

Smrt a umírání jako sociální problém

Simona Denková

Bakalářská práce
2019



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2018/2019

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Simona Denková**
Osobní číslo: **H170322**
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Smrt a umírání jako sociální problém**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti thanatologie, paliativní péče a vývojové psychologie.

Příprava metodiky empirické části, zpracování projektu výzkumu a stanovení výzkumného problému.

Realizace kvantitativního výzkumu formou dotazníkového šetření.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

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

HAŠKOVCOVÁ, Helena. Thanatologie: nauka o umírání a smrti. 2., přeprac. vyd. Praha: Galén, c2007. ISBN 978-80-7262-471-3.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda. O posledních věcech člověka: vybrané kapitoly z thanatologie. Praha: Galén, c2014. ISBN 978-80-7492-138-4.

VÁGNEROVÁ, Marie. Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-308-0.

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

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

Datum zadání bakalářské práce: **10. ledna 2019**

Termín odevzdání bakalářské práce: **26. dubna 2019**

Ve Zlíně dne 10. ledna 2019

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



Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – 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 13.2.2019

.....

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zaměřuje na problematiku umírání a smrti, s cílem seznámit čtenáře s tématem, jež je v naší společnosti stále ještě poměrně vytěšňováno. Teoretická část se zabývá thanatologií jako vědní disciplínou, vymezuje základní pojmy a také smrt a umírání jak v historickém kontextu, tak i v současnosti. Popisuje pojetí smrti a umírání v sociologii, vliv náboženství na způsob vnímání smrti, problematiku komunikace na toto citlivé téma s dětmi a věnuje se také otázce eutanazie. Dále práce seznamuje čtenáře s paliativní péčí, vymezuje její poslání a také možnosti podpory a péče o pozůstalé. V poslední kapitole se teoretická část zabývá charakteristikou období dospělosti. Na základě vymezení teoretických východisek tvoří empirickou část kvantitativní výzkum realizovaný formou dotazníkového šetření a analýza získaných dat.

Klíčová slova:

Thanatologie, smrt, umírání, eutanazie, paliativní péče, komunikace, dospělost.

ABSTRACT

The bachelor thesis focuses on the issue of dying and death, with the aim of acquainting the reader with a topic that is still quite displaced in our society. The theoretical part deals with thanatology as a scientific discipline, defines the basic concepts as well as death and dying, both in the historical context and nowadays. It describes the concept of death and dying in sociology, the influence of religion on the way of perception of death, the issue of communication on this sensitive subject with children and also deals with the issue of euthanasia. Furthermore, the work introduces the reader to palliative care, defines its mission and also the possibilities of support and care for the bereaved. In the last chapter, the theoretical part deals with the characteristics of adulthood. Based on the definition of the theoretical basis, the empirical part consists of quantitative research carried out in the form of a questionnaire survey and analysis of obtained data.

Keywords:

Thanatology, death, dying, euthanasia, paliative care, communication, adulthood.

Děkuji Mgr. Renatě Polepilové za odborné vedení mé bakalářské práce, za její užitečné rady, vstřícné připomínky a trpělivost, kterou mi v průběhu zpracování bakalářské práce věnovala.

Motto:

„Možná je smrt jako sestra života: také taková duha, jen jinak barevná.“

Jeanette Bresson Ladegaard Knox

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

OBSAH

ÚVOD.....	10
I TEORETICKÁ ČÁST.....	12
1 THANATOLOGIE.....	13
1.1 ZÁKLADNÍ TERMINOLOGIE	13
1.2 UMÍRÁNÍ A SMRT V MINULOSTI A SOUČASNOSTI.....	16
1.3 POJETÍ SMRTI A UMÍRÁNÍ V SOCIOLOGII.....	20
2 PROBLEMATIKA SMRTI A UMÍRÁNÍ	22
2.1 TABUIZACE SMRTI.....	22
2.2 VLIV NÁBOŽENSTVÍ NA ZPŮSOB VNÍMÁNÍ SMRTI A UMÍRÁNÍ	22
2.3 EUTANAZIE	23
2.4 KOMUNIKACE NA TÉMA SMRTI S DĚTMI.....	27
3 PALIATIVNÍ PÉČE	30
3.1 PALIATIVNÍ PÉČE A JEJÍ POSLÁNÍ	30
3.2 ROZDĚLENÍ PALIATIVNÍ PÉČE	30
3.3 MÍSTA POSKYTOVÁNÍ PALIATIVNÍ PÉČE.....	32
3.4 PALIATIVNÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE	33
3.5 PODPORA A PÉČE O POZŮSTALÉ	34
4 CHARAKTERISTIKA OBDOBÍ DOSPĚLOSTI	40
4.1 MLADÁ DOSPĚLOST.....	40
4.2 STŘEDNÍ DOSPĚLOST	42
4.3 STARŠÍ DOSPĚLOST.....	43
II PRAKTICKÁ ČÁST	46
5 METODOLOGIE VÝZKUMU.....	47
5.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM	47
5.2 VÝZKUMNÉ CÍLE	47
5.3 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	47
5.4 TECHNIKA SBĚRU DAT	48
5.5 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU	49
6 ANALÝZA DAT A JEJICH INTERPRETACE	50
6.1 ANALÝZA POLOŽEK DOTAZNÍKU	50
6.2 SROVNÁNÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU SE STANOVENÝMI CÍLI.....	71
6.3 TESTOVÁNÍ HYPOTÉZ	75
7 SHRNUÍ VÝZKUMU.....	80

7.1	DISKUSE K VÝSLEDKŮM	80
7.2	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	84
	ZÁVĚR	86
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	87
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	89
	SEZNAM OBRÁZKŮ	90
	SEZNAM TABULEK.....	91
	SEZNAM PŘÍLOH.....	92

ÚVOD

„Lidé, kteří v sobě mají sílu a lásku a zůstanou s umírajícím sedět v hlubokém tichu, jež se vymyká slovům, poznají, že ten okamžik ve skutečnosti není strašný ani bolestný, že je to klidný a pokojný zánik tělesného fungování. Sledovat klidnou a pokojnou smrt člověka je jako sledovat padající hvězdu: jedno z miliónů světél v ohromném prostoru oblohy zablýskne na krátký okamžik, a navždy se ztrácí ve tmě. Možnost být nablízku a ku pomoci umírajícím pacientům nám dává poznat jedinečnost každého člověka v ohromném moři lidstva. Vede nás k uvědomění si naší konečnosti, konečnosti a ohraničenosti lidského života. Málokdo z nás žije déle než sedmdesát let, a přesto každý i za sebekratší dobu svého života vytvoří jedinečnou biografii, jedinečný příběh, jímž se zapojí do jemného předeiva lidských dějin.“ (Kübler-Ross, 1993, str. 238, 239)

K výběru tohoto citlivého tématu bakalářské práce mě inspirovala vlastní zkušenost se smrtí mé babičky. Vzhledem k tomu, že jsem s ní strávila poslední dny jejího života, mě tento čas natolik ovlivnil, že se naprosto ztotožňuji s výše uvedenou citací od Elisabeth Kübler-Ross. Myslím si však, že většina lidí podobnou zkušenost nemá, tudíž bych touto bakalářskou prací ráda poukázala také na to, že možnost být umírajícímu člověku na blízku bychom měli přijmout jako dar, který nás naplní láskou a pokorou.

V minulosti byla smrt přirozenou součástí lidského života, lidé většinou umírali doma po boku se svými nejbližšími a každý člen rodiny byl s procesem umírání srozuměn. Situace v dnešní společnosti se však za poslední desetiletí změnila. Smrt se stala institucionalizovanou, lidé většinou prožívají poslední dny svého života v nemocnici a rodiny si s umíráním svých blízkých často neví rady. Snaží se od této smutné události ochránit alespoň své děti, na rozdíl od situace v dávných dobách, kdy byly se smrtí obeznámeni také ti nejmladší členové rodiny a učili se ji od samého dětství přijímat jako nedílnou součást života. Pocit ohrožení a strach z neznámého v dnešní době způsobuje, že je téma smrti ve společnosti stále ještě poměrně tabuizováno. Je však jen otázkou času, kdy smrti a umírání bude stát tváří v tvář každý z nás, ať už své vlastní, nebo smrti blízkého člověka. Jsem přesvědčená o tom, že doprovázení umírajících nás může mnoho naučit. Především jak důležitý je ten čas života, když je jeho konec na dohled.

První kapitola teoretické části se věnuje thanatologii jako vědnímu oboru, vymezuje základní pojmy a popisuje umírání v minulosti a současnosti. Druhá kapitola se zabývá problematikou smrti a umírání, konkrétně tabuizací smrti v dnešní době, popisuje také vliv

náboženství na způsob vnímání smrti a umírání, zabývá se velmi diskutovanou otázkou eutanazie a také upozorňuje na nezbytnost komunikace o konečnosti života s dětmi. Třetí kapitola definuje paliativní péči, její rozdělení na obecnou a specializovanou, místa jejího poskytování a také možnosti podpory a péče o pozůstalé. Čtvrtá kapitola teoretické části stručně charakterizuje období dospělosti.

Praktická část popisuje, jak výzkum probíhal, tvoří popis dílčích cílů a především se zaměřuje na dosažení hlavního výzkumného cíle. Cílem výzkumu bylo zjistit, jak vnímají smrt a umírání obyvatelé Zlínského kraje a zda toto vnímání ovlivňuje pohlaví, vzdělání, věk nebo víra. Kvantitativní výzkum probíhal formou dotazníkového šetření a zpracovaná získaná data nám poskytly odpovědi na jednotlivé dílčí otázky.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 THANATOLOGIE

Thanatologie, nauka o umírání a smrti, je většinou definována jako interdisciplinární vědní obor o smrti a všem, co je s ní spojeno. Thanatologie se snaží pojmout problematiku smrti v nejrůznějších souvislostech a proto se její obsah dotýká celé řady klasických oborů, jako je filozofie, teologie, medicína, psychologie, sociologie atd. Každý z těchto oborů nazírá na problematiku smrti svým vlastním způsobem a používá své vlastní vědecké metody. Je tedy velmi obtížné zobecnit jednotlivá fakta ze všech těchto disciplín a vytvořit tak profesní náplň thanatologie jako samostatného vědního oboru. (Haškovcová, 2007, s. 178)

1.1 Základní terminologie

Téma smrti a umírání je v naší společnosti stále ještě poněkud vytěšňováno. Tváří v tvář smrti se však jednou potká každý z nás. Mezi stěžejní pojmy thanatologie patří tedy právě smrt, umírání a jeho fáze.

Smrt

„Smrt je definována nezvratnou zástavou srdeční činnosti a dýchání, s následným nezvratným zánikem všech mozkových funkcí. Důsledkem je nezvratné ukončení základních životních funkcí metabolických a homeostatických.“ (Goldmann, Cichá, 2004, s. 71). Haškovcová (2007, s. 34) dále uvádí, že k tomuto zániku živého organismu může dojít přirozeně, kdy jsou důsledkem biologické zákonitosti, nebo násilným zásahem do živého organismu, který dále poškozuje a rozkládá jeho funkce.

Dělení smrti dle moderní thanatologie:

- *Klinická smrt (tzv. náhlá oběhová zástava)*: srdeční zástava, kterou je možné resuscitovat a smrt tak zvrátit.
- *Smrt mozku*: na základě zástavy cirkulace krve mozkiem se vyznačuje jako nezvratné vyhasnutí činnosti mozkových buněk.
- *Biologická smrt*: nezvratný zánik všech buněk, ukončený po 20 hodinách po zástavě krevního oběhu.

(Goldmann, Cichá, 2004, s. 72)

Umírání

Umírání je poslední fází v životě člověka. Tento proces může mít různou délku (dle druhu nemoci) a výsledným stavem je vždy smrt jedince. Pojem umírání bývá označován synonymem pro terminální stav. (Haškovcová in Špatenková, 2014, s. 33)

Terminální stav

Je to období, které se vyznačuje selháváním životních funkcí. Může trvat vteřiny (např. při masivní embolii plicnice), minuty (např. při tonutí), či hodiny (např. u nemocných v kardiogenním šoku). Avšak terminálně nemocným může být také člověk, jehož úmrtí lze očekávat v průběhu 12 měsíců. Následkem může být progresivně se zhoršující onemocnění, jehož léčba již selhává, nebo není z různých důvodů možná. Terminální stav lze označit jako poslední stadium procesu umírání. (Goldmann, Cichá, 2004, s. 73)

Tři období umírání

Elisabeth Kübler-Ross byla lékařkou, psychiatrickou a stále ještě je mezinárodně uznávanou odbornicí v oboru thanatologie. S terminálně nemocnými pacienty začala pracovat v rámci psychiatrických seminářů, které vedla na univerzitě v Chicagu. V souladu s Kübler-Ross můžeme tedy rozlišovat tři níže popsaná období umírání, která lze pokládat za obecnou reakci na náročnou životní situaci, kterou však neprochází pouze umírající, ale také jeho blízcí.

- *Období před umíráním* – „*pre finem*“, kdy jde především o sdělení diagnózy a pravdy na nemocničním lůžku, že nemocný trpí nemocí, která je neslučitelná se životem.
- *Období vlastního umírání* – „*in finem*“, které se prakticky kryje s terminálním stavem, jedná se o umírání v užším slova smyslu. V této fázi často dominuje otázka hospicové a paliativní péče.
- *Období po smrti* – „*post finem*“, začíná smrtí dotyčného jedince, zahrnuje péči o tělo zemřelého a také psychické strádání pozůstalých.

(Kübler-Ross in Špatenková, 2014, s. 31)

Fáze umírání

Velmi známé jsou také jednotlivé fáze procesu umírání, které se týkají především psychologického stavu umírajícího a jeho reakcí na náročnou životní situaci. Většinu informací o těchto etapách shromáždila také Elisabeth Kübler-Ross, stejně jako tři období umírání, jež byly popsány výše. Na základě svých výzkumů vyvodila několik téměř předvídatelných fází, kterými před smrtí prochází většina lidí.

- *První fáze – popírání a izolace*: člověk, který zjistí, že se blíží jeho smrt, konečnému verdiktu nevěří a má sklon tento fakt odmítat. Často se snaží žít jako předtím, izolovat se od nepříjemné pravdy a hledat jiné lékařské i nelékařské autority, které by informaci o nadcházející smrti vyvrátily.
- *Druhá fáze – zlost, agrese*: v této fázi člověk obvykle začne nepříjemnou realitu o blížící se smrti silně odmítat. Umírající pocítuje hněv a často jej obrací proti lékařům, ošetřovatelům a také těm, kteří jsou mu nejbližší, tedy proti rodině a přátelům, případně proti Bohu.
- *Třetí fáze – smlouvání*: když pacient pochopí, že jeho hněv nikam nevede, pokouší se najít jakoukoliv možnost, která by zajistila uzdravení, či alespoň prodloužení jeho života. Často je ochoten spolupracovat z důvodu, aby se ještě dožil událostí, na kterých mu záleží (např. narození vnoučat).
- *Čtvrtá fáze – deprese, smutek*: zlost a smlouvání je vystřídáno pocitem hluboké ztráty. Umírající upadá do depresivního stavu uzavřenosti, zármutku a strachu z budoucnosti (co bude „potom“).
- *Pátá fáze – akceptace, smíření*: umírající se dostává do poslední etapy, směřuje se se svou nemocí i smrtí a přijímá její fakt konečnosti a nevyhnutelnosti. V této etapě se hrává důležitou roli duchovní stránka člověka.

(Kübler-Ross in Špatenková, 2014, s. 32)

Špatenková (2014, s. 33) však také zmiňuje, že ne každý umírající všemi těmito fázemi projde, natož v uvedeném pořadí. Vyrovnávání se s touto náročnou životní situací může být velmi individuální. Do některých fází se pacienti mohou opakovaně vracet a do jiných se nemusí dostat vůbec (např. do fáze smíření).

1.2 Umírání a smrt v minulosti a současnosti

V minulosti si žádaly daň z lidských životů především epidemie. Smrt kojenců a malých dětí byla tak velká, že se dotýkala téměř každé rodiny. Medicína ale v posledních desetiletích prošla mnoha změnami; očkování téměř vyhladilo spoustu nemocí, nepochybně v západní Evropě a Spojených státech. Chemoterapie a zejména antibiotika snížila úmrtnost v důsledku infekčních nemocí. Dnes se dá také úspěšně léčit mnoho chorob, na které v minulosti umírali mladí lidé a lidé ve středním věku. Stoupá počet starých lidí, ale v důsledku toho i množství těch, kdo musí snášet poruchy či chronické problémy spojené se stářím. (Kübler-Ross, 1992, s. 7)

1.2.1 Modely smrti v historickém kontextu

Ucelený souhrn historického vývoje přístupů západoevropské společnosti ke smrti od středověku až po současnost nám poskytnul Philippe Ariès ve svém díle *Dějiny smrti*. Popsal v dějinách západních zemí etapy, kdy se každá z nich vyznačuje svým charakteristickým pohledem na smrt.

- *Smrt ochočená*: tento přístup ke smrti setrval ve společnosti od 5. až do začátku 18. století. Je charakteristický především pro jednoduchá tradiční společenství. Tehdy byla smrt člověku důvěrně známá, tudíž člověk věděl, jak s ní zacházet a přijímat ji jako nedílnou součást života. Pro toto období je typická ritualizace smrti – smrt byla provázena rituály jako i ostatní důležité události života. Díky tomu lidé věděli, jak se k umírání i smrti postavit a tolik se jí nebáli. V důsledku blízkého vztahu ke smrti lidé věřili v posmrtný život, na který nahlíželi jako na odpočinek či spánek.
- *Smrt sebe sama*: pro tento model je typický příklon k individualitě – člověk již nechce být součástí kolektivního osudu, je více nakloněn k životu a smrti se bojí. Tyto sklony lze zaznamenat už od 11. století a setrávají až do 17. století. V tomto období vznikly také závěti, ve kterých umírající ponechávali svým nejbližším instrukce, jak se mají po smrti postarat o jejich tělo. Pro tento model je charakteristická také změna názorů na posmrtný život a menší úcta k tělu zemřelého, kdy se chudobní lidé pohřbívali v hromadných hrobech, nebo dokonce vůbec.
- *Smrt vzdálená i blízká*: tento postoj se začíná formovat na počátku 17. století. Ariès tuto dobu popisuje jako postupné „zdivočování“ smrti. Lidé v novověku začínají cítit k vlastní smrti určitou rezervovanost a smrt postupně nahrazuje smrtelnost. Toto zamě-

ření na smrt se rozkládá do celého trvání lidského života a obavy ze smrti ztrácí všechnu svou intenzitu a působivost.

- *Smrt blízkých*: 18. a 19. století bylo typické pro období válek, v důsledku čehož se člověk soustředil především na ztrátu svých blízkých, která vyvolávala nesnesitelnou ztrátu a krizi. V této době vznikalo náhrobní umění a zalesněné přírodní hřbitovy, kde se lidé hojně scházeli. Strach ze smrti na okamžik začal ustupovat a člověk ji začal oslavovat jako krásnou a očekávanou chvíli. Toto období Ariès nazval jako „doba krásných smrtí“.
- *Smrt převrácená*: změny, které se udály ve společnosti během 20. století, oddělily veřejnou a soukromou sféru a předešlou „krásnou smrt“ tak převrátily. Ariès tuto změnu vysvětluje tak, že na začátku 20. století (ještě než vypukla první světová válka) se smrt člověka dotýkala celé komunity a změnila tak na nějakou dobu prožívání, prostor i čas celé sociální skupiny. Postupně se ale začal objevovat jiný přístup ke smrti, kdy smrt jedince již nenarušovala běh společnosti a komunitu obvykle příliš neovlivnila. Důsledkem této radikální změny byla především vysoká úmrtnost během druhé světové války, jelikož smrt se většinou udála mimo komunitu. Smrt tedy začala být vnímána jako něco, co by mělo být z všedního života společnosti odsunuto.

(Ariès in Špatenková, 2014, s. 24 – 26)

1.2.2 Umírání a smrt v minulosti

Dle Haškovcové (2007, s. 24) bylo v minulosti v určitém slova smyslu více samozřejmé zemřít, než žít. Z generace na generaci byl člověk srozuměn se smrtí a během svého života se učil umírat už tím, když se stal svědkem smrti v jeho okolí, nebo když pomáhal tomu, jehož poslední hodiny právě nastaly. Smrt byla viditelná, neboť byla obvyklou součástí lidských životů.

Ve své knize „*O smrti a umírání*“ (1992, s. 5) Kübler-Ross uvádí příklad ze svého mládí, který nastiňuje, jak asi v některých případech mohlo umírání vypadat dříve. Vzpomíná na smrt farmáře, kterého znala, ještě když byla sama malé dítě. Spadl na něj strom a bylo zřejmé, že svým zraněním brzy podlehne. Jeho jediným přáním bylo zemřít doma. Zavolal si tedy jednu po druhé ke své posteli každou z jeho dcer, a s každou z nich strávil o samotě alespoň pár minut. I přes jeho bolesti si utřídil všechny záležitosti a také majetek a povinnosti, které rozdělil mezi své dcery. Jeho rodina požádala blízké přátele, aby ho navštívili a rozloučili se s ním. Když farmář zemřel, až do jeho pohřbu zůstal ve svém domě, který

kdysi sám postavil. Naposledy se na něj přišli podívat jeho přátelé a sousedé, jak leží zasypan květinami, tam, kde strávil svůj život a kde se cítil doma.

Ovšem toto se nedá zobecnit, jelikož nejde říci, že by každý domácí model umírání byl takto idylický a samozřejmý. Mnoho umírajících rodinu nemělo vůbec, nebo vztahy v ní byly spíše problémové. Lékař se také vždy nemohl účastnit procesu umírání, jednak kvůli tomu, že lékařů bylo málo a rodiny neměly dostatek financí, aby lékaři za ošetření zaplatily. Velkou roli sehrála i skutečnost, že lékařům bylo již od Hippokratových dob doporučováno, aby se od domu, kde již umírajícímu nemohou nijak pomoci, spíše vzdalovali. (Haškovcová, 2007, s. 27)

Haškovcová (2007, s. 28) dále uvádí, že i přesto má vyzdvihování domácího modelu umírání zajisté svůj důvod. Ten, kdo měl rodinu, neumíral opuštěný. Členové rodiny si běžně a se zřetelem na tradici rozdělili pečovatelské role. Důležitou roli hráli také kněží, osobní víra a často i sousedé, kteří umírajícímu poskytovali v této těžké životní situaci psychickou podporu. I sám umírající byl srozuměn se svou rolí. Důvodem, proč dnes umírající i jeho rodina s určitou nostalgií vzpomíná na domácí model umírání a přehlíží jeho mnohá negativa, je především to, že dnes často chybí psychická podpora a pomoc, jaká se lidem dostávala dříve. Nelze pochybovat nad tím, že čím méně byla dostupná odborná pomoc, tím více byla naopak péče zastoupena láskou a vlídností. Každý člen rodiny se během svého života se smrtí setkal, výjimkou nebyl ani pohled na mrtvé tělo, případně i péče o něj. Oproti situaci dnes, je tedy zřejmé, že byl každý seznámen s tím, jak smrt a umírání vypadá zblízka.

1.2.3 Umírání a smrt v současnosti

Dle Zelenkové (2015, s. 164) se dá dnes však říci, že pacienti spoléhají převážně na lékaře a předávají jim všechnu odpovědnost za svůj život. Jsou tací, kteří v nich shledávají i určitou záruku proti smrti, nebo minimálně doufají, že jednou se jim dostane bezbolestného umírání, jelikož si přece platí pojištění. Brání se svými právy a často je tento způsob až arogantní či drzý. Avšak prosazování těchto domnělých práv vůči své smrti, vypovídá především o velkém strachu z ní.

