



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Tabuizace smrti v současné české společnosti

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

REHABILITACE

Autor: Daniel Martínek

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Ondřej Doskočil, Th.D.

České Budějovice 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „Tabuizace smrti v současné české společnosti“ jsem vypracoval samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 3. 5. 2017

.....

podpis

Poděkování

Děkuji velmi panu Mgr. et Mgr. Ondřejovi Doskočilovi, Th.D. za cenné rady a připomínky při vedení mé bakalářské práce.

Tabuizace smrti v současné české společnosti

Abstrakt

Cílem teoretické části mojí bakalářské práce je popsat smrt a umírání jako pojem a tyto pojmy definovat. Rozdělit a stručně popsat různé druhy smrti, dále pak shrnout přístup společnosti ke smrti a umírání z hlediska historického vývoje a v následující kapitole popsat postoje z hlediska nejvýznamnějších světových náboženství. V teoretické části bych se také chtěl zabývat a popsat paliativní péči a úlohou sociální pracovníka v procesu umírání a také popsat problematiku eutanazie.

Cílem praktické části je získat, zhodnotit a porovnat postoje všech věkových skupin v současné České společnosti ke smrti.

Výzkum provedu kvantitativní metodou pomocí dotazníku.

Na základě stanovených hypotéz, jsem stanovil soubor otázek vztahujících se k hypotézám, ze kterých jsem sestavil dotazník. Do dotazníku jsem také zařadil identifikační otázky, sloužící k bližší identifikaci respondentů. Ke každé otázce jsem vypracoval graf a popsal jej. Dále sestavím tabulku, kde vyjádřím a následně popíšu, jak na otázky odpovídali jednotlivé skupiny lidí.

V praktické části se podařilo prokázat, že v současnosti je tabuizace smrti větší u nevěřících lidí, kteří nad tématem smrti přemýšlejí méně často. První hypotéza byla tedy potvrzena.

Hypotéza, která předpokládala, že mladí lidé, do 24 let budou mít největší obavy z psychického utrpení při umírání, se nepotvrdila. Taktéž se nepotvrdila hypotéza, která předpokládala, že lidé ve věku 60 let a výše budou mít strach z fyzického utrpení. Staří lidé uváděli nejčastěji strach z bezmoci. U lidí do 24 let byli odpovědi vyrovnané.

Třetí hypotézu se podařilo prokázat. Na otázku ohledně jejich zájmu o téma smrti prokázali zastánci legalizace eutanazie menší zájem než odpůrci.

Klíčová slova

tabuizace; smrt; současnost; umírání; česká společnost

The Taboo of Death in Contemporary Czech Society

Abstract

The main goal of my thesis is to describe the idea of death and dying, and then to define these. Then I will differentiate and describe various types of death, together with summarizing historical evolution of the approach of society to death, and in the next part I will describe the idea of death as it is seen by the most significant world religions. In theoretical part of my thesis I would like to define the purpose of palliative care and the role social workers play in the process of dying, and define the problematic surrounding euthanasia.

The main goal of the practical part is to obtain, evaluate and summarize the approach to death of all the age groups in contemporary czech society.

The reasearch will be done with the help of quantitative method in the form of questionnaire.

Based on the established hypotheses, I created multiple questions related to the hypotheses, from which I created the questionnaire. The questionnaire also contains identification questions, which are meant to give closer identification of respondents. A graph has been created to every question and each graph has been labeled. Next I will create charts which will evaluate how separate age groups answered the questions.

The practical part of the thesis confirmed, that in the present the tabooing of the death is more common with atheists, who do not think about the topic of the death very often. First hypothesis has been confirmed.

The hypothesis which assumed that the young people to the age of 24 years are going to be the most afraid ones of the psychic pain while dying, has not been confirmed. Neither has been the hypothesis which assumed the elderly people (60 years and more) are going to be The most common answer among elderly people was the fear of being helpless. The answers were equalized among the youger generation (to the age of 24 years).

The third hypothesis also has been confirmed. The answers, to the question of death topic interest, proponents of legalizing euthanasia have shown less interest than opponents.

Keywords

tabooing; present; dying; czech society

OBSAH

ÚVOD	8
1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ	10
1.1 SMRT	10
1.2 UMÍRÁNÍ	11
1.3 ROZDĚLENÍ SMRTI	12
1.3.1 Náhlá smrt	12
1.3.2 Pomalá smrt	13
1.3.3 Sebevražda	13
1.4 THANATOLOGIE	13
2 HISTORICKÝ VÝVOJ POSTOJŮ KE SMRTI	14
2.1 STAROVĚK	14
2.2 STŘEDOVĚK	15
2.3 NOVOVĚK	15
2.4 SOUČASNOST	16
3 SMRT Z POHLEDU NÁBOŽENSTVÍ	17
3.1 KŘESŤANSTVÍ	18
3.2 JUDAISMUS	19
3.3 BUDDHISMUS	19
3.4 ISLÁM	20
3.5 HINDUISMUS	20
4 UMÍRÁNÍ A SMRT V KONTEXTU ZDRAVOTNÍ A SOCIÁLNÍ PÉČE	21
4.1 PROCES UMÍRÁNÍ PODLE KÜBLER- ROSS	21
4.1.1 První stádium - popírání a izolace	21
4.1.2 Druhé stádium - zlost	22
4.1.3 Třetí stádium - smlouvání	22
4.1.4 Čtvrté stádium - deprese	22
4.1.5 Páté stádium - akceptace	23
4.2 PÉČE O UMÍRAJÍCÍ V ČESKÉ REPUBLICE	23
4.3 PRÁVA UMÍRAJÍCÍCH	24

4.4	<i>HOLISTICKÁ PÉČE</i>	24
4.4.1	Fyzická bolest	24
4.4.2	Emociální bolest	25
4.4.3	Sociální bolest	25
4.4.4	Duchovní bolest	25
4.5	<i>PALIATIVNÍ PÉČE</i>	26
4.6	<i>FORMY PALIATIVNÍ PÉČE</i>	27
4.6.1	Lůžková hospicová péče	27
4.6.2	Domácí hospicová péče	27
4.6.3	Stacionární hospicová péče	28
4.7	<i>EUTANAZIE</i>	28
4.7.1	Legalizace eutanazie ve světě a v České republice	28
4.7.2	Argumenty zastánců a odpůrců eutanazie	29
4.7.3	Formy eutanazie	30
4.7.4	Vlastní žádost, living will	31
4.8	<i>VÝZNAM SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA</i>	31
5	CÍL PRÁCE	33
6	VÝZKUMNÉ OTÁZKY	33
7	HYPOTÉZY	33
8	METODIKA	33
9	VYHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ	34
	DISKUZE	51
	ZÁVĚR	58
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	60
	SEZNAM PŘÍLOH	63

ÚVOD

Smrt je vcelku citlivé téma a není tedy divu, že ne každý má chuť jej otevírat. Velká citlivost je dle mého názoru, zejména při komunikaci s umírajícím pacientem či jeho příbuznými rozhodně na místě a však možná právě proto je třeba o smrti mluvit. Tabuizace smrti a vnímání smrti jako prohry je jeden z rysů naší doby. O tom, že se smrt snažíme spíše vytěsnit z naší mysli, mluví o přísloví, které říká: „Zapomněl jsem na to jako na smrt“. Mnozí, jako například Kübler-Ross se na toto téma snažili již dříve upozornit, avšak společnost, která preferuje kult neustálého růstu, mládí, dynamiky, stále odsouvá otázku stáří mimo své zorné pole. V kontextu této doby se velmi změnila péče a zacházení s umírajícím či starým člověkem. Stáří a zkušenost poklesly na hodnotě a vážnosti. Dnešní doba s velkými továrnami s pásovou výrobou, ve kterých je člověk pouze anonymní pracovní síla, již zkrátka nevyžaduje předávání zkušeností a pracovních dovedností z otce na syna, ze starších na mladší a možná právě z toho pramení ztráta některých hodnot jako je právě zkušenost nebo moudrost. Každá společnost či kultura má ke smrti a umírání jiný přístup a jiné rituály, které ke smrti patří a pomáhají pozůstalým smrt jejich blízkého přijmout, prožít smutek a smířit se s ní. V dnešní době celkově mizí iniciační rituály, které by nám pomáhaly přijmout novou roli danou například věkem nebo přijmout a prožít smutek po smrti blízkého člověka.

V současnosti můžeme říci, že na rozdíl od předchozích historických období, život začíná i končí v nemocnici. A stejně jako narození, tak i smrt je přirozená a nevyhnutelná součást našeho života. Mocná medicína začala v mnohých případech nad smrtí vítězit a v případech kdy ne, chápe smrt jako porážku. Nikdo však nedostává život se zárukou věčnosti.

V poslední době došlo k výraznému zlepšení kvality poskytované lékařské péče. V současné době je medicína schopna vyléčit nebo alespoň zpomalit nemoci, které ještě v nedávné době nebyly slučitelné se životem. Projevuje se ve stále se zvyšujícím průměrném věku. A my většinu života prožijeme s klamnou představou, že se nás smrt netýká a že je to něco velmi vzdáleného.

V souvislosti s tématem smrti a svým studiem, které je také zaměřeno na lidi se sníženou kvalitou života, se také zamýšlím nad smyslem takového bytí a nalezení smyslu v utrpení. A zda se v některých případech vůbec dá ještě smysl života nalézt. S tímto tématem pak souvisí otázka eutanazie. Eutanazie je slovo řeckého původu a dá

se překládat jako dobrá smrt. Na rozdíl od dřívějšího chápání je v současnosti eutanazie definována jako šetrné usmrcení nemocného, který trpí neúnosnými bolestmi následkem neléčitelné nemoci, na vlastní žádost. Eutanazie je nyní vnímána jako právo na smrt za okolností, které neumožňují nemocnému důstojný život.

Toto téma jsem si pro svou bakalářskou práci vybral proto, že mě během mého studia thanatologie zajímala a protože jsme poměrně dlouhou dobu v rodině pečovali o prababičku, která trpěla Alzheimerovou chorobou a v závěru života umírala na lůžku v léčebně dlouhodobě nemocných. V kontextu toho jsem již nad smrtí a umíráním uvažoval a byl konfrontován s otázkami, které se týkaly smyslu a konečnosti lidského života.

1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ

1.1 SMRT

Smrt – latinsky exitus, znamená z biologického a lékařského pohledu zastavení životních funkcí v živém organismu s nevratnými změnami, které obnovení životních funkcí znemožňují. Smrt je tedy stav organismu po ukončení života, úplná a trvalá ztráta vědomí (Rozsypal, 2003).

Teoretické uchopení smrti je značně omezeno. Toto omezení plyne z toho, že na smrt můžeme pohlížet jen z vnějšku. Smrt je obecně těžko představitelná a tak je obtížné ji i definovat. Dá se však říct že smrt je individuální zánik organismu.

V kontextu západního lékařství byla smrt nejprve definována jako zástava srdce a dechu. V tu chvíli je však mozek stále naživu. V průběhu času se tak vynořily nové faktory jako například možnost resuscitace nebo potřeba transplantace orgánů. Proto musela být vytvořena nová definice. Ta se neodvívá od ukončení činnosti srdce a plic ale od ukončení činnosti mozku. Tato definice předpokládá, že pokud dojde k ukončení činnosti mozku, je člověk mrtvý. Tento stav, od kterého se definice odvíjí, se nazývá mozková smrt.

Smrt podle těchto parametrů může lékař určit až poté, co tyto funkce nelze obnovit. Z těchto uvedených důvodů byl stanoven termín mozková smrt, kterou určuje nezvratné vymizení všech funkcí celého mozku (Šimek, 2015).

V přírodních vědách a lékařství se používá termín buněčná smrt, která se týká organismu. Zastavení životních funkcí, které ještě včasným účinným způsobem můžeme změnit, se nazývá klinická smrt (Midgley et al., 1993).

