

# Postoje produktivní složky populace k umírání a smrti

Kubešová Nathalie

---

Bakalářská práce  
2022



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2021/2022

# ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Nathalie Kubešová**  
Osobní číslo: **H19036**  
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**  
Forma studia: **Prezenční**  
Téma práce: **Postoje produktivní složky populace k umírání a smrti**

## Zásady pro vypracování

Rešerše a studium odborné literatury.  
Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti umírání a smrti v širokém pojetí.  
Příprava metodiky kvantitativního šetření.  
Formulace kritérií pro výběr respondentů.  
Realizace šetření technikou standardizovaného dotazníku.  
Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.  
Prezentace výsledků šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

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

**Seznam doporučené literatury:**

CORR CH. A., D. M. CORR and K. J. DOKA. *Death and Dying, Life and Living*. 8th edition. Boston, Massachusetts: Cengage Learning, 2018, 768 p. ISBN 978-0-357-69560-9.

DOSTÁLOVÁ, O. *Péče o psychiku onkologicky nemocných*. Praha: Grada, 2016. 168 s. ISBN 978-80-247-5706-3.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2. vyd. Praha: Galén, 2007. 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.

HAŠKOVCOVÁ, H. a H. KUČEROVÁ. *Sebevraždy*. Praha: Galén, 2020. 170 s. ISBN 978-80-7492-485-9.

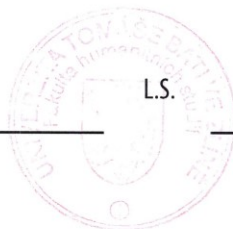
KUPKA, M. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada, 2014. 216 s. ISBN 978-80-247-4650-0.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Barbora Plisková**  
Ústav školní pedagogiky

Datum zadání bakalářské práce: **22. října 2021**  
Termín odevzdání bakalářské práce: **27. května 2022**

---

**Mgr. Libor Marek, Ph.D.**  
děkan



**PhDr. Pavla Kudlová, Ph.D.**  
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 10. ledna 2022

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou 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 bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 10.5.2022

.....

*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.*

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

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

*1) 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).*

*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, § 60 Školní dílo:*

*(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

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

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

## **ABSTRAKT**

Tématem bakalářské práce je „Postoje produktivní složky populace k umírání a smrti“. Cílem práce bylo zjistit postoje a názory produktivní složky populace na vybrané otázky týkající se umírání a smrti. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se zaměřuje především na vymezení základních pojmů, týkajících se umírání a smrti, přechodné pohřební rituály v dějinách, na smrt v postmoderní společnosti a některé etické výzvy, zaměřené na umírání a smrt. V praktické části jsou popsány výsledky dotazníkového šetření, které jsou následně graficky zpracovány.

Klíčová slova: smrt, umírání, produktivní populace, péče o umírající, názory a postoje

## **ABSTRACT**

The subject of the bachelor's thesis is „Productive Generation's Attitude towards Dying and Death“. The aim of the work was to find out the attitudes and opinions of the productive part of the population on selected issues relating to dying and death. The work is divided into theoretical and practical parts. The theoretical part focuses mainly on the definition of basic concepts relating to dying and death, transient burial rituals relating to dying and death in history, death in postmodern society and some ethical challenges relating to dying and death. The practical part describes the results of the questionnaire survey, which are then graphically processed.

Keywords: death, dying, productive population, caring for the dying, view and attitudes

Ráda bych poděkovala vedoucí mé práce, PhDr. Barboře Pliskové, za cenné rady a trpělivost při psaní bakalářské práce, a také své rodině, za podporu během celého studia.

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

## OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>10</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>11</b>
<b>1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ</b> .....	<b>12</b>
1.1 UMÍRÁNÍ .....	12
1.2 SMRT.....	13
1.3 THANATOLOGIE.....	14
<b>2 PŘECHODOVÉ RITUÁLY TÝKAJÍCÍ SE UMÍRÁNÍ A SMRTI V DĚJINÁCH</b> .....	<b>15</b>
2.1 TEORIE ARNOLDA VAN GENNEPA .....	15
2.2 UMÍRÁNÍ A SMRT VE STAROVĚKU .....	16
2.3 UMÍRÁNÍ A SMRT VE STŘEDOVĚKU .....	17
2.4 UMÍRÁNÍ A SMRT ZA DOB HUMANISMU A RENESANCE .....	17
2.5 UMÍRÁNÍ A SMRT V 19. STOLETÍ .....	18
2.5.1 Domácí model umírání.....	18
2.5.2 Institucionální model umírání .....	19
2.6 UMÍRÁNÍ A SMRT VE 20. STOLETÍ.....	19
2.7 VÝZNAM PŘECHODOVÝCH RITUÁLŮ PRO MODERNÍ SPOLEČNOST.....	20
<b>3 UMÍRÁNÍ A SMRT V POSTMODERNÍ SPOLEČNOSTI</b> .....	<b>22</b>
3.1 POSTMODERNÍ SPOLEČNOST .....	22
3.2 POSTOJE POSTMODERNÍ SPOLEČNOSTI K UMÍRÁNÍ A SMRTI.....	22
3.2.1 Tabuizace smrti .....	23
3.3 VÝVOJ CHÁPÁNÍ SMRTI V DĚTSKÉM VĚKU .....	23
3.4 ROZDÍLY V POSTOJÍCH STARŠÍ A PRODUKTIVNÍ POPULACE .....	24
3.5 ZMĚNĚNÉ POSTOJE POPULACE K UMÍRÁNÍ A SMRTI BĚHEM PANDEMIE COVID- 19.....	25
3.6 VZTAH MEZI POSTOJEM SESTER A PÉČÍ O UMÍRAJÍCÍ .....	25
<b>4 ETICKÉ VÝZVY TÝKAJÍCÍ SE UMÍRÁNÍ A SMRTI</b> .....	<b>27</b>
4.1 PRAVDA NA NEMOCNIČNÍM LŮŽKU .....	27
4.2 SVOBODNÁ VŮLE PŘI ROZHODOVÁNÍ.....	28
4.3 PŘEDEM VYSLOVENÉ PŘÁNÍ.....	28
4.4 ASISTOVANÁ SEBEVRAŽDA .....	29
4.5 POSMRTNÉ DÁRCOVSTVÍ ORGÁNŮ .....	29
4.6 EUTANÁZIE .....	30
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>31</b>



<b>5</b>	<b>METODIKA PRÁCE.....</b>	<b>32</b>
5.1	CÍLE PRŮZKUMU BAKALÁŘSKÉ PRÁCE.....	32
5.2	METODA PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	32
5.3	ZPRACOVÁNÍ DAT.....	33
5.4	CHARAKTERISTIKA DOTAZNÍKOVÝCH POLOŽEK .....	33
5.5	ORGANIZACE PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	35
<b>6</b>	<b>ANALÝZA A ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....</b>	<b>36</b>
<b>7</b>	<b>DISKUZE .....</b>	<b>79</b>
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>84</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>86</b>
	<b>SEZNAM GRAFŮ .....</b>	<b>89</b>
	<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>90</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>91</b>

## ÚVOD

Pro většinu lidí ve společnosti je velmi problematické mluvit veřejně o smrti, což může vést ke strachu a vzniku negativních myšlenek ohledně procesu umírání a smrti samotné. To, jaký postoj zaujímá člověk ke smrti, může souviset i s prostředím, ve kterém vyrůstal. Pokud se v rodině již od útlého věku diskutuje o smrti, smíří se s ní přirozeněji, dokonce jej může tato diskuse utěšit. Svobodná a otevřená diskuse nejen mezi rodinnými příslušníky, ale i ve vzdělávacích institucích, například ve škole, přispívá ve značné míře k utváření přirozeného a pozitivního postoje dítěte ke smrti. V postmoderním světě se tak ale bohužel neděje, jelikož se běžně setkáváme se záměrným vytěsňováním myšlenek ohledně smrti, což způsobilo, že se smrt stala pro většinu společnosti tabuizovaným tématem (Fengqin Xu, 2019, s. 2).

Každý umírající člověk by si přál, aby pro něj byla zajištěna optimální péče, pozornost a soucit. Postoj, který zaujímá populace k dané problematice, může mít vliv na utváření a zkvalitňování poskytované péče umírajícím. Proto je důležité, aby nejen sestry, ale veškerý zdravotnický personál, znal názory a postoje současné produktivní populace ohledně umírání a smrti. Důležitou roli při poskytování této péče, hraje také osobní postoj sester k umírání a smrti. Na utváření jejich postojů, mohou mít vliv pracovní zkušenosti a úroveň vzdělávání (Fengqin Xu, 2019, s. 2).

Téma bakalářské práce jsem si vybrala z důvodu, jelikož se ve svém okolí setkávám spíše s vytěsňováním této problematiky u poměrně mladých lidí, i u mne samotné, přestože chci ve zdravotnictví pracovat a s umírajícími jsem se setkávala již během plnění své odborné praxe. Také z důvodu, že chci být sestrou a postoje sester k umírání a smrti tvoří významný faktor pro kvalitní ošetrovatelskou péči.

Hlavním cílem bakalářské práce je zjistit, jaký postoj zaujímá produktivní složka populace k umírání a smrti. Za produktivní složku populace považujeme cílovou skupinu lidí ve věku 18-55 let. Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. V teoretické části se zaměřujeme především na vysvětlení základních pojmů, jako jsou smrt a umírání. Následně jsou zde popsány rituály doprovázející člověka na jeho poslední cestě v dějinách a v neposlední řadě se zabýváme také vybranými etickými aspekty týkající se umírání a posledních přání člověka. Empirická část je kvantitativním výzkumem, kdy jsme metodou dotazníkového šetření zjišťovali jednotlivé odpovědi respondentů. Z důvodu, že by toto téma mohlo být pro některé osoby citlivé, jsme standardizovaný dotazník The Quality of Dying and Death (QODD), použili pouze jako předlohu a otázky si upravili.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ

„Nikdo neví, co je smrt, a přece se jí všichni bojí, jako by uznávali, že je největším zlem, třeba je pro člověka největším dobrem.“ (Platón)

Otázky života a smrti patří mezi základní lidská témata. Úkolem každé kultury je hledání významu smrti. Je jisté, že smysl života a smrt mají mezi sebou jistou návaznost. Pokud člověk dokáže smrt přijmout jako přirozenou součást života, poté v případě, kdy přijde, je schopen jí snadněji čelit. Pro fungování smyslu života je nezbytné, aby člověk byl schopen akceptovat nejen nemoc a stáří, ale také umírání a smrt (Kupka, 2014, s. 11).

### 1.1 Umírání

Pojem umírání je definován jako terminální stav, při kterém postupně a nevratně selhávají životně důležité funkce s následkem smrti. Lze tento proces rozdělit na bezbolestný a bolestný, krátký či dlouhý (Haškovcová, 2007, s. 81).

Proces umírání je velice složitý a můžeme jej rozdělit do několika dalších stádií. První stádium nastává v momentě, kdy se člověk dozví, že umírá a snaží se tento fakt izolovat a popírat jej. Po vyslovení diagnózy pacient nedokáže informaci přijmout, myslí si, že se ho situace netýká. Téměř každý pacient si tímto stádiem prochází bezprostředně po vyslovení jeho diagnózy. Projevuje se především šokem či otřesem, z kterého se postupně snaží zotavit. Ve většině případů pacient nepopírá svou situaci tak důsledně, chvilkami dokáže své postavení realisticky zhodnotit, ale takového pohledu není trvale schopen. Podvědomě je však pro pacienta nepředstavitelný jeho vlastní konec. Druhé stádium je označováno jako stádium zlosti. Jedná se o stádium, které nastupuje ihned po stádiu popírání a odmítání životní situace pacienta. Toto stádium je složité nejen pro samotného pacienta, ale i jeho okolí, kdy je porozumění nemocnému velmi obtížné, jelikož ne každý se dokáže vcítit do jeho situace, tudíž nelze pochopit, odkud se taková zlost bere. Stádium zlosti je charakterizováno také „hledáním viníka“. Třetí stádium je označováno jako stádium smlouvání. Období smlouvání není časově stejně dlouhé jako předchozí stádia, i přes to tvoří velmi důležitou součást procesu umírání. Pacient zaměřuje svou pozornost na docílení původního stavu, především smlouváním s Bohem. Následujícím stádiem označujeme stádium deprese, které přichází ve chvíli, kdy, již pacient není schopen své onemocnění nadále popírat a značně narůstá zjevných příznaků nemoci. V tomto stádiu začíná pocit zlosti a hněvu nahrazovat pocit velké ztráty a deprese. V mnoha případech se pacient deprese připravuje na nastávající situaci, což často usnadňuje dosažení konečného smíření se situací.

Po zvládnutí všech předešlých stádií přichází závěrečná fáze, fáze akceptace a smíření. Pacient je schopen vyjádřit své předchozí a nynější pocity, netruchlí a na svůj nadcházející konec pohlíží v tichém očekávání (Kübler-Ross, 2015, s. 51-127).

## 1.2 Smrt

Smrt se z lékařského hlediska definuje jako stav, při kterém dochází k nenávratným změnám mozku, k selhání a zániku centra řídicího krevního oběhu a dýchání. Jedná se tedy o vymizení známek života s jeho funkcemi. Rozvoj medicíny a resuscitace dal za vznik dalším termínům, odrážejících stupně jednotlivých změn, které se při resuscitaci mohou vyvinout. Jedním z termínů je smrt klinická, která je charakterizována zástavou činností srdce a dechu, přičemž pokud je včas zahájena resuscitace, je možné tyto životně důležité funkce obnovit. Již po pěti minutách klinické smrti nastává nedokysličení mozku, které je definováno jako mozková smrt. Při tomto stavu dochází k nevratnému poškození, postižený je v hlubokém bezvědomí, nereaguje na podněty a vymizí základní reflexy (Vokurka, Hugo, 2015, s. 934).

Nadcházející smrt je snadné vyčíst z mnoha fyzických, ale i psychických změn u umírajícího. Termínem, velmi často nazývaným jako „euforie před smrtí“ označujeme stav, kdy se u umírajícího projeví bdělost a euforická nálada. Toto období trvá zhruba 2-3 dny před samotnou smrtí. Z fyzických změn se může jednat o změnu barvy a prokrvení pokožky, kůže většinou bývá studená, rysy v obličeji se špičatí, slábnou pulz i dech (Machů, 2016, s. 25).

Na smrt je důležité nepohlížet pouze jako na tragický moment života. Smrt představuje také důležitou iniciační zkušenost. Pokud člověk bere v podvědomí skutečnost smrti, nutí ho to žít autenticky, může ho to obohatit ve smyslu, že žije v okamžiku přítomnosti, snaží se prožít život s vděčností a radostí, vede ho to k dokončení úkolů, pozastavení se a schopností vystoupit ze světa praktické nutnosti a prožít daný okamžik (Kupka, 2014, s.10).

V náboženské koncepci však neplatí konečnost života smrtí. Náboženství se snaží člověka ujistit, že smrtí na zemi neznamena konec života, nýbrž pouze oddělení duše od těla, přičemž smrt těla nemá přímý vliv na další existenci duše (ducha). Z toho vyplývá, že v náboženství je smrt chápána jako transformace ducha z existenčního modu do existence modu jiného. Smrtí se tedy dle náboženské tradice označuje začátek nového života (Nešporová, 2007, s. 355).

Postoje ke smrti lze dle vývoje lidských dějin a společnosti shrnout do pěti modelů. Nejstarším modelem, je model z 5. století. Je často nazýván jako „Ochočená smrt“. Smrt

měla veřejnou povahu a byla považována za zkoušku společenství. Úkolem tohoto modelu bylo zabezpečit kontinuitu druhu. Jelikož lidé věřili v posmrtný život, který byl pro ně vnímán jako čas odpočinku, obavy ze smrti byly zbytečné. Model nazývaný jako „Smrt sebe samého“, je známý z 11. století, kdy se postupně přesouval osud směrem k jedinci. Smrt byla považována za osobní a poslední drama jedince. Začal narůstat strach ze smrti, a tak docházelo ke vzniku závětí, aby pozůstalí věděli, jak mají naložit s tělem mrtvého. V tomto období vzniká dualismus, oddělení těla od duše, což je projevem menší úcty k zemřelému. Dalším modelem je „Smrt blízkého“, který mění pohled lidí na smrt. Je znám z 19. století, kdy se pozůstalí neobávali své vlastní smrti, ale smrti druhé osoby. Se smrtí blízkých se vyrovnávali mnohem obtížněji. Předchůdcem a inspirací tohoto modelu je model „Smrt vzdálená i blízká“, který se snaží přiblížit podobu smrti, která byla lidem doposud vzdálená. První z modelů se snaží přiblížit podobu vzdálené smrti. U pátého modelu hovoříme o převrácenosti smrti. Tento model je znám z počátku 20. století, kdy je postoj lidí ke smrti, z důvodu tabuizace, institucionalizace a oddalování smrti znakem selhání společnosti (Kisvertová, Kutnohorská, 2010, s. 212; Lešková, 2016, s. 11-13).

### 1.3 Thanatologie

Jedná se o interdisciplinární vědní obor, pojednávající o smrti a fenoménech, které jsou se smrtí spojovány. Název je odvozen od Thanatose, řeckého boha smrtelného spánku a smrti, který je vyobrazen jako okřídlený spící jinoch s uhasínající pochodní. Thanatologie se nepřednáší jako samostatná vědní disciplína, nýbrž je rozptýlena do několika vědních oborů, jako například filozofie, teologie, medicína, psychologie a sociologie (Haškovcová, 2007, s. 178).

Přístup zdravotnického pracovníka k umírajícímu je individuální, jelikož velmi záleží na jeho vlastním pochopení fenoménu umírání a smrti. U vysokoškolských studentů medicíny a ošetřovatelství se při tématu umírání a smrti objevuje jistá negligace, vytěsnění smrti, což je zpravidla fyziologické, jelikož uvědomování si konečnosti života přichází až v jeho průběhu. V péči o umírající se prolínají silné osobní emoce, což může u zdravotnického personálu vést k thanatofobii. Pojmem thanatofobie označujeme chorobný strach ze smrti (Haškovcová, 2007, s. 178-181).

## 2 PŘECHODOVÉ RITUÁLY TÝKAJÍCÍ SE UMÍRÁNÍ A SMRTI V DĚJINÁCH

Již v průběhu historie se lidé setkávali tváří v tvář s realitou smrti. Každá kultura a náboženství mají své rituály, které umožňují pozůstalým předvídat, přizpůsobit se a uctívat osobu, která umírá. Především se jedná o zachování a zabezpečení stávajícího stavu. Tyto rituály společně s péčí, kterou dokáží poskytnout umírajícím, jsou znakem vyspělosti kultury. Moderní medicína však postupně v mnoha ohledech nahrazuje obřady a rituály, jelikož jde především o myšlenku povinnosti rodiny a zdravotnického personálu zachránit lidský život za každou cenu (Kisvertová, Kutnohorská, 2010, s. 212; Gordon, 2015, s. 2).

V Evropě je v současnosti čas přechodových rituálů spojen s hodnocením negativních prožitků. Společnost začala tyto rituály vnímat jako zastavení času, jako určitý přechod mezi tím, co bylo dříve a poté, kdy má člověk možnost si zrekapitulovat svou minulost a současně přemýšlet i nad svou budoucností. Velmi známým přechodným rituálem je pohřeb, který chrání pozůstalé před zármutkem a zoufalstvím, odvádí a tlumí reakce, které mohou pozůstalé ohrozit a zahltit. Jedná se o konečné potvrzení smrti člověka, které umožňuje pozůstalým truchlit. Truchlení je považováno za přiměřenou reakci pozůstalých osob (Kupka, 2014, s. 23).

### 2.1 Teorie Arnolda van Gennepa

V roce 1909, kdy byla vydána kniha francouzského antropologa, religionisty a etnologa, Arnolda van Gennepa, došlo k převzetí konceptu přechodných rituálů nejen v antropologii, ale i v psychologii a náboženství. Důsledkem toho, došlo k užívání pojmu přechodných rituálů v tématech, která nemají přímou souvislost s antropologií či samotnými rituály, které se týkají umírání. Nejvýraznějšími příklady jsou rituály spojené s cykly lidského života – narození, zasvěcení do dospělosti, manželství a smrt. Van Gennep analyzoval přechodné rituály v rámci teritoriálního přechodu, přičemž se odvolával zejména na starobylé obřady doprovázející cestu člověka, aby úspěšně překonal vstup do následujícího stavu. V případě, že se jedná o změnu sociálního stavu člověka, především jeho tělesné a fyzické zrání v mládí, jedná se o typicky nepřímé rituály, jelikož přechodný rituál do dospělosti podstupují skupiny mládeže společně, což se zřídka shoduje s fyziologickou pubertou. V této souvislosti nejsou přechodné rituály pouze určité změny v tělesném stavu člověka či jeho společenském postavení, ale jsou obecně považovány za účinné látky, které jsou nezbytné pro provedení určité změny. Jako příklad lze uvést rituál spojený se sňatkem v západních zemích, kdy

manželství nenabývá právní moci, dokud pravomocný orgán nevydá veřejné prohlášení: „Prohlašuji vás za muže a ženu.“. Podobným způsobem lze odvodit, že zemřelé osoby nemohou vstoupit do posmrtného světa, dokud není proveden náležitý obřad (Forth, 2018, s. 1-4).

Podle Van Gennepovi teorie, mají přechodové rituály tři samostatné fáze, které na sebe navazují, přičemž přechodné rituály, které jsou spojené se smrtí, jsou podle něj nejdrastičtější formou. Tato teorie se skládá z fáze odloučení, fáze pomezí a fáze opětovného přijetí. Fáze odloučení s sebou nese oddělení subjektu od jeho původního statusu, například zasvěcení dítěte do dospělosti, či se také může jednat o změnu místa. Druhá fáze, fáze pomezí, je velice nejednoznačnou fází, jelikož se jedinec nachází mezi postaveními ve společnosti. Fáze pomezí je definována jako proměna z jednoho stavu do druhého čili se jedná o určitý mezistav. Ve fázi opětovného přijetí, jde o integraci člověka do společnosti, s tím rozdílem, že tento člověk přechází do společnosti ve změněném stavu. Zatímco přechodné rituály spojené s jednotlivými fázemi při přeměně z dítěte v dospělého mohou být rychle ukončeny, přechodné fáze umírajícího člověka bývají značně delší. První dvě fáze, které mohou trvat i roky, způsobují utrpení duše zesnulého člověka, což brání k přechodu do fáze začlenění do posmrtného života (Forth, 2018, s. 1-7).

Během postupného vývoje civilizace se utvářely různé názory a postoje k umírání a smrti. V dějinách se přístup nejen ke smrti, ale také k péči o umírající výrazně lišil.

## 2.2 Umírání a smrt ve starověku

Mnohým starověkým kulturám již nestačilo věřit mýtům ohledně smyslu života, což dalo za zrod racionální vědě s prvky metafyziky. Významnými filozofy této doby byly Sokrates, Platón, Aristoteles a Hippokrates. V medicíně byl kladen významný důraz na hygienu a zdraví člověka bylo ovlivněno životní rovnováhou. Nerovnováha organismu byla způsobena nepoměrem čtyř základních tělesných tekutin – krev, žluč, černá žluč a hlen. Zastáncem této teorie byl Hippokrates, který je také považován za otce moderní medicíny. Ošetrovatelská péče byla poskytována především v rámci rodiny (Kulířová, 2018, s. 2).

Smrtí se ve starověkých dějinách člověk přesunul na jinou rovinu existence, hovoří se o odchodu mrtvého do nadpřirozeného světa. Postoje ke smrti a umírání byly významně ovlivněné a předurčené vztahem k bohům. Starověké civilizace věřili v podobnost mezi světy živých a mrtvých, z toho důvodu většina starověkých kultur v hrobě mrtvého ponechávala část majetku. Chudší obyvatelé byli pohřbívání do hliněných nádob, do hrobu



jim příbuzní nedávali žádné milodary, zatímco movité rodiny přikládaly do hrobu k zemřelému dary, které zemřelý daruje na onom světě bohům, ale také i věci pro samotné zemřelé v podobě oděvů či honosných šperků (Kisvertová, Kutnohorská, 2010, s. 212; Sígl, 2017, s. 37).

### **2.3 Umírání a smrt ve středověku**

Lidé ve středověku považovali smrt za přirozenou součást života. Panovaly spíše obavy z náhlé smrti, jelikož ta umírajícímu neumožnila důstojné rozloučení s příbuznými a žádání o odpuštění všech jeho hříchů (Kisvertová, Kutnohorská, 2010, s. 215).

Středověk dal za vznik počátku ošetrovatelské péče, která byla spojena s šířením křesťanství. Rozvoj ošetrovatelství byl úzce spjatý s válkami, jelikož byla zvýšená potřeba lékařské a ošetrovatelské péče o raněné vojáky. Tato péče však nebyla příliš dostačující, jelikož nebyly zajištěny dobré hygienické podmínky, což dalo za vznik častým onemocněním, epidemiím a hladomoru. Nemoc byla podle církve popisována jako boží trest za lidské hříchy. 12. století s sebou přineslo vlnu epidemií, což mělo za následek prudký pokles obyvatel. Z důvodu vysoké úmrtnosti, začal být život pro mnohé obyvatele velmi obtížný. Ženy se musely starat o hospodářství, ale také pečovaly o nemocné a raněné vojáky. Tato péče však byla pokládána za soukromou záležitost každého křesťana (Kulířová, 2018, s. 2; Kisvertová, Kutnohorská, 2010, s. 215).

V Čechách byla v období středověku významnou osobností Anežka Česká, která se stala zakladatelkou organizované péče o umírající a nemocné. Zasloužila se také o vybudování prvního špitálu v Praze, který byl rozdělen na nemocnici, chudobinec a útulek pro pocestné. Rozvoj špitální péče v Čechách byl však násilně ukončen husitskými válkami, po kterých řada špitálů úplně zanikla (Kisvertová, Kutnohorská, 2010, s. 216).

### **2.4 Umírání a smrt za dob humanismu a renesance**

Období humanismu a renesance přineslo velké změny, jelikož lidé přestali vnímat život jako přípravu na věčnost, byl kladen větší důraz na hodnotu a svobodu člověka. Lidé začali svět chápat racionalisticky a usilovali o harmonii, soulad a vědění. Prudký rozvoj hospodářství umožnil zlepšit životní podmínky. Prováděly se také pitvy, což umožnilo rozvoj anatomie a následně byl ovlivněn také rozvoj chirurgie a péče o rány (Kulířová, 2018, s. 2).

Nemocný byl vyobrazován na smrtelné posteli, přičemž důvěrně hledí na své příbuzné. Příbuzní už nebyli pouze vedlejšími postavami, nýbrž byli vtaženi přímo do děje (Kisvertová, Kutnohorská, 2010, s. 216).

18. století také dalo za vznik novodobým všeobecným nemocnicím, které se převážně orientovaly na léčbu a sloužily výhradně pacientům s akutními problémy. Všeobecné veřejné nemocnice nesměly přijímat chronicky nemocné pacienty. Pacienti s dlouhodobými a nevléčitelnými chorobami byli přemísťováni do chorobinců. V této době vznikaly také starobince a chudobince, přičemž se jednalo o předchůdce dnešních léčen pro dlouhodobě nemocné a domovů pro seniory. Pro pacienty trpící diabetem, kardiaky či pro onkologické pacienty byla poskytnuta pouze domácí péče či péče v chorobincích a chudobincích (Kisvertová, Kutnohorská, 2010, s. 217).