Tyto současné postoje ke smrti a způsobu umírání má za následek především institucionalizace smrti, která se začala projevovat ve 20. a 21. století. Tento pojem lze vysvětlit jako přesunutí smrti do takových institucí, jako jsou např. nemocnice nebo hospice. S tím úzce

souvisí také pojem medikalizace smrti, což znamená, že smrt už není přirozenou záležitostí, jakou bývala dříve, ale stala se z ní převážně lékařská a medicínská záležitost. K umírání tak dochází především pod lékařským dozorem a často bývá spojeno s užíváním mnoha léků, tudíž se stává v podstatě cíleným a kontrolovaným procesem. Léky jsou v podstatě pohodlná možnost, jakou lze člověka, který umírá zklidnit a utišit, a smrt tak částečně skrýt. V důsledku přesunutí smrti a umírání do institucí se člověk na sklonku svého života stává v podstatě objektem v rukou cizích lidí, kteří se snaží „léčit“ ho do doby, kdy i přes jejich snahu zemře. S tím souvisí také to, že komunita, která hrála velkou roli v procesu umírání dříve, je tak odsunuta do pozadí. Umírání a smrt jsou tak sdíleny pouze úzkou rodinou, která svůj zármutek spíše skrývá. (Špatenková, 2014, s. 27, 28)

Dle Kübler-Ross (1992, s. 11, 12) samota a neosobní zacházení s umírajícím člověkem začíná už tím, když je nemocný odtržen ze svého domácího prostředí a přepravován do nemocnice. Uvádí, že ve velkém množství případů je už právě transport z domova do nemocnice první fází umírání. Následně tento jedinec čím dál více ztrácí svou osobnost a začíná se s ním jednat spíše jako s předmětem, neboť lékaři už příliš neberou ohledy na jeho přání. Jedním z těchto přání bývá především klid a zachování své důstojnosti, místo toho jsou nemocnému však podávány infúze, transfúze nebo cokoliv, co se zdá z lékařského hlediska momentálně nezbytné. Většinou se nenajde jediný člověk, co by mu věnoval chvíli svého času, lidský pohled a zodpověděl mu otázky, které ho trápí. Stará se o něj mnoho lékařů a sester, ale ti všichni především o jeho srdce, frekvenci tepu apod., jen ne o jeho osobnost. Elisabeth Kübler-Ross si ve svém díle „*Hovory s umírajícími*“ (1992) pokládá mnoho otázek a hledá příčiny, proč k tomuto jednání tak často dochází. Jednou z nich je podle ní možná právě naše vlastní obranné jednání, neboť toto všechno nám připomíná vlastní bezmocnost a hranice, naši vlastní smrtelnost. Ovšem potřeby umírajících pacientů se však za celá staletí nijak nezměnily a měli bychom na ně brát ohled, jelikož nejvíce trpí právě pacient, a to především citově.

Dříve bývalo spíše běžné, že pacient mohl zemřít v klidu a úctě. Oproti tomu současná institucionalizace smrti udělala z umírání něco krutého, osamělého a tak zmechanizovaného, že někdy se pozůstalým ani nedostane spolehlivá informace o tom, kdy přesně k úmrtí došlo. (Kübler-Ross, 1992, s. 11)

1.3 Pojetí smrti a umírání v sociologii

Smrt jako téma sociologie je poněkud neobvyklé a v odborné sociologické literatuře bývá zmiňováno spíše okrajově. Vzhledem k medikalizaci smrti lze jistě na umírání a smrt nahlížet více jako na záležitost medicíny, než sociologie, ovšem i se sociologií konečnost lidského života souvisí. Bezpochyby právě smrt má a vždy měla společenský význam a lze ji pokládat také za určitý sociální proces.

Nejčastěji bývá sociologie definována jako nauka o společnosti. Např. Giddens (2013, s. 25) definuje sociologii jako vědecké studium lidského života, sociálních skupin, celých společností i lidského světa jako takového. Uvádí, že předmětem sociologie je právě naše vlastní chování.

Smrt nezbytně patří k životu jedince i společnosti. V odborné literatuře se v poslední době objevují náznaky, že již není tak tabuizovaná, jako bývala, že se s ní společnost učí zase zacházet a přijímat ji jako součást života. Thanatosociologie – hraniční disciplína mezi sociologií a thanatologií, se tedy zabývá právě tím, jak je smrt ve společnosti vnímána. (Špatenková, 2014, s. 22). Giddens (2013, s. 298) však dále zmiňuje, že sociologické výzkumy se začaly věnovat lidské zkušenosti se smrtí a umíráním teprve nedávno. Lidé sice umírají, ale rozvoj společnosti je nekonečný proces, a sociologie se zabývá především společností, než smrtí jedince. A právě to je jeden z důvodů, proč se dostatečná pozornost tomuto tématu nedostávala již dříve.

Od 90. let 20. století už se smrti a umírání začalo dostávat větší pozornosti a začal se rozvíjet nový výzkumný obor týkající se sociologie smrti, umírání a ztráty blízkých. Jedním z jeho zakladatelů se stal Tony Walter, jehož výzkumy se zaměřovaly např. na otázky, jak společnosti přistupují ke smrti a umírání, jak se jednotlivé společnosti starají o stovky tisíc umírajících, či jakou podporu následně dokážou nabídnout tolika pozůstalým. Odpovědi na tyto otázky se nedají zobecnit a jsou velice různorodé, jelikož závěry musí brát v potaz kulturní rozdíly. Ovšem v moderních industriálních společnostech lze najít jeden typický společný rys – umírání probíhá většinou v nemocnici či jiné podobné instituci, tedy v podstatě se stává velmi neosobním. Nicméně změna nastává v 60. letech, kdy se začíná dostávat do popředí hospicové hnutí, které má za cíl dlouhodobě nemocným lidem poskytnout alternativu právě k výše uvedenému neosobnímu přístupu v nemocnici. První hospic založila v roce 1967 v Londýně Cicely Saunders. Koncept smrti a ztráty blízkých se nejspíš začal měnit i v tom smyslu, že postoj ke smrti a umírání se stal méně formálním. Na-

příklad je dnes stále častější, že lidé svůj pohřeb nebo pohřeb svých blízkých personalizují. Což znamená, že místo tradičního církevního obřadu si přejí populární hudbu, či se sami ujmou smutečního proslovu, nechtějí pohřeb v černém oblečení apod. Od 80. let 20. století se mimo jiné lidé v rozvinutých společnostech snaží najít nové smuteční rituály, namísto starších a formálnějších náboženských obřadů. Tento vývoj možná nasvědčuje tomu, že společnost se snaží hledat nové rituály, které budou vyhovovat jejich individuálním potřebám. Je tedy možné, že smrt a umírání ve společenských debatách začínají vystupovat do popředí. (Giddens, 2013, s. 298 – 301)

2 PROBLEMATIKA SMRTI A UMÍRÁNÍ

V dobách, kdy patřil člověk do kmene, lovecké skupiny či rodiny, pro něj bývala smrt jednodušší a tím zároveň i přístup k vlastní smrti. Velkou roli v jeho životě měla víra a byl více součástí celku, oproti tomu dnes je člověk více individualistou. V porovnání s jinými živočichy, jsme si my lidé, svého zániku vědomi. Uvědomění si konečnosti našeho života je asi naším základním znakem. Dá se říci, že právě díky tomuto vědomí smrti se od ostatních živočichů odlišujeme. (Šiklová, 2013, s. 11)

2.1 Tabuizace smrti

V dnešní době je pro člověka mluvit o smrti nevhodné a důvodem je právě velký strach z ní. To o čem se nemluví, často vzbuzuje respekt, což je v pořádku, na rozdíl od strachu, který už v pořádku není. Tato nevyslovená hrůza se však přesouvá z generace na generaci. Důvodem, proč se o smrti příliš nemluví, je také to, že lidé strachem z ní nechtějí obtěžovat ostatní. Tudiž se ze smrti stalo jedno velké tabu – byla vytěsněna ze společnosti. Výjimkou nejsou ani lékaři a zdravotní sestry. Jsou to sice profesionálové, ale i ti mají strach ze smrti. Tudiž udělají jen to nejnnutnější a raději se od umírajícího vzdalují. (Zelenková, 2015, s. 19, 29)

Kübler-Ross (1992, s. 10) zmiňuje, že především děti jsou od záležitostí týkající se smrti drženy dál, neboť se jejich rodiče či blízcí obávají, že by to pro ně bylo „příliš“. Neví jak s nimi o smrti mluvit, jak zodpovědět jejich otázky způsobem, který by jim co nejméně ublížil. A tak jsou jim do hlavy vtlačovány věty typu: „Maminka musela odjet na dlouhou cestu.“ Dítě ovšem cítí, že něco není v pořádku, a když se do toho ze stran jeho blízkých přidávají další a další lži, ztrácí pak k dospělým důvěru.

Dále Kübler-Ross (1992, s. 8) také uvádí, že náš strach ze smrti je dán tím, že v nitru svého srdce, v jakémsi podvědomí, věříme tomu, že nás samotných se smrt netýká. Aniž si to uvědomujeme, bráníme se představám o tom, že by náš život mohl někdy skončit.

2.2 Vliv náboženství na způsob vnímání smrti a umírání

Význam, jaký lidé smrti přiřkládají, může být různý, jelikož z velké části to souvisí s přesvědčením, co po smrti následuje. Důležitou roli při utváření těchto představ hraje zejména náboženství, které utváří smysl smrti a mnohdy jí přiřkládá určitý význam. Vý-

sledky výzkumu, které vypovídají právě o vlivu náboženství na způsob vnímání smrti a umírání prezentuje Olga Nešporová ve své knize *„O smrti a pohřbívání“* (2013, s. 47).

Pojetí smrti očima věřících

Význam přikládáný smrti nemusí být u všech věřících jedné náboženské skupiny stejný, ovšem Nešporová (2013, s. 48) uvádí, že se v české společnosti mezi věřícími setkala s několika podobnými základními významy, které smrti přikládali. Nejčastěji se o smrti zmiňovali jako o přechodu, součásti života, nejdůležitějším okamžiku života a v neposlední řadě, že smrt se týká pouze těla. Ovšem nejčastěji byla smrt očima věřících prezentována jako přechod nebo předěl. Jeden z informátorů ji např. popsal takto: *„Smrt jako taková je pouze okamžik, předěl, přechod z jedné existence bytí do jiné existence bytí.“* Vnímání smrti v očích věřících především jako přechodu, s sebou nese důležitou vlastnost: smrt pro ně neznamena definitivní konec, ale připouští si možnost, že po smrti může následovat ještě něco dalšího.

Pojetí smrti očima nevěřících

Nejvýznamnější rys, který Nešporová (2013, s. 53) v rozhovorech s nevěřícími zaznamenala, byl ten, že smrt je v jejich pojetí chápána především jako „přirozená součást života“. Tyto rozhovory ukázaly, že nevěřící, v porovnání s věřícími, smrti často žádný konkrétní význam nepřikládají. Zřejmě se smrt nesnaží nějak si vysvětlit, až to vypadá, jako by ji z vlastních myšlenek vytěsňovali a vůbec se jí nezabývali. Odpovědi často zněly, že ve smrti nevidí žádný význam, nebo neví, jaký význam by mít měla. Lze tedy říci, že smrt vnímají především jako přirozený stav, kterému je nemožné se vyhnout. Dokonce i informátorka pracující jako zdravotní sestra na jednotce intenzivní péče (tudíž se se smrtí setkávala velmi často), dokázala o smrti říci jen toto obecné klišé: *„Smrt patří k životu, čeká každého z nás.“*

2.3 Eutanazie

V souvislosti s úvahami o smrti a umírání se nelze vyhnout problematice a otázkám eutanazie, která má jak mnoho zastánců, tak i důsledných odpůrců. Téma týkající se možnosti naložit s vlastním životem podle svého uvážení a rozhodnutí je v ostrém kontrastu s filozoficky-náboženskými principy a také zásadami mnoha filozofických, duchovních a náboženských směrů světa. Diskuse kolem eutanazie ovšem přináší mnohem více otázek

než odpovědí. Mělo by se však mluvit o všech souvislostech, zvážit dopad různých názorů a zejména hledat možnosti, jak duševně a fyzicky trpícím ulevit. (Ptáček, Bartůněk, 2012, s. 19, 20)

2.3.1 Základní terminologie

Kořeny pojmu eutanazie lze nalézt již v řeckém slově „euthanasia“. Což v překladu znamenalo dobrou či krásnou smrt. Ovšem naproti tomuto původnímu pojetí se její význam zásadně změnil. Dnes eutanazie znamená především jednání ze strany lékaře, které má mít za následek uspišit smrt druhého člověka. Pojem eutanazie se však dnes používá v mnoha významech. (Loučka, 2015, s. 9, 15)

Aktivní eutanazie – Světová zdravotnická organizace definuje eutanazii takto: *„Eutanazie je vědomé a úmyslné provedení činu s jasným záměrem ukončit život jiného člověka za následujících podmínek: subjektem je kompetentní informovaná osoba s nevléčitelnou chorobou, která dobrovolně požádala, aby její život byl ukončen. Jednající ví o stavu této osoby a o jejím přání zemřít a páchá tento skutek s prvořadým úmyslem ukončit život této osoby a skutek je proveden se soucitem a bez osobního zisku.“* (WHO in Ptáček, Bartůněk, 2012, s. 17)

Pasivní eutanazie – přerušení léčby, nebo odeřnění dalších léčebných metod, které již nemocnému nepřinášejí prospěch ve smyslu zlepšení jeho zdravotního stavu nebo kvality života. (Haškovcová, 2007, s. 120)

Nevyžádaná eutanazie – je taková forma aktivní eutanazie, kdy už pacient není schopen sám požádat o „urychlení smrti“ platným způsobem. Je však možné předpokládat, že kdyby toho byl schopen, s eutanazií by souhlasil. V podstatě se tedy jedná o eutanazii chtěnou. (Haškovcová, 2007, s. 120)

Asistovaná sebevražda – zvláštní forma eutanazie, kdy si pacient přeje zemřít, protože jeho nemoc již nelze vyléčit, trpí velkými bolestmi a nemoc má neblahou prognózu. Požádá tedy lékaře o pomoc, radu či prostředek, jak urychlit svůj odchod ze života. Pacientův život však neukončí lékař, nýbrž sám pacient za asistence lékaře. (Haškovcová, 2007, s. 122)

Dříve vyslovené přání – oficiální dokument, ve kterém pacient předem formuluje svá přání týkající se zdravotní péče, kterou si přeje či nepřeje dostávat v situacích, kdy už by nebyl schopen či neměl možnost vyjádřit se sám za sebe (např. pokud by byl v kómatu). Ten-

to dokument může být tedy vodítkem pro lékaře i rodinu v situacích, kdy není zcela jasné, zda by si pacient přál odpojení od přístrojů či nikoliv. (Loučka, 2015, s. 18)

2.3.2 Eutanazie v České republice

K častým diskusím ohledně eutanazie v naší zemi docházelo především po roce 1989, kdy toto téma nabývalo na intenzitě nejvíce, když se bývalý ministr spravedlnosti J. Novák snažil prosadit, aby se u nás převzal holandský model. Veřejnost byla seznámena s návrhy ministra spravedlnosti v mnoha verzích a k problému se vyjádřila Česká lékařská komora i církev. (Haškovcová in Ulrichová, 2009, s. 90). V České republice je eutanazie i asistovaná sebevražda zakázána. V případě jejího provedení by byla kvalifikována jako trestný čin. V duchu tohoto zákona se vyjadřuje také Etický kodex České lékařské komory. (Haškovcová, 2007, s. 132)

2.3.3 Eutanazie ve světě

Během posledních dvaceti let byla eutanazie nebo asistovaná sebevražda legalizována v mnoha zemích. V řadě dalších zemí zatím podobné zákony přijaty nebyly, ale ze strany zákonodárců byly hojně diskutovány. Je tedy zřejmé, že je toto téma aktuální. (Loučka, 2015, s. 21)

Aktivní eutanazie - v současné době je aktivní eutanazie legální v Nizozemí, Lucembursku, Belgii a Kolumbii. Avšak nadále je i zde považována za trestný čin, výjimku tvoří ukončení života druhého člověka lékařem pouze za určitých podmínek. V Nizozemí jsou například platné tyto podmínky:

- utrpení pacienta je nesnesitelné a bez naděje na zlepšení
- pacient o eutanazii žádá dobrovolně a opakovaně
- svého zdravotního stavu a možností léčby si je pacient plně vědom
- kromě ošetřujícího lékaře musí být splnění výše uvedených podmínek potvrzeno jedním nezávislým lékařem
- usmrcení pacienta musí být provedeno podle odborného postupu a za přítomnosti lékaře

- každá provedená eutanazie musí být předána zvláštní komisi, která případ schválí jako odpovídající platné legislativě, nebo jej předá k trestnímu stíhání, pokud shledá nějaké pochybení či neoprávněné provedení zákroku

(Loučka, 2015, s. 21)

Dále Loučka (2015, s. 21) zmiňuje, že pacient se musí nacházet v terminální fázi nemoci. Také není podmínkou, aby pacient trpěl fyzickými bolestmi, toto utrpení může být pouze psychické povahy. Po konzultaci s rodiči je také možné vyhovět přání nezletilých pacientů starších šestnácti let a u pacientů mezi dvanácti a šestnácti lety je nutný souhlas rodičů.

Asistovaná sebevražda - tato forma eutanazie je legální v několika státech USA: Oregonu, Washingtonu, Vermontu a Kalifornii. Od roku 1942 je tolerována ve Švýcarsku, jež je jedinou zemí, kde je provedení asistované sebevraždy umožněno i pacientům jiného občanství, kteří do Švýcarska přicestovali právě za tímto účelem. Od roku 2016 je asistovaná sebevražda legální také v Kanadě. (Loučka, 2015, s. 22)

Mezi evropskou a americkou legislativou můžeme tedy v otázkách eutanazie najít zásadní rozdíly. Zákony v Nizozemí a v Belgii umožňují provedení eutanazie i u pacientů, kteří netrpí smrtelnou nemocí, ale čelí duševnímu utrpení. Za určitých podmínek zákony umožňují eutanazii také u dětí. Oproti tomu americké zákony jsou o něco přísnější, na rozdíl od evropských norem umožňují provedení asistované sebevraždy pouze u dospělých osob s nevléčitelnou nemocí, u nichž lékař předpokládá délku dožití maximálně šesti měsíců.

2.3.4 Eutanazie ANO či NE?

Zastánci jednoznačného ANO poukazují zejména na humanitu a zastávají názor, že pouze eutanazie je ochráněním před bolestivým a krutým umíráním. Také věří, že člověk, který trpí, je schopen svou situaci posoudit odpovědně, že vůle zemřít je jeho právo. Pro eutanazii se jednoznačně vyjadřují také lidé, kteří jsou zdraví, kteří se ještě nesetkali s nemocí či bolestí člena rodiny. Avšak často svůj postoj radikálně změní, když se jim, nebo někomu blízkému dny života začnou krátit. Každý den je pak velmi drahý a každá, i když třeba jen minimální naděje na zlepšení vítána. Naproti tomu jsou zde také ti, kteří se již svědky bolestného umírání svých blízkých stali. Tato zkušenost je natolik ovlivnila, že eutanazii často pokládají za nejlepší možné a „odborné“ řešení. (Haškovcová, 2007, s. 157)

Jasně NE lze odvodit především na základě této námitky: I přesto, že je člověk nevléčitelně nemocný a jeho nemoc je považována za smrtelnou, může dojít k překvapivému zvrá-

tu. Ti z lékařů, kteří se již s něčím podobným setkali, budou v posuzování případné eutanazie velmi opatrní. Především každý lékař život svého pacienta chrání. Najde se tedy mnoho takových, pro něž je jen pouhá myšlenka na eutanazii prohřeškem proti základnímu určení jeho profese a stejně tak i proti etice. (Haškovcová, 2007, s. 158)

Zaujmout na eutanazii jednoznačný názor je však složité, protože etická stránka této problematiky může být různá. Z jedné strany je tady názor, že život člověka by měl být nedotknutelný za všech okolností a nikdo by neměl mít právo pomáhat k jeho ukončení, a to ani na prosbu nevléčitelně nemocného pacienta. Na straně druhé je zastáváno stanovisko, že v případě nevléčitelné nemoci a bez naděje na zlepšení zdravotního stavu, by se toto utrpení nemělo za každou cenu prodlužovat a pokud sám pacient o eutanazii žádá, je zcela na místě mu ji umožnit, ovšem za stanovených přísných a jasných právních kritérií. Můžeme tedy očekávat, že diskuse na téma eutanazie budou nadále pokračovat a tyto dva protichůdné etické názory se budou neustále střetávat. (Ptáček, Bartůněk, 2012, s. 136)

2.4 Komunikace na téma smrti s dětmi

Rozhovory o smrti a umírání jsou v naší společnosti neobvyklé. Přirozenou komunikaci na toto téma nám znemožňují především naše vlastní obavy, rozpaky a také neznalost. Situace je však ještě komplikovanější, pokud má být členem rozhovoru dítě. Myslíme si, že rozhovory na téma smrti a umírání jsou pro děti zraňující stejně, jako pro nás dospělé. V důsledku toho se děti před těmito bolestivými zážitky a informacemi snažíme chránit, ovšem naše přesvědčení, že čím méně dítě ví, tím klidnější bude, bohužel neplatí. (Démuthová, 2015, s. 10). Smrt těžko chápeme i my dospělí, natož děti. Ztráta blízkého člověka však děti zasahuje více, než si vůbec myslíme.

Život dítěte je naprosto závislý na rodičích a jiných příbuzných. Nečekaná tragédie jako je smrt někoho blízkého je učiní cítit se naprosto bezbrannými. Je však velmi důležité nechat děti plakat. Nutit je, aby své pocity potlačovaly, by jim v tomto procesu vůbec nepomohlo. Velkou výchovnou chybou je říct dítěti v jakémkoliv věku: „Velké děti nepláčou.“ Jestliže dítě plakat potřebuje, tak čím dříve to udělá a čím méně zábran mít bude, bude to pro něj lepší. (Badenas, 2016, s. 207)

Linda Goldman je zkušená poradkyně a terapeutka. Ve své terapeutické praxi pomáhá dětem, kterým zemřel někdo blízký, dětem s nevléčitelnou nemocí a také dětem, které téma smrti a umírání trápí. Dle Goldman (2015, s. 10), která usuzuje z vlastních zkušeností

s prací s těmito dětmi, děti takový citlivý rozhovor zvládnou. Naopak je pro ně mnohem těžší, pokud se cítí odříznuté, nebo mají pocit, že jim okolí lže.

2.4.1 Chápání smrti v různých fázích dětského vývoje

Ve své praxi Goldman (2015, s. 7, 8) zjistila, že děti truchlí různě, v závislosti na tom, v jaké fázi svého vývoje se nachází. Co se týče raného dětství, většinou se spokojí s jednodušší definicí a vysvětlením. Pokud je odpověď příliš dlouhá, nebo obsahuje až moc informací, dítě může při rozhovoru ztratit pozornost. V raném dětství děti vnímají smrt jako něco, co je možné ještě zvrátit. Často také věří, že smrt jejich blízkého a milovaného člověka způsobily ony samy. O skutečnosti okolo smrti a umírání se děti více zajímají, spíše až trochu povyrostou. K událostem okolo úmrtí svého blízkého člověka se mohou vracet s novým zájmem a zvědavostí ve věku osmi, devíti a deseti let. V předpubertálním věku a zejména v období dospívání je nejsilnější potřeba hledat odpovědi na tyto otázky především u svých vrstevníků. Velmi často si chlapci i děvčata právě v tomto věku uvědomí konečnost života, a že smrt je nezvratnou událostí.

2.4.2 Jak dětem pomoci rozloučit se

Badenas (2016, s. 208) zmiňuje, že dle odborníků by se děti od čtyř let měly účastnit pohřbů blízkých lidí a ještě lépe pro dítě, pokud může na hrob přinést také nějaké květiny. Dětskou přirozeností je zvědavost – dítě tedy potřebuje vědět přesně, co se s jejich blízkým člověkem, například s dědečkem, stalo. Pokud mu vysvětlíme a ujistíme jej, že odpočívá na hřbitově, mnohem lépe se s touto tragédií vyrovná, než kdyby se mělo trápit tím, kam dědeček zmizel a kdy se vrátí. Tak jak se děti ptají, pomalu a postupně, tak bychom jim měli také odpovídat na to, co je trápí. Je nezbytné jim pomoci rozloučit se s člověkem, který zemřel – učít je vážit si jeho památky a vyrovnat se s životem bez něj. To nejlepší, co můžeme udělat pro psychické a emocionální uzdravení dětí, je přijmout realitu smrti společně s nimi, bez toho, aniž bychom ji před nimi nějak potlačovali. Děti potřebují cítit, že způsob, jakým projevují lásku k člověku, který nás opustil, bereme na stejnou váhu, jako projevy nás dospělých. Například dát dětem možnost o této události něco říct, nakreslit nebo napsat je výborný terapeutický princip. Na památku blízkého člověka mohou také pomoci zasadit třeba strom či květiny, které jim budou připomínat, že i když už člověk jim blízký není s nimi, stále si na něj chtějí pamatovat.

