některým chronickým onemocněním, jehož projevy zásadním způsobem určují kvalitu posledních měsíců a let lidského života. Můžeme říci, že v současné době umírá jen 10 % lidí náhlou smrtí, u zbylých 90 % jsou poslední roky či měsíce života poznamenány progresí nemoci. Pacienti v důsledku své nemoci nebo na bezprostředně související komplikace umírají. Péče o pacienty s chronickým, život ohrožujícím onemocněním, je podstatou přístupu paliativní medicíny. Paliativní péče je založena na interdisciplinární spolupráci a integruje v sobě aspekty lékařské, ošetrovatelské, psychologické, sociální a spirituální. Otázkám paliativní péče se začíná věnovat stále více pozornosti. Některá témata paliativní medicíny se stala součástí kurikula na zdravotních školách a lékařských fakultách. Existuje však řada důkazů, že navzdory kladným změnám, které proběhly během posledních desetiletí, se v naší zemi velké většině pokročile nemocných a umírajících nedostává odpovídající péče. Závěr života je tak pro mnohé z nich zbytečně provázen bolestí, osamělostí, ztrátou důstojnosti a dalšími formami utrpení, kterým by bylo možné předejít (Vorlíček, Adam, Pospíšilová, 2004, s. 17 - 18).

V dnešní době se laici i zdravotníci shodnou na tom, že nejpříjemnějším místem pro umírání je domov pacienta. Průzkum, který na žádost sdružení Cesta domů provedla v roce 2011 agentura STEM/MARK, prokázal, že 69 % laické populace a 76 % zdravotníků nechce umírat v léčebnách dlouhodobě nemocných. V nemocnicích nechce zemřít 45 % populace a 59 % zdravotníků. Pouze 14 % lidí si přálo, aby umírali sami, aby u nich nebyli blízcí. Podle 92 % tázaných z běžné populace a 99 % zdravotníků a lékařů se mají do péče o umírajícího zapojit příbuzní. V zásadě také obě skupiny souhlasí s tím, že možnost být nablízku umírajícímu pomáhá později pozůstalým překonat období smutku. Řada nevládních, neziskových či dobrovolnických organizací dnes pomáhá lidem, aby mohli umírat ve své domácnosti a aby jejich příbuzní mohli o ně pečovat (Šiklová, 2013, s. 66 - 67).

3.1 Domáci a institucionální model péče o umírající

Dnešní situace umírajících, zejména jejich citové strádání v institucích, je samozřejmě poměřována ideálem tzv. **domácího modelu umírání**. Dříve umírali lidé především doma v rodinném kruhu. I když můžeme oprávněně namítat, že domácí model umírání je do jisté míry zidealizovaný, protože nemalá část lidí umírala bez jakékoliv pomoci, je možné přijmout tento model umírání jako určitý ideál. Jeho předností byla především určitá jistota a emotivní podpora umírajícího. Svůj význam měl i ritualizovaný scénář umírání, kdy každý ze zúčastněných měl jasně vymezenou roli, a tudíž věděl, co má a může dělat. Také umírající věděl, jaké se mu dostane pomoci, protože v minulosti se určitě setkal s umírajícím ve své rodině. Každý tedy věděl, jak vypadá umírání a smrt zblízka. Umírání se tak stalo sociálním aktem. Nevýhodou tohoto modelu v minulosti byla především značně omezená možnost odborné pomoci. Kvalitní ošetrovatelská péče neexistovala a ošetřování nemocných i umírajících bylo v rukou příbuzných. Ti však celkem uspokojivě, s ohledem na tradici, zvládali běžné ošetrovatelské techniky a dovedně využívali i lidové léčitelství. Tradiční roli splňoval i duchovní, který se nejdříve staral o potřeby umírajícího a později doprovodně také o příbuzné. Lékař, jako odborná pomoc, vstoupil do domácího modelu poměrně pozdě, tj. zhruba před 200 lety (Vorlíček, Adam, Pospíšilová, 2004, s. 437 – 438).

Současný moderní člověk většinou výše uvedené zkušenosti nemá. Chybí mu i praktické dovednosti a převažuje přesvědčení, že péče o umírající je výhradně v kompetenci zdravotníků. Konfrontace se smrtí v dětství i v dospělosti bývá vzácná, a tak první a zároveň i pozdní setkání s umírajícím a se smrtí provází panický strach, bezradnost a nejistota. I když existuje ochota podílet se na péči o umírajícího, může být tato nejistota ochromující a může způsobit obtížné a mnohdy i nemožné osvojení potřebných dovedností (Haškovcová, 2000, s. 28).

Poskytování domácí paliativní péče dnes představuje od všech zúčastněných nadstandardní profesní a lidské výkony a samozřejmě ovlivňuje rodinný i profesní život blízkých, kteří se pro tuto formu péče o umírajícího rozhodli. Rozhodnutí o zavedení domácí péče by mělo být vždy výsledkem domluvy mezi pacientem, lékařem, rodinou a manažerem agentury domácí péče. Domácí péči indikuje praktický lékař nebo ošetřující lékař při hospitalizaci. Při společném jednání lékaře a manažera domácí péče je nutné stanovit individuální plán péče o nemocného. Současný způsob úhrady domácí péče stanoví horní hranici 3hodinové

návštěvy sestry u pacienta denně. Při některých požadovaných výkonech, které nejsou indikovány lékařem, je možná domluva mezi pacientem a agenturou. Jedná se o tzv. péči na vlastní žádost a tato péče není hrazená z prostředků zdravotního pojištění.

Z průzkumů vyplývá, že většina vážně nemocných pacientů si přeje prožít závěr života doma. Domov identifikují jako místo, které znají, a znamená pro ně konkrétní osoby, emoční vztahy a intimitu. Zároveň si zde mohou určovat svůj životní rytmus a alespoň částečně rozhodovat o řadě záležitostí. V ČR se za posledních 15 let domácí péče rozvíjí relativně rychle a je dostupná na většině území. Komplexnost služeb je však velmi proměnlivá. A tak i přes častá a jasně formulovaná přání má možnost prožít závěr života doma jen malá část nemocných (Vorlíček, Adam, Pospíšilová, 2004, s. 505 – 508).

Institucionální model péče o umírající se vyvíjel postupně. Nejdříve bylo nutné nemocnému zajistit postel, jídlo a pití a základní hygienické zázemí. Nemocní byli většinou umístováni do azylových domů (chudobinců), později pak do zdravotnických zařízení (špitály, nemocnice). Ošetřovatelské úkony měly většinou laický charakter opřený o bohatou empirii. Ani řádové sestry, které se o nemocné a umírající staraly, a tradiční ošetřovatelské praktiky zvládaly bravurně, neměly odborné vzdělání, jak ho chápeme v dnešním slova smyslu. (Haškovcová, 2000, s. 29).

K rozmachu nemocnic došlo zejména ve 20. století. Po 2. světové válce zavládl optimismus a přesvědčení, že moderní medicína nemá hranic. Tuto dobu charakterizuje výstižně výraz „vítězná“ nebo „úspěšná“ medicína. Mnohým nemocným však nelze vrátit zdraví, nýbrž pouze stav jistého zlepšení. Od konce 60. let minulého století vzrostl počet dlouhodobě a chronicky nemocných. Tito lidé však potřebují péči nejen lékařskou v době krize, kterou zapříčiní nemoc, ale potřebují také pomoc psychologickou a sociální. V této souvislosti sílila kritika institucionální péče a moderní nemocnice získaly nelichotivé označení „továrny na zdraví“. Institucionální systém se jeví jako vhodný, pokud pacient potřebuje razantní akutní a časově neomezenou léčbu. V případě, že si nárokuje individuální péči v oblastech duševních, duchovních nebo sociálních potřeb, je tento systém výrazně limitovaný. V nemocnicích dnešního typu se dlouhodobě nemocným špatně stůně a ještě hůře umírá. Umírajícímu je sice dopřán léčebný, ošetřovatelský a sociální komfort, ale na naplnění jeho psychických a duchovních potřeb není čas. Vrcholné období institucionální péče můžeme rozdělit do dvou etap. Ve 30. letech minulého století se upřednostňoval nerušený klid a tedy samota umírajícího. Až v 60. letech bylo seriózně dokázáno, že uvedená separace umírajících je neopodstatněná a přináší jim výrazný pocit samoty a opuštění. V této

době se začínají formulovat a precizovat obsahy pojmů odlidštěné umírání a odlidštěná smrt a zdůrazňuje se ztráta sociálního aktu těchto procesů. Institucionální péče přinesla nemocným hodně dobrého, je ale zjevné, že v péči o nemocného nesplňuje všechny potřeby a musí doznat změn. Představa, že lze vrátit umírající zpět do rodin, je nereálná. I když se to v jednotlivých případech stává, pro většinu příbuzných je to nepřijatelné nebo nereálné. Rodina totiž musí chtít, umět a zároveň být schopna zvládnout péči o umírajícího. Jako nadějný se jeví systém, který kombinuje klady domácího i institucionalizovaného modelu a respektuje moderní způsob života. Buď tedy umírající zůstane v nemocnici, kde by bylo vhodné vyčlenit lůžka pro paliativní systém nebo vybudovat samostatná oddělení tohoto typu, a rodina bude přizvána k péči, nebo se nemocný vrátí domů, bude indikována pomoc domácí péče a rodině pomohou profesionálové nebo mohou být využity služby v zařízeních hospicového typu (Vorlíček, Adam, Pospíšilová, 2004, s. 438 – 440). *Stinné stránky institucionálního modelu umírání jsou zřejmé a jejich společným jmenovatelem je chladná profesionální péče. Ta, která tolika lidem pomohla a kterou nespravedlivě odsuzujeme ve chvílích, kdy přichází smrt.*“ (Haškovcová 2000, s. 31)

3.2 Paliativní medicína

Paliativní medicína bývá popisována jako nová specializace. Jedná se však o nejstarší lékařskou a ošetrovatelskou disciplínu. Historie medicíny je především ve znamení tlumení symptomů, zvláště pak u tak závažných onemocnění, jako jsou zhoubné nádory. Není to tak vzdálená minulost, kdy lékaři jen výjimečně mohli u nemocného postupovat kauzálně a léčba a péče byly zaměřeny hlavně na zmírnění jeho obtíží. V současné době je výuka lékařů a sester většinou zaměřena na technologicky pojatou medicínu, která využívá komplikované přístrojové vybavení a sofistikované vyšetřovací a léčebné postupy. Cíl je jednoznačně orientován na uzdravení nemocného. Každá jiná možnost je pak považována za neúspěch. U mladších zdravotníků nebývá péče o chronicky nemocné a o nemocné v terminálním stádiu života v popředí zájmu. Je ale nepochybné, že těchto nemocných je většina a právě tito lidé potřebují lékařskou a ošetrovatelskou péči nejvíce. V posledních dvaceti letech pokrok ve farmakoterapii, chirurgii či radioterapii značně přispěl k výraznému zlepšení možností v paliativní léčbě (Vorlíček, Adam, Pospíšilová, 2004, s. 19).

Paliativní medicína neboli útěšná medicína představuje kompaktní a nadějný systém pomoci umírajícím a jejich rodinám. Pojem paliativní medicína není ustálen, v odborné litera-

tuře se můžeme setkat s řadou definic, jejichž obsah se víceméně překrývá. Světová zdravotnická organizace (WHO) ji v roce 1990 definovala jako *přístup, který usiluje o zlepšení kvality života pacientů, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožujícím onemocněním. Včasným rozpoznáním, kvalifikovaným zhodnocením a léčbou bolesti a ostatních tělesných, psychosociálních a duchovních problémů se snaží předcházet a mírnit utrpení těchto nemocných a rodin.* (Vorlíček, Adam, Pospíšilová, 2004, s. 24) Odborníci ve Velké Británii podobně uvádějí, že *paliativní medicína se zabývá léčbou a péčí o nemocné s aktivním progredujícím, pokročilým onemocněním. Délka života je u těchto nemocných omezená a cílem léčby a péče je kvalita jejich života.* (Haškovcová, 2000, s. 34) Důležité je, že se klade důraz na kvalitu života, na celostní přístup k nemocnému i jeho rodině. Kurativní péče⁴ ustupuje do pozadí a na významu nabývají formy sociální, duševní a duchovní pomoci. Paliativní péče však může, a dokonce musí být změněna na kurativní, dojde-li k příznivému zvratu ve vývoji nemoci (Haškovcová, 2000, s. 34). O paliativní péči rozhoduje ošetřující tým vždy s přihlédnutím k přání nemocného a blízkých, avšak na ošetřujícím lékaři (Funk, 2014, s. 132).

Jak již bylo výše uvedeno, úspěšná paliativní léčba vyžaduje, aby byla věnována pozornost všem aspektům pacientova utrpení. Jedná se tedy o **multidisciplinární přístup**, který vyžaduje spolupráci lékařů, zdravotních sester a dalších zdravotnických pracovníků. Základní jednotkou pro poskytování paliativní péče je multidisciplinární tým, který tvoří řada odborníků z různých profesí. S paliativní léčbou také úzce souvisí **utrpení**. Utrpení můžeme definovat jako bolest či tíseň, které souvisejí s událostmi ohrožujícími neporušenost nebo celistvost jedince. Utrpení musí být odlišováno od bolesti a ostatních symptomů, se kterými bývá spojováno, a to z několika důvodů:

- utrpení je zkušenost nebo zážitek celého jedince, ne jen těla nebo mysli,
- utrpení může být následkem přerušování, ovlivnění nebo zásahu různých aspektů života, a ne pouze výsledkem bolesti či ostatních symptomů,
- ve vnímání utrpení jsou velké individuální variace, obzvláště v případě bolesti nebo jakékoliv hrozby,

⁴ Kurativa – odborná léčebná péče, přídavné jméno kurativní (Kraus, Petráčková, 2000 s. 423)

- při akutním onemocnění může bolest způsobovat jen malé nebo žádné utrpení či tíseň, v tomto případě má krátké trvání a je pro nemocného snáze pochopitelná.

Příčiny utrpení mohou být fyzické, psychické, sociální, kulturní a duchovní. Pro pacienty se zhoubným nádorovým onemocněním může být zdrojem utrpení kterákoliv z uvedených příčin a jejich účinky se sčítají. Různé aspekty utrpení jsou vzájemně závislé. V praxi to znamená, že řešení kterékoliv příčiny utrpení má kladný vliv na zabránění nebo zmírnění dalšího aspektu utrpení. (Vorlíček, Adam, Pospíšilová, 2004, s. 25 -28).

V souladu s mezinárodními doporučeními rozlišujeme dvě úrovně poskytování paliativní péče: obecnou a specializovanou. **Obecnou paliativní péči** rozumíme klinickou praxi, která je poskytována zdravotníky v rámci jejich odborností. Jejím základem je včasné rozpoznání nevléčitelného charakteru onemocnění, identifikace a ovlivňování oblastí, které jsou významné pro kvalitu pacientova života. Tuto péči zajišťují praktičtí lékaři společně s agenturami domácí péče nebo lékaři – specialisté, kteří léčí nevléčitelně nemocné v rámci své odbornosti. V rámci obecné paliativní péče mají své místo i služby, které souvisejí se zajištěním nezdravotnických aspektů paliativní péče (např. sociální poradenství a služby, psychologické poradenství, pastorační péče a práce dobrovolníků). V případě, že potřeby pacientů svým rozsahem anebo závažností přesahují možnosti obecné paliativní péče, měli by poskytovatelé této péče umožnit pacientům přístup ke specializované paliativní péči. **Specializovaná paliativní péče** je aktivní péče poskytovaná pacientům a jejich rodinám týmem odborníků, kteří absolvovali formální vzdělání v oboru paliativní péče a disponují potřebnými zkušenostmi. Bývá poskytována v zařízeních, jejichž hlavní činností je paliativní péče. Pro zajištění obecné dostupnosti paliativní péče v rámci zdravotního a sociálního systému je nezbytné, aby si obě úrovně služeb vytvořily a zachovaly dostatečné propojení (Paliativní medicína.cz, ©2016).

3.3 Sociální práce v paliativní medicíně

Sociální práce patří k pomáhajícím profesím, stejně tak jako lékařství, ošetřovatelství, psychologie a záchranářství. Samostatným uznávaným oborem se stala až ve 20. letech minulého století, kdy ji převzal z rukou církve stát. V rámci sociální práce se můžeme setkat s různými směry, které nemají shodný názor na její poslání a také mají rozdílné přístupy k jejím úkolům. Navrátil (2001b) uvádí definici dle NSAW (Národní asociace sociálních pracovníků USA), která říká, že sociální práce *je profesionální aktivita zaměřená na pomáhání jednotlivcům, skupinám a komunitám zlepšit nebo obnovit schopnost sociálního*

fungování a na tvorbu společenských podmínek příznivých pro tento cíl. (Vorlíček, Adam, Pospíšilová, 2004, s. 485) Sociální fungování je podle Navrátila (2001b) schopnost lidí zvládnout úkoly denního života a zaujmout takový vztah k jiným lidem, aby byl uspokojivý jak pro ně samé, tak pro druhé, a odpovídal potřebám komunity. Předmětem sociální práce je člověk, který je ohrožený a tísněný určitou životní událostí nebo nezaviněným způsobem života a současně je spjatý se svou sociální skupinou a prostředím. Samostatnou činností sociální práce je pozorování a posuzování různých postupů sociální pomoci u jednotlivých případů a hledání vhodných variant pro řešení různých situací. Původně byla sociální práce chápána jako pomoc ekonomická. Teprve později se přidal požadavek na vykonávání i práce nemateriální. Cílem práce sociálních pracovníků je poskytování kompletní praktické pomoci buď jednotlivci, nebo sociální skupině ve svízelné situaci. Pokud řešení této krize přesahuje rámec jejich odbornosti, pak je jejich snahou zajištění příslušné odborné aktivity. Specifikum sociální práce představuje hlavně orientaci na sociální fungování klienta a na přizpůsobení modelů a přístupů z jiných disciplín, sleduje tedy celostní pojetí člověka v neoddelitelné vazbě na jeho prostředí (Vorlíček, Adam, Pospíšilová, 2004, s. 485 - 487).

Pacienty, kteří jsou léčeni paliativně, lze považovat za tělesně handicapovanou menšinu, která je psychicky traumatizována nejen vědomím o charakteru své nemoci, ale i případnými následky léčby. V tomto smyslu se tito pacienti stávají také jednou z cílových skupin sociální práce. Sociální fungování v tomto případě znesnadňuje povaha nemoci, která je kauzálně neléčitelná a omezuje délku života. Zasahuje do společenské role a statusu nemocného člověka, a to jako ve společnosti, tak i v rodinném kruhu. V důsledku nemoci vzniká sociální izolace od běžného života. Sociální práce v paliativní péči má dvě roviny. První, užší, se týká samotného pacienta a jeho konkrétních problémů. Druhá, širší rovina, se týká působení ve společnosti (Vorlíček, Adam, Pospíšilová, 2004, s. 488 - 489).

