UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra antropologie a zdravovědy

Bakalářská práce

Iveta Rajchová

Holistický přístup k umírání a smrti

Olomouc 2019 vedoucí práce: PaedDr. et Mgr. Marie Chrásková, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedenou literaturu a zdroje.

V Olomouci dne …… ……..

Poděkování

Ráda bych tímto velmi poděkovala vedoucí mé bakalářské práce PaedDr. et Mgr. Marii Chráskové, Ph.D. za cenné rady, vstřícnost při konzultacích a věcné připomínky, které mi pomohly tuto práci zkompletovat.

Obsah

Úvod 5
Hlavní cíl a dílčí cíle výzkumu 6
I. TEORETICKÁ ČÁST 7
1 Holistický přístup ke zdraví a nemoci 7
2 Historie umírání a smrti 8
3 Současnost umírání a smrti 10
3.1 Institucionalizace a tabuizace smrti 10
4 Paliativní péče 12
5 Hospic 13
5.1 Historie hospiců 13
5.2 Hospice ve světě 14
5.3 Formy hospicové péče 14
6 Umírání 15
8 Administrativa spojená s umíráním a smrtí 18
9 Truchlení 19
10 Poradenství pro pozůstalé 20
11 Alternativní možnosti pohřbívání 22
II. PRAKTICKÁ ČÁST 24
12 Metodika výzkumu 24
13 Charakteristika zkoumaného vzorku 25
14 Výsledky výzkumu 26
15 Analýza a porovnávání údajů 43
Závěr 52
Referenční seznam 54
Souhrn 58
Summary 59
Seznam příloh 60
ANOTACE 66

Úvod

Jelikož populace demograficky stárne a umírání je čím dál více intitucionalizováno a odsouváno do pozadí, lidé běžně neumírají doma a smrt je brána jako něco, co do našeho světa nepatří, považuji téma umírání a smrti za velmi aktuální.

Tato bakalářská práce se tedy zabývá problematikou umírání a smrti. Jde o téma velmi aktuální, jelikož je v dnešní době neprávem skrýváno a tabuizováno.

Na začátku teoretické části objasňuji, co znamená holistický přístup ke smrti a umírání. Dále popisuji jednotlivá témata související s umíráním. Přibližuji, jak se umíralo v minulosti a jak se umírá dnes. Také se zabývám problematikou paliativní péče a hospicové péče, kde píšu o jejích formách. Dále popisuji fáze procesu umírání a administrativní náležitosti spojené s úmrtím blízké osoby. Na konci teoretické části popisuji truchlení a na úplný závěr zde pro zajímavost uvádím alternativní možnosti pohřbívání**.**

V praktické části se zaměřuji na pět respondentů, kteří mají zkušenost s úmrtím blízké osoby. V rozhovoru jsem s nimi probírala problematiku domácí péče, důstojnosti, poradenství a holistického přístupu k umírajícím osobám.

Tato práce mi přinesla hodně nových poznatků, které mi snad pomohou někdy brilantně zvládnout situaci spojenou s umíráním některého z členů mojí rodiny.

Hlavní cíl a dílčí cíle výzkumu

Hlavní cíl

Zjistit, jaké jsou rozdíly v přístupu k umírajícím osobám a názorech na domácí péči mezi dospělými lidmi od 30 do 50 let.

Dílčí cíle

C1: Zjistit, zda respondenti smrt blízkého čekali.

C2: Zjistit, zda byl respondentův blízký člověk až do konce svého života doma.

C3: Zjistit, zda respondenti využili poradenství pro umírající.

C4: Zjistit, jaké výhody spatřují respondenti v domácí péči.

C5: Zjistit, jaké nevýhody spatřují respondenti v domácí péči.

C6: Zjistit, kde je podle respondentů nejlépe zajištěno důstojné umírání.

C7: Zjistit, zda respondenti využili poradenství pro pozůstalé a zda ví, že existuje.

C8: Zjistit, jaká doba uplynula od úmrtí blízkého a zda respondenti vidí spojitost mezi časem a intenzitou zármutku.

C9: Zjistit, v jakém vztahu byli respondenti se zemřelými.

C10: Zjistit, zda si respondenti myslí, že dnešní společnost dává dostatečný prostor pro truchlení pozůstalých.

C11: Zjistit, která oblast z holistického přístupu je podle respondentů nejvíce opomíjena při přístupu k umírajícím osobám.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 Holistický přístup ke zdraví a nemoci

Termín holismus je odvozen z řečtiny (řec. *holos*) a znamená celek. Z holistického pohledu je organismus člověka integrovaná a organizovaná jednota a jakákoliv porucha jedné části organismu se zákonitě projeví poruchou jiné části nebo celého systému, neboť jednotlivé části lidské osoby jsou v úzké interakci (Trachtová, 2001, s. 9).

Každý člověk je celek sestavený ze čtyř dimenzí, a to z biologické, psychické, sociální a spirituální, kdy tyto čtyři dimenze od sebe nelze jednotlivě oddělovat. Současně mají všechny tyto dimenze lidské osoby těsnou vzájemnou koordinaci. Zdraví každého člověka se projevuje ve všech těchto dimenzích, a aby byl člověk zdravý, musí u něj docházet k uspokojování základních potřeb souvisejících s těmito čtyřmi dimenzemi (Slabý, 1991, s. 14).

Podle Světové zdravotnické organizace je zdraví stav biologické, psychické a sociální pohody a nemoc jako diskomfort v jedné, ve dvou nebo ve všech těchto složkách. K tomuto výčtu aspektů je však přidáván ještě aspekt duchovní (spirituální) a ekologický. Je tedy důležité dbát na pohodu nemocného člověka, která by mu měla být navrácena, někdy se také jedná o pojem „blaho“ (Haškovcová, 2000, s. 25).

Je například známo, že velký stres a dlouhodobá psychická zátěž může být faktorem nebo jednou z příčin vzniku somatického onemocnění (Trachtová, 2001, s. 9).

Za potřeby, které je nutné uspokojovat, aby byl člověk dlouhodobě zdravý, považujeme biologické potřeby, které jsou všem živým organismům společné. Je to např. potřeba růstu, výměna látek a energií, udržování stálosti vnitřního prostředí, rozmnožování. Psychické potřeby jsou relativní a specifické pro každého člověka. Všechny se však týkají oblasti emocí a jednou takovou potřebou může být např. potřeba bezpečí. Každý jedinec se vyvíjí v kontaktu s okolním prostředím a lidmi a od této lidské společnosti potřebuje ocenění, kladné vztahy, přijetí a lásku. Tyto potřeby můžeme považovat za potřeby sociální. Aby byly uspokojeny také potřeby spirituální, musíme si uvědomit, že jde o zcela specifickou dimenzi každého člověka. Tyto potřeby mají tvůrčí

charakter, kdy za příklad takové potřeby můžeme považovat potřebu uvažovat, vědět, vytvářet hodnoty a vztahy, jimiž se každý člověk seberealizuje a uskutečňuje (Slabý, 1991, s. 14).

V holistickém přístupu k člověku jako lidské bytosti, např. při jeho ošetřování, vidíme snahu o zajištění a zachování rovnováhy mezi technickým rozvojem zdravotní péče a potřebami každého jedince, neboť tento pokrok medicíny a její léčebné intervence dostaly prioritu před člověkem jako celistvou lidskou bytostí (Mastiliaková, 1999, s. 8).

Každý člověk je odlišně vnímavý k určitým onemocněním a tedy stejné příčiny mohou u různých lidí vyvolat různě závažné zdravotní poruchy. Rovněž se u téhož jedince mění vnímavost vzhledem k patogenním faktorům, které mohou být biologické (např. nesprávná strava), psychické (např. zármutek ze smrti milované osoby), sociální (např. problémy v zaměstnání), nebo spirituální (např. neúspěšné plnění svých životních cílů). Všechny stresové reakce organismu probíhající jako odpověď na zátěž závisí mj. na tom, jak jedinec hodnotí svoji současnou životní situaci a jakým způsobem, zda vůbec, je schopen vyrovnat se se všemi nepříznivými vlivy. Podpora rodiny, přátel a stabilní mezilidské vztahy jsou odpovědí na otázku, čím se chránit před nepříznivými účinky negativních emočních stavů na lidské zdraví (Slabý, 1991, s. 16).

2 Historie umírání a smrti

Lidem byl vždy znám fakt, že ten, kdo se narodí, musí jednou také zemřít. Mezi umíráním v minulosti a dnes však shledáme značné rozdíly. Jedním z nich je to, jakým způsobem lidé smrt akceptovali. Brali ji jako předěl mezi krutým životem na zemi a věčným životem v ráji. Tato víra jim dodávala odvahu nebát se smrti (Haškovcová, 2000, s. 23).

I přes to, že se dnešní smrt liší od té v minulosti, musíme uznat fakt, že právě smrt je tím, co nás všechny spojuje. Spoustu starověkých civilizací známe především díky tomu, že byly objeveny jejich hroby. Každá tato civilizace se lišila svými způsoby a rituály, které souvisely s umíráním, smrtí a pohřbíváním. V mnoha kulturách například nebyl zesnulý považován opravdu za mrtvého, nebyl-li řádně dokončen rozklad jeho těla.

Mnoho civilizací také věřilo na posmrtný život či reinkarnaci, jiné civilizace například nechávaly zesnulé několik měsíců zabalené v látce sedět v jednom z koutů jejich domu (Kerrigan, 2008, s. 7-10).

Špatná dostupnost nebo absence lékařů, infekce, různá zranění a špatná výživa, to vše zapříčiňovalo fakt, že se lidé dožívali pouze nízkého věku a dožít se dospělosti byl téměř zázrak. Pro doby minulé je také charakteristická vysoká dětská a kojenecká úmrtnost právě z výše uvedených důvodů. Udává se, že je tomu teprve asi 200 let, co pozemský život nabyl na významu. Dříve totiž bývalo samozřejmější zemřít, nežli žít. Díky tomu ale lidé „uměli" umírat, jelikož smrt byla viděna všude kolem (Haškovcová, 2000, s. 23-24).

I přes rozvoj medicíny a s tím spojené zajištění dlouhého života se ještě dnes v mnoha kulturách shledáme s názorem, že smrt není úplným koncem, ale pouze předělem mezi světem živých a jinou pozemskou existencí, což je myšlenkou reinkarnace. Na některých místech na zemi, například na Madagaskaru, je smrt, resp. pohřební rituál, přehlídkou veselí, opilosti, bitev a morálního uvolnění, kdy je povolen i incest mezi sestrami a bratry (Kerrigan, 2008, s. 12-15).

Ariés ve svých knihách popisuje několik modelů smrti, které se objevovaly v lidské kultuře od počátku jejího zrodu dodnes. Rozeznává celkem 5 modelů:

I. **smrt ochočená, respektive zkrocená** typická pro raný středověk, ale i dávno předtím. Smrt má veřejnou povahu, úmrtí je společenská a veřejná událost.

II. **smrt sebe sama** – smrt se přiklání k individualitě, člověk již nechce podrobovat svoje umírání a smrt kolektivu. Chce více žít a smrti se bojí a brání se jí.

III. **smrt vzdálená i blízká** – lidé žijí s myšlenkou na smrt po celý život, strach ze smrti ztratil na významu. Ovšem ani zde není smrt plně odmítána.

IV. **smrt blízkých** – „doba krásných smrtí". Opětování smrti jako krásného a očekávaného okamžiku, nástup spiritismu.

V. **smrt převrácená** – „neviditelná". Smrt nepatří do každodenního života společnosti. Je pociťován odpor ke sdělování blížícího se konce lidského života. Lidé také nesmí projevovat svou bolest na veřejnosti. Charakteristická je zde

institucionalizace a medikalizace. Přenesení odpovědnosti na nemocniční personál (Ariés, 2000; Špatenková, 2014, s. 24-27).

Tento popis však může být značně zkreslený, jak píše například ve své knize Elias (1998). Ariés prý umírání ve středověku idealizoval a popisuje tuto dobu jako dobu, kdy se lidé k mrtvým chovali s úctou. Opak však má být pravdou. Tehdejší dobu sužovaly morové epidemie a války. Jak píše Elias (1998, s. 16), tehdejší život byl *„vášnivý, násilnický, proto nejistý, krátký a divoký“*. Smrt tedy byla bolestivá, což je dnes díky medicíně téměř odstraněno. Elias i Ariés se však shodují na tom, že umírání v dnešní době je osamělé, tabuizované a skryté veřejnosti.

3 Současnost umírání a smrti

3.1 Institucionalizace a tabuizace smrti

Pro dnešní dobu je typické smrt institucionalizovat, tedy odsouvat ji do různých institucí, nejčastěji do nemocnic nebo hospiců. Na rozdíl od přirozeného umírání, které bylo typické pro minulost, se dnes přechází k tzv. medikalizaci smrti, což znamená, že se smrt stává objektem lékařů a medicíny. Umírající člověk je tedy nezřídka pod neustálým dohledem lékařů a obvykle také přijímá určité množství medikamentů, které ho mají uklidnit a ztišit, a tím tak smrt jaksi schovat (Špatenková, 2014, s. 27-28).

Kromě institucionalizace, medikalizace a profesionalizace dochází zároveň i k depersonalizaci smrti (Feldmann, 2004, s. 162).

Alan (1989, s. 392-393) tvrdí, že v dnešní době je tragickou a nepatřičnou smrtí ta, která přijde dříve, než ve vysokém věku.

Fenomén tabuizované smrti se rodí v 19. století, kdy začínáme díky rozvoji vědy a techniky vítězit nad smrtí i v dříve beznadějných případech. Současně se prodlužuje průměrná délka života a právě život se stává středem zájmu na úkor umírání a smrti. V dnešní urychlené společnosti není na smrt čas, není čas ani na pohřeb, kterého se účastní čím dál méně lidí. Truchlení pozůstalých je také méně viditelné a okolí tak často

ani neví, jaká tragédie dotyčného zrovna postihla. Smrt je tedy dnes chápána jako něco, co vůbec není přirozenou součástí života (Ariés, 2000, s. 321-324).

Tabuizace smrti je zapříčiněna přesvědčením vítězné medicíny o její neporazitelnosti. Ta bere smrt člověka jako jakousi prohru, neúspěch a každá individuální smrt se jeví jako nespravedlivá a předčasná. Nastává zde problém ohledně hranic možností a dovedností lékařů, kdy rodiny zemřelých bývají často rozčarovány z toho, že doktoři neudělali dost pro záchranu svých blízkých i přes to, že ví, že každý musí jednou zemřít. Smrt je dnes tedy pokládána za selhání jak lékařů, tak techniky, je vhodné o ní mlčet a ujišťovat se, že moderní medicína v budoucnosti zvítězí i nad příčinami dnešních úmrtí. Problém ale nastává tehdy, pokud vážně onemocní člen rodiny nebo blízký přítel. Tady už není možné smrt schovávat, musíme se s ní tedy vypořádat. V případě smrti blízké osoby našich známých nejlépe zastaneme roli doprovázejícího, který ví, že smrt je jedinou jistotou v našem nejistém životě (Haškovcová, 2000, s. 21-22).

3.2 Dystanázie

„Stav, kdy je smrt neodvratná, a přesto je stále a namáhavě oddalována, nazývají odborníci dystanázie, neboli zadržená smrt“ (Haškovcová, 2000, s. 32). Dystanázie je tedy stav, ve kterém je lékařem udržován nevyléčitelně nemocný pacient za pomocí umělých a mnohdy drahých prostředků a postupů. Lékař si je zároveň vědom toho, že tyto prostředky nemohou pacienta vyléčit, pouze prodlužují jeho život. Jedná se tedy o tzv. zadrženou smrt (Dobríková-Porubčanová, 2005, s. 234).

Haškovcová (2000, s. 32) také uvádí, že v dnešní vyspělé době se lidé nechtějí smířit s konečností života a tak se jej snaží prodloužit za každou cenu, kdy spoléhají na vyspělou medicínu, která smrt odsouvá stále dál a dál. Tím lidé nabyli dojmu, že zemřít je vlastně téměř vždy předčasné a nevhodné. Přelomovým se píše rok 1920, kdy byly objeveny nové léky a později i antibiotika. V této době je nesamozřejmost života vystřídána nesamozřejmostí smrti. Příčina úspěchu tkví v rozvoji léčby infekčních onemocnění, v chirurgických zákrocích a v rozvoji transplantologie.