V dřívějších dobách se smrt stanovovala na základě zástavy dechu a srdečního tepu. i dnes se podle těchto ukazatelů určuje smrt nejčastěji. Mrtvým byl ještě na začátku druhé poloviny minulého století shledán ten, komu se zastavilo srdce, a přestal dýchat. Definice to byla jednoduchá a logická. Kardiopulmonální definice smrti byla přijímána bez problémů do té doby, než se vynořily nové faktory. Prvním z nich byla resuscitace, druhý pak mimotělní oběh, pro potřeby operací a transplantací srdce (Petrů, 2008).

Avšak na rozdíl proti dřívějšku je dnes známo, že zástava dechu a srdce nemusí být vždy nezvratná. Za normálních okolností mozek odumírá během několika minut po zástavě dýchání nebo srdečního tepu. Některé vlivy (např. podchlazení v ledové vodě)

dokážou mozkovou smrt oddálit. S ohledem na to, že některé příčiny (např. hypoxie mozku) mohou postihnout vývojově mladší část mozku- šedou kůru mozkovou, může dojít k apalickému syndromu, kdy ani vyšetření nezaznamená žádnou mozkovou činnost, a to i přes to, že hluboká životně důležitá mozková centra stále fungují. Proto se po stanovení mozkové smrti ještě vyšetření EEG doplňuje ještě vyšetřením kmenových evokovaných potenciálů, které rozpoznají např. funkčnost sluchových drah na úrovni mozkového kmene. Člověk tedy může být právně prohlášen za mrtvého, pokud je přítomna nezvratná zástava dechu, srdce, určením rozšíření zorniček bez reakce na světlo či diagnózou mozkové smrti (Kašáková et al., 2015).

Smrt (mors) je individuální zánik organismu, tedy také člověka. Dalo by se říci, že člověk vlastně umírá od narození. Geneze smrti je podmíněna životem a život umožňuje smrti. Biologové také hovoří o tzv. programu života, který je střídán smrtí, anebo o programu smrti, k němuž dochází poté, kdy byl vyčerpán program života. Na základě genetického programování vznikl i pojem smrtelné hodiny (Haškovcová, c2007).

1.2 UMÍRÁNÍ

Umírání je proces, který probíhá v určitém čase a končí smrtí. Jedná se o bolestnou kapitolu v životě člověka. Čas umírání je pro všechny zúčastněné obdobím krize, kde převládají pocity strachu a nejistoty. Každé umírání znamená loučení. Loučení se vším, co měl člověk rád a se všemi, které měl rád. (Haškovcová, c2007).

Kübler-Ross upozorňuje na důležitý fakt, že umírání není obdobím, které trvá hodiny nebo dny, ale že jde ve skutečnosti o proces, jehož doba je dlouhá nejen týdny, ale měsíce, někdy i roky. Zejména v českých zemích se poměrně často setkáváme s nesprávnou interpretací, že umírání nastává de facto v tzv. fázi in finem, tedy fázi, kdy začalo faktické umírání (hodiny, dny). V této době však není schopen nemocný člověk žádných hlubokomyslných úvah a potřebuje pomoc typu laskavého doprovodu, jak odborného, tak i lidského (Kübler-Ross, 2015).

Začátek umírání může být chápán, jako moment kdy je skutečnost, že člověk umírá odhalena. Lékař se může domnívat, že pacient umíral ještě před tím, než byla diagnóza stanovena, a však to není dle R. J. Kastenbauma oficiální proces umírání.

Další možnost jak datovat začátek umírání, je od momentu, kdy o tom lékař informuje pacienta. Je pravděpodobné, že zde bude interval mezi lékařovým stanovením diagnózy a momentem kdy to lékař sdělí pacientovi.

Dále lze za začátek umírání považovat to, když si to pacient uvědomí a začne akceptovat. Proces umírání může začít také ve chvíli, kdy již nelze nic udělat pro záchranu života (Kastenbaum, 2009).

Z etického hlediska je umírání proces, kteří někteří odborníci rozdělují do tří časových období: *pre finem*, *in finem* a *post finem*. První fáze *pre finem* začíná tehdy, kdy lékař i pacient, že jeho diagnóza je vážná, prognosticky nepříznivá. V tomto období je velmi důležité, aby pacient věděl, na koho se má obrátit, že není v této tíživé situaci na vše sám. Je důležité, aby měl dostatek informací i prostoru k vyjádření. Nikdo nechce v takových chvílích zůstat osamocen, potřebuje pozornost.

In finem je druhá fáze, fáze samotného umírání. V terminálním stádiu je nutné zachování důstojnosti nemocného a zabezpečení všech potřeb ve kvalitních podmínkách. Je to konečná fáze života – hranice mezi životem a smrtí, kdy dochází k nevratnému selhávání vitálních funkcí tkání a orgánů. Je důležité toto období zvládnout tak, aby nemocný netrpěl, neměl bolesti a pokud je to možné, aby se dokázal vyrovnat a smířit se smrtí, aby umíral v klidu. Terminální fázi předchází fáze umírání, která může být různě dlouhá, zejména když je nemocný nevléčitelně nemocen. Proto je důležité zajistit emocionální podporu včas.

Poslední fází, kterou nazýváme *post finem* je období po smrti. Zahrnuje péči o mrtvé tělo, dodržení piety, péči o příbuzné (Haškovcová, 2002).

1.3 ROZDĚLENÍ SMRTI

1.3.1 Náhlá smrt

Náhlá smrt je rychlým ukončením života. V odborné literatuře se také můžeme setkat s výrazem *neavizovaná smrt*.

Většinou nedává předem žádné významné signály. Pokud ano, tak jen nezřetelné a v menším rozsahu. Pojmy *náhlá* a *rychlá smrt* se prakticky shodují. Označení *náhlá smrt* používáme spíše ve spojení s tragickým ukončením života (např. úrazem, autonehodou) a termín *rychlá smrt* reflektuje nemoc, jejímž důsledkem dochází k brzkému skonu (např. embolie, infarkt myokardu). Základním faktem zde zůstává to, že oba typy smrti přichází nečekaně a zaskočí zcela nepřípravenou rodinu.

1.3.2 Pomalá smrt

Pomalá smrt se v jisté, poměrně delší době ohlašuje, tedy je relativně avizovaná. Může se projevovat různými potížemi, umírající strádá a trpí v různých životních sférách. Teprve v posledních letech bývá zmiňováno vedle fyzického utrpení, také utrpení psychické, duchovní a sociální. I když avizovaná smrt do jisté míry dává příbuzným čas se na tuto extrémní ztrátu připravit, není vždy pravidlem, že skon blízkého člověka nepřekvapí jako skutečnost, které „nemohou uvěřit“.

1.3.3 Sebevražda

Jedná se o smrt, kterou si způsobí člověk úmyslně, svým přičiněním. Na sebevraždu se většina lidí dnes dívá jako na událost „determinovanou, smutnou a nešťastnou pro všechny, kterých se dotýká“. Na sebevrahy je v dnešní době většinou nahlíženo jako na pošetilce a pro jejich způsob odchodu ze života nemá společnost pochopení a převážně ho odmítá. Je však na druhou stranu zajímavé, že eutanazie je pro větší část společnosti pochopitelná a jeví se jako „nejlepší řešení“, zatímco sebevražedný čin z nejasných, nezřetelných nebo dokonce „banálních“ důvodů se jeví odsouzeníhodná agrese vůči životu.

S ohledem, v jakém věku smrt přichází, můžeme ji ještě rozdělit na předčasnou a smrt přiměřenou, laicky řečeno v pozeňnaném věku (Haškovcová, 2007).

1.4 THANATOLOGIE

Obor thanatologie je interdisciplinární vědní obor o smrti a všech souvisejících fenoménech. Název tohoto oboru je odvozen od jména řeckého boha smrti a smrtelného spánku Thanos, který je obvykle zobrazován jako okřídlený spící jinoch s uhasínající pochodní. Prakticky je obsah oboru thanatologie „rozptýlen“ a zasahuje do celé řady klasických oborů jako je například filozofie, teologie, medicíny, psychologie, sociologie atd.

První česká kniha o thanatologii se stejnojmenným názvem „Thanatologie“, se zabývá problematikou umírání a smrti v celé podrobné šíři, což je úctyhodné. Autorkou je PhDr. RNDr. Helena Haškovcová, Csc., která také publikovala velké množství článků a knih, pojednávajících o různých etických a psychologických problémech současné medicíny a je právem považována za průkopnici a první dámu tohoto oboru v naší zemi. Tato kniha by se měla stát učebnicí nejen každého, kdo se při své práci

s umírajícími setkává, ale i zajímavým materiálem pro laické zájemce s cílem zlepšení přístupu a pochopení umírajících.

Většina autorů, kteří se problematikou umírání a smrti zabývají, se shoduje v tom, že studenti lékařských zdravotnických a sociálních oborů by měli být seznámeni s následujícími okruhy: fenoménem smrti jako nutnou podmínkou života, procesem umírání, základními principy paliativní medicíny, eutanazií, dystanazií (zadržaná smrt), kategoriemi kvality života, programy DNR resp. NR (do not resuscitate, neresuscitovat), problematikou zármutku a žalu atd. (Haškovcová, 2007).

2 HISTORICKÝ VÝVOJ POSTOJŮ KE SMRTI

2.1 STAROVĚK

Ve starověku se mrtvých lidé báli. Hroby sice uctívali, ale umísťovali je mimo svá obydlí. Pohřbení i zpopelnění byli považováni jako nečistí, kteří by mohli poskvřnit živé. To bylo také hlavním důvodem, proč se starověké hřbitovy umísťovaly mimo města. Teprve počátkem 7. století se vrátily hřbitovy zpátky do měst a později se hřbitovy začaly stávat součástí kostelů (Ariés, 2000).

Egyptané věřili v pokračování života po smrti. V říši mrtvých vládl Bůh Usire. V říši mrtvých žila duše dále plnohodnotným životem, ale jen za určitých podmínek. Mumifikace byla samozřejmou součástí smrti pro každého starého Egyptana.

Řekové si představovali, že spánek a smrt jsou si podobné. K tomuto napomáhala také skutečnost, že lidé často umírají ve spánku. Základem byla řecká mytologie, podle které převozník Cháron převážel duše mrtvých do podsvětí. Podsvětí vládl bůh Hádés. Bránu do podsvětí střežil pes Kerberos.

Ve starověkém Římě byly bytosti, které souvisely s posmrtným životem podobné jako v řecké mytologii, ale měly jiná jména. Bohem smrti byl Mars, bohem římského podsvětí byl Pluto (Brouček a Jeřábek, 2007).

Sebevražda byla v evropských státech nejprve tolerována, dalo by se říci i povolována.

V některých státech starověkého Řecka měli úředníci „dost jedu pro toho, kdo chce umřít“.

Mezi důvody, které vedly k ukončení života, byla nejenom nějaká nemoc, například i ztráta cti (Haškovcová, c2007).

2.2 STŘEDOVĚK

Zatímco dnes by většina lidí, pokud by mohla rozhodovat o své smrti, dala přednost náhlé nebo rychlé smrti, ve středověku, jak dokazuje ars moriendi (umění umírat-latinský text datovaný 1415 a 1450), panoval zcela opačný názor. Za nejhorší byla považována smrt rychlá, náhlá a nepředvídatelná. Ochrana před ní měla zajistit ochranu Boha. V tomto období se rozlišovalo několik druhů smrti: smrt tělesná, duchovní (peklo), asketická (umrtvení smyslovosti), časná smrt duše (odloučení od světa), mystická (splynutí s Bohem). Každý tento druh smrti měl svůj praktický i spirituální význam (Haškovcová, c2007).