V ČR je **sociální práce na lůžkovém zařízení** ve zdravotnických zařízeních značně nespokojivá. Část viny na tom nesou mimo organizátorů zdravotnictví i lékaři. Sociální pracovníci se často využívali jako sestry nebo sekretářky a z tohoto důvodu vznikl mylný dojem, že sociální práce není v nemocnicích potřeba. Sociální práce v akutní medicíně se liší od sociální práce v chronické medicíně. V prvním případě dochází sociální pracovník na zavolání lékaře k vyřešení problému, který vznikl v průběhu akutní hospitalizace. Sociální práce v chronické medicíně spočívá v sociální pomoci a sociální prevenci. Sociální pracovník vyřizuje pacientovi i záležitosti, které si sám zařídit nemůže včetně jednání s úřady.

Náplň sociálního pracovníka v paliativní medicíně můžeme tedy charakterizovat následovně:

- pomoc při vytváření plánu pro život s terminální nemocí,
- doprovázení nemocného a jeho rodiny náročným životním obdobím,
- pomoc při přípravách na smrt,
- pomoc pozůstalým (Vorlíček, Adam, Pospíšilová, 2004, s. 490-491).

Při práci s rodinou a blízkými přáteli pacienta se sociální pracovník zajímá mimo péče o nemocného také o jeho sociální prostředí. Všimá si komunikace rodiny s pacientem, umožňuje jim, aby jasně vyjádřili své pocity. Hledá cesty ke sblížení, což později umožňuje pozůstalým zbavit se pocitu viny a vyrovnat se se ztrátou blízkého člověka. Neopomíná ani právní otázky a jednotlivé členy rodiny upozorňuje na možné právní dopady jejich jednání (Vorlíček, Adam, Pospíšilová, 2004, s. 491 - 493).

Náplň práce **sociálního pracovníka v domácí péči** spočívá v poradenství, sociální prevenci různých nepříznivých rodinných událostí a v uskutečňování těchto rad, pokud toho není rodina schopna. Je nutné si uvědomit, že sociální pracovník není pečovatelem ani nevykonává pomocné práce v domácnosti. Jeho úkolem je v případě potřeby tyto služby zajistit. Sociální pracovník se dostává do těsného kontaktu nejen s pacientem, ale i s ostatními členy domácnosti. Má tedy daleko větší možnost vnímat rodinné vztahy, jejichž eventuální narušení nelze skrýt, než jak se to může povést během krátkého rozhovoru v nemocnici. Může poskytnout emoční a psychickou podporu, pokud ji rodina po smrti pacienta potřebuje.

Shrneme-li si základní aspekty sociální práce, je zřejmé, že sociální pracovník nevykonává lékařské ani sesterské práce. Jeho pozici neurčuje profesionální role, ale potřeby pacienta a jeho rodiny. Profesionalita sociálního pracovníka začíná právě u rozeznání těchto potřeb. Specifickou částí sociální práce je vnímání nemocného jako nedílné součásti rodiny v průběhu celého jeho života, ne jen v okamžiku nemoci a jako součást určitého kulturního okruhu a sociální skupiny (Vorlíček, Adam, Pospíšilová, 2004, s. 493 - 494).

3.4 Dobrovolnictví

V České republice se dobrovolnictví ve zdravotnictví začalo postupně objevovat od roku 2000. Dobrovolníci dnes působí nejen v lůžkových zdravotnických zařízeních, ale i ve zdravotně sociálním terénu. Náplň činnosti dobrovolníků je rozmanitá a odvíjí se pře-

devším od zdravotního stavu klienta. V nemocnicích se dobrovolnický program osvědčil jako jeden z nástrojů, který napomáhá k aktivizaci, motivaci a psychické podpoře pacientů, a zároveň přispívá k efektivnější organizaci práce i času odborného personálu a ke zlepšení celkové atmosféry v nemocnici (Šimková, 2011, s. 5). V paliativní domácí péči dobrovolníci posilují její lidský aspekt. Mezi hlavní činnosti patří aktivity, které spadají do osobní asistence včetně společenství, pečovatelské služby, respitní podpory a dohledu nad nemocným v době nepřítomnosti rodiny. Dobrovolníci poskytují také lidskou podporu rodině, např. ve smyslu rozhovorů s partnerem umírajícího, který má možnost vypovídat se. V rodinách mladých umírajících lidí mohou dobrovolníci účinně pomáhat např. v péči o děti. Mohou také poskytovat účinnou pomoc ve dvoučlenných rodinách umírajících starých lidí, kdy partner paliativního klienta je již v pokročilém věku a sám díky různým zdravotním a funkčním problémům nezvládá některé úkony (např. nákupy, úklid, jednání s úřady apod.). Dobrovolnictví řadíme mezi občanské činnosti a má dopad také na samotné dobrovolníky, kterým mnohdy přináší pocit naplnění smyslu života (Kalvach, 2010, s. 46). Dobrovolnická zkušenost s dlouhodobě, chronicky nebo terminálně nemocnými přináší dobrovolníkům jiný úhel pohledu na smysl a kvalitu života a je přirozeným nástrojem pro sebezpoznání a změnu žebříčku životních hodnot (Šimková, 2011, s. 5).

3.5 Hospicová péče

Anglický výraz **hospic** můžeme přeložit jako útulek nebo útočiště. Ve středověku se tento výraz používal pro tzv. domy odpočinku, které vyhledávali unavení poutníci směřující do Palestiny. Hospic většinou provozoval člověk, který byl schopný nejen vést hostince, ale vyznal se i v ranhojičství. Středověký hospic tak poskytoval v podstatě vše, co v moderní terminologii nazýváme bio-psycho-sociálním a spirituálním komfortem. Hospice později přirozeně zanikly a první myšlenky znovu ožívají až v polovině 18. století, kdy byla v Dublinu otevřena zvláštní nemocnice pro umírající. Rozvoj zařízení, která se specializovala na pomoc umírajícím, nastal ve 20. století. K dramatickému nárůstu došlo až po 2. světové válce díky rozvoji vítězné medicíny, která nebyla schopna uspokojit potřeby umírajících (Haškovcová, 2000, s. 39 - 40). V Londýně v roce 1969 otevřela Cecilia Saundersová první hospic moderního typu s názvem St. Christopher's Hospice, kterému se také přezdívá „mateřský dům hospicového hnutí“. Nemocným zde byla poskytnuta úlevná léčba a péče. Hnutí se velmi brzy rozšířilo nejen v Anglii ale i v dalších zemích. Při zaklá-

dání hospiců byly využívány zkušenosti Elisabeth Kübler-Rossové, kdy se stal popis stádií umírání mimořádně významným (více viz kapitola 2.2.2). Vznikalo tak nové umění umírat v tom nejlepším slova smyslu (Munzarová, 2008, s. 42 - 43).

Pokud bychom se pokusili o definici hospice, musíme vycházet z toho, že myšlenka hospice vychází z úcty k člověku jako jedinečné bytosti a z biologických, psychických, sociálních a spirituálních potřeb pacienta. Nelze tedy hospic vnímat jako dům a už vůbec ne jako „dům smrti“. Hospic je alternativou, kde se ctí autonomie nemocného a jeho individuální právo rozhodnout se. Hospic pacientům poskytuje paliativní péči, neslibuje uzdravení, ale slibuje léčitelnost. V hospici nejde o prodloužení života, nýbrž o jeho slušnou kvalitu až do jeho konce. Pacient ví, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí, že vždy bude respektována jeho lidská důstojnost a že v posledních chvílích života nezůstane osamocen (Vorlíček, Adam, Pospíšilová, 2004, s. 511).

V různých fázích choroby mohou nemocnému vyhovovat různé formy hospicové péče. **Domácí hospicová péče laická** je poskytována umírajícím všech věkových kategorií, jejichž psychosomatický a sociální stav nevyžaduje odbornou péči či pomoc, a kteří mají sociální podmínky dovolující poskytování domácí péče laické bez ohrožení či snížení kvality života umírajícího nebo jeho blízkých. Tato péče pomáhá překonat těžký životní úsek v prostředí známém, intimním a bezpečném. Poskytuje ji pečovatel, např. člen rodiny, dobrovolník, soused či příbuzný (Ulrichová, 2009, s. 99). **Domácí hospicová péče odborná** je určována ošetřujícím nebo odborným lékařem. Jedná se o integrovanou formu zdravotní, sociální a laické péče, na které se podílí lékař, zdravotní sestra, rehabilitační pracovník, pracovník sociální péče, psycholog, popř. i duchovní. Tato péče nahrazuje či doplňuje domácí hospicovou péči laickou a je určena umírajícím závislým na pomoci druhé osoby. Domácí hospicová péče odborná je dostupná 24 hodin denně a rozsah ordinovaných intervencí je obměňován dle aktuálního stavu pacienta. Tato péče může být hrazena pojišťovnou v rozsahu 3 x denně 1 hodina odborné péče v období stanoveném lékařem. **Ambulantní hospicová péče** je určena částečně nebo úplně mobilním nemocným, kdy jejich stav nevyžaduje umístění na lůžko ani domácí hospicovou péči odbornou. Je doplňkem hospicové léčby laické. **Stacionární (semiambulantní) hospicová péče** bývá poskytována ve stacionáři, který část dne nahrazuje domácí prostředí. Tento typ péče bývá obvykle zřízován při lůžkových hospicových zařízeních a bývá využíván například při psychickém či fyzickém vyčerpání rodinných příslušníků, nebo pokud nastanou nevhodné podmínky pro poskytování hospicové péče ve vlastním prostředí (Goldmann, 2001, s. 99). **Lůžková**

hospicová péče je určena nevléčitelně nemocným, u kterých je předpokládáno, že díky sociálním podmínkám by očekávané umírání bylo nedůstojné člověka. Důvodů pro volbu této péče může být několik. Pro členy rodiny může být ošetřování příliš náročné, je nutná kontrola bolesti, rodina může být vyčerpaná nebo ji pacient vůbec nemá. Tato péče je i s možností ubytování člena rodiny. Je pouze na rozhodnutí pacienta, zda bude v hospici pobývat sám nebo s někým blízkým. Návštěvy jsou možné nepřetržitě 24 hodin po všechny dny v roce. Od příbuzných se neočekává, že budou nemocného ošetřovat. Záleží pouze na jejich rozhodnutí, do jaké míry se do péče zapojí. Hospicový režim se výrazně liší od režimu nemocničního. Pacienti mají dále svůj životní rytmus tak, jak byli zvyklí z domácího prostředí. Bývají oblékáni do svých šatů, mohou, pokud jim to zdravotní stav umožňuje, opouštět hospic třeba na procházku. Pacienti nejsou do ničeho nuceni a nic se jim nezakazuje. Odborná lékařská péče i denní lékařské vizity jsou u této péče samozřejmostí (Ulrichová, 2009, s. 100). Lůžková hospicová péče je primárně určena pro ty, jejichž prognóza je kratší než 6 měsíců a přijetí je podmíněno žádostí a svobodným informovaným souhlasem nemocného (Goldmann, 2001, s. 99).

I když mezi hospici existují určité rozdíly, podstata je stejná a organizační rámec podobný. Hospic pomáhá umírajícím a jejich blízkým prožít těžké chvíle života pokud možno bez bolesti, v klidu a v bezpečí. Oddělovat hospicovou péči a domácí péči by bylo nejen nesprávné, ale i nebezpečné. Hospic by se stal „domem smrti“ a ušlechtilé hospicové myšlenky by byly zdiskreditovány. Tabuizace smrti by pokračovala a odsun umírajících „někam jinam“ by dostal další šanci (Haškovcová, 2000, s. 42).

3.6 Současný stav v ČR a ve Zlínském kraji

Pojem hospic byl před rokem 1989 v České republice téměř neznámý. Myšlenka hospicového hnutí byla realizována v roce 1990, kdy při pražské Charitě začala pracovat skupina zdravotních sester v domácí péči. Jejich činnost se podařilo zlegalizovat formou experimentu, který byl povolen Ministerstvem zdravotnictví. Na mnoha místech tak začala vznikat střediska Charitní ošetrovatelské služby (Ulrichová, 2009, s. 98). Tato péče však postupně přestávala stačit, proto v roce 1993 založila lékařka Marie Svatošová občanské sdružení pro podporu domácí péče a hospicového hnutí s názvem Ecce homo. Prvním úspěšným počinem tohoto sdružení bylo otevření Hospice Anežky České v Červeném Kostelci v roce 1995. Od otevření prvního hospice bylo dáno do provozu do současné doby

několik dalších zařízení. V roce 1998 bylo založeno **Sdružení poskytovatelů hospicové péče**, které si stanovilo následující cíle:

- připravit koncepci hospicové péče pro ČR,
- vytvořit jako samostatnou složku obor hospicové péče v rámci státních i nestátních zdravotnických zařízení,
- spolupracovat na podkladech pro poskytování hospicové péče,
- stanovit etický kodex pro poskytování hospicové péče,
- spolupracovat na podkladech pro kvalitní přípravu a vzdělávání poskytovatelů hospicové péče,
- spolupracovat s lékařskými a sesterskými odbory a profesními organizacemi,
- spolupracovat se zahraničím v oblasti hospicové péče,
- spolupracovat s orgány státní správy ČR (Haškovcová, 2000, s. 40 – 42).

V roce 2005 vznikla **Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče**, která sdružuje poskytovatele hospicové péče a garantuje kvalitu jejich služeb. Zastupuje stovky profesionálů v hospicové paliativní péči, z nichž řada působí ve vzdělávání laické i odborné veřejnosti, včetně výuky na vysokých školách. APHPP se ve spolupráci s ministerstvem zdravotnictví podílela na vytvoření prvních českých Standardů kvality hospicové paliativní péče, které její členové dobrovolně dodržují. V roce 2007 prosadila uzákonění lůžkové i mobilní hospicové péče. Je členem Evropské asociace paliativní péče. APHPP:

- prosazuje a podporuje hospicovou a paliativní péči, která vychází z úcty k člověku jako jedinečné neopakovatelné lidské bytosti,
- přispívá k pozitivní proměně vztahu české společnosti ke smrti a umírání,
- sdružuje organizace poskytující lůžkovou a mobilní hospicovou péči v ČR.

Mezi nejbližší cíle APHPP patří:

- podpora informovanosti odborné i laické veřejnosti o tom, co hospicová péče nabízí,
- zlepšování kvality péče formou spolupráce při tvorbě standardů kvality hospicové paliativní péče,
- vzdělávání a přispívání ke zvyšování odbornosti profesionálů v této oblasti (Asociacehospiců.cz, ©2010).

V roce 2016 bylo v ČR 19 zvláštních zdravotnických zařízení hospicového typu s celkovou kapacitou 475 lůžek. Regionální rozložení hospiců je velmi nerovnoměrné (od 0 do 5 lůžek na 100 000 obyvatel v jednotlivých krajích). Lůžkové hospice pečují většinou o onkologické pacienty (onkologičtí pacienti tvoří 92 %, neonkologičtí 8 %). Pacienti jsou do lůžkových hospiců přijímáni ve velmi pokročilých stádiích onemocnění a většina pacientů přijatých do hospice zde umírá. Průměrná délka pobytu v hospici je 23,4 dne. V hospicích umírá ročně 2700 pacientů, což je 2,6 % všech úmrtí. Z celkového počtu pacientů s chronickými onemocněními, kteří potřebují v závěru života paliativní péči, v hospici umírá pouze 3,8 % pacientů. Ze všech úmrtí na onkologické onemocnění v hospici umírá 9,2 % pacientů. V ČR potřebuje každoročně paliativní péči více než 70 000 pacientů. Přes své nesporné zásluhy při prosazování myšlenky komplexní paliativní péče a její příkladné poskytování, představují hospice díky své kapacitě a regionální distribuci dostupný model péče pouze pro 3,8 % pacientů, kteří paliativní péči potřebují. Většina chronicky nemocných pacientů umírá na lůžkách akutní nebo následné péče. V domácím prostředí nastává 18 % onkologických a 20 % neonkologických úmrtí. Existence jednoho nebo dvou lůžkových hospiců v určitém kraji zdaleka nesaturuje potřebu lůžkové paliativní péče v daném regionu. Dále je v ČR evidováno 121 pracovišť pro léčbu bolesti a 5 specializovaných ambulancí paliativní medicíny (Paliativní medicína.cz, ©2016).

Kvalitní paliativní péče v České republice existuje, je však dostupná pouze omezenému počtu občanů. Jejimi příjemci jsou především onkologicky nemocní. S narůstáním geriatrické populace roste i potřeba geriatrické paliativní péče a paliativní péče u onemocnění neonkologického charakteru typu demence, srdečního selhání, chronické obstrukční plicní nemoci a další. V LDN nastává téměř 10 % všech úmrtí v České republice, zvláště pro oblast geriatrické paliativní péče jsou zásadním poskytovatelem. V řadě těchto zařízení je snaha péči celkově kultivovat. Naráží ovšem na nedostatečné ekonomické podmínky. Česká společnost paliativní medicíny České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně a Česká geriatrická a gerontologická společnost vedou společná jednání o koncepci tzv. hospicových jednotek v rámci léčení dlouhodobě nemocných. Jednání zatím nedospěla k jednoznačným závěrům a doporučením. Zdravotní péče v pobytových zařízeních (domovy pro seniory, domovy pro osoby se zdravotním postižením a domovy se zvláštním režimem) je analogií primární péče. V zahraničí je paliativní péče v tomto „náhradním“ sociálním prostředí klientů zajištěna formou služby mobilních paliativních týmů. V České repub-

lice tato oblast bohužel není zajištěna právě v důsledku chybějící mobilní specializované paliativní péče (Vláda.cz, ©2016).

Na jaře roku 2015 se rozběhl pilotní program, který měl za cíl ověřit, jestli je mobilní specializovaná paliativní péče bezpečnou formou zdravotní péče, která má klinický přínos pro pacienta, a není významně dražší než současné způsoby péče o umírající. Vyhodnocení pilotního programu dalo na tyto otázky odpovědi a otevřelo tak prostor pro jednání, jak systematicky zlepšit péči o umírající v ČR. Pilotní program analyzoval péči, kterou poskytlo 8 hospicových organizací napříč republikou 327 pacientům v období duben 2015 – únor 2016. Péče měla charakter „domácí hospitalizace“ pacienta v terminální fázi onemocnění: mobilní hospic zajišťoval veškerou zdravotní péči, kterou pacient v průběhu péče potřeboval v režimu 24/7/365. Mobilní hospice, které dosud úhradu ze zdravotního pojištění nemají a pracují díky podpoře dárců asi ve dvaceti okresech ČR, se zavázaly garantovat, že nejméně 80 % pacientů přijatých do péče skutečně dožije doma a VZP se zavázala hradit mobilnímu hospici po dobu maximálně 30 dnů života pacienta část nákladů na péči, odstupňovanou podle závažnosti stavu. Pilotní program mobilní specializované paliativní péče prokázal, že mobilní hospice jsou schopné:

- bezpečně, kvalitně, a při respektování všech zákonných norem pečovat o nevléčitelně nemocné v domácím prostředí,
- dochovat pacienta, který si to přeje a má podporu své rodiny, v domácím prostředí až do smrti v 92 až 97 % případů,
- v závěru života pacientů se zhoršujícími se symptomy účinně tlumit bolest a zachovat kvalitu života.