Majtán (2010, s. 18) tvrdí, že dystanázie pouze prodlužuje utrpení nemocného. Pacient je tedy uměle udržován při životě na úkor jeho důstojnosti a mnohdy trpí bolestmi.

Nebrat na vědomí konečnost lidského života je podle Haškovcové projev lidské i profesionální neodpovědnosti, která se může vymstít zejména tehdy, když jsou pozdě a nepatřičně zohledněny potřeby člověka, který se právě ocitl v procesu umírání. Zde je vítězná medicína již nepotřebná a umírající i jeho blízcí potřebují zcela jinou pomoc. Touto pomocí je paliativní péče, která je bohužel ve většině případů zahajována buď pozdě, anebo vůbec (Haškovcová, 2000, s. 32).

4 Paliativní péče

Paliativní neboli útěšná péče je nadějný a ucelený systém pomoci jak umírajícím, tak jejich rodinám. Paliativní péči lze poskytovat například ve speciálních zařízeních, která se nazývají hospice. Hospicové hnutí se snaží začlenit paliativní péči také do vítězné medicíny a zároveň do ní zapojit i rodinu (Haškovcová, 2000, s. 34). Paliativní péče zahrnuje znalosti a dovednosti, které jsou užity v péči o pacienty s terminálním či život-ohrožujícím onemocněním. Tato pomoc by měla být poskytována všemi sestrami, které by měly rozpoznat základní příznaky pacienta a pomoci se zajištěním jejich řešení. Důraz je kladen na porozumění prožitků umírajícího a jeho rodiny a na komunikaci o jejich individuálních potřebách (O´connor, Aranda, 2005, s. 15).

Podle Světové zdravotnické organizace je paliativní péče přístup, který zlepšuje kvalitu života pacientů a jejich rodin při problémech spojených s život-ohrožujícím onemocněním, a to prostřednictvím prevence, úlevy od bolesti, časnou identifikací, léčbou bolesti a jiných problémech, ať už fyzických, psychosociálních, nebo duchovních (WHO, 2019).

U paliativní péče je důležité, že je kladen důraz na celkový neboli holistický přístup k umírajícímu i k jeho blízké rodině. Jelikož zde již kurativní péče nemá veliké zastoupení, musí paliativní péče, přesněji sociální, duševní i duchovní pomoc nabýt na významu a pestrosti. Jestliže však dojde k náhlé příznivé změně v průběhu nemoci, musí být paliativní péče opět změněna na kurativní (Haškovcová, 2000, s. 34).

Světová zdravotnická organizace konstatuje, že paliativní péče:

- *„podporuje život a považuje umírání za normální proces,*
- *ani neurychluje, ani neoddaluje smrt,*
- *poskytuje úlevu od bolesti a jiných svízelných symptomů,*

- *začleňuje do péče o pacienta psychické a duchovní aspekty,*
- *vytváří podpůrný systém, který pomáhá pacientům žít co nejaktivnější život až do smrti,*
- *vytváří podpůrný systém, který pomáhá rodině vyrovnat se s pacientovou nemocí a zármutkem po jeho smrti.“* (WHO, 1990).

Haškovcová ve své knize (2000) uvádí, že se obor paliativní medicíny postupně rozvíjí a je zahrnován do učebních osnov středních i vyšších zdravotnických škol a lékařských fakult. Podle okolností může pacient zažádat o ukončení kurativní léčby, avšak nikdy nesmí být ukončena péče. Je nutné vystřídat radikální léčbu léčbou paliativní, posléze terminální. Právě paliativní péče by měla být zahájena tehdy, jsou-li negativní důsledky kurativní léčby větší, než pozitivní přínos. Lze také kombinovat kurativní i paliativní léčbu. Vzhledem k náročnosti mohou paliativní péči poskytovat také dobrovolníci, kteří lidem poskytují psychologickou, sociální i duchovní pomoc. Rodina se může do role poskytovatele paliativní péče také angažovat, avšak mnohdy je to právě ona, která tuto péči potřebuje. Rodina je poskytovatelem především emoční podpory umírajícímu. Po smrti člena rodiny je vhodná tzv. péče nebo poradenství pro pozůstalé.

5 Hospic

5.1 Historie hospiců

Český překlad anglického slova *hospic* je útulek nebo útočiště. Původ tohoto termínu pochází již ze středověku, kde se tak nazývaly tzv. domy odpočinku využívané poutníky, kteří zde pobyli pár dní, během kterých načerpali síly a zahojili rány pro další cestu. Již v 18. století dala jistá Mary Aikdenheadová podnět pro zřízení speciální nemocnice určené pro umírající nazývané Hospic. Další rozvoj těchto zařízení spadá až do 20. století. Za zmínku patří názvy prvních hospiců *St. Joseph´s Hospice v Hackney* (Londýn) a *St. Christopher´s Hospice* také v Londýně. (Haškovcová, 2000, s. 39-40)

Domovem hospicového hnutí, jak vyplývá z výše zmíněných dvou zařízení, je Velká Británie. Výše uvedený *St. Christopher´s Hospice* byl zřízen londýnskou zdravotní sestrou Cecilly Saundersovou, která se rozhodla, že si ke splnění svého snu vybudovat tento hospic, pomůže vystudováním lékařství. Sen se jí splnil a dnes je tento hospic znám po celém světě. Vnukl také myšlenku hospicového hnutí mnoha zemím světa, kde začaly podobné hospice vznikat také. Dnes je po celém světě zřízeno více než 2000 hospiců (Svatošová, 2011, s. 110).

5.2 Hospice ve světě

Ve všech zemích provozujících hospice se uplatňuje stejná myšlenka, i když formy této péče se mohou podle místních podmínek lišit. Například v USA převládá domácí forma hospicové péče, která ale v některých případech nestačí. Ošetřovatelské domy jsou správnou volbou pro ty, kteří potřebují lůžko, a kde péče rodiny již není z jakýchkoliv důvodů možná. Různé formy hospicové péče závisí především na způsobu financování těchto zdravotních služeb. Například v Itálii má kvalita života nemocného přednost před ekonomikou, hospicový personál včetně lékařů a jiných odborníků běžně dochází k hospicovým pacientům až do jejich bytů kdykoliv, kdy je to potřeba (Svatošová, 2011, s. 111).

5.3 Formy hospicové péče

Domácí hospicová péče

O tom, že by chtěl pacient umírat v domácím prostředí obklopen rodinou, většinou není pochyb. Ne vždy jsou pro to ale vhodné podmínky, ať už se jedná o malý byt, nedostatek financí apod. Pokud jsou ale podmínky k provedení domácí péče vhodné, většinou zde chybí odbornost rodinných příslušníků, se kterou je v péči přistupováno k nemocným. Ve většině případů domácí hospicové péče tedy pečujícím rodinám pomáhají odborníci. Ti poskytují svou pomoc jak umírajícímu, tak i pečující rodině. Domácí hospicová péče je vhodná pro ty, kteří nechtějí a především nemusí trávit zbytek života v nemocnici a zároveň jim stačí podpora a pomoc rodiny. Rodina zde nemocnému

poskytuje ale spíše laickou pomoc, na tu odbornější jsou tu právě zdravotníci, kteří docházejí do domu nemocného v pravidelných intervalech, nebo když je to potřeba (Haškovcová, 2000, s. 53-54).

Stacionární hospicová péče (denní pobyty)

Tato forma hospicové péče je vhodná zejména pro ty, kteří mají bydliště přímo v místě, nebo v jeho okolí. Nemocný je do hospicového stacionáře přivezen rodinou nebo zaměstnancem hospice (záleží na domluvě) brzy ráno a obvykle odpoledne nebo navečer odvezen zpět domů. Tato forma hospicové péče je nemocným využívána z různých důvodů. Mohou to být např. diagnostické důvody, kdy je kontrolována bolest; léčebné důvody za účelem aplikace konkrétní léčby, např. chemoterapie; psychoterapeutické důvody – ty mají zejména opuštění nemocní lidé a nakonec azylové důvody, které jsou vůbec nejčastější, rodina nebo nemocný zkrátka potřebují vzájemný odpočinek, což je zcela běžné a není na tom nic špatného (Svatošová, 2011, s. 115-116).

Lůžková hospicová péče

Důvody pro zvolení lůžkové formy hospicové péče mohou být totožné jako u stacionární péče s tím rozdílem, že pacientovi není umožněno každodenní dojíždění z důvodu vzdálenosti jeho bydliště, nebo kvůli jeho špatnému zdravotnímu stavu. Velmi rozšířeným mýtem zůstává názor, že je hospic domovem smrti a kdo si sem přijde lehnout, musí zde i zemřít. Pravdou je fakt, že zde pacient zemřít může, ale nemusí. Lůžková forma hospicové péče je opakovaně a účelně využívána především pacienty s nádorovými onemocněními, kteří uznají, že to doma zvládají již těžko, avšak není zrovna nutný pobyt v nemocnici (Svatošová, 2011, s. 117).

6 Umírání

Každému z nás je zcela jasné, že jednou zemře, téměř nikdo však neví, kdy a jakým způsobem (Haškovcová, 2002, s. 203). Umírání jako takové je poslední fází v životě člověka, která může u každého trvat jinak dlouhou dobu (Kübler-Ross, 2014, s. 31).

Situaci, kdy je zdravotní stav pacienta neslučitelný se životem, můžeme nazvat umíráním (Haškovcová, 1975, s. 76).

V lékařském slovníku můžeme pojem umírání nahradit synonymem terminální stav. Terminální stav je potom stav, kdy dochází k nevratnému selhávání funkcí orgánů a tkání a jehož důsledkem je smrt. Terminální stav je ale pouze umírání lidského těla, nikoliv lidské osoby (Haškovcová, 2002, s. 204). Nikdo by totiž neměl zemřít dříve psychicky, než fyzicky (Haškovcová, 2002, s, 206).

V jistém slova smyslu můžeme říci, že člověk umírá již od narození. Proces umírání lze z jistého hlediska rozdělit na tři časově a výrazně odlišná období: pre finem, in finem a post finem. Za počátek období pre finem můžeme označit sdělení nepříznivé diagnózy a uvědoměním si, že pacientův zdravotní stav již není slučitelný se životem a smrt lze tedy dříve či později očekávat (Haškovcová, 2002, s. 205). Období in finem neboli lékařsky terminální stav již bezprostředně hraničí s fyzickou smrtí lidského těla. Vyvstávají zde pak otázky paliativní či hospicové péče, případně euthanázie. Období post finem přichází bezprostředně po vlastní smrti člověka. Toto období je charakteristické péčí o mrtvé tělo a psychickým strádáním pozůstalých (Kübler-Ross, 1972, s. 232). Velmi obtížnou nutností této fáze bývá způsob sdělování úmrtí příbuzným (Haškovcová, 2002, s. 233).

Z jiného hlediska můžeme umírání rozdělit do pěti období, kde je každé velmi odlišné svou charakteristikou. Těmito fázemi jsou: popírání a izolace, zlost, smlouvání, deprese, akceptace (Kübler-Ross, 2015).

7 Fáze procesu umírání

1. fáze: popírání a izolace

Většina lidí, která se nachází v terminální fázi svého života, si nedokáže připustit skutečnost, že se blíží jejich konec. Jsou přesvědčeni, že se jich konec netýká, že to přeci není pravda a ještě nenastal jejich čas (Kübler-Ross,2015, s. 51). Podle Haškovcové

(2000, s. 64) je čas umírání obdobím krize jak pro umírajícího samotného, tak pro okolí, jež se umírání více či méně účastní. Dominují zde pocity strachu a nejistoty.

Velmi častá reakce pacientů na sdělení diagnózy, respektive svého onemocnění (např. nádorového), bývá šoková, kdy jsou pacienti velmi zaskočeni (Kübler-Ross, 1992, s. 15). Nemocní mají tendenci utíkat pryč od reality tím, že si nemoc nepřipouští; nalhávají si, že se lékaři při sdělování diagnózy jistě spletli, popřípadě požadují po lékaři dodatečná a opětovná vyšetření. Pacient také velmi často zapomíná na tíživou skutečnost tím, že zaměřuje svoji pozornost například ke svým koníčkům a zájmům. Neprodleně po zjištění diagnózy však většinou pacienti reagují velmi bouřlivě, zmateně. Dotyční nechápou, co se kolem nich děje a dál nejsou schopni přijímat a třídit nové informace. Není výjimkou, že pacienti v rozrušení odmítnou další léčbu a pomoc druhých osob (Kübler-Ross, 2015 s. 15-18).

2. fáze: zlost

Pacient si ve stádiu zlosti svůj hněv vylévá takřka na každém, ať už se jedná o rodinu, nebo nemocniční personál. Jde o velmi obtížné období jak pro pacienta samotného, tak pro celé jeho okolí. Má pocit, že je mu ukřivděno, že taková nemoc potkala právě jeho. Pacient pociťuje zlost zejména proto, že si uvědomí, čeho všeho je nucen se předčasně vzdát, nebo že všechny jeho těžce vydělané peníze půjdou do rukou někoho, kdo si je vůbec nezaslouží. Problém je především v tom, že se málokdo snaží pacientovi opravdu pomoci, pochopit ho a vyslechnout. Když jej ale okolí začne respektovat a věnovat mu patřičný čas, pacientův hněv se zmírní. Začne mít pocit, že je také ceněnou lidskou bytostí a že ostatním není lhostejný (Kübler-Ross, 2015, s. 64-67).

3. fáze: smlouvání

Pacient se během svého života naučil taktiku „odměny za dobré chování." Této taktiky se mnohdy snaží dosáhnout i umírající, nejčastěji pomocí přání a modliteb, které pronášejí nejčastěji k Bohu. Nejčastějším přáním je prodloužení života či prožití alespoň pár dnů bez skličujících bolestí. Smlouvání je tedy jakýsi pokus o odklad, který má být odměnou

za ono dobré chování. Důvodem smlouvání může být například touha dožít se nějaké významné události, jako je třeba svatba potomka (Kübler-Ross, 2015, s. 98-100).

4. fáze: deprese

Když už je zjevné, že pacient boj o svůj život prohrává, je pocit zlosti vystřídán pocitem ztráty. Přichází deprese z utrpěných ztrát všeho, čeho jsme se museli kvůli nemoci vzdát a z toho, jaké ztráty nás ještě čekají. Pacient se pomocí deprese může připravovat na blížící se ztrátu jeho blízkých a není zde na místě utěšování pacienta, že všechno bude dobré. Vhodné je například pobídnutí pacienta k vyjádření žalu, kterým může dospět ke konečnému smíření (Kübler-Ross, 2015, s. 101-103).

5. fáze: akceptace

Pokud lze smrt pacienta alespoň nějakou dobu předem očekávat, při překonání čtyř výše zmíněných stadií u něj obvykle nastane stav akceptace, kdy pacient nepociťuje hněv, ani depresi. V této fázi je pacient mnohdy vyčerpaný a dopřává si spánek i během dne. Období akceptace si však nesmíme plést se šťastným obdobím, pacient se pouze oddává klidu a upřednostňuje samotu před návštěvami (Kübler-Ross, 215, s. 127-129). Ještě dodám slova Haškovcové (2000, s. 66), která říká, že k umírání patří časté střídání chutí, nechutenství a nakonec úplné odmítání potravy.

8 Administrativa spojená s umíráním a smrtí

Haškovcová (2000, s. 70-81) píše, že umírající v dnešní době nezřídka chtějí sepsat závěť neboli testament. Ta může být napsána přímo umírajícím vlastní rukou, jinak než vlastní rukou před svědky, nebo notářem. Sepsání závěti u notáře se ukázalo jako nejlepší volba. Při úmrtí v domácím prostředí je třeba zavolat lékaře, který mrtvé tělo zkontroluje a konstatuje smrt. Poté je tělo ošetřeno základními postupy a připraveno na odvoz na pitevnu, nebo do márnice.