„Jak nezapomenout? Když ti někdo blízký umře, neztratíš ho úplně – máš vzpomínky. V nich vlastně zůstává s tebou dál. A je mnoho, mnoho způsobů, jak vzpomínat. Nemůžeš ale vzpomínat pořád. Někdy budeš mít plnou hlavu hraní, kamarádů, učení. Neznamená to, že jsi zapomněl na toho, koho jsi měl rád; jenom teď děláš něco jiného. Žiješ dál svůj život, a to je dobře!“ (Brown, 2010, s. 30)

Pokud chceme procesu truchlení u dítěte porozumět, dle Goldman (2015, s. 81, 82) základem úspěchu je dodat mu odvalu pokládat otázky na téma smrti. Dospělí dávají dětem až velmi často signály, že o svém blízkém člověku nemají mluvit, dávat příliš najevo svůj zármutek, nebo se ptát. Dnes je ale velmi důležité děti k těmto rozhovorům přizvat, v podstatě je to naše povinnost. Neboť potlačování pocitů okolo smrti blízkého člověka by mohlo mít za následek nízkou sebeúctu či depresi, případně také vztek a destruktivní chování. Komunikovat na citlivé téma smrti musíme však dětem pomoci my dospělí. Pokud může dítě své myšlenky a pocity sdílet otevřeně, usnadní mu to svobodný projev a také umožní, aby proces truchlení proběhl přirozeně.

3 PALIATIVNÍ PÉČE

Paliativní péče vždy byla důležitou součástí lékařské a sociální péče. Více či méně totiž medicína odjakživa reflektovala, že možnosti nemocné vyléčit nebo alespoň jejich život prodloužit jsou ohraničené. Zároveň však také medicína chápala, že neméně důležitou částí lékařské péče je mírnit bolest a jinou formu utrpení a v tomto utrpení nemocnému poskytovat úlevu. Jak říká staré přísloví: lékař může vyléčit málokdy, léčit někdy, pomoci však vždy. (Loučka, 2015, s. 39)

3.1 Paliativní péče a její poslání

V literatuře lze najít mnoho definic paliativní péče, všem je však společný důraz na kvalitu života, řešení obtížných symptomů a specifikace skupiny pacientů, kteří jsou příjemci péče.

„Paliativní medicína je celková léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kura- tivní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní medicíny je dosa- žení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin.“ (WHO in Marková, 2010, s. 19)

Cílem paliativní péče je terminálně nemocným pacientům zajistit až do smrti co nejlepší kvalitu života. Důležitou zásadou paliativní péče je, že léčba, která se snaží život pacienta prodloužit, by mu neměla přinášet více utrpení než prospěchu. Pokud se léčba zdá jako zbytečná, pacient by ji neměl vůbec podstupovat a lékař by ji neměl ani indikovat. To, zda je tato léčba zbytečná či nikoliv, musí být však posuzováno přísně individuálně a specificky pro každého jednotlivého pacienta. (Goldmann, Cichá, 2004, s. 74)

3.2 Rozdělení paliativní péče

Paliativní péče byla rozdělena podle míry její komplexnosti Výborem ministrů Rady Evropy. Členské státy Evropské unie jsou vyzývány k tomu, aby všechna zařízení byla schopna poskytovat obecnou paliativní péči a aby byla zřizována zařízení specializované paliativní péče. (Marková, 2010, s. 20)

Obecná paliativní péče

Tato forma paliativní péče by měla být poskytována každým zdravotnickým zařízením v rámci své specializace. Měla by včasně vyhodnocovat pacientův stav, zhodnotit přínos další léčby a také sledovat, porozumět a poskytnout takovou léčbu a péči, jaká je pro kvalitu pacientova života důležitá. Důraz je kladen především na respekt k pacientovi, léčbu bolesti a jiných symptomů, podporu rodiny a doporučení k dalším odborníkům. (Marková, 2010, s. 20)

Specializovaná paliativní péče

Specializovaná zařízení paliativní péče se této péči věnují jako své hlavní činnosti a vyškolený personál s vyšší profesní kvalifikací a více zaměstnanců v poměru k počtu pacientů je nezbytný. Služby v těchto zařízeních by měly být schopny pacientovi poskytnout podporu ať už je doma, v nemocnici, v rezidenčním zařízení, v pečovatelském domě, v denním stacionáři, v ambulanci péči nebo na specializovaném oddělení paliativní péče. Tato specializovaná zařízení paliativní péče jsou také velmi důležitá, co se týče podpory ostatních zdravotníků při poskytování paliativní péče v nemocnicích či jinde. Všichni tito zdravotníci by v případě potřeby měli mít možnost konzultací a podporu specializovaných poskytovatelů paliativní péče.

Mezi zařízení specializované paliativní péče patří:

- oddělení paliativní péče,
- domácí hospice – mobilní paliativní péče,
- lůžkové hospice,
- konziliární týmy paliativní péče,
- ambulance paliativní péče,
- denní stacionáře,
- zvláštní zařízení paliativní péče (např. poradny, tísňové linky, půjčovny pomůcek)

(Marková, 2010, s. 21)

3.3 Místa poskytování paliativní péče

3.3.1 Paliativní péče doma

Z psychického a sociálního hlediska je domácí paliativní péče tou nejlepší možností pro většinu pacientů, což potvrzují také výzkumy věnující se smrti a umírání – zemřít doma většina respondentů pokládá za představu dobré smrti. Domácí paliativní péče však musí splňovat tyto podmínky: alespoň jeden člen z rodiny musí být schopný o nemocného pečovat v rámci celého dne a nemocný musí dát k této formě péče svůj souhlas. K dispozici musí být také tým odborníků, který je schopen kdykoliv během všech sedmi dní v týdnu a v kteroukoliv hodinu řešit náhlé komplikace pacientova zdravotního stavu. Stejně tak musí být nápomocen také rodině, která vzhledem k emočně vypjatým situacím může potřebovat podporu. Problémem však zůstává, že úroveň znalostí praktických lékařů o léčbě bolesti v terminálním stadiu nemoci není v naší zemi příliš dobrá, a také není dostatečně pokryta potřeba agentur poskytující domácí ošetrovatelskou péči. V důsledku toho se bohužel často stane, že i když se rodina na základě pacientova přání snaží postarat se o něj doma, při náhlých komplikacích je pacient stejně převezen do nemocnice, kde umírá. (Marková, 2010, s. 21, 22)

Domácí hospic

Nejrozšířenější forma poskytované specializované paliativní péče ve světě. Zahrnuje péči multidisciplinárních týmů, jejichž členové (lékaři, zdravotní sestry, sociální a pastorační pracovníci, psychologové a dobrovolníci) poskytují rodinám, které pečují o umírajícího člena rodiny doma všestrannou péči. V domácím prostředí jsou tyto týmy způsobilé vyřešit jakékoliv možné situace, jež se pojí s koncem pacientova života tak, aby jeho přání zemřít doma mohlo být naplněno s vysokým standardem medicínské i ošetrovatelské péče. Součástí praxe těchto týmů je také podpora rodiny nemocného v době jeho nemoci a také následná podpora v době truchlení. (Marková, 2010, s. 23)

Další formy domácí paliativní péče

Marková (2010, s. 23) však dále uvádí, že bychom neměli zapomínat, že pro mnoho starých pacientů je domov v různých typech sociálních zařízení – v domech s pečovatelskou službou, v domovech pro seniory, v penzionech. Na základě dobrého fungování paliativní péče by měli mít možnost do konce života zůstat ve svém prostředí i tito obyvatelé, namís-

to toho, aby se na jejich poslední dny museli stěhovat do cizího prostředí a mezi neznámý personál.

3.3.2 Paliativní péče v nemocnici

I přesto, že na základě výzkumů si většina lidí přeje zemřít doma, ve skutečnosti jsou nejčastějším místem úmrtí nemocnice a jiné instituce. Pro dobrou praxi paliativní péče na nemocničním lůžku je však nezbytný početnější personál, než je pro jednotlivá oddělení stanoven jako minimální. Kvalita této péče ovšem nezáleží jen na počtu personálu, důležitá je také kvalita vzdělání lékařů a sester v paliativní oblasti, jejich schopnost včas rozpoznat, že léčba již nemocnému neprospívá, kvalita vzájemné komunikace uvnitř tohoto týmu nebo také otevřenost vůči rodinným příslušníkům. V nemocnicích bude pravděpodobně docházet k umírání ještě nějakou dobu nejčastěji, proto by se nemocnice měly snažit o vlastní rozvoj v oblasti paliativní péče a to vše s důrazem na posílení složky sociální práce s rodinou umírajícího. (Marková, 2010, s. 24, 25)

3.3.3 Paliativní péče v lůžkových hospicích

Hospice jako specializované instituce paliativní péče vznikly v šedesátých letech 20. století ve Velké Británii. Poskytují lůžkovou péči a také je možné ubytovat zde rodinu spolu s nemocným. V hospicích je umírajícím poskytována ta nejvyšší možná míra fyzického i psychického komfortu, režim, jež se podobá tomu domácím, provázení těžkým obdobím, podpora, a to vše díky dostatečnému počtu a kvalifikaci personálu, který je specializován pro péči o umírající pacienty a jejich rodiny. Hospic se řadí mezi zdravotně sociální zařízení. Tudíž kromě zdravotnické péče je v nich poskytováno také sociální poradenství a pomoc. Tato pomoc se netýká jen hospitalizovaných nemocných, ale zahrnuje i podporu jejich rodinám a pozůstalým. Hlavním posláním hospice je péče o umírající a soustředění veškerého úsilí na zajištění „dobrého umírání“, čímž se hospice liší od nemocnic a jiných institucí. Klíčovou rolí však hraje především výběr vhodně motivovaného personálu, jeho další vzdělávání a také podpora práce dobrovolníků. (Marková, 2010, s. 27)

3.4 Paliativní péče v České republice

Jako specifický model péče o nevléčitelně nemocné se u nás paliativní péče začala rozvíjet až po roce 1989. První pokus o zřízení lůžkového oddělení paliativní péče v nemocnici byl v roce 1992, kdy se otevřelo oddělení paliativní péče v nemocnici v Babičích nad Svi-

tavou. K rozvoji hospicového hnutí však v roce 1993 významně přispěla lékařka Marie Svatošová, a to založením občanského sdružení pro podporu domácí péče a hospicového hnutí s názvem *Ecce homo* (Ejhle člověk). Záslouhou tohoto sdružení byl v roce 1995 vybudován první samostatný lůžkový hospic Anežky České v Červeném Kostelci. (Bužgová, 2015, s. 20)

V rozvoji paliativní péče u nás měla také velkou zásluhu Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče, jež byla založena v roce 2005 a v roce 2007 za podpory Nadace rozvoje občanské společnosti vydala *Standardy hospicové paliativní péče*. Jejich cílem byla definice požadavků, jež by měli poskytovatelé paliativní péče splňovat k zajištění potřebné úrovně. Dalším důležitým mezníkem bylo založení České společnosti paliativní medicíny (ČSPM) v roce 2009. Cílem je rozvoj a podpora vzdělání a dobré klinické praxe v obecné i specializované oblasti paliativní péče v závěru života. V roce 2013 tato společnost také uveřejnila *Standardy paliativní péče 2013* a podílela se na tvorbě dokumentu *Strategie rozvoje paliativní péče v České republice na období 2011-2015*, vypracované v souladu s mezinárodními dokumenty, jež se zabývají paliativní a hospicovou péčí. ČSPM je kolektivním členem Evropské asociace paliativní péče. (Bužgová, 2015, s. 21, 22)

K systematickému rozvíjení paliativní péče v České republice nepochybně přispěl také vznik Centra paliativní péče v Praze, které funguje od roku 2014 pod vedením PhDr. Martina Loučky, Ph.D. Centrum si klade za cíl rozvoj výzkumu, vzdělání a osvětovou činnost v oblasti paliativní péče. (Bužgová, 2015, s. 22)

3.5 Podpora a péče o pozůstalé

Rodina a přátelé si krutou realitu smrti uvědomují často až ve chvíli, kdy se rakev spouští do hrobu. Když lidé odcházejí ze hřbitova, většině z nich jde život dál, avšak pro některé už nikdy nic nebude tak, jako bývalo dříve. Smrt lze pokládat za vyvrcholení životního cyklu a připomíná nám, že nás život má své hranice. Už když přicházíme na tento svět, máme v našich genech svůj konec zaznamenán. Smrt, ať už naše vlastní či smrt blízké osoby, je těžká situace, které se nelze vyhnout a dříve nebo později jí budeme čelit všichni. (Badenas, 2016, s. 177)

3.5.1 Smutek a truchlení v kontextu kulturním a sociálním

Smrt člověka vyvolává v okolí mnoho reakcí, ať už emocionálních, či behaviorálních. Z velké části je toto ovlivněno kulturními a sociálními vlivy a podle toho také na smrt daná společnost reaguje. Zármutek a truchlení je přirozenou reakcí na smrt blízkého člověka a medicína tuto problematiku řeší jen v těch případech, které se považují za patologické a na zdraví jedince mají negativní vliv. Na zhodnocení, jaké projevy smutku lze pokládat za patologické a jaké ještě ne, mají velký vliv právě dané společenské normy. Co se týče Evropy, k těm společnostem, jež dávají smutek a emoce najevo i na veřejnosti patří například Irové, ortodoxní židé a středomořské národy. Oproti tomu rezervovaný přístup k vyjadřování emocí je běžný například v Anglii, Německu, Skotsku, Švýcarsku, Finsku či Nizozemsku a i současnou českou společnost můžeme řadit spíše k této druhé skupině. Během pohřebního obřadu je sice možné plakat a do jisté míry to lze i očekávat a akceptovat (ovšem spíše u žen), ale hlasitý pláč a nařikání na veřejnosti už v dnešní společnosti není považováno za „normální“. V České republice, podobně jako v Anglii či Německu, v období po pohřbu v podstatě normy společenského chování chybí. Období smutku je dnes spíše soukromou a niternou záležitostí pozůstalých a okolí často neví, jakým způsobem se k nim chovat. Raději se tedy truchlícím lidem vyhýbají, nebo se úmrtí snaží nepřipomínat a jednat s pozůstalými nejlépe tak, jako by se nic nestalo. (Nešporová, 2013, s. 245 - 248)

Česká thanatoložka Helena Haškovcová se zmiňuje o společenské normě a zastává názor, že by tato norma měla dávat pozůstalým kolem šesti až osmi týdnů „práva na otevřený žal“, díky kterému by se s touto těžkou životní situací lépe vyrovnali. Ovšem jak sama uvádí, podobná norma v naší společnosti neexistuje a projevy žalu sociální okolí často nerespektuje ani v prvních měsících po úmrtí. Stávající fungování společnosti v podstatě vyžaduje smutek co nejrychleji překonat, nebo ho nejlépe veřejně skrývat. (Haškovcová in Nešporová, 2013, s. 248)

Právě z toho, že tento postoj společnosti není v souladu s prožitky a emocemi většiny pozůstalých, kteří potřebují mnohem delší dobu, aby se vyrovnali se ztrátou blízkého, vychází snaha poradců pro pozůstalé poskytnout truchlícím osobám pomoc. V České republice tento přístup propaguje Naděžda Špatenková a uvádí, že by poradci pro pozůstalé měli respektovat především délku truchlení a projevy s ním související. Poradce by měl dát pozůstalým prostor a čas pro jejich truchlení a také vhodným způsobem podpořit ventilaci

těchto emocí. Dá se říci, že poradci svou vstřícností k otevřeným projevům smutku nahrazují to, co v našem sociálním prostředí chybí. (Špatenková in Nešporová, 2013, s. 248)

3.5.2 Průběh procesu truchlení jako krizové situace

Pro první fázi šoku je typická snaha pozůstalého si od této traumatické události udržet nějaký odstup. Ovšem svůj vnitřní chaos pozůstalí velmi často zakrývají jen povrchně, protože velkou část své energie se snaží investovat především do kontroly vlastní úzkosti. Pokud průběh truchlení probíhá přirozeně a nekomplikuje jej výskyt patologických jevů (např. zvýšená konzumace alkoholu a drog, deprese, suicidální pokusy apod.), je možno předpokládat, že po nějaké době se většina pozůstalých do fáze zpracování dostane a s touto traumatickou událostí se vyrovná. Zda je proces truchlení příznivý či nepříznivý se z velké části odráží od sociální situace pozůstalých. Při hodnocení této sociální situace má velký význam rodinná dynamika (protože truchlení probíhá jinak ve funkční nebo dysfunkční rodině) a sociální zdroje pomoci. Důležitou roli má pro pozůstalé **neformální pomoc** blízkých osob. Touto pomocí můžeme rozumět pomoc příbuzných, přátel, známých, kolegů a sousedů či komunity. Dále můžeme rozlišovat **formalizovanou pomoc**, jejíž součástí je pomoc prostřednictvím společenských institucí, poradenských služeb, praktických lékařů, krizových center, psychoterapeutů a psychiatrických zařízení. Úroveň této formalizované pomoci závisí na kvalitě a kvantitě všech těchto institucí a také na odborné kompetenci a lidské zralosti pracovníků. (Špatenková, 2014, s. 132)

3.5.3 Neformální pomoc pozůstalým

Neformální pomoc lze pokládat za tradiční a nejobvyklejší způsob pomoci. Řadíme sem zejména svépomoc a vzájemnou pomoc. Svépomoc se týká těch situací a okolností, kdy se pozůstalý snaží pomoci si sám, využívá své vlastní možnosti, dovednosti a schopnosti (např. rezignace, smíření, ale také obranné mechanismy apod.). Naproti tomu vzájemná pomoc znamená specifickou sociální interakci, ve které hrají důležitou roli členové rodiny, příbuzní, sousedé a známí. (Špatenková, 2014, s. 133)

Rodina jako zdroj pomoci pozůstalým

Rodina by měla být hlavním zdrojem pomoci pozůstalým. Členové rodiny jsou v tomto přirozeném prostředí ochotni problémy svých nejbližších vyslechnout a nabídnout jim svou pomoc a podporu. Jsou však případy, kdy se rodinný systém smrtí svého člena tak naruší, že se stane dysfunkčním. Mezi blízkými příbuznými se často vyhrocují konflikty s jinými členy rodiny. Příčinou konfliktů mohou být pocity nedostatečné podpory od ostatních příbuzných, obviňování, že někteří truchlí málo, nebo naopak až moc. V některých případech úmrtí aktivuje problémy, které v rodině byly již předtím, a může celkově zhoršit komunikaci. Můžeme říci, že smrt člena rodiny strukturu rodinného systému vždy změní a v některých případech také naruší jeho fungování a stabilitu. Tak, jako může rodinná dynamika průběhu procesu truchlení pomoci, tak mu může určitým způsobem také bránit. (Špatenková, 2014, s. 135)

Komunita jako zdroj pomoci pozůstalým

Dle Špatenkové (2014, s. 136) významný zdroj sociální opory představují pro truchlící také kontakty mimo jejich rodinný systém – mohou to být vztahy s přáteli, známými, kolegy, sousedy a širším sociálním okolím. Do jisté míry je však tato pomoc v dnešní době značně redukována a nemá už takový význam, jaký měla dříve, jelikož komunitní život je dnes omezen na minimum.

Sociální kontakty však pocity naší samoty a izolace zmírňují a často mohou pozůstalým poskytnout prostor pro průchod jejich emocí. Ale tak jako byly určité problémy popsány v rámci rodiny, stejně tak k nim může dojít i v případě přátel a známých. Mnoho lidí neví, jak se k pozůstalým chovat, jak s nimi mluvit a tak nechtějí o ztrátě mluvit raději vůbec. To vše v důsledku obav, že by truchlícího člověka mohli svým chováním nebo slovy nějakým způsobem zranit. (Špatenková, 2014, s. 136)

3.5.4 Formalizovaná pomoc pozůstalým

Tradiční zdroje sociální opory v dnešní době často selhávají a právě to vede k tomu, že se pozůstalí se svými problémy stále více obrací na profesionální pomoc. Právě u profesionálů hledají podporu, která se jim dříve dostávala z jiných zdrojů a také pro ně může být často jednodušší mluvit o problémech, které ohrožují jejich integritu a sebepojetí s lidmi mimo rodinný kruh. Projevy zármutku jsou v některých rodinách potlačovány a pozůstalý pak vyhledává prostředí, kde mu budou tyto projevy umožněny – tento bezpečný rámec může

představovat právě profesionální interakce, nebo intervence. Profesionálové v pomáhajících profesích by měli být kompetentními odborníky a připraveni pozůstalým naslouchat. (Špatenková, 2014, s. 136)

Doprovázení pozůstalých

V našich podmínkách doprovázení pozůstalých realizují zejména hospice a církevní společenství. Smyslem je především spolupráce truchlícího a doprovázejícího, pozůstalý si uvědomuje, že změnit to, co se stalo, již není možné (skutečnost, že jeho blízký zemřel a vrátit jej zpět do života), ale má potřebu opřít se o někoho, komu může věřit, s kým může mluvit otevřeně a kdo mu pomůže překonat tuto těžkou situaci – zkrátka někoho, kdo jej jeho truchlením „doprovází.“ (Špatenková, 2014, s. 154)

Poradenství pro pozůstalé

Toto poradenství je vhodné zejména pro pozůstalé s nekomplikovaným průběhem truchlení a může být různého organizačního rámce (psychologické poradenství, sociální poradenství apod.). Je důležité zmínit, že poradenství pro pozůstalé je dnes již legitimním povoláním s profesní kvalifikací, pozůstalí tedy mohou využívat přímo služeb některého z poradců pro pozůstalé. (Špatenková, 2014, s. 154)

Terapie pozůstalých

Terapie pozůstalých je určena zejména pro ty truchlící, jejichž zármutek je nějakým způsobem zkomplikován a vyskytly se u nich patologické jevy. Kompetentními odborníky pro tyto terapie pozůstalých lze považovat psychology s terapeutickým výcvikem, nebo psychoterapeuty, kteří mají dostatečné znalosti o průběhu komplikovaného truchlení a dovednosti k účinné pomoci. Často jsou však pozůstalí zamedikováni, během čehož neprobíhá žádná adekvátní terapie. Ideální je spolupráce mezi psychiatrem a psychologem, případně s psychoterapeutem. Psycholog by měl odhadnout, kdy si situace žádá odeslat klienta i k psychiatrovi a každý psychiatr by měl rozpoznat, v jakých případech je kromě léků pro pacienta vhodná také psychoterapie. Obecně však lze říci, že význam psychologické péče je zejména v tom, pozůstalým pomoci ztrátu přijmout a dát průchod svým emocím. (Špatenková, 2014, s. 155)

Za zmínku jistě stojí také **edukace** – poněkud opomíjená oblast odborné péče. Týká se edukace pozůstalých a široké veřejnosti, ale především těch, kteří by pozůstalým měli svou účinnou pomoc poskytovat. (Špatenková, 2014, s. 155)

4 CHARAKTERISTIKA OBDOBÍ DOSPĚLOSTI

Dle Vágnerové (2000, s. 301) se začátek dospělosti v naší společnosti nedá jednoznačně vymezit nějakým specifickým mezníkem. Jediný faktor, kterým můžeme dospělost alespoň přibližně definovat je dosažení právní zletilosti. Ovšem ani ta není pro společnost zásadním signálem, jež mění status mladého člověka.

- Primární je zejména **biologické** určení dospělosti – dosažení je vázáno na zrání, tzn. na věk.
- Složitější je **psychosociální vymezení dospělosti**. Problémem je, že tato změna není jednoznačně časově vymezena – u každého jedince může probíhat v odlišnou dobu.

(Vágnerová, 2000, s. 301)

„Za nejvýznamnější psychické znaky dospělosti lze považovat samostatnost, relativní svobodu vlastního rozhodování a chování, spojenou se zodpovědností ve vztahu k druhým lidem, se zodpovědností za svá rozhodnutí i činy.“ (Vágnerová, 2000, s. 301)

Vágnerová (2000, s. 302) dále uvádí, že za důkaz dospělosti lze považovat schopnost a ochotu přijmout zodpovědnost, která vyplývá z role dospělého. Dospělý člověk se dokáže lépe ovládat, a pokud to uzná za nutné, své momentální osobní potřeby dokáže podřít hodnotám, jež jsou sociálně významnější, a také se dovede ohlížet na jiné lidské bytosti. Dospělost můžeme považovat za další omezení egocentričnosti jedince.