Průměrná úhrada ze strany VZP u pacientů v pilotním programu byla 1.316,-- Kč za jeden den péče. Reálné náklady mobilních hospiců na zdravotnické služby za jeden ošetrovací den se pohybovaly v rozmezí 1.700,-- až 1.900,-- Kč. Pokrytí finančního rozdílu musely v průběhu pilotního projektu hospice i nadále hledat u dárců a krajů. Také všechny nezdravotnické služby umírajícím, tedy terénní sociální práce, psychoterapeutická nebo psychologická podpora, péče o pozůstalé a další, nejsou předmětem úhrady ze zdravotního pojištění a hospice na ně musejí opět peníze získávat jinde. Průměrná délka péče o pacienty v pilotním programu byla 15,2 dnů. Celkem 12,5 % pacientů bylo v péči déle než 30 dnů, kdy již VZP náklady nehradila a mobilní hospice je musely krýt z darů, veřejné sbírky a dotací (Paliativní medicína.cz, ©2016).

Jak vyplývá i z výše uvedeného není v současné době mezi odbornou veřejností a dalšími tvůrci zdravotní politiky (např. MZČR, zdravotní pojišťovny) dosaženo shody, jakou formu paliativní péče tito pacienti potřebují, jak má být organizována a kdo má tuto péči poskytovat. V systému zdravotní a sociální péče v ČR dosud nejsou vytvořeny náležité podmínky k tomu, aby mohla být kvalitní paliativní péče pro potřebnou skupinu pacientů dostupná. Dne 6. ledna 2017 se sešli věcně příslušní zástupci Ministerstva zdravotnictví ČR se zástupci poskytovatelů zdravotních služeb, aby našli způsob zakotvení paliativní a hospicové péče do českých norem. Podle ministra zdravotnictví je potřeba připravit konkrétní kroky, a to jak v oblasti legislativy, tak v oblasti úhrad zdravotního pojištění na tento typ služeb. Problémem jsou například chybějící standardy (jak je uvedeno výše, APHPP se ve spolupráci s ministerstvem zdravotnictví podílela na vytvoření prvních českých Standardů kvality hospicové paliativní péče, její členové je však dodržují dobrovolně) paliativní péče anebo její odpovídající úhrada. Chybí také zakotvení dostupnosti paliativní péče v nařízení vlády o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb. Bude potřeba novelizovat zákon o zdravotních službách, kde bude muset být vyřešena otázka definice paliativní a hospicové péče. Dále je třeba novelizovat seznam zdravotních výkonů a úhradovou vyhlášku, nařízení vlády, kterým se vymezí místní a časová dostupnost paliativní a hospicové péče a vyhlášku o personálním, technickém a věcném vybavení, která definuje tyto náležitosti hospicových zařízení (MZČR.cz, ©2017).

Zlínský kraj je svou rozlohou 3 963 km² čtvrtým nejmenším krajem České republiky a zaujímá 5 % její plochy. Ve Zlínském kraji je celkem 307 obcí, z toho je 30 měst. Nejvýznamnějšími městskými a průmyslovými aglomeracemi jsou aglomerace Zlín – Otrokovice - Napajedla, v níž je koncentrováno přes 100 tisíc obyvatel, dále pak aglomerace Uherské Hradiště – Kunovice - Staré Město s téměř 40 tisíci obyvateli a města Kroměříž, Vsetín a Valašské Meziříčí, z nichž každé má 25 – 30 tisíc obyvatel. K 1. lednu 2016 žilo v kraji 584 676 obyvatel, což představuje 5,5 % celkového počtu obyvatel České republiky. Hustota zalidnění 149 obyvatel/km² významně převyšuje republikový průměr, který činí 133 obyvatel/km². Vývoj věkového složení obyvatel je charakterizován zvyšujícím se podílem obyvatel v poproduktivním věku (Zlínskýkraj.cz, ©2010).

V současné době jsou ve Zlínském kraji 2 lůžkové hospice. Jedná se o hospic Diakonie ČCE - CITADELA a hospic „HVĚZDA z.ú.“ (Linkos.cz, ©2016). Zřizovatelem **hospice Citadela**, Žerotínova 1421, Valašské Meziříčí je křesťanská nestátní nezisková organizace Diakonie Českobratrské církve evangelické. Hospic byl evidován u MKČR k 1. 8. 2003.

Dne 29. ledna 2004 byl registrován odborem zdravotnictví Krajského úřadu Zlínského kraje jako nestátní zdravotnické zařízení. Diakonie Českobratrské církve evangelické je druhou největší neziskovou organizací poskytující sociální služby v České republice. Hospic Citadela je jedním z 33 středisek Diakonie. Hospic poskytuje specializovanou paliativní (hospicovou) péči v budově hospice, ambulanci paliativní medicíny v budově hospice a sociální služby (odlehčovací služby v budově hospice, sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče v budově hospice, domovy se zvláštním režimem v Domě sociálních služeb) (Citadela.cz, ©2017).

Občanské sdružení „HVĚZDA - občanské sdružení" bylo založeno dne 6. března 2000. Registraci Stanov občanského sdružení provedlo Ministerstvo vnitra České republiky dne 10. 5. 2000. S ohledem na nabytí účinnosti zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník a zákona č. 304/2013 Sb., o veřejných rejstřících právnických a fyzických osob, a to dnem 1. ledna 2014, změnil subjekt „HVĚZDA - občanské sdružení" svou právní formu z občanského sdružení na spolek. K 1. červenci 2014 došlo ke změně právní formy ze spolku na zapsaný ústav s názvem „HVĚZDA z.ú.", **Hospic Hvězda** je lůžkové nestátní zdravotnické zařízení a je registrován jako sociální služba poskytovaná ve zdravotnickém zařízení ústavní péče, poskytována od 1. května 2003. Posláním hospice je poskytování paliativní péče, u níž byly v léčbě vyčerpány všechny možnosti a prostředky vedoucí k uzdravení nemocného. Znamená to přijetí závažné nezvratné skutečnosti, snahu o smíření s realitou a její přijetí nemocným i rodinou. Klientům je poskytována obecná i specializovaná paliativní péče. Činnost střediska je rozdělena do 3 oblastí: pomoc nemocnému i jeho rodině před vlastní hospitalizací, péče o nemocného v období vlastní hospitalizace, péče o tělo zemřelého a pomoc pozůstalým (Sdruženíhvězda.cz, ©2017).

Domácí hospicovou péči ve Zlínském kraji poskytují hospic Citadela, hospic Hvězda, domácí hospic Most k domovu Zlín a Domácí hospic – oblastní Charita Uherské Hradiště. Dále je ve Zlínském kraji evidováno 10 **pracovišť pro léčbu bolesti** (Situační analýza, Paliativnímedicina.cz, 2017). Na jednání Správní rady dne 19. prosince 2016 bylo schváleno pokračování pilotního **projektu MSPP** v roce 2017. Ze Zlínského kraje do něj byly zařazeny Diakonie ČCE - středisko ve Valašském Meziříčí - Domácí hospic Společnou cestou, Diakonie ČCE - hospic CITADELA a PAHOP, Zdravotní ústav paliativní a hospicové péče, z. ú., Uherské Hradiště. Domácí hospic Most k domovu Zlín byl z tohoto pilotního programu vyřazen a v současné době se jedná o jeho znovuzařazení (Paliativnímedicina.cz, ©2017).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMU

V praktické části diplomové práce plynule navazujeme na kapitoly části teoretické.

4.1 Výzkumný cíl

Hlavním cílem výzkumu je zjistit jak vnímají umírání a smrt obyvatelé města Zlína a zda má na toto vnímání vliv pohlaví, profese, víra nebo věk. K výše uvedenému hlavnímu cíli jsme stanovili následující dílčí cíle:

1. Zjistit, čeho se respondenti na umírání nejvíce obávají.
2. Zjistit, jaké prostředí považují respondenti za nejpříjemnější pro důstojné umírání.
3. Zjistit, jsou-li respondenti v případě potřeby ochotni pečovat doma o své blízké na konci jejich života.
4. Zjistit, zda mají respondenti povědomí o pojmu paliativní péče.
5. Zjistit, zda existuje souvislost mezi profesí respondentů a názorem na legalizaci euthanasie.
6. Zjistit, zda existuje souvislost mezi vírou respondentů a postojem k péči a léčbě.
7. Zjistit, zda existuje souvislost mezi věkem respondentů a vnímáním významu pohřebního rituálu.
8. Zjistit, zda existuje souvislost mezi pohlavím a četností myšlenek na umírání a smrt.
9. Zjistit, zda existuje souvislost mezi dosaženým vzděláním a znalostí významu pojmu „paliativní péče“.

Na základě stanoveného hlavního výzkumného cíle jsme určili dílčí výzkumné cíle, na které jsme hledali odpovědi pomocí stanovených dílčích otázek:

1. Jakou obavu z umírání uvádějí respondenti nejčastěji?
2. Jaké prostředí považují respondenti za nejpříjemnější pro důstojné umírání?
3. Jsou respondenti v případě potřeby ochotni pečovat doma o své blízké na konci jejich života?
4. Jaké je povědomí mezi respondenty o paliativní péči?
5. Existuje souvislost mezi profesí respondentů a názorem na legalizaci euthanasie?
6. Existuje souvislost mezi vírou respondentů a postojem k péči a léčbě?
7. Existuje souvislost mezi věkem respondentů a vnímáním významu pohřebního

rituálu?

8. Existuje souvislost mezi pohlavím respondentů a četností myšlenek na umírání a smrt?
9. Existuje souvislost mezi dosaženým vzděláním a znalostí významu pojmu „paliativní péče“?

4.2 Metoda výzkumu

Na základě výzkumného problému jsme se rozhodli použít kvantitativní výzkum, pomocí něhož jsme snažili najít odpovědi na položené výzkumné otázky a dosáhnout tak stanovených cílů této diplomové práce. Jako hlavní přínos kvantitativního výzkumu pokládáme jeho snahu o zachování odstupů od zkoumaných jevů, čímž je zabezpečen nestranný pohled výzkumníka (Gavora, 2008, s. 35).

Pro sběr dat jsme použili dotazník, který je nejčastěji používanou technikou kvantitativního výzkumu. **Dotazník** je způsob písemného kladení otázek a získávání písemných odpovědí. Jedná se o nejčastější metodu pro zjišťování údajů (Gavora, 2008, s. 122). Dotazníkové metodě bývá často vytýkáno, že nezjišťuje to, jací respondenti jsou, ale jen to, jak oni vidí sami sebe nebo chtějí, aby byli viděni (Chráska, 2007, s. 163 - 164). *Nespornou výhodou dotazníku na druhé straně je, že umožňuje poměrně rychlé a ekonomické shromáždění dat od velkého počtu respondentů.* (Chráska, 2007, s. 164) Dotazník by měl splňovat základní předpoklady, které jsou kladeny na dobré měření. Jsou to především validita⁵, reliabilita⁶ a praktičnost (Chráska, 2007, s. 171).

Chráska doporučuje při sestavování dotazníku dodržovat následující pravidla, zásady a požadavky:

- položky by měly být srozumitelné a jasné (měly by respektovat to, jakým respondentům je dotazník určen);

⁵ Validita – dotazník zjišťuje opravdu to, co má zjišťovat, tedy to, co je výzkumným záměrem (Chráska, 2007, s. 171). Jedná se o prokázání platnosti získaných dat (Palán, 2002, s. 226).

⁶ Reliabilita – schopnost dotazníku zachytit spolehlivě a přesně zkoumané jevy (Chráska, 2007, s. 171).

- položky musí být formulovány jednoznačně a nesmí připustit chápání více způsoby;
- být opatrný při formulaci položek typu „proč“;
- položky mají zjišťovat jen nezbytné údaje, které nelze získat jiným způsobem;
- položky nesmějí být sugestivní (tzn., že svou formulací nesmí napovídat, jak mají být zodpovězeny);
- dotazník musí vždy obsahovat jasné pokyny k vyplnění;
- je třeba dbát na to, aby bylo možné získaná data snadno třídit, tabelovat a zpracovávat;
- při řazení položek upřednostnit pořadí, které vyhovuje z hlediska psychologického před hlediskem logickým (Chráška, 2007, s. 169 - 170).

Dotazník byl anonymní a zahrnoval v sobě 19 otázek (položek). Jednalo se o položky uzavřené/strukturované, které respondentům dávaly možnost výběru odpovědi (otázky č. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 16, 17, 18, 19), dále položky polouzavřené, které dávaly respondentům možnost vybrat si odpověď, popř. napsat odpověď jinou (otázky č. 11, 12, 13, 14, 15) (viz Příloha PI).

4.3 Výzkumný soubor a organizace výzkumu

Výběr respondentů pro náš výzkum byl záměrný. Záměrný výběr probíhá na základě předem určených relevantních znaků, tzn. znaků základního souboru, které jsou pro daný výzkum důležité. Základní soubor tvoří obyvatelé města Zlína. Výběrový soubor tvoří obyvatelé města Zlína nad 20 let. Pro výběr prvků do našeho výzkumného souboru jsme použili záměrný kvalifikovaný výběr, kde o výběru respondentů nerozhodovala náhoda, ale náš vlastní záměr a úsudek (Gavora, 2008, s. 79).

Před samotnou distribucí dotazníků jsme provedli předvýzkum, kterým jsme chtěli prověřit, zda jsou jednotlivé otázky jasně formulovány, a zda jsou srozumitelné. Předvýzkum se uskutečňuje na malém souboru lidí s cílem zjistit, zda a jakým způsobem výzkumný nástroj funguje (Gavora, 2008, s. 16). Návrh dotazníku jsme rozdali v počtu 10 kusů rodinným příslušníkům a spolupracovníkům k vyplnění. Po vyhodnocení získaných údajů a debatou s dotazovanými, jsme u některých otázek změnili jejich znění. Doporučeným pokynům k vyplnění dotazníku porozuměli všichni, takže tyto zůstaly stejné.

Rozhodli jsme se, že dotazník nebudeme rozšiřovat elektronicky. Dotazník jsme tedy rozdali v tištěné podobě v počtu 310 ks. Dotazník jsme distribuovali pomocí rodinných příslušníků, známých a kolegů, u kterých jsme předpokládali, že mohou dotazníky předat respondentům, kteří budou splňovat naše dvě výše uvedená kritéria. Zpět se vrátilo 303 ks dotazníků. Pro nesprávné nebo neúplné vyplnění jsme vyřadili 5 ks dotazníků. Celkový počet dotazníků, které jsme dále vyhodnocovali, je 298 ks. Dotazníkové šetření probíhalo ve dnech od 20.02.2017 do 28.02.2017.

5 ANALÝZA DAT A JEJICH INTERPRETACE

V této kapitole zpracováváme a interpretujeme data, která jsme získali pomocí dotazníků. Jednotlivé položky jsou vyhodnoceny tak, jak byly uvedeny v dotazníku. Získaná data z dotazníků jsme zpracovali v programu MS Excel. Tento program byl zásadní pro naše další vyhodnocení a znázornění výsledků dotazníkového šetření. Tabulky a grafy jsme z tohoto programu přenesli do této diplomové práce. Pod každou tabulkou následuje graf, pod kterým je uvedený vlastní komentář k získaným údajům.

5.1 Analýza položek dotazníku

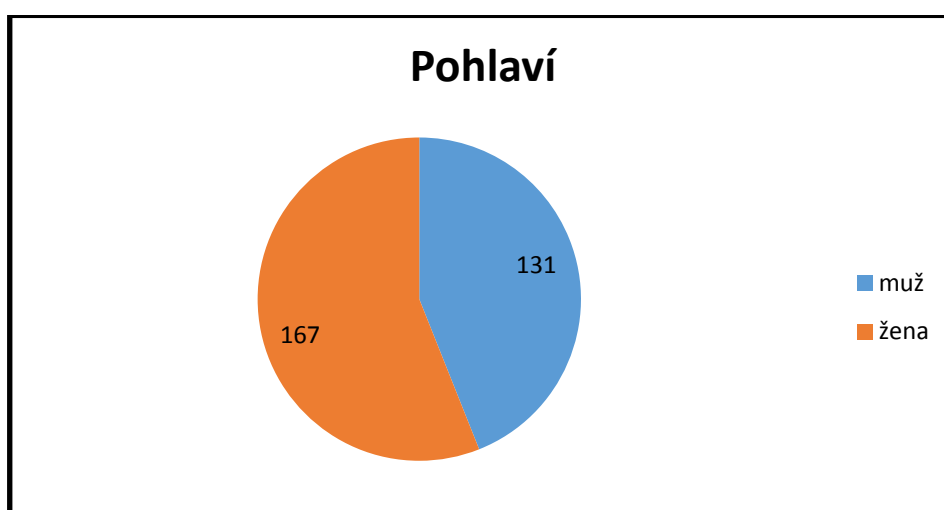
Otázka č. 1 - Pohlaví respondentů

Tabulka č. 1 – Pohlaví respondentů

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
muž	131	43,96
žena	167	56,04
Celkem	298	100

zdroj: vlastní

Graf č. 1 – Pohlaví respondentů



zdroj: vlastní

Z výzkumu vyplynulo, že z celkového počtu 298 respondentů bylo 131 (43,96 %) mužů a 167 (56,04 %) žen.