Při úmrtí v nemocnici jsou zdravotníci povinni přiměřeně informovat o úmrtí rodinu nebo příbuzné zemřelého. Po rozloučení rodiny se zemřelým je jeho tělo řádně označeno, aby následně nedošlo k jakékoliv záměně. Zdravotní sestra také shromáždí všechny osobní věci zemřelého, vč. zubní protézy, šperků, nebo peněz. Poté je vydán jmenný seznam věcí a tento předávací protokol pozůstalosti je řádně podepsán jak sestrou, tak tím, co pozůstalost přebírá. V případě, že se jedná o hodnotnější pozůstalosti, jsou tyto věci předány soudu jako předmět pozůstalostního řízení. Občanský průkaz zemřelého je předán tomu, kdo zařizuje jeho pohřeb (Haškovcová, 2000, s. 81-86).

O zřízení pohřbu lze zažádat u kterékoliv pohřební služby. Je zapotřebí dodat občanský průkaz jak zemřelého, tak toho, co pohřeb zařizuje. Další nezbytností je doklad o úmrtí. Již při zařizování pohřbu se obvykle provádí jeho platba (Haškovcová, 2000, s. 93).

9 Truchlení

„Zármutek není nemoc, ze které by se člověk mohl uzdravit“ (Firthová et all, 2007, s. 39).

K zármutku a žalu dochází u příbuzných umírajícího ještě dříve, než dojde k samotnému úmrtí. Časově lze počátek zármutku zasadit do doby in finem, tedy doby, kdy je rodina i samotný pacient seznámen s jeho závažným zdravotním stavem. Projevy strachu a zármutku může vyjádřit také sám umírající, kdy může až propadnout depresím a zoufalství z blížícího se konce života. V takovém případě není výjimkou pláč, kterému by nemělo být bráněno ani rodinou, ani nemocničním personálem. Na místě je naopak rozhovor zdravotníka či někoho z rodiny s umírajícím o uspořádání věcí po smrti, ať už se jedná o pohřeb, majetek atp. Pacient je po takovémto rozhovoru zpravidla více klidný a vyrovnaný (Haškovcová, 2007, s. 87-88).

První reakcí na ztrátu milované osoby bývá tzv. ohlušení, oněmění, kdy pozůstalí nemohou a nechtějí uvěřit, co se stalo. A to i přes to, šlo-li smrt nějakým způsobem očekávat. V této chvíli je vhodné udělat vše, co pozůstalým pomůže ztrátu blízkého akceptovat. Může se jednat o důstojné rozloučení, poslední setkání „tváří v tvář“ se zemřelým apod. Bezprostřední pocity po smrti milované osoby bývají bezmoc, lítost,

strach a hněv. Projevy těchto pocitů, stejně tak jako jejich intenzita, jsou u každého jedince opět velmi individuální. Ohlušení trvá zpravidla do pohřbu, Ovšem to, co prožívají pozůstalí bezprostředně po ztrátě milované osoby, se nedá vyjádřit pouze jedním slovem (Haškovcová, 2000, s. 89-90).

„Doposud existující jistoty se z jejich života náhle vytratily, jejich svět je smrtí milovaného člověka nečekaně a navždy změněn“ (Špatenková, 2008, s. 9).

John Bowlby prokázal, že agresivní chování jako reakce na ztrátu někoho blízkého v sobě máme biologicky zakódované. Je taky prokázaný vztah mezi prožíváním zármutku a fyzickým zdravím truchlícího. Není výjimkou úmrtí vdovce do roka od úmrtí jeho partnera.Jak říká Bonett Steinová: *„Truchlit neznamená jen cítit smutek. Je to specifický psychologický proces, během něhož truchlící nabývají schopnosti oprostit se od některých citů, které vztahovali k člověku, jenž už neexistuje…“*(Špatenková, 2001, s. 21-24).

U potlačovaného zármutku pozůstalých, ať už z jakéhokoliv důvodu, se u nich může dříve či později objevit některý psychiatrický, nebo dokonce až somatický symptom. Pokud si připomeneme, že zdraví je stav tělesné, duševní, sociální a spirituální pohody, pak truchlení můžeme považovat za nemoc. V důsledku takovéto dlouhotrvající „nemoci“ potom lidé někdy vyhledávají odbornou pomoc. Zármutek totiž *„ …může nabýt chorobných rozměrů, které si vyžadují specializovanou, psychiatrickou péči“* (Špatenková, 2001, s. 25-27).

10 Poradenství pro pozůstalé

Smrt blízkého člověka může pro pozůstalé znamenat ztrátu smyslu života, zhroucení celého světa a přesvědčení, že už nikdy nebudou šťastní. V takovém případě pozůstalí potřebují pomoc (Špatenková, 2013, s. 10). Rodina by měla být hlavním zdrojem pomoci pozůstalým. Obvykle toho ale není schopna a v důsledku nastalé události se stává dysfunkční (Špatenková, 2014, s. 135).

Jelikož ani okolí většinou truchlícímu neumí nebo nechce poskytnout dostačující pomoc a podporu, vyhledávají truchlící odbornou pomoc. Může se jednat o lékaře, pracovníky v sociálních službách, duchovní, psychology, pracovníky hospiců apod. Však

„…jak se zdá, pro smrt a truchlení není v současné společnosti místo, už tam přirozeně nepatří.“ Smrt je totiž chápána jako něco ošklivého, co do našeho moderního světa úspěchu a mládí vůbec nepatří (Špatenková, 2013, s. 11-13).

Bezprostředně po smrti by pak měla být pomoc pozůstalým poskytnuta stejnými lidmi, kteří se starali o pacienta před jeho smrtí (Parkes, et al., 1996, s. 117).

Později mají pozůstalí obvykle k dispozici šest typů služeb: psychologické a psychiatrické, nápomocné skupiny (vedoucí a členy skupin pojí zkušenost ztráty milované osoby), nápomocné služby (pomezí přátelství a poradenství), společenské aktivity (jsou pořádané hospici a mají za úkol bojovat s osaměním a pocity sociální izolace truchlících), dobrovolnické poradenské služby a skupinové poradenství (učení od sebe navzájem). (Parkes et al., 1996, s. 125-130).

Pomoc může být pozůstalým poskytnuta v široké škále zájmu. Může se jednat o pomoc psychickou, pragmatickou (pomoc s vyřizováním administrativních úkonů, pohřbu), informační (pomoc při zjišťování informací o zemřelém u policie, lékařů…), ekonomickou (hmotná nouze). (Špatenková, 2013, s. 16.) Pro efektivní pomoc truchlícímu je však velmi důležité vytvoření důvěrného vztahu mezi klientem a pacientem. Truchlení pak může být překonáno pouze tehdy, přijme-li zarmoucený člověk skutečnost, že opravdu ztratil milovanou osobu a projde-li si bolestí smutku. Neposune se v životě dál, neakceptuje-li svět, ve kterém teď žije bez milované osoby (Parkes et al., 1996, s. 132-133).

Psychologických metod a technik, které využívají odborníci ke zmírnění bolesti truchlících, je spousta. Jednou z nich je např. metoda písemné práce, kdy pozůstalý vyjádří svoji bolest formou psaného textu, ať už se jedná o článek do deníku, báseň, dopis zemřelému. Tento text by měl být zcela otevřený a pak se s ním může v poradně dále pracovat. Další metodou může být kresba, která je vhodná jak pro děti, tak pro dospělé. Sociální rituál, pohřeb, potom představuje jednu z nejdůležitějších metod k tomu, aby se člověk se ztrátou blízké osoby mohl vyrovnat a smířit, přijmout ji a akceptovat. Od věci také není vytvoření tzv. alba vzpomínek či vzpomínkového archivu, který nám zesnulého realisticky připomíná (Špatenková, 2008, s. 74-80).

11 Alternativní možnosti pohřbívání

Alternativní způsoby pohřbívání jsou relativně novou záležitostí, zejména pak přírodní pohřebnictví, které vzniklo teprve v 90. letech ve Velké Británii. Přírodní pohřebnictví spočívá v tom, že se místo náhrobní desky na hrob vysadí strom, nebo luční kvítí. Postupně tak vznikají tzv. lesy vzpomínek, respektive památeční louky (Špatenková, 2014, s. 277-278).

U nás takový les vzpomínek najdeme v Praze, kde se popel zemřelého uloží ke kořenům jednoho z památečních stromů, např. lípy, javoru. Malá destička se jménem je pak připevněna na kmen stromu (Les vzpomínek, 2015, online).

Počet přírodních hřbitovů zejména v zahraničí rychle roste, například v Německu vznikl první přírodní hřbitov v roce 2000, dnes jich tam najdeme už víc jak 80. Přírodní hřbitovy umožňují pozůstalým rozvinout a zušlechtit vztah ke smrti ve spojení s přírodou (Špatenková, 2014, s. 278-279).

Další možností, jak naložit s mrtvým tělem, resp. popelem, je nechat z něj vytvořit diamant. Na výrobu jednoho diamantu je potřeba alespoň 500 gramů popela, ze kterého se pak složitými procesy během asi 10 dní zformuje diamant. Firmu poskytující tuto službu najdeme v Německu a cenově se pohybuje okolo 70 000 Kč a výš (MaterialTimes, 2014).

V některých kulturách se dodnes využívá mumifikace jako nástroj k uchování těla zemřelého. Někdy se také používá název plastinace (Lexikin, 2017).

Další možností je tzv. kryomace neboli kremace mrazem. Tělo je podchlazeno na -18 °C a poté pomořeno do tekutého dusíku, kde dojde k jeho rozpadu na malé části. Prach zesnulého je možné potom např. rozprášit na louce (Euro, 2010).

Jinou metodou je zamrazení, kdy zemřelý ještě za svého života choval víru v to, že se někdy v budoucnosti vynalezne lék na jeho nemoc. Nechá se proto zamrazit s tím, že bude jednoho dne rozmrazen a vyléčen. Také je tu možnost nechat vypustit popel nebo ostatky do Vesmíru přes raketu. Jedná se ovšem o velmi drahou záležitost. Dále je tu možnost nechat se rozpustit, vycpat a vystavit, nechat svoji rakev viset ve výšce ze skály, nechat ze svého popela a betonu udělat kámen a ponořit jej do moře, darovat orgány, nechat vytisknout 3D tiskárnou originální ornament ze směsi popela a speciálních látek, nechat ze sebe udělat korálový útes a spočinout v oceánu, proměnit se v ohňostroj anebo barvu,

ze které bude namalován obraz. Také je tu možnost nechat ze sebe po smrti udělat vinylovou desku (Lexikin, 2017).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

12 Metodika výzkumu

K tomu, abych získala informace potřebné k naplnění výše stanovených cílů, jsem zvolila kvalitativní metodu výzkumu. Na základě předchozího studia odborných zdrojů (Haškovcová 2000; Špatenková 2013) a ve spolupráci s vedoucí bakalářské práce PaedDr. et Mgr. Marií Chráskovou, Ph.D byly zformulovány otázky pro polostrukturovaný rozhovor, do konečného počtu 11 otázek. Všechny otázky jsou otevřené a respondent tak má možnost otevřeně a individuálně zodpovědět každou otázku a projevit tak svůj názor či osobní zkušenost.

Jak jsem již zmínila výše, mým záměrem bylo zjistit, jaké jsou rozdíly v přístupu k umírajícím osobám a názorech na domácí péči mezi dospělými lidmi, kteří zažili smrt blízkého člověka.

Mým prvotním záměrem bylo získat informace formou rozhovorů od 10 respondentů. Prostřednictvím sociálních sítí se mi tento počet všech deseti potencionálních respondentů podařil získat. Tento původní záměr však nakonec nebyl naplněn a polovina potencionálních respondentů, tedy pět, se výzkumu zřekla. Někteří jej odmítli, nebo se již vůbec neozvali. Konečný počet respondentů účastnících se mého výzkumu je tedy pět. Jedná se o tři muže a dvě ženy. Jsem si vědoma toho, je počet respondentů nízký, ovšem lze pochopit, že ne každý bude chtít o takovém tématu mluvit. Dokazuje to i fakt, že tři z pěti respondentů jsou moji známí. Výsledky tedy nelze zobecňovat i přes fakt, že se výpověď každého respondenta mírně liší. Jde pouze o pět individuálních případů a výsledky tedy nemůžeme zobecňovat.

Rozhovory jsem začala provádět v polovině dubna 2019. Kvůli pracovní vytíženosti některých respondentů však byly některé rozhovory dokončeny až v první polovině května. Jednotlivé rozhovory jsem přepsala do bakalářské práce metodou kazuistik. Získané informace jsem podle odpovědí na jednotlivé otázky grupovala (Miovský, 2006), hledala shodné a rozdílné odpovědi Jak je však uvedeno výše, nelze výsledky brát jako obecnou pravdu.

Podepsané informované souhlasy všech zúčastněných respondentů jsou k nahlédnutí u autorky bakalářské práce. Z důvodu zachování anonymity je do bakalářské práce vložen pouze nepodepsaný informovaný souhlas.

13 Charakteristika zkoumaného vzorku

Vzorek respondentů tvoří celkem pět dospělých lidí. Podle Vágnerové (2007) můžeme dospělost a stáří rozdělit do několika časových období:

Období mladé dospělosti: 20-40 let
Období střední dospělost: 40-50 let
Období starší dospělosti: 50-60 let
Období raného stáří: 60-75 let
Období pravého stáří: 75 a více let

Podle tohoto rozdělení jsem schopna své respondenty zařadit do jednotlivých období:

Respondent č. 1 – muž, období mladé dospělosti
Respondent č. 2 – žena, období střední dospělosti
Respondent č. 3 – žena, období mladé dospělosti
Respondent č. 4 – muž, období mladé dospělosti
Respondent č. 5 – muž, období mladé dospělosti

14 Výsledky výzkumu

14.1 Průběh výzkumného šetření a interpretace získaných údajů

Rozhovory probíhaly buď u respondentů přímo doma, nebo v kavárnách. S respondenty jsem se domluvila, že během našeho rozhovoru bude pořizován audiozáznam, s čímž nikdo neměl problém. Dále byly podepsány informované souhlasy a začal rozhovor. Po skončení proběhlo poděkování a u některých ještě doplňkové informace k tématu.

14.2 Rozhovor s respondentem č. 1, muž, mladší dospělost

1. **Uvědomoval/-a jste si, že se nějakým způsobem blíží konec života, nebo smrt přišla náhle a nečekaně?**

„Já jsem v podstatě přišel o oba rodiče. V prvním případě, když umíral taťka, tak to byla v podstatě dlouhá a těžká nemoc, takže ke konci už to vypadalo špatně. Nicméně pořád se člověk drží ještě nějaké té naděje. V poslední fázi, kdy ho převezli do nemocnice s tím, že by se mu mělo nějakým způsobem ulevit (což se nestalo, den po tom, co ho odvezli, tak umřel), tak v tomto případě už s tím, jak to bylo už delší dobu špatné, ne že to člověk čeká, ale už se připravuje na to, že taková situace může nastat. Takže v tomto případě ano, ten konec šel nějakým způsobem čekat. Co se týče mamky, tak tam to bylo v podstatě takový nevinný, přišlo to ráz na ráz, takže tam to byl veliký šok. V tomto případě jsem si to tak neuvědomoval. Připravit se na to nedá prostě nikdy. Možná při těch dlouhodobějších nemocech už podvědomě, i když člověk nechce, tak se to tak stejně nějak vkrádá, ale stejně potom, když to skončí, tak je to šok.“

2. **Byl/-a Vaše blízká osoba až do konce života doma, nebo v nějakém zdravotnickém zařízení, to znamená v nemocnici, nebo například v hospici?**

„Taťka samozřejmě nějakou dobu v nemocnici byl, ale dá se říct, že podstatnou část té nemoci byl doma. Vlastně až ho odvezli do nemocnice, tak vzápětí byl konec. Takže byl víceméně doma. Mamka, ta byla v nemocnici, protože to zezačátku vypadalo jako nějaká

banální záležitost, ale v nemocnici se to prostě rychle zvrhlo a byl poměrně rychlý konec.“

3. **Využili jste nějakého poradenství pro umírající?**

„U mamky je to teda vyloučené. U taťky jsme ničeho takového taky nevyužili. Bylo to těžké. Nechci říct, že jsme tu smrt nějakým způsobem čekali, ale tohle mi osobně přijde takové, nevím jak to nazvat, zvrhlé (každopádně asi v některých případech to vhodné je). Prostě to zabalit a říct „no, ten asi umře, taka by se s tím nějak vypořádal, tak najdu nějakou odbornou pomoc… Takže ne.“

Na **otázky č. 4-6** respondent odmítl odpovědět.