Zvláštní význam v tomto období měly předtuchy, kterým byla prisuzována nadpřirozenost. Jednoznačné bylo zjevení ducha, byť pouze ve snu. Tato zjevení většinou znamenala příchod blízké smrti. Například clunyjský opat Petr ve svých spisech hlásil, že tato zjevení zvěstují smrt těm, kdo je spatří. J tomuto názoru se však nepřikláněli všichni, nejméně pak vzdělanci, kteří toto považovali za lidovou víru. Víra, že smrt umí varovat, se předávala z pokolení na pokolení a v lidovém myšlení se přetrvávala velmi dlouho. Aby se smrt mohla ohlašovat, nesměla být náhlá. Náhlá smrt byla považována za podobu hněvu Božího. Byla něčím hanebným a potupným, vyjma urozených obětí války, které měla společnost za vzor, například rytíři a válečníci. Mnohem hanebnější byla smrt odsouzců, až do 14. století se jim upíralo právo na svátost smíření, čekalo je zatracení jak na zemi, tak i na onom světě. Před smrtí byla důležitá poslední modlitba a náboženské zvyky (vyznání víry, zpověď, odpuštění pozůstalým, poručení duše Bohu).

V raném středověku ještě nebyl význam takový jako ve středověku pozdním. Jednotlivé hroby neměly jména, důležitý byl pouze prostor, kde se pohřbívalo (Ariés, 2000).

2.3 NOVOVĚK

Přístup ke smrti charakteristický pro období po 19. století označoval Ariés jako tzv. „ochočenou smrt“. Ochočením smrti měl na mysli jednak smíření se smrtí jak ze strany umírajícího, tak i jeho okolí při zachování určitých ceremonií a zvyků, které provázely umírajícího jak před smrtí, tak i po ní. Smrt byla blízká, známá a i často přítomná. V tomto smyslu bychom mohli ve srovnání se starověkem říci, že smrt v tomto období byla již oslabená. Lidé se jí již tolik neobávali, protože věděli jak s ní nakládat. Přechod

ze života ke smrti byl vnímán jako plynulý, smrt již nepředstavovala tak ostrou hranici, ale mnohde se uplatňovala představa, že mrtví spí. Umírající byl středem pozornosti, probíhaly zvyky všeobecně známé a platné, umírání probíhalo doma v kruhu rodiny. Známi a sousedé přicházeli umírajícího doprovodit na jeho poslední cestě nebo ho přicházeli navštívit po jeho skonu.

Oproti tomuto staršímu postoji ke smrti vystupuje Ariésem popisovaný přístup moderní. Ten je typický pro 20. století a objevil se údajně v Severní Americe, odkud se postupně rozšířil do Anglie, Holandska a zbytku průmyslové Evropy. Moderní přístup se vyznačoval hlavně tím, že odmítl smrt přijímat a snažil se ji zakrývat pro její ohavnost. Od třicátých a zejména padesátých let 20. století došlo ke změně místa smrti. Lidé již neumírali doma v kruhu svých blízkých, nýbrž v nemocnici o samotě. Iniciativa při umírání byla přesunuta z rodiny na nemocniční tým. Emocí byl člověk nucen se vyvarovat a projevovat je mohl pouze v soukromí a tajně. Tento stav podle Ariése byl typický pro celé dvacáté století.

V českém prostředí byla smrt ještě na přelomu 19. a 20. století opředena různými pověrami, uplatňovalo se mnoho zvyků, které z těchto pověr vycházely. U umírajícího se soustředila rodina a umírající každému z nich požehnal. Lidé se modlili za duši umírajícího. Římští katolíci si před smrtí zvali domů kněze, aby jim poskytl zaopatření, tedy svátost „posledního pomazání“. Po skonu se otvíralo okno, aby duše zemřelého měla volný přístup k nebi. Nejstarší z rodiny zatlačil mrtvému oči, tělo bylo omyto, oblečeno do bílého rubáše a uloženo na prkno tak, aby hlava směřovala k východu. U nohou i hlavy bylo zapáleno světlo. Po dvou nebo i více dnech bylo tělo za doprovodu křesťanských obřadů uloženo do země. Můžeme říci, že v českém prostředí byla na přelomu 19. a 20. století jako něco nevyhnutelného. Spíše než doktor, který měl smrt odvrátit, se volat kněz pro snadný odchod z tohoto světa a přispění k příznivému osudu duše mrtvého na onom světě. Neodmyslitelné byly modlitby za umírajícího. Byla to doba, kdy náboženství tvořilo hlavní autoritu nad smrtí (Nešporová, 2013).

2.4 SOUČASNOST

S nástupem moderní společnosti 19. století a v českém prostředí až během první poloviny 20. století se odehrály různé společenské, ideové i demografické změny, které měly vliv na umírání a smrt. Zlepšení hygienických podmínek, výživy vedlo spolu s pokrokem v lékařství k výraznému snížení úmrtnosti, zejména pak i kojenecké. V českých podmínkách sehrála velkou roli vysoká míra sekularizace (odnáboženštění).

Náboženství tak postupně ztrácelo svou dosavadní autoritu nad smrtí, kterou začala přejímat medicína. V Anglii již od konce 18. století počínali od duchovních přebírat dozor nad umírajícími lékaři. Smrt přestala být duchovní cestou a stala se přírodním procesem pod kontrolou lékařů a lékařské vědy. Infekční nemoci byly téměř vymýceny, mnohé choroby se staly léčitelnými a většina lidí umírala ve stáří. Tento vývoj vedl k zakrývání přirozené smrti a její medikalizaci.

Nemocnice sice dokázala zajistit kvalitnější péči o nemocného a umírajícího, ale ne již podporu po stránce psychické a sociální. Právě na tento problém upozorňovali někteří zahraniční odborníci již od konce šedesátých let (Nešporová, 2013).

V poslední době se můžeme setkat s novým vnímáním smrti a umírání, společně s vědomím, že to jsou psychologické, duchovní a náboženské problémy, stejně tak jako medicínské a právní. Jako vzor pro nové perspektivy nahlížení na smrt a umírání je brána kniha od Elisabeth Kübler-Ross (Bregman, 2003).

3 SMRT Z POHLEDU NÁBOŽENSTVÍ

Význam náboženství je pro formování představ smrti o posmrtné existenci ve většině kultur naprosto zásadní. Náboženská dogmata řeší otázku lidské smrtelnosti tak, že smrti připisují určitý význam, snaží se vysvětlit její původ a učí o existenci po smrti (Nešporová, 2013).

Vyznávání určitého náboženství charakterizuje určitou představu o Bohu a vztahu k němu, ale i představy o smrti. Příslušnost k určitému náboženství naznačuje to, co pro něj smrt znamená – či jde o oddělení těla od duše nebo člověk považuje tělo za smrtelné a duši za nesmrtelnou či věří, že život stále pokračuje i po smrti člověka, anebo zda smrt znamená konec těla i duše (Démuthová, 2015).

Traduje se, že věřící lidé umírají snadněji, protože víra jim dává naději na další, i když odlišný život od toho dosavadního. Zamýšlení nad vírou a smrtí Haškovcová shrnuje takto: „Ze své klinické praxe mohu potvrdit, že víra v Boha je vhodným předpokladem pro zvládnutí extrémní zátěže, jakou reprezentuje i umírání, ale rozhodně není sama o sobě zárukou, že se tak stane“. Zároveň upozorňuje na velmi schematické pojetí podstaty věcí, když vysvětluje, že skutečnost může být komplikovanější. Souhlasí, že některým víra skutečně pomáhá, jiní však zase prožívají pochybnosti o dobrotě Boha, který dopustil jejich utrpení a blízkou smrt. Také se zamýšlí nad tím, že víra v posmrtný život nemusí být jednoznačně útěšná, protože i věřící člověk se musí

rozloučit se všemi i vším, co v tomto reálném a jediném poznaném životě prožil. Méně se hovoří i o tom, že i nevěřící může zemřít v pokoji, smířen se svým životem (Haškovcová, c2007).

V tomto ohledu se nemýlí Marie de Henzelová, když píše: “Není to víra, ale plnost života, který má člověk za sebou, co mu umožňuje odevzdat se do náruče smrti“ (Haškovcová, c2007, s. 89).

3.1 KŘESŤANSTVÍ

V křesťanské tradici je víra v posmrtný život ústředním bodem dogmatu. Dle tradičního křesťanského hlediska budou všichni mrtví v budoucnu vzkříšeni a Bohem souzeni. V křesťanské dogmatice tedy individuální duše přežívá smrt člověka a čeká na poslední soud a podle jeho výsledku následuje buď spása a věčný život v nebi, nebo zatracení v pekle (Nešporová, 2013).

„Nemoc a smrt jsou v Bibli pojaty jako porušení řádu, související s lidskou odcizeností Stvořiteli a Pánu“. Lidé si však často svou nemoc vysvětlují jako „trest Boží“ a to i přes to, že odpověď na otázku, kde, kdy a jak se na světě vlastně vzaly nemoc, bolest, zlo a smrt v Bibli nenalezneme. Praktický teolog Milan Salajka toto vysvětluje, že člověk je zde popisován již v tomto faktickém stavu, tedy jako člověk nemocný, strádající, nešťastný a bolavý. Tomu však může být pomoci, ale navrácení zdraví je možné pouze se zásahem Boha a také podmíněno lidskou vnímavostí vůči této Boží aktivitě (Salajka, 1998).

Křesťanství předpokládá, že po smrti přichází posmrtný život. Tento posmrtný život může dotyčný prožít v pekle či v nebi. Zatímco nebe zajistí danému člověku posmrtný život v blaženosti, peklo naproti tomu zajistí v posmrtném životě muka (Démuthová, 2015).

Obecně se však předpokládá, že víra v křesťanství a jeho posmrtný život, má na tabuizovanou tematiku smrti pozitivní vliv. Neboť pro člověka vše smrtí nekončí. A není tomu tak vždy. Protože obava, že člověk díky nečistému životu skončí v pekle, naopak přispívá k obavám ze smrti a její tabuizaci (Ariés, 2000).

Vzniká tak snaha o záchranu duše na poslední chvíli. U katolíků to například znamená udělení posledního pomazání umírajícímu, které se uděluje právě bezprostředně před smrtí. S tím však souvisí i obavy z nenaplnění duchovních potřeb. Často tomu tak bývá při náhlé smrti (Démuthová, 2015).

Představy o pokračování života po smrti tvoří společný základ všech starých náboženství i křesťanství. Křesťanství si přivlastnilo také racionální úvahy a od stoiků převzalo myšlenku, že člověk začíná umírat už v okamžiku svého narození. „Umírat začínáme hned, jak se narodíme, a konec začíná počátkem“ (Manlius). Tuto obecně známou moudrost znali nejen opat Bernard Clairvaux a kardinál Pierre de Bérulle, ale i Michel de Montaigne. Podobně křesťanství převzalo jak prastarou představu o posmrtném životě v truchlivém a pochmurném podsvětí, tak i novější, méně oblíbenou představu mravního soudu. A v neposlední řadě převzalo i naděje náboženství spásy, kdy spásu člověka podřídilo Kristovu vzkříšení a zmrtvýchvstání. Ve svatopavelském křesťanství je tak život smrtí v hříchu a biologická smrt otevírá bránu k životu věčnému. Svědomí jednotlivce za celý dlouhý život se tedy posuzovalo v jediném okamžiku (Ariés, 2000).

3.2 JUDAISMUS

Judaismus je další monoteistické náboženství. Oproti předchozím monoteistickým náboženstvím, však nemá zcela jasně definovanou strukturu posmrtného života na nebe či peklo, věří v posmrtný život spravedlivých. Duše, těch kterých skutku byli z nějakých důvodů špatné, pak putují do věčného zapomnění a není pro ně návratu. V Judaismu je velké množství pravidel oproti například křesťanství. To znamená, i větší šanci jejich porušení a zvětšení možnosti, že duše člověka nebude spasena. Strach ze smrti je tak, u lidí vyznávajících Judaismus, vysoce opodstatněn. Spíše než o posmrtný život jedince, se židovské texty zabývají posmrtným životem všech. Zabývají se zejména koncem světa, soudným dnem, kdy se Bůh opět vrátí na zem. To že, není zcela jasné, co se s duší člověka stane v období mezi úmrtím těla a posledním soudem, může strach ze smrti ještě více umocňovat (Démuthová, 2015).