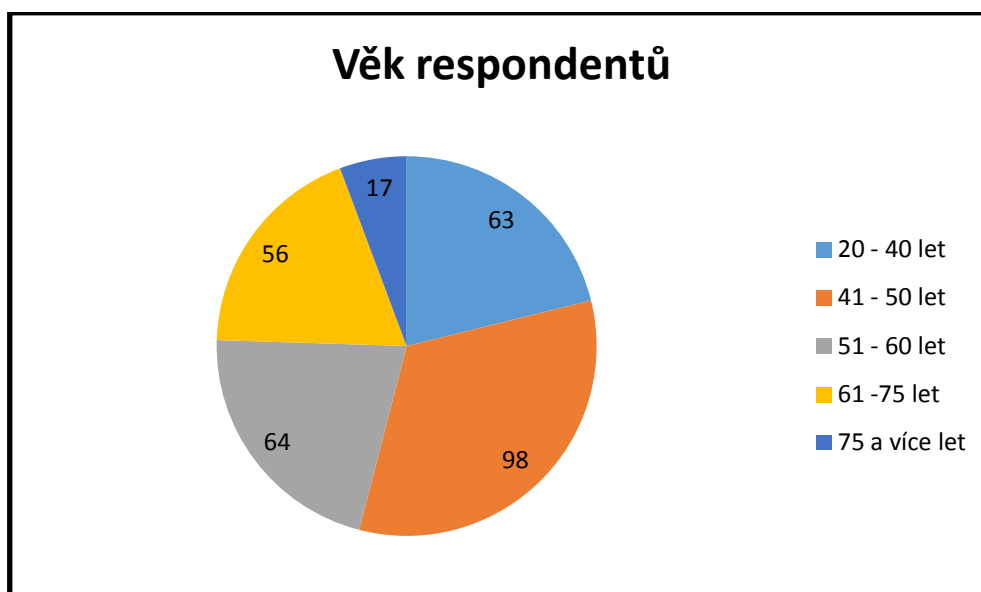
Otázka č. 2 - Věk respondentů

Tabulka č. 2 – Věk respondentů

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
20 - 40 let	63	21,14
41 - 50 let	98	32,89
51 - 60 let	64	21,48
61 -75 let	56	18,79
75 a více let	17	5,70
Celkem	298	100,00

zdroj: vlastní

Graf č. 2 – Věk respondentů



zdroj: vlastní

V dotazníku jsme použili dělení věku podle Vágnerové (2007, s. 7), která dospělost a stáří vymezuje na pět etap. Z výsledků vyplývá, že 63 (21,14 %) respondentů bylo ve věku 20 – 40 let (mladá dospělost), 98 (32,89 %) ve věku 41 – 50 let (střední dospělost), 64 (21,48 %) ve věku 51 – 60 let (starší dospělost), 56 (18,79 %) ve věku 61 – 75 let (rané stáří) a 17 (5,70 %) respondentů uvedlo věk 75 a více let (pravé stáří).

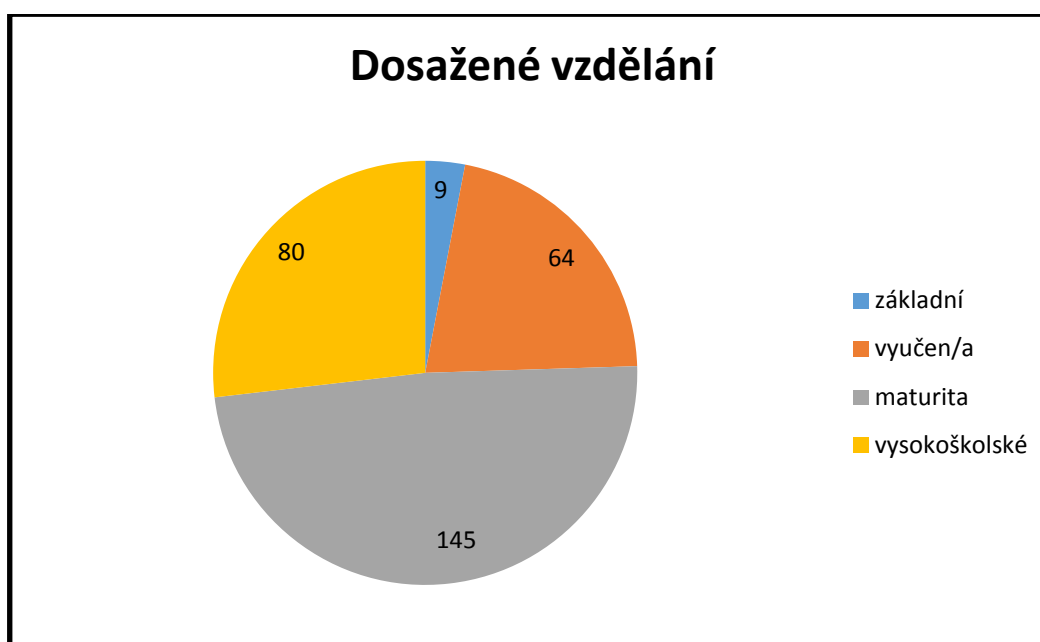
Otázka č. 3 - Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka č. 3 – Dosažené vzdělání

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
základní	9	3,02
vyučen/a	64	21,48
maturita	145	48,66
vysokoškolské	80	26,85
Celkem	298	100,00

zdroj: vlastní

Graf č. 3 – Dosažené vzdělání



zdroj: vlastní

Z výsledků vyplývá, že pouze 9 (3,02 %) respondentů má základní vzdělání, 64 (21,48 %) je vyučeno, 145 (48,66 %) má maturitu a 80 (26,85 %) dosáhlo vysokoškolského vzdělání. Největší zastoupení má tedy skupina se vzděláním, které je zakončeno maturitní zkouškou.

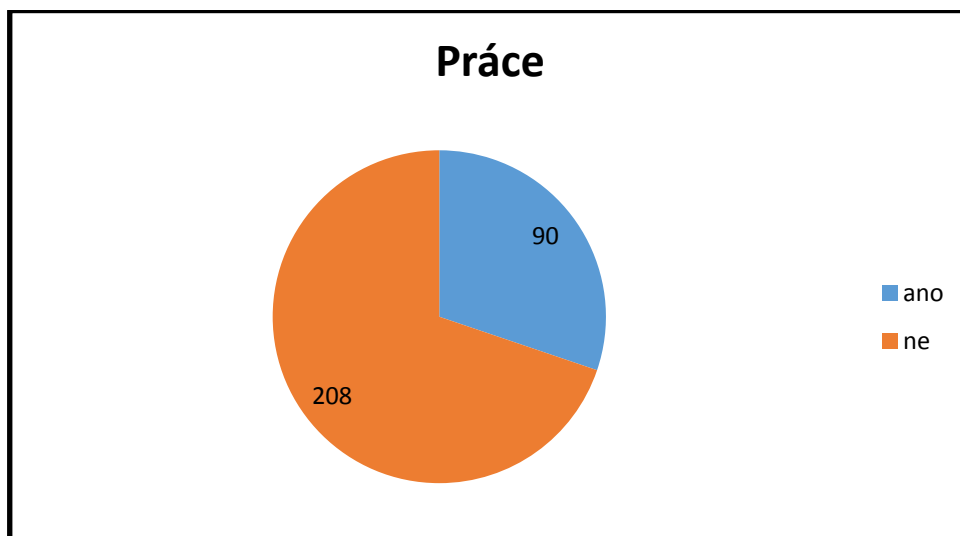
Otázka č. 4 - Pracujete nebo pracoval/a jste v oboru, ve kterém se v rámci své profese setkáváte (setkával/a) s umírajícími nebo se smrtí?

Tabulka č. 4 – Práce v oboru, kde je možné se v rámci profese setkat s umírajícím nebo se smrtí

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
ano	90	30,20
ne	208	69,80
Celkem	298	100,00

zdroj: vlastní

Graf č. 4 - Práce v oboru, kde je možné se v rámci profese setkat s umírajícím nebo se smrtí



zdroj: vlastní

Pomocí této otázky jsme zjišťovali, zda respondenti pracují nebo pracovali v oboru, kde se v rámci své profese mohou nebo mohli setkat s umíráním nebo se smrtí. Z celkového počtu uvedlo 90 (30,20 %) dotazovaných, že pracuje nebo pracovalo v tomto oboru a 208 (69,80 %) pracuje nebo pracovalo mimo toto odvětví.

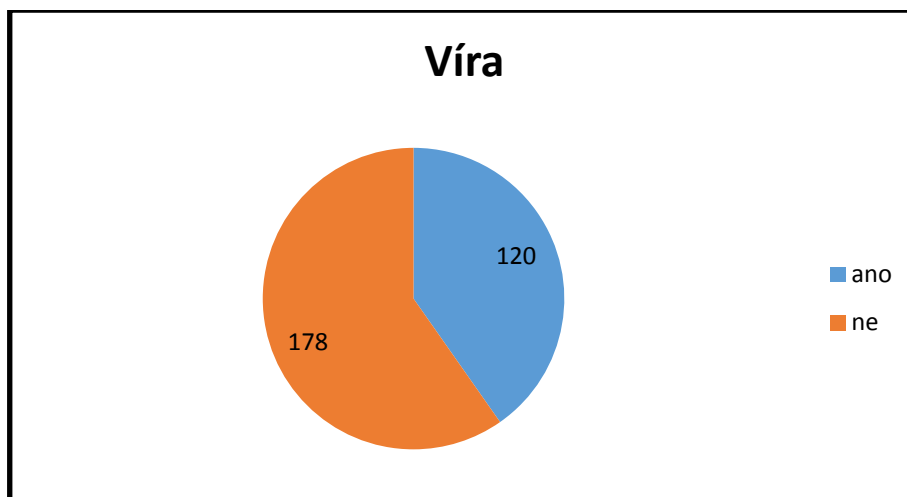
Otázka č. 5 – Jste věřící?

Tabulka č. 5 – Víra

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
ano	120	40,27
ne	178	59,73
Celkem	298	100,00

zdroj: vlastní

Graf č. 5 – Víra



zdroj: vlastní

Jako věřící se označilo 120 (40,27 %) dotazovaných, 178 (59,73 %) respondentů se považuje za nevěřící.

Otázka č. 6 – Je pro Vás těžké hovořit o smrti a umírání?

Tabulka č. 6 – Hovory o smrti a umírání

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
ano	122	40,94
ne	176	59,06
Celkem	298	100,00

zdroj: vlastní

Graf č. 6 – Hovory o smrti a umírání



zdroj: vlastní

Pomocí této otázky jsme zjišťovali, zda je pro respondenty těžké hovořit o umírání a smrti. 122 (40,94 %) uvedlo možnost „ano“ a 176 (59,06 %) odpovědělo „ne“.

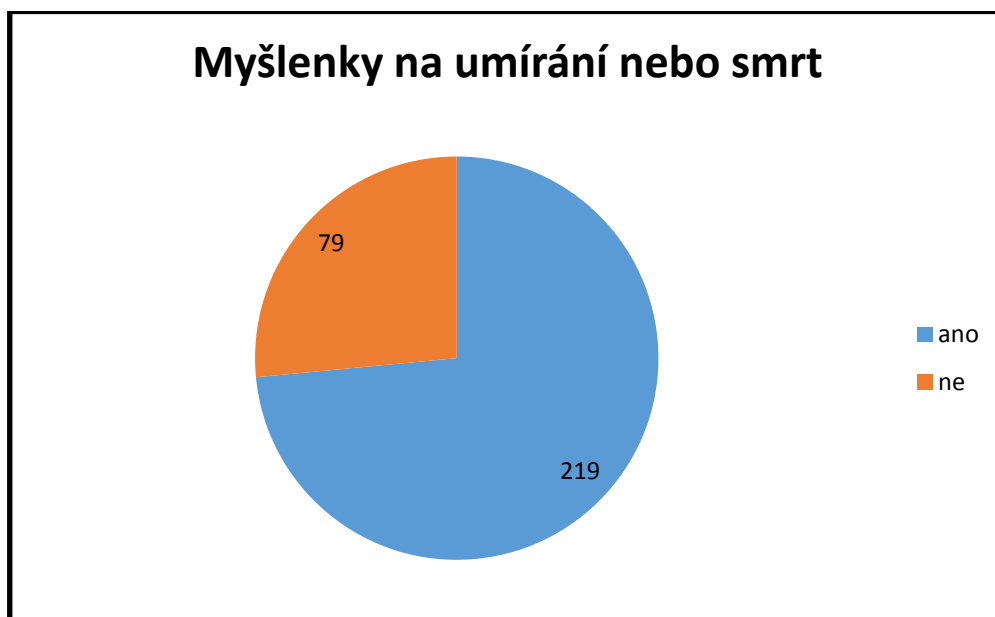
Otázka č. 7 – Zabýváte se někdy v myšlenkách umíráním nebo smrtí (Vaší nebo Vašich blízkých)?

Tabulka č. 7 – Myšlenky na umírání a smrt

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
ano	219	73,49
ne	79	26,51
Celkem	298	100,00

zdroj: vlastní

Graf č. 7 – Myšlenky na umírání a smrt



zdroj: vlastní

Myšlenkami na umírání a smrt (jak vlastní, tak i svých blízkých) se zabývá 219 (73,49 %) dotazovaných, pouze 79 (26,51 %) uvedlo, že se těmito myšlenkami nezabývá.

Otázka č. 8 – Četl/a jste nějakou odbornou literaturu týkající se smrti a umírání?

Tabulka č. 8 – Odborná literatura týkající se smrti a umírání

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
ano	101	33,89
ne	197	66,11
Celkem	298	100,00

zdroj: vlastní

Graf č. 8 – Odborná literatura týkající se umírání a smrti



zdroj: vlastní

Odbornou literaturu týkající se smrti a umírání četlo 101 (33,89 %) z dotazovaných, 197 (66,11 %) uvedlo, že takovou literaturu nikdy nečetlo.

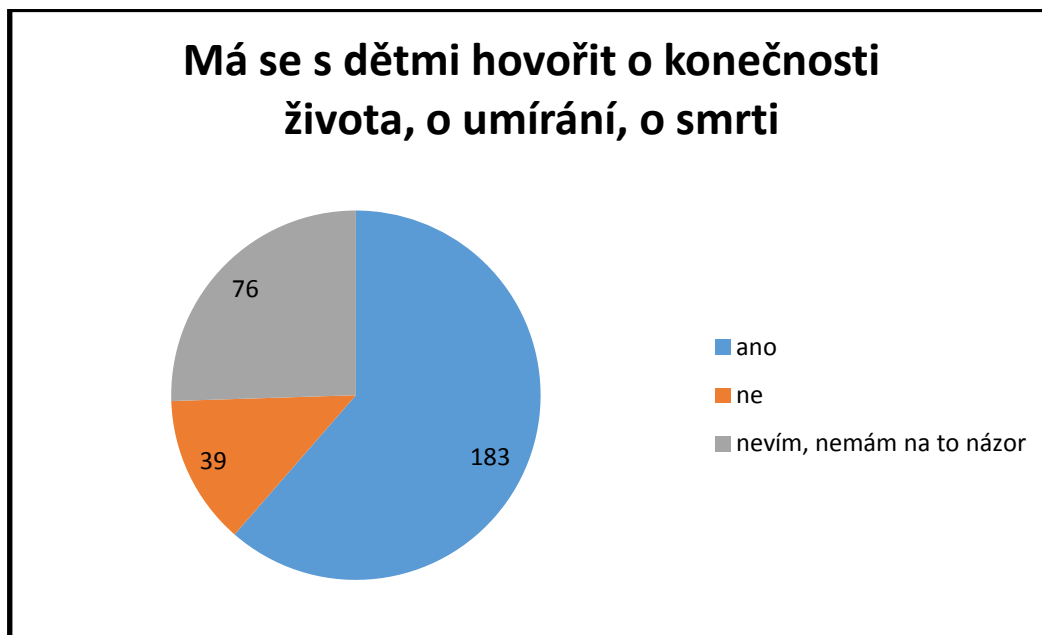
Otázka č. 9 – Má se dle Vašeho názoru hovořit s dětmi o konečnosti života, o umírání, o smrti?

Tabulka č. 9 – Hovory s dětmi o konečnosti života

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
ano	183	61,41
ne	39	13,09
nevím, nemám na to názor	76	25,50
Celkem	298	100,00

zdroj: vlastní

Graf č. 9 – Hovory s dětmi o konečnosti života



zdroj: vlastní

Že je důležité hovořit s dětmi o konečnosti života, si myslí 183 (61,41 %) respondentů, 39 (13,09 %) si naopak myslí, že není a 76 (25,50 %) dotazovaných nemá na toto téma názor.

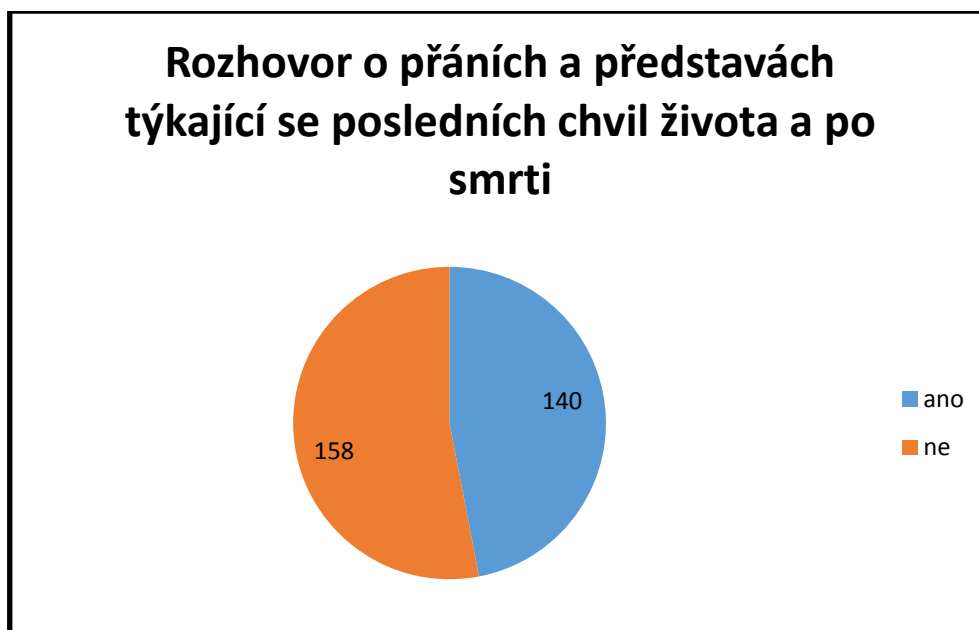
Otázka č. 10 – Mluvil/a jste s někým o svých plánech nebo představách, jak by mělo být o Vás pečováno v posledních chvílích života a po smrti?

Tabulka č. 10 – Rozhovor o přáních a představách týkající se posledních chvil života a po smrti

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
ano	140	46,98
ne	158	53,02
Celkem	298	100,00

zdroj: vlastní

Graf č. 10 – Rozhovor o přáních a představách týkající se posledních chvil života a po smrti



zdroj: vlastní

O vlastních přáních a představách, které se týkají případné péče v posledních chvílích života a po smrti, hovořilo s někým blízkým 140 (46,98 %) respondentů, 158 (53,02 %) na toto téma s nikým nehovořilo.

Otázka č. 11 – Setkal/a jste se s umírajícím člověkem/ se smrtí?

Tabulka č. 11 – Setkání s umírajícím člověkem/se smrtí

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
ano	233	78,19
ne	65	21,81
Celkem	298	100,00

zdroj: vlastní

Graf č. 11 - Setkání s umírajícím člověkem/se smrtí



zdroj: vlastní

233 (78,19 %) dotazovaných uvedlo, že se již setkala s umírajícím člověkem nebo se smrtí, pouze 65 (21,81 %) respondentů uvedlo, že tuto zkušenost nemá.