7. **Využili jste nějakého poradenství pro pozůstalé? Věděli jste, že je to běžně poskytovaná služba?**

„Nevyužili. Asi by mě teda napadlo, že něco takového funguje, ale osobně si teda teď nevybavím nikoho, o kom bych věděl, že takovou odbornou pomoc vyhledával, spíš vím z doslechu, že když někdo takto někdo nárazově umře, tak mu byla poskytnuta pomoc psychologa nebo psychiatra. Ale u nás nic takového neproběhlo.“

8. **Jak je to dlouho, co váš blízký zemřel? Vidíte spojitost mezi časem a intenzitou zármutku?**

„U taťky je to 11 let, mamka – to teď byl rok. Neřekl bych, že se ta bolest s časem utlumí. Samozřejmě v ten první moment, těch prvních pár dní je určitě nejtěžších. Spíš si ale myslím, že si člověk časem zvykne, než že by to nějak ustoupilo. Za mě to cítím pořád stejně.“

9. **V jakém vztahu jste byl/-a se zemřelým/-ou?**

„Byli to rodiče, taťka a mamka.“

10. Myslíte si, že dnešní společnost dává dostatečný prostor pro truchlení pozůstalých?

„V prvním případě jsem byl ještě student, tak to nic. Ale teď vím, že kdybych potřeboval, tak by mi zaměstnavatel vyšel určitě vstříc. Nicméně, nevyužil jsem tu zákonem danou lhůtu, pokračoval jsem dál, ale aspoň za sebe můžu určitě říct a jsem si 100% jistý, že by mi zaměstnavatel vyšel vstříc a dal by mi nějaké volno".

11. Která oblast z holistického přístupu je podle Vás nejvíce opomíjena při přístupu k umírajícím osobám? (termín holistický přístup objasněn)

„Nevím, jestli to úplně dobře dokážu posoudit. Co se týče nějakého duchovna, tak tam to bude podle mě spíš nějak na vyžádání, nebo nevím, jakým způsobem tohle funguje. Co se týče nějaké fyzické pomoci… My jsme nebyli ani v jednom případě úplně na tom konci, což mě mrzí, ale… asi to nedokážu posoudit. Pro mě asi bylo důležitější být v okruhu nejbližších, což samo o sobě dokáže tu bolest potlačit, všechno je v hlavě. Takže tohle mě mrzí v tom prvním případě, že nám taťku převezli do nemocnice, nikdo se na nic neptal, neřekli nám, že je to poslední fáze. Potom, když jsme za ním došli do nemocnice, tak už mi přišlo, že se diví, že jsme v šoku z toho, v jakém je stavu. Oni to asi čekali a v podstatě ho uspali, pak už jsme jenom čekali na konec. Takže my jsme ho chvilku před smrtí viděli, ale potom nám řekli, ať jdeme domů, že když bude nějaká změna, tak nám zavolají. Potom zavolali, že je konec. Z tohoto pohledu bych byl zpětně rád, kdybychom mohli být u něho. Samozřejmě nás k němu pustili, ale to už byl v nějaké té fázi, kdy už nás asi spíše nevnímal, aspoň to tak vypadalo. I když už jsem ho viděl takto, tak jsem si pořád neuvědomoval, že bude konec, a když už jsme museli jít pryč, nechtěl jsem se s ním ještě loučit. Když to srovnám s mým bratrem, který tam byl se mnou a s taťkou se už v podstatě rozloučil, říkal jsem si v hlavě, jestli to myslí vážně. Ale možná už pro to opravdu prostor byl. Za mamkou jsem v podstatě nebyl ani v nemocnici, protože ona byla pořád na nějakých zákrocích, během pár dní se to prudce zhoršilo a v podstatě tam byl okamžitý konec. Takže tam pro to prostor nebyl. Určitě ale souhlasím s tím, že smrt je součást života a ten přístup k umírajícím by mohl být lidštější. Záleží taky na tom, jak ten život skončí, to je zcela individuální, ale tam, kde to jde umožnit, tak s myslím, že je to způsob, kterým by chtěl každý člověk „skončit"- tedy v okruhu nejbližších a ne sám někde na samotce na pokoji v nemocnici. Ono je ale těžké si přiznat, že se ten konec může blížit a

je těžké určit, jak to vlastně je. U taťky už to bylo hodně špatné, ale pořád žijíte nějakou naději, že se stane zázrak, nebo se to nějakým způsobem zlepší, prodlouží… Takže za mě je opravdu těžké si v hlavě říct, že je konec a začít se nějak loučit.“

14.3 Rozhovor s respondentem č. 2, žena, střední dospělost

1. **Uvědomoval/-a jste si, že se nějakým způsobem blíží konec života, nebo smrt přišla náhle a nečekaně?**

„Byla to moje babička, která měla 94 let, a bohužel jsme dost pozdě zjistili, že má „cukrovkářskou nohu,“ přišli jsme na to dost pozdě a byli jsme smíření s tím, že to asi půjde velice rychle. Nakonec to trvalo tři měsíce. Když byla babička poprvé hospitalizovaná v nemocnici, tak přišla o prsty na noze, později přišla o celou nohu až nad kolenem.
Potom pobývala na LDN, kde byl její konec. Mysleli jsme si, že to bude rychlé, ale protože měla silné srdce, tak to trvalo tři měsíce.“

2. **Byl/-a Vaše blízká osoba až do konce života doma, nebo v nějakém zdravotnickém zařízení, to znamená v nemocnici, nebo například v hospici?**

„Nejdřív byla 14 dní hospitalizovaná v nemocnici, když jí odoperovali ty prsty na noze. Ale protože chtěla jít strašně moc domů, tak jsme zařídili všechno, co bylo potřebné, aby doma mohla nějakým způsobem být. Byla doma asi těch 14 dní nebo tři týdny, potom ale byla opět hospitalizovaná v nemocnici, kdy šla na druhou operaci a přišla o nohu nad kolenem. Následně byla hospitalizovaná na LDN a ve chvíli, kdy jsme začali řešit nějaký hospic, protože nebyl nikdo, kdo by časově mohl zůstat doma a plně se jí věnovat, tak bohužel umřela.“

3. **Využili jste nějakého poradenství pro umírající?**

„Já jsem teda měla štěstí, protože v místě mého zaměstnání existuje společnost Paprsek, což je asociace pro pomoc lidem, kteří jsou handicapovaní tím, že jsou doma, je to něco jako charita. Takže já jsem měla to štěstí, že jsem se s těmi lidmi seznámila a oni mi

pomohli jednak se zapůjčením kompenzačních pomůcek, ale také mi dali rady, jak na sociálce vyřídit nějaké papíry, díky čemuž jsme mohli potom čerpat nějaké peníze na nemohoucnost babičky. Z toho jsme taky platili tu charitu, která jezdila a dělala babičce převazy, protože my jsme to neuměli. Také ošetřovali babičce dekubity z nemocnice. Dvakrát denně přijeli a pomáhali nám s ní a my jsme se z toho zároveň učili. Celá rodina se u babičky střídala, aby jí byla poskytnuta veškerá péče, kterou ona potřebovala. Při umírání mojí tchyně jsem byla ale zklamaná. Byla dlouhou dobu doma a my jsme vyčerpali dovolené v práci a potom jsme hledali, kde by nám s ní pomohli a přijali ji. Mojí švagrové, která to vše vyřizovala, řekli, že je tchyně už v takovém stavu, že už ji ani nikde přijmout nemůžou. To byl velký šok, hlavně pro tu švagrovou, která se musela rozhodnout, co s ní. Měla ale štěstí, že pracuje v nemocnici a nějakým způsobem zařídila, že se o ni budou starat tam. Když jsme za ní přijeli ten poslední den, byla už na morfiu, a už dřív měla asi přání, že v té chvíli bude chtít faráře. Když jsme se po tom začali pídit, našli jsme jen telefonní číslo a měli jsme si to zařídit sami, nebyla tady možnost nějaké rychlé pomoci. Takže je to spíše taková nedostupná služba, když ji potřebujete v ten daný moment. Nemohli jsme čekat tři hodiny na faráře, když jsme přijeli v pět a babička nám v šest umřela. To bylo takové divné. Když ležela ta moje babička na LDN, tak tam byly dvě sestry na celé oddělení. To bylo něco katastrofálního. Říkala jsem, že by ty ženy měli vyvažovat zlatem, protože to starání se o ty lidi je opravdu hodně těžké. Na té LDN bylo i vidět, že spousta lidí tam ty příbuzné má vyloženě odložené a to bylo opravdu takové nedůstojné. Jak pro ty, co tam leží, tak pro ty, co by se měli jako rodina o ně starat. Bohužel jsme byli i svědky toho, že máme příbuzenstvo takové, že tam jeli jen, když byl důchod. To se mi ale teda podařilo stopnout a potom ty peníze šly úplně někam jinam. Moje zkušenost u babičky i u tchyně je taková, že tady toto opravdu chybí. Ale vím, že na té LDN chodil jednou za týden nějaký kaplan a kdo měl zájem, tak za ním šel. Jenomže babička tím, že byla po narkóze, skoro v 95 letech, měla odumřelé buňky a už víceméně nevnímala. Takže ona ani nemohla vědět, jestli ten kaplan za ní byl, nebo ne. Jenom ty sestřičky nám řekly, že tam byl. My jsme se s ním ale teda nikdy nepotkali. Možná to bylo tím, že já jsem tam chodila po práci a kaplan chodil dopoledne. Takže my vlastně nevíme, jestli jí dal nějakou útěchu, nebo nedal, nebo co bylo. Navíc si myslím, že by to už ani nevnímala, nebo že by to nějakým způsobem nedokázala rozlišit. Takže si myslím, že tady ta mezera je.“

4. **Jaké výhody spatřujete v domácí péči?**

„Já mám možnost srovnat to s tchýní, o kterou jsme se starali loni. Myslím si, že člověk v tom domácím prostředí se cítí určitě líp, protože je ve svém, je v prostředí, které zná. To podle mě pomáhá hodně a musím říct, že to hodně dává i rodině, která se nějakým způsobem semkne a člověk potom pozná, kdo je kdo. Potom se ukáže, kdo je ochoten tomu člověku opravdu pomoct a udělat maximum pro to, aby mu bylo taky dobře, i když chápu, že to někomu může prostě vadit. To rozhodnutí, že se musí vrátit zpátky do nemocnice, je potom těžké, ale když se musí udělat, tak tady musí být někdo, kdo to rozhodnutí udělá a nemůže se na něho určitě nikdo z okolí zlobit.“

5. **Jaké nevýhody spatřujete v domácí péči?**

„Nevýhodou je asi koordinace všeho, když máte svoji práci. Skloubit práci s tím, že máte povinnost a odpovědnost za to, abyste nezapomněli na nic pro nemocného, aby měl všechno, co potřebuje, třeba léky, nebo doktory. To je ta nevýhoda, ten stres. Velký stres. Podle mě je to velký stres v jakékoliv podobě pro toho člověka, který je doma.“

6. **Myslíte si, že je důstojné umírání zajištěno lépe doma, nebo právě v nemocničních zařízeních či hospici, nebo domově pro seniory?**

„Já nemám zkušenosti s domovem pro seniory, ani s hospicem, takže ani nevím, jak to tam chodí, jen co vidím třeba v televizi, nebo z doslechu. Podle svého přesvědčení si ale myslím, že by měl ten člověk, pokud je to aspoň trochu možné, být doma. To je můj názor.“

7. **Využili jste nějakého poradenství pro pozůstalé? Věděli jste, že je to běžně poskytovaná služba pozůstalým?**

„Nevyužili. Ještě, když babička žila, tak si svůj majetek vypořádala. V pozůstalosti tedy nebylo co řešit a nebylo třeba žádného takového poradenství. Co se týká psychické pomoci, tak té se mi dostalo v tom spolku Paprsek, kdy si s vámi byť jen povídali a tím vám dali podporu. Jinak nám žádnou pomoc nikdo nenabídl a slyším poprvé, že něco takového existuje. Byli jsme navíc v takovém stavu, že to asi ani nebylo na pořadu dne, běhala jsem pořád mezi prací a tady tímto. Jeden čas jsem na tom ale byla hodně špatně a šla jsem ke svému doktorovi, kterému jsem řekla, že to nezvládám. Ten mi dal akorát

prášky, po kterých jsem spala. Jiná pomoc tady nebyla. Potom jsem ale zjistila, že je mi po těch lécích ještě hůř, tak jsem je vysadila a musela to zvládnout sama. Jedinou podporou mi byla rodina, jinak nikdo.“

8. **Jak je to dlouho, co váš blízký zemřel? Vidíte spojitost mezi časem a intenzitou zármutku?**

   „Teď to byly čtyři roky. Na tu bolest si zvyknete. Ta bolest nikdy neodezní. Poperete se s tím zklamáním, které z toho vyplyne, z těch lidí, kteří kolem toho jsou, jak se chovají. To musíte hodit za hlavu, oprostit se od toho, protože vy jste jim nikdy nedokázala odpustit.“

9. **V jakém vztahu jste byl/-a se zemřelým/-ou?**

„Byla to moje babička.“

10. **Myslíte si, že dnešní společnost dává dostatečný prostor pro truchlení pozůstalých?**

„Já musím říct, že jsem v práci měla maximální podporu od šéfa, který mi dal volno, když jsem potřebovala vyřizovat tyto věci. Akorát jsem pak byla nervózní z toho, že mi stojí práce. Naštěstí mám ale takové postavení, že jsem si to volno mohla dovolit a opravdu mi vyšli maximálně vstříc. Měli jsme to štěstí. Po smrti tchyně i manželovi v práci vyšli vstříc a dostal volno.“

11. **Která oblast z holistického přístupu je podle Vás nejvíce opomíjena při přístupu k umírajícím osobám?**

„Určitě ta duševní. Babička byla věřící, bydlela kousek od kostela a od fary, a když bylo potřeba, tak pan farář kdykoliv přišel. Myslím si, že tato oblast je opomíjená všude. Podle mě pro to v nemocnici prostě není čas. Nebo doma, když nevíte, co ten člověk prožívá, tak se s ním o tom těžko mluví. Tam si to člověk musí srovnat nějak vnitřně sám se sebou. Tam je to těžké. Hledali jsme třeba na internetu, abychom věděli, co nás čeká. U tchyně jsme třeba věděli, že budou nějaké fáze toho, co se bude dít, a podle toho internetu jsme věděli, ve které fázi tchyně zrovna je. Podle mě je ale těch stránek na internetu málo. Najít

něco, aby nám to odpovědělo na otázky, které jsme si dávali, bylo hrozně těžké. Aspoň z toho mála jsme ale dokázali rozpoznat, ve které fázi se v této chvíli nacházíme. Musím říct, že díky svojí babičce jsem měla jiný přístup ke tchýni, byl to nějaký posun. Je toho ale málo všude. Navíc se do té situace můžete dostat z hodiny na hodinu, nebo ze dne na den a musíte řešit spoustu jiných věcí a řekněme, že na tu duši není potom čas. Když umírala babička, tak jsme si pořád říkali, že ještě nejsme připravení a trvalo to tři měsíce. Musím říct, že když někdo umře narychlo, tak možná ten šok je lepší a rychleji to vstřebává, než když prožívá tady toto. Zase si ale uvědomíte spoustu jiných věcí."