3.3 BUDDHISMUS

Podobný vztah ke smrti jako v hinduismu, lze nalézt v rozšířeném východním náboženství – v buddhismu. Základním pilířem tohoto náboženství je víra v koloběh života, tzv. reinkarnaci, která opakovaně může vracet člověka do života. Vše záleží na tom, jaký člověk život vedl. Smrt je sice chápána jako ukončení života, ale duše může napravit své chyby v dalších životech, na rozdíl od křesťanství. V případě příkladného života se člověk osvobodí od koloběhu reinkarnací. Buddhismus uctívá život a smrt znamená jen začátek dalšího života (Démuthová, 2015).

Zásadní úlohu v buddhismu plní lidské skutky (karma) – neúprosný zákon příčin a následku. Cílem lidské existence je nirvána, tedy stav blaženosti, která se dostaví, když pomine touha a karma se vyčerpá. Nirvána je nestvořená a je prosta jakékoliv formy.

Dokonce i Buddha zemřel. Jeho smrt byla ponaučením, aby otřásl naivními, netečnými a samolibými a aby nám otevřel oči k pravdě, že vše je nestálé a smrt je nedílnou součástí života. Když se Buddha blížil k smrti, řekl. „Ze všech stop je ta slonova největší. Ze všech meditací je ta o smrti nejvyšší“ (Allan et al., 1993).

3.4 ISLÁM

Islám je také, stejně jako křesťanství, monoteistické náboženství. Po učení o bohu, je pro islám také důležité učení o posledním soudu. V tento soudný den, budou všichni vzkříšeni k věčnému životu. V tento den, stanou všichni vzkříšení před bohem a budou souzeni. Na základě svých skutků, stejně jako tomu je v křesťanství, budou posláni do nebe, pokud byli jejich skutky převážně dobré, nebo do pekla pokud byli spíše zlé (Allan et al., 1993).

Představa o nebi je v islámu spojená s nejrůznějšími prožitky. Toto vykreslení pak působí jako velký kontrast s těžkým životem na poušti, který vede většina lidí vyznávajících Islám. Je to místo plné medu, krásných panen a s potoky vína.

Pekla je v pojetí islámu několik stupňů. Tyto stupně tvoří: pekelný oheň, plameny, uzavření, žár, inferno a propast. V těchto jednotlivých stupních jsou hříšníci trestáni různými druhy trestů, které se odvíjejí od jejich hříchů.

To znamená, že islám také věří v posmrtný život. Kvalita posmrtného života, je pak dána skutky v životě na zemi. Strach z toho, že lidé činili špatné skutky a budou za to muset nést odpovědnost v podobě pekla, přispívá strachu ze smrti. Oproti křesťanství však v islámu nemusí duše nečestných lidí, kteří činili špatné skutky, skončit v pekle napořád. Věčné peklo spojené s věčnými muky, hrozí pouze tomu, kdo věří v jiné bohy nebo se od islámu odvrátil (Démuthová, 2015).

3.5 HINDUISMUS

Hinduisté jsou v podstatě monoteisté, věří v jednoho boha - Bráhma. Být hinduistou znamená věřit v hinduistický způsob života a naplňovat ho podle nejlepšího svědomí a svých schopností (Allan et al., 1993).

Toto náboženství je popisováno jako nejstarší a zároveň i nejsložitější, s výskytem zejména v Indii a jihovýchodní Asii. Jedná se o obsáhlý systém náboženských a

morálních idejí a představ. Popsat stručně jeho ideologii je velmi obtížné, protože se skládá z mnoha odnoží. Představy o posmrtném životě se týkají zejména jednotlivce. Z velkého množství rozličných koncepcí, charakteristických pro jednotlivé odnože hinduismu, bych uvedl dva druhy učení – o karmě a sansáre. Karma je základním zákonem spravedlivosti, podle něhož je každý čin člověka odměněn nebo potrestán. Na rozdíl od jiných náboženství, kdy spravedlivý soud přichází až po životě, je v hinduismu utrpení, bolest nebo radosti a štěstí odezvou na aktuální život. Dále také podle sansáry je náš současný život důsledkem skutků, které jsme udělali v minulých životech. Pro posmrtný život tyto zásady znamenají to, že pokud během života budeme konat zlo, po naší smrti se opět narodíme, ale do bytosti nižší úrovně (duše se převtělí do zvířete či květiny). Dobré skutky vedou k převtělení do osoby např. kněze. Vrcholem snažení je dosáhnoutí úplného osvobození duše od koloběhu převtělování. Démuthová shrnuje, že Hind má svůj osud a štěstí ve vlastních rukách. Strach ze smrti zde může zvyšovat fakt, že jedinec se nemůže spolehnout na milosrdenství Boha a jeho odpuštění. Své hříchy si musí odpykat v dalších těžkých životech (Démuthová, 2015).

4 UMÍRÁNÍ A SMRT V KONTEXTU ZDRAVOTNÍ A SOCIÁLNÍ PÉČE

4.1 PROCES UMÍRÁNÍ PODLE KÜBLER-ROSS

Elisabeth Kübler-Ross má nepopíratelné zásluhy o rozvoj oboru thanatologie. Tato americká lékařka švýcarského původu celé desítky let pečovala o umírající. Její vyčerpávající a psychicky náročná profese, které zasvětila svůj život, ji dovedla k poznání, pomocí kterého popsala jednotlivé etapy umírajícího člověka. Jako první si všimla, že prakticky všichni pacienti procházejí v průběhu své nevléčitelné nemoci podobnými psychickými fázemi. Byly tak popsány legendární etapy prožívání vážné nemoci – popírání a izolace, zlost, smlouvání, deprese, akceptace.

4.1.1 První stadium - popírání a izolace

Většina pacientů, s nimiž Kübler-Ross rozmlouvala, reagovali na zprávu o terminální povaze svého onemocnění slovy: „Ne, to se mě určitě netýká, to nemůže být pravda“. Někteří z pacientů si dokonce často myslí, že jejich výsledky byly omylem zaměněny. Úzkostné popírání diagnózy je typičtější pro pacienty, kteří byli informováni stroze a necitlivě. Popírání reality zde funguje jako jakýsi nárazník, který tlumí účinky

nenadálé a šokující zprávy. Podle poznatků Kübler-Ross se k nějaké formě-přínejmenším částečného popírání se uchylují téměř všichni pacienti, a to nejen v prvních fázích nemoci, nebo po seznámení s diagnózou, ale občas i ve fázích pozdějších. Vážně nemocní pacienti se myšlenkou na vlastní smrt mohou zabývat jen určitý čas a pak zase takové úvahy musejí odložit stranou a znovu se věnovat životu. K tomuto Kübler-Ross dodává moudrou úvahu, že člověk nemůže stále hledět do slunce, ale ani bez ustání myslet na smrt. Popírání bývá jen dočasnou obrannou strategií a je záhy střídáno částečným přijetím skutečnosti.

4.1.2 Druhé stádium - zlost

Když je počáteční stádium popírání již neudržitelné, nastoupí pocity zlosti, vzteku, závisti a rozmrzelosti. Zcela logicky vyvstávají otázky typu: „Proč právě já?“. Pacientův hněv se může obracet jak na zdravotnický personál, tak i na rodinné příslušníky, někdy i na Boha. V tomto období je důležité, aby se okolí takového člověka pokusilo vcítit do jeho postavení. Je velmi těžké necítit zášť, když bychom si měli uvědomit, že naše veškeré aktivity by měly být přerušeny, že vše o co jsme se doposud snažili a co jsme budovali a stavěli, zůstane nedokončeno. Hněv a výpady nesmíme brát osobně. Taková zloba nemá většinou vůbec nic společného s osobami, proti nimž se obrací. Když však zdravotnický personál nebo rodina reagují na útoky vztahovačně a začnou zlobu oplácet, jenom tím přispívají k nepřátelskému chování nemocného. Kübler- Ross říká: „Musíme se naučit nemocným naslouchat a přijímat někdy i nespravedlivý hněv s vědomím, že jim úleva, jež se dostaví s jeho vyjádřením, že pomůže přijímat poslední hodiny jeho života“.

4.1.3 Třetí stádium - smlouvání

Smlouvání je zde vlastně pokusem o odklad. Obsahuje také odměnu, která by měla přijít „za dobré chování“ a stanovuje „koncový termín“. Většina takových smluv je uzavírána s Bohem.

4.1.4 Čtvrté stádium - deprese

Pokud smrtelně nemocný člověk již nemůže dále svou nemoc popírat, pokud je nucen podstupovat další operace a hospitalizace, když přibývají nové zjevné příznaky choroby a cítí úbytek sil, nemůže již toto všechno přecházet s úsměvem. Jeho ochromení, zlost a hněv, střídá pocit velkých ztrát. Umírající pacient je v situaci, kdy

ztrácí všechno a všechny, které miloval. Proto není na místě mu říkat, ať není smutný, protože pokud mu v tomto období dovolíme, aby vyjádřil svůj žal, dospěje ke konečnému smíření mnohem dříve. V tomto období přípravného zármutku není třeba mnoho slov. Mnohem více tu jde o sdílený pocit, který se projevuje dotykem dlaně, pohladením nebo jen posezením pospolu. Je to i období, kdy pacient může žádat o modlitbu.

Sociální pracovníci a duchovní jsou v tomto období velmi důležití svou pomocí zvláště tam, kde jsou situací nějakým způsobem zasaženy děti nebo osamělí staří lidé, u nichž je nutno uvažovat do předání do jiné péče.

4.1.5 Páté stádium - akceptace

Pokud měl pacient dost času (nejde-li o náhlé úmrtí) a dostalo se mu pomoci při překonávání jednotlivých stadií, dosáhne stavu, kdy na svůj konec pohlíží v jakémsi tichém očekávání. Je unavený a většinou i zesláblý. Skončil boj a nastal čas na odpočinek před dlouhou cestou (Kübler-Ross, 2015).

4.2 PÉČE O UMÍRAJÍCÍ V ČESKÉ REPUBLICE

Z průzkumů agentury STEM/MARK a hospicového sdružení Cesta domů z r. 2013 vyplývá, že téměř 80% české populace si přeje zemřít doma. Nejméně přijatelným místem, kde by lidé chtěli trávit poslední dny svého života, je léčebna dlouhodobě nemocných (69%). 31% lidí označilo za nejméně přijatelné místo nemocnici, 28% hospic a 25% jiná sociální zařízení.

Podle profesorky Haškovcové je skutečnost taková, že 80% nemocných umírá v institucích- nemocnicích, domovech pro seniory apod. zhruba 1,5% lidí končí svoji životní v hospicích. Splnění přání většiny umřít doma brání celá řada nejrůznějších důvodů. Nejvíce je to pak okolnost, že o umírajícího nemá kdo postarat. I když má nemocný kolem sebe ty nejbližší, kteří o něj pečují, obvykle není v jejich silách zajistit všechny jeho potřeby. Najmout si zdravotníky a sociální pracovníky, kteří by se o něho permanentně starali, je pro řadu rodin finančně nedostupné. Zdravotní pojišťovny proplácejí jen zdravotní domácí péči, sociální péči si většinou musí pacient hradit sám.

Určitým řešením jsou mobilní hospice- tedy instituce, které se dokážou o pacienta postarat jak z medicínského, tak i ze sociálního hlediska v jeho domácím prostředí a poskytuje jemu i jeho rodině psychickou pomoc- někdy i nepřetržitě. Větší využívání této služby zatím také brání skutečnost, že péče mobilního hospicu není hrazena

z veřejného pojištění a je závislá na sbírkách, darech a dotacích. „Cesta domů“ patří k hospicovým organizacím, které usilují o lepší péči o umírající o smrti a umírání a zvyšování povědomí o smrti a umírání v České republice (Umírání v Čechách, 2015).

4.3 PRÁVA UMÍRAJÍCÍCH

Umírající má právo:

- kdykoliv přijímat návštěvy
- hovořit o svém kritickém stavu, strachu, obavách
- rozloučit se s rodinou
- na duchovní služby
- nebýt v umírání osamocen

Charta práv umírajících (Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyлéčitelně nemocných a umírajících“), viz příloha.

4.4 HOLISTICKÁ PÉČE

Holistická (nebo také celostní) péče obsahuje tělesný, psychický, sociální a duchovní aspekt. Tyto čtyři kategorie je nutné poskytovat během péče o umírající.

