

Paliativní péče o seniory

Zdeňka Kovačiková

Bakalářská práce
2014



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2013/2014

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Zdeňka Kovačiková**
Osobní číslo: **H11851**
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Paliativní péče o seniory**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti paliativní péče, stáří, umírání a smrti.

Příprava metodiky výzkumné části.

Realizace výzkumu kvantitativní metodou formou dotazníku.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Vyvození výsledků výzkumu, jejich shrnutí.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

HAŠKOVCOVÁ, Helena. Fenomén stáří. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-8710919-9.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. Thanatologie - nauka o umírání a smrti. Praha: Galén, 2000. ISBN 978-80-7262-471-3.

KÜBLER-ROSSOVÁ, Elisabeth. O smrti a umírání. Překlad Jiří Královec a agentura Lingua. Arca Turnov a Nadace Klíček, 1992. ISBN 80-900134-6-5.

STUART-HAMILTON, Ian. Psychologie stárnutí. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-247-2.

O'CONNOR, Margaret a Sanchia ARANDA. Paliativní péče - pro sestry všech oborů. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1295-4.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Renata Polepilová**

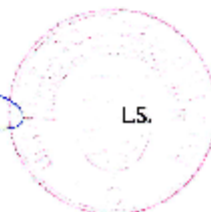
Centrum výzkumu FHS

Datum zadání bakalářské práce: **27. ledna 2014**

Termín odevzdání bakalářské práce: **2. května 2014**

Ve Zlíně dne 27. ledna 2014


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




Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Heru 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 obhajoby¹⁾;
- heru 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. 3²⁾;
- podle § 60³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60⁴⁾ odst. 2 a 3 mohu užit 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 28.4.2014

Kováčková

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, § 17a Zveřejňování odborných prací

²⁾ Účastí díla nepřísluší zveřejňovat elektronicky, diplomová, bakalářská a závěrečná práce, u kterých vzniká obhajoba, včetně prvních úpravami a výsledky obhajoby prostřednictvím internetových stránek bez ohledu na výsledek obhajoby. Zveřejňování ostatních odborních prací

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

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

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

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

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

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

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

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jménu 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

Abstrakt česky

Bakalářská práce na téma „Paliativní péče o seniory“ se dělí na dvě části. A to na část teoretickou a část praktickou. Teoretická část je věnována stárnutí a stáří. Další část práce se zabývá umíráním a smrtí, které jsou většinou spojovány s etapou staří. Závěrečná část se zabývá paliativní péčí a kvalitou života u nevléčitelně nemocných. Praktická část zahrnuje kvantitativní výzkum realizovaný prostřednictvím dotazníkového šetření zaměřený na laickou veřejnost a jeho vyhodnocení.

Klíčová slova: stárnutí, stáří, umírání, smrt, paliativní péče, eutanázie

ABSTRACT

Bachelor thesis on "Palliative care for the elderly" is divided into two parts – theoretical and practical. The theoretical part is devoted to the aging and old age. Another part deals with dying and death, which are usually associated with the stage of old age. The final part discusses the palliative care and the quality of life of incurable patients. The practical part includes the quantitative research carried out through a questionnaire survey aimed at the general public and its evaluation.

Key words: aging, old age, dying, death, palliative care, euthanasia

Tímto bych chtěla poděkovat Mgr. Renatě Polepilové za odborné vedení mé bakalářské práce, za její pomoc a cenné rady a především za trpělivost, kterou mi průběhu práce poskytla. Také bych chtěla poděkovat mé rodině a přátelům, kteří mi byli oporou.

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

Obsah

ÚVOD.....	9
I. TEORETICKÁ ČÁST	11
1 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ	12
1.1 STÁRNUTÍ	12
1.2 STÁŘÍ.....	14
1.2.1 PERIODIZACE STÁŘÍ.....	15
1.2.2 ZMĚNY VE STÁŘÍ	17
1.3 ADAPTACE NA STÁŘÍ.....	19
2 UMÍRÁNÍ A SMRT.....	22
2.1 UMÍRÁNÍ A SMRT Z POJETÍ BIBLE.....	23
2.2 MODELY UMÍRÁNÍ.....	24
2.3 STÁDIA UMÍRÁNÍ	26
3 PALIATIVNÍ PÉČE	29
3.1 TERMINOLOGIE PALIATIVNÍ PÉČE.....	29
3.2 HISTORIE PALIATIVNÍ PÉČE.....	31
3.2.1 PALIATIVNÍ PÉČE V ČR.....	31
3.3 DĚLENÍ PALIATIVNÍ PÉČE	32
3.3.1 FORMY PALIATIVNÍ PÉČE	32
3.4 KVALITA ŽIVOTA.....	34
3.4.1 POTŘEBY NEMOCNÉHO	35
3.5 EUTANÁZIE	36
3.5.1 PODMÍNKY EUTANÁZIE.....	37
II. PRAKTICKÁ ČÁST	39
4 METODOLOGIE VÝZKUMU.....	40
4.1 VYMEZENÍ VÝZKUMNÝCH CÍLŮ	40
4.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	40
4.3 HYPOTÉZY.....	41
4.4 VÝZKUMNÝ SOUBOR A ZPŮSOB JEHO VÝBĚRU	41
4.5 TECHNIKA SBĚRU DAT	41
4.6 METODY ANALÝZY DAT.....	42
5 INTERPRETACE DAT	43
5.1 SHRNUÍ VÝSLEDKŮ.....	61
ZÁVĚR	64
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	65
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	67
SEZNAM TABULEK.....	68
SEZNAM PŘÍLOH.....	69

ÚVOD

O smrti a umírání není většina z nás ochotna mluvit. Problémem je to, že většina z lidí má k umírání a smrti odpor, bojí se neznáma a důvodem je také strach a obavy, které člověka provázejí jenom, když na toto téma pomyslí. Málokdo je se smrtí smířený, ale každý ví že, ať už chceme nebo ne, smrt jednou přijít musí. Smrt je součástí života a dnes už existuje spousta metod, jak člověku ulehčit umírání. Dříve se už děti setkávaly se smrtí a věděli, že je to přirozený proces a tak to musí být. Byly vychovávány k úctě umírajících lidí a to velké části dnešní populace chybí. Dnes je umírající člověk raději přeřazen do zařízení, kde mu poskytnou cizí lidé péči, protože už je nepotřebný a jsou s ním jenom starosti. Místo toho, aby umíral doma, v klidném prostředí a obklopen rodinou. Je to všechno samozřejmě zase jenom o lidech, ale pokud se nezmění naše vnímání smrti, tak to odnese všechni i naše generace, která je v tomto duchu vychovávána.

Toto téma jsem si vybrala, protože je mi velmi blízké. Pracuji už více, jak 5 let v zařízení, kde jsou pouze senioři a zde se člověk setkává s péčí o ně a se smrtí skoro denně. Je důležité vyzorovat, co je pro takového člověka nejdůležitější, jaké má potřeby a také snažit se člověku umožnit, co nejkvalitnější život. Jen, tak dosáhneme toho, že uživatel bude spokojený a šťastný. Pro lepší pochopení a získání dalších informací nejen z publikací, které jsou uvedeny v použité literatuře, jsem se také účastnila vzdělávacího kurzu, který se zaměřoval na Úvod do problematiky paliativní péče, hospicového hnutí a eutanázií. Certifikát o této účasti je přiložen v příloze.

Tato práce je dělena na teoretickou část, která obsahuje tři kapitoly. V první části práce se věnujeme vymezení termínů stárnutí a stáří. Uvádí periodizaci stáří a změny, ke kterým v této etapě dochází. A samozřejmě také, jak se vyrovnat se stářím neboli adaptace staří. Druhá kapitola je věnována vymezení umírání a smrti. Jaké jsou modely umírání. Zmiňujeme zde i jednotlivá stádia umírání podle Elisabeth Kübler – Rossové. Třetí kapitola se zabývá paliativní péčí. Zmiňujeme se o historii a formách paliativní péče. Nedílnou součástí je také kvalita života a potřeby člověka, který je nevléčitelně nemocný a potýká se s různými problémy, ale také nesmíme zapomínat na jeho rodinu. Závěr této kapitoly ukončuje eutanázie, která vyvolává v lidech spoustu otázek, zda je lepší ukončit život nebo žít s utrpením. V ČR je eutanázie nepovolená a považuje se za trestný čin. Člověk by se měl naučit žít se vším, co jej potká a umět se tomu postavit, i když v určitých situacích to není vůbec jednoduché.

Praktická část se zabývá výzkumem, který byl proveden pomocí kvantitativní metody a to formou dotazníkového šetření, který byl poskytnut laické veřejnosti pomocí různých internetových serverů. Je to jeden ze způsobů, jak získat co nejvíce informací od různých lidí ze všech koutů ČR. Cílem toho bylo, zjistit, jak jsou respondenti informováni o dané problematice. Jak lidé vnímají umírání a smrt a také, jak se staví k eutanázii. Závěr praktické části spočívá ve vyhodnocení dat a jejich interpretaci.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ

Pro většinu mladších lidí, když se zamyslí nad pojmem stáří, znamená tato poslední etapa člověka konec života. Proto je důležité si uvědomit, že stářím život nekončí, že život končí teprve až smrtí člověka. Období stáří je stejně důležité jako každé jiné období, které je člověku umožněno prožít. Proto by se i této poslední etapě života mělo věnovat dostatek pozornosti a zájmu. Ve stáří je důležité uchovat si pohybové dovednosti a psychosociální rozvoj osobnosti. Aby člověk pochopil lidský život jako jeden nepřetržitý celek od narození až do smrti je třeba vzájemné soužití všech věkových skupin, kde se nebudou vytvářet žádné hranice mezi mládím, dospělostí a stářím (Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 11). Někdo se na tuto životní etapu těší a někdo se s ní vyrovnává velmi těžce. Ti, kteří mají své koníčky, se těší, že budou mít více času. A budou se moci věnovat tomu, co je baví. Jiní se těší na svá vnoučata a klidný život, který budou moci prožívat se svou rodinou. Jsou i lidé, kteří se nesmířili se stářím. Zlobí se na sebe i na okolí a neuvědomují si, že tím od sebe odhání rodinu i své přátele. Samozřejmě u každého člověka je to individuální a také záleží na zdravotním stavu a psychické pohodě člověka.

1.1 Stárnutí

„Zralý věk je dobou hledání smyslu a řádu, dobou moudrosti a smíření.“ (Pavel Říčan)

GERONTOLOGIE je nauka o stárnutí a stáří. Zkoumá je z pohledu biologického, demografického, sociálního a z dalších aspektů.

GERIATRIE je samostatný lékařský obor, který poskytuje specializovanou zdravotní péči nemocným ve vyšším věku (Holmerová a kol., 2007, s. 13).

Stárnoucí člověk je provázán časem, kdy on sám se stává vrstvami masy času. To však neznamená, že člověk může tuto směs podle libosti rozkládat nebo skládat dohromady nebo dokonce nějakým způsobem přeskládat jednotlivé vrstvy. Také si nemůže myslet, že on sám je pánem svého času. Čas, který si člověk uvědomuje je neuchopitelný. Být starý anebo jen stárnout. Vnímat a cítit se tak poukazuje na to, jak si čas pohrál s naším tělem a jak se čas vepsal do duše člověka (Jean Améry, 2008, s. 24-38).

„Stárnutí představuje individuální proces mnoha vnitřních a vnějších faktorů. Ve věci přesného vymezení počátků stárnutí nepanuje mezi odbornou veřejností určitá shoda. V nejširším slova smyslu můžeme říci, že proces stárnutí doprovází člověka od narození, pokračuje dospíváním a nezadržitelně až ke smrti.“ (Kroutilová Nováková a kol., 2011, s. 109)

Dle Stuarda-Hamiltona (1996, s. 18) „Stárnutí je závěrečnou fází lidského vývoje a je třeba ho posuzovat jako součást kontinuální proměny. Avšak právě proto, že se jedná o proměnu kontinuální, je nesnadné nalézt uspokojivou definici okamžiku, ve kterém končí střední věk a začíná stáří.“

Dle Kalvacha a kol. (2004, s. 67) „Stárnutí (involuce) je univerzální proces postihující živou hmotu.“

Stárnutí může dále značit souhrn změn ve struktuře a funkci organismu, které se týkají oblasti somatických změn, psychických a emočních změn a v neposlední řadě také sociálních změn. Změny se mohou projevovat zvýšenou zranitelností organismu, poklesem některých schopností i celkového výkonu, které však starý člověk dokáže kompenzovat. Tělesné změny jsou v období stárnutí při své velké proměnlivosti patrnější než změny psychické. To ovšem snáze zachytí blízcí členové rodiny, přátelé. Pro psychiku stárnoucího člověka je důležité, jak jej hodnotí jeho blízcí a samozřejmě, jak se člověk hodnotí sám. Často jsou některé vlastnosti stárnutí připisovány věku a tak zapomínáme, že záleží i na individuálních zvláštностech dané osobnosti (Holmerová a kol., 2007, s. 60).

Dělení stárnutí:

Fyziologické stárnutí, které je přirozenou součástí lidského života, kdy kalendářní věk odpovídá věku funkčnímu (biologickému).

Patologické stárnutí je stav, kdy je kalendářní věk v rozporu s věkem funkčním. Příčinou tohoto stavu je dlouhodobé přetěžování organismu (in Kroutilová Nováková a kol., 2011, s. 109-110).

Dle Stuarda-Hamiltona (1996, s. 18) dělíme stárnutí:

Primární stárnutí zahrnuje tělesné změny stárnoucího organismu.

Sekundární stárnutí zahrnuje změny, které jsou ve stáří častější, ale nemusí být nutným doprovodným jevem.

Terciální stárnutí je vyjádření prudkého a nenápadného tělesného úpadku předcházející smrti.

Dle Kalvacha a kol. (2004, s. 67) „*Výsledkem stárnutí je stáří (senium).*“

1.2 Stáří

Dle Kalvacha a kol. (2004, s. 47) „*Stáří je označení pozdních fází ontogeneze, přirozeného průběhu života. Jde o projev a důsledek involučních změn funkčních i morfologických, probíhajících druhově specifickou rychlostí s výraznou interindividuální variabilitou a vedoucích k typickému obrazu označovanému jako stařecký fenotyp. Ten je modifikován vlivy prostředí, zdravotním stavem, životním stylem, vlivy sociálně ekonomickými a psychologickými včetně aspirace, sebehodnocení, adaptace a přijetí určité role.*“

„*Stáří představuje poslední etapu procesu stárnutí, je doprovázeno změnami ve struktuře a funkcích organismu. Za seniora (z lat.) označujeme příslušníka starší věkové kategorii.*“
(Kroutilová Nováková a kol., 2011, s. 110)

Stáří je doba, kdy člověk ztrácí spoustu rolí a vede ke snižování kompetencí, které byly až doposud součástí identity člověka. Člověk často vzpomíná na vzpomínky z minulosti, hodnotí svůj uplynulý život, který žil a snaží se vyrovnat s faktem blížící se smrti (Kroutilová Nováková a kol., 2011, s. 24-25).