14.4 Rozhovor s respondentem č. 3, žena, mladší dospělost

1. **Uvědomoval/-a jste si, že se nějakým způsobem blíží konec života, nebo smrt přišla náhle a nečekaně?**

„My jsme to čekali. Nejhorší to ale bylo v nemocnici, kdy tam všichni umírali a ona řekla, že chce jít domů, nebo že to vzdá. Tak jsme ji vzali domů, kde jsme si ji vypiplali a začalo se to zlepšovat. Začala chodit, jíst, všechno. Pořád říkala, že až si to vyléčí, půjde k zubařovi, pojede tam a tam. Takže to bylo takové, že si člověk říkal, že to tam někde ještě je. Můžete to ale taky čekat, jak chcete, ale stejně vás to sejme. Na to se vyloženě nedá nikdy připravit."

2. **byl/-a Vaše blízká osoba až do konce života doma, nebo v nějakém zdravotnickém zařízení, to znamená v nemocnici, nebo například v hospici?**

„Doma. Před 20 lety měla rakovinu prsu, které ji vzali. Pak chodila na pravidelné kontroly a tam jí zjistili, že má vodu na plicích. Měli jí odčerpat tu vodu a ta byla úplně černá a už to jelo. Nezabíraly jí antibiotika a řekli nám, že už jí nezabere nic a že už se bude jenom čekat. Babička řekla, že chce umřít doma, takže jsme o to zažádali. Doktoři se ptali, na co si ji budeme brát domů, když už stejně umře. Dávali jí 14 dnů. Ona s námi byla ale ještě půl roku doma. Z té nemocnice nám jenom volali, že máme vrátit dýchací přístroje, že paní musela už umřít. Tak jsme jim řekli, že ne, že začala chodit. Nevěřili nám, říkali, že to není možné a ať vrátíme ty přístroje, že už musí být mrtvá."

3. **Využili jste nějakého poradenství pro umírající?**

„Řekla bych, že nejsilnější byla ona. Ona byla ta, která nás naopak držela. Pořád věřila a byla to ona, která nám dávala rady do života. Jediné, co jsem se ptala, tak svojí vlastnice, která je zdravotní sestra na to, co mám udělat, až to přijde. Bylo mi jasné, že děda nebude fungovat, mamka a její sestry taky ne. Abych věděla, až budu u toho, co se dělá první z té zdravotní stránky. Brečela jsem u toho, ale bylo mi jasné, že tam někdo musí fungovat. Řekla mi, že jí musím svázat bradu, aby jí nezatuhla a zavřít oči, zamáčknout. Potom, kdyby se na ni šli podívat, tak by to bylo takové blbé, kdyby se to neudělalo. Volala jsem sanitku, nahlásila jsem, že babička umřela. Ptali se, jestli jsme to čekali, tak jsem řekla, že jo, že to byla poslední fáze. Musela jsem jim dát doklady, všechno nahlásit, protože děda nebyl schopný, jedna teta se houpala, druhá se třepala. Vyšlo to zrovna tak, že jsme byli zrovna všichni doma. Bratranec se vrátil z Austrálie, jak kdyby čekala… Babička si každého zavolala a řekla mu, co chtěla. Bylo to takové, že už to člověk asi nějak cítil. Na druhou stranu, ještě předtím nám doktor řekl, že tím, jak jsme si ji vzali domů, musíme počítat s tím, že ten konec bude bolestivý. Zase jsme ji viděli extrémně trpět. Na konci přijela sanitka a chtěli si ji odvézt, ale ona nechtěla. Doktor řekl dobře, ale ať se připravíme, že to bude hrozné a tu poslední fázi bychom vidět neměli. Tím, že jsme měli půl roku hezky, tak ten konec měl být hrozný. Já jsem teda u ní tu poslední noc nebyla, to mi řekla jen mamka, že babička křičela, aby jí už donesli ten kostýmek do rakve a aby ji pořád někdo nebil do chodidel. To říkala často, že má pocit, jakoby ji někdo bil opaskem do chodidel. Ten poslední den jsme jí dávali morfium neustále, jak řekl doktor, hned, jak cítila bolesti.“

4. **Jaké výhody spatřujete v domácí péči?**

„Hlavně psychické. Do budoucna i pro ty, co s ní byli až do konce života, že mají vnitřní klid. Že udělali všechno, co mohli.“

5. **Jaké nevýhody spatřujete v domácí péči?**

„Na druhou stranu chápu, že je těžce zvladatelné se o ležícího člověka starat sám. Nikdy bych neodsoudila někoho, kdo by řekl, že si někoho domů nevezme. My jsme fungovala celá rodina, ale když jsou dva staří lidé, tak se jeden o toho druhého nemůže 24 hodin

denně starat. To nejde. Umývání, polohování, krmení, přebalování… Ten člověk je těžký, je to tíha a je odevzdaný… I to, že člověk musí pořád zapisovat to morfium, šarži, co jsem dala, nedala, co jsem vrátila do lékárny, všechno… Jezdila tam ale každé ráno paní z charity, která babičce vyměnila tu cévku a jehlu a korigovala tu pumpu. Mělo to nastavený interval a vždy šlo slyšet takové zavrnění, když měla dostat tu dávku. Navíc, když jí bylo špatně, tak měla masku na kyslík a dýchla si. Ta domácí péče je sice náročná, ale zase přepnete do jakéhosi automatu a nepřemýšlíte, jestli to chcete dělat, nebo ne. Spíše to má výhody, když to teda jde a máte prostředí, podmínky. Taky jsme museli různě skloubit práce, když to šlo, tak to šlo. Možná trochu nevýhoda, že ji tam pořád vidíte. Když přijdete do toho domu, do té místnosti, tak automaticky vidíte, jak tam ležela. Přišla jsem do obýváku, podívala jsem se a chtělo se mi brečet, protože jsem viděla, jak tam leží. Ten háček, kde teď visí obrázek, mi připomíná, že tam viselo to morfium. Pořád vám to toho člověka zkrátka připomíná. Ale že by to byla úplně nevýhoda, to asi ne.“

6. **Myslíte si, že je důstojné umírání zajištěno lépe doma, nebo právě v nemocničních zařízeních či hospici, nebo domově pro seniory?**

„Já si myslím, že doma. Víte, že ten člověk byl čistý, umytý a klidný, že byl doma. Nezažila jsem ale, že by někdo z rodiny umíral třeba v hospici, takže s tím nemám vyloženě zkušenost. Ale když jsme byli za babičkou v té nemocnici, tak jsem tam viděla paní, za kterou nikdo nechodil, a ona tam umřela sama. Možná to vzdala, protože ani neměla pro koho bojovat. My jsme tam byli s babičkou pořád někdo. Tím, že tam ta paní byla pořád sama, tak třeba neměla vážně pro koho bojovat a vzdala to.“

7. **Využili jste nějakého poradenství pro pozůstalé? Věděli jste, že je to běžně poskytovaná služba?**

„Co vím, tak ne. Nevím teda, jak tety, ale myslím si, že ne. Vím, že to existuje, ale podle mě hodně záleží na tom, jak to funguje v té rodině. Když je zvyklá si pomáhat a být spolu, tak nemáte potřebu vyhledávat odbornou pomoc. Když se sejdete, dáte si kávu nebo panáka, často se navštěvujete, tak to nepotřebujete. Chápu, když je člověk sám, že se potřebuje někomu svěřit a vyhledá tuto pomoc. U nás se s tím každý nějak porval.“

8. **Jak je to dlouho, co váš blízký zemřel? Vidíte spojitost mezi časem a intenzitou zármutku?**

„Je to 7 let. Já nevím. Já bych řekla, že ve mně to pořád někde je. V nás všech. Když na babičku přijde řeč, tak je to takové… já nevím. Ona byla taková osobnost. Ne, že bych to chtěla říct, ale myslím si, že kdyby umřela moje druhá babička, tak to nebude tak silné, jak u tady té. Vždycky, když jsem šla z práce, tak jsem šla nejdřív za ní, potom až domů. Všechno jsem jí říkala, víc věcí, než mamce. Moje teta říká, že chodí každý den na hřbitov. Podle mě to ale není v tom. Já si na ni vzpomenu třeba desetkrát za den. Navíc mi to vadí. Vždy, když přijdu na ten hřbitov, tak brečím. Ale hlavně se potom zapojíte do normálního života, a dokud se o tom s vámi nezačne někdo bavit, tak je to dobré. S manželem se o tom nebavíme, protože ji neznal, jen doma. Takže to neřešíte, v hlavě to máte, vzpomenete si, ale už to tak nerozebíráte. Když se třeba sejdu se sestřenicí a přijde na babičku řeč, tak to samozřejmě pořád bolí. Když jdu na ten hřbitov, tak s ní normálně mluvím, všechno jí řeknu. Kolikrát si řeknu, že na to nevěřím, ale asi se tím nějak uklidňuju. Říkám si, že je babička navrchu, že všechno bude dobré. Nebo mám malou fotku babičky v kuchyni a kolikrát vařím a řeknu si, že babička to bude hlídat. Děda je na tom hůř, chodí od okna k oknu, navštěvuje svoje dcery. Potřebuje nějakou kamarádku, která by s ním jezdila na výlety a popovídala si s ním.“

9. **V jakém vztahu jste byl/-a se zemřelým/-ou?**

„Byla to babička.“

10. **Myslíte si, že dnešní společnost dává dostatečný prostor pro truchlení pozůstalých?**

„U nás to teda nefunguje tak, že by mi dal šéf třeba 14 dní volno na zotavení. Na druhou stranu jsem byla ráda, že jsem v té práci. Nikdo z těch lidí neví, co se vám stalo. Musela jsem fungovat a bylo mi tam dobře. Teprve až jsem došla domů, tak mě to sejmulo. Myslím si, že kdy si vezmete 14 dní dovolenou a jste doma, nejedete nikam třeba na kolo, tak se spíš zblázníte, než že by vám to mělo pomoct. Lepší je podle mě se zapojit. Já jsem do té práce potřebovala jít, stejně jako všichni tady. Akorát pro toho dědu to bylo asi horší, ten nechodil do práce, byl doma, sám. V té práci nikdo z pacientů o tom, co si prožívám,

nevěděl. To, že byli příjemní, mi spíš pomáhalo. Do pohřbu se mi teda chtělo i v té práci brečet, ale po pohřbu to z vás nějak spadne, důstojně se rozloučíte a uleví se vám, protože babička trpěla. Po pohřbu se mi to všechno nějak srovnalo a bylo mi líp, už se mi nechtělo brečet.“

11. **Která oblast z holistického přístupu je podle Vás nejvíce opomíjena při přístupu k umírajícím osobám?**

„Já si myslím, že v nemocnici je opomíjena důstojnost. I když chápu, že pro ty sestřičky je to cizí člověk a asi by je to semlelo, kdyby se s každým nějak zvlášť loučily. To nejde. Ale to, když je člověk umytý a čistý, tak i na tom člověku jde vidět, že je v klidu, než když je člověk vyplašený někde v nemocnici. V té nemocnici prostě strádá ta psychická stránka. Záleží ale i na tom člověku, jestli chce bojovat, nebo jak to bere a taky záleží na ostatních, jestli se kolem nějak nesesypou, ale zatnou zuby. My jsme se s babičkou třeba drželi, ale jak jsme odešli z toho pokoje, tak jsme brečeli. Před ní se ale člověk musel držet. Takže si myslím, že ta psychika je 70 % pro toho člověka.“

14.5 Rozhovor s respondentem č. 4, muž, mladší dospělost

1. **Uvědomoval/-a jste si, že se nějakým způsobem blíží konec života, nebo smrt přišla náhle a nečekaně?**

„Náhle. Bylo to úplně nečekané. Já jsem byl s babičkou týden předtím, než umřela. Byl jsem u ní na návštěvě, smáli jsme se, byla legrace, udělala mi jídlo, seděl jsem tam přes hodinu. Dlouho jsem tam takovou dobu nestrávil. Než jsem odcházel, tak mi řekla: „já už bratra neuvidím, já cítím, že umřu.“ Ptal jsem se, proč by umírala, když se směje, je veselá, nic se neděje… Takže jsem to vůbec nečekal.“

2. **byl/-a Vaše blízká osoba až do konce života doma, nebo v nějakém zdravotnickém zařízení, to znamená v nemocnici, nebo například v hospici?**

„Do konce života byla doma. Vyšla schody a dostala infarkt. Seděla opřená, jako by spala. Teta ji začala oživovat, ale babička se jen nadechla, vydechla a umřela.“

3. **Využili jste nějakého poradenství pro umírající?**

„Ne. Nic.“

4. **Jaké výhody spatřujete v domácí péči?**

„Je super, že ten člověk je v rodinném prostředí s blízkými, s rodinou, kteří se o něho starají a jsou s ním každý den. Je to lepší, než být v cizím, kde se ten člověk necítí. Na té psychické pohodě je to určitě znát. My jsme třeba měli tetu v domově pro seniory, zezačátku byla fajn, všechno bylo v klidu. Pak mi ale přišlo, že dostala nějaké prášky a že tak postupně nějak usínala, upadala, nakonec to nebyla vůbec ona. Jak jsme přišli, tak teta měla otevřenou pusu, nevnímala nás, nic. Strašně rychle se to zhoršovalo. Myslím si, že kdyby byla doma, tak by ta péče byla lepší a nebyla by z toho tak rychle hotová.“

5. **Jaké nevýhody spatřujete v domácí péči?**

„Myslím si, že je to náročné pro tu rodinu, ještě když třeba chodí do práce. Aby to stihli s tou prací všechno zkombinovat. Vždycky musí být někdo doma, aby se o toho člověka postaral. Takže třeba dovolená padá, nemůžete nikam vyjet, musíte se o toho člověka padat. Zezačátku je to určitě nepříjemné, než si na to zvyknete. Je to náročné. Dávat ho do sprchy, všechno…“

6. **Myslíte si, že je důstojné umírání zajištěno lépe doma, nebo právě v nemocničních zařízeních či hospici, nebo domově pro seniory?**

„Myslím si, že úplně nejdůstojnější umírání je zajištěno doma. Je to podle mě takové nejpřirozenější. Sice jsem si nikdy nedokázal představit, jaké to je, když někdo umře doma, protože jsem to do té doby nikdy nezažil. Nedokázal jsem si představit, co to je, nebo jaké to bude. Pak jsem si ale uvědomil, že je to asi úplně nejlepší smrt. Že můžete umřít doma a nemusíte být v nemocnici ani v žádném zdravotnickém zařízení. Netrpěla, přišlo to naráz a je to hotové.“

7. **Využili jste nějakého poradenství pro pozůstalé? Věděli jste, že je to běžně poskytovaná služba?**

„Ne. My jsme se všichni sešli a všichni navzájem jsme se povzbudili. Tu rodinu to strašně spojilo. Ještě tím, že babička umřela doma, byli jsme u ní, když byla mrtvá, celá rodina jsme se nad ní sešli. To bylo takové silné. Pro mě asi jeden z nejsilnějších zážitků, co jsem kdy zažil. Měl jsem strach, mrtvolu jsem nikdy předtím neviděl. V ten moment, kdy jsme se ale dozvěděli, že je babička mrtvá, jsme za ní ale prostě museli jít. Říkal jsem si, že tam nepůjdu, ale to nejde tam nejít. Teta se postarala o mrtvé tělo a my jsme přišli a babička už ležela na pohovce, jakoby spala. Že existuje nějaké poradenství pro pozůstalé, jsem asi někdy slyšel. Nevěděl jsem ale, že se to dá úplně využít. Ani by nás asi nic takového nenapadlo, nebyly na to v tu chvíli žádné myšlenky.“

8. **Jak je to dlouho, co váš blízký zemřel? Vidíte spojitost mezi časem a intenzitou zármutku?**