Charakteristickým znakem této péče je spolupráce, proto není možné, aby ji poskytoval pouze jedinec, jelikož nikdo nemá k tomuto všechny potřebné dovednosti. Holistickou péči poskytuje tým, realizují ji všichni, kteří ovládají své dovednosti včetně péče o umírajícího (O'Connor, 2005).

V péči o umírajícího je nutná vnímavost člověka v jeho celosti a ve všech provázaných životních dimenzích. U každého je pak nutné myslet nejen na tělesnou, ale celkovou bolest, která se skládá z vícero provázaných a neoddělitelných složek, které je nutno vnímat vždy, především pak v konečné fázi života – umírání: bolesti fyzické, sociální, emoční a duchovní- spirituální (Munzarová, 2005).

4.4.1 Fyzická bolest

Fyzickou bolest lze rozpoznat a alespoň do určité míry popsat lépe než ostatní složky souvisejícím s nemocným člověkem. Její přesný rozsah je někdy obtížné popsat i navzdory stále lepším možnostem dnešní medicíny (Munzarová, 2005).

Tělesná bolest patří mezi symptomy, kterých se nemocní i jejich rodiny nejvíce na konci života obávají. Současné možnosti medicíny však umožňují regulovat její

intenzitu. Přesné a odpovídající posouzení bolesti je klíčem k jejímu úspěšnému tlumení (Sláma, 2007).

4.4.2 *Emocionální bolest*

Problematika emocionální bolesti je obtížnější než problematika bolesti, která je fyzická. Ale stejně jako bolest fyzická je i emocionální bolest upozorněním, že není něco v pořádku. Pokud je člověk smutný, obvykle prožil něco, co tento stav vyvolalo. Když prožíváme depresi, existuje i příčina. Našemu rozzlobení často předchází konflikt s někým či s něčím. Na rozdíl od bolesti fyzické při pozorování bolestivých emocionálních signálů – smutku, úzkosti, deprese, zlosti, strachu, stesku – většinou nemáme dány jasná pravidla jak v těchto případech postupovat a co přesně učinit pro jejich zmírnění. I sám člověk spíše vyhledá lékaře v případě prudkých fyzických bolestí, ale i při bolesti emocionální, i kdyby měla srovnatelnou intenzitu, pomoc vůbec nevyhledá. Většinou je třeba vyhledat psychiatra. Postup při určování diagnózy není tak jednoznačný jako při určování bolesti fyzické. Nepomohou ani krevní rozbory ani rentgenové snímky. Psychiatrické diagnózy se stanovují na základě anamnézy, pozorování a intuice. Léčba by měla být farmakologická nebo psychoterapeutická či kombinovaná (Payneová, 2007).

4.4.3 *Sociální bolest*

Někdy biologické nebo klinické smrti předchází období nemoci, kdy člověku chybí kontakt se světem živých a dochází k tzv. „sociální smrti“. Kvůli svému onemocnění je postupně pacient izolován od svého prostředí a opouští své sociální síť. Může být také vyloučen a opomíjen svým okolím, nebo si ji v některých případech může přivodit i sám. Sociální utrpení může mít vedle sociální izolace i podobu nedostatku financí, ztráty sociálních rolí, konfliktních vztahů v rodině nebo přáteli (Sláma 2005).

4.4.4 *Duchovní bolest*

Péče o duchovní stránku člověka je nedílnou součástí holistického – celostního k přístupu nemocnému člověku. Pro mnoho těžce a nevléčitelně nemocných může znamenat absence duchovní oblasti utrpení. Víra a duchovno je pro věřící zdrojem útěchy, síly a také naděje.

Cílem duchovní péče není zodpovězení na poslední otázky nemocného, ani to jestli ho obrátíme na víru, ale naslouchání (O'Connor, 2005, str. 67).

4.5 PALIATIVNÍ PÉČE

Paliativní péče znamená útěšnou péči. Název paliativní péče pochází z latinského slova pallium. Pallium znamená v latině plášť nebo obal. Paliativní medicína je praktikována zejména ve zvláštních zařízeních, která se nazývají hospice (Haškovcová, 2007).

WHO pak definuje paliativní medicínu takto: Paliativní medicína je léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin (Payneová et al., 2007).

Klíčovým bodem paliativní péče je zahrnutí holistického přístupu. Dále paliativní péče zahrnuje rozvoj terapeutického vztahu mezi pečujícími a pacienty. Tento vztah má být rozvíjen na úrovni člověk, člověk a ne na úrovni terapeut, pacient. Paliativní péče vyžaduje, aby pečující individualizoval péči přímo na daného pacienta, stejně jako pro rodinu pacienta. Atributy paliativní péče zahrnují společnost, soucit a odborné znalosti (Baldwin a Woodhouse, 2011).

Kurativní péče ustupuje té paliativní a na významu tak nabývají různé formy sociální, psychologické a duchovní pomoci, které jsou v souladu právě s holistickým přístupem. Paliativní péče, se však musí opět změnit na kurativní, pokud dojde k nečekanému, výraznému zlepšení pacienta (Haškovcová, c2007).

Cílem paliativní medicíny je poskytovat takovou péči, která zmírňuje všechny aspekty utrpení. To znamená, že se zabývá a snaží se zmírňovat: (bolest, další fyzické symptomy, psychické problémy, sociální potíže, kulturní faktory odlišné u různých národností a duchovní starosti). Předpokladem pro to, aby mohla být poskytnuta komplexní léčba všech těchto faktorů, je multidisciplinární přístup v paliativní péči. Multidisciplinární tým v paliativní péči tvoří: (lékaři s různými specializacemi, zdravotní sestry, dietní sestry, sociální pracovník, psycholog, psychiatr, duchovní a další pracovníci dle potřeby). Někteří zdravotníci se domnívají, že paliativní péče znamená omezení, zmenšení nebo zjednodušení léčby v situaci kdy již není naděje na uzdravení nemocného. To je však omyl. Paliativní péče je aktivní léčba. (Paliativní medicína) Dalším omylem bývá domněnka, že paliativní medicína se dotká pouze malé části pacientů. Je tomu právě naopak, neboť nevléčitelně nemocných je mnoho. Například u pacientů s maligními nádory je paliativní péče použita v 75 % (Sláma et al., 2011).

4.6 FORMY PALIATIVNÍ PÉČE

4.6.1 Lůžková hospicová péče

Lůžková hospicová péče, je jediný typ paliativní péče ukotvený v legislativě. Do legislativy se dostal v roce 2006. Do zákona 48/2006 byl doplněn §22 se jménem Zvláštní ústavní péče – péče paliativní lůžková – ve znění: Léčba paliativní a symptomatická o osoby v terminálním stavu poskytovaná ve speciálních lůžkových zařízeních hospicového typu (hospice.cz).

Lůžková hospicová péče, se poskytuje v lůžkových částech hospiců a je tvořena zhruba z 25-30 lůžek. Je zde věnována velká pozornost ošetrovatelské paliativní péči. Hospice disponují často pomůckami, které nejsou ve výbavě běžných zdravotnických zařízení. Například se jedná o lůžka s nastavitelnou výškou, mobilní dávkovače léků či pojízdnou vanu (Haškovcová, c2007).

Návštěvy zde rozhodně nepřekážejí, právě naopak. Jsou zde zásadně neomezené, tak záleží pouze na pacientovi, jak si je dohodne. Od návštěv se výkon ošetrovatelské péče neočekává, a však pokud mají zájem a chtějí se na ní podílet, tak mohou. Pacient má možnost si zde nastavit svůj denní režim dle svých zvyků a potřeb. Pacient tedy může spát, jak dlouho chce, jí kdy chce a stejně je ti i s ostatními potřebami pacienta (Kupka, 2014).

Lůžkové hospice jsou v ČR většinou nestátní zdravotnická zařízení, která nejsou součástí jiného zdravotního zařízení, jako například nemocnice. Většina nákladů na lůžko, je hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Pacienti přispívají na péči zpravidla něco mezi 200-500kč na den. Většina poskytovatelů lůžkové péče je sdružena v Asociaci poskytovatelů hospicové paliativní péče (paliativnimediceina.cz).

4.6.2 Domácí hospicová péče

Domácí hospicová péče pomáhá důstojným způsobem prožít zbytek svého života doma, v okruhu svých blízkých. Multidisciplinární tým navštěvuje pacienta doma a předpokládá zapojení rodiny do péče o pacienta (asociacehospicu.cz).

Nelze zpochybňovat to, že většina umírajících by se po psychické stránce, nejlépe cítila doma. Do domácí péče, může odejít každý umírající, který vysloví přání odejít z nemocnice či hospice, může se spolehnout na podporu rodiny a léčbu směřující k odstranění bolestí a dalších obtíží nemocného, lze aplikovat v domácích podmínkách.

V odborné literatuře se domácí hospicová péče dělí na domácí péči, prováděnou laiky a ošetrovatelskou péči prováděnou odborníky (Kupka, 2014).

4.6.3 Stacionární hospicová péče

Provoz hospicového stacionáře vypadá tak, že pacienta je do stacionáře přijat ráno odpoledne nebo k večeru se opět vrací domů. Doprava je pak zajišťována hospicem či rodinou. Tento typ hospicové péče je nejlepším řešením například v případech že se doma nedaří tišit bolest a léčbu je potřeba lépe kontrolovat, nebo například za účelem chemoterapie, kterou není možné aplikovat doma. Dalším důvodem pro zvolení stacionární péče může být to, že rodina není schopná mluvit o pocitech, které jsou často velmi intenzivní na obou stranách, a v hospici o těchto pocitech může pacient mluvit otevřeně s někým jiným. Důvodem také může být to, že rodina si potřebuje od péče na čas odpočinout. V posledním případě funguje stacionární péče jako prevence před vyčerpáním rodiny a následnou hospitalizací pacienta (Kupka, 2014).

4.7 EUTANAZIE

V kontextu zamýšlení se nad umíráním a smrtí se nelze vyhnout problematice eutanazie, která má, jak své odpůrce, tak i své zastánce. S prodlužováním věku se stává právo na eutanazii stále aktuálnějším tématem.

Termín „eutanazie“ je řeckého původu (eu= dobrá, tanos= smrt) a podle své etymologie znamená dobrou smrt. V minulosti „eutanazie“ byla synonymem pro mírumilovnou a přirozenou smrt bez utrpení. V historii tedy smysl tohoto slova byl pozitivní, neboť zahrnoval všestrannou pomoc umírajícímu člověku, kde bylo tišení bolesti a duševní úzkosti nejdůležitějším úkolem.

Na rozdíl od dřívějšího chápání je v současnosti eutanazie definována jako šetrné usmrcení nemocného na jeho vlastní žádost, který trpí neúnosnými bolestmi následkem neléčitelné nemoci. Eutanazie je nyní vnímána jako právo na smrt za okolností, které neumožňují nemocnému důstojný život. V dnešní době si pod tímto pojmem můžeme představit ukončení života člověka, který je nevléčitelně nemocný a smrt si přeje (Kořenek, 2002).

4.7.1 Legalizace eutanazie ve světě a v České republice

V Evropě je dobrovolný odchod nevléčitelně nemocných ze života legální v Nizozemsku, Belgii a Lucembursku. Švýcarsko povoluje takzvanou asistovanou

sebevraždu, kdy si za přítomnosti lékaře vezme smrtící jed sám pacient. V Austrálii byla eutanazie legalizována v roce 1995 v severním teritoriu, avšak po dvou letech byl tento zákon australským federálním parlamentem zrušen. V Oregonu je od roku 1997 legalizovaná asistovaná sebevražda za přísně stanovených podmínek (Munzarová 2005).

U nás je eutanazie, stejně jako asistovaná sebevražda trestným činem jako vražda, přesto by s její legalizací podle průzkumu agentury CVVM v roce 2016 souhlasilo 66 procent Čechů, a proti je pouhá čtvrtina dotázaných. Česká vláda v témže roce odmítla poslanecký návrh zákona, který by ve vymezených případech eutanazii umožnil. Kabinet je totiž vázán koaliční smlouvou, v níž je klauzule výslovně zavazující vládní strany nepřijímat žádné zákony, které by byly v rozporu s ochranou života od početí do jeho přirozeného konce (Sláma et al., 2007).