## **2.5 Umírání a smrt v 19. století**

Na počátku 19. století začala smrt v člověku vzbuzovat úzkost. Postoje ke smrti se výrazně změnily, příbuzní a pozůstalí berou smrt bližního mnohem obtížněji (Kisvertová, Kutnohorská, 2010, s. 217).

Přelom 19. a 20. století způsobil určitou komercializaci smrti. Přechodné rituály, převážně ty pohřební, se prováděly pouze z komerčních důvodů, jako součást byznysu. V této době se mluvilo spíše o skromných pohřebních rituálech. Z důvodu zkrácení pohřebních rituálů a tradic během něj, nedávali pozůstalí příliš najevo svou ztrátu, což vedlo k jistému převratu vnímání smrti. Lidé přestali smrt vnímat jako přirozenou součást jejich životů (Kupka, 2014, s. 19)

Hlavní otázkou tohoto období bylo, jak lze každému umírajícímu zajistit alespoň základní materiální a fyzické potřeby. Jednou z nejpropracovanějších složek, která byla také součástí rituálu byla péče duchovní. Idealizace péče o umírající v minulosti byla přenesena do podoby domácího modelu umírání (Haškovcová, 2007, s. 27-28).

### **2.5.1 Domácí model umírání**

Informace ohledně domácí péče o umírajícího se přenášela řadu let z generace na generaci. Důležitým faktorem tohoto modelu bylo poskytnutí opory, útěchy a dostatku času pro vyrovnání se nemocného se situací. Umírající si sám uvědomil, že nastává jeho „poslední hodina“, v přítomnosti svých nejbližších vyslovil svá poslední přání a důstojně se s nimi rozloučil. Poté byl k umírajícímu přivolán kněz, který mu poskytoval útěchu s večerí Páně.

Poskytnutím této svátosti byl umírající připraven na neznámou cestu. Po tomto aktu se umírající uklidnil a již v tichosti čekal na svou smrt. V případě nepříznivých podmínek, za kterých nemohl být zesnulý pohřben na hřbitově, byl položen na hladce vyrobená prkna. Prkna byla zdobena malbami a různě vyřezávanými symboly, také nechyběl štítek se jménem a majetkem zesnulého. Prkna byla umístována na rozcestích statků a měla ochranný a symbolický význam pro pozůstalé (Haškovcová, 2007, s. 27-29; Kisvertová, Kutnohorská, 2010, s. 217).

Tato forma umírání je v historii spíše vzácností, jelikož mnohdy byla rodina umírajícího nefunkční (Haškovcová, 2007, s. 29).

### **2.5.2 Institucionální model umírání**

Díky urbanizačnímu rozvoji se umírání postupně přesunovalo do nemocnic. Zodpovědnost byla přenášena z umírajícího a jeho rodiny na zaměstnance nemocnice. Pro tento model bylo prvotně důležité zajistit, aby každý umírající měl čisté lůžko, teplo, jídlo a alespoň základní hygienické zázemí. Avšak na pokojích bývalo velké množství postelí. Z tohoto důvodu se začaly používat pro větší komfort nejen pacienta, ale i ostatních lidí, kteří měli být ušetřeni pohledu na umírání cizího člověka bílé zástěny neboli plenty. Plenta hrála důležitou roli pro zajištění soukromí a klidu pro pacienta a spolupacienty. Později byli umírající pacienti vyčleněni na zvláštní pokoj, což mělo negativní dopad na psychiku (Haškovcová, 2007, s. 29-31; Kisvertová, Kutnohorská, 2010, s. 218).

U tohoto modelu je však značná absence lidského kontaktu, což způsobuje značný diskomfort nejen pro umírající, ale také pro zdravotníky, kteří se brání citové zainteresovanosti a soustředují se spíše na nemoc a výsledky vyšetření pacienta než na jeho osobnost. (Haškovcová, 2007, s. 29-31).

## **2.6 Umírání a smrt ve 20. století**

V první polovině 20. století došlo ke dvěma světovým válkám, ve kterých zahynulo obrovské množství lidí. To následně způsobilo, že se o smrti příliš nemluvílo a šlo spíše o zkvalitnění a prodloužení zdravého života. Společnost se snažila odmítat fakt smrti, a také se snažila ohavnost smrti zakrývat. V tomto období došlo také k tabuizaci tématu smrti, na což poukázala americká lékařka Elisabeth Kübler Rossová. Rossová se zabývala potřebami, které byly pro umírající v nemocnicích nezbytné. Uvedla, že zejména lékaři se snažili zakrývat úděl smrti, a to především z důvodu, že smrt znamenala jejich neúspěch (Nešporová, 2007, s. 357-358).

V letech 1918-1945 došlo k prudkému rozvoji a stavění nemocnic. Proto došlo k ústupu domácího modelu umírání a byl více využit institucionální model. Avšak velkou nevýhodou tohoto modelu bylo, že člověk neumírá v rodinném kruhu, nýbrž v okruhu anonymních lidí – personálu nemocnice. I přesto, že byli umírající po materiální stránce zabezpečeni, péče o jejich psychickou stránku, kdy si nemohli s nikým promluvit a sdělit svůj úděl. Někteří autoři začali poukazovat na nedostatečnost nemocniční péče umírajícím, což vedlo ke vzniku hospicového hnutí. Hlavním úkolem tohoto hnutí bylo poskytnout kvalitní útěšnou neboli paliativní péči pacientům v terminálním stádiu onemocnění (Kisvertová, Kutnohorská, 2010, s. 218, Nešporová, 2007, s. 359).

Lidé usilovali o prodloužení individuálního lidského života například tím, že se začalo vyrábět stále více účinnějších léků k léčení nemocných, prováděly se čím dál odvážnější operace, které umožňovaly transplantaci důležitých orgánů. To zapříčinilo nové postoje ke smrti a umírání a také k etickému problému – eutanázii. I při takto důležité etické otázce, jako je eutanázie, je důležité zachování lidské důstojnosti. Hlavním odpůrcem eutanázie byla církev. Také díky nezastavitelnému pokroku medicíny a hygieny se lidé začali dožívat vyššího věku (Küng, 2015, s. 92-93).

Od 2. poloviny 20. století se také změnily rituály týkající se zemřelých. Doposud prováděla péči o tělo rodina, což se však změnilo a tato péče byla přenesena na odborníky. V mnoha zemích začalo klesat provádění pohřebních rituálů, v některých případech se tyto rituály vytratily úplně. Tradiční náboženský obřad nahradil civilní humanistický obřad, avšak křesťanská tematika byla stále hojně využívána. Důležitou změnou ve 20. století bylo zavedení kremace zesnulého jako plnohodnotný způsob pohřbu. Avšak počet kremací začal stoupat až po druhé světové válce. Od 90. let 20. století se pozornost veřejnosti ke smrti zvyšovala, avšak alternativní možnosti umírání, paliativní a hospicová péče se v České republice stále vyvíjely velmi pomalu (Nešporová, 2007, s. 363-365).

## **2.7 Význam přechodových rituálů pro moderní společnost**

Převážná většina populace má určité představy o formách posmrtného života. Společnost přestala vnímat církev jako instituci, která má jako jediná kompetence v rozhodování o nakládání s těly zemřelých. V dnešní společnosti mají pozůstalí jedinečnou možnost vyjádřit smutek a poslední rozloučení vlastním způsobem. Přechodný rituál se již bere spíše jako povinnost a projev úcty a poděkování vůči zemřelým, avšak pohřební rituál naplňuje potřeby především pozůstalých, kteří mohou pomocí tohoto rituálu snadněji prožít proces truchlení.

V nemocničním prostředí přišel pohřební rituál o svůj význam, jelikož hlavním cílem je především záchrana života za každou cenu. Rozvoj moderní společnosti způsobil odstranění některých tradičních rituálů, které člověku dodávaly útěchu, a tak se moderní člověk stává více zranitelným, jelikož ztrácí schopnost čelit smrti druhých i své vlastní (Kupka, 2014, s. 17).

### 3 UMÍRÁNÍ A SMRT V POSTMODERNÍ SPOLEČNOSTI

#### 3.1 Postmoderní společnost

Termín postmodernismus se užívá k označení určitého způsobu a stylu života. Vznik tohoto směru se datuje od 80. let 20. století, načež počátky postmoderní společnosti se začaly utvářet již po druhé světové válce, kdy došlo ke změně ideologie a systému z důvodu velkého počtu obětí kvůli válce. Hlavními centry vzniku postmodernismu v Evropě byly v Západní Evropě – především Francie, Velká Británie. V moderní společnosti se do popředí dostává člověk a rozum, klade se důraz na individualitu každého jedince, jedinec je chápán jako rovný všem ostatním, má právo na svobodné myšlení a nakládání se sebou samým. První i druhá světová válka poznamenala společnost natolik, což dalo za vznik novému pohledu na umírání a smrt ve společnosti (Dufková, 2017, s. 25-35).

#### 3.2 Postoje postmoderní společnosti k umírání a smrti

Sociologové označují smrt jako „zhuštěnou socializaci“, která s sebou nese fáze popírání, hněvu, vyjednávání, deprese a přijetí, jak již bylo popsáno v první kapitole. Díky rozvoji medicíny se lidé dožívají vyššího věku, ale také se mění příčiny úmrtí. V historickém kontextu převažovalo úmrtí na infekční nemoci, dnes jsou nejčastějšími příčinami úmrtí zhoubné a srdeční nemoci. Dříve, než nastane biologická smrt se velmi často můžeme setkat s pojmem sociologická smrt, kdy veřejnost vyřadí jednotlivce ze společnosti, právě z důvodu onemocnění, kterým daná osoba trpí (Sígl, 2017, s. 8).

Postoj, jaký zaujímá k umírání a smrti veřejnost, tvoří velice významný faktor pro rozvoj veřejné politiky a politické vůle, která určuje budoucí vývoj poskytování zdravotnické a ošetrovatelské péče. Na formování postojů veřejnosti ke smrti, mají také vliv rozdílné mezinárodní přístupy ve zdravotní péči. V důsledku nedostatečné informovanosti a neschopnosti diskutovat o umírání a smrti, vyvolává smrt v každé populaci jistý strach. Hlavním problémem je nedostatečná informovanost o službách, které se umírajícím nabízí, jak o tyto služby žádat a jak k nim přistupovat. Pro zkvalitnění poskytované ošetrovatelské a zdravotní péče, je velmi důležité porozumět faktorům, které mohou ovlivnit postoj veřejnosti k umírání a smrti. Názory populace ohledně umírání a smrti, jsou také velmi důležité pro určení potřeb pacientů v terminálním stádiu onemocnění (Cox a kol., 2013).

Lidé mnohdy mají pocit, že smrt pro ně není skutečná. Pokud si však člověk dokáže skutečnost smrti připustit, zvládne nezanedbávat věci a hodnoty, na kterých opravdu záleží.

Člověk zkoumá, co má v životě opravdovou hodnotu, váží si svého drahocenného času a dělá věci, které jsou pro něj důležité. V dnešní době čelí společnost životu často bez náboženského systému. V případě, že člověk dosáhne pocitu naplnění o tom, že vedl kvalitní život, ve výsledku zmírňuje děsivost smrti (Kupka, 2014, s. 17).

### 3.2.1 Tabuizace smrti

Již v minulosti se velmi často diskutovalo o smrti, jako tabuizovaném tématu. Téma, které nebylo přijatelným pro vědecké výzkumy, vzdělávání či pro diskusi na veřejnosti. Proto se téma smrti udržovalo v jakési karanténě, aby „nenakazilo“ způsob myšlení a prožívání života lidí, z tohoto důvodu se stále hovoří o společnosti, která se snaží smrt popírat (Corr, Corr a Doka, s. 3, 2018).

Fenomén tabuizované smrti se převážně rozvinul po druhé světové válce, na vině je také totalitní systém, který modifikoval jednotlivé formy tabuizace ohledně smrti. Ve vyspělých zemích došlo k tabuizaci všeho, co veřejnost hodnotí jako svůj neúspěch. V dnešní době je smrt považována za technickou a lékařskou závalu. O smrti se mluví jako o nepatřičném fenoménu, který se do moderního světa plného vědy a techniky nehodí (Haškovcová, 2007, s. 22-23).

Smrt je pro společnost určitou představou konečnosti všeho, co člověk vybudoval, na čem mu doposud záleželo. Jedná se o neúnosnou a nespravedlivou mez, proto se lidé namísto zkvalitnění umírání, snaží o prodloužení života. S rozvojem a pokrokem medicíny si lidé začali vytvářet určitou ideu o nekonečnosti života, což nahradilo víru ve věčný život a způsobilo, že se o smrti příliš nemluví (Heřmanová, 2015, s. 19-20).

Objektivní vnímání smrti člověka, záleží především na tom, jakým způsobem se koncept smrti utváří již v dětství (Heřmanová, 2015, s. 22).

### 3.3 Vývoj chápání smrti v dětském věku

Dospělí se často snaží děti chránit před tématy jako jsou umírání a smrt, z důvodu možné traumatizace. Tabuizace smrti způsobila, že se o tématu umírání a smrti člověka přestalo mluvit v rodině i ve škole, což vede k nepřipravenosti dětí i dospívajících při setkání s reálnou smrtí (blízké či známé osoby). I přesto ale není nezbytné zařazení thanatologie, jako předmětu, nýbrž je podstatná implementace tématu do oborů a disciplín, které toto téma zahrnují. Měl by být především kladen důraz, aby si děti a dospívající osvojili a později

aplikovali poznatky a své postoje ohledně umírání a smrti (Preissová, Špatenková, 2013, s. 230-249).

Existují tři stádia vývoje chápání konceptu smrti v dětském věku. První fáze zahrnuje děti do 5 let, kdy nedokáží rozlišit smrt, ztotožňují smrt jako podobu dlouhého spánku, a vnímají ji jako reverzibilní jev, nevedou žádné úvahy o sobě samém, natož o smrti. U této věkové kategorie se však velmi často můžeme setkat se separační úzkostí, kdy má dítě strach z imaginárních bytostí a tmy, proto je nutné sledovat význam těchto jevů pro formování chápání smrti. Odchod blízké osoby dítě vnímá jako její zánik. V tomto duchu dítě prožívá emoce se ztrátou vždy, když přestane danou osobu vnímat. Počátky uvědomění si existence smrti přichází v druhé fázi, u dětí 5-9 let věku, kdy si však ovšem nedokáží připustit univerzalitu smrti. Od 9. roku života začínají chápat koncept trvalosti a univerzality smrti. V adolescentním období dítě dosahuje stability objektivního vnímání konceptu smrti. V tomto období se dítě začíná zajímat o svou budoucnost a začínají zde panovat negativní pocity a strach ze smrti (Kupka, 2014, s. 80).

Vnímání smrti se mění během jednotlivých fází života. Změna myšlení ohledně umírání smrti nastává nejen mezi přechodem z dětství do dospělosti, ale lze také pozorovat změny u produktivní a starší populace.

### **3.4 Rozdíly v postojích starší a produktivní populace**

Je obecně známé, že u starších pacientů má velký vliv na psychiku jejich chátrající organismus, který pro sestru představuje mnohem větší komplikaci v péči o jejich fyzickou stránku. V případě, že se jejich fyzický stav zlepší, projeví se to i na jejich psychice, změnou nálady. Staří lidé jsou ve většině případů smíření, že jednou musí zemřít, i když to nedávají okolí příliš najevo. U pacientů v produktivním věku je však udržování jejich psychického stavu mnohem složitější, pacienti, kteří doposud neměli žádné příznaky, po určitou dobu nevěří, že trpí nějakým závažným onemocněním. Mají určité představy o svém životě do budoucna, závazky, cíle, kterých chtějí dosáhnout, a při zjištění závažného onemocnění upadají do depresí a pesimismu, mají pocit jako by se jim celý život zhroutil (Dostálová, 2016, s. 60).

Během pandemie Covid-19 starší, ale i produktivní část populace částečně změnila své názory týkající se umírání a smrti.



### **3.5 Změněné postoje populace k umírání a smrti během pandemie Covid-19**

Pandemie Covid-19 dala za vznik novým postojům ke smrti a projevům lidskosti. Vzhledem k vysokým počtům nakažených a úmrtí, společnost usilovala o rozptýlení strachu a vzájemnou ochranu duševního zdraví nejen pozůstalých rodin, ale i umírajících. Umírající pacienti ztráceli na lidské důstojnosti a svobodě, jelikož za doby pandemie nemocnice zavřely své brány před návštěvami blízkých, což způsobilo, že nemocný umíral naprosto osamocen. V takovém případě, kdy člověk umírá o samotě, se jedná o velmi závažné pochybení společnosti. Pro pacienta, který nemá možnost umírat v přítomnosti své rodiny, je tak mnohem důležitější naslouchání, empatie a čas, který mu může zdravotnický personál poskytnout před vlastní zdravotnickou péčí, proto je nutné, zajistit pro ošetrovatelskou péči, aby se lidskost a soucit na konci života udržely v nových a stále se měnících způsobech práce. Velmi důležitou součástí ošetrovatelské péče je, aby se pacient i jeho příbuzní cítili bezpečně. Pro zajištění ochrany proti poškození duševního zdraví a pohody umírajících pacientů, je tedy důležité projevit lidskost ošetrujícího personálu, což ve výsledku může pomoci nejen pacientovi, ale i jeho rodině se smířit s obtížnou smrtí a komplikovaným utrpením, které by mohlo následovat. Takový projev lidskosti byl zprostředkován především využitím technologií, kdy měl pacient možnost komunikovat s rodinou a blízkými prostřednictvím videohovorů a telefonátů (Yardley, 2020, s. 1).

V dnešní době se smrt přesouvá spíše do nemocnic. Péče o umírající je založena na praktickém a profesionálním přístupu. Avšak u této péče je zachován neosobní přístup. Zdravotnický personál má za cíl záchranu života, a tak převážnou většinu času věnují pacientům, u kterých je šance záchranu, z tohoto důvodu dochází k izolaci umírajícího a k neochotě mluvit s jeho rodinnými příslušníky. Proto je velmi důležité péči o umírající neustále zdokonalovat. Důležitým faktorem pro kvalitu této péče je osobní postoj k umírání a smrti nejen sester, ale celého zdravotnického personálu. Pokud sestra zaujímá negativní postoj k umírání a smrti, většinou i péče o umírající pacienty není dostatečně kvalitní (Kupka, 2014, s. 25).

### **3.6 Vztah mezi postojem sester a péčí o umírající**

Ve většině případů nemají sestry dostatečné znalosti ohledně hospicové a paliativní péče, což v důsledku způsobuje, že sestry nevědí, jak komunikovat a přenášet emoce při péči o

pacienty na konci života a zaujímají tak negativní postoj ke smrti. Také mají strach z komunikace s pozůstalými, což je vcelku závažný problém, proto je velmi důležité usilovat o posílení vzdělávání sester v oblasti hospicové péče, změnit jejich postoje k hospicové péči a navádět je k lepšímu zvládnání stresu při zátěži v klinické praxi, což ve výsledku může vést ke zkvalitnění péče o umírající. Vzdělávání sester v problematice umírání a smrti může být také prospěšné pro aktivní léčbu nevléčitelně nemocných pacientů, pro jejich přijetí přirozeného zákona života a v neposlední řadě pro poskytnutí pacientům a jejich rodinám odpovídající duševní a psychologické podpory (Qinghua, Tao a Gao, 2020, s. 2).

## 4 ETICKÉ VÝZVY TÝKAJÍCÍ SE UMÍRÁNÍ A SMRTI

Péče o nevléčitelně nemocné provází lékaře, sestry a ostatní ošetrovatelský personál téměř každý den. Převážná většina onemocnění chronického charakteru významně zkrátí pacientův život, jelikož dříve nebo později vede progrese onemocnění k nevyhnutelné smrti. I přes velký pokrok a neustálý rozvoj medicíny, stále u těžkých chronických onemocnění převažuje paliativní péče nad kurativní. Zdravotnický tým je orientovaný na jeden jediný cíl, a to uzdravit nemocné. Jakoukoli jinou možnost považují za svůj neúspěch. Na zlepšení kvality umírajících se výrazně podílí moderní paliativní medicína a interdisciplinarita zdravotnického personálu. Hlavním cílem u paliativní péče je zmírnění či odstranění obtíží pacienta, zachovat jeho důstojnost a zlepšovat kvalitu jeho života (Haškovcová, 2007, s. 12-13).

Je ale velmi důležité si uvědomit, že všechny lidské bytosti jsou smrtelníci, proto je pro každého člověka smrt nevyhnutelná. Vyspělé technologie mají možnost zasáhnout v době, kdy má nastat smrt, což ale vede pouze k prodloužení života. Pro pacienty a jejich rodiny vyvstává tedy otázka, zda během péče na konci života upřednostní léčbu, či se vzdají možnosti léčby (Karnik, Kanekar, 2016, s. 1).

V následující kapitole budou vymezeny základní etické výzvy, které se domníváme, že souvisí s problematikou umírání a smrti a tvoří významná dilemata, která mohou lidé v postmoderní společnosti řešit. Vybrali jsme takové, které jsme na základě studia považovali za významné dle našeho názoru pro lidi cílové skupiny výzkumu.

### 4.1 Pravda na nemocničním lůžku

Úkolem lékaře je sdělit pacientovi jeho diagnózu, postup léčby případně prognózu i v případě, pokud se jedná o závažné onemocnění. O sdělování závažných diagnóz se vedou rozsáhlé etické debaty, zda je vhodné pacientovi říct pravdu ohledně jeho zdravotního stavu, či sdělit milosrdnou lež. Skutečná pravda může mít důsledek na zhoršení pacientova psychického stavu, avšak již v Listině základních práv a svobod je psáno, že má pacient právo vědět o svém zdravotním stavu. Onkologičtí pacienti si často vyhledávají pomoc mimo medicínu. Tato medicína se označuje jako medicína alternativní, avšak mnoho lékařů se této myšlence využití alternativní medicíny při léčbě nádorů vyhýbají. Lékař je ale povinen informovat pacienta ohledně této alternativní medicíny pravdivě (Dostálová, 2016, s. 85-86).

Často se setkáváme se stížnostmi pacientů ohledně nedostatečné informovanosti týkajících se jejich zdravotního stavu, v některých případech jsou tyto stížnosti oprávněné, protože pokud pacientům chybí tyto informace, nastupuje magické myšlení, vymyšlení „hororových scénářů“ a silné emoce. Lékař, který podává pacientovi informace o závažnosti jeho zdravotního stavu, by měl především využít svých předchozích zkušeností (Dostálová, 2016, s. 75).

## 4.2 Svobodná vůle při rozhodování

Převážná většina odborníků i laická veřejnost se domnívá, že nevléčitelně nemocný člověk, který trpí nesnesitelnými bolestmi a je u něj očekávána smrt, má právo se svobodně rozhodnout, zda chce dlouhé trápení při umírání ukončit (Haškovcová, Kučerová, 2020, s. 28).

Zdravotničtí pracovníci, především lékaři, musí poskytnout podrobné informace o možnostech, přínosech a nevýhodách léčby, které může pacient využít na konci svého života. V tomto okamžiku je na pacientovi, zda hodlá podstoupit léčbu, a tím prodloužit svůj život, či považuje tuto léčbu za marnou. Nicméně by lékař měl respektovat přání pacienta. Také velmi důležitou povinností lékaře, je chránit pacienta, tudíž v případě, že by léčba mohla způsobit více škody než užitku v ní nadále nepokračovat. Takovou léčbu lze označit za marnou (Karnik, Kanekar, 2016, s. 1).

Velmi diskutovaným etickým problémem je, zda je svobodná vůle opravdu svobodná. Je jisté, že nevléčitelně nemocný člověk je velmi ovlivněn svou nemocí, bolestí, nejistotou a strachem o jeho budoucnosti, proto je velmi sporné, zda je projev jejich vůle opravdu svobodný. Je velmi důležité brát ohledy, zda se vyjádřením svobodné vůle nejedná pouze o okamžitě vyslovené přání na podkladu volání o pomoc (Haškovcová, Kučerová, 2020, s. 32).

## 4.3 Předem vyslovené přání

Pokud se člověk obává budoucnosti ohledně svého zdravotního stavu, je v zákoně České republiky možnost využít institutu předem vysloveného přání. Jedná se o písemné vyjádření, které pojednává o jeho budoucích přáních a krocích, které mají lékaři podniknout při konci jeho životní cesty. Jelikož tato možnost není v populaci příliš rozšířená z důvodu menší propagace, stále se hovoří o jiných možnostech eutanázie (Haškovcová, Kučerová, 2020, s. 33).

#### 4.4 Asistovaná sebevražda

Asistovaná sebevražda je jednou z možností eutanázie, při které není nutná asistence lékaře. Tato forma eutanázie s sebou nese celou řadu etických i procesních problémů, vyvolává emotivní diskuse jak pro odborníky, tak i pro laickou veřejnost. V mnoha zemích je asistovaná sebevražda uzákoněna, v jiných je tolerována. Pro uzákonění v České republice, se mělo rozhodnout na jednání Parlamentu České republiky na jaře 2020, avšak vzhledem k pandemii koronaviru, k jednání vůbec nedošlo. Je jisté, že k uzákonění asistované sebevraždy perspektivně dojde. Pandemie koronaviru také dala za vznik novému jevu, tzv. přirozené eutanázie, o které se v budoucnu také bude diskutovat. Tímto termínem lze označit „přirozenou smrt“ seniorů, kteří zemřeli v důsledku nakažení onemocněním covid-19, avšak například v zemích jako je Itálie či Španělsko, jim nemohla být poskytnuta náležitá lékařská péče z kapacitních nedostatků. Z tohoto důvodu je důležité upozornit do budoucna na narůstající psychologický diskomfort zdravotnických pracovníků a zvýšený nárůst depresí a smutku u pozůstalých (Haškovcová, Kučerová, 2020, s. 27-28).

Zpočátku se právo na asistovanou sebevraždu týkalo pouze dospělých osob, zatímco v Belgii se pro asistovanou sebevraždu mohou rozhodnout také mladiství, u dětí 12-16 let by měl lékař k jejich rozhodnutí přihlížet. V posledních letech se v některých zemích asistovaná sebevražda uzákonila i pro zdravé lidi, kteří se rozhodli ukončit svůj život z důvodu například chronického alkoholismu či depresivních stavů. Z etického hlediska je asistovaná sebevražda považována za nehumánní, avšak většina odborníků tvrdí, že je vhodnější a důstojnější než jiné riskantní metody ukončení života. K fenoménu asistované sebevraždy se lze do budoucna obávat ageistických sebevražd, které se mohou týkat lidí vyššího věku, kteří mají obavy o svou budoucí nesoběstačnost a závislost na pomoci druhých. Závažným problémem je stále narůstající neochota rodinných příslušníků pečovat o staré a nemocné příbuzné, což výrazně zatěžuje důchodový systém, sociální a nemocniční zařízení (Haškovcová, Kučerová, 2020, s. 30-31).