„2 měsíce. Zezačátku to bylo opravdu hrozné. Ten první týden, co se to stalo… Ještě, jak to přišlo tak náhle, když byla celou dobu zdravá, nic jí nebylo, žádné problémy… Tak první týden byl úplně šílený. Babička byla naše druhá mamka. Vychovávala nás odmalička celý život, chodili jsme k ní na oběd, starala se, jezdili jsme k ní na prázdniny… Všichni bratranci. Měli jsme k ní neskutečný vztah a měla neskutečné kouzlo. Když umřela, tak jsme tomu první týden nikdo nevěřili. Chodili jsme jako tělo bez duše a říkali si, že to není možné. Když ale dojdete nahoru do pokoje, kde bývala a ona tam není, je tam ticho, prázdno… Až na tom pohřbu, kdy jsme se všichni sešli a viděli jsme to, tak to bylo takové… až tehdy si uvědomíte, že je fakt konec. Dlouho jsme se s tím museli všichni smiřovat, protože jsme tomu nedokázali uvěřit. Teď už po těch dvou měsících je to takové lepší. Hodně lepší. Člověk už se s tím tak nějak musí vyrovnat, srovnat. Jít v životě dál. Vždycky na ni ale vzpomínáme.“

9. **V jakém vztahu jste byl/-a se zemřelým/-ou?**

„Byla to babička.“

10. **Myslíte si, že dnešní společnost dává dostatečný prostor pro truchlení pozůstalých?**

„Já učím na hudebce, takže jsem hned volal na všechny čtyři hudebky, že celý týden nebudu učit, že mi umřela babička. Všichni byli naprosto v pohodě. Všichni říkali, že je to samozřejmost a ať si všechno v klidu vyřídím a vyjádřili upřímnou soustrast.“

11. **Která oblast z holistického přístupu je podle Vás nejvíce opomíjena při přístupu k umírajícím osobám?**

„Určitě ta psychická stránka. Ta je podle mě nejvíc. Když najednou ztratí smysl života, nemá ty radosti…A taky člověk nemá někdy čas, nestíhá tam zajít, odkládá to, protože má svých starostí dost… Pak se stane, že ten člověk najednou umře a vy si uvědomíte, že jste tam mohl jít víckrát… Ale vy si to nepřipouštíte, neuvědomujete… To si uvědomíte až po tom, co se to stane.“

14.6 Rozhovor s respondentem č. 5, muž, mladší dospělost

1. **Uvědomoval/-a jste si, že se nějakým způsobem blíží konec života, nebo smrt přišla náhle a nečekaně?**

„Vůbec nic jsem si neuvědomoval. Přišlo to náhle, protože to byla nehoda. Ani žádné pocity, že by se mělo něco stát, nic. Byli jsme na chatě a taťka za námi měl se svým nejlepším kamarádem přijet na kole, bylo to nějakých 100 kilometrů. “

2. **byl/-a Vaše blízká osoba až do konce života doma, nebo v nějakém zdravotnickém zařízení, to znamená v nemocnici, nebo například v hospici?**

„Taťka vlastně celý život pracoval v zahraničí. Půl roku před smrtí začal pracovat v Česku, aby byl blíž rodině a hlavně mému malému bratrovi, kterému je 8. Stalo se to tak, že jel i se svým kamarádem za námi na chatu. Jeli na kole a zezadu taťku srazila dodávka. Chlap jel vysokou rychlostí a měl mobil v ruce, vůbec se nevěnoval řízení a asi ve 140km rychlosti ho srazil. Takže žádná nemocnice, nic, protože byl během sekundy na

místě mrtvý. Ten řidič zavolal záchranku a naštěstí nemohl ujet od nehody, protože měl hodně zničené auto. Známý potom viděl pitevní zprávu a říkal, že měl urvaný i mozkový kmen, protože se dostal pod to auto. Neměl vůbec šanci. Ten jeho kamarád jel před ním a ta dodávka ho srazila až po tom, co srazila taťku. Dodávka dostala smyk a toho kamaráda srazila bokem. Byl na tom taky špatně, měl zlomené snad všechno. Byl týden v kómatu a vůbec se nevědělo, jestli se probere, nebo jestli bude chodit, mluvit, nebo tak. Naštěstí se probral, ale dostává se z toho doteď. Mívá stavy úzkosti, že mohl zemřít i on, nebo že spíš měl zemřít spíš on, než taťka.“

„Můj děda měl problémy se zády, měl velké bolesti. Zezačátku tomu nevěnoval pozornost, ale potom šel do nemocnice, kde mu zjistili rakovinu. Byl v nemocnici asi měsíc a pak zemřel. Takže ani tady nebyla žádná domácí péče. V ten den, kdy zemřel, jsem za ním byl v nemocnici a už byl úplně mimo, nevnímal. Teda snažil se mluvit, říkal něco o tom, že musí posbírat brambory. Ale čtyři hodiny po tom, co jsem odešel, tak zemřel.“

3. **Využili jste nějakého poradenství pro umírající?**

Bez odpovědi.

4. Jaké výhody spatřujete v domácí péči?

„Určitě to domácí prostředí. Lepší psychická pohoda, klid. Člověk je prostě doma, cítí se tam lépe, uvolněně.“

5. Jaké nevýhody spatřujete v domácí péči?

„Hlavně ta rychlá pomoc. Když se něco stane, tak v nemocnici to začne pípat a přijde sestřička. Doma se čeká na rychlou a několik minut může pak rozhodnout.“

6. Myslíte si, že je důstojné umírání zajištěno lépe doma, nebo právě v nemocničních zařízeních či hospici, nebo domově pro seniory?

„To je těžké takto říct. Někdo chce umírat doma, protože se tam cítí lépe. Na druhou stranu třeba babička od manželky zemřela asi tři roky zpátky a ta chtěla rovnou do hospice. Ona vůbec nechtěla být doma. I děda od kolegy chtěl jít do hospice. Asi nechtěli být na obtíž. Možná se doma necítili i kvůli té pomoci, která by se jim rychle nedostala.

Prostě nechtěli být doma. Ono i záleží, kde ten člověk žije. My máme velký dům, dvě patra, a žijeme tam všichni pohromadě. Takže tady věřím, že kdyby babička chtěla být doma, tak bude a my se o ni budeme starat. Když je ale člověk třeba sám v bytě, tak věřím, že tam nechtějí být sami a nechtějí, aby za nimi pořád někdo dojížděl, nějaká pečovatelka.“

7. **Využili jste nějakého poradenství pro pozůstalé? Věděli jste, že je to běžně poskytovaná služba?**

„Já jsem hledal, ale ne pro mě, ale pro bratra. Ne ale proto, že by to potřeboval, ale proto, abych měl něco v záloze, kdyby se ten jeho stav zhoršil. Co vím, tak mamka i sestra chodí k psycholožce. Nic víc ale o tom nevím, protože se o tom moc nebaví.“

8. **Jak je to dlouho, co váš blízký zemřel? Vidíte spojitost mezi časem a intenzitou truchlení?**

„Necelý rok. Postupem času je to určitě horší. Pro někoho je to možná lepší, ale u nás ne, u nás je to opravdu horší. Asi kvůli tomu, že taťka pracoval v zahraničí a byli jsme zvyklí na to, že byl půl roku třeba v Estonsku, Lotyšsku, nebo třeba v Rusku. Byl několik měsíců pryč a pak se vždycky vrátil. Takže to mám nastavené tak, že je taťka půl roku pryč a pak přijede. Půl roku po té nehodě jsem si teda pořád tak nějak říkal, že je pryč, někde pracuje, nebo tak. Ale vlastně čím je to déle, tím víc si uvědomuji, že už nepřijede. Takže jsem si to určitě neuvědomoval hned, ale až s odstupem času. Ani pohřeb nebyl nějaký mezník. Ty pohřby nemáme rádi, i taťka říkal, že nechce pohřeb, ať ho někam pohodíme a na ten pohřeb nechodíme, že tam nic nechce a tak. Určitě by chtěl abychom, když už, tak na tom pohřbu bylo veselí. Tomu jsem ten pohřeb i přizpůsobil, vybral jsem písničky, co měl rád. Třeba Metallica, Led Zeppelin, ACDC, to všechno jsem tam nechal zahrát, to nám ho všem připomnělo.“

9. **V jakém vztahu jste byl/-a se zemřelým/-ou?**

„Byl to můj taťka.“

10. Myslíte si, že dnešní společnost dává dostatečný prostor pro truchlení pozůstalých?

„Asi ani ne. Myslím si, že i kdybych byl hodně špatný, tak to mého šéfa nebude zajímat. Je to majitel firmy a toho to prostě nezajímá. Leda můj nadřízený, což je mistr, kdyby viděl, že jsem na tom blbě, tak by mi to volno dal. Takže si myslím, že ten by mi to volno dal, třeba týden dovolené. U kamarádů je to složité. I když mi nějaký známý řekne o smrti svého blízkého, tak ho sice polituji, ale nějak to neprožívám. Takže mě kamarádi taky politovali, ale nic extra tady nebylo, že by se třeba chovali nějak jinak.“

Otázka č. 11 nebyla zodpovězena, respondent nedokázal vyjádřit svůj názor.

15 Analýza a porovnávání údajů

Odpovědi respondentů na jednotlivé otázky jsem následně v souladu s požadavky kvalitativního výzkumu dále grupovala a porovnávala.

1. Uvědomoval/-a jste si, že se nějakým způsobem blíží konec života, nebo smrt přišla náhle a nečekaně?

I přesto, že na mé otázky odpovídalo celkem pět respondentů, u otázky č. 1 jsem dostala celkem 6 odpovědí. Je to tím, že respondent č. 1 zmínil smrt obou rodičů. U otce šla smrt nějakým způsobem očekávat, *„ …byla to v podstatě dlouhá a těžká nemoc, takže ke konci už to vypadalo špatně.“* U matky šlo o náhlé úmrtí, jak říká respondent: *„ …přišlo to ráz na ráz…“* U respondentek č. 2 a 3 šlo o očekávaná úmrtí. V obou případech se jednalo o babičky, kdy jedna zemřela na následky cukrovky a druhá stářím. Naopak u respondentů č. 4 a 5 šlo o náhlá úmrtí. V prvním případě se jednalo o babičku. *„Já jsem byl s babičkou týden předtím, než umřela; …smáli jsme se, byla legrace, udělala mi jídlo…“* Respondent č. 5 přišel o svého otce při nehodě. Jak říká: *„Byli jsme na chatě a taťka za námi měl se svým nejlepším kamarádem přijet na kole…; …zezadu taťku srazila dodávka. Chlap jel vysokou rychlostí a měl mobil v ruce, vůbec se nevěnoval řízení…“*

Z odpovědí lze tedy vyvodit, že u tří z šesti případů šlo o očekávanou smrt, u tří šlo o náhlou smrt.

2. **byl/-a Vaše blízká osoba až do konce života doma, nebo v nějakém zdravotnickém zařízení, to znamená v nemocnici, nebo například v hospici?**

U této otázky jsem dostala opět více odpovědí, než je počet respondentů, a to celkem 7. Respondent č. 1 mluvil totiž opět o obou rodičích a respondent č. 5 zmínil kromě smrti svého otce i smrt svého dědečka. Otec respondenta č. 1 strávil převážnou část své těžké nemoci doma, ale *„…až ho odvezli do nemocnice, tak vzápětí byl konec.“* Jeho matka zemřela také v nemocnici, kde *„…se to prostě rychle zvrhlo a byl poměrně rychlý konec.“* Babička respondentky č. 2 pobývala nějakou dobu v nemocnici, ale *„…protože chtěla jít strašně moc domů…“* tak jí bylo vyhověno. Následně musela opět do nemocnice, odkud ji převezli na LDN, kde zemřela. Babička respondentky č. 3 byla v nemocnici, ale na její přání si ji odvezli domů. *„Doktoři se nás ptali, na co si ji budeme brát domů, když už stejně umře. Dávali jí 14 dnů. Ona s námi byla ale ještě půl roku doma.“* Poté zemřela. Babička respondenta č. 4 zemřela také doma. *„Vyšla schody a dostala infarkt. Seděla opřená, jako by spala.“* U respondenta č. 5 se nemůžeme bavit o žádné domácí ani nemocniční péči věnována jeho otci. *„…žádná nemocnice, nic, protože byl během sekundy na místě mrtvý. Neměl vůbec šanci.“* Dědeček respondenta č. 5 zemřel v nemocnici asi měsíc poté, co mu zjistili rakovinu. *„V ten den, kdy zemřel, jsem za ním byl v nemocnici a už byl úplně mimo, nevnímal.“* Z celkových 7 případů šlo ve 3 o úmrtí v nemocnici, ve 2 případech šlo o úmrtí doma. Pouze v jednom případě šlo o úmrtí v léčebně dlouhodobě nemocných (LDN).

3. **Využili jste nějakého poradenství pro umírající?**

Opět jsem dostala 7 odpovědí od 5 respondentů, jelikož respondent č. 1 mluvil o matce i otci a respondentka č. 2 mluvila jak o svojí babičce, tak přidala zkušenost také s péčí o svoji tchyni. U respondenta č. 1 nebylo využito žádného poradenství pro umírající. *„U mamky je to teda vyloučené.“* Ani u otce nebylo ničeho takového využito. *„…tohle osobně mi přijde takové, nevím, jak to nazvat, zvrhlé…“* Respondentka č. 2 se setkala

s asociací Paprsek, kde jí *„…pomohli jednak se zapůjčením kompenzačních pomůcek, ale také mi dali rady, jak na sociálce vyřídit nějaké papíry.“* Využila také pomoc charity, která *„…jezdila a dělala babičce převazy, protože my jsme to neuměli.“* Co se týká duchovní pomoci, tak *„…vím, že na té LDN chodil jednou za týden nějaký kaplan… My jsme se s ním ale teda nikdy nepotkali. Takže my vlastně nevíme, jestli jí dal nějakou útěchu, nebo nedal, …“* U své tchyně byla respondentka č. 2 zklamaná. Chtěli pro ni v poslední den zavolat faráře, ale tuto službu zhodnotili jako nedostupnou. *„…nebyla tady možnost nějaké rychlé pomoci. Nemohli jsme čekat tři hodiny na faráře, když jsme přijeli v pět a babička nám v šest umřela.“* Respondentka č. 3 žádného poradenství pro svoji babičku nevyužila. Jak říká: *„…nejsilnější byla ona. Ona byla ta, která nás naopak držela.“* Respondentka se však zajímala o to, co dělat s tělem, až smrt nastane. Respondent č. 4 také nevyužil žádného poradenství. U respondenta č. 5 je tato otázka vyloučená. Z celkových 7 případů bylo tedy pouze v 1 případě využito nějakého poradenství pro umírající, které se ale týkalo spíše zdravotní péče. O psychické pomoci umírajícímu se nikdo nezmínil.

4. Jaké výhody spatřujete v domácí péči?

Respondent č. 1 odmítl na otázku č. 4 odpovědět. Respondentka č. 2 hlavní výhodu domácí péče spatřuje v tom, že *„…člověk v tom domácím prostředí se cítí určitě líp, protože je ve svém, je v prostředí, které zná.“* Podle ní to má pozitivní vliv také na rodinu, která se semkne. Jak ale říká, zároveň se také pozná, *„kdo je kdo.“* Respondentka č. 3 shledává v domácí péči hlavně psychické výhody. *„Do budoucna i pro ty, co s ní byli až do konce života, že mají vnitřní klid. Že udělali všechno, co mohli.“* Respondent č. 4 vidí výhodu domácí péče v tom, že je člověk v rodinném prostředí se svou rodinou. *„Na té psychické pohodě je to určitě znát.“* Přidává příklad tety, kterou měli v nemocnici a dávali jí nějaké léky. Postupně upadala a jak za ní přišli, tak ji nepoznávali a ona je nevnímala. *„Strašně rychle se to zhoršovalo. Myslím si, že kdyby byla doma, tak by ta péče byla lepší a nebyla by z toho tak rychle hotová.“* I přesto, že s domácí péčí nemá respondent č. 5 žádné zkušenosti, vyjádřil na ni svůj názor. Podle něj je hlavní výhodou domácí prostředí, lepší psychická pohoda a klid. Doma se podle něj člověk cítí lépe. Všichni respondenti (kromě respondenta č. 1, který na otázku neodpověděl) se shodli na tom, že hlavní

výhodou domácí péče je větší psychická pohoda a větší klid pro umírajícího, než třeba v nemocnici.