4.7.2 Argumenty zastánců a odpůrců eutanazie

Nejčastějším důvodem příznivců eutanazie je milosrdné snažení pod tlakem soucitu zbavit člověka těžkého utrpení. Podle jejich mínění by legalizace eutanazie nabídla svobodnou volbu mezi těžkým utrpením a smrtí. Pokroky v medicíně v možnostech léčby dnes dovolují prodlužovat životy i u dříve neléčitelných onemocnění. Eutanazie také bývá obhajována jako cesta k osvobození nemocného od nekvalitního žití a od snížené důstojnosti. Dalším uváděným argumentem zastánců bývá nutnost respektování lidských práv s důrazem na respektování osobní autonomie. Lidská autonomie je podle zastánců obsažena i v kontrole nad vlastním životem. Tím, že člověk žádá o pomoc zemřít i tehdy koná kontrolu nad vlastním životem, v tomto případě prosbou o jeho důstojné ukončení. v neposlední řadě jsou tu argumenty ekonomického rázu související se zvyšování nákladů., což často není řečeno naplno. Finanční náklady na zdravotní péči pro těžce nemocného jsou bez pochyb vyšší než náklady na „dobrou smrt“ (Císařová, 2004).

Hlavním protiargumentem odpůrců eutanazie je velké riziko narušení důvěry mezi pacientem a lékařem a riziko nebezpečí zneužití. Odpůrci eutanazie nabízejí náhradní řešení v podobě paliativní péče a hospicových institucí., kde je nemocným poskytována kvalitní symptomatická léčba za současné psychologické podpory pacienta i jeho rodiny.

Sláma, který patří mezi odpůrce eutanazie, shrnul své argumenty proti do hlavních bodů: Hippokratova přísaha, ani ve jménu autonomie nemůže být vše dovoleno, podle

průzkumů je prokázáno, že zdaleka ne všichni lékaři léčí bolest správně a adekvátně. Usmrtit aktivně nebo upustit od léčby je zásadní etický rozdíl. Upozorňuje i na skutečnost, že již dnes existují důkazy (průzkumy včetně Holandska) ohledně zneužívání a ztráty důvěry v medicínu resp. lékaře při legalizaci eutanazie (Sláma, 2005).

4.7.3 *Formy eutanazie*

Asistovaná sebevražda

Jedná se o úmyslné počinání osoby, které spočívá v pomoci při sebevraždě jiné osoby. Lékař připraví prostředky k vlastnímu usmrcení člověka, který o to požádá a následně použije.

Aktivní eutanazie

Jde o jednání druhé osoby než pacienta, které vede k ukončení života trpícího, na jeho vlastní přání. Smrt je výsledkem podání smrtících medikamentů. Záměrem a přímým účinkem je smrt pacienta. Lze ji ještě rozdělit na aktivní eutanazii chtěnou (vyžádanou), kdy je život člověka zkrácen v souladu s jeho vůlí a nedobrovolnou, kdy je život nemocného zkrácen proti jeho vůli (nevyžádanou).

Pasivní eutanazie

Jedná se o přerušování léčby nebo odepření dalších léčebných postupů, které by nemocného neúměrně zatěžovaly. Z lékařského pohledu jde o nekonání. Odmítnutí však může být i ze strany smrtelně nemocného pacienta. Dnes se již od termínu pasivní eutanazie upouští a dokonce se považuje za chybné. V těchto případech se nejedná o eutanazii, jde vlastně o případy ukončení zbytečné léčby. Například Munzarová nesouhlasí s pojmem pasivní eutanazie a navrhuje úplné vymýcení tohoto pojmu, když upozorňuje, že se pod ním skrývají dva rozdílné postupy: na jedné straně nezasáhnutí s úmyslem zabít, což je po mravní stránce shodné s aktivní eutanazií, a na straně druhé nepodání nebo ustoupení od dalších postupů tehdy, jsou-li zbytečně zatěžující a přinášejí-li nemocnému jen další utrpení během jeho umírání (Munzarová, 2005).

Nepřímá eutanazie

Smrt pacienta je předvídaným, ale nezáměrným vedlejším účinkem při zmírňování bolestí a jiných příznaků. Smrt pacienta je tak urychlena postupným zvyšováním prostředků k mírnění bolestí, přičemž vyšší dávky jsou nutné pro zachování účinnosti, která se u některých medikamentů časem snižuje (Čiřáková, 2004).

4.7.4 *Vlastní žádost, living will*

V některých zemích (např. USA, ve 36 státech) se používá vyjádření svobodné životní vůle, tzv. living will. Jde o vyjádření písemnou formou dříve vysloveného přání pro případ, že by se pacient nacházel ve stavu, ve kterém již nebude schopen posoudit svou skutečnou situaci ohledně chtěných a nechtěných léčebných aplikací. Jde vlastně o určení svých vlastních záměrů předem. Munzarová však zpochybňuje tento postup, když uvádí: *Může, moje dnešní já určit, jaký bude nejlepší zájem pro mé já za několik let, pro mé senilní já?* (Munzarová, 2005, s. 22).

Od roku 2011 tuto možnost mají i občané České republiky. Tzv. vyslovené přání je dokument, který bude platný 5 let, a lidé v něm mohou sepsat, jakou péči chtějí, pokud by se dostali do stavu, ve kterém o sobě již nebudou moci rozhodovat (Strnadová, 2011).

4.8 **VÝZNAM SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA**

Sociální pracovník bývá velmi často ten, s kým kdokoliv nově přichází nebo telefonující naváže první kontakt. To znamená, že zprostředkovává informace o službě a prezentuje hospic vnějšmu okolí. V České republice je typické že sociální pracovník vede evidenci žádostí o přijetí. Řada prvních kontaktů se může proměnit v terapeutický rozhovor, hlavně pokud se jedná o dlouhodobě pečující anebo o ty, kteří si nejsou přijetím do hospice jistí a potřebují často spíše podpořit, že se starají dobře a v případě zhoršení stavu je přijetí možné. Tato pomoc pacientům a jejich rodinám by měla činit největší díl práce sociálního pracovníka. Bohužel je však v českém prostředí omezena kvůli administrativním povinnostem sociálního pracovníka. (Sociální práce, v hospici a paliativní péči- Johann-Christoph Student) Sociální pracovník je součástí multidisciplinárního týmu, který v hospici působí. V péči přistupuje ke klientům komplexně. U klienta nevnímá tedy pouze jeho diagnózu, ale vnímá ho i v prostředí ve kterém žije.

Při řešení problémových a obtížných situacích v péči o klienta, je úkolem sociálního pracovníka označit osoby, které jsou v problému zainteresovány a zapojit je do řešení problému. Sociální pracovník při řešení obtížných situací hledá nevyužitý zdroje a aktivizuje je a hledá společně s klientem vhodné alternativy (Čípková, 2015).

Sociální pracovník je také velmi často koordinátorem dobrovolníků. V tom případě spadá do jeho pracovní náplně vytváření smluv o dobrovolnické činnosti a pojištění dobrovolníků.

Další nedílnou součástí sociální práce v hospici je administrativa. Sociální pracovníci v hospicích například velmi často vedou administraci plateb za pobyt od pacientů a příbuzných. To sociálním pracovníkům často ubírá čas, který by mohl být věnován na věci, které jsou v hospici přednější, a tím je péče právě o klienta a jeho blízké. Kromě toho se může u pacienta sociální pracovník zaškatulkovat jako „ten kdo vybírá peníze“, což může mít negativní dopad na další prohlubování vztahu s klientem. Mezi další administrativní úkoly patří například komplementace chorobopisů nebo odesílání lékařských zpráv. (Student, 2006).

Sociální pracovník provádí vstupní sociální šetření, podílí se na individuálním plánování a vede sociální dokumentaci. Pokud sociální pracovník zaznamená potřeby, které jsou nad jeho kompetence, tak zprostředkovává další odborníky (Čípková, 2015).

Sociální pracovník zajišťuje efektivní citlivou komunikaci. Zabraňuje nebo alespoň zmírňuje sociální izolaci. Je prostředníkem mezi pacientem a rodinou. Zajišťuje vhodné podmínky pro přijímání návštěv – v terminálním stádiu neomezeně.

I přesto, že se pacient nachází v terminální fázi svého onemocnění, měl by u něj podpořit sebemenší zájem o cokoli, co se týká okolního dění (poslech rozhlasu, sledování televize, zajištění tisku, knih, užívání internetu, atd.).

Naslouchá pacientovi při potřebě hovořit o smyslu života, při otázkách smyslu utrpení a umožňuje umírajícímu zúčastňovat se náboženských úkonů v rámci jeho možností (Farkašová, 2006).

5 CÍL PRÁCE

Hlavním cílem mé bakalářské práce je zjištění, zhodnocení a porovnání výsledků postojů vybraných skupin veřejnosti k otázkám, které se týkají smrti se zaměřením na její tabuizaci pomocí kvantitativního průzkumu.

6 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

- 1) Porovnat postoje k otázkám souvisejícím se smrtí u věřících a nevěřících.
- 2) Zmapovat rozdíl obav ze smrti u dospívajících a seniorů.

7 HYPOTÉZY

- 1) Téma smrti je více vytěšňováno u osob nevěřících, než u osob věřících
- 2) U dospívajících osob převažují obavy z psychického utrpení nad obavami z utrpení fyzického, které převažují u seniorů.
- 3) Tendence osob k tabuizaci smrti má přímou souvislost se souhlasným stanoviskem k eutanazii.

8 METODIKA

Na základě zvoleného tématu mé bakalářské práce a formulace hlavního cíle jsem vytvořil dvě základní výzkumné otázky, na které navazují tři hypotézy. Ke sběru určených dat jsem použil anonymní dotazník vlastní konstrukce. Ve formě dotazníkového šetření jsem shledával výhodu, jak získat poměrně velké množství i rozdílných informací s následným kvantitativním vyhodnocením. Samotný dotazník se skládá z 21 otázek, které se váží k daným hypotézám. Z celkového počtu bylo 20 otázek uzavřených a 1 otevřená. Ještě před rozdělením kompletního počtu dotazníků jsem provedl tzv. pilotní studii k ověření srozumitelnosti položených otázek pro respondenty. Pilotní studie spočívala v rozdělení 15 kusů. Poté jsem zahájil samotný výzkum.

Pro svou bakalářskou práci jsem rozdělil mezi respondenty 300 kusů dotazníků. Návratnost činila 286 dotazníků. Z celkového počtu vzorku respondentů jsem se následně ve svém výzkumu zaměřil na názory s ohledem na věk a víru dotazovaných. Otázky ohledně pohlaví a vzdělání byly pouze informativní.

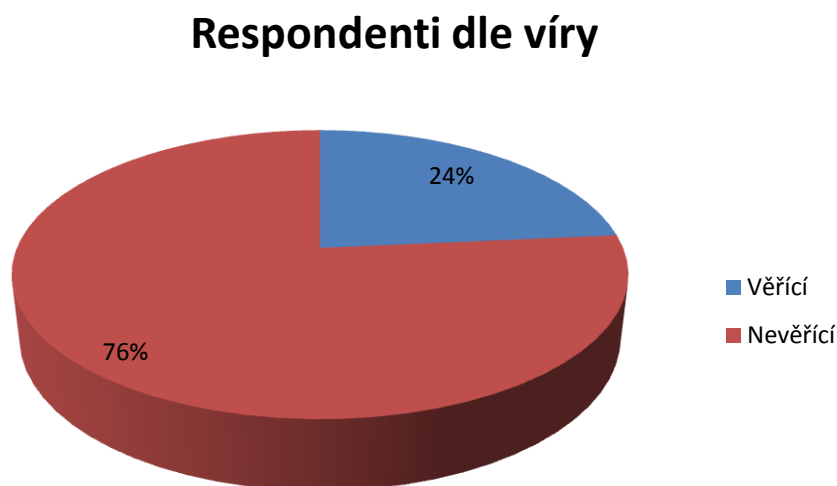
V 1. fázi výzkumu jsem použil analýzu – provedl rozbor jednotlivých odpovědí z dotazníkového šetření. Nejprve jsem vyhodnotil odpovědi ke každé této otázce v procentuálních hodnotách jak v grafu, tak i slovně v komentáři pod obrazovým

znázorněním. K vyhodnocení většiny otázek byl použit graf 100% sloupcový skládaný, který dobře znázorňuje poměrné zastoupení jednotlivých možností odpovědí v procentuálním vyjádření a porovnání výsledků určených skupin. Pouze ke znázornění poměrného zastoupení sledovaných skupin respondentů jsem využil graf výsečový.