#### 4.5 Posmrtné dárčovství orgánů

Transplantace orgánů nemocnému člověku výrazně zvýší kvalitu jeho života nejen z důvodu jeho prodloužení, ale i z důvodu snížení nákladů za celkovou léčbu. I v dnešní době nejsou orgány od zemřelých příliš dostupné, i přesto se stále jedná o významný transplantační zdroj. Proto je důležité informovat společnost o možnosti posmrtného darování jako „dar života“ pro druhé. Pro posmrtné darování orgánů je stále důležité mít souhlas od potencionálního

dárce či jeho rodiny, který však využití těchto dárců snižuje. Mezi nejúčinnější formu posmrtného dárcovství orgánů patří „předpokládaný souhlas“, který společnost schvaluje. Jedná se o případ, kdy dospělý jedinec zemře, stane se automaticky potencionálním dárce bez ohledu na přání rodinných příslušníků. Výjimku tvoří pouze lidé, kteří se registrovali v Národním registru osob nesouhlasících s posmrtným odběrem tkání a orgánů. Také křesťanství, judaismus a islám s tímto principem souhlasí z důvodu, že se povolení rodiny nemusí vyžadovat, jelikož vlastníkem lidských orgánů je Bůh (Ptáček, Bartůněk, 2014, s. 229).

Česká republika souhlasí s principem předpokládaného souhlasu, avšak v řadě dalších zemích je tento předpokládaný souhlas je napadán řadou etických otázek. V mnoha zemích se zvažuje, že by v případě posmrtného dárcovství orgánů, získala rodina zemřelého finanční kompenzaci. V tomto případě nejde o obchod s orgány, ale o náhradu nákladů na poslední rozloučení, tudíž by tato finanční částka šla přímo organizaci, která uskuteční pohřeb zesnulého (Ptáček, Bartůněk, 2014, s. 229).

#### 4.6 Eutanázie

O eutanázii se uvažuje v případě, pokud je zdravotní stav pacienta beznadějný, nereaguje na léčbu a pacient trpí nesnesitelnými bolestmi. V původním řeckém termínu se jednalo o vhodnou fyziologickou smrt (Dostálová, 2016, s. 77).

Pojmem eutanázie lze vyjádřit vědomé a úmyslné konání pro bezbolestné navození smrti v případě terminálního stádia onemocnění, či ireverzibilního stádia kómatu (Vácha, 2019, s. 10).

Eutanázii lze rozdělit na aktivní a pasivní. K aktivní eutanázii dochází v případě, že je člověk usmrcen na jeho vlastní žádost z důvodu nevléčitelného onemocnění, které stále progreduje. Pokud se úmyslně neprovedou lékařské výkony, které by pouze život pacienta prodloužily, ale pacient by stále trpěl stejně, jedná se o eutanázii pasivní. (Dostálová, 2016, s. 77).

V České republice je eutanázie i asistovaná sebevražda dle trestního zákoníku č. 140/1961 Sb., § 219 zakázána. V roce 2017 bylo provedeno výzkumné šetření ohledně názorů na legalizaci eutanázie. Účastnilo se ho 1019 respondentů ve věku nad 15 let. Pro umožnění legalizace eutanázie bylo 63 % dotazovaných respondentů (Vácha, 2019, s. 7).

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 5 METODIKA PRÁCE

V této části budou popsány hlavní a dílčí cíle, techniky zkoumání, charakterizování participantů a popsána analýza výzkumu.

### 5.1 Cíle průzkumu bakalářské práce

**Hlavní cíl:** Zjistit, jaký postoj zaujímá produktivní složka populace k umírání a smrti

**Dílčí cíle:**

1. Zjistit, jaké postoje má cílová skupina k samotné smrti.
2. Zjistit, jaké postoje má cílová skupina k samotné smrti.
3. Zjistit názory a postoje cílové skupiny k umírání ve zdravotnickém zařízení a v domácím prostředí.
4. Zjistit, jaký zaujímá cílová skupina postoj ohledně vybraných etických otázek týkající se umírání a smrti.

### 5.2 Metoda průzkumného šetření

Pro kvantitativní výzkum byla využita metoda dotazníkového šetření. Skupinu respondentů tvořily osoby ve věku 18-55 let nezávisle na pohlaví, povolání či dosaženého vzdělání. Při sběru dat bylo dbáno na zachování anonymity a dobrovolnosti. Respondenti byli obeznámeni, že získaná data budou sloužit pouze pro účely bakalářské práce.

Pro účel výzkumu byl vytvořen nestandardizovaný dotazník (příloha č. 1), který obsahoval celkem 29 tvrzení, se kterými lidé mohli souhlasit, či nesouhlasit. Dotazník byl vytvořen pomocí Google forms a následně byl elektronicky distribuován na sociální síti Facebook. Jako námět dotazníkového šetření sloužil standardizovaný dotazník *The Quality of Dying and Death Questionnaire (QODD)*.

Obsahem dotazníku jsou samotná tvrzení, kterých je celkově 29. Dotazníkové položky jsou mimo prvních dvou demografických otázek pokládány formou tvrzení, na která lidé odpovídali zakřížkováním, zda s daným tvrzením souhlasí či nesouhlasí, přičemž 4 tvrzení jsou pro zjemnění formou citátu. První otázka v dotazníku je formou otevřené odpovědi, kdy se táže na věk a druhá otázka je formou uzavřené odpovědi, přičemž se táže na nejvyšší dosažené vzdělání.



### 5.3 Zpracování dat

Výsledná data, která jsme z dotazníkového šetření obdrželi, byla následně uspořádána do statistických tabulek. Zpracování dat proběhlo v programu Microsoft Excel, kde byla vypočítávána absolutní četnost (n) a relativní četnost (r). Pro optimální přehlednost byly tabulky následně zpracovány do grafů.

Absolutní četnost (n) značí počet respondentů, kteří na dané tvrzení odpověděli stejně.

Relativní četnost (r) značí poměr stejných odpovědí ku celkovému počtu respondentů, přičemž je relativní četnost v tabulkách zaokrouhlena na celá čísla.

### 5.4 Charakteristika dotazníkových položek

Jednotlivé otázky dotazníku jsou uspořádány tak, aby zodpovídaly konkrétně na tvrzení spadající k hlavnímu a dílčím cílům:

Hlavní cíl: **Zjistit, jaký postoj zaujímá produktivní složka populace k umírání a smrti.**

První dílčí cíl: **Zjistit, jaké postoje má cílová skupina k samotné smrti.**

3. Bojím se své vlastní smrti
4. Obávám se dlouhého umírání
5. „Nejlepší smrt je neočekávaná.“ (Caesar)
6. „Nejhorší není umírání samotné, ale to, že člověk neví, kdy nebo jak.“ (George R.R. Martin)
7. „Někteří lidé se tak bojí smrti, že ani nezačnou žít.“ (Henry van Dyke)
8. Domnívám se, že je důležité s dětmi mluvit o smrti již od útlého věku
9. Pokud je s dětmi smrt rozebírána, může to mít vliv na utváření jejich budoucích postojů k umírání a smrti
10. Pro moderní společnost je smrt tabu
11. V minulosti měli lidé větší úctu a přirozenější vztah ke smrti a umírání než v současné době

Druhý dílčí cíl: **Zjistit, jaké má cílová skupina názory na pohřební rituály.**

12. Náboženský obřad v kostele považuji za významný rituální obřad pro moderní společnost
13. Otevřenou rakev na pohřbu považuji jako důstojný akt rozloučení se zesnulým
14. Jako důstojné rozloučení se zesnulým považuji pro rodinné příslušníky, kteří se nemohou v dnešní době pohřbu účastnit i online přenos
15. Nejlepší variantou je pro mě pohřbívání žehem (kremace)
16. V souladu s lidskými právy, by měli mít blízcí VŽDY možnost navštívit umírajícího na covid či jiné onemocnění v nemocnici

Třetí dílčí cíl: **Zjistit názory a postoje cílové skupiny k umírání ve zdravotnickém zařízení a v domácím prostředí.**

17. Za dobré umírání považuji umírání v kruhu rodiny v rodinném prostředí
18. Zemřít doma může být těžší, než se zdá, jelikož rodina nemusí péči a situaci zvládnout
19. Chtěl bych raději zemřít v nemocnici, jelikož sestry mají profesní znalosti a dovednosti k péči a jsou obdařeny uměním doprovázet umírající
20. Chtěl bych raději zemřít v nemocnici, aby mě rodina neviděla v takovémto stavu utrpení
21. Nechci umírat doma z důvodu možné absence lékařské a ošetrovatelské péče
22. Dokáži se postarat o blízkého umírajícího

Čtvrtý dílčí cíl: **Zjistit, jaké zaujímá cílová skupina postoje ohledně vybraných etických otázek týkající se umírání a smrti.**

23. Přál bych si, abych mohl v případě vážného úrazu či nevléčitelné nemoci předem rozhodnout, co se semnou bude dít
24. V případě, že je člověk schopen rozhodování, má možnost odmítnout další léčbu, kterou již považuje za marnou
25. Posmrtné dárčovství orgánů považuji za vysoce prospěšný čin

26. Každý člověk má možnost darovat po smrti své tělo pro výzkumné a studijní účely (pitvy)
27. Eutanázií lékař porušuje nejzákladnější principy lékařské etiky, to je nepoškodit pacienta a činit dobro
28. „Nejen eutanázie, ale už sama žádost o ni vždycky znamená selhání. Selhání lékaře, selhání společnosti, selhání okolí žadatele nebo žadatele samotného.“ (Marie Svatošová)
29. Lékař má právo rozhodnout za nemohoucího pacienta o jeho životě

K inspiraci dotazníkového šetření sloužil standardizovaný dotazník *The Quality of Dying and Death Questionnaire (QODD)*

## 5.5 Organizace průzkumného šetření

Dotazníkové šetření se uskutečnilo v období od 28. 3. 2022 do 13. 4. 2022. Dotazníky byly distribuovány pomocí sociální sítě Facebook. Anonymního šetření se zúčastnilo celkem 547 respondentů. Navráceno bylo 100 % dotazníků, z nichž po přehodnocení bylo rozhodnuto o použitelnosti všech vyplněných dotazníků.

## 6 ANALÝZA A ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT

Bylo zpracováno celkem 29 položek dotazníku, odpovídalo 547 respondentů, jelikož se pro online formu dotazníku dalo nastavit, že respondenti musí odpovědět na veškeré otázky, nebyl ani jeden dotazník vyřazen pro neúplnost.

Položky č. 1 a 2 se týkají osobních informací respondentů.

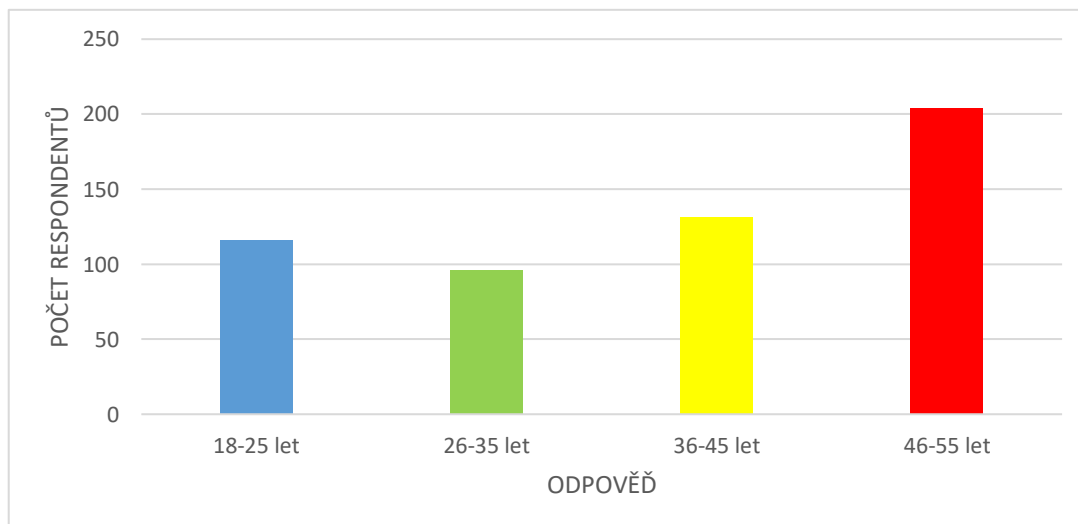
### Dotazníková položka č. 1

Jaký je Váš věk?

- 18-25 let
- 26-35 let
- 36-45 let
- 46-55 let

*Tabulka 1: Věk respondentů*

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (r)
18-25 let	116	21 %
26-35 let	96	17 %
36-45 let	131	24 %
46-55 let	204	37 %



*Graf 1: Věk respondentů*

**Komentář:** Položka č. 1 je typicky demografická, rozděluje respondenty podle věkové kategorie. Výsledky ukazují (viz. tabulka č. 1), že 116 respondentů bylo ve věku 18-25 let. Druhou a nejmenší skupinou jsou respondenti ve věku 26-35 let, kterých zodpovědělo na dotazník 96. Třetí skupinou byli lidé ve věku 36-45 let, jejichž počet byl 131. Nejpočetnější skupinu tvořili respondenti ve věku 46-55 let, kterých bylo celkově 204.

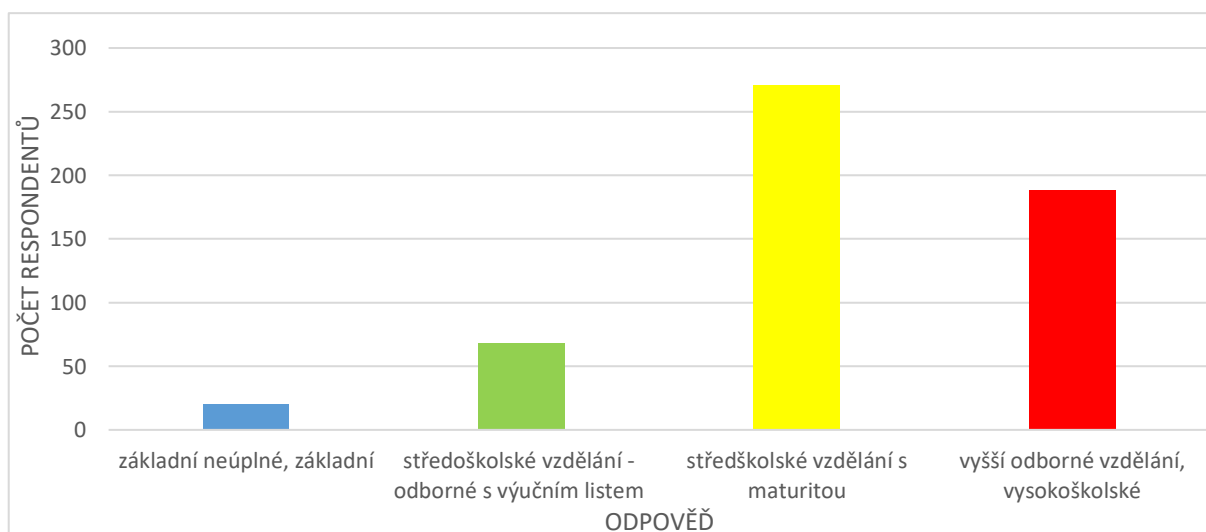
**Dotazníková položka č. 2**

Jaké je Vaše nejdříve dosažené vzdělání?

- Základní neúplné, základní
- Středoškolské vzdělání – odborné s výučním listem
- Středoškolské vzdělání s maturitou
- Vyšší odborné vzdělání, vysokoškolské

*Tabulka 2: Nejdříve dosažené vzdělání respondentů*

<b>Odpověď</b>	<b>Absolutní četnost (n)</b>	<b>Relativní četnost (r)</b>
Základní neúplné, základní	20	4 %
Středoškolské vzdělání – odborné s výučním listem	68	12 %
Středoškolské vzdělání s maturitou	271	50 %
Vyšší odborné vzdělání, vysokoškolské	188	34 %



*Graf 2: Nejdříve dosažené vzdělání respondentů*

**Komentář:** Položka č. 2 je typicky demografická, rozděluje respondenty podle jejich úrovně nejvýše dosaženého vzdělání. Dělí se na 4 skupiny: základní neúplné, základní; středoškolské vzdělání – odborné s výučním listem; středoškolské vzdělání s maturitou a vyšší odborné vzdělání, vysokoškolské. Dotazníkového šetření se nejvíce účastnilo lidí se středoškolským maturitním vzděláním, v celkovém počtu 271 respondentů. Druhou nejpočetnější skupinu tvořili respondenti s vyšším odborným či vysokoškolským vzděláním v celkovém počtu 188 respondentů. Nejmenší skupinou, v počtu 20 respondentů byli respondenti se základním neúplným či základním vzděláním.

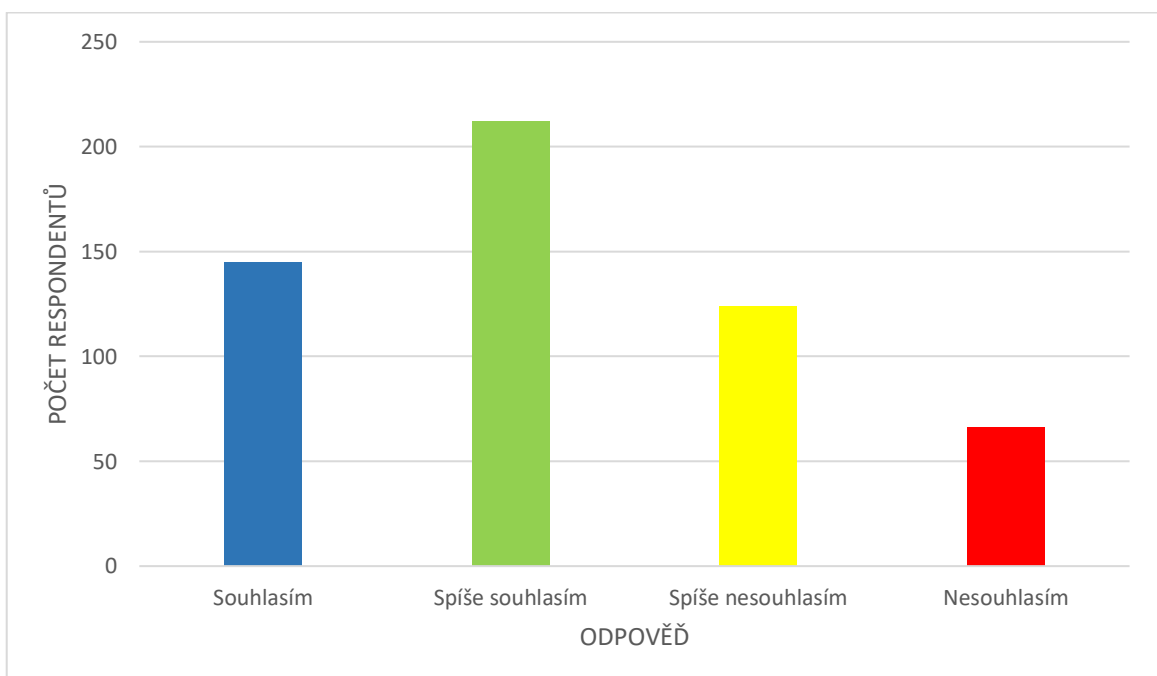
**Dotazníková položka č. 3**

Bojím se své vlastní smrti.

- Souhlasím
- Spíše souhlasím
- Spíše nesouhlasím
- Nesouhlasím

*Tabulka 3: Obavy respondentů ohledně smrti*

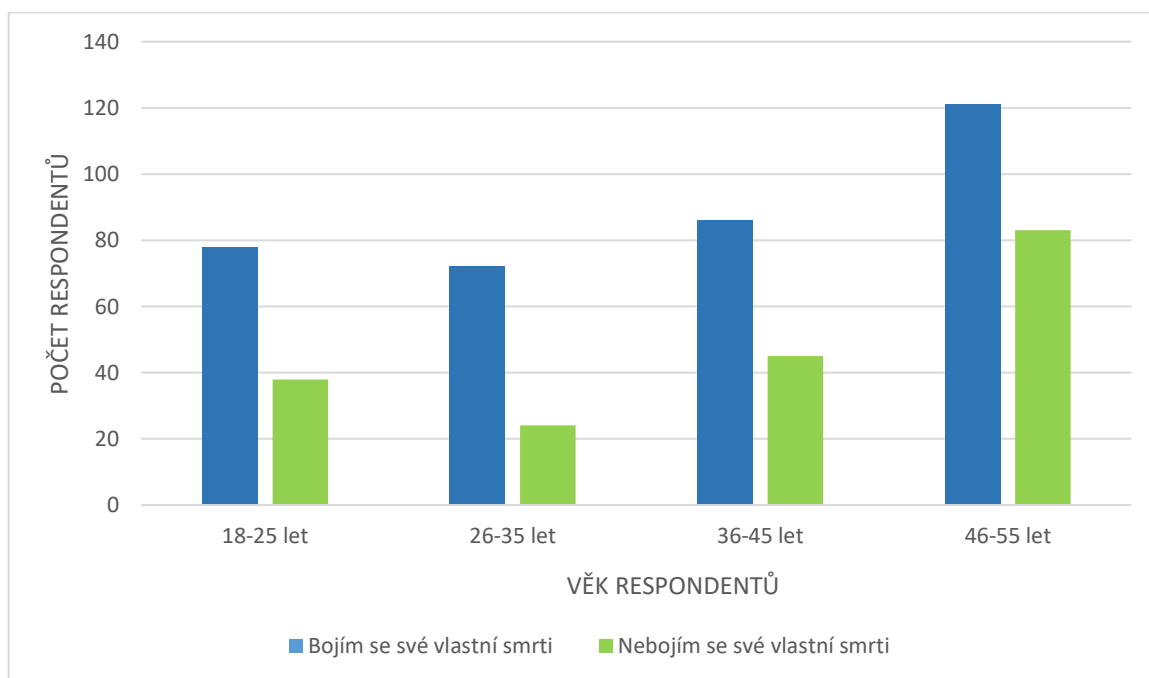
<b>Odpověď</b>	<b>Absolutní četnost (n)</b>	<b>Relativní četnost (r)</b>
Souhlasím	145	27 %
Spíše souhlasím	212	39 %
Spíše nesouhlasím	124	23 %
Nesouhlasím	66	12 %

*Graf 3: Obavy respondentů ze smrti*

**Komentář:** S tvrzením souhlasí 145 (27 %) respondentů, spíše souhlasí 212 (39 %) respondentů, spíše nesouhlasí 124 (23 %) respondentů a plně nesouhlasí 66 (12 %) respondentů.



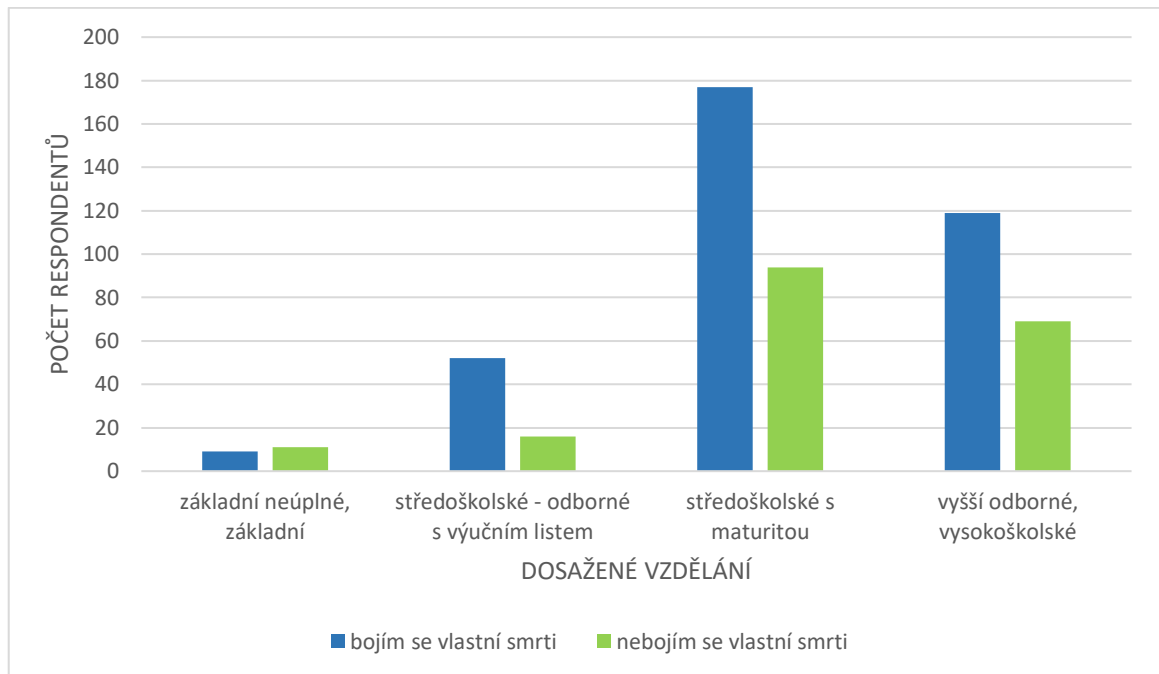
Pro lepší přehlednost a srozumitelnost jsme položku č. 1 a 3 sloučili do následujícího grafu, který ukazuje určitý počet respondentů v určitém věku a jejich názor na vlastní smrt.



*Graf 4: Názory respondentů podle věku*

**Komentář:** Vlastní smrti se ve věkové kategorii 18-25 let bojí 78 ze 116 respondentů. Dotazníkové šetření ukázalo, že z respondentů ve věkové kategorii 26-35 let se jich 72 z 96 bojí vlastní smrti. Výsledky ve věkové kategorii 36-45 let hovoří, že ze 131 dotazovaných se své vlastní smrti bojí 86 respondentů. Ve věkové kategorii 46-55 let to bylo 121 z 204 respondentů. Z dotazníkového šetření tedy vyplývá, že se vlastní smrti ve věkové kategorii 18-25 let bojí 67 % respondentů, ve věkové kategorii 26-35 let má obavy 75 % respondentů, v kategorii 36-45 let se vlastní smrti obává 66 % respondentů a v kategorii 46-55 let mají obavy z vlastní smrti 59 % dotazovaných. Lze tedy usoudit, že v jakékoli fázi produktivního věku panují u převážné většiny obavy z vlastní smrti.

Nadále jsme v rámci dotazníkového šetření zkoumali, zda může mít vzdělání vliv na myšlenky a obavy z vlastní smrti. Výsledky šetření jsou porovnány v grafu č. 5 pro lepší přehlednost.



*Graf 5: Obavy ze smrti na základě vzdělání*

**Komentář:** Po sloučení položky č. 2 a položky č. 3 vyplývá, že 9 respondentů z 20 se základním vzděláním se obává vlastní smrti. U respondentů se středoškolským vzděláním s výučním listem, se vlastní smrti obává 52 respondentů z 68. 177 respondentů z 271 se středoškolským vzděláním s maturitou uvedlo, že se bojí vlastní smrti. U respondentů s vyšším odborným či vysokoškolským vzděláním se jich smrti bojí 119 ze 188. Výsledky tedy ukazují, že u každého typu vzdělání převažuje část respondentů, kteří mají jisté obavy z vlastní smrti. Lze tedy předpokládat, že vzdělání nemá s pohledem na svou vlastní smrt příliš společného.