Dělení stáří:

kalendářní stáří – je jednoznačně vymežitelné, nepostihuje interindividuální rozdíly. Prodlužuje se očekávaná doba dožití, jelikož věková hranice se posouvá, je také průběžně zlepšován zdravotní a funkční stav nově stárnoucí generace. Počátek stáří je věk 65 let.

sociální stáří – proměňují se zde sociální role a potřeby, životní styl i ekonomické zajištění. Poukazuje na společné zájmy a rizika seniorů, ke kterým patří nepřizpůsobení se novým životním podmínkám, ztráta životního programu a společenské prestiže, osamělost, hrozba ztráty soběstačnosti, vylučování a diskriminace společnosti. Počátkem sociálního stáří vzniká nárok na starobní důchod.

biologické stáří – je konkrétní míra involučních změn jedince. Přesné vymezení tohoto věku se nedaří a není ani shoda, co by mělo toto stáří vyjadřovat. Nejčastěji se zde hodnotí funkční stav, výkonnost jako souhrn involuce, kondice a patologie. (Kalvach a kol., 2004, s. 47-48)

Každý člověk stárne, ale málokdo chce slyšet tuto pravdu. Dnešní člověk žijící v moderní době o této problematice nechce slyšet, nechce se o ní bavit a už vůbec ji přijmout za své. Člověk by se neměl odvracet od této problematiky, ale spíše by jí měl být otevřený, aby pochopil stáří v nás a kolem nás. Jen tak dovršíme spjitosti a spjatosti všech úseků života člověka. Žádný člověk o svém vlastním stáří neuvažuje do té doby, než se jej to začne osobně týkat. Respektováním kontinuity života pochopíme, že stáří je závěrečnou etapou před koncem života a že o kvalitě svého stáří rozhodujeme celý náš život. Často je přejímán názor, že starý člověk nestojí za nic. Tento postoj vede k odklonu ode všech, co připomínají stáří anebo jsou staří (Haškovcová, 2010, s. 9-17). Společnost často vnímá starého člověka neschopného většího fyzického výkonu. Je vnímán také jako nepoužitelný, nešikovný, nepoučitelý, neužitečný, nežádoucí, nezdravý, ne-mladý. Negaci pramenící z hlubokých emocionálních důvodů, můžeme brát jako ničení starého člověka. U společnosti sledujeme nepopíratelnou averzi, kterou chová ke stárnoucím či starým lidem. Stárnoucí člověk je starý nejen pro mladé, ale také pro své vrstevníky. Dalo by se říci, že společnost ničí stárnoucího člověka a upřednostňuje člověka mladého, krásného a zdravého. (Jean Améry, 2008, s. 96-97) Často se ztotožňujeme, že společnost vnímá starého člověka jako nepotřebného a nežádoucího. Málo kdo si uvědomuje, že každý z nás bude jednou starý. Přece jsme ještě mladí a nás se to vůbec netýká. Pokud naše společnost nezmění přístup ke starým lidem a nezamyslí se nad tímto problémem, tak staří lidé nebudou mít šanci. Měli bychom si uvědomit, že se nemůžeme dívat jenom na věk člověka, ale na člověka jako jedinečnou bytost.

1.2.1 Periodizace stáří

Je známo, že u poslední etapy lidského života můžeme nacházet různé názory na jeho periodizaci. Už Komenský dělil lidský věk na termíny starý muž a kmet, kdy toto dělení patří k nejstaršímu. (Šimíčková Čížková a kol., 2005, s. 129)

Světová zdravotnická organizace (in Kroutilová Nováková a kol., 2011, s. 110) rozdělila stáří na tři etapy:

Rané stáří	od 60 do 74 let
Vlastní stáří	od 75 do 89 let
Dlouhověkost	od 90 a více let

Dle Příhody (in Šimíčková Čížková a kol., 2005, s. 129) patří tato periodizace mezi nejznámější. Toto období nazývá *senium* a dělí jej do tří kategorií:

senescence	od 60 do 75 let
kmetství	od 75 do 90 let
patriarchium	od 90 let

Příhoda (in Šimíčková Čížková a kol., 1999, 129-130) toto dělení vysvětluje tím, že celkové chátrání organismu má několik etap, které se od sebe liší tempem a intenzitou involučních pochodů. V období senescence je organismus odolný a zdatný a tedy i stárnutí se projevuje v pomalejší míře a záleží na působení vnějších vlivů a životosprávy. V období kmetství je výrazně snížena odolnost organismu a přirozené stárnoucí procesy postupují rychleji. A poslední období je charakterizováno výraznou osamělostí, protože je zde výrazný počet úmrtí vrstevníků i mladších rodinných příslušníků. Člověk začíná rezignovat a očekává blízký konec.

Erikson nazývá etapu stáří *pozdním* věkem a patří sem člověk od 65 let.

Nakonečný (in Šimíčková Čížková a kol., 2005, s. 130) dělí stáří do dvou etap:

počáteční stáří	od 60 do 75 let
pokročilé stáří	od 75 let

Podle Švancary (in Šimíčková Čížková a kol., 2005, s. 130) dělíme stáří:

stárnutí (presenium)	od 46/48 do 65 let
stáří (senium)	od 65 let
vysoký věk	od 75 let

Mezi další autory, kteří se zabývají problematikou stáří a stárnutí patří Tvaroh, Wolf, Pacovský, Heřmanová a Haškovcová. Tito autoři se shodují, že vývojová etapa stáří začíná od 60 let (Šimíčková Čížková a kol., 2005, s. 130).

Musíme brát také ohledy na to, že u každého člověka probíhá stárnutí jinak, které je výsledkem involučních změn, původního funkčního stavu a také životním stylem člověka. Kalvach (in Holmerová, Jurašková, Zikmundová a kol., 2007, s. 27-28) pohlíží na funkční zdatnost, rizikovost a potřebu zdravotnických služeb a podle toho dělí seniory do tří skupin:

zdatní senioři jsou charakterističtí výbornou výkonností, nepotřebují geriatrickou péči, ale měli by pravidelně docházet na preventivní prohlídky.

nezávislí senioři nepotřebují za normálních okolností ošetrovatelskou ani pečovatelskou službu, ale vlivem operace či závažného onemocnění dochází k přechodnému zhoršení kondice.

křehcí senioři jsou specifičtí chronickým rizikem pádů, zhoršují se kognitivní schopnosti, což může vést až k střednímu stupni demence, často trpí psychickou labilitou, depresemi. Problémem může být i nestabilní stav, kdy jedinci trpí kardiovaskulárním onemocněním, arytmiemi a je třeba napojení nouzové signalizace. Jsou zde využívány služby sociální, domácí péče zároveň se zdravotnickými službami.

zcela závislí senioři jsou nesoběstační a zcela odkázáni na nepřetržitou pomoc rodiny a pečovatelské organizace. Také jsou časté pobyty v léčebnách dlouhodobě nemocných. Častým vlivem zhoršení funkcí orgánů dochází i k hospitalizacím v zařízeních.

1.2.2 Změny ve stáří

Každý člověk je individuální bytostí a u každého člověka jsou vidět jiné změny. Se změnami se člověk potýká celý život. Avšak nejvíce změn u člověka dochází především v období stáří. Změny jsou v životě člověka nevyhnutelné a je jen na každém z nás, jak se s nimi vyrovná. Níže uvádíme změny, které jsou ve stáří velmi časté:

Biologické změny

Viditelnými znaky stáří jsou nejčastěji vrásky na obličeji a vrásčitá kůže. Kůže je sušší a na některých místech těla se mohou objevovat stařecké skvrny. Vlasy začínají šedivět a postupně řídnout. Další viditelnou změnou starého člověka je snížení tělesné výšky a úbytek tělesné hmotnosti. Důsledkem ubývání svalové výkonnosti se zvyšuje riziko úrazovosti. Může být omezená nebo ztracená pohyblivost a následuje úbytek svalové hmoty. Zpomalený růst nehtů. Je známá také kazivost chrupu, která vede k postupnému uvolňování a vypadávání zubů. (Kroutilová Nováková a kol., 2011, s. 111- 113)

Kognitivní změny

Asi po 60. roce věku se zhoršuje **smyslové vnímání**, kdy je výrazně zhoršen u většiny této populace zrak i sluch. To často vede k tomu, že se lidé nemohou plně věnovat svým zájmům (četba, poslech hudby). Může se i zvýšit riziko úrazů, pokud člověk nepřizpůsobí činnosti svým možnostem aktuálního zdravotního stavu. Je ztížena komunikace s druhými lidmi, což u lidí vyvolává pocity nejistoty, podezíravosti, úzkosti a někdy je vyvolán i hněv. Velkou pomoc přináší kompenzační pomůcky zejména brýle a sluchadla, kdy se člověk může i nadále věnovat svým koníčkům a snadněji se opět zařadit do společnosti a prožít tak plnohodnotný život. U těchto lidí je viditelně zhoršena **paměť**. Tito lidé si nepamatují nové poznatky, události, které prožili nyní anebo jej často hned zapomenou. Ovšem události, zážitky např. z dětství jsou dobře uloženy v paměti a nemají problémy s jejich vybavením, i když je to už i několik let. Minulé vzpomínky hodnotí často pozitivně a také lpí na tom, čím byl a co měl, ať už se to týká jeho majetku, postavení a zvyklostí. Většinou jde o jakousi obranu proti pocitu ohrožení ze strany mladších lidí. Kognitivní změny se vyznačují u starého člověka také poklesem **intelligence a tvořivosti**. (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 204-206)

Emoční změny

Starý člověk se už tak často nenadchne pro nové, ale řeší většinou situace klidněji a racionálněji. Emoce se stávají stabilnější. Často jsou lhostejní k vnějšímu světu, což může vést k nezájmu a až k apatii. S postupem věku jsou uzavřenější a nevyhledávají společnost. Dochází k přecitlivění vlivem toho, že se zabývají jenom sebou samými, svými problémy což může vést až k hypochondrii. Citové vztahy a síla vztahů k blízkým lidem zůstává stejná, ale s postupujícím věkem je pro ně důležitý význam rodiny. V rodině hraje starý člověk důležitou roli a to roli prarodiče. Prarodičové jsou většinou k dětem tolerantnější než rodiče, vypráví o dětství jejich rodičů a mohou zde vznikat velmi silné vztahy. Většina starých lidí je šťastná jen z drobných radostí anebo malého sociálního pohlázení. Manželské vztahy se stávají silnějšími a ztráta životního partnera sebou nese velmi těžké období, kdy je pro člověka velmi těžké se s touto situací vyrovnat. U spousty starých lidí kromě citových potřeb přetrvávají také potřeby sexuální. Ve stáří už této potřebě není přikládána taková hodnota jako v mladším věku, ale přesto může při hodnocení kvality života u některých lidí hrát významnou roli a neměla by být podceňována. (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 207-210)

Sociální změny

Člověk ve stáří je spíše uzavřenější, jen málo vyhledává společnost anebo se špatně zařazuje do společnosti. Málo se angažuje při různých aktivitách. Člověk ztrácí spoustu rolí z předešlého života a je pro něj těžké se s tím vyrovnat. Role se vyznačují malým rozsahem, diferencovaností a intenzitou. Často se od starých lidí očekává, že budou sledovat jen vlastní uspokojení, že se budou snažit o to, aby je okolí chápalo a že jen v malé míře na sebe budou brát povinnosti. Úspěšné stárnutí se prý vyznačuje tím, že starý člověk dobrovolně přijme *sociální neangažovanost* a postupně se vzdá dřívějších náročných úkolů a společenských funkcí. Vztahy starších lidí se sice mění k ostatním lidem, ale nikdy nezaničkají. Jak již bylo psáno u většiny lidí, přetrvává silné pouto k manželskému partnerovi, ke svým dětem a jejich rodinám, k přátelům a sousedům, i když s narůstajícím věkem vztahů ubývá a člověku nezbývá nic jiného než se s odchodem nebo ztrátou milovaného člověka smířit. Proto je důležité tyto ztráty nahrazovat novými vztahy a více se soustředit sám na sebe. Mohou se zde objevit i případy fyzického nebo psychického týrání či zanedbávání základní péče o staré lidi. Kdy se nejedná jenom o tělesné týrání a ubližování, ale může se vyznačovat záměrným vystavováním riziku a úrazu, omezování autonomie, vyhrožováním umístěním do ústavního zařízení a v poslední řadě i finančnímu zneužívání. Důsledkem je pokles sebehodnocení, člověk upadá do apatie a nečinnosti. Je známo, že více literatury a pozornosti je věnováno špatnému zacházení s dětmi, ale neměli bychom zapomínat, že existují i případy špatného zacházení se starými lidmi a je třeba brát to v úvahu a pokud možno včas zahájit kroky k nápravě. (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 210 -214)

Závěrem bychom si měli uvědomit, že staří lidé dávají přednost kvalitě věnovaného času, kde se vytváří skutečné lidské vztahy a kde zůstává místo jen pro lásku, důvěru a trpělivost před délkou stráveného času. (Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 80) S tímto názorem se ztotožňujeme. Staří lidé více ocení to, že rodina za nimi přichází z lásky k nim a proto, že chce být s milovaným člověkem. A ne proto, aby si rodina splnila určitou délku stráveného času, splnila povinnost a to bylo vše.

1.3 Adaptace na stáří

Z historického hlediska se staří Egypťané dožívali věku, kdy současný člověk zakládá rodinu. Řekové a Římané měli ve 25. letech často život za sebou. Středověk je proslulý svými morovými epidemiemi a také vysokou úmrtností dětí. V roce 1900 byl průměrný věk 40. let. A teprve až po 1. světové válce jsou zmínky o tom, že se lidský věk začal prodlu-

žovat. Problémem současného stárnutí a stáří není ekonomická závislost. Také po fyziologické stránce na tom nejsme, tak špatně jako byli naši předkové. Dokonce i současné lékařství, je na tom lépe než dříve. Velkým problémem současného starého člověka je duševní stránka života. Je spojena se změnami společenského života a prodlužování věku sebou nese otázky kolem role starých lidí ve společnosti. Stárnutí je často ovlivněno životní cestou člověka, kterou prošel, a proto nemůžeme očekávat, že většina starých lidí bude ve stáří moudrým a vyrovnaným člověkem. Přizpůsobení člověka na stáří je ovlivněno mnoha faktory. (Šimíčková, Čížková a kol., 2005, s. 143)

Bromley (in Šimíčková Čížková a kol., 2005, s. 143-145) rozlišuje pět strategií vyrovnávání se stářím:

Konstruktivnost - Člověk je spokojený, má smysl pro humor. Nemá problém s navazováním vztahů s ostatními lidmi. Je soběstačný, tolerantní a snadno se přizpůsobí. Smířil se stárnutím i smrtí a i nadále rozvíjí své zájmy. Na minulost vzpomíná rád a ničeho nelituje.

Závislost - Člověk je pasivní a nesoběstačný. Doufá, že jeho citové a materiální potřeby uspokojí druzí. Je snadno unavitelný a raději odpočívá. Má strach z narušení své bezpečnosti a pohodlí, a proto ve vztahu k druhým lidem je opatrný a často podezřívavý. Zabývá se jenom sebou samým, své problémy zveličuje, což mu pomáhá manipulovat s ostatními lidmi.

Obranný postoj - Tento člověk se nemůže vyrovnat se svým stárnutím, hledá různé činnosti. Je soběstačný a odmítá veškerou pomoc. Obává se závislosti a ztráty aktivního života, jelikož dříve byl jeho život plný aktivit. Na udržování sociálních vztahů nemá čas.

Nepřátelství - Tito lidé měli většinou v životě meziosobní konflikty. Často svalují vinu na druhé, jsou agresivní a podezřívaví. Nechtějí ustoupit ve svých postojích a zvycích. Mají problémy vyrovnat se stářím a často se brání ztrátě zaměstnání. Další negativní vlastností je závist vůči mladým lidem, ke kterým se chovají nepřátelsky. Často žijí osaměle, rodina a známý se jim vyhýbají, protože nejsou schopni tolerance a lásky. Jejich koníček je psaní anonymů, stížností a udání.

Sebenávist - Lidé obrací nenávist vůči sobě. Jsou smířeni se smrtí, ale nejsou schopni zaujmout tvořivý postoj ke stáří. Smrt je pro ně vysvobození ze svého promarněného života. Často se vmlouvají na svou nemohoucnost a nepěstují ani žádné koníčky. Jsou osamě-

lí, ale ani nevyhledávají společnost. Při komunikaci se litují a jsou depresivní. Tito lidé mají největší dispozice k depresím a k sebevraždám ze všech ostatních.