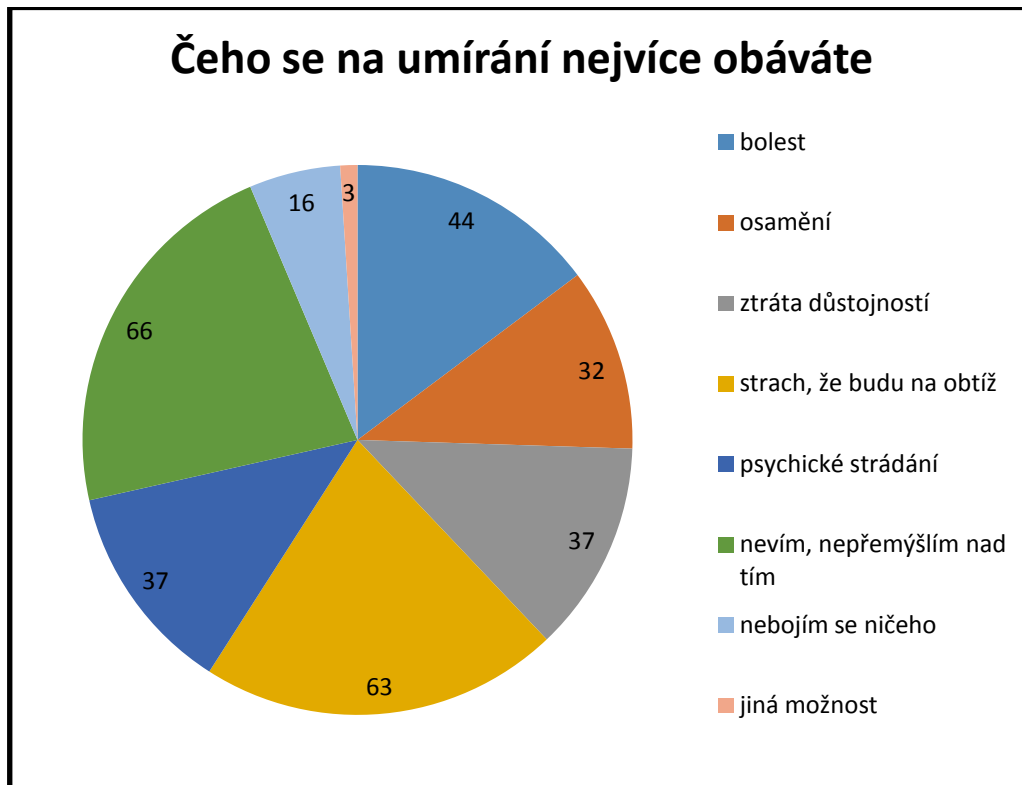
Otázka č. 12 – Čeho se na umírání nejvíce bojíte?

Tabulka č. 12 – Čeho se na smrti lidé nejvíce bojí

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
bolest	44	14,77
osamění	32	10,74
ztráta důstojností	37	12,42
strach, že budu na obtíž	63	21,14
psychické strádání	37	12,42
nevím, nepřemýšlím nad tím	66	22,15
nebojím se ničeho	16	5,37
jiná možnost	3	1,01
Celkem	298	100,00

zdroj: vlastní

Graf č. 12 - Čeho se na smrti lidé nejvíce bojí



zdroj: vlastní

Z výzkumu vyplynulo, že 66 (22,15 %) respondentů neví, čeho se nejvíce na umírání bojí, protože nad tím nepřemýšlí, 63 (21,14 %) má strach, že budou při umírání na obtíž, 44 (14,77 %) se bojí bolesti, shodně 37 (12,42 %) dotazovaných uvádí, že se bojí ztráty důstojnosti a psychického strádání, 32 (10,74 %) má strach z osamění, 16 (5,37 %) se nebojí ničeho a 3 (1,01 %) respondenti uvedli jinou možnost (1 x loučení se, 1 x zapomnění, 1 x nic poté nebude existovat).

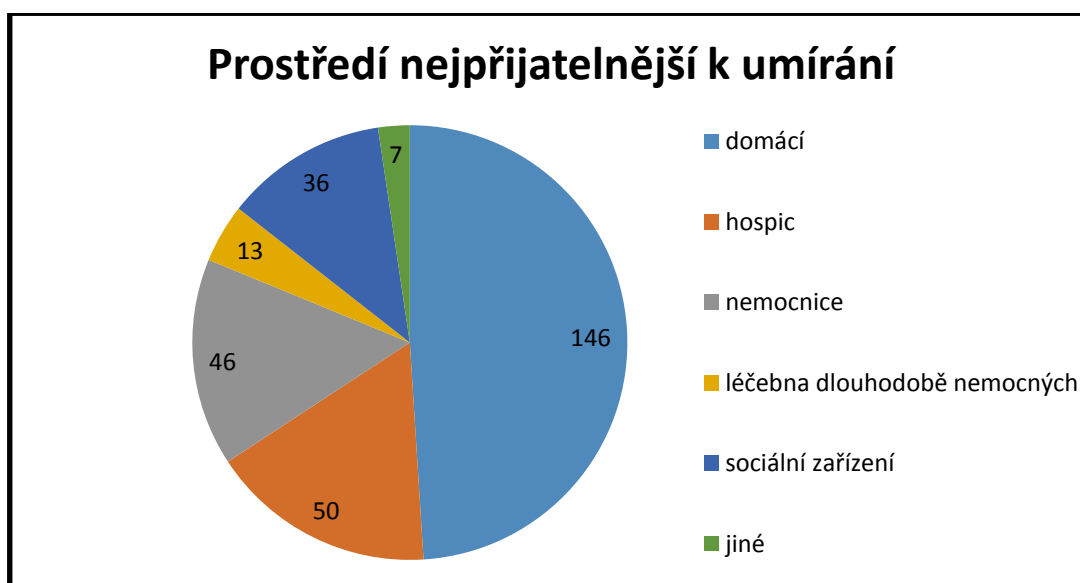
Otázka č. 13 – Které prostředí je dle Vašeho názoru nejpříjemnější pro umírání?

Tabulka č. 13 – Prostředí nejpříjemnější k umírání

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
domácí	146	48,99
hospic	50	16,78
nemocnice	46	15,44
léčebna dlouhodobě nemocných	13	4,36
sociální zařízení	36	12,08
jiné	7	2,35
Celkem	298	100,00

zdroj: vlastní

Graf č. 13 – Prostředí nejpříjemnější k umírání



zdroj: vlastní

Jako nejpříjemnější prostředí k umírání uvedlo 146 (48,99 %) respondentů prostředí domácí, dále pak 50 (16,78 %) hospic, 46 (15,44 %) nemocnici, 36 (12,08 %) sociální zařízení, 13 (4,36 %) léčebnu dlouhodobě nemocných a 7 (2,35 %) prostředí jiné (2 x záleží na okolnostech, 3 x kdekoliv, je to jedno, 2 x náhodné).

Otázka č. 14 – Pečoval/a byste o své nejbližší do konce života doma?

Tabulka č. 14 – Péče o nejbližší

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
ano	148	49,66
ne	117	39,26
nevím, nepřemýšlel/a jsem nad tím	33	11,07
Celkem	298	100,00

zdroj: vlastní

Graf č. 14 – Péče o nejbližší



zdroj: vlastní

Na otázku, zda by respondenti pečovali o své nejbližší do konce života doma, odpovědělo 148 (49,66 %) „ano“, 117 (39,26 %) uvedlo odpověď „ne“ a 33 (11,07 %) dotazovaných uvedlo, že neví, protože nad tím nepřemýšleli.

Pokud respondent uvedl odpověď „ne“, mohl si vybrat z 8 uvedených důvodů maximálně dvě, pro něho zásadní možnosti, které by mu bránily doma pečovat o své nejbližší.

Tabulka č. 14.1 – Důvody, pro které bych nepečoval/a o své nejbližší doma

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
mám strach ze smrti, z mrtvého těla	22	18,80
jsem laik, nevěděl bych, jak se postarat	69	58,97
psychická i fyzická náročnost	14	11,97
nezvládl/a bych to finančně	4	3,42
byl/a bych na péči sám/sama	5	4,27
nedostal/a bych volno z práce	3	2,56
jiná možnost	0	0,00
Celkem	117	100,00

zdroj: vlastní

Graf č. 14.1 - Důvody, pro které bych nepečoval/a o své nejbližší doma



zdroj: vlastní

Ze 117 respondentů, kteří odpověděli na otázku „ne“, uvedlo 69 (28,97 %), že by nepečovali o své nejbližší doma, protože jsou laici a neví, jak by se měli o umírajícího postarat, 22 (18,80 %) uvádí jako důvod strach ze smrti a z mrtvého těla, 14 (11,97 %) vnímá péči jako

psychicky a fyzicky náročnou a bojí se svého selhání, 5 (4,27 %) dotázaných uvedlo, že by byli na péči sami, 4 (3,42 %) by tuto péči nezvládli finančně, 3 (2,56 %) by nedostali volno z práce a jinou možnost neuvedl žádný respondent.

Otázka č. 15 – Máte osobní zkušenost s péčí o umírajícího?

Tabulka č. 15 – Zkušenost s péčí o umírajícího

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
ano	130	43,62
ne	168	56,38
Celkem	298	100,00

zdroj: vlastní

Graf č. 15 – Zkušenost s péčí o umírajícího



zdroj: vlastní

Osobní zkušenost s péčí o umírající má 130 (43,62 %) dotázaných, 168 (56,38 %) uvedlo, že tuto zkušenost nemá.

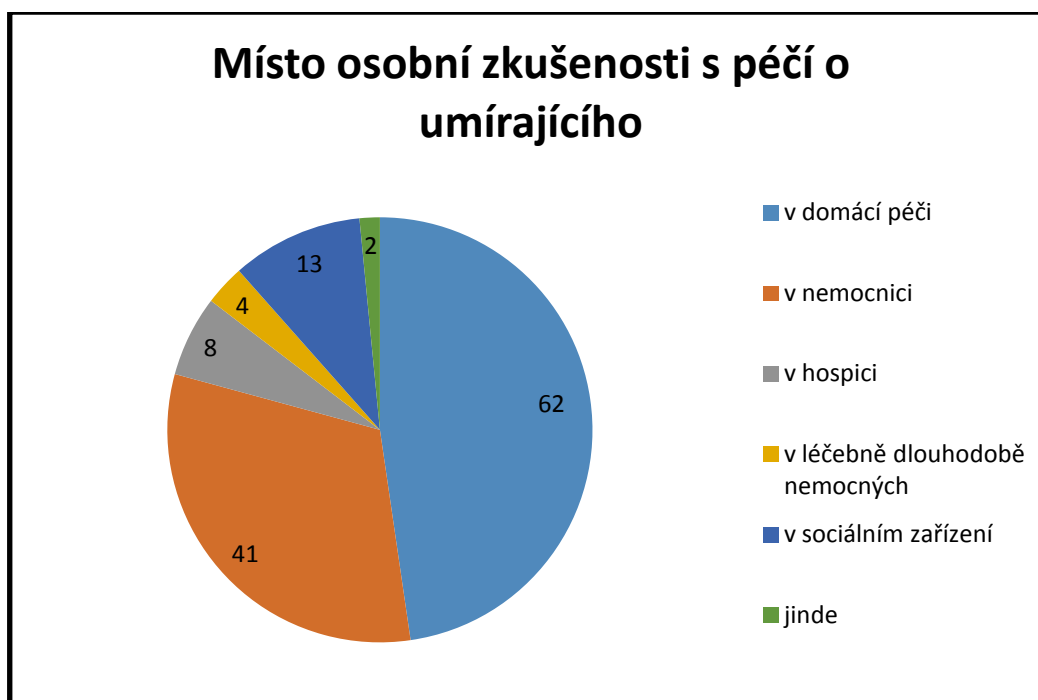
Pokud respondent uvedl odpověď „ano“, mohl si vybrat z 6 uvedených variant, kde získal osobní zkušenost s péčí o umírajícího.

Tabulka č. 15.1 – Místo osobní zkušenosti s péčí o umírajícího

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
v domácí péči	62	47,69
v nemocnici	41	31,54
v hospici	8	6,15
v léčebně dlouhodobě nemocných	4	3,08
v sociálním zařízení	13	10,00
jinde	2	1,54
Celkem	130	100,00

zdroj: vlastní

Graf č. 15.1 – Místo osobní zkušenosti s péčí o umírajícího



zdroj: vlastní

Ze 130 respondentů, kteří uvedli, že mají osobní zkušenost s péčí o umírajícího, uvedlo 62 (47,69 %) domácí péči, 41 (31,54 %) nemocnici, 13 (10 %) sociální zařízení, 8 (6,15 %) hospic, 4 (3,08 %) léčebnu dlouhodobě nemocných a 2 (1,54 %) uvedli jinou možnost (2 x sanitka RZS).

Otázka č. 16 – Víte, co znamená pojem „paliativní péče“?

Tabulka č. 16 – Znalost pojmu „paliativní péče“

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
ano	127	42,62
slyšel/a jsem ho, ale nevím, co znamená	50	16,78
ne, nikdy jsem ho neslyšel/a	121	40,60
Celkem	298	100,00

zdroj: vlastní

Graf č. 16 – Znalost pojmu „paliativní péče“



zdroj: vlastní

Pojem „paliativní péče“ zná 127 (42,62 %) respondentů, 50 (16,78 %) ho slyšelo, ale neví, co znamená, a 121 (40,60 %) dotázaných o paliativní péči nikdy neslyšelo.

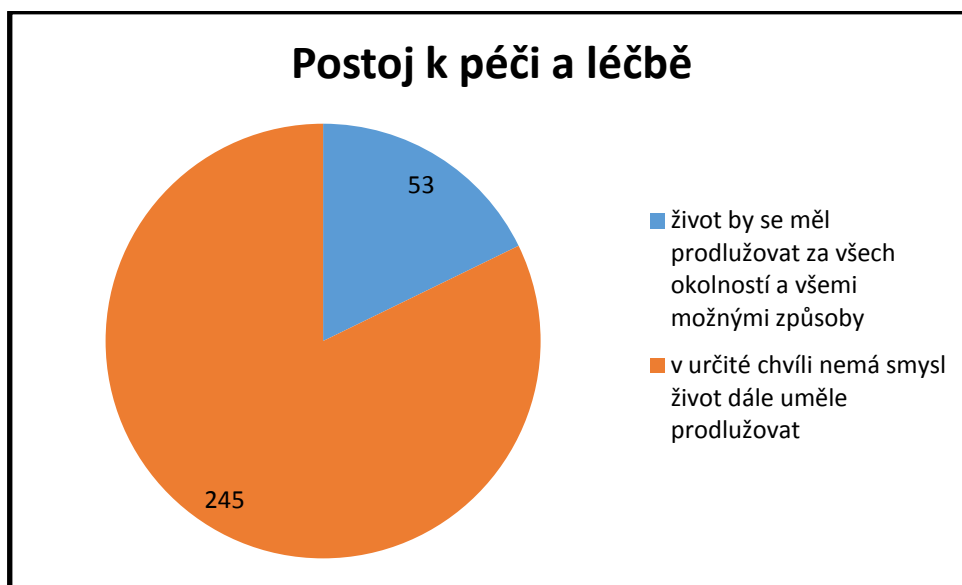
Otázka č. 17 – Který z následujících postojů k péči a léčbě je Vám bližší?

Tabulka č. 17 – Postoj k péči a léčbě

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
život by se měl prodlužovat za všech okolností a všemi možnými způsoby	53	17,79
v určité chvíli nemá smysl život dále uměle prodlužovat	245	82,21
Celkem	298	100,00

zdroj: vlastní

Graf č. 17 – Postoj k péči a léčbě



zdroj: vlastní

53 (17,79 %) respondentů zastává názor, že život by se měl prodlužovat za všech okolností a všemi dostupnými způsoby, a 245 (82,21 %) si myslí, že v určité chvíli nemá smysl život dále uměle prodlužovat.

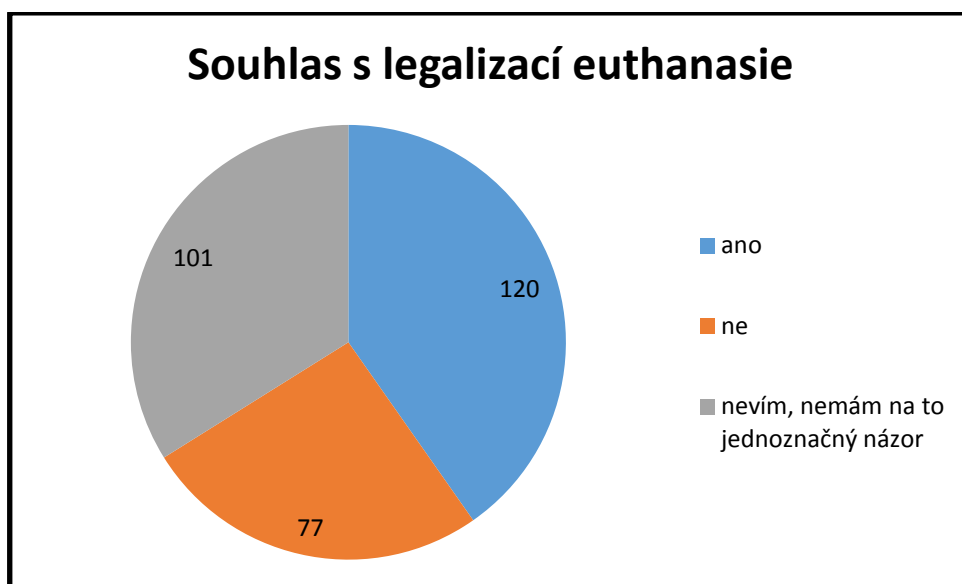
Otázka č. 18 – Souhlasil/a byste s legalizací euthanasie?

Tabulka č. 18 – Souhlas s legalizací euthanasie

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
ano	120	40,27
ne	77	25,84
nevím, nemám na to jednoznačný názor	101	33,89
Celkem	298	100,00

zdroj: vlastní

Graf č. 18 – Souhlas s legalizací euthanasie



zdroj: vlastní

S legalizací euthanasie souhlasí 120 (40,27 %) respondentů, 77 (25,84 %) s legalizací nesouhlasí a 101 (33,89 %) neví a nemá na legalizaci euthanasie jednoznačný názor.

Otázka č. 19 – Myslíte si, že je pohřeb, jako rituál a sociální akt, důležitý?

Tabulka č. 19 – Důležitost pohřbu jako rituálu a sociálního aktu

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
ano	230	77,18
ne	68	22,82
Celkem	298	100,00

zdroj: vlastní

Graf č. 19 – Důležitost pohřbu jako rituálu a sociálního aktu



zdroj: vlastní

Že je pohřeb důležitý rituál a sociální akt si myslí 230 (77,18 %) respondentů, opačný názor zastává 68 (22,82 %) dotazovaných.