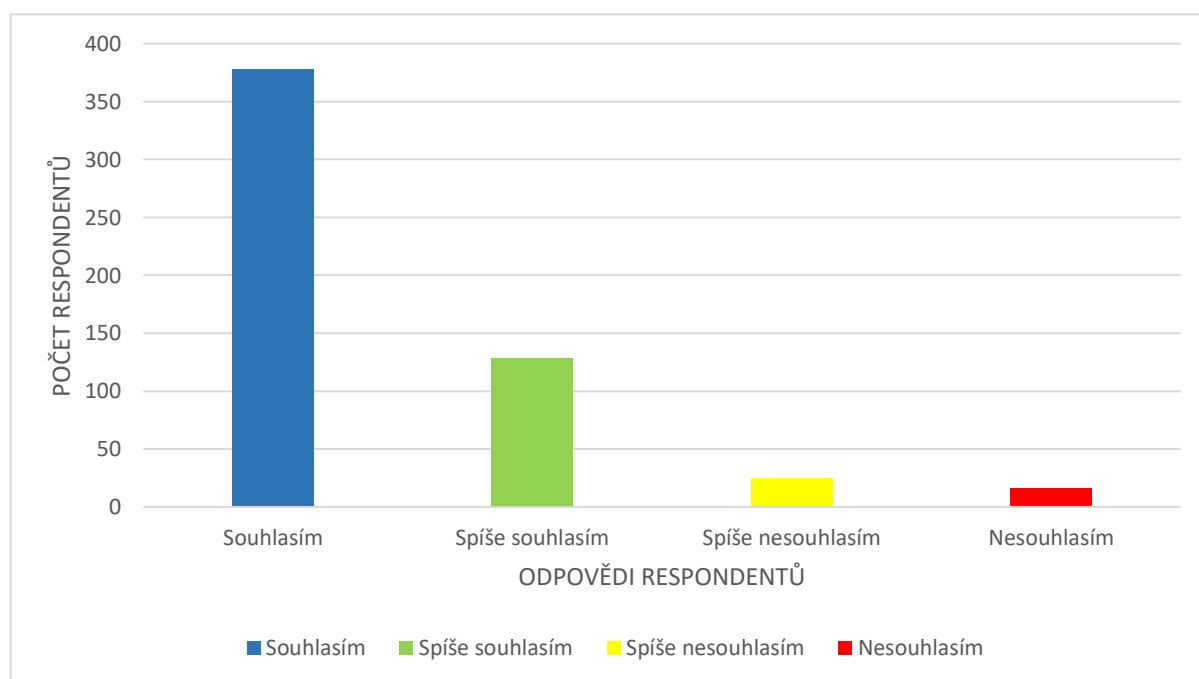
**Dotazníková položka č. 4**

Obávám se dlouhého umírání.

- Souhlasím
- Spíše souhlasím
- Spíše nesouhlasím
- Nesouhlasím

*Tabulka 4: Obavy respondentů z dlouhého umírání*

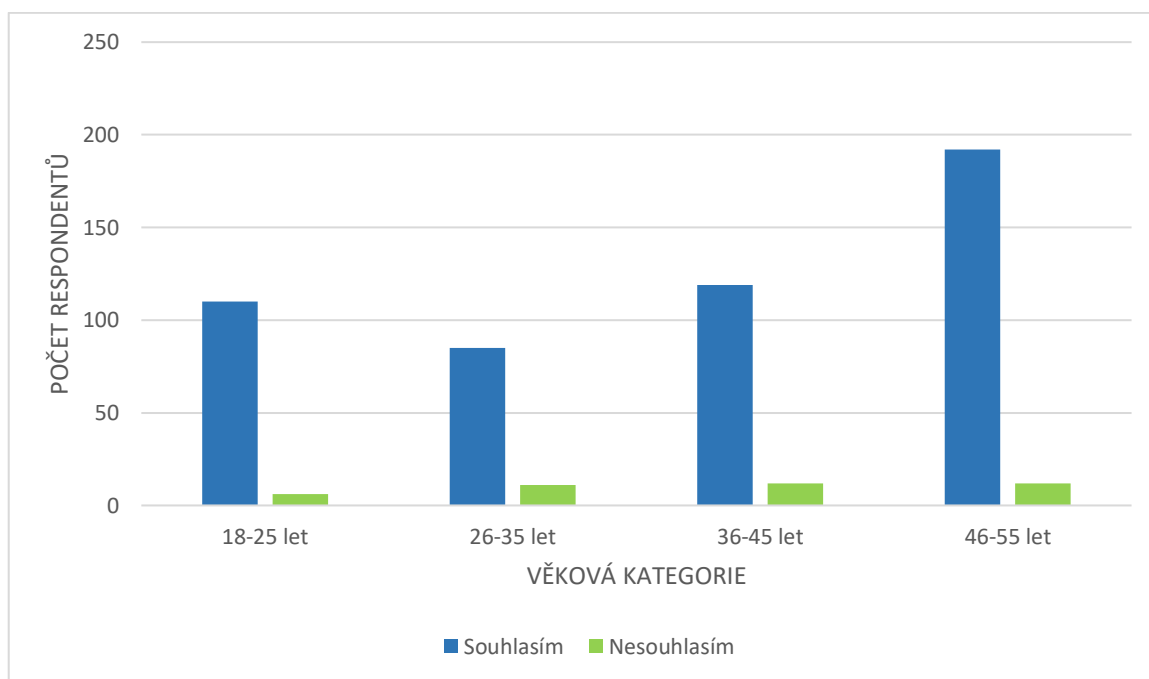
<b>Odpověď</b>	<b>Absolutní četnost (n)</b>	<b>Relativní četnost (r)</b>
Souhlasím	378	69 %
Spíše souhlasím	128	23 %
Spíše nesouhlasím	25	5 %
Nesouhlasím	16	3 %



*Graf 6: Obavy respondentů z dlouhého umírání*

**Komentář:** Z položky č. 4 jsme zjistili, že 319 (58 %) respondentů souhlasí s daným tvrzením, 130 (24 %) respondentů spíše souhlasí, 79 (14 %) respondentů spíše nesouhlasí a 19 (4 %) respondentů s tvrzením nesouhlasí.

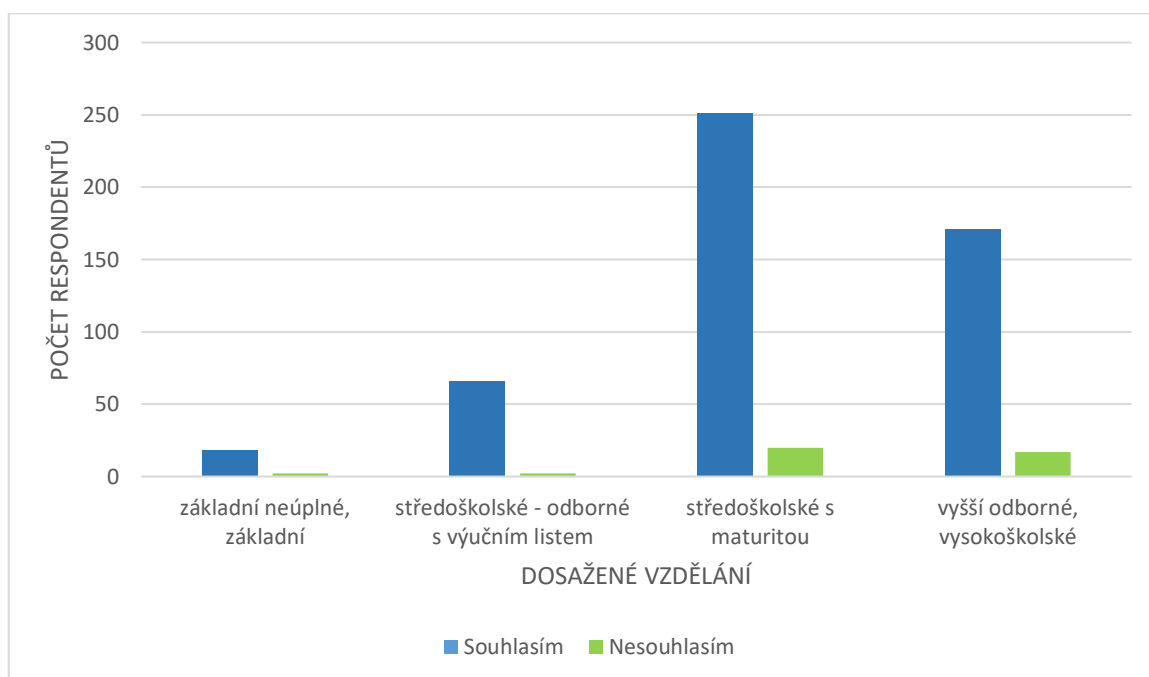
Pro dotazníkové šetření jsme sloučili položku č. 1 s položkou č. 4 do následujícího grafu, abychom zjistili, zda se obavy z dlouhého umírání v jednotlivých věkových kategoriích liší.



*Graf 7: Obavy z dlouhého umírání na základě věku*

**Komentář:** Z grafu lze vyčíst, že 110 respondentů ze 116 ve věkové kategorii 18-25 let odpovědělo, že se obává dlouhého umírání. Respondentů ve věkové kategorii 26-35 let s tvrzením souhlasilo 85 z 96 dané věkové kategorie. V kategorii 36-45 let souhlasilo s tvrzením 119 ze 131 respondentů a v kategorii 46-55 let souhlasilo s tvrzením 192 respondentů z 204. Lze tedy usoudit, že v každé věkové kategorii převažují obavy z dlouhého umírání, tudíž věk nehraje ohledně těchto obav důležitou roli.

Dále jsme zkoumali, zda může mít nejvýše dosažené vzdělání respondentů spojitost ohledně obav z dlouhého umírání.



**Komentář:** Z výsledků vyplývá, že 18 respondentů z 20 se základním neúplným či základním vzděláním souhlasí s tvrzením ohledně dlouhého umírání. V kategorii respondentů se středoškolským odborným vzděláním s výučním listem souhlasilo s tvrzením 66 respondentů z 68. Respondentů z kategorie středoškolského vzdělání s maturitou souhlasilo s tvrzením 251 z 271 a z kategorie respondentů s vyšším odborným či vysokoškolským vzděláním souhlasilo s tvrzením 171 ze 188. Průměrně souhlasilo s tvrzením na základě jednotlivých úrovní vzdělání 92 % lidí, což jasně udává, že ohledně obav vedoucí z dlouhého umírání nezáleží na typu nejvýše dosaženého vzdělání.

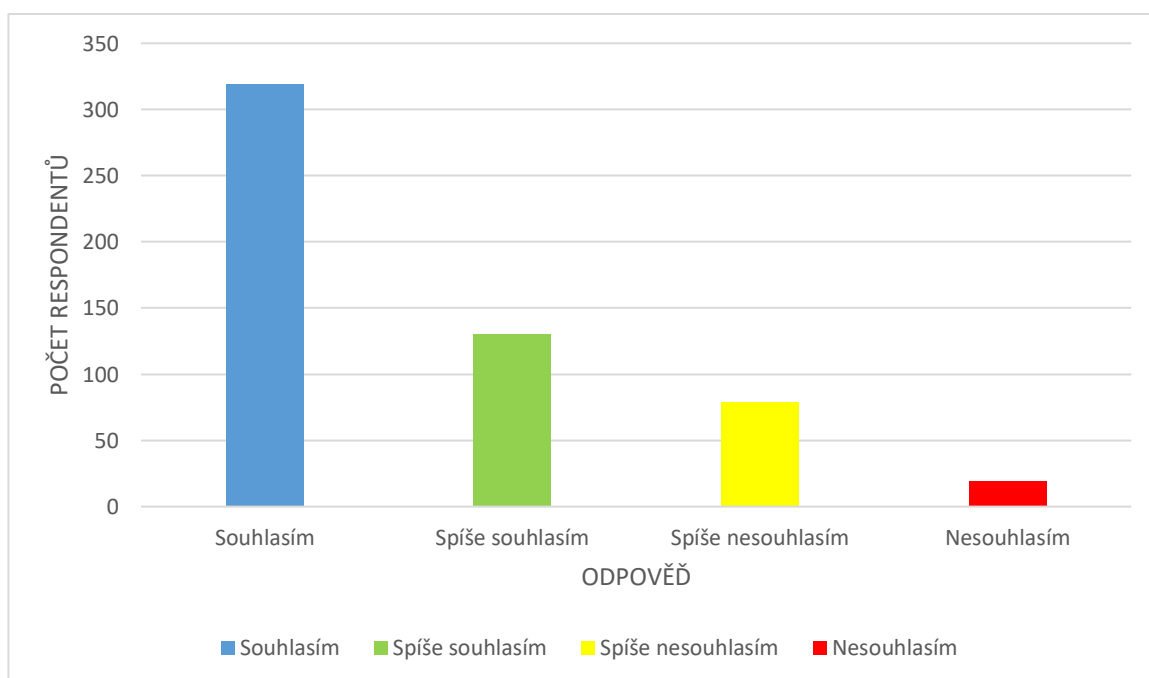
**Dotazníková položka č. 5**

„Nejlepší smrt je neočekávaná.“ (Caesar)

- Souhlasím
- Spíše souhlasím
- Spíše nesouhlasím
- Nesouhlasím

*Tabulka 5: Nejlepší smrt je neočekávaná*

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (r)
Souhlasím	319	58 %
Spíše souhlasím	130	24 %
Spíše nesouhlasím	79	14 %
Nesouhlasím	19	4 %



*Graf 8: Nejlepší smrt je neočekávaná*

**Komentář:** Z položky č. 5 vyplývá, že 319 (58 %) respondentů s tvrzením souhlasí, 130 (24 %) respondentů spíše souhlasí, 79 (14 %) spíše nesouhlasí a 19 (4 %) s tímto tvrzením nesouhlasí.

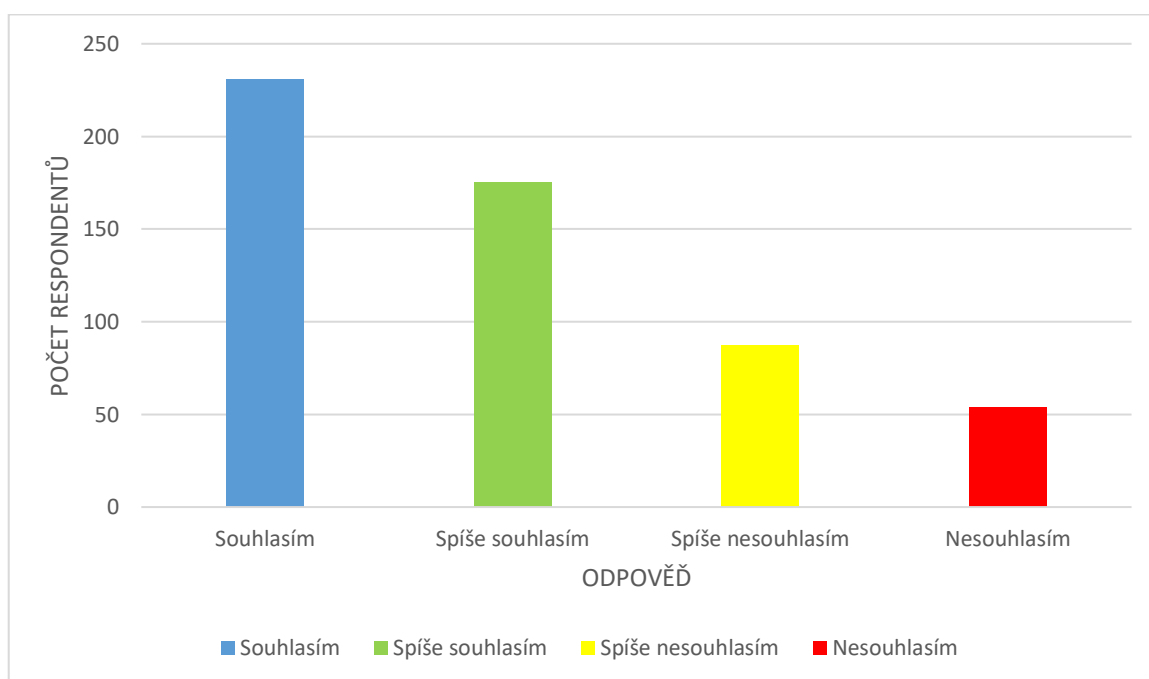
**Dotazníková položka č. 6**

„Nejhorší není umírání samotné, ale to, že člověk neví, kdy nebo jak.“ (George R.R. Martin)

- Souhlasím
- Spíše souhlasím
- Spíše nesouhlasím
- Nesouhlasím

*Tabulka 6: Nejhorší není umírání samotné, ale to, že člověk neví, kdy nebo jak*

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (r)
Souhlasím	231	42 %
Spíše souhlasím	175	32 %
Spíše nesouhlasím	87	16 %
Nesouhlasím	54	10 %



*Graf 9: Nejhorší není umírání samotné, ale to, že člověk neví, kdy nebo jak*

**Komentář:** Z položky č. 6 vyplývá, 231 (42 %) respondentů s tvrzením souhlasí, 175 (32 %) respondentů spíše souhlasí, 87 (16 %) respondentů spíše nesouhlasí a 54 (10 %) respondentů nesouhlasí.

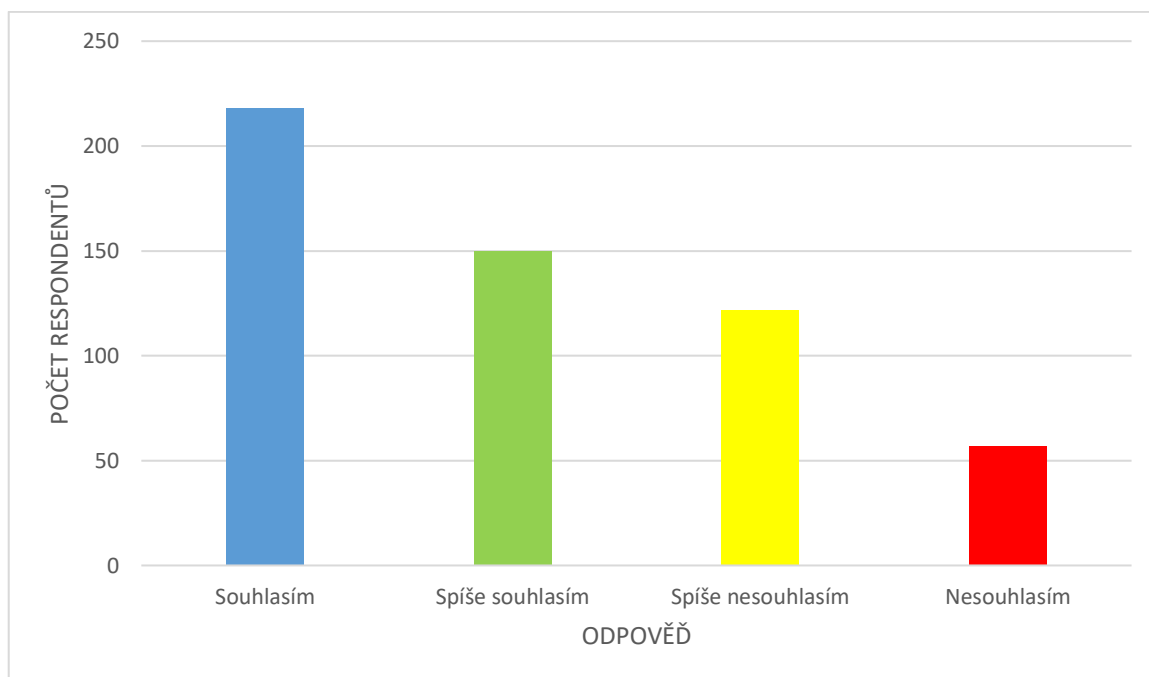
**Dotazníková položka č. 7**

„Někteří lidé se tak bojí smrti, že ani nezačnou žít.“ (Henry van Dyke)

- Souhlasím
- Spíše souhlasím
- Spíše nesouhlasím
- Nesouhlasím

*Tabulka 7: Někteří lidé se tak bojí smrti, že ani nezačnou žít*

<b>Odpověď</b>	<b>Absolutní četnost (n)</b>	<b>Relativní četnost (r)</b>
Souhlasím	218	40 %
Spíše souhlasím	150	27 %
Spíše nesouhlasím	122	22 %
Nesouhlasím	57	10 %



*Graf 10: Někteří lidé se tak bojí smrti, že ani nezačnou žít*

**Komentář:** Z dotazníkové položky č. 7 vyplývá, že 218 (40 %) respondentů s tvrzením souhlasí, 150 (27 %) respondentů spíše souhlasí, 122 (22 %) spíše nesouhlasí a 57 (10 %) plně nesouhlasí. Lze proto usoudit, že názory na toto tvrzení se zdánlivě liší.



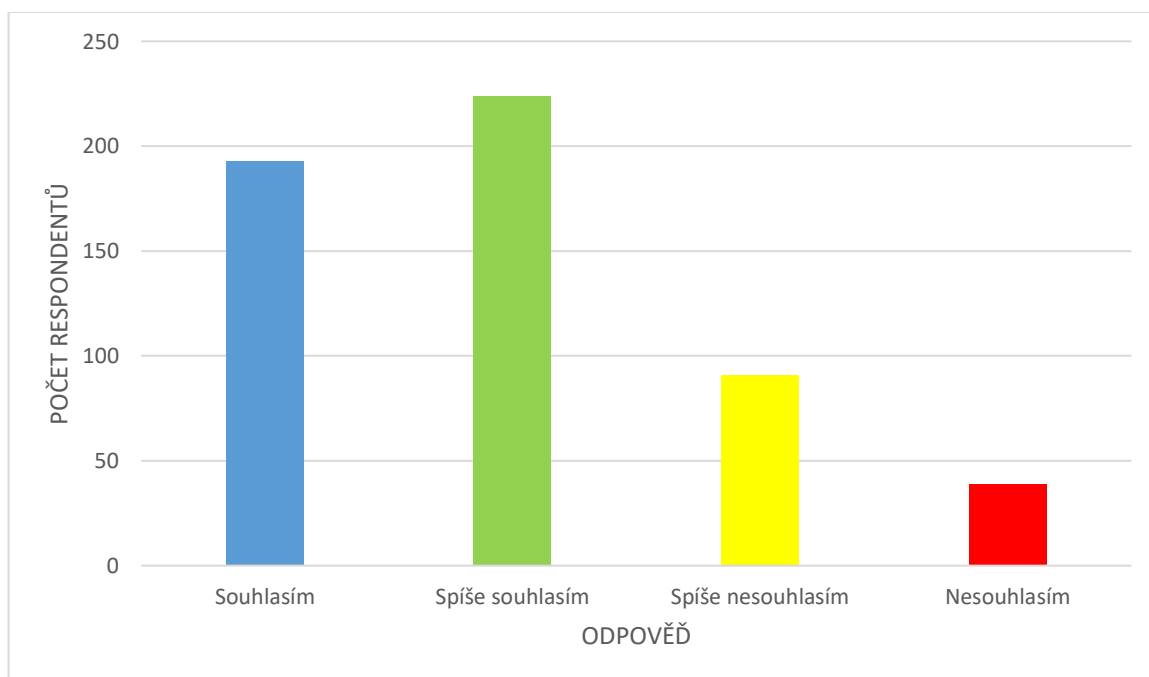
**Dotazníková položka č. 8**

Domnívám se, že je důležité s dětmi mluvit o smrti již od útlého věku.

- Souhlasím
- Spíše souhlasím
- Spíše nesouhlasím
- Nesouhlasím

*Tabulka 8: Domnívám se, že je důležité s dětmi mluvit o smrti již od útlého věku*

<b>Odpověď</b>	<b>Absolutní četnost (n)</b>	<b>Relativní četnost (r)</b>
Souhlasím	193	35 %
Spíše souhlasím	224	41 %
Spíše nesouhlasím	91	17 %
Nesouhlasím	39	7 %



*Graf 11: Domnívám se, že je důležité s dětmi mluvit o smrti již od útlého věku*

**Komentář:** Z dotazníkové položky č. 8 vyplývá, že s položkou souhlasí 193 (35 %) respondentů, 224 (41 %) respondentů spíše souhlasí, 91 (17 %) respondentů spíše nesouhlasí a 39 (7 %) nesouhlasí.

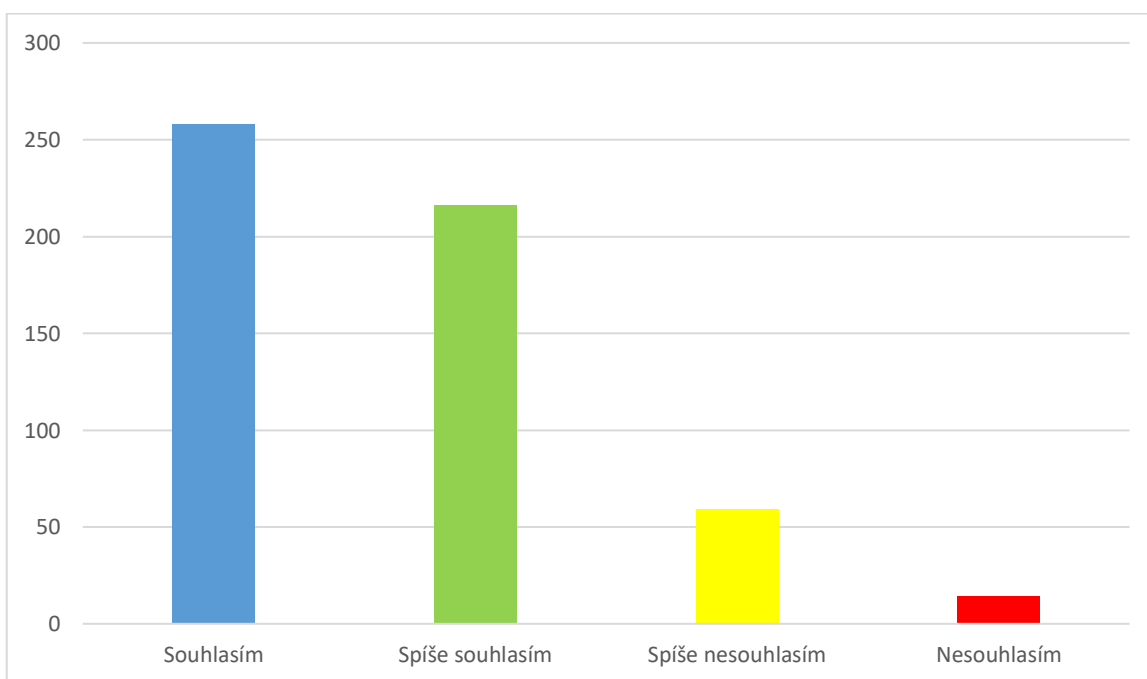
**Dotazníková položka č. 9**

Pokud je s dětmi smrt rozebírána, může to mít vliv na utváření jejich budoucích postojů k umírání a smrti.

- Souhlasím
- Spíše souhlasím
- Spíše nesouhlasím
- Nesouhlasím

*Tabulka 9: Pokud je s dětmi smrt rozebírána, může to mít vliv na utváření jejich budoucích postojů*

<b>Odpověď</b>	<b>Absolutní četnost (n)</b>	<b>Relativní četnost (r)</b>
Souhlasím	258	47 %
Spíše souhlasím	216	40 %
Spíše nesouhlasím	59	11 %
Nesouhlasím	14	2 %



*Graf 12: Pokud je s dětmi smrt rozebírána, může to mít vliv a utváření jejich budoucích postojů*

**Komentář:** S dotazníkovou položkou č. 9 souhlasí 258 (47 %) respondentů, 216 (40 %) respondentů spíše souhlasí, 59 (11 %) spíše nesouhlasí a pouze 14 (3 %) respondentů plně nesouhlasí. Z toho lze usoudit, že je velmi důležité s dětmi mluvit o smrti, jelikož to může mít vliv na utváření jejich budoucích postojů k umírání a smrti a následně k omezení smrti jako tabuizovaného tématu.