2 UMÍRÁNÍ A SMRT

Umírání a smrt znamená pro člověka poslední etapu života, ať už tomu tak člověk chce nebo nechce. Tato poslední etapa života je dána, tak jako člověk přichází na tento svět, tak z něj musí zase odejít. V dnešní době je toto téma tabuizované a nechceme o umírání a smrti ani slyšet. Protože pro většinu z nás je to něco co neznáme, máme z toho strach a obáváme se, co bude dál. Zda je nějaký další život anebo prostě a jednoduše na druhé straně už nebude nic. Každého z nás se to jednou dotkne, ať už dříve nebo později. Většinou s tím nejsme smíření a ztráta blízkého člověka pro nás přináší velkou bolest, smutek, zmatek a smíření s touto skutečností je pro každého člověka individuální. Často se ptáme, proč zrovna Já? Proč Já musím být smrtelně nemocen anebo proč Já musím přijít o člověka, kterého mám, tak rád? Avšak člověk si musí uvědomit, že je to nevyhnutelné a že život jde dál, i když je to složité.

THANATOLOGIE – nauka o umírání a smrti.

„Umírání je stav postupného a nezvratného selhávání funkcí životně důležitých orgánů, jehož důsledkem je smrt.“ (Kroutilová Nováková a kol., 2011, s. 80)

Umírání dělíme na tři období. Prvním období se nazývá **období pre finem**. Je to období před umíráním a vymezuje se okamžikem od zplození jednice, kdy můžeme říci, že člověk se každým dnem blíží ke smrti. Druhé období se nazývá **období in finem**. Toto období je období umírání, kdy fáze lidského života nepodmínečně hraničí s fyzickou smrtí. Nemocný člověk v období umírání trpí poruchami vědomí. Projevuje se u něj ospalost, má opožděné reakce a probrat jej lze oslovením nebo dotekem. Později nemocný člověk nereaguje ani na bolestivé podněty, ale jsou zachovány důležité funkce a to je dýchání a krevní oběh. Můžeme se také setkat se stavem, kdy nemocný člověk působí jako by se probral. Má otevřené oči, ale nesleduje okolí, není možno s ním navázat kontakt. Posledním obdobím je **období post finem**. Toto období je období po smrti, které je charakterizováno začínající smrtí a přináší sebou péči o tělesnou schránku zemřelého člověka a psychické strádání pozůstalých. (Kroutilová Nováková a kol., 2011, s. 80-81)

„Smrt (exitus letalis) znamená zánik jednice, zánik života. Je definována nezvratnou zástavou srdeční činnosti a dýchání, s následným nezvratným zánikem všech mozkových funkcí.“ (Kroutilová Nováková a kol., 2011, s. 81)

Fyzická smrt se vyznačuje úplnou a trvalou ztrátou vědomí. V minulosti bylo měřítkem života tlukot srdce, když se zastavilo, bylo to znamení smrti. Dnes je smrt vyznačována tím, že nefunguje žádná část mozku. **Psychická smrt** se jeví jako rezignace, beznaděj, zoufalství a deprese. Psychická smrt ulehčuje nástup fyzické smrti. **Sociální smrt** se vyznačuje stavem, kdy člověk sice žije, ale je izolován od ostatních lidí. (Kroutilová Nováková a kol., 2011, s. 81-82)

2.1 Umírání a smrt z pojetí Bible

Umírání v Bibli není definováno. Je chápáno jako proces, kdy se člověk přibližuje ke konci svého pozemského života. Podle Bible můžeme rozdělit umírající lidi na **skupinu lidí, kteří umírají v hříchu (ve stavu duchovního oddělení od Boha)**. Tato skupina je dále členěna na lidi, kteří jsou přesvědčeni, že vše končí smrtí člověka a také že lidskému bytí je konec. A lidi, kteří věří v další existenci po smrti člověka, ale neučinili pokání a nevstoupili do osobního společenství s Bohem. Je důležité, jaký má člověk názor na smrt. Podle toho, jak se na svoji smrt dívá, potom také prožívá své umírání a nejen umírání. A na **skupinu lidí, kteří umírají s vnitřním pokojem, jistotou a bez strachu**. Zdroj těchto hodnot je Bůh a s ním jsou v osobním společenství. Lidé, kteří žijí s Kristem, se liší od těch, kdo umírají bez Boha tím, že mají tři velké hodnoty. Mezi tyto hodnoty patří *stálé společenství se svým Pánem*, který je s nimi v jejich hodině umírání i odchodu z těla. *Jasná víze, že tělesná smrt je přechod do nebeského domova*. A poslední hodnotou je *Písmo svaté – zdroj Božích zaslíbení a útěchy v každém soužení i v hodinách umírání*. (Křivohlavý, 1995, s. 83-84, 88)

Starý zákon používá pro smrt slovo **Mávet** a Nový zákon slovo **Thanatos**. Tyto výrazy označují konec pozemského života a tedy i fyzickou smrt. V Bibli je *smrt vždy ve spojení s hříchem*. S hříchem ve smrti souvisí Boží soud, který zahrnuje vnitřní a vnější stránku života (život duchovní i tělesný) až do věčnosti. *Bible klasifikuje smrt jako něco nepřirozeného*. Smrt je zlo spojené s utrpením, bolestí, hrůzou a úzkostí. *Smrt nebyla v původním stvořitelském plánu Božím, smrt je něco cizího Boží podstatě*. Smrt se stala v tomto životě jako Boží soud. *Bible nechápe smrt jako konec, ale jako oddělení*. Hříchem se člověk duchovně oddělil od Boha, tedy od zdroje života. Toto dokonalé harmonické spojení s Bohem bylo rozděleno. Člověk se tímto rozdělením dostal do stavu duchovní smrti. Duchovní stav je základní biblickou zvěstí. *Skrze hřích je člověk oddělen od Boha, je duchovně mrtev a není schopen duchovně sám sebe obživit. Je tedy ztracen*. Dále Bible chápe *tělesnou smrt*

člověka jako oddělení vnitřního člověka od jeho tělesné schránky. Což je smrt těla chápána jako svlečení pozemského těla anebo odchodem z těla. Bible vypráví také o druhé smrti – o věčném oddělení od Boha. Je zřejmé, že pokud člověk prožil pozemský život oddělený od Boha a takto také odešel ze světa, tak oddělený od Boha zůstane i ve věčnosti. Pokud by nebylo věčného odloučení od Boha prožíváno v trápení, o kterém Ježíš mluví s vážností a naléhavostí. A člověk by po Božím soudu přestal existovat, byla by zbytečná Ježíšova oběť pro vykoupení člověka. Člověk, který počítá se svým definitivním koncem a s vykoupením nepočítá, ani o vykoupení nestojí. Je až mistrovským dílem satana, že takto dovede oklamat člověka, který věří lži, že tělesnou smrtí vše definitivně končí. (Křivohlavý, 1995, s. 74-82)

2.2 Modely umírání

V minulosti byla péče o umírající spíše laická. Lidé se snažili umírajícímu poskytnout, alespoň materiální zázemí a zajistit nejdůležitější fyzické potřeby. Smrt v této době nebyla tabuizována. Lidé se několikrát ve svém životě setkali se smrtí svého příbuzného, ať už jenom přihlíželi anebo se podíleli na péči o umírajícího člověka. Proto lidé věděli, jaké potřeby musí poskytnout umírajícímu člověku a umírající znal, co se od něj očekává. Zde byla utvářena představa o **domácím modelu umírání**, který se vyznačuje v našich představách jako „hřejivá náruč“ všech zúčastněných, kteří zvládali doprovod. Když člověk zhodnotil svou situaci a poznal, že nastala jeho „poslední hodinka“, svolal členy rodiny, vyslovil poslední přání a důstojně se s nimi rozloučil. Následně byl zavolán katolický kněz, který přicházel k umírajícímu se zvonečkem v ruce. Byl znamením ve vsi, že jednomu z nich bude zvonit hrana. Kněz poskytl umírajícímu útěchu nemocných s večeří Páně. Tímto kněz připravil těžce nemocného na neznámou cestu. Umírající se zklidnil a klidně a tiše čekal už jen na svou smrt. Je také, ale důležité zmínit, že toto bylo jen vzácností. Mnoho umírajících lidí pocházelo z nefunkční rodiny nebo rodinu ani neměli. Lékař byl zavolán do domu umírajícího, který trpěl bolestmi jen výjimečně. Často lidé neměli čím zaplatit a lékařů bylo nedostatek. Umírání se stalo sociálním činem a příbuzní si rozdělovali pečovatelské role. Také umírající znal svou roli. Oporou v této těžké chvíli jim byla osobní víra, kněz a také sousedé. V dnešní době tato psychická podpora a pomoc chybí. Je důležité zmínit, že každý člen rodiny se opakovaně v průběhu svého života setkal s umírajícím člověkem a také s mrtvým tělem. To tedy znamenalo, že věděl, jak umírání a smrt vypadá z blízka. Lidé také věděli předpovídat jednotlivé fáze umírání a prováděli laické ošetřovatel-

ské úkony. Když umírající odmítal tuhou stravu, tak ji nahradili tekutou (vývary a později bylinné čaje). Umírajícího člověka přikrývali vrstvou pokrývek, aby mu nebylo chladno, zejména od končetin. Rozpoznali změny barvy kůže a to především na loktech a kolenou. Když člověk zemřel, tradicí bylo, že nejstarší syn zemřelému člověku zatlačil oči a někdo z dalších přihlížejících otevřel okno, aby duše zemřelého mohla odlétnout. Samozřejmostí bylo postát v klidu a úctě a pomodlit se Otče náš. Mrtvé tělo omyli, podvázali bradu a oblékli jej. Pohřby byly vypravovány z domova, kde mrtvé tělo bylo tři dny vystaveno ve slavnostním pokoji obklopeno květinami a svíčkami, aby se i sousedé a známí mohli rozloučit. Člověk v dnešní době nemá tyto znalosti, chybí praktické dovednosti a upřednostňuje profesionální péči. Konec života chápe dnešní umírající i rodina jako krizi, která je těžce zvládnutelná. Později byla péče postupně o nemocné a umírající směřována do chudobinců, chorobinců a špitálů. Zde se utvářel **institucionální model umírání**, který se vyvíjel postupně. Nejdříve se muselo zajistit, aby umírající měl zajištěné čisté lůžko, pití, jídlo, teplo a základní hygienické potřeby. Umírající se umísťovali do azylových domů (chorobinců) a později do zdravotnických zařízení (špitálů a nemocnic). Na pokojích bylo mnoho postelí. Pro rychlou orientaci ošetřujících byla v záhlaví lůžka černá tabule, kde se psala jména nemocných, rok narození a diagnóza. Postupem času se jednotlivé informace o nemocném člověku podrobně psali na papíry. Ošetřovatelské úkony prováděly řádové sestry. I když neměly odborné znalosti, tak péči o umírajícího člověka zvládaly velmi dobře. Historie moderního ošetřovatelství se spojuje se jménem Angličanky **Florence Nightingalové**. Umírajícím z hlediska odborného ošetřovatelství nebyla dlouhou dobu věnována pozornost. Ve 20. letech 20. století se začaly běžně používat tzv. *bílé zástěny* – *plenty*, které měly zlepšit situaci a uchránit soukromí umírajícího a ostatních, kteří přihlíželi. Byl vyhrazen i zvláštní pokoj pro umírající, který na umírající působil negativně zejména na jejich psychiku. Převládlo přesvědčení, že umírající člověk potřebuje klid a pořádek. To znamenalo, že příbuzní byli vyloučeni z účasti na péči o umírajícího. A tak byla nemocnému člověku odepřena podpora a opora rodiny, kterou v této době potřeboval. Existovali *mimořádné propustky*, které byly výjimkou a sloužily k denním návštěvám jejich příbuzných. Příbuzní této možnosti využívali jen málo, protože věřili, že je o ně dobře postaráno a tak se stalo, že v dnešní době člověk umírá sám a na pokoji mezi ostatními. Veřejnost umístila umírající lidi do nemocnic v naději, že medicína zabráni smrti nebo umožní nemocnému člověku důstojný odchod ze života. (Haškovcová, 2007, s. 26-31) Jsou pryč doby, kdy člověk mohl zemřít doma, v klidu a v kruhu svých blízkých. Čím více nás ovlivňují přírodní vědy, tím

více máme strach ze smrti a smrt popíráme. Často se snažíme uniknout od reality smrti a neuvědomujeme si skutečnost, že umírání se dnes stalo krutější než dříve. Umírání se stalo osamělé, neosobní a často ani nevíme, ve kterém okamžiku smrt nastala. U mnoha lidí se transport do nemocnice stává první fází umírání. Kdy se s člověkem pomalu, ale jistě začíná jednat jako s předmětem. Někdy se může stát, že se rozhoduje i proti jeho přání. (Kübler – Rossová, 1992, s. 10-12) Měli bychom si uvědomit, že toto se jednou bude týkat každého z nás. A pokud nechceme umírat sami, v cizím prostředí a zbaveni svých práv. Je nutností, aby společnost změnila svůj postoj k této problematice umírání a smrti.

2.3 Stádia umírání

Člověk, který trpí nevyлéčitelnou nemocí, prožívá jednotlivé fáze umírání neboli smutku. Umírající člověk nemusí všechny tyto fáze prožít a každá fáze může mít jiný nástup pořadí prožívání. Níže uvádíme stádia umírání dle Elisabeth Kübler – Rossové:

Popírání a izolace

Člověk, který se dovídá svou diagnózu o tom, že něco není v pořádku. Odmítá a popírá tuto skutečnost. Objevuje se šok, otřes, z něhož se postupně zotavuje. Nechce si připustit, že on je nemocen. Namlouvá si, že byly zaměněny výsledky, že se lékař spletl. A tak si hledá další a další lékaře a očekává, že uslyší dobré zprávy. Odmítání a popírání reality je jakýmsi nárazníkem, který tlumí účinky šokující zprávy a dává možnost se pacientovi trochu vzchopit. Odmítání bývá jen dočasné a je vystřídáno částečným přijetím této skutečnosti. Pokud jsou nemocní ochotní si povídat, často se otevrou a podělí o svůj stesk a osamění. Někdy patrnými gesty, jindy slovy anebo jinak beze slov. (Kübler – Rossová, 1992, s. 35- 41)

Zlost

Pokud člověk už nemůže pokračovat v prvotním stádiu popírání a odmítání, objevují se pocity zlosti, vzteku a závisti. Často se ptá otázkou „*Proč zrovna Já?*“ Stává se nepříjemným na své okolí, zejména na rodinu. Pokud lidé nemocného člověka chápou a respektují a věnují mu trochu svého času, tak nemocný zjistí, že je cennou lidskou bytostí a že není ostatním lhostejný. Potom se ztiší jeho hněv a křik. Snaží se bojovat až do konce, ale neuvědomuje si, že často se tak připraví o možnost dospět k přijetí a vyrovnání se smrtí. Tito lidé vyvolávají v ostatních zlost a odmítání, ale pořád jsou ze všech nejzoufalejší. (Kübler – Rossová, 1992, s. 45 - 51)

Smlouvání

V této fázi se člověk snaží uzavřít s Bohem jakousi dohodu, která by tuto nepříjemnou událost pomohla oddálit. „*Jestliže se Bůh rozhodl vzít nás z této země, a jestliže nereagoval na naše zlostné výpady, snad bude přístupnější, požádáme-li ho hezky a po dobrém.*“ Většinu smluv nemocní lidé uzavírají s Bohem, což obvykle drží v tajnosti a málo se s tímto faktem svěřují. (Kübler – Rossová, 1992, s. 74 - 76)

Deprese

Člověk, který je smrtelně nemocen a nemůže už svou nemoc popírat. Podstupuje řadu operací nebo zákroků a příznaky nemocí vystupují na povrch a jemu ubývá síl. Zjistí, že se tomu nemůže už vysmívat. Jeho zlost a hněv střídá pocit velké ztráty. Deprese se stává nástrojem, kdy nemocný člověk se připravuje na ztrátu všech milovaných. Nemocnému působí největší bolest a nepokoj v duši právě konflikt mezi přáním člověka smířeného a připraveného přijmout vlastní konec a očekáváním a přáním jeho rodiny. A v okamžiku, když rodina nemocných lidí toto pochopí a dokáže se s tím smířit, bude i ona ušetřena velké bolesti. (Kübler – Rossová, 1992, s. 77 - 80)