5.2 Srovnání výsledků výzkumu se stanovenými cíli

Rozborem jednotlivých položek dotazníku jsme získali nezbytné údaje, pomocí kterých jsme mohli odpovědět na jednotlivé dílčí výzkumné otázky, a tím dosáhnout i stanoveného cíle této diplomové práce. Jako hlavní cíl výzkumu jsme si stanovili zjistit, jak vnímají umírání a smrt obyvatelé města Zlína a zda má na toto vnímání vliv profese, víra nebo věk.

1. Jakou obavu z umírání uvádějí respondenti nejčastěji?

Odpověď na tuto otázku nám poskytla v dotazníku položka č. 12. Z výzkumu vyplynulo, že 66 (22,15 %) respondentů neví, čeho se nejvíce na umírání bojí, protože nad tím nepřemýšlí, 63 (21,14 %) má strach, že bude při umírání na obtíž, 44 (14,77 %) se bojí bolesti, shodně 37 (12,42 %) dotazovaných uvádí, že se bojí ztráty důstojnosti a psychického strádání, 32 (10,74 %) má strach z osamění, 16 (5,37 %) se nebojí ničeho a 3 (1,01 %) respondenti uvedli jinou možnost (1 x loučení se, 1 x zapomnění, 1 x nic poté nebude existovat).

2. Jaké prostředí považují respondenti za nejpříjemnější pro důstojné umírání?

Zpracováním dat z položky č. 13 dotazníku jsme zjistili, že 146 (48,99 %) respondentů uvádí domácí prostředí jako nejpříjemnější prostředí k umírání, dále pak 50 (16,78 %) respondentů vnímá jako nejpříjemnější prostředí k umírání hospic, 46 (15,44 %) dotazovaných uvedlo nemocnici, 36 (12,08 %) sociální zařízení, 13 (4,36 %) léčebnu dlouhodobě nemocných a 7 (2,35 %) respondentů uvedlo prostředí jiné (2 x záleží na okolnostech, 3 x kdekoliv, je to jedno, 2 x náhodné).

3. Jsou respondenti v případě potřeby ochotni pečovat doma o své blízké na konci jejich života?

Na otázku č. 14, zda by respondenti pečovali o své nejbližší do konce života doma, odpovědělo 148 (49,66 %) respondentů „ano“, 117 (39,26 %) uvedlo odpověď „ne“ a 33 (11,07 %) dotazovaných uvedlo, že neví, protože nad tím nepřemýšleli. Pokud respondent uvedl odpověď „ne“, mohl si vybrat z 8 uvedených důvodů dvě, pro něho zásadní možnosti, které by mu bránily pečovat o své nejbližší doma. Ze 117 respondentů, kteří odpověděli na otázku „ne“, uvedlo 69 (28,97 %), že by nepečovali o své nejbližší doma, protože jsou laici a neví, jak by se měli o umírajícího postarat, 22 (18,80 %) uvádí jako důvod strach ze smrti a z mrtvého těla, 14 (11,97 %) vnímá péči jako psychicky a fyzicky náročnou a bojí se svého selhání, 5 (4,27 %) dotázaných uvedlo, že by byli na péči samo, 4 (3,42 %) by tuto péči nezvládli finančně a 3 (2,56 %) respondenti uvedli, že by nedostali volno z práce.

4. Jaké je povědomí mezi respondenty o paliativní péči?

Pojem „paliativní péče“ zná 127 (42,62 %) respondentů, 50 (16,78 %) ho slyšelo, ale neví, co znamená a 121 (40,60 %) dotázaných o paliativní péči nikdy neslyšelo.

Testování hypotéz

K ověření dílčích cílů č. 5, č. 6, č. 7, č. 8 a č. 9 jsme si stanovili pracovní hypotézy. V nulové hypotéze (H_0) neexistuje mezi zkoumanými veličinami statisticky významná závislost a výsledky jsou náhodné. U alternativní hypotézy (H_A) existuje mezi zkoumanými veličinami statisticky významná závislost a výsledky nejsou nahodilé. Pravdivost hypotéz 1H, 3H a 5H jsme ověřili pomocí testu nezávislosti chí-kvadrát pro kontingenční tabulku, který můžeme použít v případech, kdy rozhodujeme, zda existuje souvislost (závislost) mezi dvěma pedagogickými jevy. Pravdivost hypotéz 2H a 4H jsme ověřili pomocí testu nezávislosti chí-kvadrát pro čtyřpolní tabulku, který přichází do úvahy v případě, kdy proměnné jevy, mezi kterými ověřujeme vztah, nabývají pouze dvou alternativních kvalit (Chráska, 2007, s. 76).

Postup při výpočtu testu nezávislosti chí-kvadrát pro kontingenční tabulku:

Získané údaje jsme zapsali do kontingenční tabulky a pro každé pole kontingenční tabulky jsme vypočítali očekávané četnosti (údaj v kulaté závorce). Podle vzorce: $(P - O)^2/O$, kde P = četnost a O = očekávaná četnost, jsme vypočítali x^2 (údaj v tabulce uveden tučně). Testované kritérium x^2 jsme vypočítali jako součet hodnot $(P - O)^2/O$ pro všechna pole kontingenční tabulky. Pro posouzení vypočítané hodnoty x^2 je potřeba určit počet stupňů volnosti tabulky (f), který jsme vypočítali podle vzorce $f = (r - 1) \times (s - 1)$, kde r = počet řádků v kontingenční tabulce a s = počet sloupců v kontingenční tabulce. Testování významnosti jsme provedli na hladině významnosti 0,05 (Chráska, 2007, s. 77 – 78).

5. Existuje souvislost mezi profesí respondentů a názorem na legalizaci euthanasie?

1H: Existuje souvislost mezi profesí a názorem na legalizaci euthanasie.

1H₀: Předpokládáme, že neexistuje statisticky významná závislost mezi profesí respondentů a názorem na legalizaci euthanasie.

1H_A: Předpokládáme, že existuje statisticky významná závislost mezi profesí respondentů a názorem na legalizaci euthanasie.

Zpracovávali jsme data získaná z otázek v dotazníku č. 4 a č. 18. K ověření hypotézy jsme použili testu nezávislosti chí-kvadrát pro kontingenční tabulku.

Tabulka č. 20 – Kontingenční tabulka k hypotéze 1H

profese	ano	ne	nevím	Σ
ano	41 (36,24) 0,63	29 (23,26) 1,42	20 (30,50) 3,61	90
ne	79 (83,76) 0,27	48 (53,74) 0,61	81 (70,50) 1,56	208
Σ	120	77	101	298

zdroj: vlastní

$$x^2 = 0,63 + 1,42 + 3,61 + 0,27 + 0,61 + 1,56 = 8,1$$

$$x^2_{0,05} (2) = 5,991$$

$$x^2_{0,05} (2) = 5,991 < x^2 = 8,1$$

Závěr:

Vypočítaná hodnota testovaného kritéria je větší než hodnota kritická, proto můžeme odmítnout $1H_0$. Mezi odpověďmi na uvedené otázky byla prokázána statisticky významná souvislost. Naše hypotéza - 1H: Existuje souvislost mezi profesí s názorem na legalizaci euthanasie - byla potvrzena.

6. Existuje souvislost mezi vírou respondentů a postojem k péči a léčbě?

2H: Existuje souvislost mezi vírou a postojem k péči a léčbě.

2H₀: Předpokládáme, že neexistuje statisticky významná závislost mezi vírou respondentů a postojem k péči a léčbě.

2H_A: Předpokládáme, že existuje statisticky významná závislost mezi vírou respondentů a postojem k péči a léčbě.

Zpracovávali jsme data získaná z otázek v dotazníku č. 5 a č. 17. K ověření hypotézy jsme použili testu nezávislosti chí-kvadrát pro čtyřpolní tabulku.

Tabulka č. 21 – Čtyřpolní tabulka k hypotéze 2H

věřící	život by se měl prodlužovat za všech okolností a všemi možnými způsoby	v určité chvíli nemá smysl život dále uměle prodlužovat	Σ
ano	28	92	120
ne	25	153	178
Σ	53	245	298

zdroj: vlastní

Výpočet testovaného kritéria jsme provedli dle vzorce:

$$X^2 = n \frac{(ad - bc)^2}{(a + b)(a + c)(b + d)(c + d)}$$

$$x^2 = 298 \times \frac{(4284 - 2300)^2}{120 \times 53 \times 245 \times 178} = 298 \times 0,014 = 4,172 \doteq 4,17$$

$$x^2_{0,05}(1) = 3,841$$

$$x^2_{0,05}(1) = 3,841 < x^2 = 4,17$$

Závěr:

Vypočítaná hodnota testovaného kritéria je větší než hodnota kritická, proto můžeme odmítnout $2H_0$. Mezi odpověďmi na uvedené otázky byla prokázána statisticky významná souvislost. Naše hypotéza - $2H$: Existuje souvislost mezi vírou a postojem k péči a léčbě - byla potvrzena.

7. Existuje souvislost mezi věkem respondentů a vnímáním významu pohřebního rituálu?

$3H$: Existuje souvislost mezi věkem a vnímáním významu pohřebního rituálu.

$3H_0$: Předpokládáme, že neexistuje statisticky významná závislost mezi věkem respondentů a vnímáním významu pohřebního rituálu.

$3H_A$: Předpokládáme, že existuje statisticky významná závislost mezi věkem respondentů a vnímáním významu pohřebního rituálu.

Zpracovávali jsme data získaná z otázek v dotazníku č. 2 a č. 19. K ověření hypotézy jsme použili testu nezávislosti chí-kvadrát pro kontingenční tabulku.

Tabulka č. 22 – Kontingenční tabulka k hypotéze 3H

věk	ano	ne	Σ
20 - 40	41 (48,62) 1,19	22 (14,38) 4,04	63
41 - 50	79 (75,64) 0,15	19 (22,36) 0,50	98
51 - 60	50 (49,40) 0,01	14 (14,60) 0,02	64
61 - 75	47 (43,22) 0,33	9 (12,78) 1,12	56
75 a více	13 (13,12) 0,00	4 (3,88) 0,00	17
Σ	230	68	298

zdroj: vlastní

$$x^2 = 1,19 + 0,15 + 0,01 + 0,33 + 0 + 4,04 + 0,50 + 0,02 + 1,12 + 0 = 7,36$$

$$x^2_{0,05}(4) = 9,488$$

$$x^2_{0,05}(4) = 9,488 > x^2 = 7,36$$

Závěr:

Vypočítaná hodnota testovaného kritéria je menší než hodnota kritická, proto můžeme přijmout $3H_0$. Mezi odpověďmi na uvedené otázky nebyla prokázána statisticky významná souvislost. Naše hypotéza - $3H$: Existuje souvislost mezi věkem a vnímáním významu pohřebního rituálu - nebyla potvrzena.

8. Existuje souvislost mezi pohlavím a četností myšlenek na umírání a smrt?

$4H$: Existuje souvislost mezi pohlavím a četností myšlenek na umírání a smrt.

$4H_0$: Předpokládáme, že neexistuje statisticky významná závislost mezi pohlavím a četností myšlenek na umírání a smrt.

$4H_0$: Předpokládáme, že neexistuje statisticky významná závislost mezi pohlavím a četností myšlenek na umírání a smrt.

Zpracovávali jsme data získaná z otázek v dotazníku č. 1 a č. 7. K ověření hypotézy jsme použili testu nezávislosti chí-kvadrát pro čtyřpolní tabulku.

Tabulka č. 23 – Čtyřpolní tabulka k hypotéze 4H

	ano	ne	Σ
muž	84	47	131
žena	135	32	167
Σ	219	79	298

zdroj: vlastní

Výpočet testovaného kritéria jsme provedli dle vzorce:

$$X^2 = n \frac{(ad - bc)^2}{(a + b)(a + c)(b + d)(c + d)}$$

$$x^2 = 298 \times \frac{(2688 - 6345)^2}{131 \times 219 \times 79 \times 167} = 298 \times 0,03533 = 10,529 \doteq 10,53$$

$$x^2_{0,05}(1) = 3,841$$

$$x^2_{0,05}(1) = 3,841 < x^2 = 10,53$$

Závěr:

Vypočítaná hodnota testovaného kritéria je větší než hodnota kritická, proto můžeme odmítnout $4H_0$. Mezi odpověďmi na uvedené otázky byla prokázána statisticky významná souvislost. Naše hypotéza – 4H: Existuje souvislost mezi pohlavím a četností myšlenek na umírání a smrt - byla potvrzena.

9. Existuje souvislost mezi dosaženým vzděláním a znalostí významu pojmu „paliativní péče“?

5H: Existuje souvislost mezi dosaženým vzděláním a znalostí významu pojmu „paliativní péče“.

5H₀: Předpokládáme, že neexistuje statisticky významná závislost mezi dosaženým vzděláním a znalostí významu pojmu „paliativní péče“.

$5H_A$: Předpokládáme, že existuje statisticky významná závislost mezi dosaženým vzděláním a znalostí významu pojmu „paliativní péče“.

Zpracovávali jsme data získaná z otázek v dotazníku č. 3 a č. 16. K ověření hypotézy jsme použili testu nezávislosti chí-kvadrát pro kontingenční tabulku.

Tabulka č. 24 – Kontingenční tabulka k hypotéze $5H$

vzdělání	ano	ne	nevím	Σ
základní	2 (3,84) 0,88	0 (1,51) 1,51	7 (3,65) 3,07	9
vyučen/a	9 (27,26) 12,23	7 (10,74) 13,02	48 (25,99) 18,64	64
maturita	67 (61,80) 0,44	32 (24,33) 2,42	46 (58,88) 2,82	145
vysokoškolské	49 (34,10) 6,51	11 (13,42) 0,44	20 (32,48) 4,80	80
Σ	127	50	121	298

zdroj: vlastní

$$x^2 = 0,88 + 12,23 + 0,44 + 6,51 + 1,51 + 13,02 + 2,42 + 0,44 + 3,07 + 18,64 + 2,82 + 4,80 = 66,78$$

$$x^2_{0,05} (6) = 12,592$$

$$x^2_{0,05} (6) = 12,592 < x^2 = 66,78$$

Závěr:

Vypočítaná hodnota testovaného kritéria je větší než hodnota kritická, proto můžeme odmítnout $5H_0$. Mezi odpověďmi na uvedené otázky byla prokázána statisticky významná souvislost. Naše hypotéza - $5H$: Existuje souvislost mezi dosaženým vzděláním a znalostí významu pojmu „paliativní péče“ - byla potvrzena.

6 SHRNU TÍ VÝZKUMU

6.1 Diskuse k výsledkům

Cílem diplomové práce bylo (na základě odborné literatury a realizovaného výzkumného šetření) vyzkoumat, jak vnímají umírání a smrt obyvatelé města Zlína a zda má na toto vnímání vliv profese, víra nebo věk. Získaná data z vrácených dotazníků jsme zpracovali a zobrazili v přehledných tabulkách a grafech. Výsledky našeho výzkumného šetření jsme porovnávali s nejnovějšími daty z roku 2015 o postojích veřejnosti a zdravotníků k umírání a smrti. Tento výzkum pravidelně provádí Domácí hospic Cesta domů ve spolupráci s agenturou STEM/MARK (Umírání.cz, ©2017).

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 298 respondentů, z nichž bylo 43,96 % mužů a 56,04 % žen. Nejvíce byla ve 32,89 % zastoupena věková skupina 41 – 50 let, dále pak ve 21,48 % věková skupina 51 – 60 let. Respondenti ve věku 20 – 40 let tvořili 21,14 % a ve věku 61 – 75 let 18,79 %. Nejméně byla zastoupena věková skupina 75 a více let, a to pouze 5,70 %. Co se týká dosaženého vzdělání, největší zastoupení 48,66 % má skupina respondentů, jejichž vzdělání bylo zakončeno maturitní zkouškou. 26,85 % respondentů uvedlo vysokoškolské vzdělání, 21,48 % je vyučeno a pouze 3,02 % respondentů uvedla jako nejvyšší dosažené vzdělání základní.

Při zkoumání čeho se respondenti nejvíce obávají na umírání, nás překvapilo zjištění, že nejvíce 22,15 % respondentů neví, čeho se nejvíce na umírání bojí, protože nad tím nepřemýšlí. Dále pak 21,14 % uvedlo, že má strach, že bude při umírání na obtíž. Bolesti, jako projevu umírání, se obává 14,77 % dotazovaných. Shodně 12,42 % odpovídajících uvedlo, že se bojí ztráty důstojnosti a psychického strádání, 10,74 % má strach z osamění, 5,37 % se nebojí ničeho a 1,01 % respondentů uvedlo jinou možnost (loučení se, zapomnění, nic poté nebude existovat). Výsledky našeho výzkum v tomto případě příliš nekorespondují se závěry výzkumu agentury STEM/MARK. Zde uvedlo 47 % dotazovaných, že se bojí ztráty důstojnosti, 41 % má strach z bolesti, dále pak se 28 % bojí odloučení od blízkých, z osamocení má strach 21 %, duševního strádání se obává 15 %, a 13 % se bojí toho, co bude po smrti.

Jako nejpříjemnější prostředí k umírání vnímá 48,99 % respondentů prostředí domácí. Pokud by lidé preferovali institucionální péči, pak by o něco častěji upřednostnili hospic (16,78 %) před nemocnicí (15,44 %). Dále pak respondenti uvádí v 12,08 % sociální zaří-

zení, 4,36 % léčebnu dlouhodobě nemocných a pouze 2,35 % by upřednostnilo prostředí jiné (záleží na okolnostech, kdekoliv, je to jedno, náhodné). Tento výsledek koresponduje s výsledkem výzkumu agentury STEM/MARK, kdy z výsledku vyplývá, že 78 % dotazovaných si přeje zemřít v domácím prostředí. Pokud lidé uvedli institucionální péči, pak naopak o něco častěji upřednostnili nemocnici (11 %) před hospicem (9 %) nebo jiným sociálním zařízením jako dům seniorů nebo dům s pečovatelskou službou (9 %). Stejně jako v našem výzkumu, je nejméně přijatelným prostředím léčebna dlouhodobě nemocných.

Z našeho výzkumu vyplynulo, že s umírajícím člověkem nebo se smrtí, se setkalo 78,19 % dotazovaných. Naopak 21,81 % respondentů uvedlo, že se s umírajícím člověkem nebo se smrtí nesetkalo.