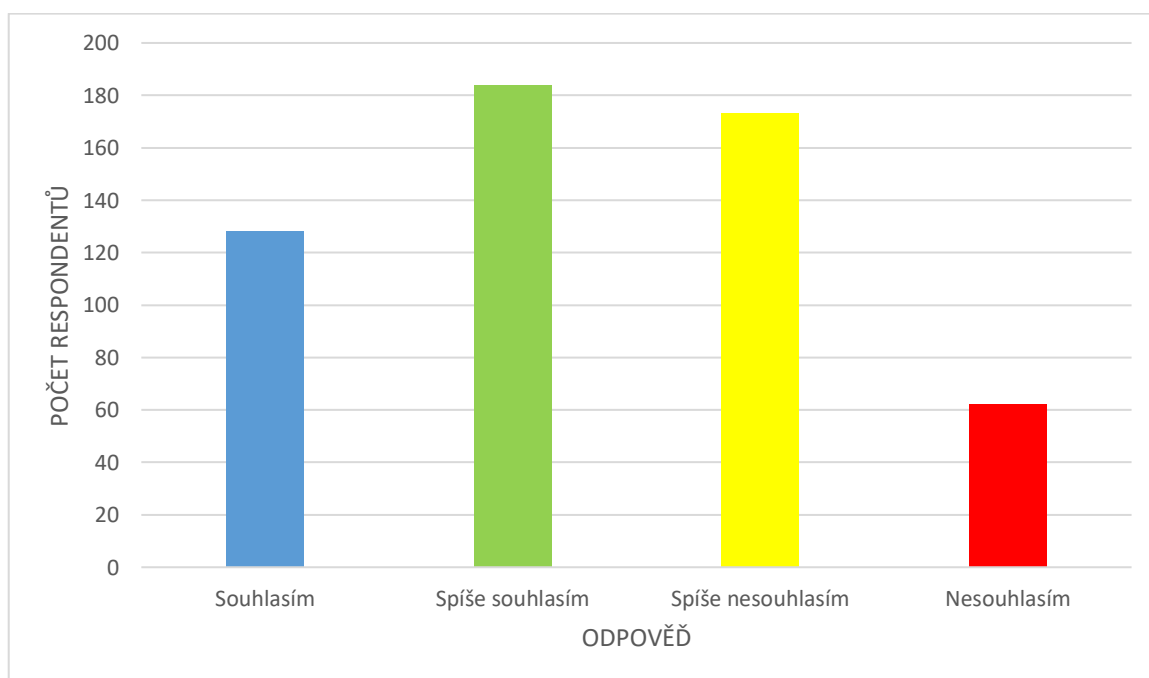
**Dotazníková položka č. 10**

Pro moderní společnost je smrt tabu.

- Souhlasím
- Spíše souhlasím
- Spíše nesouhlasím
- Nesouhlasím

*Tabulka 10: Tabuizace smrti*

<b>Odpověď</b>	<b>Absolutní četnost (n)</b>	<b>Relativní četnost (r)</b>
Souhlasím	128	23 %
Spíše souhlasím	184	34 %
Spíše nesouhlasím	173	32 %
Nesouhlasím	62	11 %



*Graf 13: Tabuizace smrti*

**Komentář:** S dotazníkovou položkou, zda je téma smrt pro moderní společnost tabu souhlasí 128 (23 %) respondentů, 184 (34 %) respondentů spíše souhlasí, 173 (32 %) respondentů

spíše nesouhlasí a 62 (11 %) respondentů nesouhlasí. Lze tedy usoudit, že názory týkající se tabuizace smrti jsou rozdílné. Proto nelze z tohoto tvrzení usoudit, zda je téma smrti ve společnosti tabu.

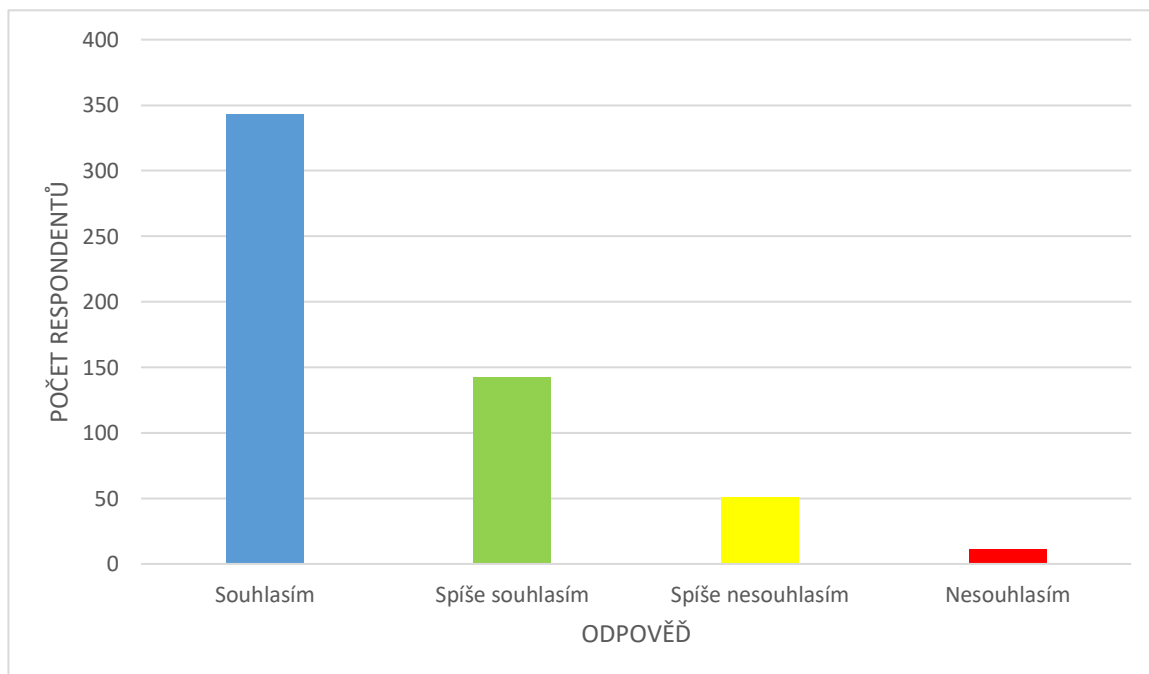
**Dotazníková položka č. 11**

V minulosti měli lidé větší úctu a přirozenější vztah ke smrti a umírání než v současné době.

- Souhlasím
- Spíše souhlasím
- Spíše nesouhlasím
- Nesouhlasím

*Tabulka 11: Vztah ke smrti v minulosti*

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (r)
Souhlasím	343	63 %
Spíše souhlasím	142	26 %
Spíše nesouhlasím	51	9 %
Nesouhlasím	11	2 %



*Graf 14: Vztah ke smrti v minulosti*

**Komentář:** S dotazníkovou položkou č. 11 souhlasí 343 (63 %) respondentů, 142 (26 %) respondentů spíše souhlasí, 51 (9 %) respondentů spíše nesouhlasí a 11 (2 %) respondentů plně nesouhlasí. Lze vést diskuzi, proč na základě těchto odpovědí ke změně došlo.

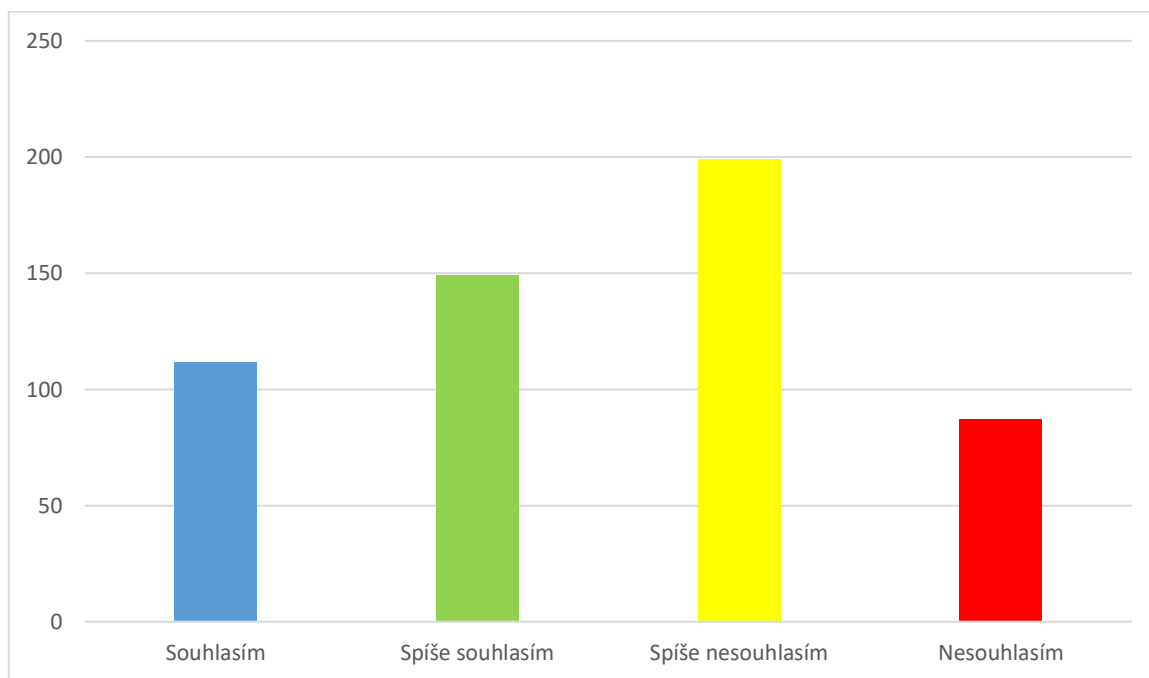
**Dotazníková položka č. 12**

Náboženský obřad v kostele považuji za významný rituální obřad pro moderní společnost.

- Souhlasím
- Spíše souhlasím
- Spíše nesouhlasím
- Nesouhlasím

*Tabulka 12: Rituální obřad v kostele*

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (r)
Souhlasím	112	21 %
Spíše souhlasím	149	27 %
Spíše nesouhlasím	199	36 %
Nesouhlasím	87	16 %



*Graf 15: Rituální obřad v kostele*

**Komentář:** U této dotazníkové položky se názory zcela liší. 112 (21 %) respondentů souhlasí, 149 (27 %) respondentů spíše souhlasí, 199 (36 %) respondentů spíše nesouhlasí a 87 (16 %) respondentů nesouhlasí. Lze tedy říci, že je společnost v tomto ohledu rozdělená.

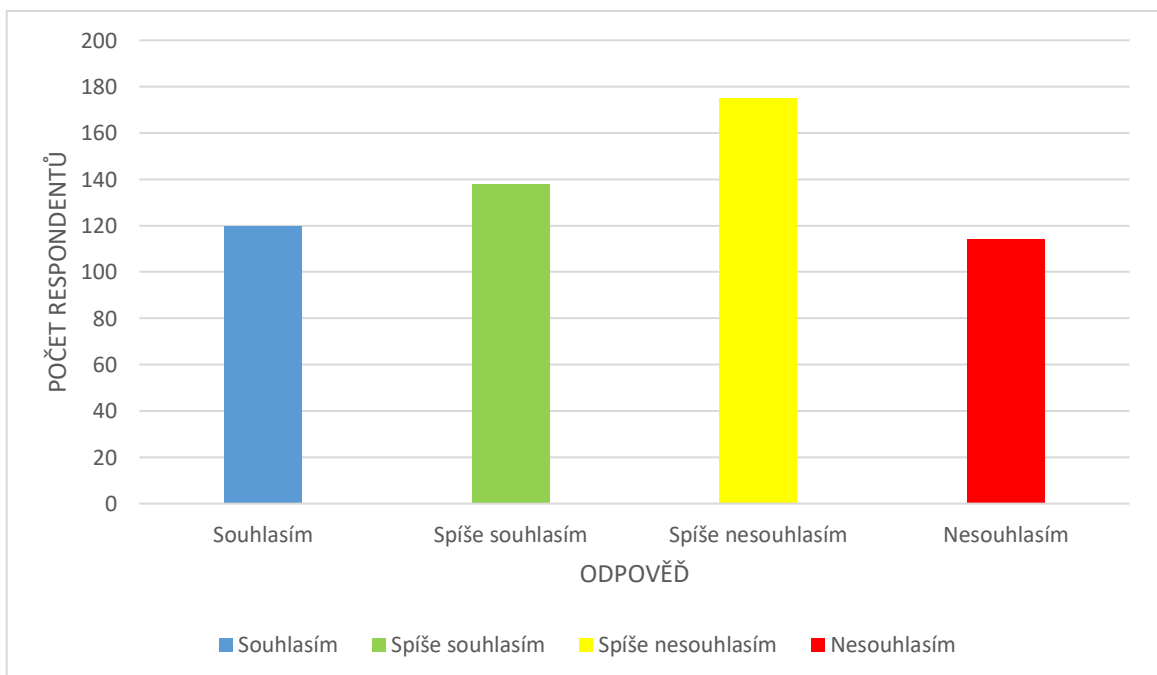
**Dotazníková položka č. 13**

Otevřenou rakev na pohřbu považují jako důstojný akt rozloučení se zesnulým.

- Souhlasím
- Spíše souhlasím
- Spíše nesouhlasím
- Nesouhlasím

*Tabulka 13: Otevřená rakev na pohřbu jako důstojný akt rozloučení*

<b>Odpověď</b>	<b>Absolutní četnost (n)</b>	<b>Relativní četnost (r)</b>
Souhlasím	120	22 %
Spíše souhlasím	138	25 %
Spíše nesouhlasím	175	32 %
Nesouhlasím	114	21 %



*Graf 16: Otevřená rakev jako důstojný akt rozloučení*



**Komentář:** S tvrzením, zda respondenti považují otevřenou rakev jako důstojný akt rozloučení souhlasí 120 (22 %) respondentů, 138 (25 %) respondentů spíše souhlasí, 175 (32 %) spíše nesouhlasí a 114 (21 %) respondentů plně nesouhlasí.

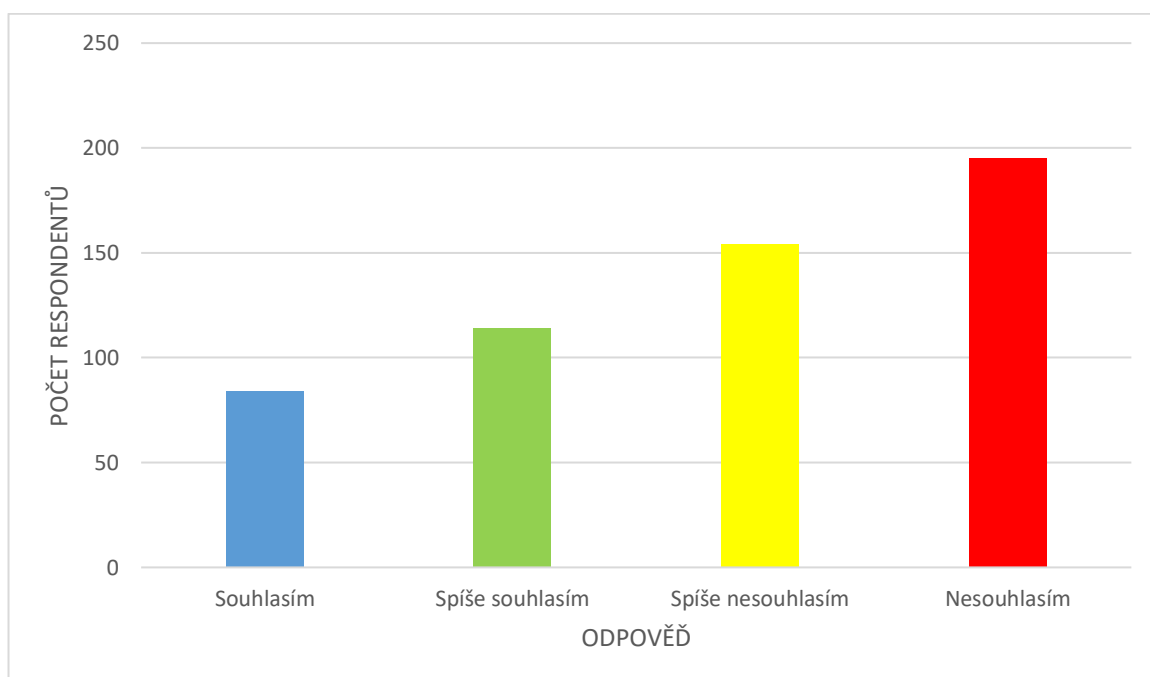
**Dotazníková položka č. 14**

Jako důstojné rozloučení se zesnulým považují pro rodinné příslušníky, kteří se nemohou v dnešní době pohřbu účastnit i online přenos.

- Souhlasím
- Spíše souhlasím
- Spíše nesouhlasím
- Nesouhlasím

*Tabulka 14: Online přenos pohřbu*

<b>Odpověď</b>	<b>Absolutní četnost (n)</b>	<b>Relativní četnost (r)</b>
Souhlasím	84	15 %
Spíše souhlasím	114	21 %
Spíše nesouhlasím	154	28 %
Nesouhlasím	195	36 %



*Graf 17: Online přenos pohřbu*

**Komentář:** S online přenosem pohřbu pro rodinné příslušníky zesnulého, kteří se nemohou pohřbu účastnit souhlasí 84 (15 %) respondentů, 114 (21 %) respondentů spíše souhlasí, 154

(28 %) respondentů spíše nesouhlasí a 195 (36 %) nesouhlasí. Převážná většina s tímto tvrzením tedy spíše nesouhlasí.

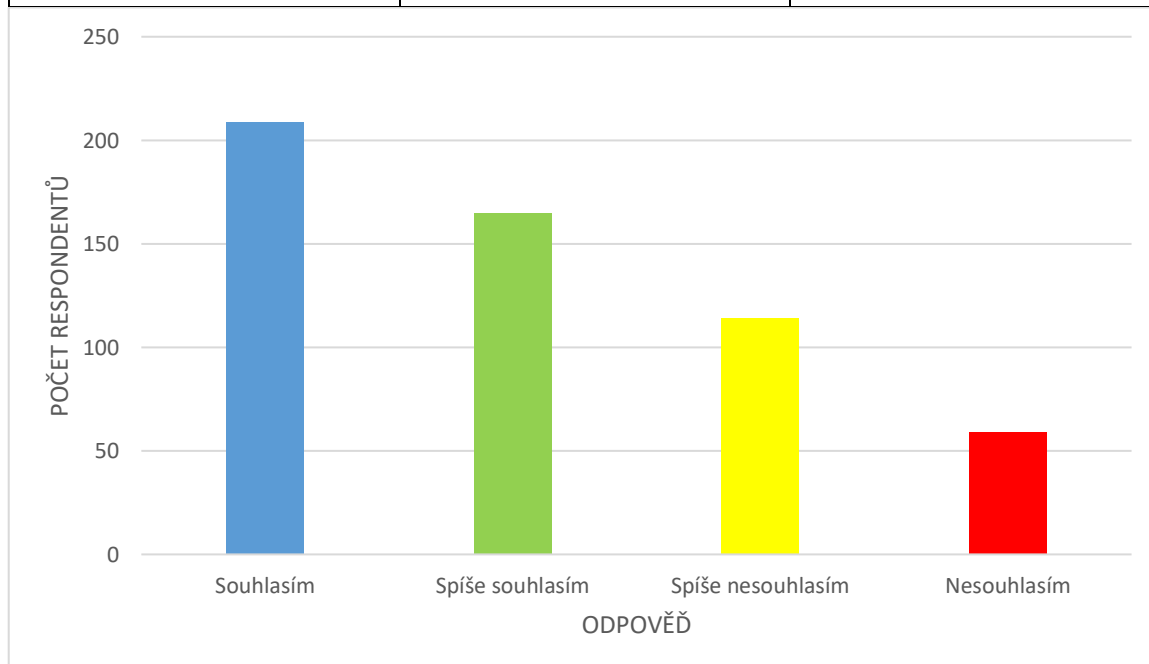
**Dotazníková položka č. 15**

Nejlepší variantou je pro mě pohřbívání žehem (kremace).

- Souhlasím
- Spíše souhlasím
- Spíše nesouhlasím
- Nesouhlasím

*Tabulka 15: Pohřbívání žehem*

<b>Odpověď</b>	<b>Absolutní četnost (n)</b>	<b>Relativní četnost (r)</b>
Souhlasím	209	38 %
Spíše souhlasím	165	30 %
Spíše nesouhlasím	114	21 %
Nesouhlasím	59	11 %



*Graf 18: Pohřbívání žehem*

**Komentář:** Z dotazníkové položky č. 15 vyplývá, že s tvrzením souhlasí 209 (38 %) respondentů, 165 (30 %) respondentů spíše souhlasí, 114 (21 %) respondentů spíše nesouhlasí a 59 (11 %) respondentů plně nesouhlasí.

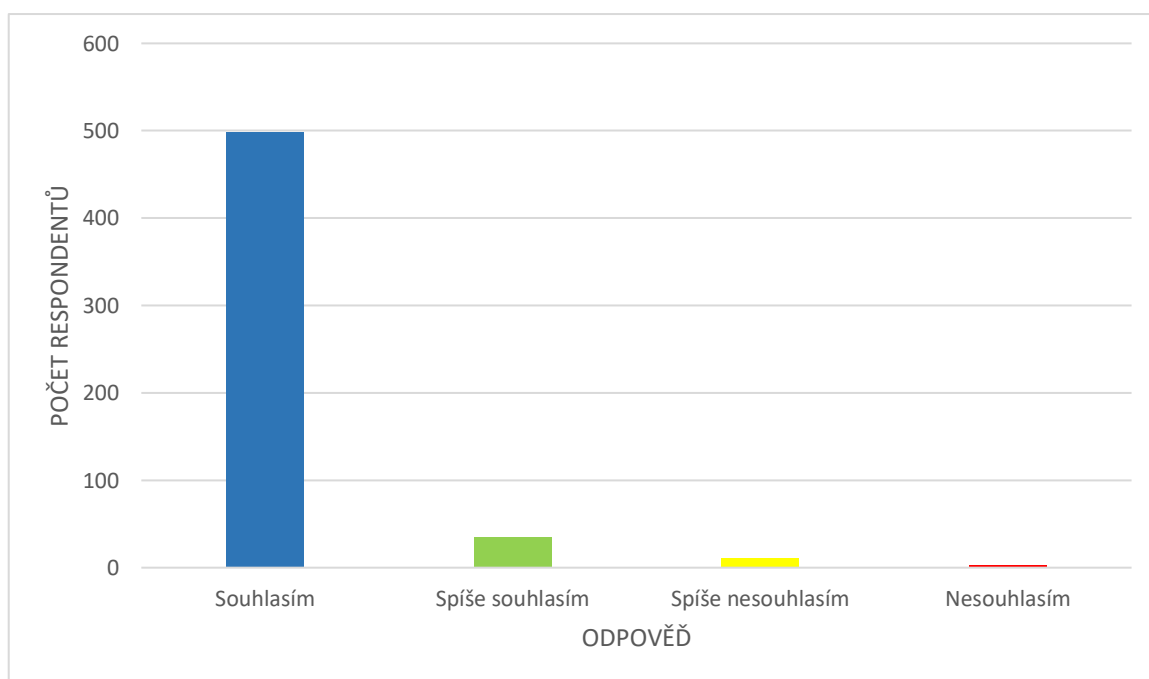
**Dotazníková položka č. 16**

V souladu s lidskými právy, by měli mít blízcí VŽDY možnost navštívit umírajícího na covid či jiné onemocnění v nemocnici.

- Souhlasím
- Spíše souhlasím
- Spíše nesouhlasím
- Nesouhlasím

*Tabulka 16: Návštěvy umírajícího v nemocnici*

<b>Odpověď</b>	<b>Absolutní četnost (n)</b>	<b>Relativní četnost (r)</b>
Souhlasím	498	91 %
Spíše souhlasím	35	6 %
Spíše nesouhlasím	11	2 %
Nesouhlasím	3	0,5 %



*Graf 19: Návštěvy umírajícího v nemocnici*

**Komentář:** S dotazníkovou položkou č. 16 plně souhlasí 498 (91 %) respondentů, 35 (6 %) respondentů spíše souhlasí, 11 (2 %) respondentů spíše nesouhlasí a 3 (1 %) respondenti

nesouhlasí. Lze tedy říci, že v tomto ohledu veřejnosti opravdu záleží na posledním rozloučení s blízkými.

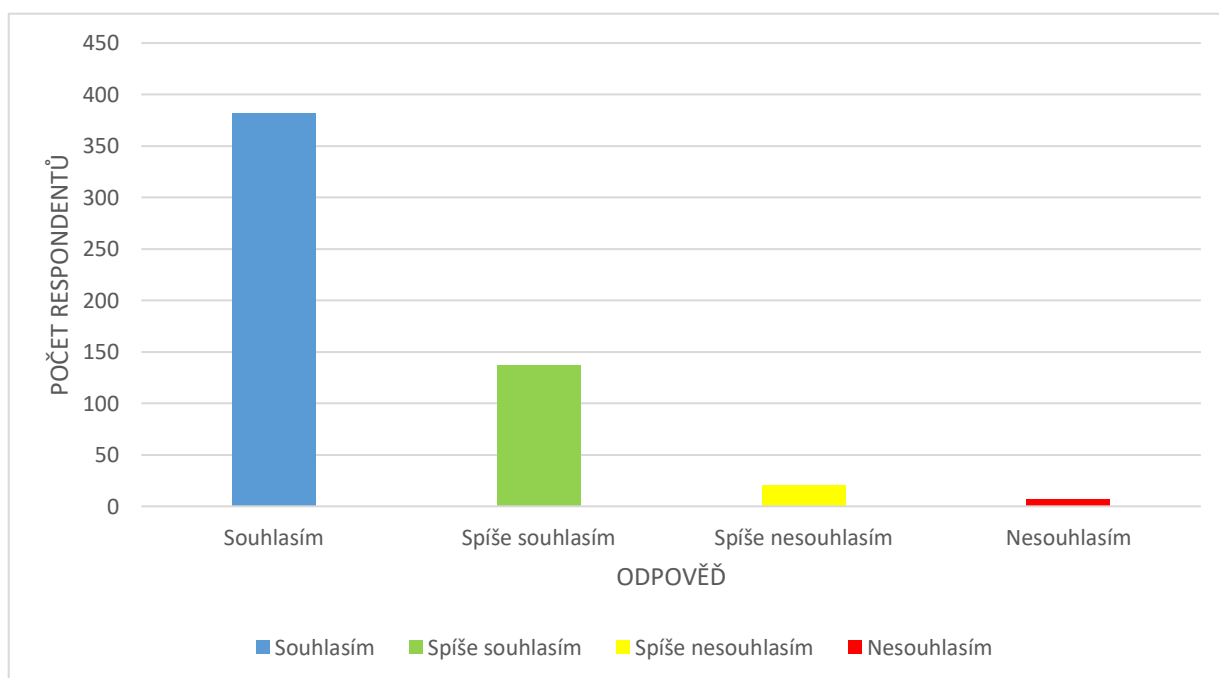
**Dotazníková položka č. 17**

Za dobré umírání považuji umírání v kruhu rodiny v rodinném prostředí.

- Souhlasím
- Spíše souhlasím
- Spíše nesouhlasím
- Nesouhlasím

*Tabulka 17: Umírání v kruhu rodiny*

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (r)
Souhlasím	382	70 %
Spíše souhlasím	137	25 %
Spíše nesouhlasím	21	4 %
Nesouhlasím	7	1 %



*Graf 20: Umírání v kruhu rodiny*

**Komentář:** S dotazníkovou položkou č. 17 souhlasí 382 (70 %) respondentů, 137 (25 %) respondentů spíše souhlasí, 21 (4 %) respondentů spíše nesouhlasí a 7 (1 %) respondentů nesouhlasí. Lze tedy říci, že pro převážnou většinu lidí je důležité umírat v rodinném kruhu.