Akceptace

V tomto stádiu, jestliže měl nemocný člověk dostatek času a pomohl mu někdo zvládnout předešlá stádia. Dosáhl stavu, kdy necítí zlost ani vztek na svůj osud. Akceptace se stává obdobím, kdy rodina potřebuje více pomoci a podpory než umírající člověk. Když u umírajícího člověka dojde k akceptaci, jeho zájmy se zúží. Chce být sám a přeje si, aby za ním chodilo méně lidí a na kratší dobu. Musíme pochopit, že umírající člověk může dospět do stádia, kdy smrt přichází jako velká úleva. Také musíme pochopit, že nemocnému se umírá lépe, když mu umožníme a pomůžeme se postupně odpoutat od všeho významného v jeho životě. (Kübler – Rossová, 1992, s. 99 - 105)

Je důležité zmínit, že pro rodinu zemřelého člověka, kterého tak milovali, nastává také určitá etapa, která se nazývá **truchlení**. Vodáčková a kol. (2007, s. 312) udává definici truchlení, kdy se jedná „*o proces, v němž se oddělujeme od ztraceného člověka, v němž docházíme k možnosti, žít svůj vlastní život.*“

Kastová (in Vodáčková a kol., 2007, s. 312) popisuje čtyři fáze truchlení, která se mohou projevit u pozůstalého člověka. V první fázi probíhá **popření**, kdy si člověk nechce přiznat pravdu. Člověk nemá chuť do života, zamrzá. Musí pochopit, že život jde dál a musí se s

tím naučit žít. Častá chyba je vyhýbání se zármutku. Dle Markové (2010, s. 117) je první fáze **intenzivní fázi od úmrtí do pohřbu – konfuze – otřes**. Další fázi truchlení prožívá pozůstalý **expresi – smutek, žal**. Každý člověk jej prožívá individuálně a toto období může mít u každého člověka různou délku trvání. Druhou fázi Kastová uvádí (in Vodáčková a kol., 2007, s. 312) **propukání chaotických emocí**, kdy člověk pociťuje bolest, vztek, neklid, poruchy spánku. Snaží se najít viníka. Je důležité nechat tyto emoce vyplout na povrch, nesnažit se je potlačovat. Časem se totiž mohou vracet v podobě hněvu a pocitu viny. V třetí fázi jde o **hledání, nalézání a odpoutávání**. Člověk v této fázi myslí jen na zemřelého. Hledá upomínky, fotografie, žije ve fantaziích a snech. Někdy se stává, že ztraceného člověka nahrazujeme bolestí, což je chybou. Marková (2010, s. 118) uvádí třetí fázi **akceptaci – přijetí skutečnosti**. Pokud tohoto pozůstalý člověk dosáhne a smíří se s tím, dokáže žít bez milované osoby. Začíná žít od začátku, hledá nové vztahy, nový životní směr a nepotřebuje už pomoc od členů paliativního týmu. A poslední fázi dle Kastové (in Vodáčková a kol. 2007, s. 312) jde o **vytvoření nového vztahu k sobě a ke světu**. Člověk se smířil se ztrátou milovaného člověka a může vstoupit do nového vztahu. Zde nastává problém. Člověk má touhu navázat nový vztah, ale po minulé zkušenosti ze ztráty milovaného člověka, která sebou nese zármutek a utrpení má strach se znovu na někoho vázat.

Tyto jednotlivé fáze nemusí prožívat jenom člověk, který ztratil svého milovaného a blízkého člověka. Truchlení se může objevit i u člověka, který se např. rozvádí anebo prožívá těžkou etapu života, která se pro něj zdá těžko překonatelná. Tyto fáze truchlení nemusí člověk zaznamenat, tak jak jdou po sobě a může se stát, že některou fázi truchlení ani sám neprožije.

3 PALIATIVNÍ PÉČE

O problematice umírání a smrti se dnes mluví jen zřídka. Toto téma je v dnešní společnosti tabuizováno. Společnost se začíná zajímat a mluví o umírání a smrti teprve až tehdy, když se jich to týká samotných anebo s ní měli osobní zkušenost.

Proces umírání patří mezi bolestnou kapitolu lidského života a není divu, že se postiženého, příbuzných a také zdravotníků zmocňují obavy, jak ji určitým způsobem zvládnout. Čas umírání se stává pro všechny, kteří se tohoto účastní časem krize, která je doprovázena strachem a nejistotou. Smrt je pro každého člověka jedinečnou událostí a každý umírá svou vlastní smrtí a každý ji prožívá individuálně. (Haškovcová, 2007, s. 79) Roli zde hraje mnoho faktorů a to struktura osobnosti, věk umírajícího, sociální zázemí, jeho minulost a jeho naděje a také naplnění života. Smrt k životu zákonitě patří a úkolem profesionálů je pomáhat a sloužit co nejlépe. Pomoci pochopit smysl utrpení je největší pomocí, kterou může profesionál poskytnout nemocnému i jeho rodině. Každý umírající v této době potřebuje lásku a úctu druhých. Cítí potřebu být doprovázen. (Matoušek a kol., 2005, s. 196) Je důležité, aby umírající člověk byl v této chvíli doprovázen a obklopen lidmi, kteří ho mají rádi a chovají k němu úctu. Tomuto člověku se lépe odchází z tohoto světa, protože ví, že byl milován a že zůstane navždy ve vzpomínkách.

3.1 Terminologie paliativní péče

Pojem paliativní péče nelze vymezit jedinou definicí. Existuje hned několik definic, které vymezují paliativní péči. Zde uvádíme definice, se kterými se ztotožňujeme.

Dle O'Conora a Arandy (2005, s. 15) „*Paliativní péče je profesionální, holistická a interdisciplinární a má být poskytována všem umírajícím pacientům bez ohledu na diagnózu či typ zdravotnického zařízení.*“ Jedná se o souvislou či nepřetržitou péči – od všeobecného přístupu až po specializovanou disciplínu. Je také důležitý holistický přístup, kdy se neřeší jen otázka tělesných obtíží člověka, ale řeší se i duševní a duchovní potřeby jak umírajícího člověka, tak i jeho rodiny.

Dle Matouška, Kodymové a Koláčkové (2005, s. 203) Hospicová či paliativní péče se ani tak nezabývá smrtí, jako se zabývá životem, možnostmi žít co nejbohatší život až do konce a uměním umožnit umírajícímu člověku odejít v tu pravou chvíli. Hospice mají svou zásadu: „*Pomáhat v umírání – ano, pomáhat k smrti – ne.*“

Dle Světové zdravotnické organizace (In Marková, 2010, s. 19) „*Paliativní medicína je celková léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných.*“

Dle Hrozenské (2008, s. 148) Paliativní péče je péče, která je poskytována nevyлéčitelně nemocnému člověku v terminálním stádiu života.

Je důležité také zmínit, že paliativní péče a léčba se netýká jen lidí, kteří jsou těsně před smrtí, ale řeší i průběh trvání onemocnění, kdy jsou nepřetržitě řešeny všechny potíže s tímto onemocněním spojené. Cíl paliativní péče souvisí s kvalitou života nemocných a samozřejmě i jejich rodin. To znamená, že nemocný a jeho blízcí jsou jednou jednotkou. Pokud se jim péče věnuje odděleně nebo jedné z částí není poskytována vůbec, není možné mluvit o kvalitní paliativní péči a léčbě. (Marková, 2010, s. 19)

Světová zdravotnická organizace (in Haškovcová, 2007, s. 38) se zmiňuje o paliativní péči, která:

poskytuje úlevu od bolesti a jiných forem utrpení,

neusiluje ani o urychlení, ani o nepřiměřené zadržování smrti,

nabízí systematickou podporu pacientům, která jim dovoluje žít přiměřeně aktivní život až do smrti,

nabízí systematickou podporu rodinám nemocných, která jim umožňuje vyrovnat se s pacientovým onemocněním i s vlastním zármutkem,

podporuje kvalitu života a může pozitivně ovlivnit průběh onemocnění,

a také pěstuje týmový přístup, který umožňuje účinně reagovat na potřeby pacientů a jejich rodin, včetně konzultací v době zármutku, jsou-li zapotřebí.

Týmový přístup v paliativní péči musí být vždy multidisciplinární. Multidisciplinární tým je složen nejen z lékařů, zdravotních sester, ošetrovatelek, nutričních specialistů, sociálních pracovníků a fyzioterapeutů, ale také především je důležité, aby v tomto týmu byli zahrnuti i duchovní a psychologové pro rodiny i samotného pacienta. (Marková, 2010, s. 35) S tímto názorem se ztotožňujeme, jelikož je důležité, aby všichni, kteří se podílejí na péči a doprovázení, umožnili umírajícímu důstojný a kvalitní život, jak jen to bude potřeba. Samozřejmě je důležité nezapomenout na rodinu, která v této těžké chvíli potřebuje také péči a

podporu. A musíme myslet i na další fázi, kdy zemřelý člověk už není mezi námi a to na doprovázení pozůstalých podle jejich potřeby. Může být velmi významné a přínosné.

3.2 Historie paliativní péče

V Anglii byl v roce 1967 založen hospic sv. Kryštofa, který se stal prvním moderním zařízením v paliativní péči. Od této doby byl rychlý rozvoj různých organizačních forem paliativní péče a s tím i nárůst osob, které využívali paliativní péči. Díky potřebám nevléčitelně nemocných byla paliativní péče rozvinuta do dalších podob. Ve Velké Británii vznikali při lůžkových hospicích také domácí hospicová péče a později denní péče v hospicových stacionářích. V USA je domácí hospicová péče považována jako forma základní. V polovině 70. let vznikali první pokusy integrovat hospicovou péči do prostředí nemocnic a důsledkem toho vznikali poradní týmy hospicové péče. Kanadský lékař Belfour Mount v roce 1975 pro své nemocniční oddělení použil označení „*oddělení paliativní péče*“. V 70. a 80. letech minulého století vznikali hospice jako místní podnět, či popud k činnosti inspirovaných a obětavých jednotlivců nebo skupin. Což vedlo k tomu, že ve vyspělých zemích začalo být pohlíženo na problematiku péče o nevléčitelně nemocné a umírající jako na závažné téma zdravotní politiky. „*Světová zdravotnická organizace deklaruje rozvoj paliativní péče jako jednu z prioritních oblastí rozvoje zdravotnictví a sociální péče.*“ Avšak uplatňování paliativní péče má v každé zemi svoje specifika. Někde jsou odlišné modely organizace této péče, jejího financování a také způsob začlenění do systému zdravotní a sociální péče. Jinde jsou zase rozdílné kulturní rámce, kde se paliativní péče rozvíjí, což znamená vztah společnosti ke smrti a umírání, význam dobrovolnictví ve společnosti a také role rodiny a dalších prvků. (Kalvach a kol. 2004, s. 11)

3.2.1 Paliativní péče v ČR

Synonymem paliativní péče je lůžkový hospic. První nejstarší hospic v ČR je hospic Anežky České v Červeném Kostelci. Je důležité také zmínit, že první pokus o paliativní péči v prostředí stávající nemocnice bylo lůžkové oddělení v Nemocnici TRN v Babicích nad Svitavou, které bylo otevřeno v roce 1992. Postupně byly vytvořeny další hospice (Praha, Plzeň, Brno...), které poskytovali v první řadě lůžkovou péči nevléčitelně nemocným. Některé z nich poskytují i domácí péči. Rozvíjí se dále i jiné formy paliativní péče např. mobilní hospic (Praha, Most, Ostrava), který se snaží nemocnému zajistit maximální komfort a pomoc v domácím prostředí. Je tu také iniciativa, která se snaží hospicovou péči pře-

nést do nemocnic, domovů důchodců, léčeben pro dlouhodobě nemocné. Existují také aktivity vedoucí k rozšíření a poskytování léčby bolesti v rámci nemocnic (Johann-Christoph Student, Albert Mühlum, Ute Student, 2006, s. 8) Projekt Podpory rozvoje paliativní péče v České republice (Umírání a paliativní péče v ČR, 2004 in Johann-Christoph Student, Albert Mühlum, Ute Student, 2006, s. 9) upozornil na problém v paliativní péči na její malou dostupnost. Stávající fungující formy paliativní péče jsou schopné zajistit kvalitní podporu umírajícím a jejich rodinám, ale přístup k nim má jen pár z těch, co tuto pomoc potřebují. Tým autorů klade důraz na to, že je potřeba problematiku paliativní péče zařadit do vzdělávání lékařů a zdravotnického personálu, zlepšit úroveň léčby bolesti u nevléčitelně nemocných a umírajících, zavedení a prosazování paliativní péče v zařízeních tzv. následné péče a zlepšení existenčních podmínek pro domácí hospicovou péči.

3.3 Dělení paliativní péče

„Paliativní péče by se měla týkat všech umírajících a nevléčitelně nemocných, a proto také všech zdravotníků.“ (Marková, 2010, s. 20) Mezi paliativní péči **řadíme obecnou paliativní péči**, kterou by mělo poskytnout každé zdravotnické zařízení dle své specializace. Zde je rozhodující včasné vyhodnocení pacientova stavu, zda je vhodná další aktivní léčba a sledování či poskytnutí takové léčby a péče, která je důležitá pro kvalitu života. Zahrnujeme zde také respekt k pacientovi, léčbu bolesti, podporu rodiny a doporučení k dalším odborníkům. A také **specializovanou paliativní péči**, kdy jde o taková zařízení ve kterých je paliativní péče uváděna jako hlavní činnost. Tyto zařízení vyžadují vyškolený personál a větší počet zaměstnanců. Služby se poskytují ve všech formách péče a měly by poskytovat pacientovi podporu, ať je kdekoliv, jestli doma, v nemocnici, v pečovatelském domě. Mezi zařízení, která umožňují specializovanou péči, řadíme oddělení paliativní péče, domácí a lůžkové hospice, ambulance paliativní péče, denní stacionáře a zvláštní zařízení paliativní péče (poradny, tísňové linky, nebo půjčovny pomůcek). (Marková, 2010, s. 20-21)

3.3.1 Formy paliativní péče

Mezi formy hospicové péče řadíme **domácí hospicovou péči**, která je pro nemocného člověka tím nejlepším řešením. Splňuje představu dobré smrti. (Marková, 2010, s. 21) Ale může se stát, že péče bude nedostačující. Problém může nastat, když dojdou rodině síly a nemůžou pokračovat dál. Může scházet i odbornost a to v těch místech, kde není žádná agentura poskytující domácí péči nebo nejsou zde speciálně vyškolené sestry pro hospico-

vou práci. (Svatošová, 1995, s. 115) Další formou je **stacionární hospicová péče (denní pobyty)**, kdy tato forma je vhodná pro nemocné, kteří bydlí v blízkosti okolí hospicového stacionáře. Pacient je přivezen ráno a večer se zase vrací domů, kdy dopravu zajišťuje rodina nebo hospic. Tyto pobyty mohou mít hned několik důvodů. Nejčastější důvod je kontrola bolesti, kterou doma nebylo možné zvládnout. Potom za účelem paliativní léčby, což znamená, že pokud se nám podaří vyladit dávky léků pro tišení bolesti, může pacient zůstat i nadále v domácí péči. Další důvod je ten, že rodina nechce nebo není schopna o jejich problémech mluvit. Nemocný člověk se cítí osamocený a ten potom rád dochází do hospice, aby se mohl svěřit. Posledním a nejčastějším důvodem tohoto pobytu bývá, že pokud nemoc trvá už hodně dlouho, potřebuje si rodina občas od nemocného odpočinout a nemocný zase od milující rodiny. Stává se preventivním opatřením, které zabrání vyčerpání rodiny. (Svatošová, 1995, s. 115-116) Poslední formou paliativní péče je **lůžková hospicová péče**, která umožňuje ubytování pacienta i s rodinou. Dostatečný počet a speciálně připravovaný personál pro péči umožňuje umírajícím maximální možnou míru psychického a fyzického komfortu, režim podobný domácímu a doprovod těžkým obdobím pacienta i rodiny. Poskytují také poradenství a pomoc pozůstalým. Hlavním posláním hospice v péči o umírající je poskytovat takovou péči, aby bylo zajištěno dobré umírání. (Marková, 2010, s. 27) Důležité je, že pacienti přicházejí na krátkodobé i opakované pobyty zcela dobrovolně. Návštěvy jsou zde neomezené a režim dne si zde určuje pacient sám. Je zde kladen důraz na kvalitu života a důstojnost. Hospic se snaží připomínat nemocnému spíše domov než nemocnici. O tom zda bude pacient přijat, rozhoduje hospicový lékař. Je důležité vědět, že čím dříve smrtelně nemocný a jeho rodina kontaktují hospic, tím více může hospic pomoci. (Svatošová, 1995, s. 116-119) Musíme si uvědomit, že pro nevléčitelně nemocného je důležité udržení co nejlepší kvality života a v konečné fázi nesmíme také zapomínat na důstojnost člověka. Mluvíme-li o důstojné smrti člověka, máme na mysli *estetickou stránku procesu umírání*. Za důstojnou smrt může být považováno důsledné a obětavé ošetřování člověka, který potřebuje profesionální i laickou péči. Nesmíme zapomínat, že k důstojnému doprovázení umírajícího je důležitý osobní kontakt druhého člověka. *Nikdo se nerodí sám a nikdo by neměl umírat sám*. (Haškovcová, 2007, s. 160-161) S tímto názorem se ztotožňujeme, i když realita v dnešní moderní době je jiná. Proto se stalo, že umírání a smrt se stala neosobní záležitostí a je vnímána jako tabuizované téma.