Z výzkumu agentury STEM/MARK, vyplývá, že osobní zkušenost s péčí o umírajícího má 48 % dotazovaných. Ti, kteří tuto zkušenost měli, pak o umírajícího blízkého člověka pečovali doma (21 %), v nemocnici (14 %), v léčebně pro dlouhodobě nemocné (7 %) či v jiném zařízení (3 %). Podobný výsledek vzešel i z našeho výzkumu, kde osobní zkušenost s péčí o umírajícího uvedlo 43,62 % dotázaných. Jako místo, kde tuto zkušenost získali, uvádí 47,69 % respondentů domácí péči, 31,54 % nemocnici, 10 % sociální zařízení, 6,15 % hospic, 3,08 % léčebnu dlouhodobě nemocných a 1,54 % dotázaných uvedlo jinou možnost. 56,38 % respondentů uvedlo, že tuto zkušenost nemá.

V návaznosti na předchozí zjištění není překvapivé, že 49,66 % respondentů se kloní k názoru, že by pečovalo o své nejbližší do konce života doma. 39,26 % naopak uvedlo, že by doma nepečovalo a 11,07 % dotazovaných uvedlo, že neví, protože nad tím nepřemýšleli. Jako důvod, proč by nepečovali o své nejbližší doma, uvedlo 28,97 % neznalost problematiky péče o umírajícího, 18,80 % uvádí jako důvod strach ze smrti a z mrtvého těla, 11,97 % vnímá péči jako psychicky a fyzicky náročnou a bojí se svého selhání, 4,27 % dotázaných by bylo na péči samo, 3,42 % by tuto péči nezvládlo finančně a 2,56 % by nedostalo volno z práce. Naše výsledky výzkumu jsou odlišné od výsledků výzkumu agentury STEM/MARK, ze kterých vyplynulo, že celých 77 % dotázaných považuje za možné pečovat o umírajícího doma. Při zvažování překážek domácí péče o umírajícího dotazovaní nejčastěji zmiňovali strach z vlastního selhání (37 %), příliš velkou zátěž pro celou rodinu (31 %) a finanční důvody (23 %).

S legalizací euthanasie souhlasí 40,27 % respondentů, naopak 25,84 % s legalizací nesouhlasí a 33,89 % dotazovaných neví a nemá na legalizaci euthanasie jednoznačný názor. V této souvislosti nás zajímalo, zda existuje souvislost mezi profesí a názorem na legalizaci euthanasie. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že 69,80 % dotazovaných pracuje mimo obor, kde se v rámci své profese mohou nebo mohli setkat s umíráním nebo se smrtí a 30,20 % dotazovaných uvedlo, že pracuje nebo pracovalo v tomto oboru. K ověření tohoto dílčího cíle jsme se si stanovili hypotézu 1H, kterou jsme předpokládali, že existuje souvislost mezi profesí s názorem na legalizaci euthanasie. Tato hypotéza byla potvrzena.

Dále nás zajímalo, zda existuje souvislost mezi vírou respondentů a jejich postojem k péči a léčbě. 59,73 % respondentů uvedlo, že nejsou věřící a 40,27 % se označilo za věřící. 17,79 % respondentů zastává názor, že život by se měl prodlužovat za všech okolností a všemi dostupnými způsoby a 82,21 % si myslí, že v určité chvíli nemá smysl život dále uměle prodlužovat. K ověření tohoto dílčího cíle jsme stanovili hypotézu 2H, v níž jsme předpokládali, že existuje souvislost mezi vírou a postojem k péči a léčbě. Také tato hypotéza byla potvrzena.

Pohřeb jako důležitý rituál a sociální akt vnímá 77,18 % respondentů. Naopak 22,82 % dotazovaných si toto nemyslí. Zajímalo nás, zda existuje souvislost mezi věkem respondentů a vnímáním významu pohřebního rituálu. K ověření dílčího cíle jsme stanovili hypotézu 3H, ve které jsme předpokládali, že existuje souvislost mezi věkem a vnímáním významu pohřebního rituálu. Tato hypotéza se nám však nepotvrdila.

Pro 59,06 % dotazovaných není těžké hovořit o umírání a smrti. Pro 40,94 % respondentů to naopak těžké je. Že je důležité hovořit s dětmi o konečnosti života, si myslí 61,41 % respondentů, 13,09 % naopak zastává názor, že to důležité není a 25,50 % dotazovaných neví a nemá na toto téma názor. Také z výzkumu agentury STEM/MARK vyplynulo, že naprostá většina veřejnosti míní, že s dětmi by se o umírání a smrti mělo hovořit, a to hlavně v rodině (83 %).

Myšlenkami na umírání a smrt (jak vlastní, tak i svých blízkých) se zabývá 73,49 % dotazovaných, 26,51 % uvedlo, že se těmito myšlenkami nezabývá. Zajímalo nás, zda existuje souvislost mezi pohlavím a četností myšlenek na umírání a smrt. K ověření dílčího cíle jsme stanovili hypotézu 4H, kde jsme předpokládali, že existuje souvislost mezi pohlavím a četností myšlenek na umírání a smrt. Tato hypotéza byla potvrzena. I když z výzkumu vyplynulo, že pro 59,09 % respondentů není těžké hovořit o smrti a myšlenkami na smrt se

zabývá 73,49 % dotazovaných, o vlastních přáních a představách, které se týkají případné péče v posledních chvílích života a po smrti, hovořilo s někým blízkým pouze 46,98 % respondentů a 53,02 % na toto téma s nikým nehovořilo. Tento výsledek koresponduje s výsledkem výzkumu agentury STEM/MARK, kdy většina lidí (69 %) alespoň někdy přemýšlela o umírání a smrti. Zároveň však 61 % dotazovaných uvedlo, že o svých přáních a představách, které se týkají případné péče v posledních chvílích života a po smrti, s nikým nehovořili.

Odbornou literaturu týkající se smrti a umírání četlo 33,89 % z dotazovaných, celých 66,11 % uvedlo, že takovou literaturu nikdy nečetlo. Zajímalo nás, zda respondenti vědí, co znamená pojem „paliativní péče“ a zda má dosažené vzdělání souvislost se znalostí významu tohoto pojmu. 42,62 % respondentů uvedlo, že ví, co znamená pojem „paliativní péče“, 16,78 % ho slyšelo, ale neví, co znamená a 40,60 % dotázaných o paliativní péči nikdy neslyšelo. K ověření dílčího cíle jsme stanovili hypotézu 5H, kterou jsme předpokládali, že existuje souvislost mezi dosaženým vzděláním a znalostí významu pojmu „paliativní péče“. Tato hypotéza byla potvrzena. Z výsledků výzkumu agentury STEM/MARK vyplynulo, že veřejnost v převážné většině netuší, co znamená pojem „paliativní péče“ (79 %). Pojem „paliativní péče“ více znají lidé s vysokoškolským vzděláním, dále pak ti, kteří mají zkušenost s péčí o umírajícího a lidé trpící chronickým onemocněním.

6.2 Doporučení pro praxi

Péče o nevléčitelně nemocné a umírající je velmi náročná. Aby péče a všechny služby na sebe logicky navazovaly, byly dostupné a také hrazeny, je nutná zásadní systémová změna.

Jako nejzásadnější doporučení vidíme změnu legislativy. Je velmi důležité, aby byly naplněny závěry schůzky ze dne 6. ledna 2017, kdy se sešli věcně příslušní zástupci Ministerstva zdravotnictví ČR se zástupci poskytovatelů zdravotních služeb, aby našli způsob zakotvení paliativní a hospicové péče do českých norem. Je nutné připravit konkrétní kroky, a to jak v oblasti legislativy, tak v oblasti úhrad zdravotního pojištění. Musí být zakotvena dostupnost paliativní péče v nařízení vlády o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb. Dále je potřeba novelizovat zákon o zdravotních službách, kde bude muset být vyřešena otázka definice paliativní a hospicové péče a je třeba novelizovat seznam zdravotních výkonů, úhradovou vyhlášku, nařízení vlády, kterým se vymezí místní a časová

dostupnost paliativní a hospicové péče a vyhlášku o personálním, technickém a věcném vybavení, která definuje tyto náležitosti hospicových zařízení.

Doporučujeme, aby stát finančně podporoval výstavbu hospiců a pomocí zákonů umožnil přetvoření léčeben dlouhodobě nemocných na oddělení paliativní péče. S tím také souvisí nutnost vytvoření metodiky pro poskytování specializované paliativní péče v tomto nemocničním prostředí.

Dále doporučujeme, aby platila povinnost pro zdravotníky, kteří pečují o umírající, aby se vzdělávali v paliativní medicíně a paliativní péči. Vzdělávání by mělo pro odborný personál probíhat formou bakalářského, magisterského studia a postgraduálního studia. Paliativní medicína a paliativní péče by měla být implementována do pregraduálního kurikula lékařů a sester a mělo by se docílit povinné výuky alespoň jednoho semestru paliativní medicíny na všech zdravotních školách a lékařských fakultách v ČR. Zároveň s tím, by mělo být rozvíjeno specializační vzdělávání v tématech paliativní péče pro sociální pracovníky, psychology a pastorační pracovníky.

Z výzkumu vyplynulo, že veřejnost ve většině neví nebo tápe v tom, co je paliativní péče. Zde je na místě osvěta. Považujeme za vhodné pomocí přednášek a diskuzí systematicky informovat a vysvětlovat veřejnosti pojem i možnosti moderní paliativní léčby a paliativní péče. Péče o těžce nemocného a umírajícího člena rodiny v domácím prostředí bývala dříve samozřejmostí. Dnes se k tomuto modelu opět pomalu navracíme. Právě informovanost může pomoci ve chvíli, kdy se rozhoduje o dalším směru léčby onemocnění se špatnou prognózou.

Dále doporučujeme, aby byla péče o blízké umírající osoby implementována i do zákoníku práce, aby pečující osoby měly záruky, rozhodnou-li se o své blízké pečovat, že nepřijdou o práci a tato doba by měla být uznána jako doba odpracovaná.

I když politici najdou společnou řeč a paliativní a hospicovou péči implementují do českých zákonů, zůstává v péči o umírající nejdůležitější pomoc nejbližších. Dle sociologů probíhá v naší současné společnosti dlouhodobá krize rodiny. Nicméně z výzkumů vyplývá, že lidé si nejvíce přejí umírat v domácím prostředí obklopeni nejbližšími a zároveň z těchto výzkumů vyplývá, že si lidé myslí, že nejbližší rodina dokáže umírajícímu poskytnout nejlepší péči. Je tedy možné, že rodina stále představuje vysokou hodnotou, ale v podstatě neumíme nebo nevíme, jak o ni pečovat. Je proto velmi důležité udržovat dobré rodinné vztahy a vést děti od malička k tomu, že rodina je základ. Rodiče by je měli vy-

chovávat s láskou, vést je k úctě jak k rodičům, tak i k prarodičům. Je nutné ukázat dětem všechny stránky života. Pokud pečujeme o staré, nemocné nebo umírající blízké, je vhodné děti do této péče v určité míře zapojit a pravdivě, úměrně věku, odpovídat na jejich otázky. Děti vnímají a do života přebírají chování svých rodičů. Pokud vidí, že rodiče nebo někdo blízký pečuje o starého, nemocného nebo umírajícího člověka, nepřijde jim na tom nic mimořádného a vnímají stáří, nemoc a péči jako přirozenou. Je velmi pravděpodobné, že i ony, až jednou dospějí, převezmou stejný vzorec chování a budou se snažit zajistit svým nemocným nebo umírajícím blízkým kvalitní domácí péči tak, jak to viděly v dětství.

ZÁVĚR

V České republice ročně zemře přibližně 105 000 lidí, z nich umírá 60 % v nemocnici a 9 % v léčebnách dlouhodobé péče (Umírání.cz, ©2017). Nejčastěji si lidé přejí zemřít doma, ale jak data ukazují, většině se toto přání nevyplní. Proč tomu tak je? Schází dostupná paliativní péče a nastavení systému podpory pečujících osob. Služby domácích mobilních hospiců, které lidem přináší lékařskou péči do jejich domovů, jež jim zajišťuje důstojný konec života - bez zbytečných bolestí a v rodinném kruhu - nejsou stále hrazeny z veřejného zdravotního pojištění. Pečující osoby nemají záruky, rozhodnou-li se o své blízké pečovat, že nepřijdou o práci. Zatímco podporu péče o malé děti považuje naše společnost za samozřejmost, péči o jiné členy rodiny, kteří také potřebují naši pomoc, nijak nezohledňuje. Nezbyvá nám než si přát, aby politická reprezentace dostala svým slibům a vytvořila takový právní systém, který zajistí důstojnou péči pro ty, kteří tuto péči potřebují a zároveň zajistí dostatečné ohodnocení pro ty, kteří se rozhodnou tuto péči poskytovat.

Diplomová práce má popisný charakter. Naším cílem bylo zjistit, jak obyvatelé Zlína vnímají umírání a smrt a zda má na toto vnímání vliv pohlaví, profese, víra nebo věk. Zároveň jsme chtěli, aby naše práce motivovala ke změně. Záměrem bylo, aby se nejen čtenáři, ale i účastníci výzkumu, zamysleli nad smyslem života i nad jeho konečností, změnili postoj k umírání a smrti, zamysleli se nad tím, co by si člověk na sklonku života přál, co si přejí jeho blízcí a jak jim jejich poslední přání plníme. Mile nás překvapily reakce některých účastníků dotazníkového šetření, kteří nám k vráceným dotazníkům připojili, ať slovně či písemně, poděkování za téma s žádostí o zpětné poskytnutí výsledků výzkumu. Tímto bychom jim chtěli ještě jednou poděkovat.

Teoretická část diplomové práce je rozdělena do tří kapitol. V první kapitole jsme se věnovali teoretickým východiskům a použité odborné literatuře. Vymežili jsme vztah sociální pedagogiky k danému tématu a základní pojmy, se kterými se v práci setkáváme. Uvedli jsme přehled nejdůležitějších zákonů, norem a také odkazy na informační, poradenské a diskusní weby, které se vztahují k tématu naší diplomové práce. Ve druhé kapitole jsme se zaměřili na problematiku umírání a smrti. Podrobně jsme vymezili oba pojmy, charakterizovali jsme prožívání jednotlivých etap umírání jak z pohledu umírajícího, tak i z pohledu doprovázejícího, a také jsme se věnovali pohřbu jako rituálu rozloučení se. Ve třetí kapitole jsme představili paliativní péči, péči hospicovou, domácí a institucionální. Zaměřili

jsme se na kompetence sociálního pracovníka v paliativní péči a také na důležitost dobrovolnictví. V závěru třetí kapitoly jsme představili současný stav paliativní a hospicové péče v České republice, ve Zlíně a jeho okolí.

Praktická část prezentuje výsledky získané v rámci dotazníkového šetření. Byly zjišťovány postoje, které obyvatelé Zlína zaujímají k problematice smrti. Výsledky jsou zaznačeny do grafů a tabulek a vyhodnoceny.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BAKOŠOVÁ, Zlatica, 2011. *Teória sociálnej pedagogiky: edukačné, sociálne a komunikačné aspekty*. Bratislava: Slovenská pedagogická spoločnosť Slovenskej akadémie vied. ISBN 978-80-970675-0-2.

BLUMENTHAL-BARBY, Kay a kol., 1987. *Kapitoly z thanatologie*. Praha: Avicenum. ISBN 08-052-87.

ČECHOVÁ, Věra, Alena MELLANOVÁ a Marie ROZSYPALOVÁ, 2003. *Speciální psychologie*. 4. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-7013-386-4.

FARKOVÁ, Marie, 2008. *Vybrané kapitoly z psychologie*. Vyd. 2. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského Praha. ISBN 978-80-86723-64-8.

FUNK, Karel, 2014. *Provázení stářím a umíráním, aneb, O prolínání obou světů*. Praha: Malvern. Adam a Eva. ISBN 978-80-87580-70-7.

GAVORA, Peter, 2008. *Úvod do pedagogického výskumu*. Vyd. 4. rozš. Bratislava: Vydavateľstvo UK, 269 s. ISBN 978-80-223-2391-8.

GILLERNOVÁ, Ilona, 2000. *Slovník základních pojmů z psychologie*. Praha: Fortuna. ISBN 80-7168-683-2.

GOLDMANN, Radoslav, 2001. *Vybrané kapitoly ze sociálních disciplín*. 2. přeprac. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-0350-1.

HALIFAX, Joan, 2015. *Bytí v umírání: rozvíjení soucitu a překonávání strachu v přítomnosti smrti*. Přeložil Jan HONZÍK. Praha: Maitrea. ISBN 978-80-7500-118-4.

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2000. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-034-7.

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2015. *Lékařská etika*. 4., aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-204-6.

CHRÁSKA, Miroslav, 2007. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 265 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1369-4.

JAKOBY, Bernard, 2005. *Tajemství umírání: co dnes víme o procesu umírání*. Liberec: Dialog. Tajemství (Dialog). ISBN 80-86761-42-8.

KÁBRT, Jan, 1995. *Lexicon medicum*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén. ISBN 80-85824-10-8.

KALVACH, Zdeněk, 2010. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-904516-4-3.

KRAUS, Blahoslav, 2008. *Základy sociální pedagogiky*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-383-3.

KRAUS, Jiří a Věra PETRÁČKOVÁ, 2001 dotisk. *Akademický slovník cizích slov: [A-Ž]*. Praha: Academia. ISBN 80-200-0982-5.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0179-0.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth, 1995. *Odpovědi na otázky o smrti a umírání: etický manuál pro mediky, lékaře a sestry*. Praha: Tvorba, ISBN neuvedeno.

PALÁN, Zdeněk, 2002. *Lidské zdroje. Výkladový slovník*. Vyd. 1. Praha: Academia, 280 s. ISBN 80-200-0950-7.

PARKES, Colin Murray, Marilyn RELF a Ann COULDRICK, 2007. *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu. Paliativní péče. ISBN 978-80-87029-23-7.

PROCHÁZKA, Miroslav, 2012. *Sociální pedagogika*. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3470-5.

PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK, 2012. *Eutanazie - pro a proti*. Praha: Grada. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-4659-3.

SCHILLING, Johannes, 1999. *Sociálna práca. Hlavné smery vývoja sociálnej pedagogiky a sociálnej práce*. Trnava: Trnavská univerzita. ISBN 80-88908-54-X.

SÍGL, Miroslav, 2006. *Co víme o smrti*. Praha: EPOCH. ISBN 80-87027-11-6.

STEHLÍKOVÁ Helena. Otevřená diskuze, cesta k vyjasnění pojmů. In: PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK, 2012. *Eutanazie - pro a proti*. Praha: Grada. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-4659-3.