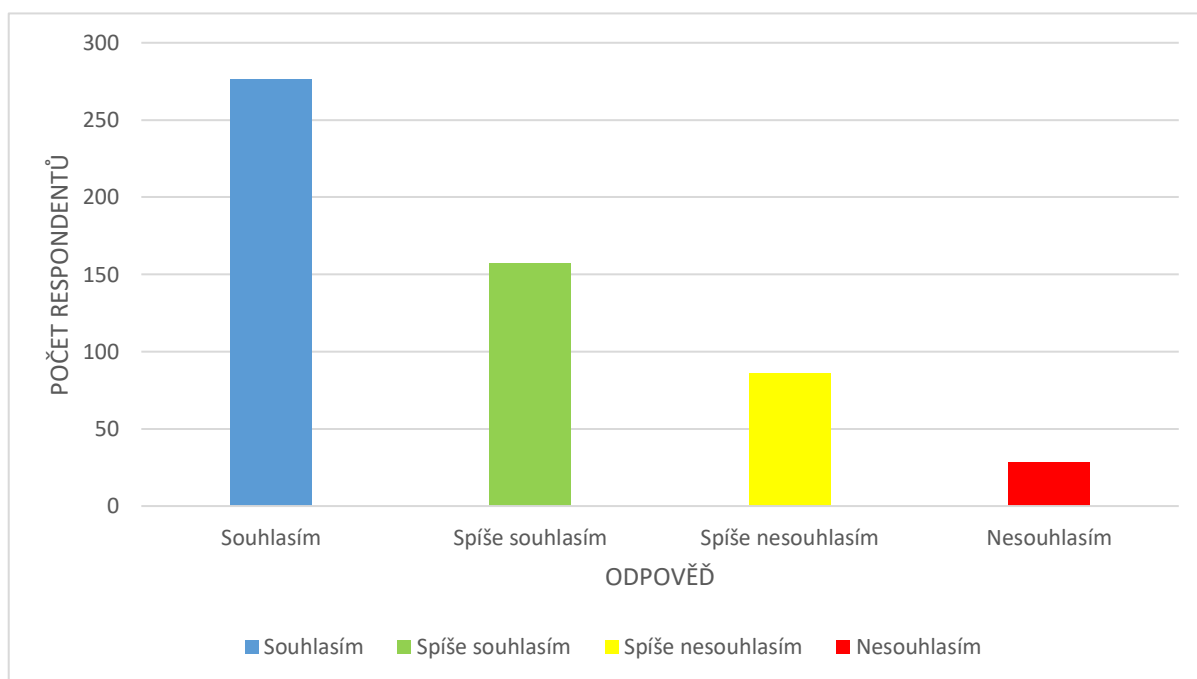
**Dotazníková položka č. 18**

Zemřít doma může být těžší, než se zdá, jelikož rodina nemusí péči a situaci zvládnout.

- Souhlasím
- Spíše souhlasím
- Spíše nesouhlasím
- Nesouhlasím

*Tabulka 18: Péče o umírajícího v domácím prostředí*

<b>Odpověď</b>	<b>Absolutní četnost (n)</b>	<b>Relativní četnost (r)</b>
Souhlasím	276	51 %
Spíše souhlasím	157	29 %
Spíše nesouhlasím	86	16 %
Nesouhlasím	28	5 %



*Graf 21: Péče o umírajícího v domácím prostředí*

**Komentář:** Dotazníková položka č. 18 ukazuje, že 276 (51 %) respondentů s tvrzením souhlasí, 157 (29 %) respondentů s tvrzením spíše souhlasí, 86 (16 %) respondentů spíše



nesouhlasí a 28 (5 %) respondentů nesouhlasí. Z toho vyplývá, že převážná většina respondentů má obavy ohledně zvládnutí péče o umírajícího v domácím prostředí.

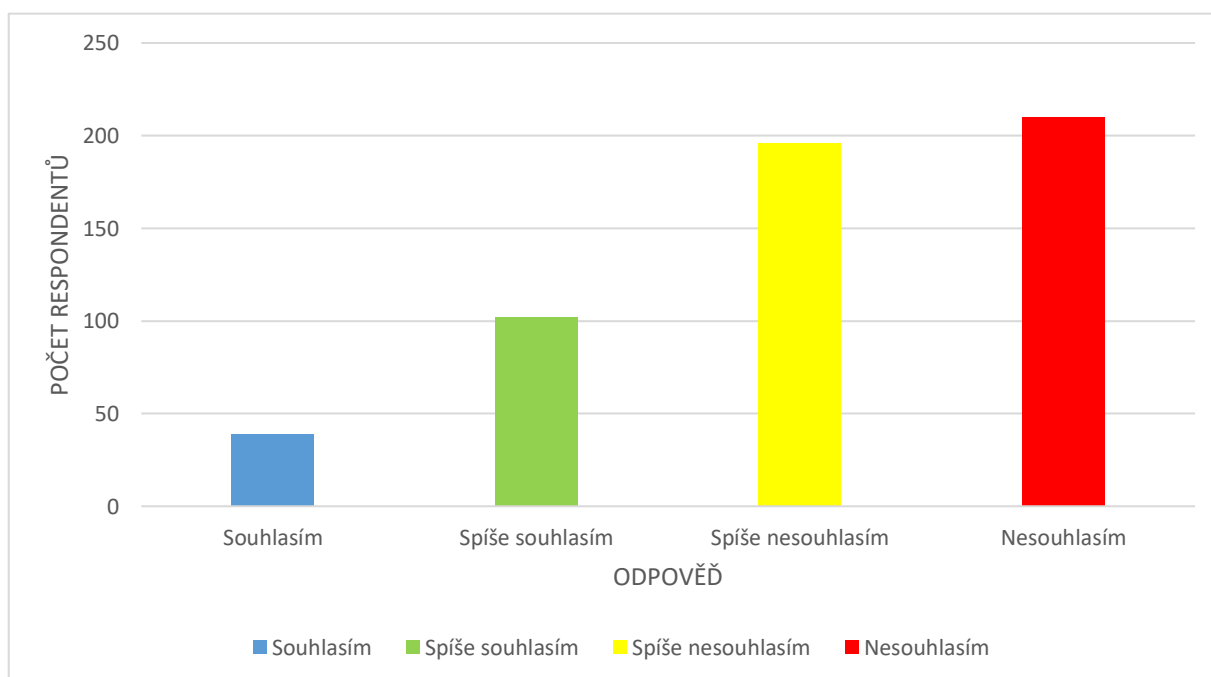
**Dotazníková položka č. 19**

Chtěl bych raději umírat v nemocnici, jelikož sestry mají profesní znalosti a dovednosti k péči a jsou obdařeny uměním doprovázet umírající.

- Souhlasím
- Spíše souhlasím
- Spíše nesouhlasím
- Nesouhlasím

*Tabulka 19: Názor na péči sester*

<b>Odpověď</b>	<b>Absolutní četnost (n)</b>	<b>Relativní četnost (r)</b>
Souhlasím	39	7 %
Spíše souhlasím	102	19 %
Spíše nesouhlasím	196	36 %
Nesouhlasím	210	38 %



*Graf 22: Názor na péči sester*

**Komentář:** S dotazníkovou položkou č. 19 souhlasí 39 (7 %) respondentů, 102 (19 %) respondentů spíše souhlasí, 196 (36 %) respondentů spíše nesouhlasí a 210 (38 %) respondentů nesouhlasí.

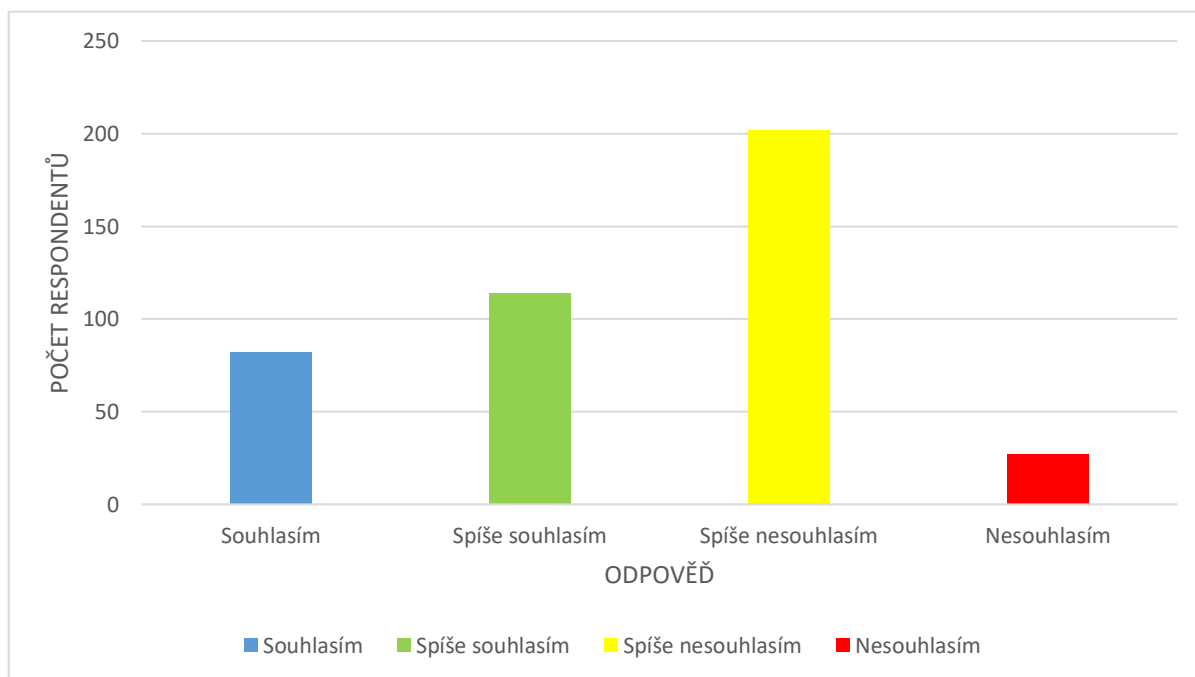
**Dotazníková položka č. 20**

Chtěl bych raději zemřít v nemocnici, aby mě rodina neviděla v takovémto stavu utrpení.

- Souhlasím
- Spíše souhlasím
- Spíše nesouhlasím
- Nesouhlasím

*Tabulka 20: Umírání v nemocnici vzhledem k utrpení rodiny*

<b>Odpověď</b>	<b>Absolutní četnost (n)</b>	<b>Relativní četnost (r)</b>
Souhlasím	82	15 %
Spíše souhlasím	114	21 %
Spíše nesouhlasím	202	37 %
Nesouhlasím	149	27 %



*Graf 23: Umírání v nemocnici vzhledem k utrpení rodiny*

**Komentář:** Výsledky dotazníkové položky č. 20 jsou následující: s tvrzením souhlasí 82 (15 %) respondentů, 114 (21 %) respondentů spíše souhlasí, 202 (37 %) respondentů spíše nesouhlasí a 149 (27 %) respondentů plně nesouhlasí.

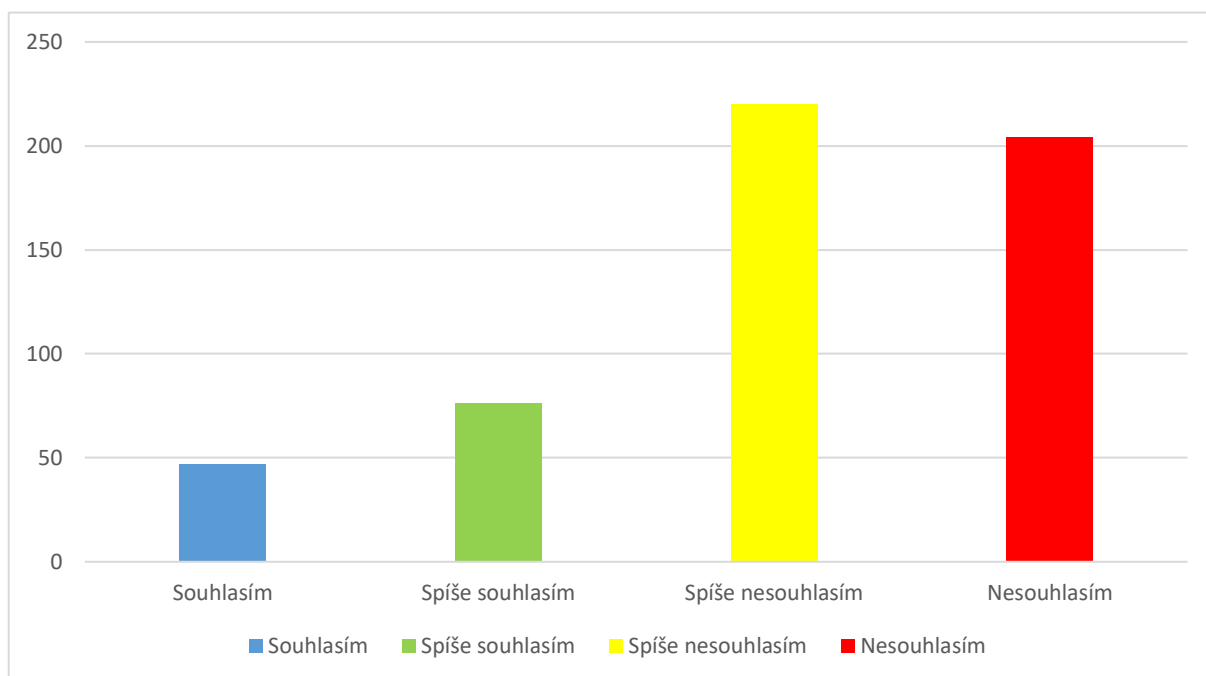
**Dotazníková položka č. 21**

Nechci umírat doma z důvodu možné absence lékařské a ošetrovatelské péče.

- Souhlasím
- Spíše souhlasím
- Spíše nesouhlasím
- Nesouhlasím

*Tabulka 21: Absence lékařské a ošetrovatelské péče v domácím prostředí*

<b>Odpověď</b>	<b>Absolutní četnost (n)</b>	<b>Relativní četnost (r)</b>
Souhlasím	47	9 %
Spíše souhlasím	76	14 %
Spíše nesouhlasím	220	40 %
Nesouhlasím	204	37 %



*Graf 24: Absence lékařské a ošetrovatelské péče v domácím prostředí*

**Komentář:** S dotazníkovou položkou č. 21 souhlasí 47 (9 %) respondentů, 76 (14 %) respondentů spíše souhlasí, 220 (40 %) respondentů spíše nesouhlasí a 204 (37 %) respondentů nesouhlasí. Převážná většina respondentů tedy nemá obavy, že by jim při umírání chyběla lékařská či ošetrovatelská péče.

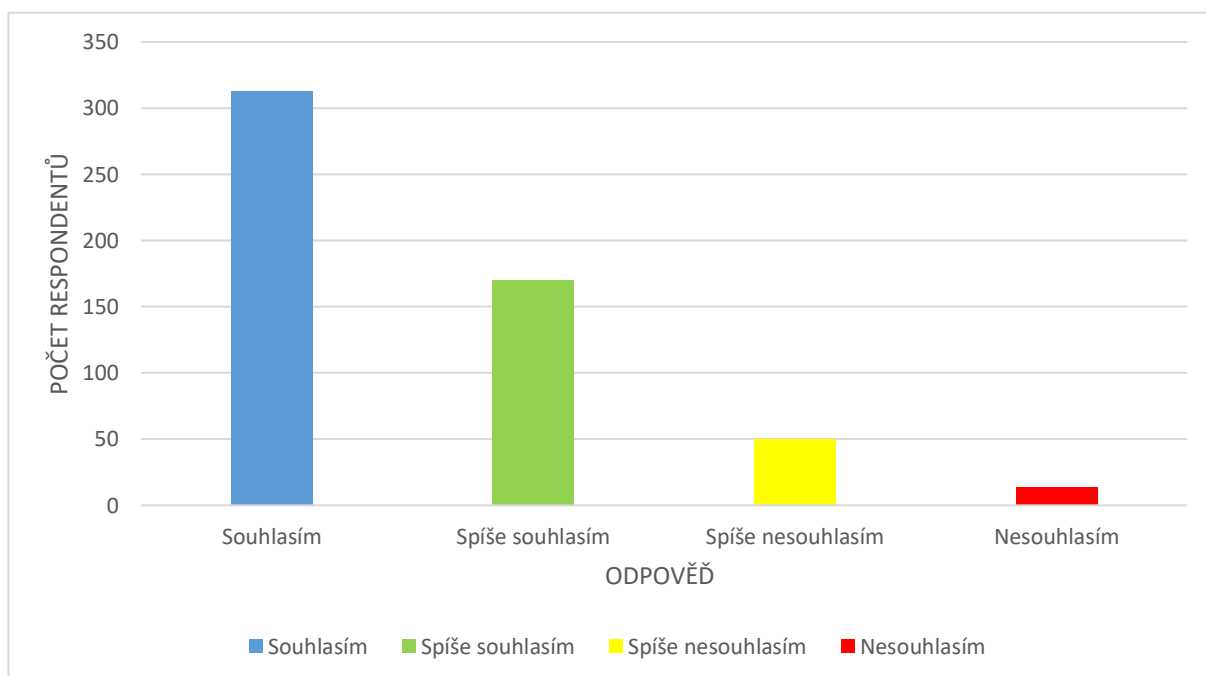
**Dotazníková položka č. 22**

Dokáží se postarat o blízkého umírajícího.

- Souhlasím
- Spíše souhlasím
- Spíše nesouhlasím
- Nesouhlasím

*Tabulka 22: Dokáží se postarat o blízkého umírajícího*

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (r)
Souhlasím	313	57 %
Spíše souhlasím	170	31 %
Spíše nesouhlasím	50	9 %
Nesouhlasím	14	3 %



*Graf 25: Dokáží se postarat o blízkého umírajícího*

**Komentář:** 313 (57 %) respondentů s tvrzením souhlasí, 170 (31 %) spíše souhlasí, 50 (9 %) respondentů spíše nesouhlasí a 14 (3 % respondentů) plně nesouhlasí. Lze tedy usoudit, že převážná většina respondentů by se dokázala postarat o blízkého umírajícího.

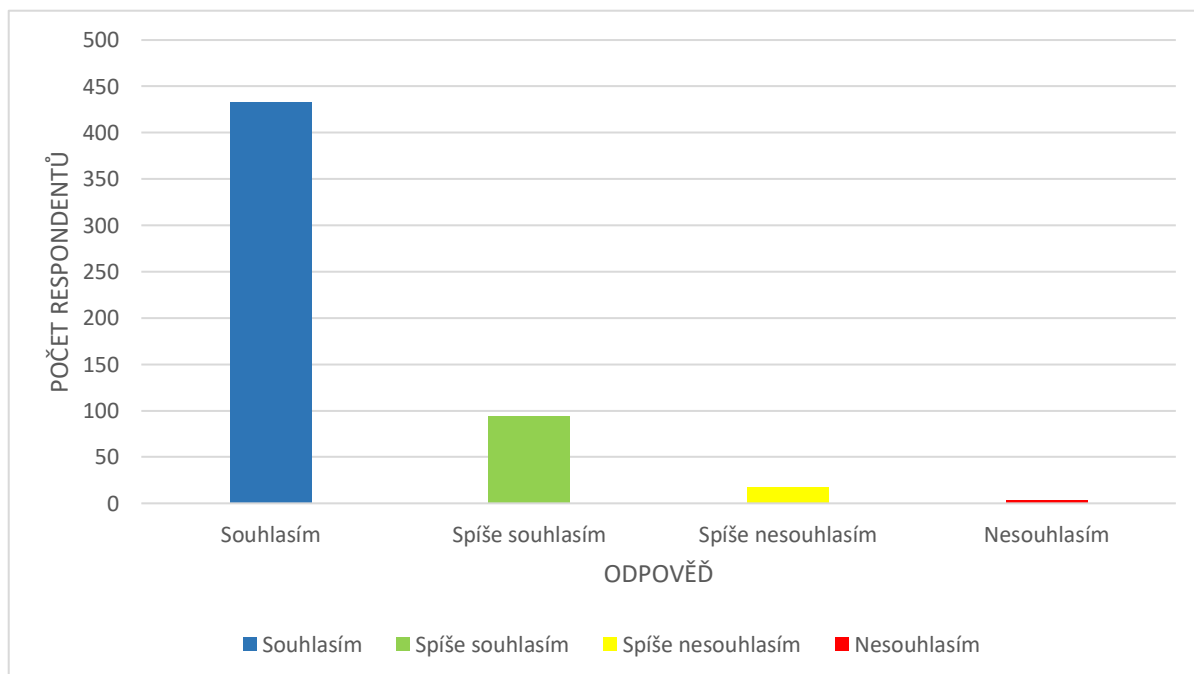
**Dotazníková položka č. 23**

Přál bych si, abych mohl v případě vážného úrazu či nevléčitelné nemoci předem rozhodnout, co se semnou bude dít.

- Souhlasím
- Spíše souhlasím
- Spíše nesouhlasím
- Nesouhlasím

*Tabulka 23: Předem vyslovené přání*

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (r)
Souhlasím	433	79 %
Spíše souhlasím	94	17 %
Spíše nesouhlasím	17	3 %
Nesouhlasím	3	1 %



*Graf 26: Předem vyslovené přání*

**Komentář:** S tvrzením plně souhlasí 433 (79 %), 94 (17 %) respondentů spíše souhlasí, 17 (3 %) respondentů spíše nesouhlasí a pouze 3 (1 %) respondenti s tvrzením nesouhlasí. Lze tedy říci, že pro téměř každého je důležitá svobodná vůle a rozhodování v případě další

léčby. Můžeme tedy usoudit, že lidé znají svá práva a mají alespoň základní povědomí o možnosti předem vyslovit své přání.

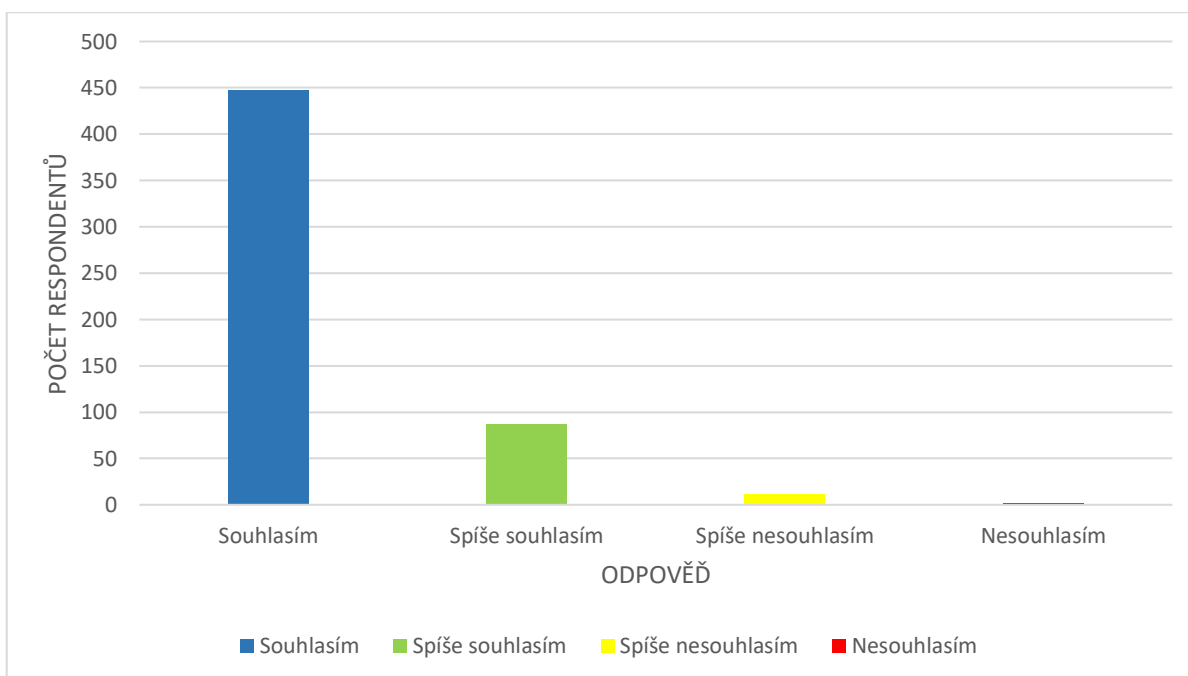
**Dotazníková položka č. 24**

V případě, že je člověk schopen rozhodování, má mít možnost odmítnout další léčbu, kterou již považuje za marnou.

- Souhlasím
- Spíše souhlasím
- Spíše nesouhlasím
- Nesouhlasím

*Tabulka 24: Odmítnutí další léčby*

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (r)
Souhlasím	447	82 %
Spíše souhlasím	87	16 %
Spíše nesouhlasím	11	2 %
Nesouhlasím	2	0 %



*Graf 27: Odmítnutí další léčby*

**Komentář:** S položkou souhlasí 447 (82 %) respondentů, 87 (16 %) respondentů spíše souhlasí, 11 (2 %) respondentů spíše nesouhlasí a pouze 2 (0,4 %) respondenti s tvrzením nesouhlasí.



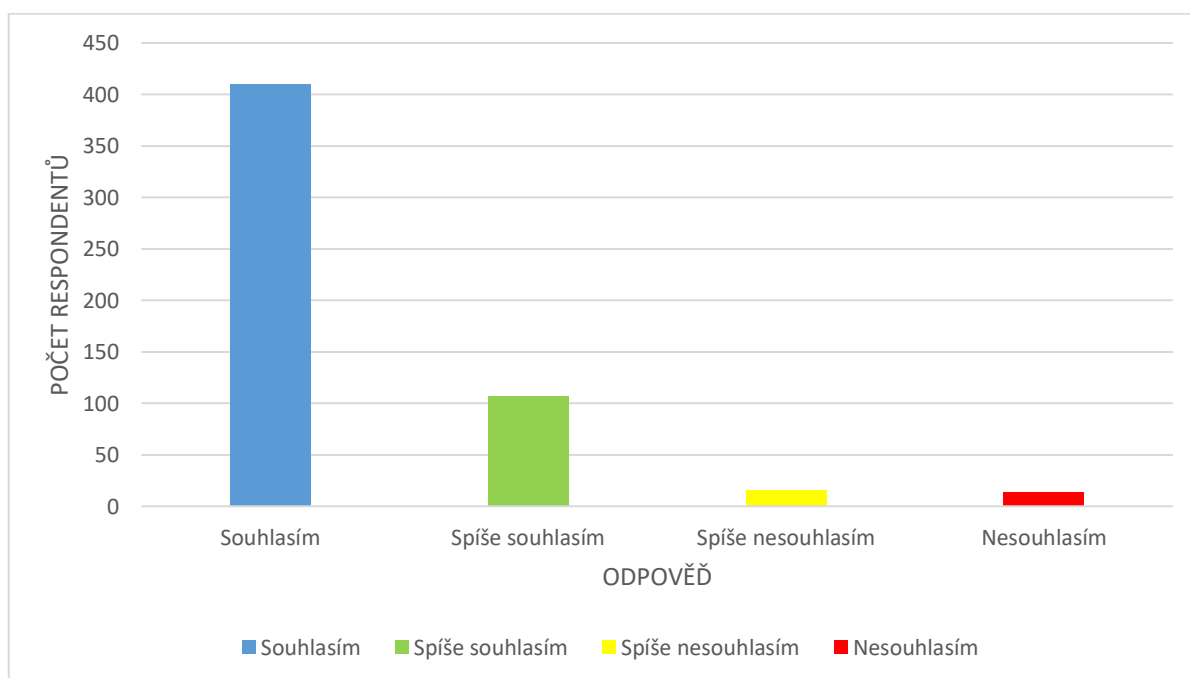
**Dotazníková položka č. 25**

Posmrtné dárcovství orgánů považují za vysoce prospěšný čin.