3.4 Kvalita života

Výše jsme zmínili, že cílem paliativní péče je kvalita života člověka a samozřejmě i jeho rodiny. Payne (in Marková 2010, s. 38) tvrdí, že *„kvalita života zkoumá materiální, psychologické, sociální a duchovní a další podmínky pro zdraví a šťastný život člověka.“*

Dle Světové zdravotnické organizace (in Haškovcová, 2007, s. 161) je kvalita života *„vázána na to, jak jedinec vnímá své postavení ve světě v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žije a to ve vztahu ke svým osobním cílům, očekáváním, zájmům a životnímu stylu.“*

Každý člověk má jinak nastavené hodnoty, a pokud chceme respektovat hodnoty nemocných lidí a jejich rodin, musíme si nejprve uvědomit, které hodnoty nemocný a jeho rodina upřednostňuje a které nechává v pozadí. Během života se mohou hodnoty měnit. Někteří pokládají za důležité hodnoty finance či společenská prestiž a pro druhé může být nejvyšší hodnotou pěkné vztahy v rodině, fungující manželství a vlastní životní role. Za hodnotu pokládáme nejen něco, čeho si ceníme, ale také něco co svým životem utváříme. Lidově můžeme říci o životě, zda ještě má nebo už nemá cenu. (Marková, 2010, s. 38-39)

Frankl (in Marková, 2010, s. 39) rozděluje hodnoty následovně:

hodnoty tvůrčí – práce, budování, jsou považovány za jediné životní hodnoty

hodnoty prožitkové – vnímání krásy, prožívání umění, láska

hodnoty postojové – řadíme je k těm nejvyšším, jedná se o zaujímání pozitivního postoje k těžkým situacím, které v životě člověka potkají.

Kvalita života je spojena s uspokojováním potřeb, kdy musíme brát ohledy na to, že každý člověk a každá rodina má své potřeby a kvalita života se stává individuální. Proto je důležité vyzorovat tyto potřeby a snažit se na ně, co nejlépe reagovat. Nemůžeme tedy tvrdit, že nemocný člověk bude žít kvalitní život, pokud bude zbaven bolesti a dalších doprovázejících tělesných symptomů. Samozřejmostí je, že pokud je u člověka diagnostikována nemoc, kvalita života se mění a to co zdravý člověk neoznačuje za kvalitní, tak u nemocného člověka dostává zcela nový význam. (Haškovcová, 2007, s. 38) S tímto souvisí i to, že musíme rozpoznávat co je zdraví a co je nemoc. Jestliže chápeme zdraví jako perfektně fungující stroj a nemoc jako stroj porouchaný, kdy je nutné opravit, promazat nebo vyměnit náhradní díly jsme daleko od pravdy a nemůžeme být nemocnému člověku prospěšní. (Svatošová, 1995, s. 13) Proto je důležité uvést definici dle Světové zdravotnické organi-

zace (in Matoušek, Kodymová a Koláčková, 2005, s. 196) která říká, že „*zdraví je plné tělesné, duševní, sociální a duchovní blaho člověka.*“ A s tímto souvisejí i potřeby nemocného, které jsou také tělesné, duševní, sociální a duchovní.

3.4.1 Potřeby nemocného

Biologické potřeby – zde řadíme vše, co se týče a co potřebuje nemocné tělo. Potřeba přijímat stravu a často i upravenou tak, aby to bylo ku prospěchu nemocnému člověku. Potřeba vyprazdňování co nejpřirozenějším způsobem a pokud to jde bez potřeby cévek a klystýrů. Jindy je potřeba co nejdříve odstranit nemocný orgán a zvolit další možnosti léčby jako je ozařování, chemoterapie hormonální léčba. Je nutné, nutit nemocné tělo k aktivitě, protože se může stát, že předčasně zchátrá a vzniknou proleženiny. U většiny případů je dobře a odborně postaráno o biologické potřeby a tišení bolesti v nemocnici. (Svatošová, 2012, s. 21-22) Je nutné a důležité, aby byly zachovány biologické potřeby, aby byl nemocný člověk v čistotě, sytý, bez bolesti a cítil se spokojeně.

Psychologické potřeby – zde patří potřeba respektování lidské důstojnosti. Musíme si uvědomit, že člověk je jedinečnou bytostí a je nutné jej chápat a respektovat právě tím více, když víme, že člověk odchází z tohoto světa. Nesmíme zapomínat, že nemocný má potřebu komunikovat se svým okolím a že někdy je více mimoslovní komunikace než slova. Naše mimika, pohyby, gesta, postoj, naše oči i oblečení mohou vyjadřovat více, než si sami myslíme. Pocit bezpečí je důležitý nejen pro zdravé lidi, ale především pro nemocného člověka. Nikdy bychom neměli nemocnému člověku lhát, protože jeho důvěra v nás je zklamána a o to víc je to smutné, protože umírající člověk nás v těžké chvíli potřebuje nejvíce. Jedna ze zásad, na kterou bychom neměli zapomínat je *říkat nemocnému jen tolik, kolik chce slyšet, a jen tehdy, kdy to chce slyšet.* (Svatošová, 2012, s. 22) S tímto názorem se ztotožňujeme, protože někdy stačí jen, když umírajícího člověka vyslechneme, nasloucháme mu. Jindy stačí jenom doteky, např. pohlazení, držení za ruku. Takový člověk i z tohoto vnímá, že je o něj zájem, že jsme tady pro něj a věnujeme mu kousek svého času. A to pro nemocného člověka udělá mnohem více, než si sami myslíme. Člověk se zklidní a je šťastnější. Někdy jsou činy více, než slova.

Sociální potřeby – nemocný člověk má rád společnost a vyžaduje ji. Chce a vyžaduje návštěvy, ale nemusí se to stát pravidlem. Měl by mít právo volby a ostatní by to měli respektovat. S rodinou jsou nejsilnější vazby a podpora rodiny je pro nemocného velmi důležitá. (Svatošová, 2012, s. 22)

Spirituální potřeby – jedná se o potřeby, kdy vážně nemocný člověk hledá Boha, zabývá se smyslem života - vlastního života. Každý umírající člověk potřebuje vědět, že mu bylo odpuštěno a i on sám odpouští. Potřebuje vědět, že jeho život měl a má až do poslední chvíle smysl. Pokud zjišťuje, že tomu tak není, člověk trpí a stává se zoufalým. Je nutné mu ukázat, že život má smysl v každé chvíli. (Svatošová, 2012, s. 23)

Zde jsme si specifikovali jednotlivé potřeby, které pociťuje nevléčitelně nemocný člověk. Tyto potřeby se mohou v souvislosti s onemocněním měnit. Na začátku nemoci většinou člověk potřebuje, aby mu byly zajištěny biologické potřeby. S průběhem nemoci a tudíž i v závěrečné fázi je kladen důraz na spirituální potřeby. Aby umírající člověk nestrádal a nepociťoval bolest či utrpení je zapotřebí, aby byly uspokojeny všechny výše uvedené potřeby ne jen ty biologické, které někdy mylně pokládáme za ty důležité a na ten zbytek nebereme ohledy. Což se stává velmi častým problémem zejména u zdravotníků. Čím dříve si uvědomíme, že člověk má i jiné potřeby než jen biologické, tím lepší život nastavíme umírajícímu člověku. Jen, tak dosáhneme, aby umírající člověk žil kvalitní život až do poslední chvíle jeho sil. Na vzdělávacím kurzu uvedla lektorka: MUDr. Dagmar Palasová, že u nevléčitelně nemocného člověka se snažíme o to, co nejkvalitněji umožnit člověku žít a už se nezaobíráme otázkou „*Proč umírá, ale Jak umírá...?*“ a s tímto se ztotožňujeme.

3.5 Eutanázie

Dle Haškovcové (2007, s. 120) je pojem eutanázie vysvětlován jako „*dobrá smrt*“ (z řeckého eu – dobrý a thanatos – smrt). Přáním dobré smrti je lehká, krásná smrt, která přichází po spokojeném životě rychle, bezbolestně a ve spánku. Nyní je chápán pojem eutanázie jako „*smrt z milosti*“ (z milosrdenství, z útrpnosti).

Dle Haškovcové (2007, s. 120-122) rozlišujeme několik druhů eutanázie:

Aktivní eutanázie – která je nejčastěji spojována se smrtí z milosti. Povolena v Nizozemsku a Belgii. V ČR povolena není. Jedná se o eutánazii, kterou vykonává lékař u nevléčitelně nemocného člověka. Tento člověk trpí nesnesitelnými bolestmi, opakovaně žádá o smrt a je to na jeho vlastní uvážlivou a svobodnou žádost. Není to, tak jednoduché, jak se nám může zdát. Vykonává ji lékař, ale dále prozkoumává soud.

Eutanázie nevyžádána – jedná se o variantu aktivní eutanázie, ale nevléčitelně nemocný člověk není schopen o ni požádat. Lze tedy předpokládat, že kdyby člověk mohl, s eutanázií by souhlasil.

Eutanázie nedobrovolná – další varianta aktivní eutanázie, které rozumíme „*nejen nevyžádaná, ale i nechtěná*“. Nelze ověřit ani doložit, zda by si ji člověk přál nebo nepřál.

Pasivní eutanázie – spojena s odnětím léčby nebo odepřením dalších léčebných postupů, které by nevléčitelně nemocného člověka zatěžovaly. Nejedná se ovšem o odnětí či přerušování péče.

Asistovaná sebevražda – zvláštní forma eutanázie, kdy nevléčitelně nemocný žádá lékaře o pomoc, o radu, jak realizovat odchod ze života. Ukončení života nevykonalá lékař, ale činí, tak sám pacient za asistence lékaře.

Ať už je vymezení jednotlivých forem eutanázie jakékoli, vždy se jedná o aktivní způsob. Neboť i tak lze říci, že jde o „*odejmutí života na přání pacienta*.“ Nesmíme také zapomenout na **dystanázii**, kdy se jedná o umělé prodlužování života. Musíme také zmínit pojem „*marná léčba*“, kdy o tomto tématu se diskutuje stále častěji. S marnou léčbou dále souvisejí pojmy jako je **NR** a **Living will**. Pojem NR „*neresuscitovat*“, který je v českém písemnictví stále více používaný. Můžeme jej také vyjádřit „*nepokračováním v léčbě a nezahajování léčby*“. Kdy o toto dopředu požádá nevléčitelně nemocný člověk, ale určuje lékař dle celkového stavu člověka. **Living will** - „*životní vůle*“, kdy se jedná o to, že pacient za plného vědomí dá pokyny, jak s ním zacházet, když nebude schopen o sobě už sám rozhodnout. (Haškovcová, 2007, s. 121)

3.5.1 Podmínky eutanázie

Podmínky aktivní eutanázie stanovila Holandská královská lékařská asociace (in Haškovcová, 2007, s. 137) takto:

nevléčitelně nemocný,

duševně způsobilý a dospělý člověk,

člověk, který trpí nesnesitelnými a nezvladatelnými bolestmi,

bez jakékoli naděje na úlevu,

který opakovaně, v určeném čase a určeným způsobem žádá o milosrdnou smrt,

může zemřít rukou lékaře.

Otázka eutanázie je velmi složitá. Toto téma je spíše tabuizováno. Často lidé nevědí, jak se k tomuto problému mají stavět. Zda by byli raději pro eutanázii nebo s eutanázií v žádném případě nesouhlasí. V ČR eutanázie povolena není a s tím také souhlasíme, protože je to

trestný čin. Člověk by se měl naučit žít s nemocí. Musíme si uvědomit, že vše má smysl, tedy i to, že jsme nevléčitelně nemocní a musíme se s tím naučit žít. I nevléčitelně nemocný může prožít ještě mnoho krásných chvil a nikdo ani nic neví, kdy si jednou smrt pro nás přijde. Tak proč vše hned ukončovat. Člověk nemá strach ze smrti, ale z utrpení a to je možná jeden z důvodů, proč by nejraději ukončil život, co nejdříve.

Pro lepší pochopení dané problematiky paliativní péče jsem se účastnila vzdělávacího kurzu, který se týkal úvodu do problematiky paliativní péče, hospicového hnutí a eutanázie.

Kapitolou paliativní péče ukončuji teoretickou část a nyní teoretické poznatky chci prověřit v praxi. Abych získala, co nejvíce respondentů a zjistila, tak co nejvíce informací o dané problematice, zvolila jsem metodu formou dotazníkového šetření. Výsledky mého výzkumu jsou uvedeny v následující praktické části.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODOLOGIE VÝZKUMU

Metodologická část se zabývá výzkumným projektem, který zkoumá výzkumný problém, a s nímž souvisí i výzkumné cíle a hypotézy. Dále bylo potřeba u projektu definovat výzkumný soubor a způsob jeho výběru, techniku a metodu sběru dat.

Výzkumné zprávy konkrétní problematiky jsou obsaženy v projektu a v nejnovějších datech o postojích veřejnosti a zdravotníků k umírání a smrti. (data.umirani.cz)

Otázka umírání a smrti není v dnešní době trendem. Často mladší generace nemá o dané problematice umírání a smrti dostačující informace. Domnívají se, že umírání a smrt se týká jen starých lidí a nechtějí si připustit fakt, že umírání či smrt může postihnout kohokoli a kdykoli. Umírání a smrt je velmi choulostivé téma zejména pro lidi, kteří se nesetkali se smrtí blízkého člověka.

Praktická část je v projektu věnována pojmu „paliativní péče“, která se týká toho, zda je veřejnost dostatečně informována o této problematice. Další část je věnována otázce umírání a smrti. Jaké pocity a obavy v nich tato otázka vyvolává. A v poslední řadě, jak je hodnocena úroveň péče o nevyléčitelně nemocné a umírající osoby.

4.1 Vymezení výzkumných cílů

Výzkumným cílem této práce bylo zjistit informovanost respondentů o paliativní péči.

Dílčím cílem bylo zjistit, jak dnešní veřejnost vnímá péči o umírajícího příbuzného?

Dalším dílčím cílem bylo zjistit, jaké pocity a názory mají respondenti na otázku smrti.

4.2 Výzkumné otázky

1. Zná veřejnost pojem „paliativní péče“?
2. Je veřejnost dostatečně informována o problematice důstojného doprovázení umírajících a možnostech péče o nevyléčitelně nemocné?
3. Co cítí, když se mluví o smrti?
4. Čeho se bojí na umírání a smrti nejvíce?
5. Které prostředí je preferováno, jestliže je člověk zcela odkázán na péči druhých lidí?
6. Jak vnímá veřejnost eutanázii u nevyléčitelně nemocných?