Ve 2. fázi výzkumu jsem k souhrnnému vyhodnocení jednotlivých hypotéz odpovědi na otázky dotazníku oznámkoval dle síly příklonu k tabuizaci smrti (1 vyjadřuje nejnižší příklon k tabuizaci, naopak 5 nejvyšší). K první hypotéze se váže 12 otázek, k vyhodnocení druhé hypotézy jsem zvolil 5 dotazníkových otázek a k ověření třetí hypotézy jsem využil 14 otázek z dotazníku. Následně jsem průměry známek otázek vztahujících se k jednotlivým hypotézám shrnul do tabulek a v posledním sloupci uvedl celkovou průměrnou známku za sledované skupiny (věřící x nevěřící, dospívající x senioři). Konkrétní známky přiřazené odpovědím uvádím v komentáři k jednotlivým tabulkám.

9 VYHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ

Graf č. 1

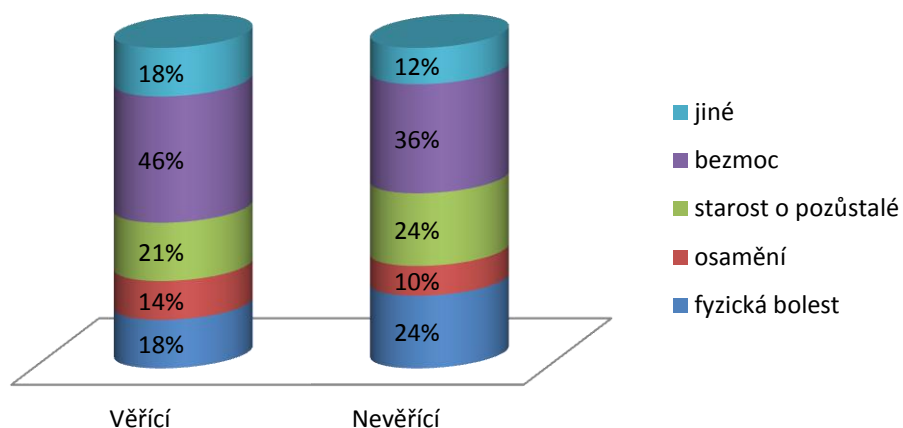


zdroj: vlastní výzkum

Uvedený graf k dotazníkové otázce č. 3 ukazuje poměr věřících a nevěřících v dotazovaném souboru respondentů. 76 % dotázaných uvedlo, že se nehlásí k žádné církvi nebo náboženské společnosti.

Graf č. 2

Čeho se na umírání bojíte nejvíce?

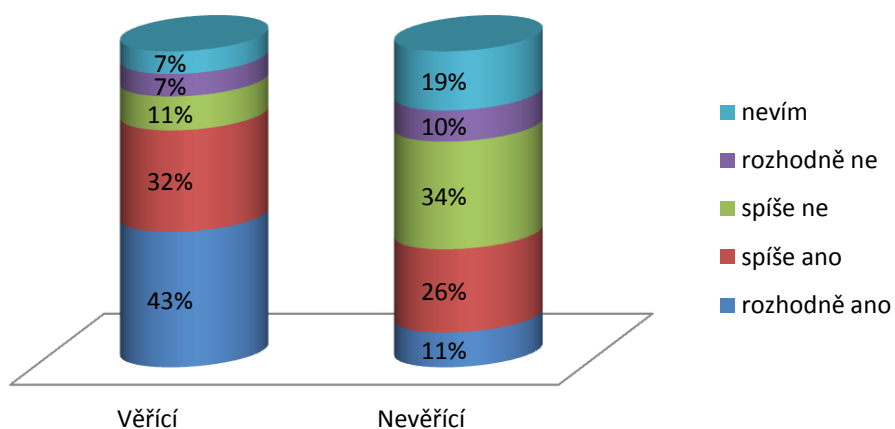


zdroj: vlastní výzkum

Z grafu č. 2 je patrné obdobné rozložení odpovědí obou skupin na otázku č. 6, která se týkala obav při umírání. Převažují obavy z bezmoci, zatímco obavy z osamění byly zmiňovány u obou skupin nejméně.

Graf č. 3

Věříte v život po životě

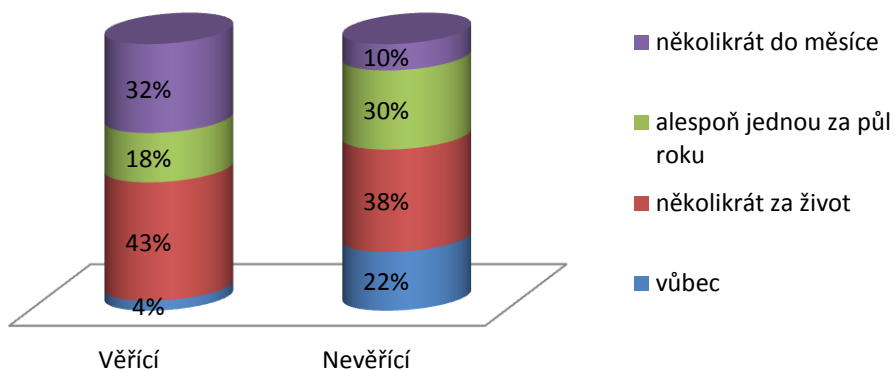


zdroj: vlastní výzkum

Tento graf potvrzuje, že 75 % věřících uvedlo víru v existenci posmrtného života odpovědí rozhodně ano nebo spíše ano. 44 % nevěřících uvedlo odpověď spíše ne či rozhodně ne (otázka č. 7).

Graf č. 4

Jak často nad tématem smrti přemýšlíte?

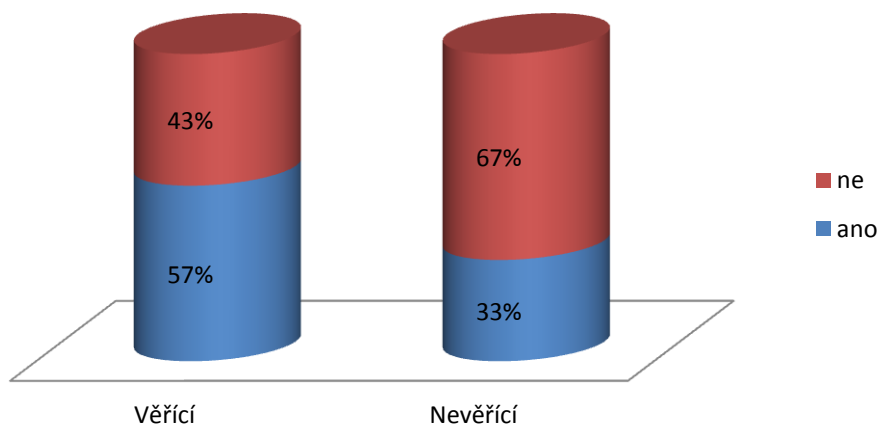


zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 4 znázorňuje, že většina dotazovaných v obou skupinách nepřemýšlí o smrti příliš často (43 % resp. 38 %). Ovšem téměř třetina věřících (32 %) uvažuje o smrti několikrát do měsíce (otázka č. 8).

Graf č. 5

Pečoval jste někdy o umírajícího?

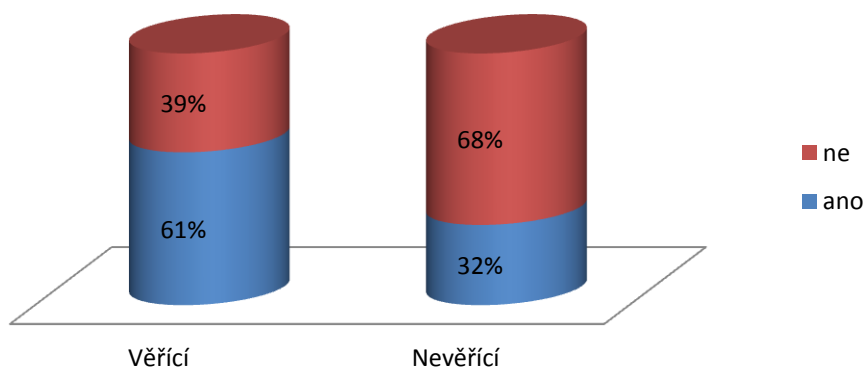


zdroj: vlastní výzkum

Pomocí grafu č. 5 (otázka č. 9) bylo zjištěno, že věřící uvádějí častější zkušenost s péčí o umírajícího (57 % resp. 33 %).

Graf č. 6

Byl jste někdy přítomen smrti/umírání příbuzného?

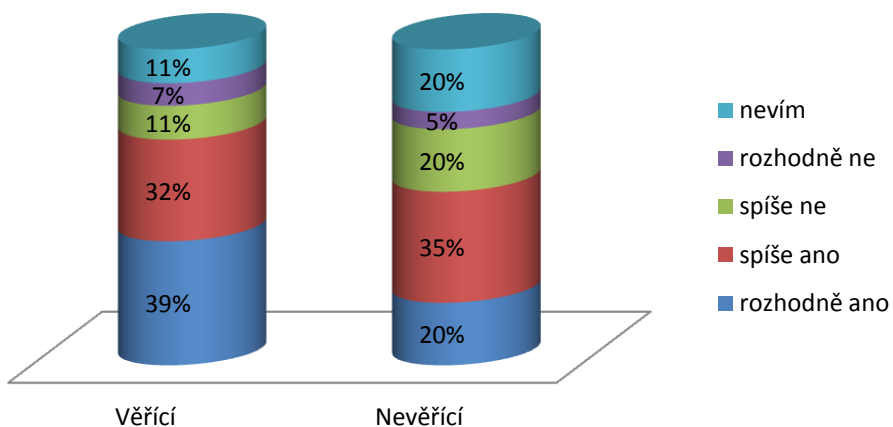


zdroj: vlastní výzkum

Podobně jako u předchozího grafu i na otázku č. 10 většina věřících uvedla, že byla přítomna smrti či umírání příbuzného (61 % resp. 32 %).

Graf č. 7

Chcete mít pohřební obřad?

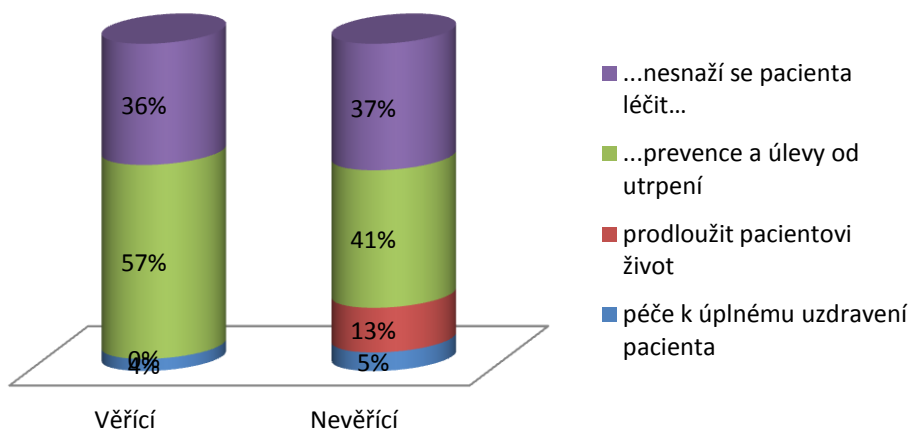


zdroj: vlastní výzkum

V odpovědi na otázku č. 11 se většina z obou skupin uvedla kladnou odpověď, tedy, že si přejí pohřební obřad (71 %; 55 %).