- Souhlasím
- Spíše souhlasím
- Spíše nesouhlasím
- Nesouhlasím

*Tabulka 25: Posmrtné dárcovství orgánů*

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (r)
Souhlasím	410	75 %
Spíše souhlasím	107	20 %
Spíše nesouhlasím	16	3 %
Nesouhlasím	14	2 %



*Graf 28: Posmrtné dárcovství orgánů*

**Komentář:** S tvrzením posmrtného dárcovství souhlasí 410 (75 %) respondentů, 107 (20 %) respondentů spíše souhlasí, 16 (3 %) respondentů spíše nesouhlasí a 14 (3 %) respondentů plně nesouhlasí.

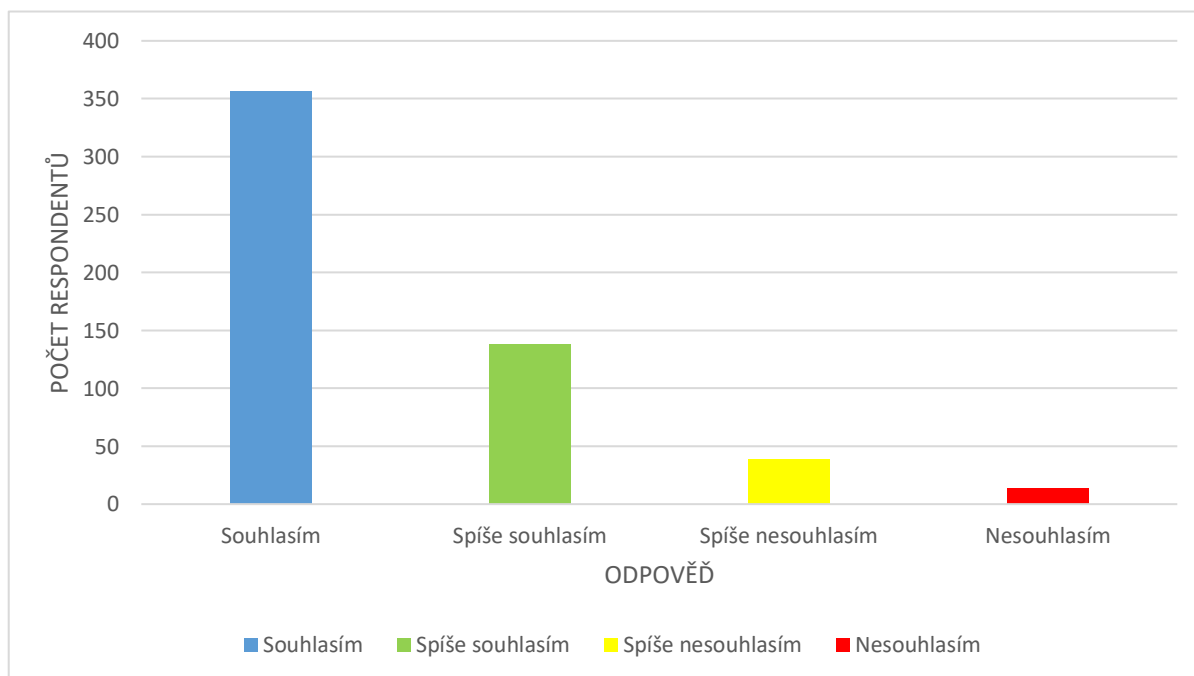
**Dotazníková položka č. 26**

Každý člověk má možnost darovat po smrti své tělo pro výzkumné a studijní účely (pitvy).

- Souhlasím
- Spíše souhlasím
- Spíše nesouhlasím
- Nesouhlasím

*Tabulka 26: Dárcovství orgánů*

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (r)
Souhlasím	356	65 %
Spíše souhlasím	138	25 %
Spíše nesouhlasím	39	7 %
Nesouhlasím	14	3 %



*Graf 29: Dárcovství orgánů*

**Komentář:** S posmrtným dárcovstvím orgánů pro výzkumné a studijní účely souhlasí 356 (65 %) respondentů, 138 (25 %) respondentů spíše souhlasí, 39 (7 %) respondentů spíše nesouhlasí a 14 (3 %) respondentů s posmrtným dárcovstvím nesouhlasí.

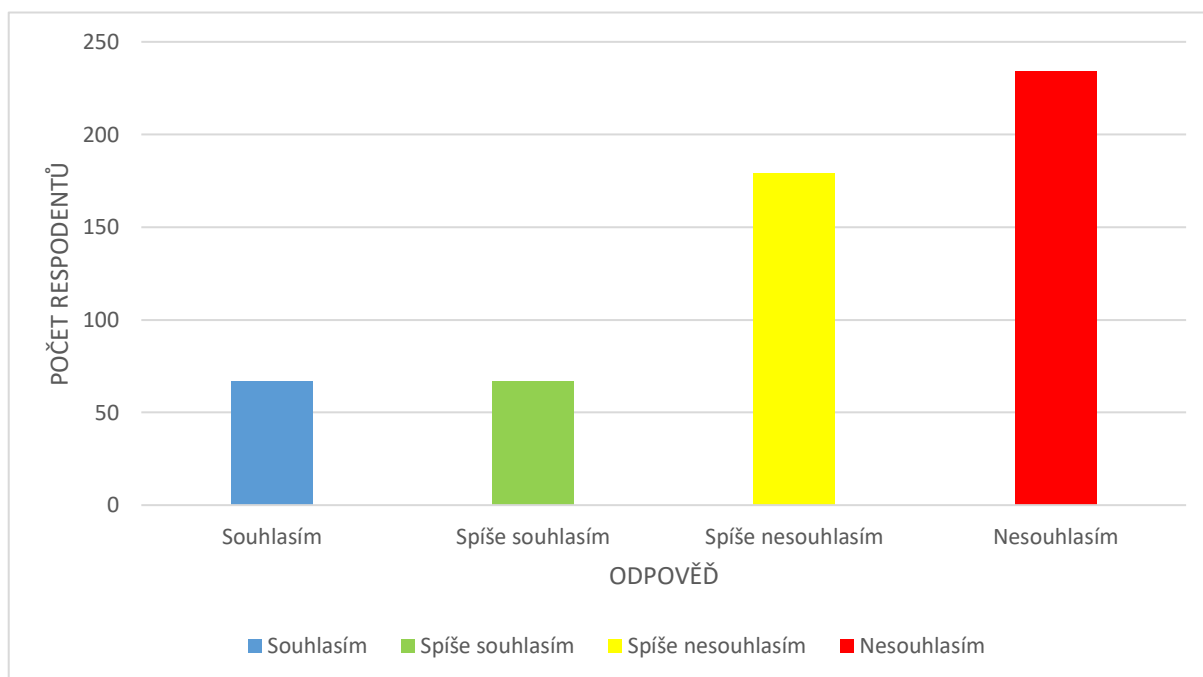
**Dotazníková položka č. 27**

Eutanázií lékař porušuje nejzákladnější principy lékařské etiky, to je nepoškodit pacienta a činit dobro.

- Souhlasím
- Spíše souhlasím
- Spíše nesouhlasím
- Nesouhlasím

*Tabulka 27: Porušení základních principů lékařské etiky*

<b>Odpověď</b>	<b>Absolutní četnost (n)</b>	<b>Relativní četnost (r)</b>
Souhlasím	67	12 %
Spíše souhlasím	67	12 %
Spíše nesouhlasím	179	33 %
Nesouhlasím	234	43 %



*Graf 30: Porušení základních principů lékařské etiky*

**Komentář:** S položkou souhlasí 67 (12 %) respondentů, 67 (12 %) respondentů spíše souhlasí, 179 (33 %) respondentů spíše nesouhlasí a 234 (43 %) respondentů plně nesouhlasí, což znamená, že převážná většina respondentů souhlasí s eutanázií.

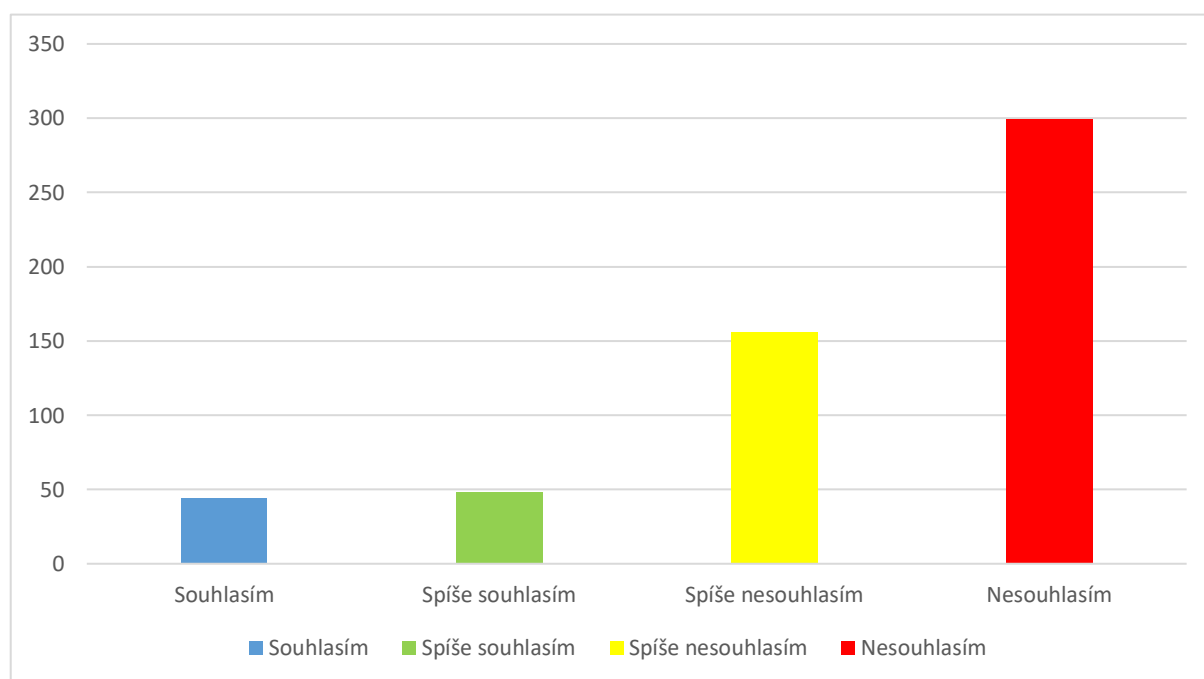
**Dotazníková položka č. 28**

„Nejen eutanázie, ale už sama žádost o ni vždycky znamená selhání. Selhání lékaře, selhání společnosti, selhání okolí žadatele nebo žadatele samotného.“ (Marie Svatošová)

- Souhlasím
- Spíše souhlasím
- Spíše nesouhlasím
- Nesouhlasím

*Tabulka 28: Eutanázie jako selhání*

<b>Odpověď</b>	<b>Absolutní četnost (n)</b>	<b>Relativní četnost (r)</b>
Souhlasím	44	8 %
Spíše souhlasím	48	9 %
Spíše nesouhlasím	156	29 %
Nesouhlasím	299	55 %



*Graf 31: Eutanázie jako selhání*

**Komentář:** S tvrzením souhlasí 44 (8 %) respondentů, 48 (9 %) respondentů spíše souhlasí, 156 (29 %) respondentů spíše nesouhlasí a 299 (55 %) respondentů plně nesouhlasí.

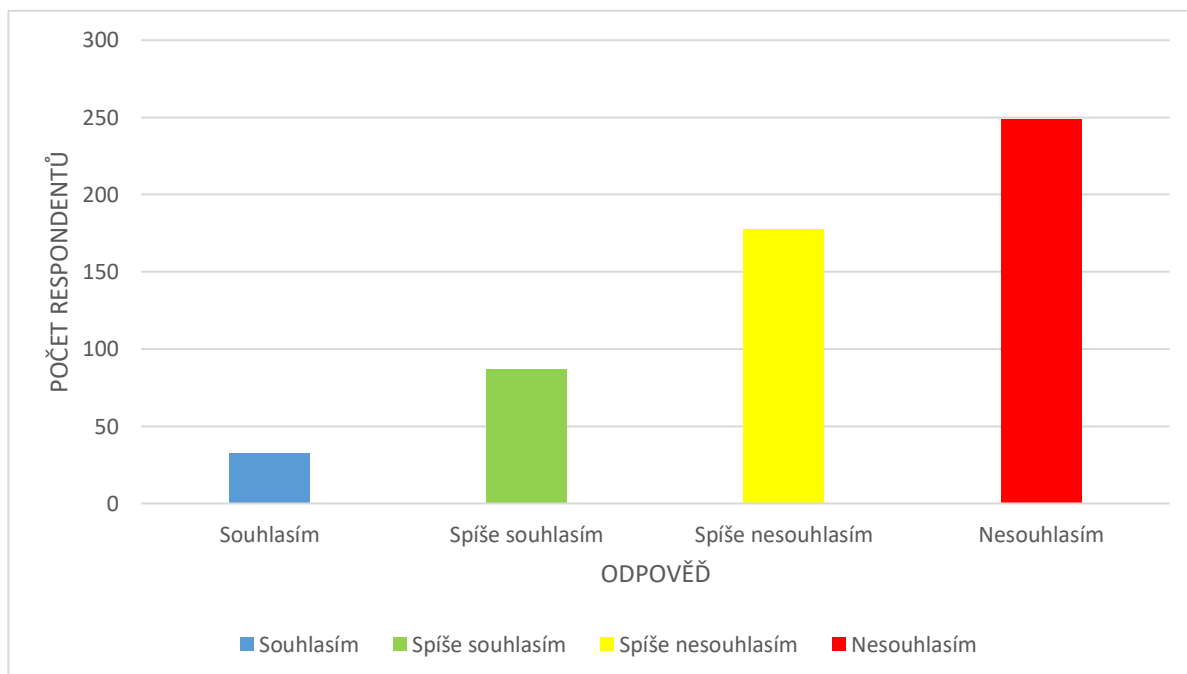
**Dotazníková položka č. 29**

Lékař má právo rozhodnout za nemohoucího pacienta o jeho životě.

- Souhlasím
- Spíše souhlasím
- Spíše nesouhlasím
- Nesouhlasím

*Tabulka 29: Právo lékaře rozhodnout za nemohoucího pacienta*

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (r)
Souhlasím	33	6 %
Spíše souhlasím	87	16 %
Spíše nesouhlasím	178	33 %
Nesouhlasím	249	46 %



*Graf 32: Právo lékaře rozhodnout za nemohoucího pacienta*

**Komentář:** Pouze 33 (6 %) respondentů s tvrzením souhlasí, 87 (16 %) respondentů spíše souhlasí, 178 (33 %) respondentů spíše nesouhlasí a 249 (46 %) s tvrzením nesouhlasí. Což

představuje, že 79 % respondentů zodpovědělo, že by lékař neměl mít právo rozhodovat za nemohoucího pacienta a 22 % respondentů si myslí, že by lékař měl takovéto právo mít.

## 7 DISKUZE

Bakalářská práce se zabývá postoji produktivní složky populace k umírání a smrti. Na začátku bakalářské práce jsme si stanovili jeden hlavní a čtyři dílčí cíle. Hlavním cílem bylo zjistit, jaké postoje zaujímá produktivní složka populace k umírání a smrti. Prvním dílčím cílem bylo zjistit, jaké postoje má cílová skupina k samotné smrti. Druhým dílčím cílem bylo zjistit, jaké má cílová skupina názory na pohřební rituály. Třetím dílčím cílem bylo zjistit, názory a postoje cílové skupiny k umírání ve zdravotnickém zařízení a v domácím prostředí. Čtvrtým dílčím cílem bylo zjistit, jaké zaujímá cílová skupina postoje ohledně vybraných etických otázek týkající se smrti a umírání. Na základě stanovených cílů jsme upřednostnili vlastní dotazník před dotazníkem „The Quality of Dying and Death“ (QODD), který sloužil pro inspiraci. Pomocí dotazníku jsme získali data, potřebná ke zjištění těchto cílů. V poslední kapitole práce bychom si rádi shrnuli získaná data z dotazníku a pokusili se zjistit, jaké postoje produktivní složka populace zaujímá ke smrti a umírání vlastně má.

Respondenty tvořili lidé ve věku 18-55 let. Ze všech daných věkových kategorií se dotazníkového šetření zúčastnilo 547 respondentů, návratnost dotazníku činila 100 %, jelikož dotazník byl distribuován online formou a bylo zadáno, že respondent musí zodpovědět na všechny otázky. V úvodu dotazníku jsme se respondentů zeptali na jejich věk a nejvýše dosažené vzdělání, abychom pomocí těchto demografických otázek mohli posoudit jednotlivé odpovědi. Dotazníkového šetření se účastnilo 116 respondentů (21 %) ve věku 18-25 let, 96 respondentů (18 %) ve věku 26-35 let, 131 respondentů (24 %) ve věku 36-45 let a 204 respondentů (37 %) ve věku 46-55 let. 20 respondentů (4 %) bylo se základním vzděláním, 68 respondentů (12 %) se středoškolským vzděláním odborným, s výučním listem, 271 respondentů (50 %) se středoškolským vzděláním s maturitou a 188 respondentů (34 %) s vyšším odborným či vysokoškolským vzděláním.

### **Cíl č. 1 Zjistit, jaké postoje má cílová skupina k samotné smrti**

K tomuto cíli byly přiděleny položky č. 3-11

Nejprve respondenti odpovídali na tvrzení, zda se bojí vlastní smrti. Výsledek nás informoval o tom, že 67 % respondentů ve věkové kategorii 18-25 let se bojí vlastní smrti. Z kategorie 26-35 let se vlastní smrti bojí 75 % respondentů, v kategorii 36-45 let se vlastní smrti bojí 66 % respondentů a v kategorii 46-55 let se své smrti bojí 59 % respondentů. V celkovém počtu s tímto tvrzením souhlasilo 66 % respondentů. Pro srovnání tohoto tvrzení jsme použili bakalářskou práci Renaty Burd'ákové na téma Umírání a smrt jako

součástí lidského života. Na položku týkající se strachu ze smrti odpovědělo 68 % respondentů, že se bojí vlastní smrti (Burďáková, 2016, s. 48). Lze tedy říci, že výsledky jsou srovnatelné.

Vzhledem k nejvýše dosaženému vzdělání vyplynulo, že 45 % respondentů se základním vzděláním, 76 % respondentů se středoškolským vzděláním s výučním listem, 66 % respondentů se středoškolským vzděláním s maturitou a 63 % respondentů s vyšším odborným či vysokoškolským vzděláním souhlasí s obavami ohledně vlastní smrti.

S dotazníkovou položkou, zda se respondenti obávají dlouhého umírání souhlasí 69 % respondentů, 23 % respondentů spíše souhlasí, 5 % respondentů spíše nesouhlasí a 3 % respondentů nesouhlasí. U této dotazníkové položky jsme zjišťovali, zda může mít vliv věk či nejvýše dosažené vzdělání na tuto položku, přičemž z výsledků vyplývá, že věk ani vzdělání nehrají důležitou roli ohledně obav z dlouhého umírání, jelikož ve všech kategoriích obavy značně převažují.

S dalším tvrzením, zda je nejlepší smrt neočekávaná, souhlasí 82 % respondentů. S tvrzením, zda pro člověka není nejhorší umírání samotné, ale to, že neví, kdy nebo jak souhlasí 74 % respondentů.

Co se týče tvrzení, zda někteří lidé se natolik bojí smrti, že ani nezačnou žít, byly výsledky překvapivé, jelikož 67 % respondentů s tvrzením souhlasí.

Další dvě položky se týkají konverzace s dětmi na téma smrti. Jako první, jsme zjišťovali, zda je pro respondenty důležité, aby se s dětmi mluvilo o smrti. S touto položkou souhlasí 76 % respondentů. Pro porovnání jsme použili bakalářskou práci Marie Janíkové na téma Tabuizace smrti v současné společnosti, kde svým respondentům položila totožnou otázku. V tomto výzkumu 77 % respondentů odpovědělo, že by se s dětmi na toto téma mělo mluvit (Janíková, 2012, s. 64). Můžeme tedy usoudit, že je pro společnost důležité, aby se s dětmi mluvilo o smrti. Druhou položkou jsme zjišťovali, zda si respondenti myslí, že pokud je s dětmi smrt rozebírána, může to mít vliv na utváření jejich budoucích postojů ohledně umírání a smrti. S položkou souhlasí 87 % respondentů.

Tvrzení č. 10 a 11 nás překvapila. S tvrzením, zda si respondenti myslí, že je pro moderní společnost smrt tabu, souhlasilo 77 % respondentů a s tvrzením, zda měli lidé v minulosti větší úctu a přirozenější vztah ke smrti a umírání než v současné době, souhlasilo 89 % respondentů. Lze tedy usoudit, že tato tvrzení mají na sebe jistou návaznost. Je možné, že lidé v minulosti měli ke smrti větší respekt než v současnosti, což mohlo způsobit tabuizaci



smrti. V moderní společnosti je hlavním úkolem záchrana života pacienta a smrt se dostává do pozadí, což mohlo způsobit, že se o smrti příliš nemluví.

### **Cíl č. 2 Zjistit, jaké má cílová skupina názory na pohřební rituály**

K tomuto cíli byly přiděleny položky č. 12-16

Prvním tvrzením v této části jsme zjišťovali, zda respondenti považují náboženský obřad v kostele za významný rituální obřad pro moderní společnost. S daným tvrzením souhlasí 47 % respondentů.

U druhého tvrzení jsme zjišťovali, zda respondenti považují otevřenou rakev na pohřbu jako důstojný akt rozloučení se zesnulým. S tvrzením souhlasí 47 % respondentů.

S tvrzením, zda respondenti považují jako důstojné rozloučení se zesnulým online přenos pohřbu pro rodinné příslušníky, kteří se pohřbu nemohou zúčastnit, souhlasí pouze 36 % respondentů.

U další dotazníkové položky jsme položily tvrzení, zda je pro respondenty nejlepší varianta pohřbívání žehem (kremací). Výsledky ukazují, že 68 % respondentů souhlasí s kremací jako nejlepší variantou pohřbívání.

S položkou, zda by měli mít blízcí vždy v souladu s lidskými právy možnost navštívit umírajícího na covid či jiné onemocnění v nemocnici odpovědělo jednoznačně 97 % respondentů, že s tvrzením souhlasí.

U tohoto cíle jsme se zaměřili na to, jaké rituály a preference mají po smrti. Výsledky byly různé, avšak u dotazníkové položky, kdy jsme zjišťovali, zda by měli mít lidé možnost navštívit umírajícího, byly odpovědi téměř jednoznačné. Na tuto položku jsme se ptali z důvodu proběhlé pandemie covid-19, kdy lidé v určitém období neměli v některých zařízeních možnost navštívit své blízké.

### **Cíl č. 3 Zjistit názory a postoje cílové skupiny k umírání ve zdravotnickém zařízení a v domácím prostředí**

K tomuto cíli byly přiděleny položky č. 17-22

U tvrzení č. 17 jsme zjišťovali, zda respondenti považují za nejlepší variantu umírání v kruhu rodiny v rodinném prostředí. S touto položkou souhlasí 95 % respondentů. Pro srovnání jsme opět použili bakalářskou práci Marie Janíkové, ve které se respondentů tázala na otázku, kde si respondenti přejí zemřít, výsledky ukázaly, že přáním 61 % respondentů, je

zemřít doma v okruhu svých nejbližších. V práci autorka uvedla, že počtem odpovědí se respondenti v tomto ohledu rozcházejí (Janíková, 2012, s. 76), přičemž u našeho dotazníkovém šetření je odpověď téměř jednoznačná.

Dalším tvrzením jsme zjišťovali, zda si respondenti myslí, že zemřít doma může být těžší, než se zdá, jelikož rodina nemusí situaci zvládnout. Výsledky ukázaly, že 80 % respondentů s tvrzením souhlasí.

S položkou, zda by respondenti chtěli umírat raději v nemocnici z důvodu větších profesních znalostí a dovedností sester souhlasí pouze 26 % respondentů, tento výsledek je velice překvapivý.

U poslední dotazníkové položky, vztahující se k danému cíli, zda si respondenti myslí, že se dokáží postarat o blízkého umírajícího byla odpověď téměř jednoznačná. S tvrzením souhlasí 88 % respondentů. Pro srovnání jsme opět použili bakalářskou práci Marie Janíkové, která respondentům položila stejnou otázku, přičemž pouze 45 % respondentů odpovědělo ano (Janíková, 2012, s. 71). Výsledky ukazují, že se názory v jednotlivých šetřeních liší.

U tohoto cíle jsme se snažili zjistit, zda si respondenti přejí umírat doma či ve zdravotnickém zařízení. V dotazníkových položkách vztahující se k tomuto cíli se ve všech případech shodla naprostá většina respondentů, z čehož vyplývá, že si respondenti přejí umírat spíše v domácím prostředí s blízkými.

#### **Cíl č. 4 Zjistit, jaké zaujímá cílová skupina postoje ohledně vybraných etických otázek týkající se smrti a umírání**

K tomuto cíli byly přiděleny položky č. 23-29

S prvním tvrzením v této části, zda by si respondenti přáli v případě vážného úrazu či nevyléčitelné nemoci předem sami rozhodnout, co se s nimi bude dít, souhlasí 97 % respondentů, což dává jasně najevo, že převážná většina respondentů si myslí, že každý člověk má právo si sám rozhodnout, jaký postup bude následovat. Pro porovnání, jsme využili bakalářskou práci Nikoly Flídrové na téma Postoje ke smrti a umírání z pohledu sestry, kde svým respondentům, zdravotnickým pracovníkům položila otázku, zda ve své profesi vidí „předem vyslovená přání“ jako pozitivum pro pacienty při zvládnání smrti, přičemž výzkum ukázal, že pouze 16 % zdravotnických pracovníků bere předem vyslovené přání pacienta jako pozitivum, převážná většina (59 %) zdravotníků odpověděla, že předem vyslovené přání berou negativně z důvodu těžkého ukotvení v legislativě. 18 % zdravotníků

ve výzkumu odpovědělo, že berou předem vyslovené přání negativně z důvodu, že není zaručeno, že bude pacient schopný předvídat svou situaci (Flídrová, 2016, s. 35). Po srovnání výsledků dotazníkových šetření lze konstatovat, že respondenti laické veřejnosti vidí možnost předem rozhodnout o svém budoucím zdravotním stavu pozitivně, naopak zdravotničtí pracovníci tuto možnost spíše zavrhnou.

S dalším tvrzením, pokud je člověk schopen rozhodování, má mít možnost odmítnout další léčbu, kterou již považuje za marnou, souhlasí převážná většina respondentů-98 % respondentů, což přitvrzuje k tvrzení předešlému.