4.3 Hypotézy

H1 : Respondenti, kteří mají středoškolské vzdělání, jsou o pojmu paliativní péče méně informováni než respondenti s vysokoškolským vzděláním.

H2: Respondenti upřednostňují péči o umírajícího člověka v domácím prostředí více než péči v jiných zařízeních (Domovy pro seniory, hospic a další).

4.4 Výzkumný soubor a způsob jeho výběru

Vzhledem k citlivosti tématu byla zvolena k získávání dat metoda kvantitativního výzkumu. Tato metoda nám umožňuje získat co nejvíce dat, kdy je brán zřetel na anonymitu respondentů. Výzkumným souborem je široká laická veřejnost, která se pohybuje ve věkovém rozmezí od 18 – 50 a více let. Návratnost dotazníků byla 83,7%, kdy se jedná o poměr vyplněných a zobrazených dotazníků. Z toho uvádíme, že na odkaz (www.vyplnto.cz) kliklo 208 respondentů, ale souhrnný počet respondentů byl 174. Ve vyplnění daného dotazníku převažovaly ženy počtem 139, menší část tvořilo 35 mužů. Dotazníkové šetření probíhalo v elektronické podobě, kde můžeme získat mnoho respondentů ze široké veřejnosti. Dále bylo využito sociální sítě Facebook, která nám pomohla k získání dalších respondentů. Dotazníky byly zaslány také formou e-mailu své rodině, přátelům a kolegům.

4.5 Technika sběru dat

Jak uvádí Chráska (2007, s. 163), k získání sběru dat nám pomůže velmi frekventovaná metoda dotazník. Kdy je potřeba předem připravit a pečlivě formovat otázky. Výhoda této metody je, že umožňuje rychlé a ekonomické shromažďování dat od velkého počtu respondentů. Nevýhoda této metody spočívá v tom, že se může stát, že otázka bude špatně pochopena ze strany respondenta.

Dotazník obsahuje 20 otázek. V dotazníku byly zvoleny polozavřené a uzavřené otázky. V úvodu dotazníku byli respondenti informováni o anonymitě. Dále bylo zmíněno, čeho se dotazník týká a k jakým účelům poslouží. Na závěr jsou uvedeny pokyny k vyplnění dotazníku.

Dotazník začíná položením demografických otázek, které se týkají pohlaví, věku, bydliště a vzdělání. Zbývajících 16 položek se týká umírání a paliativní péče.

Dotazníky byly na serveru www.vyplnto.cz uveřejněny 12. 12. 2013 a sběr dat probíhal do 11. 1. 2014. Tento způsob sběru dat se jevil jako nejlepší cesta k získání dostatečného po-

čtu respondentů. Internet je v dnešní době nejvíce vyhledávaný a používaný prostředek komunikace. Internet je nejrychlejší způsob, jak získat potřebné informace o dané problematice.

4.6 Metody analýzy dat

Data byla získána pomocí anonymního dotazníku a vyhodnocena přes server www.vyplnto.cz. A po té byla zpracována do tabulek četnosti vytvořených v Microsoft Office Excel. Tabulka četností obsahuje absolutní a relativní četnost. K ověření hypotéz byla použita čtyřpolní tabulka pro test nezávislosti chí-kvadrátu. Výsledky jednotlivých dat můžete nalézt v kapitole 5.1

5 INTERPRETACE DAT

Zde jsou uvedeny jednotlivé vyhodnocené otázky z výzkumného šetření, které bylo provedeno formou dotazníku. Jednotlivé otázky obsahují tabulky, kde je vymezena absolutní a relativní četnost. Jednotlivá otázka obsahuje odpovědi, které uvádíme v následující kapitole.

Otázka č. 1: Pohlaví

- muž
- žena

Tabulka 1: Pohlaví

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost
žena	139	79,89%
muž	35	20,11%
Celkem	174	100,00%

Do výzkumu se zapojilo 174 respondentů, kdy z tohoto průzkumu je zřejmé, že většina respondentů tvořily ženy počtem 139 (79,89%) a počet mužů byl 35 (20,11%). Z toho také vyplývá, že více se o tuto problematiku zajímají ženy, jelikož se setkáváme s tím, že ženy pečují o umírající častěji než muži.

Otázka č. 2: Věk

- 18 – 25
- 26 – 39
- 40 – 49
- 50 a více let

Tabulka 2: Věk

Věk	Absolutní četnost	Relativní četnost
18-25	79	45,40%
26-39	61	35,06%
40-49	24	13,79%
50 a více let	10	5,75%
Celkem	174	100,00%

Ve věku 18-25 let odpovědělo na tuto otázku 79 respondentů (45,4%). Ve věkovém rozmezí 26-39 let byl počet respondentů 61 (25,06%), kdy můžeme říci, že o tuto problematiku se nejvíce zajímali respondenti v rozmezí časné a střední dospělosti. Z toho plyne, že lidé přemýšlejí i nad touto budoucí verzí života, kdy budou možná jednou odkázáni na péči druhých lidí. Věková hranice 40-49 let tvořila 24 respondentů (13,79%) a rozmezí 50 a více let vyplnilo dotazník 10 respondentů (5,75%).

Otázka č. 3: Bydliště

- malá obec – do 3 000 obyvatel
- menší město – od 3 001 do 5 000 obyvatel
- střední město – od 5 001 do 50 000 obyvatel
- velkoměsto – nad 100 000 obyvatel

Tabulka 3: Bydliště

Bydliště	Absolutní četnost	Relativní četnost
střední město - od 5 001 do 50 000 obyvatel	61	35,06%
velkoměsto - nad 100 000 obyvatel	51	29,31%
obec – do 3 000 obyvatel	42	24,14%
menší město – od 3 001 do 5 000 obyvatel	20	11,49%
Celkem	174	100,00%

Nejvíce lidí zapojených do výzkumu pochází ze středních měst od 5001 do 50 000 obyvatel s počtem 61 respondentů (35,06 %). Nad 100 000 obyvatel – tedy velkoměsto tvořilo 51 respondentů (29,31%). Tu menší část tvořili respondenti z obcí do 3 000 obyvatel s počtem 42 respondentů (24,14%) a lidé z menších měst od 3 001 do 5 000 obyvatel vyplnilo dotazník pouze 20 respondentů (11,49%). Z tabulky stojí za povšimnutí rozdíl mezi obcí, velkoměstem a menším městem, který je velmi nepatrný.

Otázka č. 4: Vzdělání

- základní
- střední bez maturity
- střední s maturitou
- vyšší odborné
- vysokoškolské

Tabulka 4: Vzdělání

Vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost
střední s maturitou	87	50,00%
vysokoškolské	49	28,16%
střední bez maturity	19	10,92%
vyšší odborné	13	7,47%
základní	6	3,45%
Celkem	174	100,00%

Nejvíce se o danou problematiku zajímalo 87 respondentů (50%) se středním vzděláním s maturitou. 49 respondentů (28,16%) dosáhlo vysokoškolského vzdělání. 19 respondentů (10,92%) mělo střední vzdělání bez maturity. 13 respondentů (7,47%) dosáhlo vyššího odborného vzdělání a 6 respondentů (3,45%) mělo pouze základní vzdělání.

Otázka č. 5: Je pro Vás těžké mluvit o umírání a smrti?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

Tabulka 5: Je těžké mluvit o umírání a smrti?

Je těžké mluvit o umírání a smrti?	Absolutní četnost	Relativní četnost
spíše ne	61	35,06%
ne	49	28,16%
spíše ano	45	25,86%
ano	19	10,92%
Celkem	174	100,00%

Z výzkumu je zřejmé, že 110 ze 174 respondentů nemá problém mluvit o umírání a smrti. Tento výsledek je překvapující, protože lidé o umírání a smrti raději nemluví a toto téma je často tabuizováno.

Otázka č. 6: Co cítíte, když se mluví o smrti?

- smrt je přirozená, jsem s ní smířená/ý
- obavu, strach z neznáma
- zvědavost
- smrt je pro mě tabu
- jiné, uveďte...

Tabulka 6: Pocity, když se mluví o smrti

Pocity, když se mluví o smrti	absolutní četnost	relativní četnost
smrt je přirozená, jsem s ní smířený/á	73	41,95%
obavu, strach z neznáma	71	40,8%
zvědavost	9	5,17%
smrt je pro mě tabu	3	1,72%
smutek	2	1,15%
strach ze samoty	1	0,57%
ostatní odpovědi	15	9,00%

Výzkum uvádí, že 73 ze 174 respondentů (41,95%) je se smrtí smířená, protože je přirozená. 71 respondentů (40,8%) pociťuje, když se mluví o smrti, obavu a strach z neznáma. 9 ze 174 respondentů (5,17%) uvádí, že jsou zvědaví, co bude následovat po smrti a pro 3 respondenty (1,72%) je smrt tabu. Dále 15 respondentů (9%) uvedlo své odpovědi:

- *strach ze samoty*

- smutek, že každý tak jednou skončí a pak nebude nic
- smrti není třeba se bát, je přechodem do lepšího světa
- jsem křesťan, takže smrtí pro mě nic nekončí
- něco neznámého, co nevím jaké je

Otázka č. 7: Čeho se bojíte na umírání a smrti nejvíce?

- bolesti
- ztráty soběstačnosti a důstojnosti
- samoty
- toho, co bude následovat po smrti
- nebojím se ničeho
- o umírání a smrti nepřemýšlím
- jiné, uveďte...

Tabulka 7: Největší obavy z umírání a ze smrti

Největší obavy z umírání a ze smrti	Absolutní četnost	Relativní četnost
ztráty soběstačnosti a důstojnosti	50	28,74%
bolesti	38	21,84%
toho, co bude následovat po smrti	26	14,94%
samoty	24	13,79%
o umírání a smrti nepřemýšlím	17	9,77%
nebojím se ničeho	6	3,45%
ostatní odpovědi	13	7,00%

Výzkum ukázal, že největší obavy v době umírání a smrti jsou ze ztráty soběstačnosti a důstojnosti a takto odpovědělo 50 ze 174 respondentů (28,74%). Z bolesti má strach 38 respondentů (21,84%). Obavy z toho, co bude následovat po smrti má 26 respondentů (14,94%) a 24 respondentů (13,79%) má obavy, že v této těžké chvíli budou sami. Menší procento tvořili respondenti, kteří o umírání a smrti nepřemýšlí nebo se nebojí ničeho. Respondenti mohli také napsat odpovědi vlastními slovy, což uvedlo 13 respondentů (7%) a zde jsou zajímavé odpovědi zmíněny:

- *problém není vlastní smrt, problém je smrt těch okolo...*
- *ztráty možnosti prožívat život s ostatními*
- *obava, jak se s tím vyrovnají příbuzní*
- *že na ni nebudu připraven*
- *smrti se nebojím, obávám se utrpení při umírání*
- *že se nestihnu rozloučit, že nebudou vědět, že umírám a budou mít o mě strach*

Otázka č. 8: Co pro Vás znamená důstojné umírání a smrt?

- zemřít doma, v rodinném kruhu
- zemřít bez úzkosti a s pocitem vnitřního klidu
- zemřít bez bolesti a utrpení
- zemřít rychle
- jiné, uveďte...

Tabulka 8: Důstojné umírání

Důstojné umírání	Absolutní četnost	Relativní četnost
zemřít bez úzkosti a s pocitem vnitřního klidu	80	45,98%
zemřít bez bolesti a utrpení	51	29,31%
zemřít doma, v rodinném kruhu	24	13,79%
zemřít rychle	12	6,9%
zemřít v hezkém prostředí...	1	0,57%
zemřít s pocitem, že jsem něco zanechala	1	0,57%
ostatní odpovědi	5	3,00%

80 ze 174 respondentů (45,98%) uvedlo, že důstojné umírání a smrt pro ně znamená zemřít bez úzkosti a s pocitem vnitřního klidu. Dále 51 respondentů (29,31%) by chtělo zemřít bez bolesti a utrpení, kdy lidé nemají strach ze smrti jako takové, ale spíše se bojí bolesti a utrpení před smrtí. Pro některé je známkou důstojného umírání a smrti zemřít doma, v ro-

dinném kruhu, kdy toto uvedlo 24 respondentů (13,79%) a 12 respondentů (6,9%) by chtělo zemřít rychle. Některé zajímavé myšlenky respondentů jsou následovné:

- *zemřít včas – dřív než budu odkázána na pomoc jiných lidí*
- *být při smyslech a mít možnost rozhodovat, co se se mnou děje*
- *zemřít s pocitem, že jsem za sebou něco zanechala*
- *zemřít v hezkém prostředí v důstojné pozici a čistotě*

Otázka č. 9: Znáte pojem „paliativní péče“?

- ano
- ne

Tabulka 9: Pojem paliativní péče

Pojem paliativní péče	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	108	62,07%
ne	66	37,93%
Celkem	174	100,00%

Z výzkumu není statisticky významné, zda respondenti s vysokoškolským vzděláním znají pojem paliativní péče lépe než středoškoláci, pro hladinu významnosti $p < 0,05$. Vypočtené hodnoty se neblíží hladině kritické na $p = 0,05$. V této otázce respondent pokud odpověděl na otázku ne, pokračoval otázkou č. 12 a respondent, který znal pojem „paliativní péče“, pokračoval otázkami, co daný pojem „paliativní péče“ znamená a zda je paliativní péče jen pro seniory.

Tabulka 10: chí – kvadrát: Paliativní péče

PALIATIVNÍ PÉČE	ano	ne	celkový počet
střední škola s maturitou	54	33	87
vysoká škola	38	11	49
celkový počet	92	44	136

Pozorované četnosti	54	33	87
	38	11	49
	92	44	136

Očekávané četnosti	58,85	28,15
	33,15	15,85

$p = 0,064$

Otázka č. 10: Co znamená pojem paliativní péče?

- důstojné a klidné umírání
- péče o staré, nemocné lidi
- komplexní péče o pacienty a všechny jeho potřeby
- léčba bolesti a komplikací onemocnění
- zmírnění utrpení, usnadnění posledních dnů života
- důstojný konec života
- jiné, uveďte...

Tabulka 11: Paliativní péče

Paliativní péče	Absolutní četnost	Relativní četnost
zmírnění utrpení, usnadnění posledních dnů života	52	46,85%
komplexní péče o pacienty a všechny jeho potřeby	15	13,51%
důstojné a klidné umírání	14	12,61%
léčba bolesti a komplikací onemocnění	10	9,01%
důstojný konec života	10	9,01%
péče o staré, nemocné lidi	4	3,60%
ostatní odpovědi	6	5,00%

Pojem „paliativní péče“ vnímá 52 respondentů (46,85) jako zmírnění utrpení nebo usnadnění posledních dnů života. 15 respondentů (13,51%) vnímá pojem „paliativní péče“ jako komplexní péči o pacienty a všechny jeho potřeby. 14 respondentů (12,61%) jako důstojné a klidné umírání. Dále 10 respondentů (9,01%) odpovědělo, že jde o léčbu bolesti a komplikací onemocnění. A jako důstojný konec života vnímá paliativní péče 10 respondentů (9,01%). Respondenti mohli také uvést své odpovědi a zde jsme vybrali některé zajímavé:

- *péče o umírající lidi, po té, co už nemá smysl léčit nemoc*
- *léčba bolesti, zajištění denních potřeb, které sám nezvládá, psychická podpora...*
- *zmírnění utrpení, usnadnění posledních dnů života a důstojný konec života*
- *komplexní péče o pacienta s nevléčitelnou chorobou*

Otázka č. 11: Myslíte si, že je paliativní péče jen pro seniory?

- ano
- ne

Tabulka 12: Myslíte si, že je paliativní péče jen pro seniory?

Paliativní péče je jen pro seniory?	Absolutní četnost	Relativní četnost
ne	113	97,41%
ano	3	2,59%

Zde odpověděla naprostá většina respondentů 113 ze 174 (97,41%), že paliativní péče se nezabývá jen seniory.