4.1 Mladá dospělost

Dle Vágnerové (2007, s. 11) mladá dospělost zahrnuje období od 20 do 40 let.

Její dosažení můžeme signalizovat ochotou přijmout a schopností zvládnout tyto vývojové úkoly:

- profesní roli,
- stabilní partnerství (manželství),
- rodičovství.

(Vágnerová, 2000, s. 304)

Mladou dospělost můžeme považovat za dobu nadějí a také jejich naplňování, protože většinu těchto plánů lze ještě uskutečnit. Pro toto období je typické mnoho sociálních proměn a nových zážitků, jelikož mladý člověk se ničemu novému nebrání a přijímá nové role, které považuje za předpoklad k získávání nových zkušeností i sebepotvrzení. Právě ade-

kvátní zkušenost je dalším předpokladem přijatelného rozvoje jedince a to zejména zkušenost s dospělými lidmi z dětství. Tento významný faktor má vliv na způsob pojetí dospělosti vlastní, neboť ty vzory, které byly pro člověka důležité v dětství, jej ovlivňují i po dosažení dvacátého roku života, aniž si to člověk uvědomuje. (Vágnerová, 2000, s. 304)

Vágnerová (2000, s. 305) také zmiňuje, že rozhodnutí, která člověk učiní v mladé dospělosti, znamenají důsledky i pro další vývojové fáze, jelikož mohou započít změny, které jsou pak již nezvratné (např. rodičovství). Fáze mladé dospělosti je tudíž velice významná.

Role dospělého však nemusí být pro každého vždy atraktivní. Dospělý člověk si často uvědomuje, že s touto životní fází jsou spojeny oproti výhodám také značné nevýhody:

- **Samostatnost a nezávislost spojená s dospělostí je chápána jako výhoda.** Tlak společnosti ale často směřuje k přijetí určité společenské pozice, s níž jsou spojeny různé závazky, jež mnohdy omezují vlastní svobodu.
- Pro dospělost je typická také **ekonomická soběstačnost a možnost svobodně hospodařit se svými finančními prostředky.** Na straně druhé těchto prostředků nebývá vždy mnoho a nepříjemný je také sociální tlak, který často nabádá k omezování této svobody ve prospěch lepšího investování těchto prostředků.
- S dospělostí je spojována také **svobodná volba autentických přátelských a partnerských vztahů,** které mají uspokojit citové potřeby a někdy i ty sexuální. V případě, že tyto vztahy uspokojivé nebudou, lze je změnit. V této době je však velmi silný tlak společnosti, která jedince nabádá k uzavření manželství či rodičovství, jež zásadním způsobem jeho svobodu omezí (ale poskytnou mu také jiné hodnoty).

(Vágnerová, 2000, s. 305)

Dále také Vágnerová (2007, s. 27) uvádí, že v období mladé dospělosti dochází k harmonizaci emočního a racionálního hodnocení. Zlepšuje se schopnost emoční regulace a emoční prožívání se stává stabilnějším.

Mladá dospělost je spojena s několika životními mezníky: člověk si vybírá svou profesi, uzavírá manželství a stává se rodičem. Tyto role a zážitky s nimi spojené většina mladých lidí získá do svých třiceti let. První fází je vůbec tyto důležité role získat, avšak poté jde už zejména o jejich kvalitu. Mladý člověk je často touží zkusit, jelikož chce, aby se staly součástí jeho identity. V některých případech může být uspokojivá jen forma, bez ohledu na kvalitu (např. oženil se – i když spatně). První bilancování se většinou objevuje kolem třicátého roku života. Mladý člověk zvažuje kvalitu rolí, jež získal, hodnotí jejich pozitivní i

negativní vlivy. Toto bilancování je důležitým základem pro plánování další životní fáze a často může znamenat impuls ke změně. (Vágnerová, 2000, s. 306)

4.2 Střední dospělost

Vágnerová (2007, s. 178) období střední dospělosti vymezuje jako období od 40 do 50 let, avšak střední věk nelze pokládat za jasně vymezenou životní fázi. Mezníky, které by toto období dělily od předcházejícího a následující období, nejsou úplně jasné. Za hlavní úkol střední dospělosti můžeme považovat dosažení a udržení uspokojivé profesní pozice a důležitá je i určitá stabilizace rodiny, představující zejména pozitivní vztahy s partnerem, dětmi a rodiči. Rodina mimo jiné představuje zdroj jistoty a bezpečí, jež jedinci svou stabilitou pomáhá k dosahování cílů především v rámci profese. Střední věk však neznamena jen **vrchol zralosti**, ale také období **větší zodpovědnosti** a připravenosti ji přijmout. Společnost od čtyřicátníka totiž často očekává schopnost zvládat všechny povinnosti, neboť jeho kompetence dosáhly svého vrcholu. Větší část významných životních událostí se již stala (např. uzavření manželství či rodičovství), nebo teprve stane (např. smrt rodičů), tudíž střední věk už není nabitý tolika životními proměnami. Spíše zde působí individuálně významné proměny a dopad právě toho, co člověk započal už dříve (např. dopad partnerského vztahu). Velký význam má pro toto období také skutečnost definitivního uzavření některých životních možností (např. mateřství). Toto období lze tedy pokládat za jakési období posledních šancí.

Dle Vágnerové (2007, s. 179) svůj střední věk každý prožívá trochu jiným způsobem a co se týče jeho naplnění je zde určitá **interindividuální variabilita**, což znamená, že důležitý je tzv. subjektivní věk, který určuje, jak se lidé cítí a často je tak o 10 - 15 % nižší, než jejich věk reálný. Toto ovlivňuje sociokulturní kontext, průběh dosavadního života a velkou roli hraje také osobní zkušenost a životní mezníky a události, se kterými se člověk musel vyrovnat.

Střední věk znamená také **dobu protikladů**. Čtyřicátník sice dosahuje vrcholu svých životních sil, kterých umí využít, na straně druhé si také občas uvědomuje, že jeho další rozvoj má už svůj časový limit a doba, kdy nastane první stagnace, již není tak daleko. Avšak se svým životem je celkem spokojený, co se týče kariéry, manželství, dosažených úspěchů a s tím spojené sebejistoty a sebevědomí. Naproti tomu se v této věkové kategorii vyskytují také lidé, u kterých převažují pocity životních proher: rozpad manželství či neuspokojivá

profese. Tudíž střední věk může být někdy stále naplněn snahou o dosažení cílů, kterých člověk ještě dosáhnout nedokázal. (Vágnerová, 2007, s. 179)

Důležitou roli má ve středním věku také **stereotyp**. Je pohodlný, předvídatelný a neznamená zátěž, která by přinášela nové, neznámé situace a nejistotu s nimi spojenou. Naproti tomu tato jistota spojená se stereotypem může někdy způsobit také pocit prázdnoty, namísto nějakého emočního uspokojení. Člověk středního věku většinu životních situací již zažil a nějakým způsobem je vyřešil, utvořil si svůj životní styl a zvykl si na něj. Jeho identita je tedy naplňována zejména zafixovanými rolami a mezilidskými vztahy, jež jsou už spojeny s opakováním stále stejných situací. (Vágnerová, 2007, s. 181)

Vágnerová (2007, s. 228) však dále zmiňuje, že někdy může nastat také potřeba změny a snaha odpoutat se od tohoto stereotypního stylu života, v důsledku čehož může člověk navázat mimomanželské vztahy s různou dynamikou i délkou trvání. Postoj k vlastnímu partnerovi se totiž někdy v rámci bilancování, jež je pro toto období typické, může změnit. Mění se však také vztah s rodiči, kteří v důsledku stárnutí potřebují více pomoci i podpory, než dříve.

4.3 Starší dospělost

Vágnerová (2007, s. 229) období starší dospělosti vymezuje věkem od 50 do 60 let. Starší člověk si uvědomuje, že tělesná i psychická kondice se postupně zhoršuje, a mimo to také různé kompetence a sociální postavení. Je si vědom neodvolatelnosti a nevratnosti tohoto procesu. Věk padesáti let je považován za jakýsi mezník, který začátek stárnutí potvrzuje. S tím je spojená také zvýšená únava a dochází ke zhoršování některých životních funkcí. V důsledku toho přicházejí také první viditelné změny potvrzující tuto skutečnost, jež zvyšují nejistotu, obavy ze selhání a zhoršují sebevědomí. Člověk se musí s postupným ubýváním svých sil vyrovnat a naučit se své momentální možnosti správně odhadnout, což je racionálně i emocionálně velmi náročné.

Když vezmeme v potaz průměrnou délku života, tak mezi padesáti a šedesáti lety je člověk asi na konci třetí čtvrtiny svého života a zbývá mu ta poslední, jež je považována za nejméně uspokojivou a je spojována především s ubýváním sil a s chorobnými změnami. Právě v důsledku tohoto faktu lidé kolem padesáti let často na život mění názor a více si váží toho pozitivního, co jim zůstává zachováno. Lidé v tomto věku o změny už spíše nestojí a rádi by si zachovali především to dobré či přijatelné, změny za příliš pozitivní pro svůj

život již nepokládají. Naopak velmi nabývají na intenzitě obavy o budoucnost a lidé se hodně koncentrují na vlastní pocity. Mění se také vztahy ke členům různých generací a pocit většího porozumění s lidmi stejného věku se posiluje, zejména kvůli obdobným zkušenostem i budoucímu očekávání. (Vágnerová, 2007, s. 229)

Dle Vágnerové (2007, s. 230) je hlavní úkol dospělosti především zvládnout první známky biologického stárnutí a přizpůsobit své životní tempo momentálním možnostem či případně redukovat některé své osobní cíle. To, že si člověk uvědomí nižší výkonnost a sníženou odolnost vůči běžným stresům má za následek, že je nezbytné **postoj k vlastnímu životu změnit**. Je to fáze, ve které člověk přichází o možnost se seberealizovat, což bylo typické pro mladší, případně střední dospělost. Možnost rodičovství je již reálná pouze u mužů a i v tomto případě je to společností považováno za nestandardní. Kolem šedesátého roku života člověk uzavírá také svou životní kariéru, její naplnění je tudíž definitivní a není už možné ji zásadně změnit.

Výraznou změnou spojenou se stárnutím je také **pojetí intimacy**. Starší člověk je zaměřen spíše na sdílení, na jistotu akceptace a opory. Nové zkušenosti už tedy z tohoto důvodu nejsou příliš atraktivní a za uspokojivé lze považovat spíše trvalé a stabilní vztahy. V těchto vztazích hraje roli tolerance, pochopení a důraz na psychické sdílení. Prožitek citové blízkosti a souznění je velmi důležitý, sexuální výkonnost už tedy není tak důležitým faktorem, jako bývala dříve. Co se týče rodiny, stárnoucí člověk cítí, že zde má své nezpochybnitelné místo, jestliže se cítí spokojen a ostatními členy rodiny pozitivně přijímán, rodinné vztahy pak tvoří jednu z nejdůležitějších částí jeho identity. Stárnoucí člověk si nyní také velmi váží svého soukromí, jež pro něj představuje určitý zdroj jistoty a bezpečí. (Vágnerová, 2007, s. 230)

Dále se Vágnerová (2007, s. 257) zmiňuje o tom, že lidé v tomto věku již dávají přednost klidu a pohodě. Snaží se své emoční prožívání příliš nezatěžovat ničím, co by mohlo způsobit nějaké intenzivní emoce, dokonce ani ty pozitivní. Podle toho si lidé tohoto věku také vybírají takové aktivity a kontakty s lidmi, aby se vyhnuli zbytečné emoční zátěži, neboť všechny tyto zátěže zvyšují citlivost a dráždivost.

Postoj k vlastnímu životu se v období starší dospělosti výrazně mění. Člověk má většinu svých vývojových úkolů již za sebou, na další životní fázi se připravuje a uvědomuje si zhoršení svých tělesných funkcí. Pomalu se mění i kognitivní funkce, ale zatím se jedná jen o oblast fluidních schopností. Naproti tomu jsou však i takoví jedinci, kteří v tomto

věku dosáhnou úrovně své moudrosti. Co se týče emoční zralosti, člověk dokáže mnohem lépe ovládat vlastní emoce a dochází také k nárůstu schopnosti udržet si přijatelné ladění. (Vágnerová, 2007, s. 259)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 METODOLOGIE VÝZKUMU

Pátá kapitola, jež je empirickou částí této bakalářské práce, navazuje na kapitoly teoretické části. Popisuje cíle výzkumu, výzkumné otázky, metodologii výzkumu, definuje hypotézy, charakterizuje výzkumný vzorek a techniku sběru dat formou kvantitativního výzkumného šetření, kdy na závěr této kapitoly dochází k jejich analýze.

5.1 Výzkumný problém

Výzkumný problém jsme vymezili následovně:

Způsob vnímání smrti a umírání u obyvatelů Zlínského kraje.

5.2 Výzkumné cíle

Hlavním cílem výzkumu je zjistit, jak vnímají smrt a umírání obyvatelé Zlínského kraje a zda toto vnímání ovlivňuje pohlaví, vzdělání, věk nebo víra.

K hlavnímu cíli jsme dále stanovili tyto následující **dílčí cíle**:

1. Zjistit, zda již respondenti o smrti a umírání někdy přemýšleli či s někým hovořili a zda se dle jejich názoru na toto téma mluví dostatečně.
2. Zjistit, čeho se respondenti na smrti a umírání nejvíce obávají a kde by si přáli zemřít.
3. Zjistit, zda mají respondenti zkušenost se smrtí blízké osoby, a jaké dopady měla tato ztráta na jejich život.
4. Zjistit, zda by respondenti dokázali doma pečovat o svého nemocného blízkého a co pro ně v této péči představuje největší překážky.
5. Zjistit, zda je dle respondentů vhodné hovořit s dětmi o smrti a umírání a jaký je jejich postoj k účasti dětí na pohřbu.
6. Zjistit, zda mají respondenti povědomí o pojmu paliativní péče, jejich názor na legalizaci eutanazie jaký zaujímají postoj k péči a léčbě.

5.3 Výzkumné otázky

Výše uvedené výzkumné cíle jsou podkladem pro výzkumné otázky, jež pro nás budou stěžejní při závěrečné formulaci získaných dat.

Stanovili jsme tedy následující **výzkumné otázky**:

1. Přemýšleli či hovořili již respondenti s někým o smrti, a mluví se dle jejich názoru na toto téma dostatečně? (otázka č. 5, 6, 7, 11)
2. Jaké obavy ze smrti uvádějí respondenti nejčastěji a kde by si přáli zemřít? (otázka č. 14, 17)
3. Jaké jsou zkušenosti respondentů se smrtí blízké osoby a jaké dopady měla tato ztráta na jejich život? (otázka č. 9, 10)
4. Dokázali by respondenti doma pečovat o svého nemocného blízkého, a jaké překážky v této péči uvádějí nejčastěji? (otázka č. 15, 16)
5. Jaký názor zastávají respondenti na rozhovory s dětmi o smrti a umírání a pokládají za vhodné, aby se děti účastnily pohřbů? (otázka č. 12, 13)
6. Jaké je povědomí respondentů o pojmu paliativní péče, jejich názor na legalizaci eutanazie a jaký postoj k péči a léčbě zaujímají? (otázka č. 18, 19, 20)

5.4 Technika sběru dat

Výzkumné šetření jsme se rozhodli provést formou kvantitativního výzkumu za použití dotazníku jako výzkumného nástroje. S jeho pomocí jsme se snažili zodpovědět na výzkumné otázky a dosáhnout tak stanovených cílů tohoto výzkumu. Ještě před samotným výzkumem jsme provedli předvýzkum, kdy jsme dotazník rozdali pěti dobrovolníkům ze strany rodinných příslušníků. Cílem předvýzkumu je zjistit především to, zda zkoumané osoby rozumí pokynům výzkumníka tak, jako sám výzkumník, dále způsobu, jakým jsou otázky položeny a také to, zda jsou vůbec ochotny se výzkumu zúčastnit. (Gavora, 2000, s. 69). Na základě rozhovoru s těmito dobrovolníky jsme znění některých otázek následně mírně upravili.

Dotazník je nejčastěji používaným výzkumným nástrojem při formě kvantitativního výzkumu. Jak už jeho název napovídá, je to způsob písemného kladení otázek a získávání odpovědí. Je určen především pro hromadné získávání údajů a jednou z jeho výhod je, že je pokládán za ekonomický výzkumný nástroj – lze jím získat velké množství informací během krátkého času. (Gavora, 2000, s. 99). Další jeho výhodou spočívá především v postoji výzkumníka k jevům. V kvantitativním výzkumu si výzkumník snaží od těchto jevů držet odstup, čímž zabezpečuje nestrannost pohledu. (Gavora, 2000, s. 31)

Dotazník je zcela anonymní a je sestaven z 20 otázek (položek). Obsahuje otázky uzavřené, jež dávají respondentovi možnost vybrat si jednu či více odpovědí (otázky č. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 11, 12, 13, 15, 18, 19, 20) a dále otázky polouzavřené, kde má respondent kromě nabízených odpovědí také možnost doplnit odpověď vlastní (otázky č. 7, 10, 14, 16, 17).

5.5 Charakteristika výzkumného souboru

Výběr respondentů pro naše šetření byl záměrný. Záměrný výběr může vzniknout třemi způsoby: anketním výběrem, výběrem „průměrných jednotek“ či kvótním výběrem. (Chráska, Kočvarová, 2014, s. 16). V případě našeho výzkumu se jednalo o výběr anketní, pro který je typické, že se respondenti dostanou do výběru sami a to na základě vlastního rozhodnutí. (Chráska, Kočvarová, 2014, s. 16)

Základní soubor tvoří obyvatelé Zlínského kraje. Výběrový soubor tvoří obyvatelé Zlínského kraje ve věku od 20 do 60 let (věkové rozmezí jsme stanovili na základě rozdělení tří období dospělosti dle Vágnerové). Sběr dat probíhal pomocí internetových stránek pro tvorbu online průzkumů, kdy byl dotazník předáván pomocí sociálních sítí s kladeným důrazem na respondenty Zlínského kraje. Dotazník byl dostupný po dobu dvou týdnů a jeho návratnost činila 106 odpovědí, z nichž 3 odpovědi jsme pro nepřesné či nesrozumitelné vyjádření vyřadili – získali jsme tedy celkem 103 odpovědí. Průměrná doba vyplňování dotazníku činila 5 – 10 minut.

6 ANALÝZA DAT A JEJICH INTERPRETACE

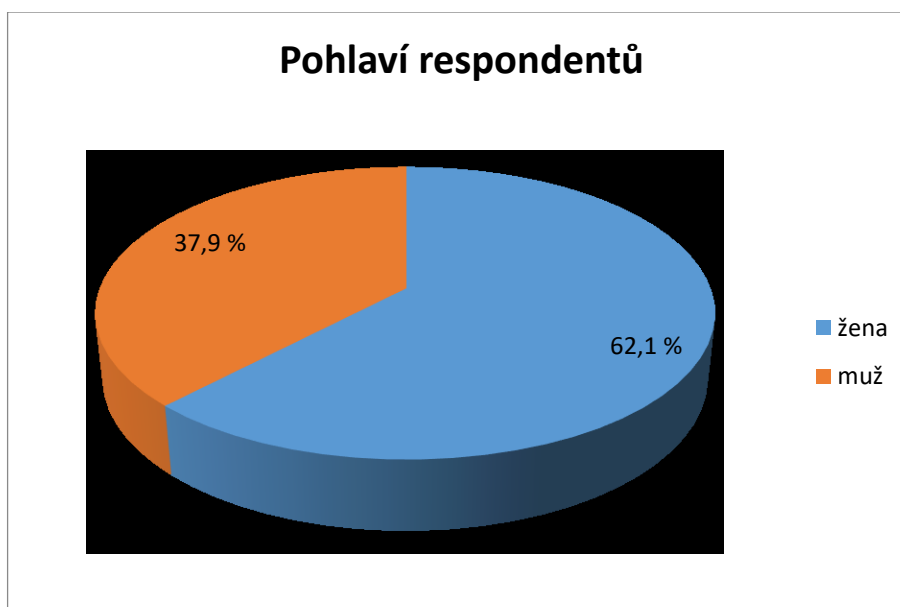
Následující kapitola se zabývá zpracováním dat, která jsme pomocí dotazníku získali a prostřednictvím programu MS Excel je znázornili do tabulek a grafů. Hodnoty uvádíme v absolutní a relativní četnosti, kdy jsou v tabulkách pro absolutní četnost uvedeny zkratky A, a pro relativní četnost, která je uvedena v procentech, zkratky R. K výpočtu relativní četnosti jsme použili vzorec $R=(A/n)*100$, kdy hodnota „n“ představuje celkový počet odpovědí respondentů.

6.1 Analýza položek dotazníku

Otázka č. 1: Pohlaví respondentů

Odpověď	Absolutní četnost (A)	Relativní četnost (R)
žena	64	62,1 %
muž	39	37,9 %
Celkový součet	103	100 %

Tabulka č. 1 – Pohlaví respondentů



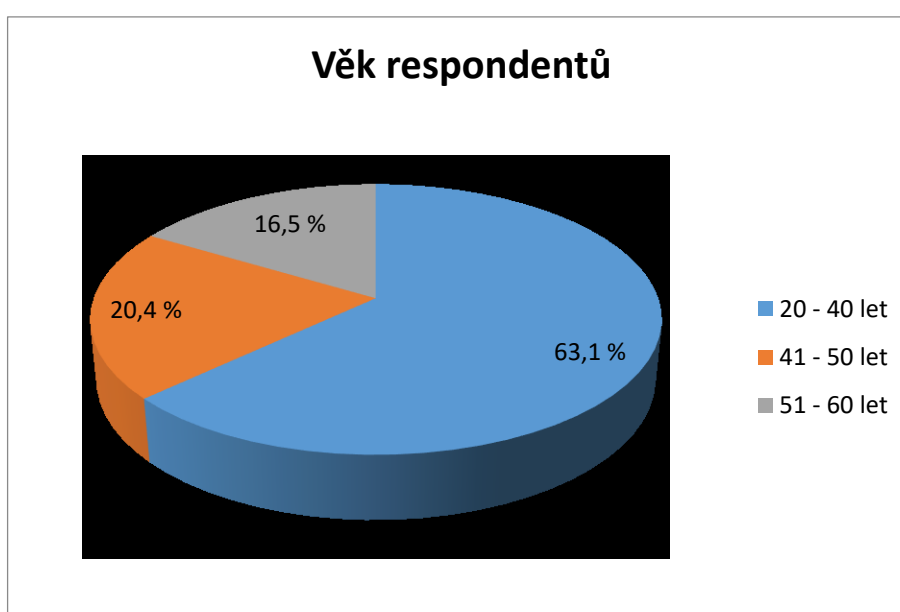
Graf č. 1 – Pohlaví respondentů

Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 103 respondentů, z toho 64 (62,1 %) žen a 39 (37,9 %) mužů.

Otázka č. 2: Věk respondentů

Odpověď	Absolutní četnost (A)	Relativní četnost (R)
20 – 40 let	65	63,1 %
41 – 50 let	21	20,4 %
51 – 60 let	17	16,5 %
Celkový součet	103	100 %

Tabulka č. 2 - Věk respondentů



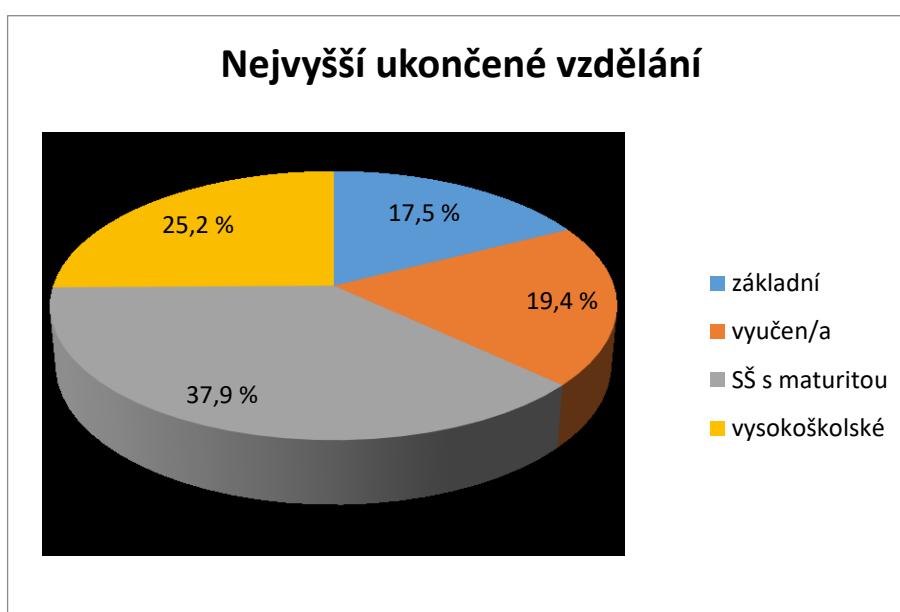
Graf č. 2 - Věk respondentů

V našem výzkumném šetření jsme se řídili dle věkového rozlišení tří období dospělosti, jak je uvádí Vágnerová (2007, s. 9, 178, 229). Ve věku od 20 do 40 let (období mladé dospělosti) se výzkumu zúčastnilo 65 (63,1 %) respondentů, ve věku od 41 do 50 let (období střední dospělosti) 21 (20,4 %) a 17 (16,5 %) dotázaných uvedlo věk od 51 do 60 let (starší dospělost).