Dalšími dotazníkovými položkami jsme zjišťovali, zda respondenti považují posmrtné dárce orgánů jako vysoce prospěšný čin a zda by měl mít člověk možnost darovat své tělo pro výzkumné a studijní účely. Výsledky těchto tvrzení byly téměř jednoznačné. S položkami souhlasí 95 a 90 % respondentů, což dává jasně najevo, že převážná většina společnosti je pro dárce orgánů. Pro srovnání těchto položek jsme využili dotazníkové šetření v bakalářské práci Kamily Svobodové na téma Povědomí laické veřejnosti o dárce orgánů, kde se svých respondentů ptala, zda by souhlasili s použitím svého těla pro dárcovské účely, přičemž téměř polovina (49 %) respondentů s touto položkou souhlasila a 40 % respondentů odpovědělo neutrálně (Svobodová, 2016, s. 43). Můžeme tedy konstatovat, že veřejnost se k posmrtnému dárce orgánů spíše přiklání.

V dalších dotazníkových položkách jsme rozebírali téma eutanázie. Ptali jsme se respondentů na názory ohledně daného tématu, přičemž z výsledků tohoto šetření vyplynulo, že převážná většina respondentů je pro eutanázii. S položkou, zda si respondenti myslí, že eutanázií lékař porušuje nejzákladnější principy etiky, což znamená nepoškodit pacienta a činit dobro souhlasí pouze 24 % respondentů. K další dotazníkové položce jsme využili citát od Marie Svatošové: „Nejen eutanázie, ale už sama žádost o ni vždycky znamená selhání. Selhání lékaře, selhání společnosti, selhání okolí žadatele nebo žadatele samotného.“ S tímto citátem souhlasí pouze 17 % respondentů, což značí, že se respondenti k otázce eutanázie spíše přiklání. Pro srovnání těchto položek jsme využili diplomovou práci Mgr. Lenky Honsové na téma Pohled společnosti na problematiku legalizace eutanázie, přičemž svým respondentům položila otázku, zda by podle nich, měla být v České republice povolena eutanázie. Výsledky šetření ukázaly, že nadpoloviční většina (56 %) respondentů s legalizací souhlasí (Honsová, 2012, s. 54). Lze tedy konstatovat, že převážná většina respondentů je pro legalizaci eutanázie a nebere ji jako zlo.

## ZÁVĚR

Bakalářská práce je tematicky rozdělena na část teoretickou a praktickou. V teoretické části jsme definovali základní pojmy v kontextu umírání a smrti, vysvětlili, co jsou to pohřební rituály, a jak na smrt a umírání nahlíželi v průběhu dějin a v neposlední řadě se zabývali etickými otázkami zaměřených na umírání a smrt. Následně jsme v praktické části hodnotili výsledky průzkumného šetření, které bylo provedeno kvantitativní metodou, pomocí dotazníkového šetření. Šetření se zúčastnilo celkově 547 respondentů, s čímž jsme ani na začátku nepočítali. Zajímalo nás, jaké postoje mají lidé k umírání a smrti v produktivním věku. Pro získání odpovědí jsme si stanovili hlavní a 4 vedlejší cíle.

U prvního a zároveň hlavního cíle jsme se snažili zjistit, jaký postoj zaujímá produktivní složka populace k umírání a smrti. Zjistili jsme, že ani věk, ani nejvýše dosažené vzdělání nemá vliv na utváření postojů ohledně umírání a smrti. Také jsme zjistili, že převážná část respondentů má jisté obavy ze smrti a umírání, nejen že se lidé bojí vlastní smrti, ale také se obávají dlouhého umírání. Nadále jsme zjistili, že většina respondentů by si přála zemřít neočekávaně, a také, že se lidé bojí, kdy si pro ně smrt přijde. Výsledky dotazníkového šetření také ukázali, že je pro respondenty podstatné, aby se s dětmi mluvilo ohledně umírání a smrti již od útlého věku, jelikož to může mít vliv na utváření jejich budoucích postojů a následně také k vývoji myšlení budoucí společnosti ohledně umírání a smrti. Překvapilo nás, že pouze polovina respondentů uvedla, že si myslí, že je smrt tabuizovaným tématem. Naopak převážná většina respondentů si myslí, že v minulosti měli lidé přirozenější vztah ke smrti a umírání než v současnosti.

U druhého cíle jsme zjišťovali, jaké má cílová skupina názory na pohřební rituály. V této části se názory respondentů téměř u každé položky shodovaly. Během pandemie neměli lidé v některých zdravotnických zařízeních možnost navštívit své umírající blízké, což je dle respondentů špatně.

U třetího cíle jsme zjišťovali názory a postoje cílové skupiny k umírání ve zdravotnickém zařízení a v domácím prostředí. Na veškerých položkách se převážná většina respondentů shodla, z čehož vyplývá, že značná část populace upřednostňuje zemřít doma v kruhu rodiny.

Jako poslední cíl jsme si určili, že chceme zjistit, jaké zaujímá cílová skupina postoje ohledně vybraných etických otázek týkající se smrti a umírání. Zjistili jsme, že dle názoru respondentů je pro společnost důležité, aby o sobě mohl pacient v jakémkoli případě

rozhodnout sám, také jsme zjistili, že respondenti považují posmrtné dárcovství orgánů jako vysoce prospěšný čin. A v neposlední řadě nás zajímala otázka eutanázie, zda lidé s tímto procesem souhlasí či nikoli. Převážná většina respondentů se shodla, že eutanázií lékař nepoškozuje pacienta, naopak lidé berou eutanázií v mnohých případech jako vysvobození.

### **Doporučení pro praxi**

Na základě získaných dat z dotazníkového šetření jsme zjistili, že společnost o smrti téměř nediskutuje či se tomuto tématu záměrně vyhýbá, což neustále v lidech vzbuzuje strach a úzkost ze smrti. Také zdravotničtí pracovníci, především sestry pečující o pacienty, vnímají smrt stále jako negativní zkušenost, jelikož jejich hlavním posláním je záchrana života. Proto se velmi často stává, že se zdravotničtí pracovníci snaží záměrně vyhýbat kontaktu s umírajícím, což má vliv nejen na zaměstnance samotného, ale i na umírajícího, který poté ve zdravotnickém zařízení umírá osamocen. Pandemie Covid-19 tuto situaci mnohdy ještě zhoršila, jelikož v některých zdravotnických zařízeních nebylo možné své blízké, které na toto onemocnění umírali, je navštívit. Naopak tato pandemie dala také za vznik novým postojům a projevům lidskosti.

Pro kvalitní ošetrovatelskou péči o umírající je potřebné, aby sestry, které tuto péči provádí, se neustále vzdělávaly a samy zaujímalý pozitivní postoj v těchto oblastech, a tím zpříjemnily poslední chvíle pacientova života.

V neposlední řadě je velmi důležité říci, že každý člověk musí brát smrt jako skutečnost, která jednou přijde a nevyhýbat se debatám o ní. Jelikož čím více se o smrti mluví, tím lépe se na ni člověk dokáže připravit.

*„Smrt není opakem života, smrt je jeho součást.“*

(Haruki Murakami, 1949)

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

- BURDÁKOVÁ, Renata, 2016. *Umírání a smrt jako součást lidského života*. Zlín. Diplomová práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
- CORR, Charles A., Donna M. CORR a Kenneth J. DOKA, 2018. *Death and Dying, Life and Living*. 8th ed. Boston, Massachusetts: Cengage Learning. ISBN 978-0-357-69560-9.
- COX, Karen et al., 2013. Public attitudes to death and dying in the UK: a review of published literature [online]. *BMJ Supportive and Palliative Care* [cit. 2022-05-23]. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjspcare-2012-00023>.
- DOSTÁLOVÁ, Olga, 2016. *Péče o psychiku onkologicky nemocných*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5706-3.
- DOWNEY, Lois et al., 2010. The Quality of Dying and Death Questionnaire (QODD): Empirical Domains and Theoretical Perspectives. *Journal of Pain and Symptom Management* [online]. United States: Elsevier, **39**(1), 9-22 [cit. 2022-05-24]. Dostupné z: [doi:10.1016/j.jpainsymman.2009.05.012](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2009.05.012)
- DUFKOVÁ, Petra, 2017. *Současná postmoderní společnost: vznik a vývoj, klasifikace, Česká republika*. Brno. Diplomová práce. Masarykova univerzita v Brně. Ekonomicko-správní fakulta. Vedoucí práce doc. RNDr. Josef Kunc, Ph.D.
- FENGQIN, Xu et al., 2019. A Questionnaire Study on the Attitude towards Death of the Nursing Interns in Eight Teaching Hospitals in Jiangsu [online]. *BioMed Research International* [cit. 2022-05-23]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1155/2019/3107692>.
- FLÍDROVÁ, Nikola, 2016. *Postoje ke smrti a umírání z pohledu sestry*. Pardubice. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Jana Zatočilová
- FORTH, Gregory, 2018. Rites of Passage [online]. *The International Encyclopedia of Anthropology* [cit. 2022-05-23]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/9781118924396.wbiea2002>
- GORDON, Michael, 2015. Rituals in Death and Dying: Modern Medical Technologies Enter the Fray [online]. *Rambam Maimonides Medical Journal* **6** (1) [cit. 2022-05-23]. Dostupné z: <https://www.rmmj.org.il/issues/23/Articles/418>.

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2007. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2., přeprac. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-471-3.

HAŠKOVCOVÁ, Helena a Helena KUČEROVÁ, 2020. *Sebevraždy*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-485-9.

HEŘMANOVÁ, Daria, 2015. *Co bychom měli vědět, než odejdeme*. [Čerčany]: [Daria Heřmanová]. ISBN: 978-80-260-7669-8.

HONSOVÁ, Lenka, 2012. *Pohled společnosti na problematiku legalizace eutanázie*. Praha. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze. Filozofická fakulta. Vedoucí práce PhDr. Jiří Vinopal, Ph.D.

JANÍKOVÁ, Marie, 2012. *Tabuizace smrti v současné společnosti*. Zlín. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce prof. PhDr. Pavel Mühlpachr, Ph.D.

KARNIK, Sameera a Amar KANEKAR, 2016. Ethical Issues Surrounding End-of-Life Care: A Narrative Review [online]. *Healthcare (Basel)* 4 (2) [cit. 2022-05-23]. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/healthcare4020024>.

KISVERTOVÁ, Helena a Jana KUTNOHORSKÁ, 2010. Umírání a smrt v historickém vývoji. *Kontakt* [online]. Univerzita Palackého v Olomouci, (12), 212-219 [cit. 2022-05-23]. ISSN 1212-4117. Dostupné z: doi:10.32725/kont.2010.029.

KULÍŘOVÁ, Veronika, 2018. Vztah filozofie a ošetrovatelství z pohledu historie [online]. *Florence* [cit. 2022-05-23]. Dostupné z:

<https://www.florence.cz/zpravodajstvi/aktuality/vztah-filozofie-a-osetrovatelstvi-z-pohledu-historie/>.

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

KÜBLER-ROSS, Elisabeth, 2015. *O smrti a umírání: Co by se lidé měli naučit od umírajících*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0911-9.

KÜNG, Hans, 2015. *Dobrá smrt?*. Praha: Vyšehrad. ISBN 978-80-7429-549-2.

LEŠKOVÁ, Alena, 2016. *Thanatologie z pohledu dospívajícího*. Brno. Bakalářská práce. Masarykova univerzita v Brně. Lékařská fakulta. Vedoucí práce Mgr. Jana Špačková

MACHŮ, Klára, 2016. *Spiritualita a postoje ke smrti*. Olomouc. Disertační práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Filozofická fakulta. Vedoucí práce PhDr. Olga Pechová, Ph.D.

NEŠPOROVÁ, Olga, 2007. Smrt, umírání a pohřební rituály v české společnosti ve 20. století. *Soudobé dějiny*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 14(2-3), 354-378.

PREISSOVÁ-KREJČÍ, Andrea a Naděžda ŠPATENKOVÁ, 2013. Detabuizace problematiky smrti v prostředí školy jako cesta k nové spiritualitě. *Paidagogos* [online]. Univerzita Palackého v Olomouci, 2.(15), 230-249 [cit. 2022-05-23]. ISSN 1213-3809. Dostupné z: <http://www.paidagogos.net/issues/2013/2/article.php?id=15>.

PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK, 2014. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-5471-0.

QINGHUA, Liu, Jing TAO a Lianlian GAO, 2020. Attitudes of Front-Line Nurses Toward Hospice Care During the COVID-19 Pandemic. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine* [online]. Sage Publications, 38(2), 204-210 [cit. 2022-05-23]. Dostupné z: doi:10.1177/104990912096853.

SÍGL, Miroslav. *Co víme o smrti...?*, 2017 Vydání druhé, přepracované. Přílepy: Olympia. ISBN 978-80-7376-466-1.

SVOBODOVÁ, Kamila, 2016. *Povědomí laické veřejnosti o dárcovství orgánů*. Pardubice. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Lucie Chrudimská, DiS.

VÁCHA, Marek, 2019. *Eutanázie: definice, historie, legislativa, etika*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2575-3.

VOKURKA, Martin a Jan HUGO, 2015. *Velký lékařský slovník*. vydání desáté. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-456-2.

YARDLEY, Sarah., 2020. Death and dying during the pandemic. [online]. *BMJ Supportive and Palliative care* [cit. 2022-05-23]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1136/bmj.m1472>.



**SEZNAM GRAFŮ**

Graf 1: Věk respondentů.....	36
Graf 2: Nejvýše dosažené vzdělání respondentů .....	38
Graf 3: Obavy respondentů ze smrti .....	40
Graf 4: Názory respondentů podle věku .....	41
Graf 5: Obavy ze smrti na základě vzdělání .....	42
Graf 6: Obavy respondentů z dlouhého umírání.....	43
Graf 7: Obavy z dlouhého umírání na základě věku .....	44
Graf 8: Nejlepší smrt je neočekávaná .....	46
Graf 9: Nejhorší není umírání samotné, ale to, že člověk neví, kdy nebo jak .....	47
Graf 10: Někteří lidé se tak bojí smrti, že ani nezačnou žít.....	48
Graf 11: Domnívám se, že je důležité s dětmi mluvit o smrti již od útlého věku .....	49
Graf 12: Pokud je s dětmi smrt rozebírána, může to mít vliv a utváření jejich budoucích postojů.....	50
Graf 13: Tabuizace smrti .....	52
Graf 14: Vztah ke smrti v minulosti .....	54
Graf 15: Rituální obřad v kostele.....	55
Graf 16: Otevřená rakev jako důstojný akt rozloučení .....	56
Graf 17: Online přenos pohřbu .....	58
Graf 18: Pohřbívání žehem .....	60
Graf 19: Návštěvy umírajícího v nemocnici.....	61
Graf 20: Umírání v kruhu rodiny .....	63
Graf 21: Péče o umírajícího v domácím prostředí .....	64
Graf 22: Názor na péči sester.....	66
Graf 23: Umírání v nemocnici vzhledem k utrpení rodiny.....	67
Graf 24: Absence lékařské a ošetrovatelské péče v domácím prostředí .....	68
Graf 25: Dokáží se postarat o blízkého umírajícího .....	69
Graf 26: Předem vyslovené přání .....	70
Graf 27: Odmítnutí další léčby .....	72
Graf 28: Posmrtné dárcovství orgánů .....	73
Graf 29: Dárcovství orgánů .....	74
Graf 30: Porušení základních principů lékařské etiky .....	75
Graf 31: Eutanázie jako selhání .....	76
Graf 32: Právo lékaře rozhodnout za nemohoucího pacienta .....	77

**SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1: Věk respondentů .....	36
Tabulka 2: Nejvýše dosažené vzdělání respondentů .....	38
Tabulka 3: Obavy respondentů ohledně smrti .....	40
Tabulka 4: Obavy respondentů z dlouhého umírání .....	43
Tabulka 5: Nejlepší smrt je neočekávaná .....	46
Tabulka 6: Nejhorší není umírání samotné, ale to, že člověk neví, kdy nebo jak .....	47
Tabulka 7: Někteří lidé se tak bojí smrti, že ani nezačnou žít .....	48
Tabulka 8: Domnívám se, že je důležité s dětmi mluvit o smrti již od útlého věku.....	49
Tabulka 9: Pokud je s dětmi smrt rozebírána, může to mít vliv na utváření jejich budoucích postojů.....	50
Tabulka 10: Tabuizace smrti.....	52
Tabulka 11: Vztah ke smrti v minulosti.....	54
Tabulka 12: Rituální obřad v kostele .....	55
Tabulka 13: Otevřená rakev na pohřbu jako důstojný akt rozloučení .....	56
Tabulka 14: Online přenos pohřbu .....	58
Tabulka 15: Pohřbívání žehem .....	60
Tabulka 16: Návštěvy umírajícího v nemocnici .....	61
Tabulka 17: Umírání v kruhu rodiny .....	63
Tabulka 18: Péče o umírajícího v domácím prostředí .....	64
Tabulka 19: Názor na péči sester .....	66
Tabulka 20: Umírání v nemocnici vzhledem k utrpení rodiny .....	67
Tabulka 21: Absence lékařské a ošetrovatelské péče v domácím prostředí .....	68
Tabulka 22: Dokáží se postarat o blízkého umírajícího .....	69
Tabulka 23: Předem vyslovené přání.....	70
Tabulka 24: Odmítnutí další léčby.....	72
Tabulka 25: Posmrtné dárcovství orgánů .....	73
Tabulka 26: Dárcovství orgánů.....	74
Tabulka 27: Porušení základních principů lékařské etiky .....	75
Tabulka 28: Eutanázie jako selhání .....	76
Tabulka 29: Právo lékaře rozhodnout za nemohoucího pacienta .....	77

## SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA 1: Dotazník

PŘÍLOHA 2: Standardizovaný dotazník „The Quality of Dying and Death“

## PŘÍLOHA 1: DOTAZNÍK

Dobrý den,

Jmenuji se Nathalie Kubešová a jsem studentkou Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, obor Všeobecná sestra. Touto cestou Vás žádám o vyplnění dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce na téma Postoje produktivní složky populace k umírání a smrti, jejíž cílem je zhodnotit postoje týkající se umírání a smrti u běžné populace. Výsledky budou použity v mé bakalářské práci.

Pokyny pro vyplnění: Údaje budou zpracovány anonymně a budou použity pouze pro výzkum mé bakalářské práce. Práce má jediné kritérium, a to, že je dotazník pro lidi ve věku 18-55 let.

Všem, kteří věnují svůj čas na vyplnění dotazníku předem mockrát děkuji a věřím, že výsledek dotazníkového šetření bude přínosný nejen pro mne, ale i pro širokou veřejnost.

1. Jaký je Váš věk?
  - a. 18-25 let
  - b. 26-35 let
  - c. 36-45 let
  - d. 46-55 let
  
2. Jaké je Vaše nejvýše dosažené vzdělání?
  - a. Základní neúplné, základní
  - b. Středoškolské vzdělání – odborné s výučním listem
  - c. Středoškolské vzdělání s maturitou
  - d. Vyšší odborné vzdělání, vysokoškolské
  
3. Bojím se své vlastní smrti.
  - a. Souhlasím
  - b. Spíše souhlasím
  - c. Spíše nesouhlasím
  - d. Nesouhlasím
  
4. Obávám se dlouhého umírání.
  - a. Souhlasím

- b. Spíše souhlasím
  - c. Spíše nesouhlasím
  - d. Nesouhlasím
5. „Nejlepší smrt je neočekávaná.“ (Caesar)
- a. Souhlasím
  - b. Spíše souhlasím
  - c. Spíše nesouhlasím
  - d. Nesouhlasím
6. „Nejhorší není umírání samotné, ale to, že člověk neví, kdy nebo jak.“ (George R.R. Martin)
- a. Souhlasím
  - b. Spíše souhlasím
  - c. Spíše nesouhlasím
  - d. Nesouhlasím
7. „Někteří lidé se tak bojí smrti, že ani nezačnou žít.“ (Henry van Dyke)
- a. Souhlasím
  - b. Spíše souhlasím
  - c. Spíše nesouhlasím
  - d. Nesouhlasím
8. Domnívám se, že je důležité s dětmi mluvit o smrti již od útlého věku.
- a. Souhlasím
  - b. Spíše souhlasím
  - c. Spíše nesouhlasím
  - d. Nesouhlasím
9. Pokud je s dětmi smrt rozebírána, může to mít vliv na utváření jejich budoucích postojů k umírání a smrti.
- a. Souhlasím
  - b. Spíše souhlasím
  - c. Spíše nesouhlasím

- d. Nesouhlasím
10. Pro moderní společnost je smrt tabu
- Souhlasím
  - Spíše souhlasím
  - Spíše nesouhlasím
  - Nesouhlasím
11. V minulosti měli lidé větší úctu a přirozenější vztah ke smrti a umírání než v současné době.
- Souhlasím
  - Spíše souhlasím
  - Spíše nesouhlasím
  - Nesouhlasím
12. Náboženský obřad v kostele považuji za významný rituální obřad pro moderní společnost.
- Souhlasím
  - Spíše souhlasím
  - Spíše nesouhlasím
  - Nesouhlasím
13. Otevřenou rakev na pohřbu považuji jako důstojný akt rozloučení se zesnulým.
- Souhlasím
  - Spíše souhlasím
  - Spíše nesouhlasím
  - Nesouhlasím
14. Jako důstojné rozloučení se zesnulým považuji pro rodinné příslušníky, kteří se nemohou v dnešní době pohřbu účastnit i online přenos.
- Souhlasím
  - Spíše souhlasím
  - Spíše nesouhlasím
  - Nesouhlasím

15. Nejlepší variantou je pro mě pohřbívání žehem (kremace).
- Souhlasím
  - Spíše souhlasím
  - Spíše nesouhlasím
  - Nesouhlasím
16. V souladu s lidskými právy, by měli mít blízcí VŽDY možnost navštívit umírajícího na covid či jiné onemocnění v nemocnici.
- Souhlasím
  - Spíše souhlasím
  - Spíše nesouhlasím
  - Nesouhlasím
17. Za dobré umírání považuji umírání v kruhu rodiny v rodinném prostředí.
- Souhlasím
  - Spíše souhlasím
  - Spíše nesouhlasím
  - Nesouhlasím
18. Zemřít doma může být těžší, než se zdá, jelikož rodina nemusí péči a situaci zvládnout.
- Souhlasím
  - Spíše souhlasím
  - Spíše nesouhlasím
  - Nesouhlasím
19. Chtěl bych raději umírat v nemocnici, jelikož sestry mají profesní znalosti a dovednosti k péči a jsou obdařeny uměním doprovázet umírající.
- Souhlasím
  - Spíše souhlasím
  - Spíše nesouhlasím
  - Nesouhlasím
20. Chtěl bych raději zemřít v nemocnici, aby mě rodina neviděla v takovémto stavu utrpení.

- a. Souhlasím
  - b. Spíše souhlasím
  - c. Spíše nesouhlasím
  - d. Nesouhlasím
21. Nechci umírat doma z důvodu možné absence lékařské a ošetrovatelské péče.
- a. Souhlasím
  - b. Spíše souhlasím
  - c. Spíše nesouhlasím
  - d. Nesouhlasím
22. Dokáži se postarat o blízkého umírajícího.
- a. Souhlasím
  - b. Spíše souhlasím
  - c. Spíše nesouhlasím
  - d. Nesouhlasím
23. Přál bych si, abych mohl v případě vážného úrazu či nevyléčitelné nemoci předem rozhodnout, co se semnou bude dít.
- a. Souhlasím
  - b. Spíše souhlasím
  - c. Spíše nesouhlasím
  - d. Nesouhlasím
24. V případě, že je člověk schopen rozhodování, má mít možnost odmítnout další léčbu, kterou již považuje za marnou.
- a. Souhlasím
  - b. Spíše souhlasím
  - c. Spíše nesouhlasím
  - d. Nesouhlasím
25. Posmrtné dárčovství orgánů považuji za vysoce prospěšný čin.
- a. Souhlasím
  - b. Spíše souhlasím



- c. Spíše nesouhlasím
  - d. Nesouhlasím
26. Každý člověk má možnost darovat po smrti své tělo pro výzkumné a studijní účely (pitvy).
- a. Souhlasím
  - b. Spíše souhlasím
  - c. Spíše nesouhlasím
  - d. Nesouhlasím
27. Eutanázií lékař porušuje nejzákladnější principy lékařské etiky, to je nepoškodit pacienta a činit dobro.
- a. Souhlasím
  - b. Spíše souhlasím
  - c. Spíše nesouhlasím
  - d. Nesouhlasím
28. „Nejen eutanázie, ale už sama žádost o ni vždycky znamená selhání. Selhání lékaře, selhání společnost, selhání okolí žadatele nebo žadatele samotného.“ (Marie Svatošová)
- a. Souhlasím
  - b. Spíše souhlasím
  - c. Spíše nesouhlasím
  - d. Nesouhlasím
29. Lékař má právo rozhodnout za nemohoucího pacienta o jeho životě.
- a. Souhlasím
  - b. Spíše souhlasím
  - c. Spíše nesouhlasím
  - d. Nesouhlasím

## **PŘÍLOHA 2: STANDARDIZOVANÝ DOTAZNÍK THE QUALITY OF DYING AND DEATH (QODD)**

### 6 HYPOTETICKÝCH DOMÉN KVALITY UMÍRÁNÍ A SMRTI:

#### 1 SYMPTOMY A OSOBNÍ KONTROLA

- Bolest pod kontrolou <sup>a</sup>
- Kontrola nad tím, co se událo <sup>a</sup>
- Schopnost se sám najíst <sup>a</sup>
- Schopnost vyprázdnit se <sup>a</sup>
- Komfort při dýchání <sup>a</sup>
- Dostatek energie <sup>a</sup>

#### 2 PŘIPRAVENOST NA SMRT

- Smířenost se smrtí <sup>a</sup>
- Obavy z umírání <sup>a</sup>
- Bez starostí s vypětím svých blízkých <sup>a</sup>
- Dostatečné pokrytí nákladů na zdravotní péči <sup>b</sup>
- Návštěvy kněze <sup>b</sup>
- Duchovní obřad před smrtí <sup>b</sup>
- Zajištěný pohřeb <sup>c</sup>
- Rozloučení s příbuznými <sup>b</sup>
- Účast na důležitých akcích před smrtí <sup>b</sup>
- Vyjasnění nesrovnalostí a sporů <sup>b</sup>

#### 3 MOMENT SMRTI

- Místo úmrtí
- Úmrtí v přítomnosti dalších osob
- Stav vědomí v okamžiku před smrtí

#### 4 RODINA

- Čas strávený s manželem/partnerem <sup>a</sup>
- Čas strávený s dětmi <sup>a</sup>
- Čas strávený s rodinou/přáteli <sup>a</sup>
- Čas strávený o samotě <sup>a</sup>
- Čas strávený s domácími mazlíčky <sup>a</sup>

#### 5 LÉČEBNÉ PREFERENCE

- Diskuze o péči na konci života s lékařem <sup>c</sup>
- Prostředky pro uspišení smrti v případě potřeby <sup>b</sup>
- Používání nebo vyhýbání se podpoře života <sup>b</sup>

#### 6 OBAVY JEDINCE

- Schopnost se smát <sup>a</sup>
- Fyzické projevy náklonnosti <sup>b</sup>
- Smysl života <sup>b</sup>
- Zachování důstojnosti a sebeovládání <sup>a</sup>

VYSVĚTLIVKY:

- a) Referenčním obdobím pro tuto položku bylo „během posledních 7 dnů života“ (či pokud pacient během posledních 7 dnů života nemohl komunikovat, bere se „poslední měsíc života“, otázky, jak často k události docházelo během sledovaného období
- b) Období stejné jako u předchozího bodu, ale otázky směřovaly, zda k události vůbec došlo během sledovaného období
- c) Období v době úmrtí, otázky, zda k události došlo kdykoli před smrtí

(Downey et al., 2009)