Otázka č. 12: Myslíte si, že na péči o umírajícího by se měla podílet i rodina?

- ano
- ne
- spíše ne
- ne

Tabulka 13: Rodina a péče o umírajícího

Rodina a péče o umírajícího	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	114	65,52%
spíše ano	57	32,76%
spíše ne	3	1,72%
ne	0	0,00%
Celkem	174	100,00%

Tento výzkum jasně prokázal, že dle odpovědí respondentů by se na péči o umírajícího měla podílet i rodina a takto odpovědělo 171 ze 174 respondentů (98,28%). S tímto tvrzením souhlasíme, protože je důležité, aby umírajícího člověka podporovala i rodina.

Otázka č. 13: Myslíte si, že mají lidé v dnešní době takové možnosti, aby zajistili péči o umírajícího v domácím prostředí?

- ano
- ne

Tabulka 14: Možnost pečovat doma

Možnost pečovat doma	Absolutní četnost	Relativní četnost
ne	124	71,26%
ano	50	28,74%
Celkem	174	100,00%

Výzkum uvádí, že výše, jak polovina respondentů s počtem 124 ze 174 (71,26%), nemá takové možnosti, aby zajistili péči o umírajícího člověka v domácím prostředí. Zde respondenti rozhodovali mezi odpověďmi ano či ne. Pokud respondent uvedl odpověď ne, pokračoval otázkou č. 15 a pokud uvedl odpověď ano, tak dále odpovídal na otázku, z jakých důvodů se lidé nemohou starat o umírajícího člověka v domácím prostředí.

Otázka č. 14: Uveďte důvody, proč lidé nemají možnosti starat se o umírajícího v domácím prostředí?

- péče je velmi finančně nákladná
- péče je velmi psychicky a fyzicky náročná
- nemůžu si dovolit ztratit zaměstnání
- nemám dostatek informací v péči o umírajícího v domácím prostředí
- jiné, uveďte...

Tabulka 15: Důvody, které neumožňují péči doma

Důvody, které neumožňují péči doma	Absolutní četnost	Relativní četnost
péče je velmi psychicky a fyzicky náročná	50	35,97%
nemůžu si dovolit ztratit zaměstnání	48	34,53%
péče je velmi finančně nákladná	16	11,51%
nemám dostatek informací o péči	9	6,47%
více méně vše uvedené	1	0,72%
příliš pokročilá medicína, umírání trvá příliš dlouho - vše výše uvedené	1	0,72%
ostatní odpovědi	14	10,00%

Z následující tabulky vyplývá, že lidé nemají možnosti starat se o umírajícího člověka v domácím prostředí z následujících důvodů. Nejvyšší počet 50 respondentů (35,97%) zvolilo, že péče je velmi psychicky a fyzicky náročná. 48 respondentů (34,53%) zvolilo, že si nemůžou dovolit ztratit zaměstnání. Dále je péče velmi finančně nákladná, kdy takto odpovědělo 16 respondentů (11,51%). Lidé také nemají dostatek informací v péči o umírajícího člověka v domácím prostředí a s tímto souhlasí 9 respondentů (6,47%). U této otázky respondenti uvedli i své odpovědi:

- nepřikládají k tomu dostatečnou důležitost
- například není možnost podávat morfium mimo nemocnici, časová náročnost s prací
- možnosti 1,2,3 – všechny současně
- kombinace všech výše uvedených

- *příliš pokročilá medicína, umírání trvá příliš dlouho, proto – všechny výše uvedené důvody*

Otázka č. 15: Jaké prostředí preferujete pro seniora, který je zcela odkázán na péči druhých lidí?

- domácí prostředí
- domovy důchodců, domovy s pečovatelskou službou
- léčebny dlouhodobě nemocných
- nemocnice
- hospic

Tabulka 16: Preferování typu zařízení

Preferování typu zařízení	Absolutní četnost	Relativní četnost
domovy důchodců, domovy s pečovatelskou službou	72	41,38%
domácí prostředí	62	35,63%
hospic	29	16,67%
léčebny dlouhodobě nemocných	8	4,60%
nemocnice	3	1,72%
Celkem	174	100,00%

Z výzkumu není statisticky významné, že lidé preferují domácí péči více než jiná zařízení, pro hladinu významnosti $p < 0,05$. Vypočtené hodnoty se neblíží hladině kritické na $p = 0,05$.

Tabulka 17: chí – kvadrát: Preferování typu zařízení

PÉČE O UMÍRAJÍCÍHO	domácí péče	jiná zařízení	celkový počet
Muži	0	35	35
Ženy	61	78	139
celkový počet	61	113	174

Pozorované četnosti	0	35	35
	61	78	139
	61	113	174

Očekávané četnosti	12,27	22,73	
	48,73	90,27	

$p = 0,000$

Otázka č. 16: Domníváte se, že veřejnost je dostatečně informována o problematice důstojného doprovázení umírajících a možnostech péče o nevléčitelně nemocné seniory?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

Tabulka 18: Informovanost veřejnosti o důstojném doprovázení a možnosti péče

Informovanost o možnostech péče	Absolutní četnost	Relativní četnost
spíše ne	105	60,34%
ne	46	26,44%
spíše ano	20	11,49%
ano	3	1,72%
Celkem	174	100,00%

Z výzkumu vyplývá, že dnešní společnost není dostatečně informována o problematice důstojného doprovázení umírajících a možnostech péče o nevléčitelně nemocné, kdy na tuto otázku takto odpovědělo 151 ze 174 respondentů (86,78%).

Otázka č. 17: Myslíte si, že úroveň péče o nevléčitelně nemocné seniory a jejich blízké je dostatečně zajištěna?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

Tabulka 19: Dostatečné zajištění péče o nemocné i příbuzné

Úroveň péče	Absolutní četnost	Relativní četnost
spíše ne	92	52,87%
spíše ano	42	24,14%
ne	33	18,97%
ano	7	4,02%
Celkem	174	100,00%

Z výzkumu je patrné, že úroveň péče o nevléčitelně nemocné a jejich blízké není dostatečně zajištěna, kdy takto uvedlo 125 ze 174 respondentů (71,84%). 49 respondentů (28,16%) uvedlo, že úroveň péče pro nevléčitelně nemocné a jejich rodiny je zajištěna dostatečně.

Otázka č. 18: Pečoval/a jste někdy o své příbuzné až do konce jeho života doma?

- ano
- ne

Tabulka 20: Domácí péče

Domácí péče	Absolutní četnost	Relativní četnost
ne	139	79,89%
ano	35	20,11%
Celkem	174	100,00%

Výzkum ukázal, že jen málo lidí, někdy pečovalo o své příbuzné až do konce jejich života. Jenom 35 ze 174 (20,11%) respondentů uvedlo, že pečovali o člověka v domácím prostředí až do konce jeho života. Většina a to 139 ze 174 respondentů (79,89%) nikdy nepečovalo o svého příbuzného až do konce jejich života.

Otázka č. 19: Jste věřící?

- ano
- ne

Tabulka 21: Víra

Víra	Absolutní četnost	Relativní četnost
ne	111	63,79%
ano	63	36,21%
Celkem	174	100,00%

Z dotazníku je zřejmé, že 111 ze 174 respondentů (63,79%) je nevěřících. Věřících je 63 respondentů (36,21%).

Otázka č. 20: Souhlasíte s legalizací eutanázie u nevléčitelně nemocných v ČR?

- ano, je to způsob, jak lidem zkrátit bolestivé umírání
- ano, ale musí s tím umírající člověk souhlasit
- ano, ušetří se tím peníze za dlouhodobou lékařskou péči
- ne, lidem je třeba pomoci jinak, aby se smířili se smrtí
- ne, je to nepřipustné
- nevím, problematika euthanasie je velmi složitá
- jiné, uveďte...

Tabulka 22: Souhlas s legalizací eutanázie v ČR

Souhlas s legalizací eutanázie v ČR	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano, ale musí s tím umírající člověk souhlasit	66	37,93%
ano, způsob, jak lidem zkrátit bolestivé umírání	45	25,86%
nevím, tato problematika je velmi složitá	32	18,39%
ne, lidem je třeba pomoci jinak	18	10,34%
ne je to nepřipustné	4	2,30%
nutné je bolestivé umírání s terminální indikací a souhlasem pacienta	1	0,57%
ostatní odpovědi	8	5,00%
Celkem	174	100,00%

Výzkum ukázal, že někteří souhlasí s legalizací eutanázie u nevléčitelně nemocných v ČR, ale musí s tím umírající člověk souhlasit a takto uvedlo 66 ze 174 respondentů (37,93%). 45 respondentů (25,86%) souhlasí s tím, že je to způsob, jak lidem zkrátit bolestivé umírání. Pro 32 respondentů (18,39%) je problematika eutanázie velmi složitá. 18 respondentů (10,34%) uvedlo, že nesouhlasí s eutanazií, že je třeba pomoci lidem jinak, aby se smířili se smrtí. Pro 4 respondenty (2,3%) je legalizace eutanázie nepřipustná. Respondenti mohli také uvést své vlastní odpovědi a některé zajímavé jsme uvedli:

- *ano, ale euthanasie je pro vyspělé společnosti, s dobře nastavenými pravidly a zodpovědným přístupem – taková společnost naší republiky není*

-
- *eutanázie ne, ale souhlasím s ukončením poskytování lékařské péče a umožněním nevyléčitelně nemocnému zemřít přirozenou smrtí*
 - *s usmrcením nesouhlasím, s přechodem na paliativní péči ano*
 - *ano, je to základní lidské právo a současný stav pokládám za zločin proti lidskosti*
 - *mohla by se eutanázie zneužívat, takže ne*
 - *ano, ale pouze za přísně daných pravidel*

5.1 Shrnutí výsledků

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit informovanost (povědomí) respondentů, týkající se paliativní péče. Hypotézy, které jsme si stanovili na začátku, měly za úkol zjistit, zda jsou respondenti středoškolského vzdělání informováni o pojmu paliativní péče méně než respondenti s vysokoškolským vzděláním. Další hypotéza zkoumala respondenty upřednostňující péči o umírajícího příbuzného v domácím prostředí více než péči v jiných zařízeních (Domovy pro seniory, hospice, a jiné). Níže uvádíme výsledky, které byly zjištěny pomocí dotazníkového šetření.

Informovanost (povědomí) o paliativní péči

Z výsledků je zřejmé, že laická veřejnost tuší, co znamená pojem „paliativní péče“ (62%). Znalost pojmu „paliativní péče“ je předpokládána především u lidí, kteří mají vysokoškolské vzdělání. Z hypotézy, kterou jsme si stanovili, není statisticky významné, že pojem paliativní péče znají více vysokoškolští studenti. Respondenti, kteří si myslí, že pojem „paliativní péče“ znají, jej definují nejčastěji jako **zmírnění utrpení nebo usnadnění posledních dnů života** nebo jako **komplexní péči o pacienty a všechny jeho potřeby**. Také jako **důstojné a klidné umírání** a v poslední řadě tento termín vnímají jako **léčbu bolesti a komplikaci onemocnění**. Z daného šetření vyplynulo, že veřejnost zná či už někdy slyšela o termínu paliativní péče, ale myslíme si, že tato problematika ještě není dostatečně zažita o povědomí naší společnosti, a proto je ještě spousta lidem tento pojem cizí a neznámý.

Postoje dnešní veřejnosti k péči o svého příbuzného

Z výzkumu se hypotéza nepotvrdila, respondenti neupřednostňují domácí péči. Výzkumu se účastnily především ženy (80%). Avšak většina nikdy nepečovala o svého příbuzného až do konce jeho života v domácím prostředí (80%). Většina respondentů souhlasí s tím, že na péči o umírajícího člověka by se měla podílet i rodina (98%), ale se přiklání i k tomu, že lidé už nemají takové možnosti, aby zajistili dostatečnou péči umírajícímu v domácím prostředí. Mezi nejčastější překážky, které respondenti uvedli v domácí péči o umírajícího člověka, byla tvrzení, že **péče je pro ně velmi psychicky a fyzicky náročná** (36%). Respondenti také uvedli, že si **nemůžou dovolit ztratit zaměstnání** (35%). Pro spousta lidí je dnešní doba také těžká v tom, že nemají dostatečné finance, aby mohli zajistit péči o umírajícího člověka v domácím prostředí, a z tohoto důvodu respondenti uvádí, že **péče je velmi finančně nákladná** (12%). Respondenti se ovšem také potýkají s tím že, **nemají dostatečné informace v péči o umírajícího člověka v domácím prostředí** (6%). Někteří

respondenti uvádí dokonce i více tvrzení současně a to, že péče je **velmi psychicky a fyzicky náročná, že si nemůžou dovolit ztratit zaměstnání a péče je velmi finančně nákladná**. Dnešní doba nám mnoho neumožňuje pečovat o umírajícího člověka v domácím prostředí. Ať už máme dostatečné informace, jak pečovat o umírajícího, tak si člověk bohužel nemůže dovolit ztratit zaměstnání nebo nemá dostatek financí na péči. Proto často volíme pro své příbuzné jinou alternativu, kterou pokládáme za tu nejlepší, aby byl člověk šťastný a žil i nadále kvalitní život. Jako jednu z možností volíme instituce či zařízení, kdy věříme, že zde bude našemu milovanému člověku poskytnuta dostatečná péče a kvalitní život, co to jen bude možné. **Domovy důchodců a Domovy s pečovatelkou službou** patří mezi nejčastější typy zařízení, které respondenti uváděli v dotazníku (41%). Po té následovala péče v **domácím prostředí** (36%) a **hospice** (17%). Na posledním žebříčku si stojí **léčebny dlouhodobě nemocných a nemocnice**. Co se týká úrovně péče o nevléčitelně nemocné a jejich blízké. Výzkum ukázal, že respondenti si myslí, že úroveň péče o nevléčitelně nemocné a jejich rodiny není dostatečně zajištěna (72%). V závěru nesmíme opomenout, že veřejnost také není dostatečně informována o problematice důstojného doprovázení umírajících a možnostech péče o nevléčitelně nemocné a s tímto tvrzením souhlasí většina respondentů (87%). Toto však není až tak překvapující, protože jen malá část populace byla někdy s umírajícím člověkem v přímém styku nebo o umírajícího člověka pečovala až do konce jeho života. Veřejnost preferuje spíše jiná zařízení než domácí péči a umírající člověk se tak ocitá v neznámém prostředí, obklopen neznámými lidmi, což pro něj může být stresující. Jen málokdo se o tuto problematiku zajímá a sbírá informace, jelikož se často nevléčitelně nemocný člověk přesouvá do různých typů zařízení, kde mu je poskytnuta odborná péče ze strany personálu. Měli bychom myslet i na budoucnost, protože může přijít čas, kdy i nám budou informace o této problematice užitečné. Za důležité také považujeme, jak se dnešní veřejnost staví k legalizaci eutanázie u nevléčitelně nemocného člověka v ČR. Získaná data ukázala, že lidé souhlasí s eutanázií, ale **musí s tím umírající člověk souhlasit** (38%). Někteří respondenti uvádí, že je to **způsob, jak lidem zkrátit bolestivé umírání** (26%). Pro některé respondenty je zřejmé, že **problematika eutanázie je složitá, a proto neví, zda s legalizací eutanáziesouhlasit** (18%). Jen malá část respondentů uvedla, že **s eutanázií nesouhlasí, protože je třeba pomoci lidem jinak, aby se smířili se smrtí** (10%). A pouze (2%) respondentů uvádí, že **eutanázie je pro ně nepřijatelná**. Otázka eutanázie je opravdu velmi citlivé téma a každý člověk ji vnímá jinak.