- ŠIKLOVÁ, Jiřina, 2013. *Vyhoštěná smrt*. Praha: Kalich. ISBN 978-80-7017-197-4.
- ŠIMKOVÁ, Svatava, ed, 2011. *Dobrovolníci mění svět: sborník příkladů dobré praxe: Evropský rok dobrovolnictví*. Praha: Národní institut dětí a mládeže MŠMT. ISBN 978-80-87449-15-8.
- ŠPATENKOVÁ, Naděžda, 2014. *O posledních věcech člověka*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-138-4.
- ŠPINKOVÁ, Martina, 2016. *Jak být nablízku: provázení posledními týdny a dny života*. 5. vydání. Přeložil Aranka GÄRTNEROVÁ. Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-88126-09-6.
- VÁGNEROVÁ, Marie, 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-414-4.
- VIRT, Günter, 2000. *Žít až do konce: etika umírání, smrti a eutanazie*. Praha: Vyšehrad. Cesty (Vyšehrad). ISBN 80-7021-330-2.
- VORLÍČEK, Jiří, Zdeněk ADAM a Yvona POSPÍŠILOVÁ, 2004. *Paliativní medicína*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada-Avicenum. ISBN 80-247-0279-7.
- ULRICHOVÁ, Monika, 2009. *Různé tváře smrti: vybrané kapitoly z thanatologie*. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7041-743-0.

Internetové zdroje:

- Paliativní péče v České republice 2016 – Situační analýza. In: *Česká společnost paliativní medicíny Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně* [online]. ©2016 [cit. 2017-01-28]. Dostupné z: <http://bit.ly/2nCJFB1>
- HÖSCHL, Cyril. Očima Cyrila Höschla. In: *Cyrl Höschl* [online]. ©2003 [cit. 2017-01-08]. Dostupné z: <http://www.hoschl.cz/?text=2329&lang=cz>
- SYROVÁTKOVÁ, Eliška. Jak postupovat při úmrtí. In: *Poradenství pro pozůstalé* [online]. ©2016 [cit. 2017-01-08]. Dostupné z: <http://www.poradenstvi-pro-pozustale.cz/jak-postupovat-pri-umrti/>
- Ministr zdravotnictví: Zakotvíme hospicovou péči do právních předpisů ČR. In: *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. ©2010 [cit. 2017-01-28]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/ministr-zdravotnictvizakotvime-hospicovou-peci-do-pravnich-predpisu-cr_13242_3692_1.html

Nemocný v domácí péči: Úmrtí v domácnosti a organizace pohřbu. In: *Umírání.cz* [online]. ©2016 [cit. 2017-01-08]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/rady-a-informace/umrti-v-domacnosti-a-organizace-pohrbu>

Kairos rození, kairos umírání. In: *Umírání.cz* [online]. ©2012 [cit. 2017-02-05]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/clanky/kairos-rozeni-kairos-umirani>

Nejnovější data o postojích veřejnosti a zdravotníků k umírání a smrti. In: *Umírání.cz* [online]. © 2015 [cit. 2017-03-30]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/data>

Poslání asociace. In: *AsociaceHospicu.cz* [online]. ©2010 [cit. 2017-01-29]. Dostupné z: <http://asociacehospicu.cz/poslani-asociace/>

Základní charakteristika kraje. In: *Zlínský kraj* [online]. ©2010 [cit. 2017-01-29]. Dostupné z: <https://www.kr-zlinsky.cz/zakladni-charakteristika-kraje-cl-3685.html>

Mapa hospiců. In: *Česká onkologická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně* [online]. ©2017 [cit. 2017-02-04]. Dostupné z: <http://bit.ly/2nIwuzC>

Pilotní projekt mobilních hospiců a VZP. In: *Česká společnost paliativní medicíny Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně* [online]. ©2016 [cit. 2017-02-06]. Dostupné z: http://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/10/tiskova-zpravamssp_cspm.pdf

Pilotní program Mobilní specializované paliativní péče (MSPP) bude pokračovat v roce 2017. In: *Česká společnost paliativní medicíny Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně* [online]. ©2016 [cit. 2017-02-06]. Dostupné z: <http://bit.ly/2o8qi6P>

Charta práv umírajících. In: *Pěčuj doma* [online]. ©2017 [cit. 2017-02-06]. Dostupné z: <http://www.pecujdoma.cz/legislativa/dokumenty/charta-prav-umirajicich/>

Úmluva o lidských právech a biomedicině. In: *Česká lékařská komora* [online]. [cit. 2017-02-06]. Dostupné z: http://www.lkcr.cz/doc/cms_library/96-2001-umluva-o-lid-pravech-a-biomedicine-100419.pdf

Strategie rozvoje paliativní péče v České republice na období 2011 - 2015. In: *Vláda České republiky* [online]. ©2009-2016 [cit. 2017-02-06]. Dostupné z: <http://bit.ly/2oBkQu5>

Hospic Citadela. In: *Diakonie Českobratrské církve evangelické* [online]. ©2017 [cit. 2017-02-06]. Dostupné z: <http://www.citadela.cz/stredisko-diakonie-xy/>

Hospic Hvězda. *Hvězda z.ú.* [online]. ©2017 [cit. 2017-02-06]. Dostupné z: <http://www.sdruzenihevzda.cz/nestatni-zdravotnicke-zarizeni.html>

ČESKO. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Portál veřejné správy* [online]. ©2017 [cit. 2017-02-06]. Dostupné z: <http://bit.ly/2o1knjD>

ČESKO. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In: *Portál veřejné správy* [online]. ©2017 [cit. 2017-02-06]. Dostupné z: <http://bit.ly/2o1krQg>

ČESKO. Zákon č. 256/2001 Sb., o pohřebnictví a o změně některých zákonů. Portál veřejné správy In: *Portál veřejné správy* [online]. ©2017 [cit. 2017-02-06]. Dostupné z: <http://bit.ly/2oBrQhk>

ČESKO. Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. In: *Portál veřejné správy* [online]. [cit. 2017-02-06]. Dostupné z: <http://bit.ly/2n9Bl0t>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

aj.	a jiné
APHPP	Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče
č.	číslo
ČR	Česká republika
EU	Evropská unie
Kč	korun českých
MSPP	Mobilní specializovaná paliativní péče
např.	na příklad
s.	strana
tzv.	tak zvané
WHO	Světová zdravotnická organizace
z. ú.	zapsaný ústav
©	Copyright - autorské právo

SEZNAM OBRÁZKŮ

- Graf č. 1 - Pohlaví respondentů
- Graf č. 2 - Věk respondentů
- Graf č. 3 - Bydliště respondentů
- Graf č. 4 - Dosažené vzdělání respondentů
- Graf č. 5 - Zaměstnání respondentů
- Graf č. 6 - Hovory o smrti a umírání
- Graf č. 7 - Myšlenky na umírání smrt
- Graf č. 8 - Odborná literatura týkající se smrti a umírní
- Graf č. 9 - Hovory s dětmi o konečnosti života
- Graf č. 10 - Rozhovor o přáních a představách týkající se posledních chvil života a po smrti
- Graf č. 11 - Setkání s umírajícím člověkem/se smrtí
- Graf č. 12- Čeho se na smrti lidé nejvíce bojí
- Graf č. 13 - Prostředí nejpříjemnější k umírání
- Graf č. 14 - Péče o nejbližší
- Graf č. 14.1 - Důvody, pro které bych nepečoval/a o své nejbližší doma
- Graf č. 15 - Zkušenost s péčí o umírajícího
- Graf č. 15.1 - Místo osobní zkušenosti s péčí o umírajícího
- Graf č. 16 - Znalost pojmu „paliativní péče“
- Graf č. 17 - Postoj k péči a léčbě

Graf č. 18 - Souhlas s legalizací euthanasie

Graf č. 19 - Důležitost pohřbu jako rituálu a sociálního aktu

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 -	Pohlaví respondentů
Tabulka č. 2 -	Věk respondentů
Tabulka č. 3 -	Bydliště respondentů
Tabulka č. 4 -	Dosažené vzdělání respondentů
Tabulka č. 5 -	Zaměstnání respondentů
Tabulka č. 6 -	Hovory o smrti a umírání
Tabulka č. 7 -	Myšlenky na umírání smrt
Tabulka č. 8 -	Odborná literatura týkající se smrti a umírání
Tabulka č. 9 -	Hovory s dětmi o konečnosti života
Tabulka č. 10 -	Rozhovor o přáních a představách týkající se posledních chvil života a po smrti
Tabulka č. 11 -	Setkání s umírajícím člověkem/se smrtí
Tabulka č. 12 -	Čeho se na smrti lidé nejvíce bojí
Tabulka č. 13 -	Prostředí nejpříjemnější k umírání
Tabulka č. 14 -	Péče o nejbližší
Tabulka č. 14.1 -	Důvody, pro které bych nepečoval/a o své nejbližší doma
Tabulka č. 15 -	Zkušenost s péčí o umírajícího
Tabulka č. 15.1 -	Místo osobní zkušenosti s péčí o umírajícího
Tabulka č. 16 -	Znalost pojmu „paliativní péče“

- Tabulka č. 17 - Postoj k péči a léčbě
- Tabulka č. 18 - Souhlas s legalizací euthanasie
- Tabulka č. 19 - Důležitost pohřbu jako rituálu a sociálního aktu
- Tabulka č. 20 - Kontingenční tabulka k hypotéze 1H
- Tabulka č. 21 - Čtyřpolní tabulka k hypotéze 2H
- Tabulka č. 22 - Kontingenční tabulka k hypotéze 3H
- Tabulka č. 23 - Čtyřpolní tabulka k hypotéze 4H
- Tabulka č. 24 - Kontingenční tabulka k hypotéze 5H

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha PI – Dotazník

Příloha PII – Seznam hospiců a specializovaných ambulancí paliativní medicíny v ČR

PŘÍLOHA P I – DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Radana Pisková a jsem studentkou 2. ročníku magisterského studia oboru Sociální pedagogika na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Ve své diplomové práci se zabývám vnímáním umírání a smrti. Obracím se na Vás s žádostí o vyplnění dotazníku. Dotazník je anonymní a poslouží výhradně k mému výzkumu. Prosím vyberte pouze jednu odpověď, pokud nebude u otázky uvedeno jinak. Svoji odpověď zakřížkujte, případně vepište do volného řádku.

Pokud je Vám méně než 20 let, dotazník nevyplňujte.

Děkuji Vám za ochotu

1. Jste

- Muž
- Žena

2. Kolik je Vám let?

- 20-40
- 41-50
- 51-60
- 61-75
- 75 a více

3. Jaké je Vaše nejvyšší ukončené vzdělání?

- Základní
- Vyučen/a
- Maturita
- Vysokoškolské

4. Pracujete nebo pracoval/a jste v oboru, ve kterém se v rámci své profese setkáváte (setkával/a) s umírajícími nebo se smrtí?

- Ano
- Ne

5. Jste věřící?
- Ano
 - Ne
6. Je pro Vás těžké hovořit o smrti a umírání?
- Ano
 - Ne
7. Zabýváte se někdy v myšlenkách umíráním nebo smrtí (*Vaší nebo Vašich blízkých*)?
- Ano
 - Ne
8. Četl/a jste někdy nějakou odbornou literaturu týkající se smrti a umírání?
- Ano
 - Ne
9. Má se dle Vašeho názoru hovořit s dětmi o konečnosti života, o umírání, o smrti?
- Ano
 - Ne
 - Nevím, nemám na to názor
10. Mluvil/a jste někdy s někým o svých přáních nebo představách, jak by mělo být o Vás pečováno v posledních chvílích života a po smrti? (*tj. např. jaký druh péče byste chtěl/a nebo nechtěl/a; kde byste chtěl/a trávit poslední chvíle života; kde a jak byste chtěl/a být pohřben/a; nakládání s majetkem apod.*)
- Ano
 - Ne
11. Setkal/a jste se s umírajícím člověkem/se smrtí?
- Ano v kolika letech (*prosím dopište*)
 - Ne
12. Čeho se na umírání nejvíce obáváte?
- Bolesti
 - Osamění
 - Ztráty důstojnosti
 - Strachu z toho, že budu nejbližším na obtíž
 - Psychického strádání
 - Nevím, nepřemýšlím nad tím

- Nebojím se ničeho
- Jiná možnost (*prosím dopište*)

13. Které prostředí je dle Vašeho názoru nejpříjemnější pro umírání?

- Domáci
- Hospic
- Nemocnice
- Léčebna dlouhodobě nemocných (LDN)
- Sociální zařízení
- Jiné (*prosím vypište*)

14. Pečoval/a byste o své nejbližší do konce života doma? (*pokud zaškrtnete NE, vyberte z uvedených možností – lze uvést max. 2 možnosti*)

- Ano
- Ne
 - Mám strach ze smrti, z mrtvého těla
 - Jsem laik, nevěděl/a bych, jak se postarat
 - Psychická i fyzická náročnost, bojím se vlastního selhání
 - Nezvládl/a bych to finančně
 - Byl/a bych na péči sám
 - Nedostal/a bych volno z práce
 - Jiná možnost (*prosím vypište*)
- Nevím, nepřemýšlel/a jsem nad tím

15. Máte osobní zkušenost s péčí o umírajícího? (*pečoval/a jste sám/a nebo Vaši nejbližší - pokud zaškrtnete ANO, vyberte variantu*)

- Ano
 - v domácí péči
 - v nemocnici
 - v hospici
 - v léčebně dlouhodobě nemocných
 - v sociálním zařízení
 - jinde (*prosím vypište*)
- Ne

16. Víte, co znamená pojem „paliativní péče“?

- Ano
- Slyšel/a jsem ho, ale nevím, co znamená
- Ne, nikdy jsem ho neslyšel/a

17. Který z následujících postojů k péči a léčbě je Vám bližší?

- Život by se měl prodlužovat za všech okolností a všemi možnými způsoby.
- V určité chvíli nemá smysl život dále uměle prodlužovat.

18. Souhlasil/a byste s legalizací euthanasie?

- Ano
- Ne
- Nevím, nemám na to jednoznačný názor

19. Myslíte si, že je pohřeb, jako rituál a sociální akt, důležitý?

- Ano
- Ne

Děkuji za Váš čas

Radana Pisková

PŘÍLOHA P II - SEZNAM HOSPICŮ A SPECIALIZOVANÝCH AMBULANCÍ PALIATIVNÍ MEDICÍNY V ČR

Hospice v ČR:

Domácí hospic - Oblastní charita Uh. Hradiště

Adresa: Velehradská třída 247, Uherské Hradiště

Webové stránky: <http://www.uhradiste.caritas.cz>

Telefon: +420 572 550 136, +420 606 641 980, E-mail: hospic.uhradiste@caritas.cz

Domácí hospic Brno

Adresa: Kamenná 36, Brno

Webové stránky: <http://www.hospicbrno.cz>

Telefon: +420 773499943, E-mail: dom.hospic@hospicbrno.cz

Domácí hospic David, Charita Kyjov

Adresa: Palackého 194, Kyjov

Webové stránky: <http://www.kyjov.caritas.cz>

Telefon: +420 518 323 766, E-mail: chos.kyjov@caritas.cz

Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa

Adresa: Jiráskova 47, Rajhrad u Brna

Webové stránky: <http://www.dlbsh.cz>

Hospic Anežky České

Adresa: 5. Května 1170, Červený Kostelec

Webové stránky: <http://www.hospic.cz>

Telefon: +420 491 467 030, Fax: +420 491 467 154, E-mail: sekretariat@hospic.cz

Hospic Citadela - Diakonie CCE

Adresa: Žerotínova 1421, Valšské Meziříčí

Webové stránky: <http://www.citadela.cz>

Telefon: +420 571 629 084, Fax: +420 571 629 085, E-mail: hospic@citadela.cz

Hospic Dobrého pastýře

Adresa: Sokolská, Čerčany

Webové stránky: <http://www.centrum-cercany.cz>

Telefon: +420 317 777 381, E-mail: os-tri@centrum-cercany.cz

Hospic na Svatém kopečku

Adresa: Sadové náměstí 24, Olomouc

Webové stránky: <http://hospickopecek.caritas.cz>

Telefon: +420 585 319 754, +420 585 319 758, E-mail: hospic.svkopecek@caritas.cz

Hospic Sv. Alžběty

Adresa: Kamenná 36, Brno

Webové stránky: <http://www.hospicbrno.cz>

Telefon: +420 543 214 761, +420 777 883 639, E-mail: info@hospicbrno.cz

Hospic Sv. Jana N. Neumanna

Adresa: Neumannova 144, Prachatice

Webové stránky: <http://www.hospicpt.cz>

Telefon: +420 388 311 726, Fax: +420 388 311 727, E-mail: info@hospicpt.cz

Hospic Sv. Lazara

Adresa: Sladkovského 66, Plzeň

Webové stránky: <http://www.hsl.cz>

Telefon: +420 377 431 381, Fax: +420 377 431 385, E-mail: hospic@hsl.cz

Hospic Sv. Lukáše

Adresa: Charvátská 8, Ostrava - Výškovice

Webové stránky: <http://www.ostrava.caritas.cz>

Telefon: +420 599 508 505, +420 732 178 501, E-mail: lukashospic.ostrava@caritas.cz

Hospic sv. Štěpána v Litoměřicích

Adresa: Rybářské nám. 662/4, Litoměřice

Hospic Štrasburk

Adresa: Bohnická 12, Praha 8 - Bohnice

Webové stránky: <http://www.lazaruscz.cz>

Telefon: +420 283 853 256, Fax: +420 283 853 253, E-mail: hospic.strasburk@cmail.cz

Hospic v Mostě

Adresa: Svážná 1528, Most

Hospicové hnutí - Vysočina

Adresa: Žďárská 610, Nové Město na Moravě

Webové stránky: <http://hvv.nmm.cz>

Telefon: +420 566 615 198, Mobilní telefon: +420 604 156 442, E-mail: hvv@quick.cz

Hospicové občanské sdružení Cesta domů

Adresa: Bubenská 3, Praha 7

Webové stránky: <http://www.cestadomu.cz>

Telefon: +420 283 850 949, Fax: +420 220 876 638, E-mail: info@cestadomu.cz

Mobilní hospic Ondrášek o. p. s.

Adresa: Horní 288/67, Ostrava – Dubina

Webové stránky: <http://www.mhondrasek.cz>

Telefon: +420724 975 275, E-mail: mhondrasek@seznam.cz

Mobilní hospicová jednotka Pokojný přístav

Adresa: Kylešovská 10, Opava

Webové stránky: <http://www.charitaopava.cz>

Telefon: +420 553 623 171, E-mail: pokojnypristav@charitaopava.cz

Specializované ambulance paliativní medicíny v ČR

Ambulance podpůrné a paliativní onkologie. KKOP, Masarykům onkologický ústav,

Žlutý kopec 7, 656 53 Brno, <http://www.mou.cz>

Ambulance paliativní medicíny, Most k domovu, o.s., Zlín,
<http://www.mostkdomovu.cz/paliativni-medicina/>

Centrum pro léčbu bolesti a paliativní medicínu Zlín: <http://www.centrumlb.cz/>

Ambulance onkologické paliativní péče FN Hradec Králové,
<http://www.fnhk.cz/onko/o-klinice/ambulance>