Otázka č. 3: Nejvyšší ukončené vzdělání

Odpověď	Absolutní četnost (A)	Relativní četnost (R)
základní	18	17,5 %
vyučen/a	20	19,4 %
SŠ s maturitou	39	37,9 %
vysokoškolské	26	25,2 %
Celkový součet	103	100 %

Tabulka č. 3 - Nejvyšší ukončené vzdělání



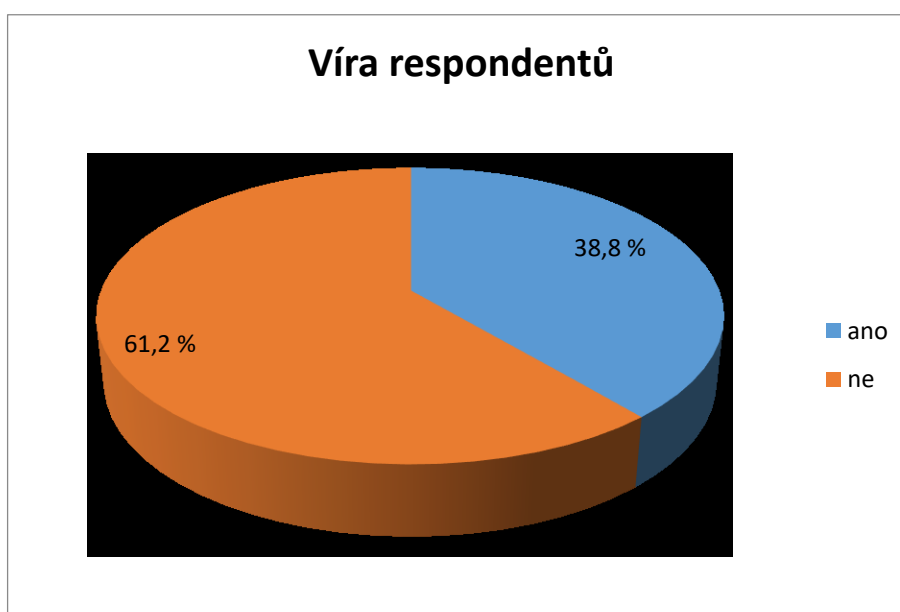
Graf č. 3 - Nejvyšší ukončené vzdělání

Výzkumu se zúčastnilo 18 (17,5 %) respondentů se základním vzděláním, 20 (19,4 %) uvedlo vzdělání s výučním listem, 39 (37,9 %) respondentů má střední školu s maturitou a vysokoškolské vzdělání uvedlo 26 (25,2 %) dotázaných.

Otázka č. 4: Víra respondentů

Odpověď	Absolutní četnost (A)	Relativní četnost (R)
ano	40	38,8 %
ne	63	61,2 %
Celkový součet	103	100 %

Tabulka č. 4 - Víra respondentů



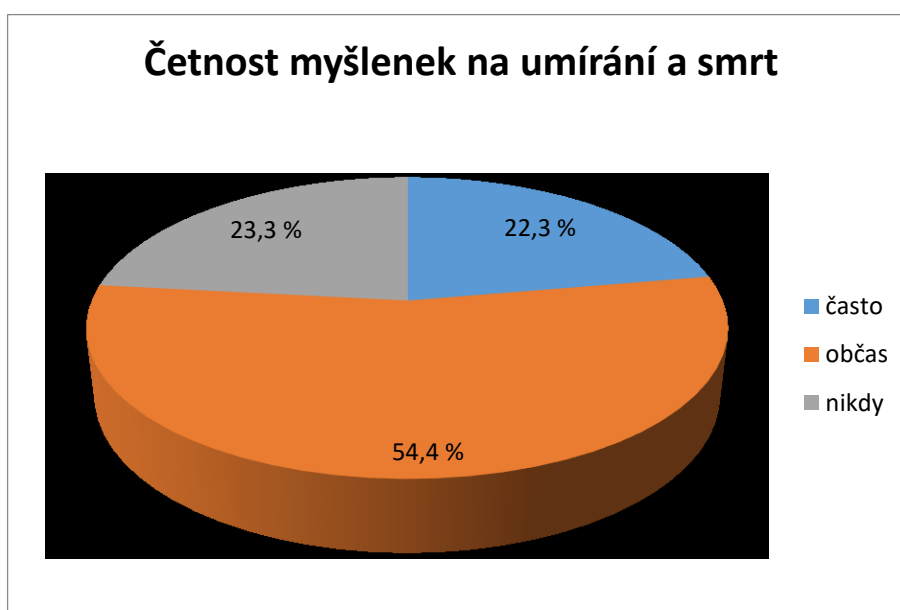
Graf č. 4 - Víra respondentů

Co se týče otázky, zda jsou respondenti věřící, 40 (38,8 %) uvedlo, že ano, a 63 (61,2 %) respondentů není věřících.

Otázka č. 5: Četnost myšlenek na umírání a smrt

Odpověď	Absolutní četnost (A)	Relativní četnost (R)
často	23	22,3 %
občas	56	54,4 %
nikdy	24	23,3 %
Celkový součet	103	100 %

Tabulka č. 5 - Četnost myšlenek na umírání a smrt



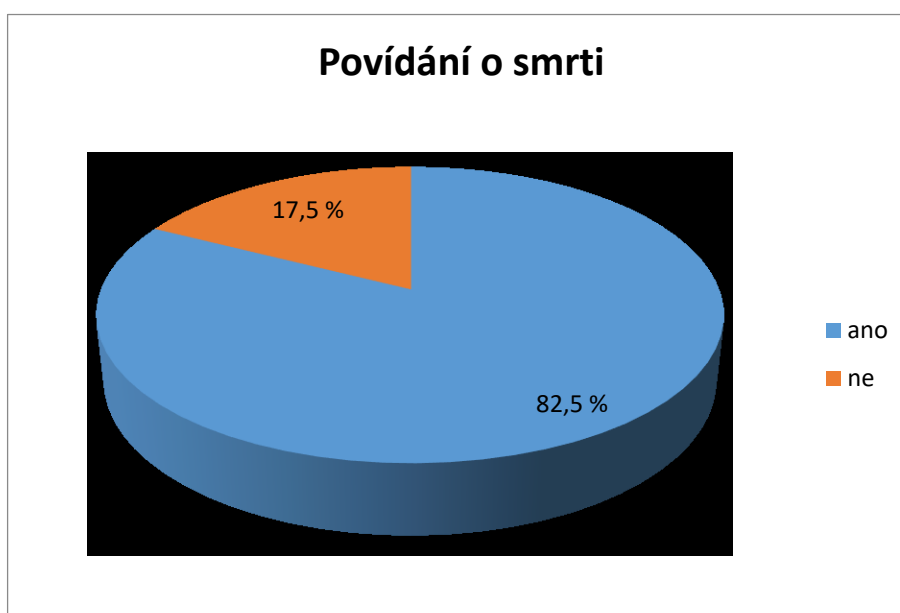
Graf č. 5 - Četnost myšlenek na umírání a smrt

Z výsledků vyplývá, že o smrti a umírání často přemýšlí 23 (22,3 %) dotázaných, 56 (54,4 %) nad tímto tématem přemýšlí jen občas a 24 (23,3 %) respondentů uvedlo, že nad smrtí nepřemýšlí nikdy.

Otázka č. 6: Povídání o smrti

Odpověď	Absolutní četnost (A)	Relativní četnost (R)
ano	85	82,5 %
ne	18	17,5 %
Celkový součet	103	100 %

Tabulka č. 5 - Povídání o smrti



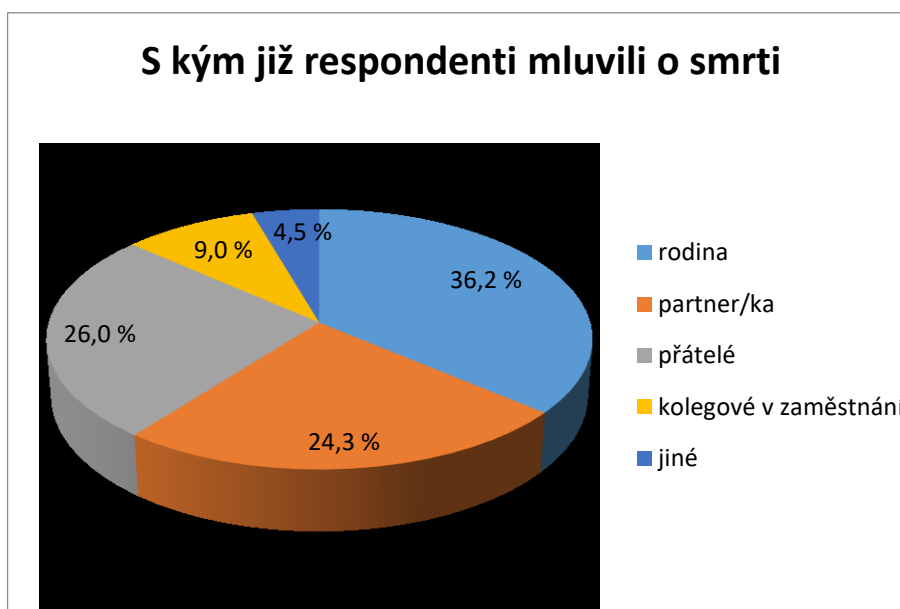
Graf č. 6 - Povídání o smrti

O smrti a umírání si s někým již povídalo 85 (82,5 %) respondentů a pouze 18 (17,5 %) dotázaných uvedlo, že o smrti ještě s nikým nemluvili.

Otázka č. 7: S kým již respondenti mluvili o smrti

Odpověď	Absolutní četnost (A)	Relativní četnost (R)
rodina	64	36,2 %
přátelé	46	26,0 %
partner/ka	43	24,3 %
kolegové v zaměstnání	16	9,0 %
jiné	8	4,5 %
Celkový součet	177	100 %

Tabulka č. 7 - S kým již respondenti mluvili o smrti



Graf č. 7 - S kým již respondenti mluvili o smrti

Pokud respondenti v otázce uvedené výše uvedli, že již s někým o smrti hovořili, v případě této otázky měli zaškrtnout, s jakými osobami si tedy na toto téma povídali, a byla jim dána také možnost napsat odpověď vlastní. Mohli si vybrat více odpovědí, tudíž absolutní četnost při součtu všech odpovědí, jenž respondenti uváděli, je v tomto případě 177.

Nejvíce dotázaných 64 (36,2 %) uvedlo, že si o smrti a umírání povídali s rodinou. S partnerem či s partnerkou na toto téma mluvilo 43 (24,3 %) respondentů, 46 (26,0 %) uvedlo, že s přáteli a 16 (9,0 %) s kolegy v zaměstnání. Možnost napsat vlastní odpověď využilo 8 (4,5 %) respondentů, kteří uváděli:

„Se spolužáky ve škole.“ (odpověděli 3 respondenti)

„Konkrétně s babičkou.“

„Sám se sebou.“

„Asi s každým.“

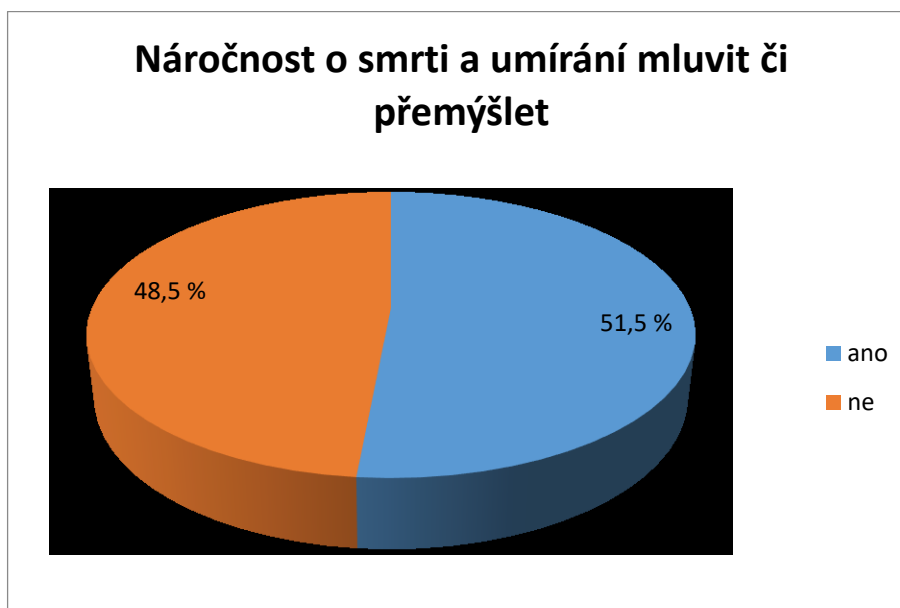
„S doktorem.“

„Léčitel.“

Otázka č. 8: Náročnost o smrti a umírání mluvit či přemýšlet

Odpověď	Absolutní četnost (A)	Relativní četnost (R)
ano	53	51,5 %
ne	50	48,5 %
Celkový součet	103	100 %

Tabulka č. 8 - Náročnost o smrti a umírání mluvit či přemýšlet



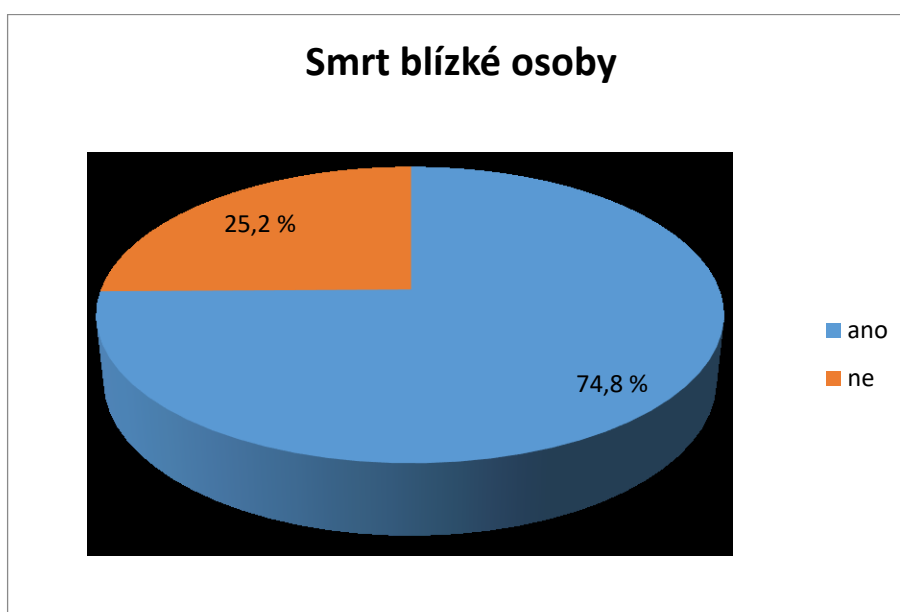
Graf č. 8 - Náročnost o smrti a umírání mluvit či přemýšlet

Respondentů, jež uvedli, že mluvit či přemýšlet o smrti je pro ně těžké, bylo 53 (51,5 %) a 50 (48,5 %) dotázaných odpovědělo, že to pro ně těžké není.

Otázka č. 9: Smrt blízké osoby

Odpověď	Absolutní četnost (A)	Relativní četnost (R)
ano	77	74,8 %
ne	26	25,2 %
Celkový součet	103	100 %

Tabulka č. 9 - Smrt blízké osoby



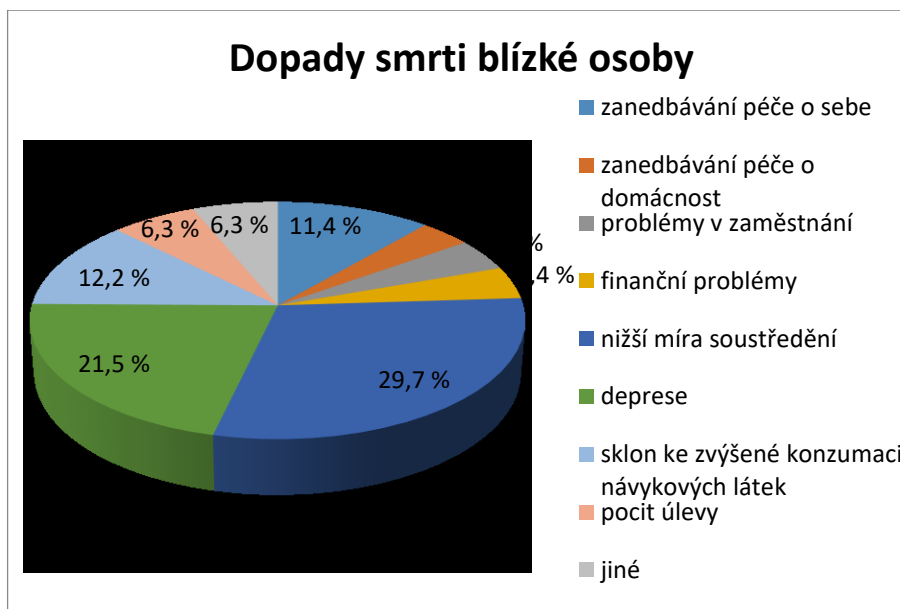
Graf č. 9 - Smrt blízké osoby

Se smrtí blízké osoby se v životě již setkalo 77 (74,8 %) dotazovaných a 26 (25,2 %) uvádí, že jim nikdo blízký zatím nezemřel.

Otázka č. 10: Dopady smrti blízké osoby

Odpověď	Absolutní četnost (A)	Relativní četnost (R)
zanedbávání péče o sebe	18	11,4 %
zanedbávání péče o domácnost	6	3,8 %
problémy v zaměstnání	7	4,4 %
finanční problémy	7	4,4 %
nižší míra soustředění	47	29,7 %
deprese	34	21,5 %
sklon ke zvýšené konzumaci návykových látek	19	12,2 %
pocit úlevy	10	6,3 %
jiné	10	6,3 %
Celkový součet	158	100 %

Tabulka č. 10 - Dopady smrti blízké osoby



Graf č. 10 - Dopady smrti blízké osoby

V případě této otázky měli respondenti možnost zvolit si více odpovědí, tudíž absolutní četnost při součtu všech položek je 158.

Co se týče dopadů smrti blízké osoby na život dotázaných, zanedbávání péče o sebe zvolilo 18 (11,4 %) respondentů a zanedbávání péče o domácnost 6 (3,8 %). Problémy v zaměstnání a finanční problémy uvádí shodně v obou případech 7 (4,4 %) respondentů. Nižší míru soustředění uváděli nejčastěji, v tomto případě to bylo až 47 (29,7 %) dotázaných. S depresí se potýkalo 34 (21,5 %) respondentů a naopak určitý pocit úlevy přinesla smrt blízké osoby 10 (6,3 %) dotázaným. Sklon ke zvýšené konzumaci návykových látek uvedlo 19 (12,2 %) respondentů a 10 (6,3 %) dotázaných napsalo vlastní odpověď:

„Žádné. Pro tu osobu to bylo vysvobození a úleva, tak jsme to viděli my. Lepší, než trápení v nemocniční posteli.“

„Byla jsem ještě dítě, neprožívala jsem to tolik, jako bych to prožívala dnes.“

„Výčitky z toho, že jsme třeba mohli udělat něco jinak a lépe.“

„Za začátku žal, po nějaké době jsem se nad to povznesl.“

„Ztráta kousku sebe.“

„Občasné návaly smutku.“

„Zvláštní pocit, že danou osobu už nikdy nevidím.“

„Zamyšlení se nad okolím a sebou.“

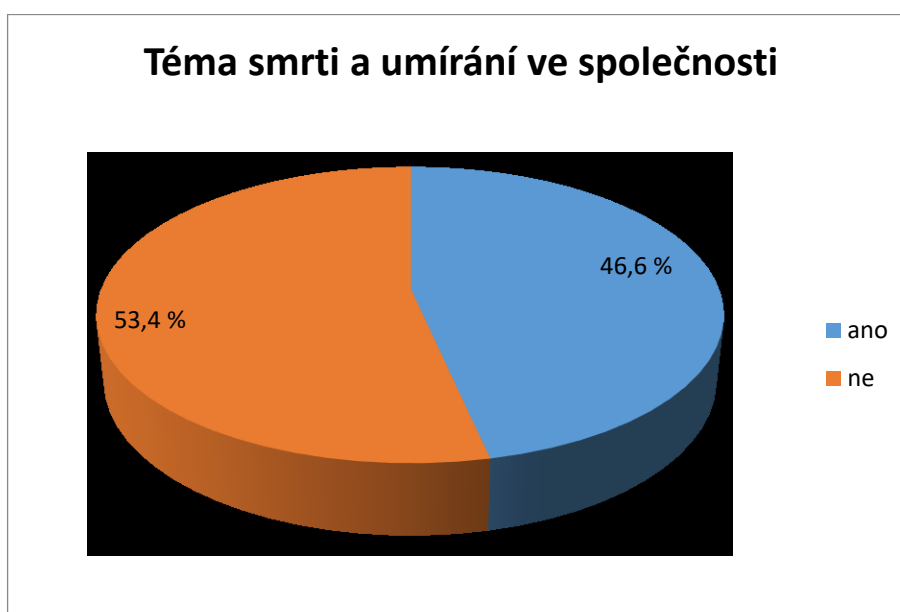
„Citová újma.“

„Strach.“

Otázka č. 11: Téma smrti a umírání ve společnosti

Odpověď	Absolutní četnost (A)	Relativní četnost (R)
ano	48	46,6 %
ne	55	53,4 %
Celkový součet	103	100 %

Tabulka č. 11 - Téma smrti a umírání ve společnosti



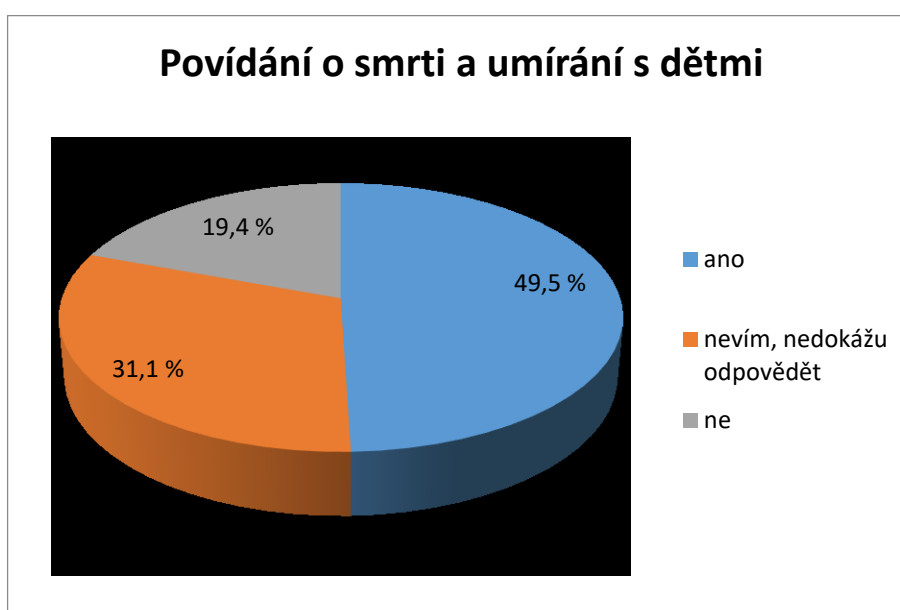
Graf č. 11 - Téma smrti a umírání ve společnosti

Co se týče otázky, zda se dle respondentů o smrti a umírání mluví dostatečně, 48 (46,6 %) si myslí, že ano, a 55 (53,4 %) respondentů uvedlo, že se na toto téma nemluví dostatečně.