5. Jaké nevýhody spatřujete v domácí péči?

Respondent č. 1 odmítl na otázku č. 5 odpovědět. Podle respondentky č. 2 je nevýhodou domácí péče *„…koordinace všeho, když máte svoji práci.“* Podle ní je těžké skloubit práci, povinnosti a zodpovědnost, kterou máte o nemocného. Respondentka č. 3 si myslí, že je těžké postarat se o nemocného ležícího člověka sám a nikdy by prý neodsoudila někoho, *„…kdo by řekl, že si někoho domů nevezme.“* Když ale funguje celá rodina, je to něco jiného. Nevýhodou domácí péče je tedy podle respondentky náročnost, ale *„…zase přepnete do jakéhosi automatu a nepřemýšlíte, jestli to chcete dělat, nebo ne.“* Další „nevýhodou“ je prý to, že *„když přijdete do toho domu, do té místnosti, tak automaticky vidíte, jak tam ležela. Ten háček, kde teď visí obrázek, mi připomíná, že tam viselo to morfium.“* Respondent č. 4 si myslí, že domácí péče je náročná pro rodinu, která musí chodit do práce. Je prý těžké všechno zkombinovat a *„vždycky musí být někdo doma, aby se o toho člověka postaral. Takže třeba dovolená padá, nemůžete nikam vyjet…“* Odpověď respondenta č. 5 se lišila od všech ostatních. Nevýhodu domácí péče totiž spatřoval v rychlé pomoci, která je člověku v nemocnici poskytnuta téměř okamžitě, ale *„doma se čeká na rychlou a několik minut může pak rozhodnout.“* O náročnosti se respondent č. 5 nezmínil, což může být způsobeno tím, že s domácí péči nemá žádné zkušenosti. Je to tedy pouze jeho názor. Ve výsledku se tedy 3 ze 4 odpovědí shodují v tom, že nevýhodou domácí péče je náročnost pro pečující rodinu, ať už časová, nebo fyzická. Odpověď respondenta č. 5 se lišila tím, že poukazovala na absenci okamžité lékařské pomoci.

6. Myslíte si, že je důstojné umírání zajištěno lépe doma, nebo právě v nemocničních zařízeních či hospici, nebo domově pro seniory?

Respondent č. 1 odmítl na otázku č. 6 odpovědět. Respondentka č. 2 nemá s institucionálními zařízeními žádné zkušenosti, ale myslí si, že by měl člověk, *„…pokud je to aspoň trochu možné, být doma.“* Respondentka č. 3 je rovněž přesvědčena, že je

důstojné umírání zajištěno nejlépe doma. *„Víte, že ten člověk byl čistý, umytý a klidný, že byl doma.“* S hospicem ale respondentka také nemá žádné zkušenosti, avšak *„když jsme byli za babičkou v té nemocnici, tak jsem tam viděla paní, za kterou nikdo nechodil, a ona tam umřela sama. Možná to vzdala, protože ani neměla pro koho bojovat.“* Také respondent č. 4 si myslí, že úplně nejdůstojnější umírání je zajištěno doma. *„Je to podle mě takové nejpřirozenější.“* Nedokázal si ale představit, jaké to je, když někdo umře doma, protože to do té doby nezažil. *„Pak jsem si ale uvědomil, že je to asi úplně nejlepší smrt.“* Odpověď respondenta č. 5 se opět lišila od odpovědí ostatních respondentů. Podle něj se lidé doma nemusí cítit dobře právě kvůli absenci okamžité lékařské pomoci, viz otázka č. 5. Zmínil se o babičce své manželky, která *„ …chtěla rovnou do hospice. Ona vůbec nechtěla být doma. Asi nechtěla být na obtíž.“* Ve 3 ze 4 případů shledávám shodu v názoru, že důstojné umírání je nejlépe zajištěno doma. Pouze jedna odpověď se liší tím, že je v ní popsána zkušenost paní, která sama chtěla jít do hospice.

7. Využili jste nějakého poradenství pro pozůstalé? Věděli jste, že je to běžně poskytovaná služba umírajícím?

Na tuto otázku již opět odpovídali všichni respondenti. Respondent č. 1 nevyužil žádného poradenství pro pozůstalé a o tom, že něco takového existuje, má ponětí. Respondentka č. 2 také nevyužila žádného poradenství pro pozůstalé, protože jak říká, *„ještě, když babička žila, tak si svůj majetek vypořádala. V pozůstalosti tedy nebylo co řešit a nebylo třeba žádného takového poradenství.“* Teprve až po doptání se na psychickou pomoc se respondentka zmínila opět o asociaci Paprsek, kde *„ …si s vámi byť jen povídali a tím vám dali podporu.“* Respondentka byla také za svým doktorem, který jí předepsal léky, po kterých spala a které po krátké době přestala užívat. *„Jinak nám žádnou pomoc nikdo nenabídl a slyším poprvé, že něco takového existuje. Byli jsme navíc v takovém stavu, že to asi ani nebylo na pořadu dne.“* Respondentka č. 3 také nevyužila žádného poradenství a je přesvědčená, že když je rodina *„ …zvyklá si pomáhat a být spolu, tak nemáte potřebu vyhledávat odbornou pomoc.“* Zároveň ale chápe, že osamocený člověk takovou odbornou pomoc může vyhledat a ví, že tato pomoc pozůstalým existuje. Také respondent č. 4 přikládá důraz na podporu v rodině a žádnou odbornou pomoc

nevyhledával. *„Tu rodinu to strašně spojilo.“* Respondent asi má ponětí, že nějaká taková pomoc existuje, ale sám říká: *„…nebyly na to v tu chvíli žádné myšlenky.“* Respondent č. 5 aktivně hledal odbornou pomoc psychologa pro svého mladšího bratra. *„Ne ale proto, že by to potřeboval, ale proto, abych měl něco v záloze, kdyby se ten jeho stav zhoršil.“* Matka i sestra respondenta navštěvují pravidelně psychologa. Ve dvou z 5 případů pozůstalí využili nějakého poradenství pro pozůstalé. Prvním byla psychická pomoc v asociaci Paprsek a poté pomoc formou léků. V posledním případě bylo využito služeb psychologa. 3 z 5 respondentů nevyužili žádného poradenství. 4 z 5 respondentů ví o tom, že nějaké poradenství pro pozůstalé existuje.

8. Jak je to dlouho, co váš blízký zemřel? Vidíte spojitost mezi časem a intenzitou zármutku a truchlení?

Respondent č. 1 přišel o otce před 11 lety a o matku před rokem. V obou případech se shoduje na tom, že bolest je pořád stejná a s časem se nezmenšuje. *„Samozřejmě v ten první moment, těch prvních pár dní, je určitě nejtěžších. Spíš si ale myslím, že si člověk časem zvykne, než že by to nějak ustoupilo. Za mě to cítím pořád stejně.“* Respondentce č. 2 zemřela babička před 4 lety. Potvrzuje, že si na tu bolest lze pouze zvyknout, ale nikdy neodezní. Na respondentce byl vidět veliký stesk i během našeho rozhovoru. Respondentka č. 3 přišla o babičku před 7 lety. *„Já si na ni vzpomenu třeba desetkrát za den. Vždy, když přijdu na ten hřbitov, tak brečím.“* U respondenta č. 4 jde o poměrně čerstvou záležitost, o svoji babičku přišel teprve před 2 měsíci. *„Zezačátku to bylo opravdu hrozné. Ten první týden, co se to stalo… byl úplně šílený.“* Nikdy z jejich rodiny tomu nechtěl uvěřit. *„Když ale dojdete nahoru do pokoje, kde bývala a ona tam není, je tam ticho, prázdno…“* Pochopení, že je babička opravdu pryč, přišlo až na pohřbu. *„…až tehdy si uvědomíte, že je fakt konec.“* Po uplynulých dvou měsících se s tím respondent, jak sám říká, už musel vyrovnat. Jak ale dodává, člověk musí *„jít v životě dál.“* U respondenta č. 5 je tomu necelý rok, co tragicky přišel o svého otce. I zde se jeho odpověď liší od ostatních. Říká, že s postupem času je to určitě horší. Důvodem je ale fakt, že jeho otec celý život pracoval v zahraničí, *„…byl několik měsíců pryč a pak se vždycky vrátil. Půl roku po té nehodě jsem si teda pořád tak nějak říkal, že je pryč, někde pracuje, nebo tak. Ale vlastně čím je to déle, tím víc si uvědomuji, že už nepřijede.* Respondent si tedy

otcovu smrt nedokázal uvědomit hned, ale až postupem času. *„Ani pohřeb nebyl nějaký mezník.* Otec by si prý přál, když už, tak veselý pohřeb. *„Tomu jsem ten pohřeb i přizpůsobil, vybral jsem písničky, co měl rád. Třeba Metallica, Led Zeppelin, ACDC, …“* Ze získaných odpovědí můžu tedy jednoznačně vyvodit, že bolest, kterou mají v srdci všichni moji respondenti (pozůstalí), se nezmenšuje, ani netlumí. Rovněž je jedno, jak je tomu dlouho, co o milovanou osobu přišli. Na takovou bolest si lze jen zvyknout, akceptovat ji a člověk musí, jak říká respondent č. 4: *„Jít v životě dál.“*

9. V jakém vztahu jste byl/-a se zemřelým/-ou?

U respondenta č. 1 se jedná o oba rodiče, otce i matku. U respondentky č. 2 se jedná o babičku. Respondentka č. 3 přišla rovněž o svoji babičku, stejně jako respondent č. 4. Respondent č. 5 přišel o svého otce tragickou nehodou. Všichni respondenti byli tedy se zemřelými v úzkém rodinném vztahu, kde ve třech případech z 6 šlo o jejich babičky.

10. Myslíte si, že dnešní společnost dává dostatečný prostor pro truchlení pozůstalých?

Respondent č. 1 si je jist, že by mu jeho zaměstnavatel v případě potřeby vyšel určitě vstříc. Této služby ale nevyužil. Také respondentka č. 2 má dobrou zkušenost. *„Já musím říct, že jsem v práci měla maximální podporu od šéfa, který mi dal volno…“* Respondentka č. 3 má ovšem jinou zkušenost. *„U nás to teda nefunguje tak, že by mi dal šéf třeba 14 dní volno na zotavení.* Jak ale sama říká, byla ráda, že do té práce mohla chodit. *„Musela jsem fungovat a bylo mi tam dobře.“* Podle ní se ten, kdo si vezme volno, aby mohl doma truchlit, spíš zblázní. *„Lepší je podle mě se zapojit.“* Respondent č. 4 je učitelem na čtyřech hudebních školách. Všechny tyto školy mu vyšly stoprocentně vstříc a dali celý týden volno. Respondent č. 5 se vyjádřil slovy: *„Myslím si, že i kdybych byl hodně špatný, tak to mého šéfa nebude zajímat.“* Kdyby ale viděl jeho mistr, že je na tom opravdu zle, volno by mu dal. U svých kamarádů nepozoroval žádné výrazné změny chování, spíše ho jen politovali. Ve 3 z 5 případů mají respondenti takovou zkušenost, že jim zaměstnavatel poskytl dostatečný prostor pro truchlení a zotavení. Respondentka č. 3

byla zase ráda, že do práce může jít, doma by se prý zbláznila. Respondent č. 5 je přesvědčen, že majitele firmy, ve které pracuje, takový problém nezajímá.

11. Která oblast z holistického přístupu je podle Vás nejvíce opomíjena při přístupu k umírajícím osobám?

Respondent č. 1 přikládá důležitost tomu být v okruhu nejbližších, což podle něj *„…dokáže tu bolest potlačit, všechno je v hlavě.“* Ovšem v případu otce tomu tak nebylo. Ten byl v nemocnici, ze které jen zavolali, že je konec. Respondent by byl *„…zpětně rád, kdybychom mohli být u něho.“* Ani v případě matky nebyl respondent až do poslední chvíle s ní, jelikož byla v nemocnici, kde se to *„…během pár dní prudce zhoršilo a v podstatě tam byl okamžitý konec. Určitě ale souhlasím s tím, že smrt je součást života a ten přístup k umírajícím by mohl být lidštější.“* Respondent je přesvědčen, že způsob, kterým by chtěl každý člověk odejít, je *„…v okruhu nejbližších a ne sám někde na samotce na pokoji v nemocnici.“* Respondentka č. 2 si myslí, že nejvíce opomíjená oblast je ta duševní. Přiznává ale, že je těžké pomoci člověku, o kterém nevíme, co sám prožívá. Respondentka také zastává názor, že je o tématu umírání a smrti nedostatek informací například na internetu. *„Najít něco, aby nám to odpovědělo na otázky, které jsme si dávali, bylo hrozně těžké.“* Na druhou stranu ale *„…se do té situace můžete dostat z hodiny na hodinu, nebo ze dne na den a musíte řešit soustu jiných věcí a řekněme, že na tu duši není potom čas.“* Respondentka č. 3 zastává názor, že v nemocnici je opomíjená důstojnost. Zároveň ale chápe, že nejde, aby se sestřičky v nemocnici loučily s každým pacientem zvlášť. *„Ale to, když je člověk umytý a čistý, tak i na tom člověku je vidět, že je v klidu, než když je člověk vyplašený někde v nemocnici. V té nemocnici prostě strádá ta psychická stránka.“* Podle respondentky ale také záleží na tom, jestli chce dotyčný člověk bojovat a zda má kolem sebe podporu rodiny. Myslí si, že *„…ta psychika je 70 % pro toho člověka.“* U respondenta č. 4 převládá názor, že nejvíce opomíjená stránka je ta psychická. *„A taky člověk nemá někdy čas, nestíhá tam zajít, odkládá to, protože má svých starostí dost… Pak se stane, že ten člověk najednou umře a vy si uvědomíte, že jste tam mohl jít víckrát… Ale vy si to nepřipouštíte, neuvědomujete… To si uvědomíte až po tom, co se to stane.“* Respondent č. 5 na tuto otázku neodpověděl. Podle odpovědí respondentů lze říci, že oblast, která je při přístupu k umírajícím osobám nejvíce opomíjena, je ta

psychická. Ať už jde o touhu umírat v okruhu svých nejbližších, psychickou pohodu zajištěnou doma, nebo jakousi důstojnost či prosté návštěvy u ještě žijících prarodičů.

Závěr

Mým hlavním cílem výzkumu bylo zjistit, jaké jsou rozdíly v přístupu k umírajícím osobám a názorech na domácí péči mezi dospělými lidmi od 30 do 50 let. Dílčích cílů je celkem 11 a shodují se s výzkumnými otázkami.

Dílčí cíle se podařilo naplnit zodpovězením respondentů na jednotlivé otázky. Případy jsou popsány výše a následně byla provedena analýza a porovnání odpovědí.

Ve své práci jsem použila kvalitativní metodu výzkumu za pomocí polostrukturovaného rozhovoru.

Hlavní cíl práce se také podařilo naplnit. Mezi dospělými lidmi od 30 do 50 let se v odpovědích vyskytovaly značné odlišnosti v názorech na domácí péči i rozdíly v přístupu k umírajícím osobám. Vše je však zdůvodněno individuální zkušeností, která je u každého člověka jiná.

Respondenti po prožité zkušenosti se smrtí značně změnili na toto téma názor. Všichni se shodli na tom, že je smrt přirozenou součástí života a že by smrt neměla být odsouvána do pozadí. Myslím si, že by se také odpovídajícím způsobem mělo o smrti mluvit i s malými dětmi, jelikož například v hospici se snaží do procesu umírání osob zapojit i rodinu, nebo například sourozenci. Všichni bychom si měli být vědomi toho, že smrt je jako zrození přirozená součást života.