Pocity a názory, které vyvolává otázka umírání a smrti

Otázka umírání a smrti je v dnešním světě tabuizované téma, ale i tak tento výzkum ukázal, že více jak polovina respondentů nemá problém mluvit o umírání a smrti. Tímto navazujeme na předchozí otázku, jaké pocity v lidech vyvolává umírání a smrt? Respondenti uvedli, že pro mnoho z nich je **smrt přirozená a jsou s ní smíření** (42%). Někteří pociťují **obavu a strach z neznáma** (41%), když mluví o umírání a smrti. U jiných umírání a smrt vzbuzuje **zvědavost** (5%). A jen pár respondentů uvedlo, že je pro ně smrt **tabu** (2%). Největší problém, kteří respondenti vnímají na umírání a smrti je **ztráta soběstačnosti a důstojnosti** (29%). Dále mají strach z **bolesti** (22%), z **toho, co bude následovat po smrti** (15%) a ze **samoty** (14%). Výzkum také ukázal, že někteří respondenti **o smrti a umírání nepřemýšlí** (10%) a na umírání a smrti se **nebojí ničeho** (3%). Lidé se bojí, že v době umírání a smrti ztratí soběstačnost a důstojnost, která pro každého člověka hraje v životě důležitou roli. Z tohoto důvodu jsme zvolili otázku, která poskytuje informace o tom, co pro člověka znamená důstojné umírání a smrt. Z výzkumu vyplývá, že si lidé pod pojmem důstojné umírání představují **zemřít bez úzkosti a s pocitem vnitřního klidu** (46%), **bez bolesti, utrpení a zemřít rychle**. Lidé by nejčastěji chtěli **zemřít doma**, obklopeni milující rodinou. Rodina hraje důležitou roli při doprovázení umírajícího a měla by být oporou, kterou umírající člověk potřebuje v tak těžké chvíli. Člověk potřebuje vnímat, že je milován rodinou, která při něm stojí a pomáhá mu překonávat obavy a strach ze smrti.

ZÁVĚR

Smrt a umírání není často vyhledávané téma. Je smutné a otevřeně se o smrti hovoří jen málo. Lidé mají většinou ze smrti strach a začnou se jí zabývat až, když se jich to dotkne samotných. Měli bychom si uvědomit, že pokud v sobě budeme dusit pocity strachu, úzkosti a budeme se bát o smrti i umírání mluvit, tak žádná úleva nebude možná. Budeme se v tom sami utápět a při tom je to tak jednoduché. Každý z nás máme člověka, kterému věříme a víme, že se na něj můžeme obrátit se svými problémy. Pokud budeme o těchto pocitech a obavách mluvit, můžeme překonat všechny naše strachy a spoustu věcí si vyjasnit. Musíme pochopit, že umírání a smrt patří k životu stejně tak jako příchod na tento svět. Pro nevyлéčitelně nemocné, kteří umírají v bolestech a ví, že tomu není úniku, může smrt znamenat i vysvobození a úlevu. Často od těchto lidí slycháváme, že už chtějí zemřít a necítit nic. Musíme si uvědomit, že smrti se nemusíme bát a čím více budeme o ní hovořit, tím více pro nás bude smrt přirozenější.

Avšak i přesto, že umírání a smrt je tabuizována. Z výzkumu vyplynulo, že o umírání a smrti nemají lidé problém hovořit. Smrt je pro ně přirozená a jsou s ní smířeni, ale přesto pociťují strach a obavy z neznáma. V době umírání mají respondenti nejvíce obavy ze ztráty soběstačnosti a důstojnosti. Hypotézy, které jsme si stanovili na začátku, se nepotvrdily, protože nejsou statisticky významné na hladině významnosti $p < 0,05$. Výzkum také ukázal, že většina respondentů pojem „paliativní péče“ zná nebo o něm už slyšela. Co se týká péče o umírajícího člověka, není lidem lhostejná. Většina respondentů uvádí, že by se měla do péče o umírajícího člověka zapojit i rodina. Avšak bylo zjištěno, že spousta lidí nemá takové možnosti, aby zajistili péči v domácím prostředí, a proto volí jinou alternativu péče, respektive zařízení, která umožní člověku komplexní péči. Je důležité, aby lidé, kteří pečují o umírající, byli trpěliví, empatičtí a snažili se člověku umožnit, co nejkvalitněji prožít život až do konce.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] AMÉRY, Jean. *O stárnutí: revolta a rezignace*. Praha: Prostor, 2008. ISBN 978-80-7260-207-0.
- [2] HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-471-3.
- [3] HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-8710919-9.
- [4] HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ a ZIKMUNDOVÁ. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha: Gerontologické centrum, 2007. ISBN 978-80-254-0179-8.
- [5] HROZENSKÁ, Martina a ZIKMUNDOVÁ. *Sociální práce so staršími lidmi: A jej teoreticko-praktické východiská*. Martin: Osveta, 2008. ISBN 978-80-8063-282-3.
- [6] CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.
- [7] CHRISTOPH STUDENT, J., A. MÜHLUM a U. STUDENT. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Praha: H & H, 2006. ISBN 978-80-247-1369-4.
- [8] KALVACH, Z., J. MAREŠ, L. PRUDKÝ, O. PTÁČEK a O. SLÁMA. *Umírání a paliativní péče v ČR: situace, reflexe, vyhlídky*. Praha: Cesta domů, 2004. ISBN 80-239-2832-5.
- [9] KALVACH, Z., Z. ZADÁK, R. JIRÁK, H. ZAVÁZALOVÁ a P. SUCHARDA. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6.
- [10] KLEVETOVÁ, Dana, DLABALOVÁ. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2169-9.
- [11] KROUTILOVÁ NOVÁKOVÁ, Radana. *Pečovatelství II*. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-531-2.
- [12] KŘIVOHLAVÝ, Jaro, Stanislav KACZMARCZYK. *Poslední úsek cesty*. Praha: Návrat domů, 1995. ISBN 80-85495-43-0.
- [13] KÜBLER ROSSOVÁ, Elisabeth. *Hovory s umírajícími*. Hradec Králové: Signum Unitatis, 1992. ISBN 80-85439-04-2.
- [14] KÜBLER ROSSOVÁ, Elisabeth. *O smrti a umírání*. Hradec Králové: Lingua. Arica Turnov a Nadace Klíček, 1992. ISBN 80-900134-6-5.

- [15] LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada., 2006. ISBN 80-247-1284-9.
- [16] MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada., 2010. ISBN 978-80-247-3171-1.
- [17] MATOUŠEK, O., P. KODYMOVÁ a J. KOLÁČKOVÁ. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.
- [18] O'CONNOR, Margaret a Sanchia ARANDA. *Paliativní péče - pro sestry všech oborů*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1295-4.
- [19] STUART-HAMILTON, Ian. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-247-2.
- [20] SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Ecce homo, 1995. ISBN 80-902049-0-2.
- [21] SVATOŠOVÁ, Marie. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4107-9.
- [22] ŠIMÍČKOVÁ ČÍŽKOVÁ, Jitka. *Přehled vývojové psychologie*. Olomouc: Vyd.2 nezn.: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-0629-2.
- [23] VODÁČKOVÁ, Daniela. *Krizová intervence*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-342-0.

Internetové zdroje

- [1] KOVAČÍKOVÁ, Zdenka. Paliativní péče. In: *Www.vyplnto.cz* [online]. 2013 [cit. 2014-04-10]. Dostupné z: [Http://www.vyplnto.cz/realizovane-pruzkumy/35390/](http://www.vyplnto.cz/realizovane-pruzkumy/35390/)
- [2] Nejnovější data o postojích veřejnosti a zdravotníků k umírání a smrti. In: *Data.umirani.cz* [online]. 2013 [cit. 2014-04-10]. Dostupné z: data.umirani.cz

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

s. strana

.

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Pohlaví	43
Tabulka 2: Věk	44
Tabulka 3: Bydliště	45
Tabulka 4: Vzdělání	46
Tabulka 5: Je těžké mluvit o umírání a smrti?	46
Tabulka 6: Pocity, když se mluví o smrti	47
Tabulka 7: Největší obavy z umírání a ze smrti	48
Tabulka 8: Důstojné umírání	49
Tabulka 9: Pojem paliativní péče	50
Tabulka 10: chí – kvadrát: Paliativní péče	51
Tabulka 11: Paliativní péče	51
Tabulka 12: Myslíte si, že je paliativní péče jen pro seniory?	52
Tabulka 13: Rodina a péče o umírajícího	53
Tabulka 14: Možnost pečovat doma	53
Tabulka 15: Důvody, které neumožňují péči doma	54
Tabulka 16: Preferování typu zařízení	55
Tabulka 17: chí – kvadrát: Preferování typu zařízení	56
Tabulka 18: Informovanost veřejnosti o důstojném doprovázení a možnosti péče	56
Tabulka 19: Dostatečné zajištění péče o nemocné i příbuzné	57
Tabulka 20: Domácí péče	58
Tabulka 21: Víra	58
Tabulka 22: Souhlas s legalizací eutanázie v ČR	59

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I – Osvědčení – Úvod do problematiky paliativní péče, hospicového hnutí, eutanázie



evropský
sociální
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



OPERAČNÍ PROGRAM
LIDSKÉ ZDROJE
A ZAMĚSTNANOST



Zlínský kraj

PODPORUJEME
VAŠI BUDOUCNOST
www.esfcr.cz

PROFIMA EFFECTIVE, s.r.o.
Číslo akreditace Ministerstva práce a sociálních věcí ČR udělené vzdělávacímu zařízení
dle § 117a zákona č. 108/2002 Sb. o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů:
č. 2011/0833-I

OSVĚDČENÍ

Zdeňka KOVÁČÍKOVÁ

datum a místo narození: 1.4.1988, Uherské Hradiště

úspěšně absolvovala vzdělávací seminář

ÚVOD DO PROBLEMATIKY PALIATIVNÍ PÉČE, HOSPICOVÉ HNUTÍ, EUTANÁZIE

v rozsahu 8 vzdělávacích hodin

(s udělenou akreditací MPSV: 2014/0209-PC/SP/VP)

v Uherském Hradišti dne 7.3.2014

Projekt: Edukace ke kvalitě, reg. č. CZ.1.04/3.1.00/49.00007 je spolufinancován
Evropským sociálním fondem prostřednictvím OP Lidské zdroje a zaměstnanost
a státním rozpočtem České republiky



MUDr. Dagmar Palasová
odborná lektorka



Hana Filipková
PROFIMA EFFECTIVE, s.r.o.

PROFIMA EFFECTIVE s.r.o.
ev.č.: 2014/0406

sídlo firmy: Kuzov 500, 760 01 Zlín
 kancelář: Tyršova náměstí 750, 760 01 Zlín
 tel.: 577 250 085, GSM: 603 148 904
 www.profima.cz, e-mail: profins@profima.cz



Příloha P II - Dotazník – Paliativní péče o seniory

Vážení respondenti,

jmenuji se Zdeňka Kovačiková. Studuji III. ročník bakalářského studia, obor Sociální pedagogika na UTB ve Zlíně. Zdvořile Vás žádám o vyplnění tohoto anonymního dotazníku, který se týká paliativní péče o seniory.

Prosím zakroužkujte Vám nejvíce vyhovující odpověď.

Děkuji za Vaši ochotu a strávený čas.

1. POHLAVÍ

- muž
- žena

2. VĚK

- 18 – 25
- 26 – 39
- 40 – 49
- 50 a více let

3. BYDLIŠTĚ

- malá obec
- menší město – do 5000 obyvatel
- střední město – od 5000 do 50 000 obyvatel
- velkoměsto – nad 100 000 obyvatel

4. VZDĚLÁNÍ

- základní
 - střední bez maturity
 - střední s maturitou
 - vyšší odborné
 - vysokoškolské
-

5. JE PRO VÁS TĚŽKÉ MLUVIT O UMÍRÁNÍ A SMRTI?

- ANO
- SPÍŠE ANO
- SPÍŠE NE
- NE

6. CO CÍTÍTE, KDYŽ SE MLUVÍ O SMRTI?

- smrt je přirozená, jsem s ní smířená/ý
- obavu, strach z neznáma
- zvědavost
- smrt je pro mě tabu
- jiné, uveďte...

7. ČEHO SE BOJÍTE NA UMÍRÁNÍ A SMRTI NEJVÍCE?

- bolesti
- ztráty soběstačnosti a důstojnosti
- samoty
- toho, co bude následovat po smrti
- nebojím se ničeho
- o umírání a smrti nepřemýšlím
- jiné, uveďte...

8. CO PRO VÁS ZNAMENÁ DŮSTOJNÉ UMÍRÁNÍ A SMRT?

- zemřít doma, v rodinném kruhu
- zemřít bez úzkosti a s pocitem vnitřního klidu
- zemřít bez bolesti a utrpení
- zemřít rychle
- jiné, uveďte...

9. ZNÁTE POJEM „PALIATIVNÍ PÉČE“?

- ANO

- NE
- Pokud jste uvedli v otázce č. 9 „NE“ pokračujte otázkou č. 12

10. CO ZNAMENÁ POJEM PALIATIVNÍ PÉČE?

- důstojné a klidné umírání
- péče o staré, nemocné lidi
- komplexní péče o pacienty a všechny jeho potřeby
- léčba bolesti a komplikací onemocnění
- zmírnění utrpení, usnadnění posledních dnů života
- důstojný konec života
- jiné, uveďte...

11. MYSLÍTE SI, ŽE JE PALIATIVNÍ PÉČE JEN PRO SENIORY?

- ANO
- NE

12. MYSLÍTE SI, ŽE NA PÉČI O UMÍRAJÍCÍHO BY SE MĚLA PODÍLET I RODINA?

- ANO
- SPÍŠE ANO
- SPÍŠE NE
- NE

13. MYSLÍTE SI, ŽE MAJÍ LIDÉ V DNEŠNÍ DOBĚ TAKOVÉ MOŽNOSTI, ABY ZAJISTILI PÉČI O UMÍRAJÍCÍHO V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ?

- ANO
- NE

Pokud jste uvedli odpověď „ANO“ pokračujte otázkou č. 15

14. UVEĎTE DŮVODY, PROČ LIDÉ NEMAJÍ MOŽNOSTI STARAT SE O UMÍRAJÍCÍHO V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ?

- péče je velmi finančně nákladná

- péče je velmi psychicky a fyzicky náročná
- nemůžu si dovolit ztratit zaměstnání
- nemám dostatek informací v péči o umírajícího v domácím prostředí
- jiné, uveďte...

**15. JAKÉ PROSTŘEDÍ PREFERUJETE PRO SENIORA, KTERÝ JE ZCELA
ODKÁZÁN NA PÉČI DRUHÝCH LIDÍ?**

- domácí prostředí
- domovy důchodců, domovy s pečovatelskou službou
- léčebny dlouhodobě nemocných
- nemocnice
- hospic

**16. DOMNÍVÁTE SE, ŽE VEŘEJNOST JE DOSTATEČNĚ INFORMOVÁNA O
PROBLEMATICE DŮSTOJNÉHO DOPROVÁZENÍ UMÍRAJÍCÍCH A
MOŽNOSTECH PÉČE O NEVYLÉČITELNĚ NEMOCNÉ SENIORY?**

- ANO
- SPÍŠE ANO
- SPÍŠE NE
- NE

**17. MYSLÍTE SI, ŽE ÚROVEŇ PÉČE O NEVYLÉČITELNĚ NEMOCNÉ
SENIORY A JEJICH BLÍZKÉ JE DOSTATEČNĚ ZAJIŠTĚNA?**

- ANO
- SPÍŠE ANO
- SPÍŠE NE
- NE

**18. PEČOVAL /A JSTE NĚKDY O SVÉ NEJBLIŽŠÍ PŘÍBUZNÉ AŽ DO
KONCE JEHO ŽIVOTA DOMA?**

- ANO
- NE

19. JSTE VĚŘÍCÍ?

- ANO
- NE

20. SOUHLASÍTE S LEGALIZACÍ EUTHANASIE U NEVYLÉČITELNĚ NEMOCNÝCH V ČR?

- ano, je to způsob, jak lidem zkrátit bolestivé umírání
- ano, ale musí s tím umírající člověk souhlasit
- ano, ušetří se tím peníze za dlouhodobou lékařskou péči
- ne, lidem je třeba pomoci jinak, aby se smířili se smrtí
- ne, je to nepřípustné
- nevím, problematika euthanasie je velmi složitá
- jiné, uveďte...