Otázka č. 12: Povídání o smrti a umírání s dětmi

Odpověď	Absolutní četnost (A)	Relativní četnost (R)
ano	51	49,5 %
nevím, nedokážu odpovědět	32	31,1 %
ne	20	19,4 %
Celkový součet	103	100 %

Tabulka č. 12 - Povídání o smrti a umírání s dětmi



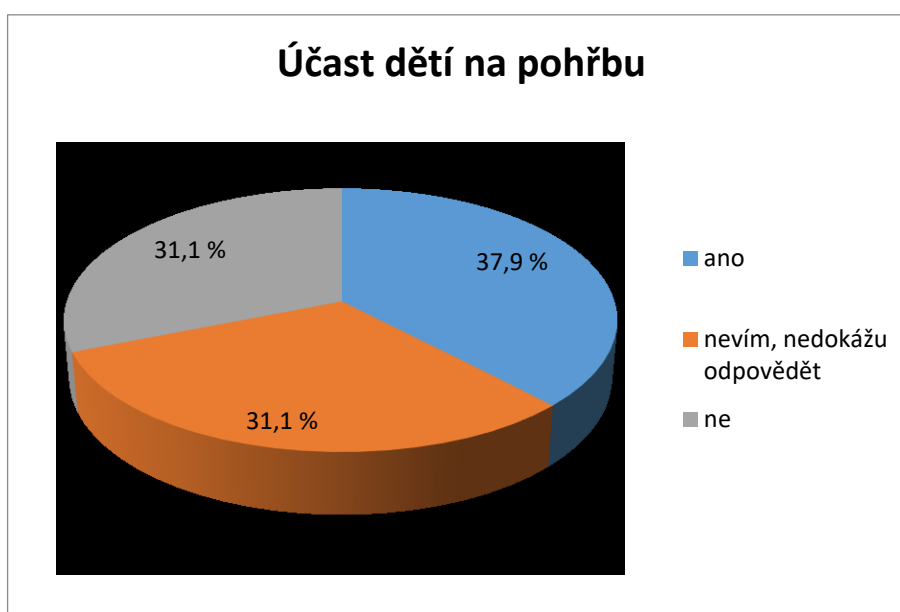
Graf č. 12 - Povídání o smrti a umírání s dětmi

Že se má o smrti a umírání hovořit také s dětmi pokládá za důležité 51 (49,5 %) respondentů, 32 (31,1 %) uvedlo, že na tuto otázku nedokáže odpovědět a 20 (19,4 %) dotázaných zastává názor, že by se s dětmi na toto téma mluvit nemělo.

Otázka č. 13: Účast dětí na pohřbu

Odpověď	Absolutní četnost (A)	Relativní četnost (R)
ano	39	37,9 %
nevím, nedokážu odpovědět	32	31,1 %
ne	32	31,1 %
Celkový součet	103	100 %

Tabulka č. 13 - Účast dětí na pohřbu



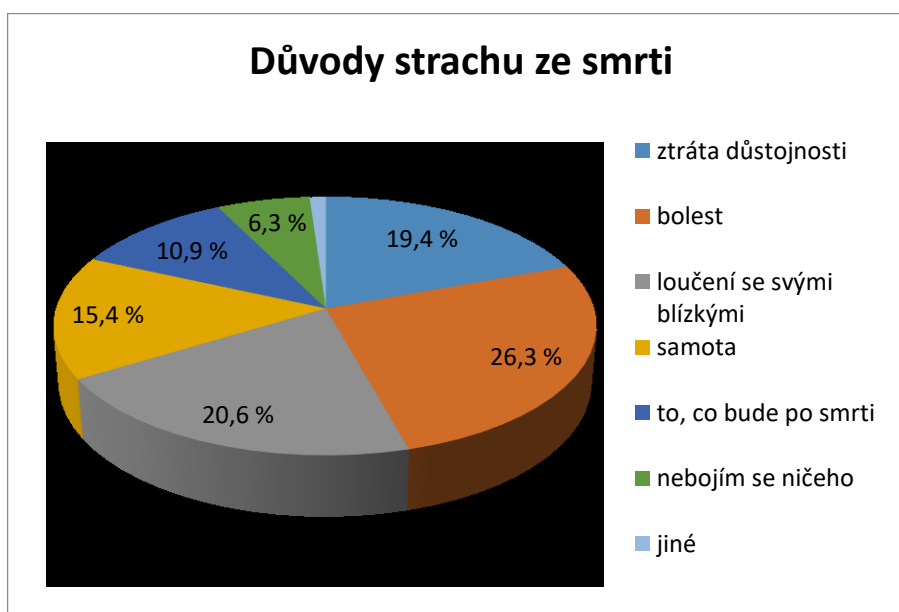
Graf č. 13 - Účast dětí na pohřbu

Co se týče názoru, zda respondenti pokládají za vhodné, aby se děti účastnily pohřbů, 39 (37,9 %) dotázaných si myslí, že ano. Odpovědět na tuto otázku nedokáže 32 (31,1 %) a naprosto shodně 32 (31,1 %) respondentů uvedlo, že by se děti pohřbů účastnit neměly.

Otázka č. 14: Důvody strachu ze smrti

Odpověď	Absolutní četnost (A)	Relativní četnost (R)
ztráta důstojnosti	34	19,4 %
bolest	46	26,3 %
loučení se svými blízkými	36	20,6 %
samota	27	15,4 %
to, co bude po smrti	19	10,9 %
nebojím se ničeho	11	6,3 %
jiné	2	1,1 %
Celkový součet	175	100 %

Tabulka č. 14 - Důvody strachu ze smrti



Graf č. 14 - Důvody strachu ze smrti

Také u této položky byla respondentům dána možnost zvolit si více odpovědí, tudíž při součtu všech položek je absolutní četnost 175.

Z výsledků vyplývá, že ztráty důstojnosti se na umírání nejvíce obává 34 (19,4 %) respondentů, z bolesti má strach 46 (26,3 %) a z loučení se svými blízkými má obavu 36 (20,6 %) dotázaných. Dále mají respondenti strach ze samoty, odpovědělo tak 27 (15,4 %), z toho, co bude následovat po smrti má obavy 19 (10,9 %) respondentů a 11 (6,3 %) uvedlo, že se na umírání nebojí ničeho. Možnost napsat vlastní odpověď využili 2 (1,1 %) respondenti, kteří jako obavu uvedli:

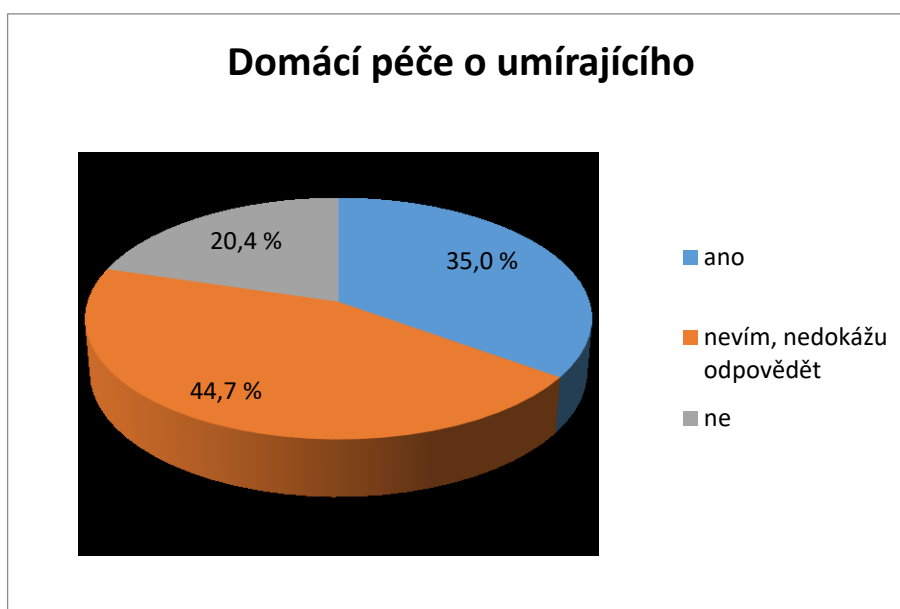
„Co bude s mými nejbližšími.“

„Nevím, nepřemýšlím nad tím.“

Otázka č. 15: Domácí péče o umírajícího

Odpověď	Absolutní četnost (A)	Relativní četnost (R)
ano	36	35,0 %
nevím, nedokážu odpovědět	46	44,7 %
ne	21	20,4 %
Celkový součet	100%	100 %

Tabulka č. 15 - Domácí péče o umírajícího



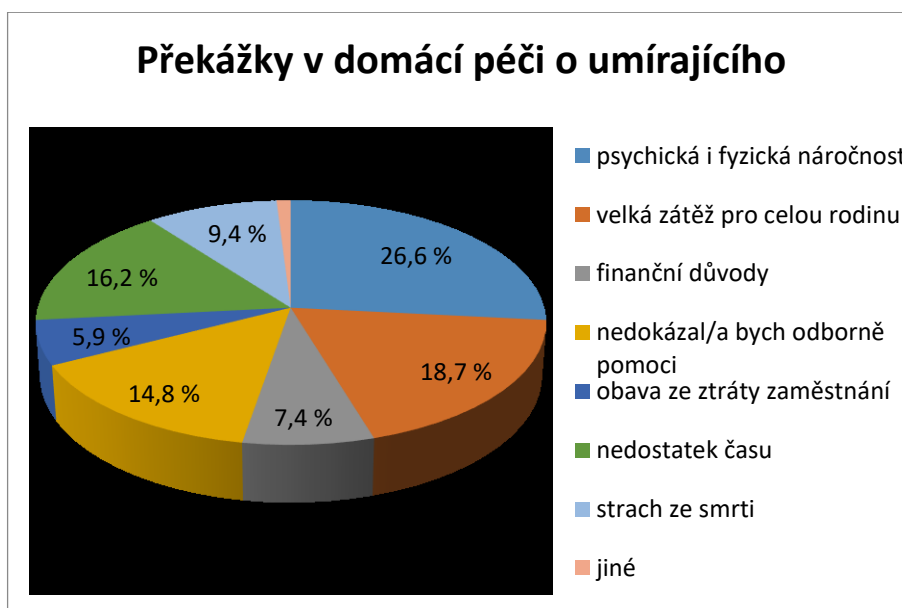
Graf č. 15 - Domácí péče o umírajícího

Z výsledků vyplývá, že 36 (35,0 %) respondentů se domnívá, že by o svého umírajícího či nevléčitelně nemocného blízkého doma pečovat dokázali. Většina dotázaných v celkovém počtu 46 (44,7 %) uvedla, že neví, tudíž na tuto otázku nedokáže odpovědět a že by o svého umírajícího blízkého doma pečovat nedokázali, si myslí 21 (20,4 %) respondentů.

Otázka č. 16: Překážky v domácí péči o umírajícího

Odpověď	Absolutní četnost (A)	Relativní četnost (R)
psychická i fyzická náročnost	54	26,6 %
velká zátěž pro celou rodinu	38	18,7 %
finanční důvody	15	7,4 %
nedokázal/a bych odborně pomoci	30	14,8 %
obava ze ztráty zaměstnání	12	5,9 %
nedostatek času	33	16,2 %
strach ze smrti	19	9,4 %
jiné	2	1,0 %
Celkový součet	203	100 %

Tabulka č. 16 - Překážky v domácí péči o umírajícího



Graf č. 16 - Překážky v domácí péči o umírajícího

Respondentům byla dána možnost zvolit si více odpovědí, absolutní četnost při součtu všech odpovědí je tedy celkem 203.

Překážku v péči o umírajícího shledává ve fyzické i psychické náročnosti celkem 54 (26,6 %) respondentů, za velkou zátěž pro celou rodinu to pokládá 38 (18,7 %) dotázaných a finanční důvody uvedlo 15 (7,4 %). Dále respondenti odpovídali, že by nedokázali od-

borně pomoci, zvolilo tak 30 (14,8 %) dotázaných, překážku v obavě ze ztráty zaměstnání uvedlo 12 (5,9 %) a nedostatek času odpovědělo 33 (16,2 %) respondentů. Co se týče strachu ze smrti jako překážky v domácí péči o umírajícího, zvolilo tak 19 (9,4 %) a 2 (1,0 %) respondenti napsali vlastní odpověď, překážku shledávají v následujícím:

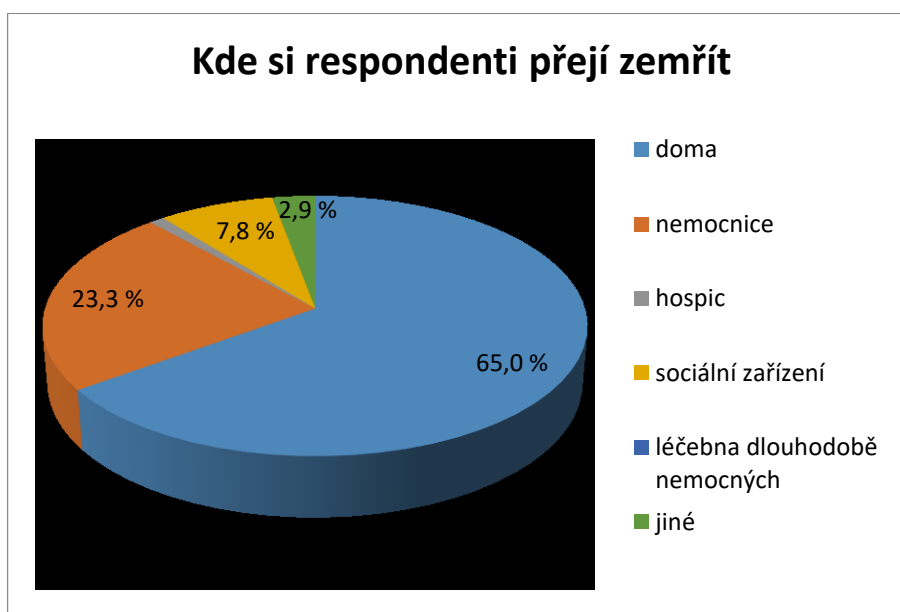
„Časově náročné a minimálně podpořené státem.“

„Neměla bych na to trpělivost.“

Otázka č. 17: Kde si respondenti přejí zemřít

Odpověď	Absolutní četnost (A)	Relativní četnost (R)
doma	67	65,0 %
nemocnice	24	23,3 %
hospic	1	1,0 %
sociální zařízení	8	7,8 %
léčebna dlouhodobě nemocných	0	0%
jiné	3	2,9 %
Celkový součet	103	100%

Tabulka č. 17 - Kde si respondenti přejí zemřít



Graf č. 17 - Kde si respondenti přejí zemřít

Z výsledků vyplývá, že doma si přeje zemřít 67 (65,0 %) respondentů, nemocnici uvedlo 24 (23,3 %) a přání zemřít v hospici zvolil pouze 1 (1,0 %) respondent. V sociálním zaří-

zení by si přálo zemřít 8 (7,8 %) dotázaných a přání zemřít v léčebně dlouhodobě nemocných nevedl nikdo z dotazovaných. Vlastní odpověď napsali 3 (2,9 %) respondenti, jež by si přáli zemřít:

„Na horách.“

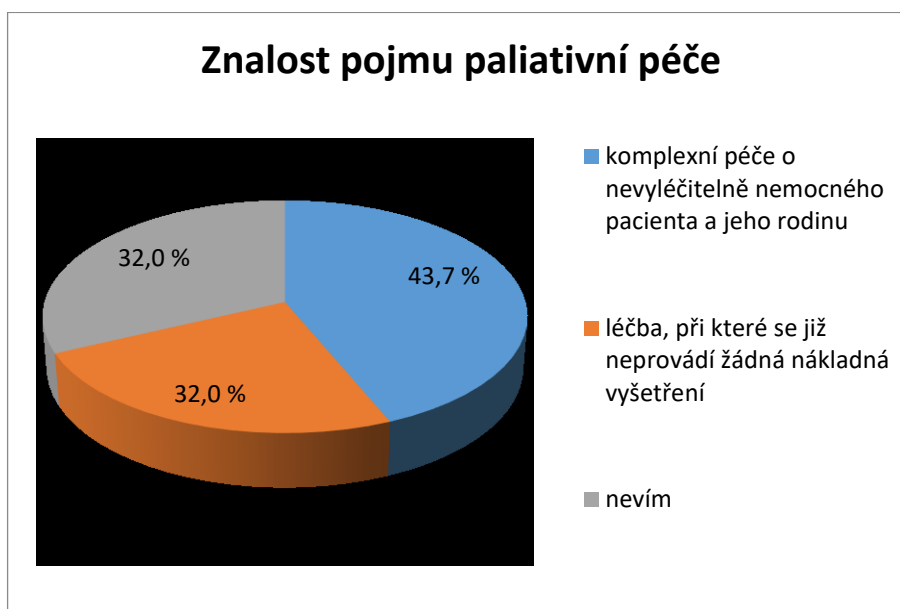
„V přírodě.“

„Těžko říct...doma je to psychicky náročné pro pozůstalé. Asi v nemocnici, ale s někým blízkým u sebe.“

Otázka č. 18: Znalost pojmu paliativní péče

Odpověď	Absolutní četnost (A)	Relativní četnost (R)
komplexní péče o nevléčitelně nemocného pacienta a jeho rodinu	45	43,7 %
léčba, při které se již neprovádí žádná nákladná vyšetření	25	24,3 %
nevím	33	32,0 %
Celkový součet	103	100 %

Tabulka č. 18 - Znalost pojmu paliativní péče



Graf č. 18 - Znalost pojmu paliativní péče

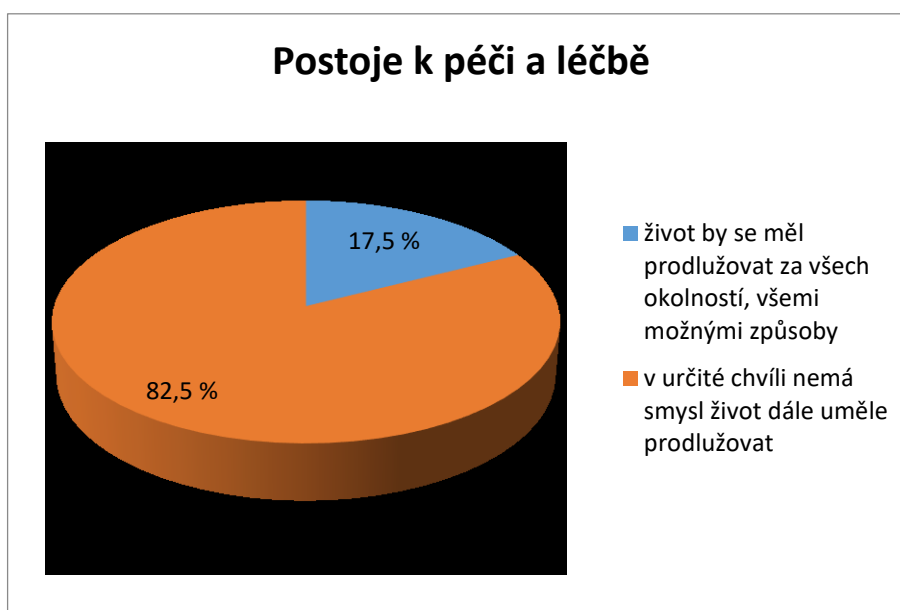
Co se týče otázky, zda respondenti mají správné povědomí o pojmu paliativní péče, z výsledků vyplývá, že 45 (43,7 %) dotázaných pokládá tuto péči za komplexní péči o nevlé-

čitelně nemocného pacienta a jeho rodinu, tudíž jejich znalost tohoto pojmu je správná. Za léčbu, při které se již neprovádí žádná nákladná vyšetření, paliativní péči považuje 25 (24,3 %) dotázaných a 33 (32,0 %) respondentů uvedlo, že neví, co tato péče znamená.

Otázka č. 19: Postoje k péči a léčbě

Odpověď	Absolutní četnost (A)	Relativní četnost (R)
život by se měl prodlužovat za všech okolností, všemi možnými způsoby	18	17,5 %
v určité chvíli nemá smysl život dále uměle prodlužovat	85	82,5 %
Celkový součet	103	100 %

Tabulka č. 19 - Postoje k péči a léčbě



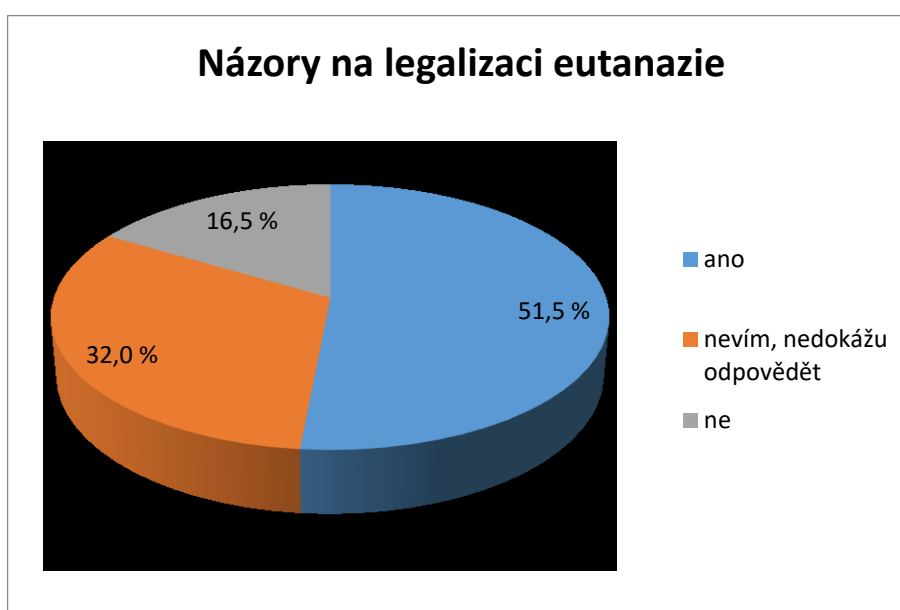
Graf č. 19 - Postoje k péči a léčbě

Respondentů, jež uvedli, že by se měl život prodlužovat za všech okolností a to všemi možnými způsoby, je dle výsledků výzkumu 18 (17,5 %). Naproti tomu většina dotázaných v celkovém počtu 85 (82,5 %) si myslí, že v určité chvíli již nemá smysl život dále uměle prodlužovat.

Odpoověď č. 20: Názory na legalizaci eutanazie

Odpoověď	Absolutní četnost (A)	Relativní četnost (R)
ano	53	51,5 %
nevím, nedokážu odpoovědět	33	32,0 %
ne	17	16,5 %
Celkový součet	103	100 %

Tabulka č. 20 - Názory na legalizaci eutanazie



Graf č. 20 - Názory na legalizaci eutanazie

Co se týče postoje respondentů k legalizaci eutanazie, 53 (51,5 %) dotázaných uvedlo, že by s její legalizací souhlasilo. Vyjádřit jednoznačný názor na tuto otázku je těžké pro 33 (32,0 %) respondentů, tudíž uvedli, že neví. Dotázaných, jež odpoověděli, že by s legalizací eutanazie nesouhlasili je celkem 17 (16,5 %).

6.2 Srovnání výsledků výzkumu se stanovenými cíli

Analýzou jednotlivých položek dotazníku jsme získali údaje, díky nimž můžeme odpovědět na dílčí výzkumné otázky této bakalářské práce a dosáhnout tak stanovených cílů výzkumu.

1. Přemýšleli či hovořili již respondenti s někým o smrti, a mluví se dle jejich názoru na toto téma dostatečně? (otázka č. 5, 6, 7, 11)

Zda již respondenti někdy přemýšleli o smrti, jsme zjišťovali otázkou č. 5. Z výsledků vyplývá, že četnost jejich myšlenek na smrt a umírání je taková, že občas nad ní přemýšlí 56 (54,4 %) dotázaných. Odpověď, že nad smrtí nikdy nepřemýšlí, si zvolilo 24 (23,3 %) a respondentů, kteří uvedli, že o smrti a umírání přemýšlí často, bylo z celkového počtu 23 (22,3 %).

Položka č. 6 nám měla poskytnout odpověď na to, zda si již respondenti o smrti a umírání již s někým povídali. Z celkového počtu uvedlo 85 (82,5 %) respondentů, že ano, a pouze 18 (17,5 %) dotázaných o smrti ještě s nikým nehovořilo.