V praktické části jsem zjistila, že v polovině případů šla smrt blízkého nějakým způsobem očekávat, v dalších polovině případů šlo o náhlé úmrtí. Na otázku, zda byl blízký až do konce života doma či v nemocnici, jsem od 5 respondentů dostala 7 odpovědí. Z toho ve třech případech šlo o úmrtí v nemocnici, pouze dva lidé zemřeli doma. Jeden člověk zemřel v LDN a jeden tragicky zahynul při autonehodě. Z celkových 7 případů od 5 respondentů bylo využito poradenství pro pozůstalé pouze v 1 případě, kde šlo především o zdravotnickou pomoc. V jednom případě chtěla rodina využít poradenství pro svoji babičku, které však nebylo v danou chvíli dostupné. Podle respondentů je největší výhodou domácí péče domácí prostředí a psychická pohoda. Nevýhodou potom může být náročná koordinace všech povinností pečujících, náročnost jako taková anebo například absence rychlé pomoci. Většina respondentů se také shodla na tom, že důstojné umírání je lépe zajištěno doma. Pouze v jednom případě chtěla jít pacientka sama do hospice, což pro ní bylo vhodnější, než být doma. Menší část

respondentů využila nějakého poradenství pro pozůstalé, většina však ví, že taková služba existuje. Většina také sdílí názor, že se bolest s časem nezmenšuje, pouze musí být akceptována. V jednom případě je zármutek s postupem času dokonce větší. Všichni respondenti byli se zemřelými v úzkém rodinném kruhu, ať už se jednalo o rodiče, nebo babičky. Tři z pěti respondentů mají dobrou zkušenost s poskytnutím prostoru pro truchlení, zbývající dva nikoliv. V jednom případě ale za to byla respondentka vděčná, protože by to pro ni doma bylo psychicky náročnější. Podle téměř všech respondentů je při přístupu k umírajícím nejvíce opomíjena psychická stránka. Myslí si, že umírající chtějí poslední chvilky svého života strávit v rodinném prostředí v kruhu svých nejbližších. Pouze jeden respondent má jinou zkušenost a to takovou, že paní chtěla jít sama do hospice.

Důležitost tématu práce shledávám v jeho aktuálnosti, jelikož smrt je odsouvána a pro běžného člověka dnes téměř neviditelná. S náhlým úmrtím v rodině ale potom přichází veliký šok právě kvůli tomu, že si málokdo uvědomuje, že je smrt je zde stejně, jako zrození.

Referenční seznam

1. ADAM, Zdeněk a Jiří VORLÍČEK. 1998. *Paliativní medicína*. Praha: Grada, ISBN 80-7169-437-1.
2. ALAN, Josef. 1989. *Etapy života očima sociologie*. Praha: Panorama, Pyramida. ISBN 80-7038-044-6.
3. ANDREWS, Carol a Raymond O. FAULKNER. 1990. *The Ancient Egyptian Book of the Dead*. Austin: University of Texas Press. ISBN 9780714119922.
4. ARIÈS, Philippe. 2000. *Dějiny smrti*. Praha: Argo, Každodenní život. ISBN 80-7203-286-0.
5. BYOCK, Ira. 2005. *Dobré umírání: možnosti pokojného konce života*. Praha: Vyšehrad, Cesty. ISBN 80-7021-797-9.
6. DOBRIKOVÁ-PORUBČANOVÁ, Patricia. 2005. *Nevyliečiteľne chorí v súčasnosti*. Trnava: Spolok svatého Vojtecha. ISBN 80-7162-581-7.
7. ELIAS, Norbert. 1998. *O osamělosti umírajících v našich dnech.* Praha: Nakladatelství Franze Kafky, Člověk v zrcadle. ISBN 80-85844-39-7.
8. FELDMANN, Klaus. 2004. *Tod und Gesellschaft, Sozialwissenschaftliche Thanatologie im Überblick*. Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften. ISBN 978-3-322-95682-8.
9. FIRTH, Pam, Gill LUFF a David OLIVIERE, ed. 2007. *Ztráta, změna a zármutek v kontextu paliativní péče*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, Paliativní péče. ISBN 978-80-87029-21-3.
10. HAŠKOVCOVÁ, Helena. c2000. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti.* Praha: Galén. ISBN 807-2620-34-7.
11. KAST, Verena. 2015. *Truchlení: fáze a šance psychického procesu*. Praha: Portál, Spektrum (Portál). ISBN 978-80-262-0789-4.
12. KERRIGAN, Michael. 2008. *Historie smrti: pohřební zvyky a smuteční obřady od starověku do současnosti.* Praha: Deus. ISBN 978-80-87087-55-8.
13. KÜBLER-ROSS, Elisabeth. 1992. *Hovory s umírajícími*. Přeložil Bohumil DVOŘÁČEK, ilustroval Eva BUREŠOVÁ. Nové Město nad Metují: Signum unitatis. ISBN 80-85439-04-2.

14. KÜBLER-ROSS, Elisabeth. 2015. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Přeložil Jiří KRÁLOVEC. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0911-9.
15. MAJTÁN, Ľubomír. 2011. *Eutanázia (A čo na to Cirkev?)*. 1. Žilinská diecéza: Rímskokatolícka cirkev. ISBN 978-809-7042-63-9.
16. MASTILIAKOVÁ, Dagmar. 2007. *Holistické přístupy v péči o zdraví.*. 2. nezměn. vyd., V Brně: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-457-3.
17. MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.
18. NASSEHI, Armin. c1989. *Tod, Modernität und Gesellschaft: Entwurf einer Theorie der Todesverdrängung*. Opladen: Westdeutscher Verlag, ISBN 35-3112-035-2.
19. NULAND, Sherwin B. 1996. *Jak lidé umírají: úvahy o závěrečné kapitole života*. Praha: Knižní klub.,ISBN 80-7176-264-4.
20. O'CONNOR, Margaret a Sanchia ARANDA. 2005. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Praha: Grada, Sestra (Grada). ISBN 80-247-1295-4.
21. PARKES, Colin Murray, Marilyn RELF a Ann COULDRICK. 2007. *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé.* Brno: Společnost pro odbornou literaturu, Paliativní péče. ISBN 978-80-87029-23-7.
22. ŘÍČAN, Pavel. 1990. *Cesta životem*. Praha: Panorama, Pyramida. ISBN 80-7038-078-0.
23. SÍGL, Miroslav. 2006. *Co víme o smrti*. Praha: Epocha, ISBN 80-870-2711-6.
24. SLABÝ, Adolf. 1991. *Pastorální medicína a zdravotní etika*. Praha: Karolinum, ISBN 80-7066-411-8.
25. SVATOŠOVÁ, Marie. 2011. *Hospice a umění doprovázet*. 7., dopl. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, ISBN 978-80-7195-580-1.
26. ŠPATENKOVÁ, Naděžda. c2014. *O posledních věcech člověka: vybrané kapitoly z thanatologie*. Praha: Galén, ISBN 978-80-7492-138-4
27. ŠPATENKOVÁ, Naděžda. 2008. *Poradenství pro pozůstalé*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-1740-1.

28. ŠPATENKOVÁ, Naděžda. 2013. *Poradenství pro pozůstalé: principy, proces, metody*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3736-2.
29. ŠPATENKOVÁ, Naděžda. 2001. *Zármutek a pomoc pozůstalým*. Praha: ISV, 2001. Sociologie (ISV). ISBN 80-85866-82-x.
30. ŠVÁBENSKÝ, Mojmír. 1965. *Stavovské listiny, 1212-1847: katalog: A1*. Brno: Státní archiv v Brně, Inventáře a katalogy fondů Státního archivu v Brně, č. 22. ISSN 1212-4117.
31. TRACHTOVÁ, Eva. 2001. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu.*. 2., nezm. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. ISBN 80-7013-324-4.
32. VÁGNEROVÁ, Marie. 2007. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, ISBN 978-80-246-1318-5.

Elektronické zdroje

1. KISVETROVÁ, Helena a Jana KUTNOHORSKÁ. Umírání a smrt v historickém vývoji. *Kontakt*. 2010. (2), s. 212-219. ISSN 1212-4117.
2. *Les vzpomínek*. [online]. Praha, 2015. [cit. 2019-06-18]. Dostupné z: http://lesvzpominek.cz
3. Burial Alternatives – 23 Ultimate Ways To Check Out. *Lexikin* [online]. Russell Square, London, 2016. [cit. 2019-06-18]. Dostupné z: https://www.lexikin.com/funerals/burial-alternatives/?fbclid=IwAR3TKxU1NNM6tPeSxv_dDJJx4y4A1ZQyodZQeR2PXGiLj-HySknTVRmUxLY
4. *Přátelé žehu a ledu.* Euro [online]. Praha: Mladá fronta, 2010. [cit. 2019-06-18]. Dostupné z: https://www.euro.cz/archiv/pratele-zehu-u-ledu-829257
5. Tělo se po smrti může proměnit ve strom, diamant i kus ledu. *Material Times* [online]. Praha, 2014. [cit. 2019-06-18]. Dostupné z: https://www.materialtimes.com/tema-tydne/telo-se-po-smrti-muze-promenit-ve-strom-diamant-i-kus-ledu.html

6. Pohřeb žehem se překonal, na Floridě mrtvé zkapalňují. *Aktuálně.cz* [online]. 2011. [cit. 2019-06-18]. Dostupné z: https://zpravy.aktualne.cz/zahranici/pohreb-zehem-se-prekonal-na-floride-mrtve-zkapalnuji/r~i:article:712505/
7. Palliative care — 1990 and 2002 WHO definitions. *Pallipedia* [online]. 2019. [cit. 2019-06-18]. Dostupné z: https://pallipedia.org/palliative-care-1990-and-2002-who-definitions/
8. WHO. 2019. *WHO Definition of Palliative Care*. [online]. Copyright ©. [cit. 2019-05-29]. Dostupné z: https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/

Souhrn

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku umírání a smrti. Téma je pro mě důležité z citového hlediska a z důležitosti bio-psycho-sociálního přístupu k člověku. V teoretické části je přiblížen holistický přístup ke zdraví a nemoci, dále je zde popsáno, jak se umíralo dříve a jak se umírá dnes, co je to paliativní péče, jak funguje hospic a jaké jsou formy hospicové péče. Je zde definováno, co je to umírání, jaké jsou jeho fáze a jaké administrativní záležitosti je potřeba zařídit po smrti blízké osoby. Dále je zde popsáno truchlení a zmíněna možnost poradenství pro pozůstalé. Jako zajímavost jsou zde ještě zmíněny alternativní možnosti pohřbívání. V praktické části bylo hlavním cílem zjistit, jaké jsou názory v přístupu k umírajícím osobám mezi dospělými lidmi od 30 do 50 let. Pro výzkum byla zvolena kvalitativní metoda formou polostrukturovaného dotazníku. Cíle práce se podařilo naplnit zodpovězením otázek v dotazníku.

Summary

The bachelor thesis is focused on the problematics of dying and death. This topic is close to me because of emotional reasons but also because of the importance of bio-psycho-social attitude to people. In the theoretical part is explained the holistic approach to dying and death. Moreover, there is a description of the history of dying, contemporary approach to death, palliative care, how hospice works and what types of hospice care are there. There is definition of the term dying, its phases and what administrative matters need to be arranged after the death of a family member. Furthermore, there is a description of mourning and the possibility of counseling for survivors is also mentioned. Additionally, alternative means of burial are mentioned. The main purpose of the practical part was to find out what are the views on the attitude towards dying among adults between 30 and 50 years of age. For the research was chosen qualitative research method written as semi-structured interview. The research questions were successfully answered in the questionnaire.

Seznam příloh

Příloha č. 1 – Oblasti kvalitativního výzkumu

Příloha č. 2 – Informovaný souhlas

Příloha č. 3 – Polostrukturovaný rozhovor

Příloha č. 4 - CD

Příloha č. 1

Oblasti kvalitativního výzkumu pro bakalářskou práci na téma

Holistický přístup k umírání a smrti

Zaškrtněte, prosím, oblasti, o kterých nebudete mít problém v našem rozhovoru otevřeně a bez větších obtíží hovořit. Je v pořádku, pokud nevyberete všechny oblasti.

(použijte např. symbol *)

oblast 1	**Pečující osoby (domácí péče, nebo náhlé úmrtí?)**		
oblast 2	**Domácí péče (výhody, nevýhody; důstojné umírání)**		
oblast 3	**Posmrtná péče o zemřelého**		
oblast 4	**Legislativní a sociální náležitosti**		
oblast 5	**Poradenství pro pozůstalé**		
oblast 6	**Truchlení**		
oblast 7	**Doplňující** Holistický přístup pro umírající i pro pozůstalé Prostor pro truchlení pozůstalých Poradenské možnosti nabízené pozůstalým osobám Opomíjené oblasti z holistického přístupu pro umírající a pozůstalé		

Příloha č. 2 – Informovaný souhlas

Já, níže podepsaný pan/paní, souhlasím se svou účastí ve výzkumném šetření Ivety Rajchové, realizovaném na základě jejího studia na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Tímto potvrzuji, že souhlasím s využitím informací a údajů, které poskytnu k dalšímu zpracování v bakalářské práci s názvem „Holistický přístup k umírání a smrti“.

Potvrzuji a souhlasím s rozhovorem, který bude nahráván. Beru na vědomí, že se jedná o výzkumnou činnost a moje účast ve výzkumném šetření je dobrovolná. Souhlasím s tím, že údaje o mé osobě budou využity k dalšímu zpracování, se zachováním důvěrnosti podle zákona č. 101/2000 Sb., zákon o ochraně osobních údajů.

V Olomouci dne:

..…….. ..…….....

Jméno a podpis účastníka

Iveta Rajchová
(studentka PdF UP v Olomouci)

……..
PaedDr. et Mgr. Marie Chrásková, Ph.D.
(vedoucí bakalářské práce)

Příloha č. 3

Otázky k polostrukturovanému rozhovoru

Téma: Holistický přístup k umírání a smrti

1. Uvědomoval/-a jste si, že se nějakým způsobem blíží konec života, nebo smrt přišla náhle a nečekaně?

2. byl/-a XXX až do konce života doma, nebo v nějakém zdravotnickém zařízení, to znamená v nemocnici, nebo například v hospici?

3. Využili jste nějakého poradenství pro umírající?

4. Jaké výhody spatřujete v domácí péči?

5. Jaké nevýhody spatřujete v domácí péči?

6. Myslíte si, že je důstojné umírání zajištěno lépe doma, nebo právě v nemocničních zařízeních či hospici, nebo domově pro seniory?

7. Využili jste nějakého poradenství pro pozůstalé? Věděli jste, že je to běžně poskytovaná služba?

8. Jak je to dlouho, co váš blízký zemřel? Vidíte spojitost mezi časem a intenzitou zármutku a truchlení?

9. V jakém vztahu jste byl/-a se zemřelým/-ou?

10. Myslíte si, že dnešní společnost dává dostatečný prostor pro truchlení pozůstalých?

11. Která oblast z holistického přístupu je podle Vás nejvíce opomíjena při přístupu k umírajícím osobám?

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Iveta Rajchová
Katedra:	Katedra antropologie a zdravovědy
Vedoucí práce:	PaedDr. et Mgr. Marie Chrásková, Ph.D.
Rok obhajoby:	2019

Název práce:	Holistický přístup k umírání a smrti
Název v angličtině:	Holistic approach to dying and death
Anotace práce:	Bakalářská práce se zabývá problematikou umírání a smrti. Teoretická část práce zpracovává téma umírání a smrti, domácí a hospicové péče, nakládání s mrtvým tělem, truchlení a pomoc pozůstalým. Pro výzkum byla vybrána kvalitativní výzkumná metoda v podobě polostrukturovaného rozhovoru. Celkem 5 respondentů spadá do období mladší nebo střední dospělosti. Výpověď každého respondenta závisí na jeho osobní zkušenosti.
Klíčová slova:	umírání, smrt, paliativní péče, domácí péče, hospic, truchlení, poradenství pro pozůstalé
Anotace v angličtině:	The bachelor thesis focuses on the problematics of dying and death. The theoretical part is focused on topics such as dying and death, home and hospice care, dealing with a dead body, mourning, and support for survivors. For the research was chosen qualitative research method written as semi-structured interview. In total 5 respondents fall

	into period of younger and middle adulthood. Answer of each respondent is based on his own experience.
Klíčová slova v angličtině:	dying, death, palliative care, home care, hospice, mourning, counseling for survivors
Přílohy vázané v práci:	příloha č. 1 – Oblasti rozhovoru příloha č. 2 – Informovaný souhlas příloha č. 3 – Rozhovor příloha č. 4 - CD
Rozsah práce:	60
Jazyk práce:	Český