V souvislosti s výše uvedenou položkou nás také zajímalo, s kým si tedy respondenti o smrti povídali, což jsme zjistili s pomocí otázky č. 7. Z výsledků vyplývá, že nejvíce si o smrti a umírání respondenti povídají s rodinou, odpovědělo tak 64 (36,2 %) dotázaných. Dále dotazování uváděli, že s přáteli, což zvolilo 46 (26,0 %), s partnerem či s partnerkou na toto téma mluvilo 43 (24,3 %) respondentů a 16 (9,0 %) uvedlo, že s kolegy v zaměstnání. Možnost napsat vlastní odpověď využilo 8 (4,5 %) respondentů, kteří odpovídali, že se spolužáky ve škole (odpovězeno 3x), s babičkou, sám se sebou, s doktorem, s léčitелеm či s každým.

Co se týče otázky, zda se dle respondentů o smrti a umírání mluví dostatečně, na to nám přinesla odpovědi otázka č. 11. Z celkového počtu si 55 (53,4 %) dotázaných myslí, že se na toto téma dostatečně nemluví, a 48 (46,6 %) uvedlo, že se dle jejich názoru na toto téma dostatečně mluví.

2. Jaké obavy ze smrti uvádějí respondenti nejčastěji a kde by si přáli zemřít? (otázka č. 14, 17)

Nejčastější obavu ze smrti jsme zjistili pomocí otázky č. 14. Z výsledků vyplývá, že nejvíce se respondenti obávají bolesti, odpovědělo tak 46 (26,3 %) dotázaných, dále uváděli strach z loučení se svými blízkými, což uvedlo 36 (20,6 %) a obavu ze ztráty důstojnosti

odpovědělo 34 (19,4 %) dotázaných. Ze samoty má strach 27 (15,4 %) respondentů, toho, co bude následovat po smrti, se obává 19 (10,9 %) a 11 (6,3 %) uvedlo, že se na umírání nebojí ničeho. Dále 2 (1,1 %) respondenti napsali vlastní odpověď, jeden z nich uvedl, že se obává toho, co bude s jeho nejbližšími a další respondent odpověděl, že nad tímto nepřemýšlí.

Otázka č. 17 nám poskytla odpovědi na to, kde by si respondenti přáli zemřít. Doma si přeje zemřít 67 (65,0 %) respondentů a nemocnici uvedlo 24 (23,3 %). V sociálním zařízení 8 (7,8 %) dotázaných a v hospici pouze 1 (1,0 %) respondent, z čehož dle mého názoru vyplývá, že lidé možná nemají úplně správné povědomí o tom, co hospic přesně znamená. Přání zemřít v léčebně dlouhodobě nemocných neuvedl nikdo z dotazovaných a vlastní odpověď napsali 3 (2,9 %) respondenti, jež by si přáli zemřít na horách, v přírodě, nebo v nemocnici, ale s někým blízkým u sebe.

3. Jaké jsou zkušenosti respondentů se smrtí blízké osoby a jaké dopady měla tato ztráta na jejich život? (otázka č. 9, 10)

Co se týče toho, zda respondentům již zemřel někdo blízký, jsme zjišťovali otázkou č. 9. Se smrtí blízké osoby se v životě setkalo 77 (74,8 %) dotazovaných a 26 (25,2 %) uvedlo, že jim nikdo blízký zatím nezemřel.

S tím souvisí také dopady smrti blízké osoby na život dotázaných, na což jsme získali odpovědi otázkou č. 10. Nejčastěji respondenti uváděli nižší míru soustředění, což uvedlo celkem 47 (29,7 %), 34 (21,5 %) dotázaných se potýkalo s depresí a sklon ke zvýšené konzumaci návykových látek uvedlo 19 (12,2 %) respondentů. Péči o sebe zanedbávalo 18 (11,4 %) dotázaných a pocit úlevy spojený se smrtí blízké osoby cítilo 10 (6,3 %) respondentů. Problémy v zaměstnání a finanční problémy uvedlo v obou případech shodně 7 (4,4 %) dotázaných a zanedbávání péče o domácnost 6 (3,8 %). Vlastní odpověď nám poskytlo 10 (6,3 %) respondentů, kteří např. uváděli, že jim tato ztráta způsobila citovou újmu, žal, občasné návaly smutku, ztrátu kousku sebe, zvláštní pocit, že danou osobu již nikdy neuvidí či třeba také výčitky z toho, že s rodinou mohli něco udělat jinak a lépe. Jeden z respondentů uvedl, že smrt blízké osoby na něj neměla žádné dopady, neboť to pro ni bylo vysvobození, úleva a rozhodně lepší, než trápení v nemocniční posteli.

4. Dokázali by respondenti doma pečovat o svého nemocného blízkého, a jaké překážky v této péči uvádějí nejčastěji? (otázka č. 15, 16)

Otázka č. 15 se týkala zjištění, zda by respondenti dokázali doma pečovat o umírajícího či nevléčitelně nemocného blízkého. Z výsledků vyplývá, že většina dotázaných v celkovém počtu 46 (44,7 %) uvedla, že neví, tudíž na tuto otázku nedokáže odpovědět. Celkem 36 (35,0 %) dotázaných se domnívá, že by o umírajícího blízkého doma pečovat dokázali, a naopak 21 (20,4 %) respondentů si myslí, že by to nedokázali.

V souvislosti s výše uvedeným jsme zjišťovali, jaké překážky shledávají v péči o nemocného blízkého respondenti nejčastěji, na což nám poskytla odpovědi otázka č. 16. Nejčastěji respondenti uváděli, že je tato péče psychicky i fyzicky náročná, odpovědělo tak celkem 54 (26,6 %) dotázaných, dále to pokládají za velkou zátěž pro celou rodinu, což uvedlo 38 (18,7 %) a nedostatek času je překážkou pro 33 (16,2 %) respondentů. Problém v obavě z neschopnosti odborně pomoci shledává 30 (14,8 %) dotázaných, strach ze smrti uvedlo 19 (9,4 %), finanční důvody 15 (7,4 %) a obavu ze ztráty zaměstnání odpovědělo 12 (5,9 %) respondentů. V případě této otázky nám 2 (1,0 %) dotázaní poskytli vlastní odpověď, jedna respondentka odpověděla, že by na tuto péči neměla trpělivost a další vidí problém především v nedostatku času a také uvedla, že je tato péče minimálně podpořená státem.

5. Jaký názor zastávají respondenti na rozhovory s dětmi o smrti a umírání a pokládají za vhodné, aby se děti účastnily pohřbů? (otázka č. 12, 13)

Otázka č. 12 se týkala zjištění, zda respondenti pokládají za vhodné, aby se o smrti a umírání mluvilo také s dětmi. S tím souhlasí a pokládá za důležité 51 (49,5 %) respondentů, 32 (31,1 %) uvedlo, že na tuto otázku nedokáže odpovědět a 20 (19,4 %) dotázaných zastává názor, že by se s dětmi na toto téma mluvit nemělo.

Co se týče názoru, zda respondenti pokládají za vhodné, aby se děti účastnily pohřbů, jsme zjistili otázkou č. 13. V tomto případě, na rozdíl od předchozí otázky, jsou si četnosti uvedených odpovědí o něco blíže. Z celkového počtu si 39 (37,9 %) dotázaných myslí, že by se děti pohřbů účastnit měly. Odpovědět na tuto otázku nedokáže 32 (31,1 %) a naprosto shodně 32 (31,1 %) respondentů uvedlo, že by se děti pohřbů účastnit neměly. Dle mého názoru je pozitivní, že většina dotázaných pokládá účast dětí na pohřbu za důležitou, nicméně z výsledků rozhodně vyplývá, že tuto účast respondenti pokládají za vhodnou už o něco méně, než s dětmi o smrti a umírání hovořit.

6. Jaké je povědomí respondentů o pojmu paliativní péče, jejich názor na legalizaci eutanazie a jaký postoj k péči a léčbě zaujímají? (otázka č. 18, 19, 20)

Znalost respondentů pojmu paliativní péče jsme zjistili otázkou č. 18. Celkem 45 (43,7 %) dotázaných pokládá tuto péči za komplexní péči o nevléčitelně nemocného pacienta a jeho rodinu, tudíž jejich znalost tohoto pojmu je správná, což lze pokládat za pozitivní zjištění. Dále 33 (32,0 %) respondentů přiznalo, že neví, co tato péče znamená a za léčbu, při které se již neprovádí žádná nákladná vyšetření, paliativní péči považuje 25 (24,3 %) dotázaných.

Postojů respondentů k péči a léčbě se týkala otázka č. 19. Většina dotázaných v celkovém počtu 85 (82,5 %) si myslí, že v určité chvíli již nemá smysl život dále uměle prodlužovat a 18 (17,5 %) dotázaných zastává názor, že by se měl život prodlužovat za všech okolností a to všemi možnými způsoby.

S tím souvisí také postoje respondentů k legalizaci eutanazie, což jsme zjistili otázkou č. 20. Z celkového počtu 53 (51,5 %) dotázaných uvedlo, že by s legalizací eutanazie souhlasilo. Vyjádřit jednoznačný názor na tuto otázku je těžké pro 33 (32,0 %) respondentů, tudíž odpověděli, že neví. A s legalizací eutanazie nesouhlasí 17 (16,5 %) dotázaných.

6.3 Testování hypotéz

Jako hlavní výzkumný cíl jsme si stanovili zjistit, jak vnímají smrt a umírání obyvatelé Zlínského kraje a zda toto vnímání ovlivňuje pohlaví, vzdělání, věk nebo víra. K dosažení hlavního výzkumného cíle byly dále stanoveny a vyhodnoceny hypotézy. Co se týče nulové hypotézy (H_0), mezi zkoumanými veličinami neexistuje statisticky významná závislost a výsledky jsou náhodné. Zatímco u alternativní hypotézy (H_A), mezi zkoumanými veličinami existuje statisticky významná závislost a výsledky nejsou náhodné. Zda jsou hypotézy pravdivé, či nikoliv, jsme ověřovali pomocí testu nezávislosti chí-kvadrát pro kontingenční tabulku. Tento test používáme v případech, kdy musíme rozhodnout, zda mezi dvěma pedagogickými jevy existuje nějaká souvislost. (Chráska, 2007, s. 76)

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

Údaje, jež jsme získali, jsme následně zapsali do kontingenčních tabulek a pro každé pole kontingenční tabulky jsme dále vypočítali očekávané četnosti (číslo v kulaté závorce). Postupovali jsme dle vzorce: $(P - O)^2/O$ (P = četnost, O = očekávaná četnost), s jehož pomocí jsme stanovili x^2 (číslo v tabulce uvedeno tučně). Kritérium x^2 , jež jsme testovali, jsme stanovili jako součet hodnot $(P - O)^2/O$ pro všechna pole kontingenční tabulky. Abychom mohli posoudit vypočítanou hodnotu x^2 , museli jsme dále určit počet stupňů volnosti tabulky (f), který jsme vypočítali pomocí vzorce $f = (r - 1) \times (s - 1)$, kde r = počet řádků v kontingenční tabulce a s = počet sloupců v kontingenční tabulce. Testování významnosti jsme prováděli na hladině významnosti 0,05. (Chráska, 2007, s. 77 – 78)

1H: Existuje souvislost mezi pohlavím respondentů a tím, zda je pro ně těžké mluvit a přemýšlet o smrti, či nikoliv.

1H₀: Předpokládáme, že neexistuje statisticky významná souvislost mezi pohlavím respondentů a tím, zda je pro ně těžké mluvit a přemýšlet o smrti, či nikoliv.

1H_A: Předpokládáme, že existuje statisticky významná souvislost mezi pohlavím respondentů a tím, zda je pro ně těžké mluvit a přemýšlet o smrti, či nikoliv.

K ověření této hypotézy jsme použili testu nezávislosti chí-kvadrát pro čtyřpolní tabulku a zpracovávali jsme data získaná z položek v dotazníku č. 1 a 8.

pohlaví	ano	ne	Σ
žena	38	26	64
muž	15	24	39
Σ	53	50	103

Tabulka č. 21 - Čtyřpolní tabulka k hypotéze 1H

Testované kritérium jsme vypočítali dle vzorce:

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

$$x^2 = 103 \cdot \frac{(912 - 390)^2}{64 \cdot 53 \cdot 50 \cdot 39} = 103 \cdot 0,041 = 4,223 \doteq 4,22$$

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

$$x^2_{0,05}(1) = 3,841 < x^2 = 4,22$$

Závěr:

Vypočítaná hodnota testovaného kritéria je větší než hodnota kritická, proto můžeme odmítnout 1H₀. Mezi odpověďmi na uvedené otázky byla prokázána statisticky významná souvislost. Naše hypotéza - 1H: Existuje souvislost mezi pohlavím respondentů a tím, zda je pro ně těžké mluvit a přemýšlet o smrti, či nikoliv – **byla potvrzena.**

2H: Existuje souvislost mezi věkem respondentů a tím, zda se dle jejich názoru o smrti a umírání mluví dostatečně.

2H₀: Předpokládáme, že neexistuje statisticky významná souvislost mezi věkem respondentů a tím, zda se dle jejich názoru o smrti a umírání mluví dostatečně.

2H_A: Předpokládáme, že existuje statisticky významná souvislost mezi věkem respondentů a tím, zda se dle jejich názoru o smrti a umírání mluví dostatečně.

K ověření této hypotézy jsme použili testu nezávislosti chí-kvadrát pro kontingenční tabulku a zpracovávali jsme data získaná z položek v dotazníku č. 2 a 11.

věk	ano	ne	Σ
20 – 40	32 (30,29) 0,10	33 (34,71) 0,08	65
41 – 50	7 (9,79) 0,79	14 (11,21) 0,69	21
51 - 60	9 (7,92) 0,15	8 (9,08) 0,13	17
Σ	48	55	103

Tabulka č. 22 - Kontingenční tabulka k hypotéze 2H

$$x^2 = 0,10 + 0,08 + 0,79 + 0,69 + 0,15 + 0,13 = 1,94$$

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

$$x^2_{0,05} (2) = 5,991 > x^2 = 1,94$$

Závěr:

Vypočítaná hodnota testovaného kritéria je menší než hodnota kritická, proto můžeme přijmout 2H₀. Mezi odpověďmi na uvedené otázky nebyla prokázána statisticky významná souvislost. Naše hypotéza - 2H: Existuje souvislost mezi věkem respondentů a tím, zda se dle jejich názoru o smrti a umírání mluví dostatečně – **nebyla potvrzena.**

3H: Existuje souvislost mezi dosaženým vzděláním respondentů a jejich povědomí o pojmu paliativní péče.

3H₀: Předpokládáme, že neexistuje statisticky významná souvislost mezi dosaženým vzděláním respondentů a jejich povědomí o pojmu paliativní péče.

3H_A: Předpokládáme, že existuje statisticky významná souvislost mezi dosaženým vzděláním respondentů a jejich povědomí o pojmu paliativní péče.

K ověření této hypotézy jsme použili testu nezávislosti chí-kvadrát pro kontingenční tabulku a zpracovávali jsme data získaná z položek dotazníku č. 3 a 18.

vzdělání	komplexní péče o nevléčitelně nemocného pacienta a jeho rodinu	léčba, při které se již neprovádí žádná nákladná vyšetření	nevím	Σ
základní	7 (7,86) 0,09	6 (4,37) 0,61	5 (5,77) 0,10	18
vyučen/a	8 (8,74) 0,06	7 (4,85) 0,95	5 (6,41) 0,31	20
SŠ s maturitou	15 (17,04) 0,24	6 (9,47) 1,27	18 (12,50) 2,42	39
vysokoškolské	15 (11,36) 1,17	6 (6,31) 0,02	5 (8,33) 1,34	26
Σ	45	25	33	103

Tabulka č. 23 - Kontingenční tabulka k hypotéze 3H

$$\chi^2 = 0,09 + 0,61 + 0,10 + 0,06 + 0,95 + 0,31 + 0,24 + 1,27 + 2,42 + 1,17 + 0,02 + 1,34 = 8,58$$

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

$$\chi^2_{0,05}(6) = 12,592 > \chi^2 = 8,58$$

Závěr:

Vypočítaná hodnota testovaného kritéria je menší než hodnota kritická, proto můžeme přijmout 3H₀. Mezi odpověďmi na uvedené otázky nebyla prokázána statisticky významná souvislost. Naše hypotéza - 3H: Existuje souvislost mezi dosaženým vzděláním respondentů a jejich povědomí o pojmu paliativní péče – **nebyla potvrzena.**

4H: Existuje souvislost mezi vírou respondentů a jejich názorem na legalizaci eutanazie.

4H₀: Předpokládáme, že neexistuje statisticky významná souvislost mezi vírou respondentů a jejich názorem na legalizaci eutanazie.

4H_A: Předpokládáme, že existuje statisticky významná souvislost mezi vírou respondentů a jejich názorem na legalizaci eutanazie.

K ověření této hypotézy jsme použili testu nezávislosti chí-kvadrát pro kontingenční tabulku a zpracovávali jsme data získaná z položek dotazníku č. 4 a 20.

věřící	ano	nevím, nedokážu odpovědět	ne	Σ
ano	20 (20,58) 0,02	9 (12,82) 1,14	11 (6,60) 2,93	40
ne	33 (32,42) 0,01	24 (20,18) 0,72	6 (10,40) 1,86	63
Σ	53	33	17	103

Tabulka č. 24 - Kontingenční tabulka k hypotéze 4H

$$\chi^2 = 0,02 + 1,14 + 2,93 + 0,01 + 0,72 + 1,86 = 6,68$$

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

$$\chi^2_{0,05}(2) = 5,991 < \chi^2 = 6,68$$

Závěr:

Vypočítaná hodnota testovaného kritéria je větší než hodnota kritická, proto můžeme odmítnout 4H₀. Mezi odpověďmi na uvedené otázky byla prokázána statisticky významná souvislost. Naše hypotéza - 4H: Existuje souvislost mezi vírou respondentů a jejich názorem na legalizaci eutanazie – **byla potvrzena.**

7 SHRNU TÍ VÝZKUMU

Cílem této bakalářské práce bylo s pomocí odborné literatury a realizovaného výzkumného šetření zjistit, jak vnímají smrt a umírání obyvatelé Zlínského kraje a zda toto vnímání ovlivňuje pohlaví, vzdělání, věk nebo víra. Získaná data byla zpracována a zobrazena v přehledných tabulkách a grafech.

7.1 Diskuse k výsledkům

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 62,1 % žen a 37,9 % mužů. Nejvíce respondentů bylo zastoupeno ve věku 20 – 40 let a to celkem 63,1 %, ve věku 41 – 50 let 20,4 %, a 16,5 % respondentů uvedlo věkové rozmezí 51 – 60 let. Co se týče nejvyššího dosaženého vzdělání respondentů, 37,9 % uvedlo vzdělání ukončené maturitní zkouškou, vysokoškolské vzdělání mělo 25,2 % respondentů a vzdělání ukončené výučním listem 19,4 %. Nejméně byla zastoupena skupina se základním vzděláním, což uvedlo 17,5 % respondentů, nicméně i přesto jsme očekávali o něco menší zastoupení. Otázka týkající se víry nám poskytla odpovědi na to, že 61,2 % respondentů se považuje za nevěřící a 38,8 % se uvedlo jako věřících.

Zkoumali jsme, jak často se respondenti ve svých myšlenkách zabývají umíráním a smrtí (ať už vlastní, či smrtí svých blízkých). 54,4 % dotázaných uvedlo, že nad tímto přemýšlí občas a 23,3 % nad smrtí a umíráním nepřemýšlí nikdy. Nejméně byla zastoupena odpověď, že nad smrtí dotazovaní přemýšlí často, a to v 22,3 %. O smrti a umírání si s někým již povídalo 82,5 % respondentů a 17,5 % uvedlo, že na toto téma ještě s nikým nemluvalo. Co se týče odpovědí žen a mužů na tuto položku, významný rozdíl jsme v získaných datech překvapivě nezaznamenali. V souvislosti s touto otázkou nás také zajímalo, s kým si respondenti o smrti povídají nejčastěji. Dle našich výsledků se na toto téma nejvíce hovoří v rodinách, což uvedlo 36,2 % dotázaných. Se svými přáteli o smrti mluvilo 26,0 % a překvapivě o něco nižší počet respondentů uvedl, že se svým partnerem či partnerkou a to ve 24,3 %. S kolegy v zaměstnání si na toto téma povídalo 9,0 % a 4,5 % uvedlo vlastní odpověď, o smrti mluvili např. se spolužáky ve škole, s babičkou, s doktorem či s léčitелеm.

Zajímalo nás také, zda je pro respondenty těžké o smrti a umírání mluvit či přemýšlet. Z náročného to pokládá více než polovina dotázaných, celkem 51,5 %. Naopak 48,5 % uvedlo, že to pro ně těžké není. V souvislosti s touto otázkou jsme také zkoumali, zda existuje souvislost mezi pohlavím respondentů a tím, zda je pro ně těžké mluvit a přemýšlet o smrti, či

nikoliv. K tomu jsme si stanovili hypotézu 1H, kde jsme předpokládali, že mezi těmito dvěma jevy statisticky významná souvislost existuje. Tato hypotéza se nám potvrdila. Dle výsledků výzkumu je přemýšlet či mluvit o smrti náročnější pro ženy, než pro muže.

Se smrtí blízké osoby má ve svém životě již zkušenost 74,8 % dotázaných a 25,2 % uvedlo, že jim nikdo blízký zatím nezemřel. V této souvislosti pro nás není překvapivé, že se smrtí blízké osoby uvádí nejmenší zkušenost věková skupina ve věku 20 – 40 let. Pokud se však respondenti se smrtí blízké osoby již setkali, zajímaly nás také dopady této nepříznivé události na jejich život. Nižší míru soustředění uváděli respondenti nejčastěji, celkem 29,7 %. S depresí se potýkalo 21,5 % dotázaných a zvýšený sklon ke konzumaci návykových látek (např. alkohol nebo cigarety), během tohoto období uvedlo 12,2 % respondentů. Zanedbávání péče o vlastní osobu odpovědělo 11,4 % a určitý pocit úlevy přinesla smrt blízkého člověka 6,3 % dotázaným. Což si lze vysvětlit tím, že pokud umírání trvá příliš dlouho, způsobuje to utrpení umírajícímu a často i členům jeho rodiny, mnohdy lze tedy smrt pokládat i za jakési „vysvobození“. Dále respondenti uváděli, že smrt blízké osoby na ně měla negativní vliv, co se týče problémů v zaměstnání či jim způsobila finanční problémy, odpovědělo tak shodně 4,4 % dotázaných a zanedbávání péče o domácnost uvedlo 3,8 %. Vlastní odpověď na tuto otázku nám poskytlo 6,3 % respondentů a nejčastěji odpovídali smutek, žal, strach, ztrátu kousku sebe, citovou újmu, zamyšlení se nad okolím a sebou, zvláštní pocit, že danou osobu už nikdy neuvidí či také třeba výčitky z toho, že s rodinou mohli něco udělat jinak a lépe.

Dále jsme zjišťovali, zda si respondenti myslí, že se o smrti a umírání mluví v dnešní době v naší společnosti dostatečně, či nikoliv. Více než polovina, celkem 53,4 % dotázaných uvedlo názor, že se o smrti dostatečně nemluví a naopak 46,6 % pokládá toto téma za dostatečně diskutované. Vzhledem k tomu, že výše uvedené zkušenosti se smrtí blízké osoby ovlivňuje věk respondentů (což nepokládáme za překvapivé), nás v této souvislosti také zajímalo, zda existuje souvislost mezi věkem respondentů a tím, zda se dle jejich názoru o smrti a umírání mluví dostatečně. K tomu jsme si stanovili hypotézu 2H, kde jsme předpokládali, že mezi těmito dvěma jevy statisticky významná souvislost existuje. Tato hypotéza se nám však nepotvrdila.

Zajímalo nás také, zda respondenti pokládají za vhodné na téma smrti a umírání mluvit s dětmi. Lze pokládat za pozitivní, že většina respondentů a to 49,5 % toto pokládá za důležité, tudíž uvedla, že ano. Odpovědět na tuto otázku nedokáže 31,1 % dotázaných a 19,4 % je toho názoru, že by se o smrti a umírání s dětmi mluvit nemělo. Dle našeho názoru

ru je však také důležité, aby děti dostaly možnost rozloučit se, pokud už musí v tak nízkém věku čelit smrti blízké osoby. Tudíž nás zajímal i názor respondentů na účast dětí na pohřbu. V případě této položky však respondenti tápou více, než v předchozí otázce. Naštěstí většina respondentů, a to 37,9 % zastává názor, že by se pohřbů měly účastnit i děti. Nicméně 31,1 % si není jistých, tudíž nedokáže jednoznačně odpovědět a naprosto shodně odpověděli také ti, jenž si myslí, že by se děti pohřbů účastnit neměly.

Dále jsme zkoumali, čeho se respondenti na smrti a umírání obávají. Nejvíce dotázaných uvedlo, že bolesti, celkem v 26,3 %. Z loučení se svými blízkými má obavu 20,6 % a ze ztráty své důstojnosti 19,4 %, v případě této varianty jsme však očekávali, že bude uváděna častěji. Potýkání se samotou se obává 15,4 %, toho, co bude následovat po smrti 10,9 % a 6,3 % respondentů uvedlo, že se na smrti a umírání nebojí ničeho. Vlastní odpověď nám poskytlo 1,1 % respondentů, jeden z nich uvedl obavu z toho, co bude s jeho nejbližšími a pouze jeden respondent neví, jelikož nad tímto nepřemýšlí.

Co se týče položky, zda by respondenti dokázali pečovat doma o svého umírajícího či nevléčitelně nemocného blízkého, 44,7 % uvedlo, že na tuto otázku nedokáže jednoznačně odpovědět. 35,0 % dotázaných si myslí, že by takovou péči dokázali a 20,4 % odpovědělo, že by to nedokázali. Je pro nás docela překvapivé, že respondentů, jež uvedli, že by doma o svého umírajícího blízkého pečovali, je méně než těch, kteří odpověděli, že neví. V této souvislosti nás tedy zajímalo, v čem respondenti v této péči shledávají největší překážky. Za psychicky a fyzicky náročné to považuje 26,6 % dotázaných, za velkou zátěž pro celou rodinu to pokládá 18,7 % a problém v nedostatku času na tuto péči shledává 16,2 % respondentů. 14,8 % dotázaných uvedlo, že by umírajícímu nedokázalo poskytnout odbornou péči a strach ze smrti představuje překážku pro 9,4 % respondentů. Problém v nedostatku financí představuje problém pro 7,4 % dotázaných a pouze 5,9 % uvedlo obavu ze ztráty zaměstnání, u čehož jsme očekávali procento o něco vyšší, ale možná s tímto také souvisí už výše uvedený problém v nedostatku času, právě kvůli obavě ze ztráty zaměstnání. 1,0 % respondentů nám poskytlo také vlastní odpověď, kdy jeden z nich uvedl, že by na domácí péči neměl trpělivost a druhý respondent odpověděl, že je tato péče časově náročná a minimálně podpořená státem, s čímž zřejmě souvisí právě obava ze ztráty zaměstnání.

Dále jsme zkoumali, kde by si respondenti přáli zemřít. Domácí prostředí považuje za nejvhodnější 65,0 % respondentů, institucionalizované prostředí jako je nemocnice uvedlo 23,3 % a v sociálním zařízení (např. v domově pro seniory) by si přálo zemřít 7,8 % dotázaných. Vlastní odpověď uvedlo 2,9 % respondentů, tito dotázaní by si přáli zemřít na ho-

rách, v přírodě, nebo v nemocnici, ale s někým blízkým u sebe. Přání zemřít v hospici odpovědělo pouze 1,0 % respondentů, z čehož dle našeho názoru vyplývá, že společnost nemá úplně správné povědomí o tom, co hospic přesně znamená. Překvapilo nás, že za vhodnější místo pro umírání respondenti považují nemocnici. Co se týče přání zemřít v léčebně dlouhodobě nemocných, z celkového počtu respondentů takto neodpověděl nikdo.

Chtěli jsme také zjistit, zda mají respondenti náležitou znalost pojmu paliativní péče. Většina dotázaných odpověděla správně, tudíž že paliativní péče znamená komplexní péči o nevléčitelně nemocného pacienta i jeho rodinu (zdravotní, duševní, duchovní a sociální podporu), uvedlo tak 43,7 % dotázaných, což považujeme za pozitivní výsledek. 32,0 % respondentů odpovědělo, že neví, co tato péče znamená a 24,3 % se domnívá, že je to léčba, při které se již neprovádí žádná nákladná vyšetření. V souvislosti s touto položkou jsme dále zjišťovali, zda existuje souvislost mezi dosaženým vzděláním respondentů a jejich povědomí o pojmu paliativní péče. K tomuto ověření jsme si stanovili hypotézu 3H, kde jsme předpokládali, že mezi těmito dvěma jevy statisticky významná souvislost existuje. K našemu překvapení se nám však tato hypotéza nepotvrdila. Spíše pro nás bylo velmi překvapivé, že respondenti s maturitním vzděláním uváděli, že neví, co tato péče znamená o něco častěji, než respondenti s výučním listem a se základním vzděláním. Dotazovaní s vysokoškolským vzděláním pojem paliativní péče většinou znali, nicméně i přesto jsme očekávali, že správnost jejich odpovědí bude o něco vyšší.

Co se týče přístupu respondentů k péči a léčbě, 82,5 % si myslí, že v určité chvíli již nemá smysl život dále uměle prodlužovat a 17,5 % dotázaných uvedlo, že by se měl život prodlužovat za všech okolností, a to všemi možnými způsoby. S tímto souvisí také otázka eutanazie. Zajímalo nás tedy, zda by respondenti s její legalizací souhlasili, či nikoliv. 51,5 % dotázaných odpovědělo, že ano, 32,0 % nedokáže jednoznačně odpovědět a 16,5 % respondentů by s legalizací eutanazie nesouhlasilo. V souvislosti s touto položkou jsme dále zjišťovali, zda existuje souvislost mezi vírou respondentů a jejich názorem na legalizaci eutanazie. K tomu jsme si stanovili hypotézu 4H, kde jsme předpokládali, že mezi těmito dvěma jevy statisticky významná souvislost existuje. Tato hypotéza se nám potvrdila. Zjištěné rozdíly nebyly příliš vysoké, i přesto však věřící respondenti uváděli o něco častěji, že by s legalizací eutanazie nesouhlasili, než respondenti, jež se považují za nevěřící.

7.2 Doporučení pro praxi

K tématu smrti a umírání přistupuje společnost stále ještě poněkud rezervovaně, lidé často nevědí, jak na toto téma mluvit a z výsledků realizovaného výzkumného šetření jsou také patrné určité nedostatky, týkající se postojů veřejnosti ke smrti a umírání. Na základě studia odborné literatury tedy uvádíme několik doporučení pro praxi.

Z analýzy dat, které jsme měli k dispozici, jsme zjistili, že většina respondentů sice pokládá za důležité o smrti a umírání mluvit také s dětmi, nicméně i přesto počet těch, kteří si tím nejsou jistí, nebo to pokládají za nevhodné, považujeme stále za poměrně vysoký. Rodiče a příbuzní se často snaží děti od tématu smrti ochránit, jelikož to pro ně vzhledem k jejich věku považují za příliš citlivé a bolestivé. Bohužel právě tato snaha děti chránit nebývá tím nejlepším řešením, děti jsou velmi citlivé a vnímavé, málokdy se spokojí s vysvětlením typu např. že „maminka odjela na dlouhou cestu“, apod. Dříve nebo později se jejich otázky na smrt blízkého člověka vrátí, a pokud jim jejich nejbližší dospělí raději „milosrdně“ lžou, často to vycítí. Pokládáme za velmi důležité o smrti a umírání s dětmi mluvit, odpovídat na jejich otázky citlivě a úměrně jejich věku tak, aby byly obeznámeny i s touto poslední fází života a dostaly také možnost smíření se se smrtí jejich blízké osoby. Dnes už existuje velké množství literatury, jež se zaměřuje právě na komunikaci o smrti a umírání s dětmi. Doporučujeme tedy, v případě, že rodiče tápou jak se svými dětmi o tomto tématu mluvit, hledat v této literatuře možnosti, tipy a rady, jež by jim a hlavně jejich dítěti mohly pomoci. Zároveň si však uvědomujeme, že to z velké části záleží právě na iniciativě samotných rodičů.

S touto problematikou souvisí také otázka účasti dětí na pohřbu. V případě této položky pocíťují respondenti ještě větší nejistotu, než v případě výše uvedené komunikace. Rodiče se zřejmě často obávají, že účast dítěte na pohřbu pro něj bude mít neblahý vliv a bude se touto vzpomínkou ještě dlouho trápit. Jsme si vědomi toho, že sociální akt jako je pohřeb v dítěti vyvolá smutek a pravděpodobně i pláč, nicméně stejně jako v případě dospělých, i pro dítě je velmi důležité dostat možnost rozloučit se se svým blízkým a následně se s touto ztrátou lépe vyrovnat. Dítě si musí projít fází smutku stejně jako my dospělí a je také velmi důležité nechat děti, aby se vyplakaly. Nutit je, aby své pocity potlačovaly, by jim v tomto procesu naopak uškodilo. Ve snaze své děti ochránit si to rodiče zřejmě často neuvědomují. Zároveň však zdůrazňujeme, že je především na dítěti, aby se rozhodlo, zda se pohřbu zúčastní, či nikoliv. Ze zkušeností svých známých vím, že naopak nutit dítě

k účasti na pohřbu je stejným pochybením, jako mu v účasti bránit. Stejně jako v případě výše uvedené problematiky komunikace, i zde je vhodné využít dostupnou literaturu, jež se tímto zabývá a snaží se nasměrovat rodiče, jak tyto situace řešit. Pokud má však dítě z účasti na pohřbu obavy, doporučujeme tedy rodičům, aby svým dětem poskytli jiné způsoby, jak se rozloučit. Například dát jim možnost o této smutné události něco říct, nakreslit nebo napsat, nebo také na památku blízkého člověka pomoci zasadit např. strom – to vše jsou také výborné terapeutické principy.

Dále jsme zjistili, že většina respondentů neví, zda by o svého umírajícího či nevléčitelně nemocného blízkého dokázali pečovat doma. V minulosti byla tato domácí péče samozřejmou a naprosto přirozenou, dnes však veřejnost pociťuje určité obavy. Není nijak překvapivé, že většina dotázaných v této péči shledává problém v psychické a fyzické náročnosti a že to považují za velkou zátěž pro celou rodinu. Ovšem značná část dotázaných také uvedla problém v nedostatku času, s čímž nepochybně souvisí, že si nemohou dovolit ukončit pracovní poměr a pečovat tedy o svého nevléčitelně nemocného blízkého v domácím prostředí. Z tohoto důvodu doporučujeme, aby se péče o nevléčitelně nemocné či umírající blízké zakotvila také do zákoníku práce a poskytla pečujícím osobám jistotu, že nepřijdou o své zaměstnání a že pokud se rozhodnou pečovat o svého blízkého umírajícího doma, bude tato doba uznána jako odpracovaná.

Z výsledků také vyplynulo, že za nejpříjemnější prostředí pro umírání považují respondenti právě svůj vlastní domov, což není překvapivé. Naopak nás však překvapilo, že přání zemřít v nemocnici uváděli respondenti na druhém místě, na rozdíl od hospice, který ze 103 respondentů, jako místo pro přijatelné umírání, uvedl pouze 1. Z toho usuzujeme, že veřejnost možná neví, co hospic přesně znamená a jaké možnosti umírajícím i jejich rodinám poskytuje. Předpokládáme, že jej respondenti považují možná za jakýsi „dům smrti“. Proto si myslíme, že zde je na místě osvěta. Dle našeho názoru je tedy vhodné např. formou přednášek a diskusí veřejnost o možnostech hospicové péče lépe informovat.

S tím souvisí také povědomí veřejnosti o pojmu paliativní péče. Výsledky sice ukazují na to, že většina dotázaných ví, co tato péče znamená, nicméně i procento dotázaných, jež neví, nebo za paliativní péči považují něco jiného, pokládáme za poměrně vysoké. Stejně jako v případě hospicové péče, i tady doporučujeme přednášky či diskuse, které by měly veřejnost o pojmu paliativní péče lépe informovat a vysvětlovat možnosti, jež moderní paliativní léčba nabízí.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá způsobem vnímání smrti a umírání u obyvatelů Zlínského kraje a je rozdělena do dvou částí – na část teoretickou a praktickou. Teoretická část obsahuje čtyři kapitoly, jež shrnují poznatky z odborné literatury. První kapitola se zabývá thanatologií jako vědním oborem, druhá kapitola se týká problematiky smrti a umírání, třetí kapitola definuje paliativní péči a čtvrtá kapitola charakterizuje období dospělosti.

V praktické části dochází k analýze získaných dat, jež jsme získali formou kvantitativního výzkumného šetření. Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit, jak vnímají smrt a umírání obyvatelé Zlínského kraje a zda toto vnímání ovlivňuje pohlaví, vzdělání, věk nebo víra. Pro jeho dosažení byly stanoveny čtyři hypotézy, z nichž dvě byly verifikovány a dvě falzifikovány. Dále bylo vytvořeno šest dílčích výzkumných cílů a výzkumných otázek, na něž nám poskytla odpovědi analýza získaných dat.

Kromě dosažení výše uvedeného hlavního výzkumného cíle jsme však také chtěli, aby čtenáři i účastníci výzkumu alespoň trochu přehodnotili své postoje ke smrti a umírání, a zamysleli se také nad tím, jak důležité je doprovázení umírajících a že někdy z něj možná máme až zbytečně velkou obavu. V dnešní době se však člověk snaží myšlenky na smrt a umírání spíše potlačit, a jakmile čelí smrti blízkého člověka, ovládá jej často strach a bezmoc. Je třeba, abychom se naučili vnímat smrt jako běžnou součást života a i přes tu bolest a zármutek, jež nám tato ztráta způsobí, přijímat ji s pokorou a s láskou tomu učit také naše děti, neboť zkušenost se smrtí a umíráním v dětství nás ovlivňuje po celý život.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BADENAS, Roberto. *Jak čelit utrpení: odvaha a naděje ve světě plném problémů*. Praha: Advent-Orion, spol. s r.o., 2016. ISBN 978-80-7172-731-6.
2. BROWN, Laurene Krasny a Marc Tolon BROWN. *Když Dinosaurům někdo umře: malá knížka o velkých starostech pro malé i velké*. 1. vyd. V Praze: Cesta domů, 2010. 30 s. ISBN 978-80-904516-0-5.
3. BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada, 2015, 168 s. Sestra. ISBN 978-80-247-5402-4.
4. DÉMUTHOVÁ, Slávka. *Vybrané problémy tanatologie*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2015. 84 s. ISBN 978-80-210-7907-6.
5. GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000, 207 s. ISBN 80-85931-79-6.
6. GIDDENS, Anthony a Philip W. SUTTON. *Sociologie*. Praha: Argo, 2013, 1049 s. ISBN 978-80-257-0807-1.
7. GOLDMAN, Linda. *Jak s dětmi mluvit o smrti*. Praha: Portál, 2015, 87 s. ISBN 978-80-262-0819-8.
8. GOLDMANN, Radoslav a Martina CICHÁ. *Etika zdravotní a sociální práce*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004, 126 s. Skripta. ISBN 80-244-0907-0.
9. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2., přeprac. vyd. Praha: Galén, c2007, 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.
10. CHRÁSKA, Miroslav a Ilona KOČVAROVÁ. *Kvantitativní design v pedagogických výzkumech začínajících akademických pracovníků*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, 2014, 108 s. Pedagogika. ISBN 978-80-7454-420-0.
11. CHRÁSKA, Miroslav, 2007. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 265 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1369-4.
12. KNOX, Jeanette Bresson Ladegaard. *Je smrt jako duha?* 1. vydání. V Praze: Cesta domů, 2017. 47 s. Bludiště. ISBN 978-80-88126-31-7.
13. KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *Hovory s umírajícími*. 1. vyd. [Nové Město nad Metují]: Signum unitatis, 1992. 135 s. ISBN 80-85439-04-2.

14. KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O smrti a umírání*. 1. vyd. Praha vyd. ve spolup. s Nadací Klíček: Arica, 1993. 251 s. ISBN 80-900134-6-5.
15. LOUČKA, Martin, Štěpán ŠPINKA a Martina ŠPINKOVÁ. *Eutanazie: víme, o čem mluvíme?*. 2., přepracované vydání. Praha: Cesta domů, 2015, 51 s. ISBN 978-80-88126-08-9.
16. MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 2010, 128 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3171-1.
17. NEŠPOROVÁ, Olga. *O smrti a pohřbívání*. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury, 2013, 351 s., xvi s. obr. příl. ISBN 978-80-7325-320-2.
18. PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Eutanazie - pro a proti*. Praha: Grada, 2012, 256 s. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-4659-3.
19. ŠIKLOVÁ, Jiřina. *Vyhoštěná smrt*. 1. vyd. Praha: Kalich, 2013. 127 s. ISBN 978-80-701-7197-4.
20. ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *O posledních věcech člověka: vybrané kapitoly z thanatologie*. Praha: Galén, c2014, 315 s. ISBN 978-80-7492-138-4.
21. ULRICHOVÁ, Monika. *Různé tváře smrti: vybrané kapitoly z thanatologie*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2009, 143 s. ISBN 978-80-7041-743-0.
22. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2007, 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.
23. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál, 2000, 528 s. ISBN 80-7178-308-0.
24. ZELENKOVÁ, Helena. *Hra na život a na smrt*. 1. vydání. Praha: Vladimír Kvasnička, nakladatelství Vodnář, 2015. 180 s. ISBN 978-80-7439-099-9.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

apod.	a podobně
atd.	a tak dále
ČSPM	Česká společnost paliativní medicíny
MS	Microsoft
např.	například
s.	strana
tzv.	tak zvané
WHO	Světová zdravotnická organizace

SEZNAM OBRÁZKŮ

Graf č. 1	Pohlaví respondentů
Graf č. 2	Věk respondentů
Graf č. 3	Nejvyšší ukončené vzdělání
Graf č. 4	Víra respondentů
Graf č. 5	Četnost myšlenek na umírání a smrt
Graf č. 6	Povídání o smrti
Graf č. 7	S kým již respondenti mluvili o smrti
Graf č. 8	Náročnost o smrti a umírání mluvit či přemýšlet
Graf č. 9	Smrt blízké osoby
Graf č. 10	Dopady smrti blízké osoby
Graf č. 11	Téma smrti a umírání ve společnosti
Graf č. 12	Povídání o smrti a umírání s dětmi
Graf č. 13	Účast dětí na pohřbu
Graf č. 14	Důvody strachu ze smrti
Graf č. 15	Domácí péče o umírajícího
Graf č. 16	Překážky v domácí péči o umírajícího
Graf č. 17	Kde si respondenti přejí zemřít
Graf č. 18	Znalost pojmu paliativní péče
Graf č. 19	Postoje k péči a léčbě
Graf č. 20	Názory na legalizaci eutanazie

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1	Pohlaví respondentů
Tabulka č. 2	Věk respondentů
Tabulka č. 3	Nejvyšší ukončené vzdělání
Tabulka č. 4	Víra respondentů
Tabulka č. 5	Četnost myšlenek na umírání a smrt
Tabulka č. 6	Povídání o smrti
Tabulka č. 7	S kým již respondenti mluvili o smrti
Tabulka č. 8	Náročnost o smrti a umírání mluvit či přemýšlet
Tabulka č. 9	Smrt blízké osoby
Tabulka č. 10	Dopady smrti blízké osoby
Tabulka č. 11	Téma smrti a umírání ve společnosti
Tabulka č. 12	Povídání o smrti a umírání s dětmi
Tabulka č. 13	Účast dětí na pohřbu
Tabulka č. 14	Důvody strachu ze smrti
Tabulka č. 15	Domácí péče o umírajícího
Tabulka č. 16	Překážky v domácí péči o umírajícího
Tabulka č. 17	Kde si respondenti přejí zemřít ⁵
Tabulka č. 18	Znalost pojmu paliativní péče
Tabulka č. 19	Postoje k péči a léčbě
Tabulka č. 20	Názory na legalizaci eutanazie
Tabulka č. 21	Čtyřpolní tabulka k hypotéze 1H
Tabulka č. 22	Kontingenční tabulka k hypotéze 2H
Tabulka č. 23	Kontingenční tabulka k hypotéze 3H
Tabulka č. 24	Kontingenční tabulka k hypotéze 4H

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha PI - Dotazník

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Vážená respondentko, vážený respondente,

studuji sociální pedagogiku na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně a obracím se na Vás s prosbou o vyplnění krátkého dotazníku k mé bakalářské práci s názvem „Smrt a umírání jako sociální problém“. Tento dotazník je určen obyvatelům Zlínského kraje a věkové kategorii od 20 do 60 let. Je zcela anonymní a výsledky budou sloužit pouze jako empirický základ práce. Pokud nebudete vyzváni jinak, vybírejte prosím pouze jednu variantu.

Děkuji za Váš čas a upřímné odpovědi.

Simona Denková

1. Pohlaví:

- žena
- muž

2. Kolik je Vám let?

- 20 – 40
- 41 – 50
- 51 - 60

3. Jaké je Vaše nejvyšší ukončené vzdělání?

- základní
- vyučen/a
- SŠ s maturitou
- vysokoškolské

4. Jste věřící?

- ano
- ne

5. Jak často přemýšlíte o smrti a umírání (o Vaší nebo Vašich blízkých)?

- často
- občas
- nikdy

6. Povídal/a jste si někdy s někým o smrti? (pokud odpovíte ne, pokračuje prosím otázkou č. 8)

- ano
- ne

7. Pokud ano, tak s kým? (je možno vybrat i více odpovědí)

- rodina
- partner/ka
- přátelé
- kolegové v zaměstnání
- jiné (prosím doplňte):

8. Je pro Vás těžké mluvit nebo přemýšlet o smrti?

- ano
- ne

9. Zemřel Vám někdo blízký? (pokud odpovíte ne, pokračujte prosím otázkou č. 11)

- ano
- ne

10. Jaké dopady má/měla smrt blízké osoby na Váš každodenní život? (je možno vybrat i více odpovědí)

- zanedbávání péče o sebe
- zanedbávání péče o domácnost
- problémy v zaměstnání
- finanční problémy
- nižší míra soustředění
- deprese
- sklon ke zvýšené konzumaci návykových látek (alkohol, cigarety)
- pocit úlevy
- jiné (prosím doplňte):

11. Myslíte si, že se v dnešní době o smrti a umírání mluví dostatečně?

- ano
- ne

12. Má se dle Vašeho názoru mluvit o umírání a smrti s dětmi?

- ano
- nevím, nedokážu odpovědět
- ne

13. Myslíte si, že by se děti měly účastnit pohřbů?

- ano
- nevím, nedokážu odpovědět
- ne

14. Čeho se na umírání nejvíce obáváte? (je možno vybrat i více odpovědí)

- ztráty důstojnosti
- bolesti
- loučení se svými blízkými
- samoty
- toho, co bude po smrti
- nebojím se ničeho
- jiné (prosím uveďte):

15. Dokázal/a byste doma pečovat o umírajícího nebo nevléčitelně nemocného blízkého?

- ano
- nevím, nedokážu odpovědět
- ne

16. Co jsou pro Vás největší překážky v domácí péči o umírajícího nebo nevléčitelně nemocného blízkého? (je možno vybrat i více odpovědí)

- psychická i fyzická náročnost
- velká zátěž pro celou rodinu
- finanční důvody
- nedokázal/a bych odborně pomoci
- obava ze ztráty zaměstnání
- nedostatek času
- strach ze smrti
- jiné (prosím doplňte):

17. Kde byste si přáli zemřít?

- doma
- nemocnice
- hospic
- sociální zařízení
- léčebna dlouhodobě nemocných
- jiné (prosím doplňte):

18. Co podle Vás znamená pojem „paliativní péče“?

- komplexní péče o nevyléčitelně nemocného pacienta i jeho rodinu - zdravotní, duševní, duchovní a sociální podpora
- léčba, při které se již neprovádí žádná nákladná vyšetření
- nevím

19. Který z následujících postojů k péči a léčbě zastáváte?

- život by se měl prodlužovat za všech okolností, všemi možnými způsoby
- v určité chvíli nemá smysl život dále uměle prodlužovat

20. Souhlasil/a byste s legalizací eutanazie?

- ano
- nevím, nedokážu odpovědět
- ne