Graf č. 8

Jak byste definoval paliativní péči?

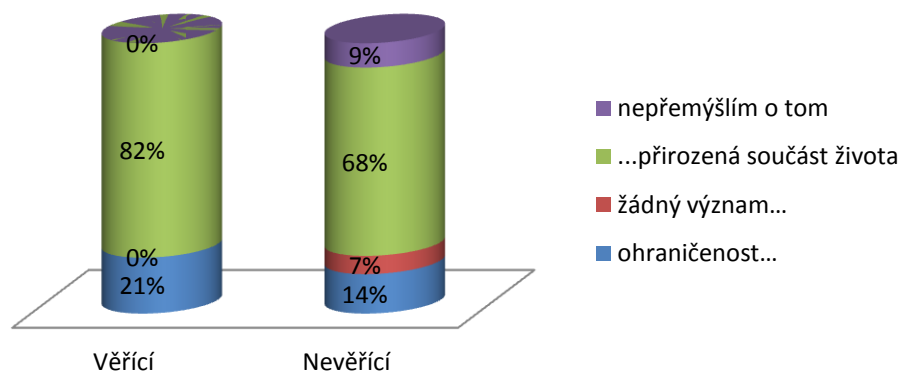


zdroj: vlastní výzkum

Na znalostní otázku č. 12 odpovědělo správně 57 % věřících a 41 % nevěřících.

Graf č. 9

Spatřujete ve smrti nějaký význam pro život?

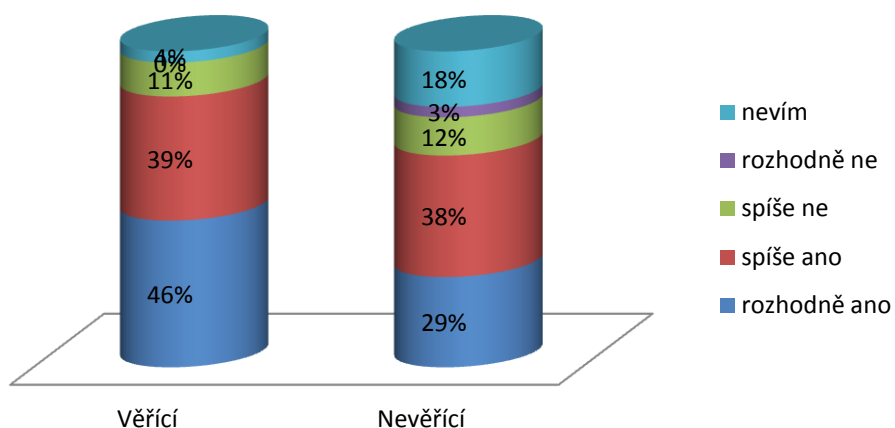


zdroj: vlastní výzkum

V otázce č. 13 uvedla většina v obou skupinách, že smrt je přirozená součást života (82 % resp. 68 %).

Graf č. 10

Péče o nemocného nebo umírajícího

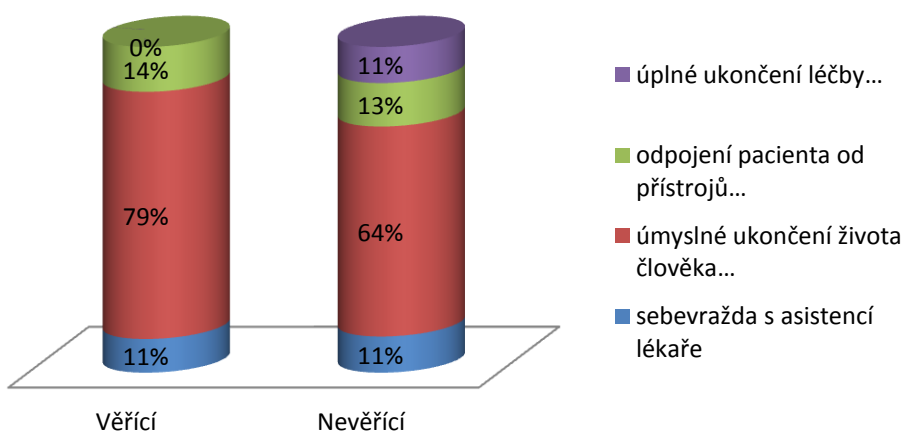


zdroj: vlastní výzkum

Z grafu č. 10 lze vyčíst, že péči o blízkého těžce nemocného člověka by si dokázalo představit 85 % věřících. U nevěřících ochotu pečovat potvrdilo 67 % dotázaných (otázka č. 14).

Graf č. 11

Co je podle Vás aktivní eutanazie?

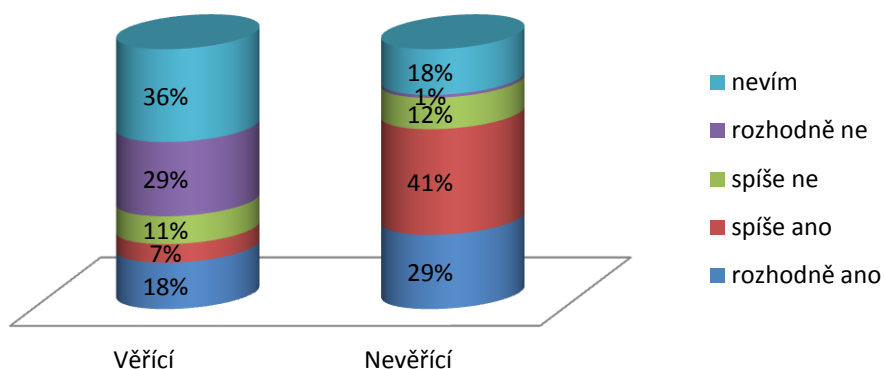


zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 11 zobrazuje skutečnost, že výrazná většina obou skupin dokázala správně odpovědět na znalostní otázku č. 15 o aktivní eutanazii (79 % resp. 64 %).

Graf č. 12

Souhlasíte s legalizací aktivní eutanazie?

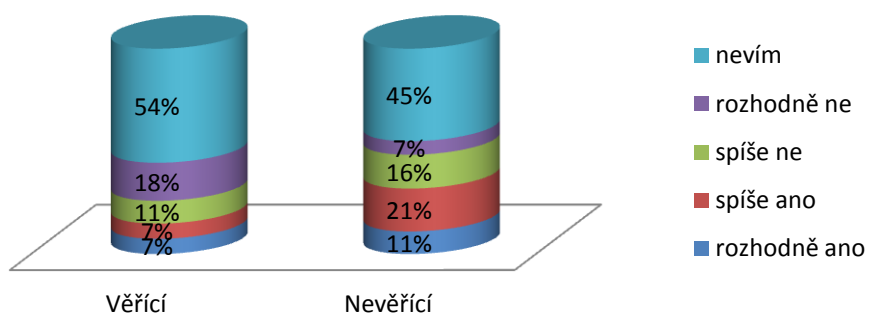


zdroj: vlastní výzkum

Z grafu č. 12 lze vyčíst, že pouhých 25 % věřících souhlasí s aktivní eutanazií, zatímco u nevěřících s ní souhlasí celých 70 % (otázka č. 16).

Graf č. 13

Pomohl byste nevléčitelně nemocnému a trpícímu člověku zemřít?

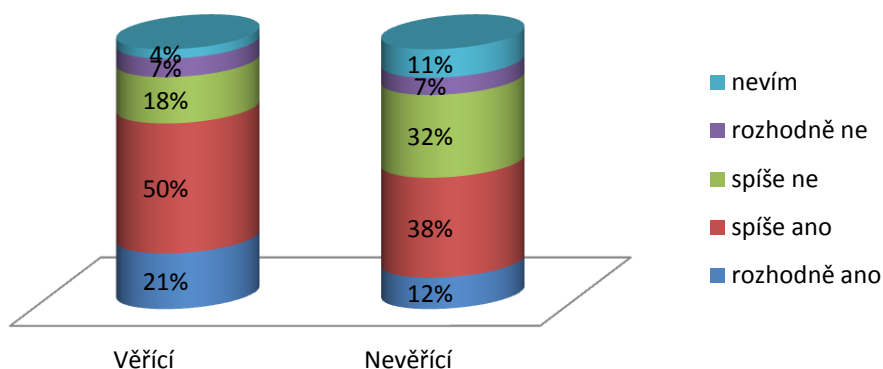


zdroj: vlastní výzkum

Na otázku č. 17 odpověděla většina věřících respondentů (54 %), že neví, zda by pomohli nevléčitelně nemocnému a trpícímu člověku zemřít. U nevěřících se jednalo o 45 %.

Graf č. 14

Myslíte si, že je vhodné, aby se děti zúčastňovaly pohřbů?

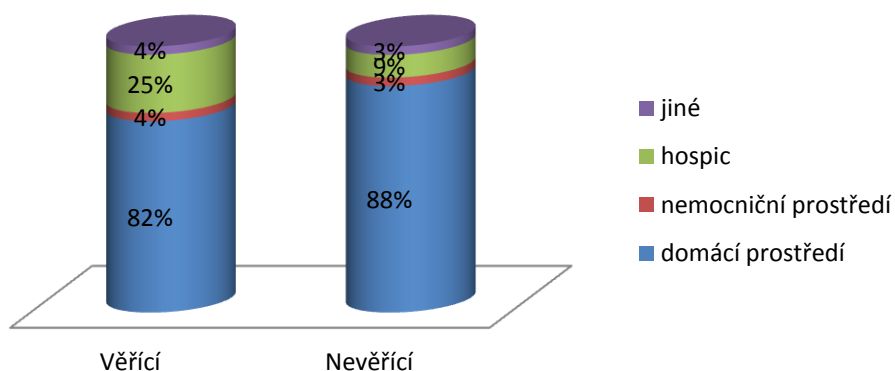


zdroj: vlastní výzkum

Podle grafu č. 14 uvedlo 71 % věřících kladnou odpověď na otázku č. 18, nevěřících uvedla kladnou odpověď polovina respondentů.

Graf č. 15

Jaké prostředí je pro umírajícího člověka nejvhodnější?

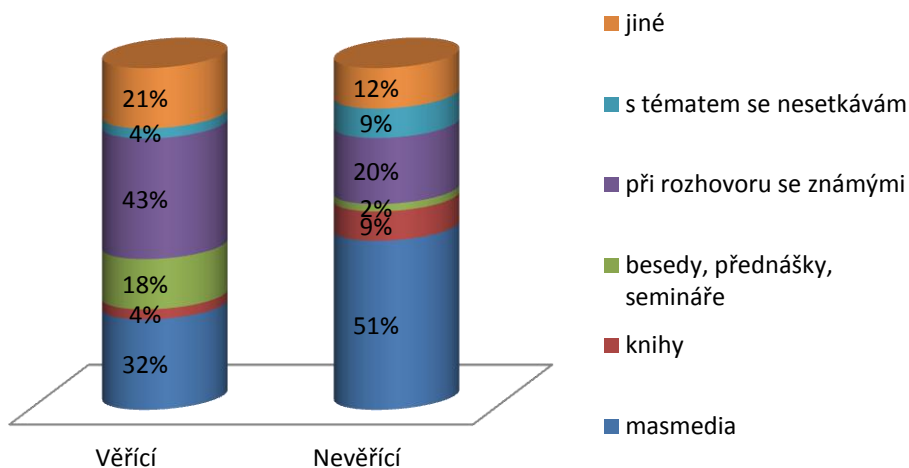


zdroj: vlastní výzkum

V otázce nejvhodnějšího prostředí pro umírajícího člověka (č. 19) se věřící i nevěřící shodli, že nejvhodnější je domácí prostředí (82 % resp. 88 %). Hospic uvedlo 25 % věřících a jen 9 % nevěřících.

Graf č. 16

Kde se s tématem smrti setkáváte nejvíce?

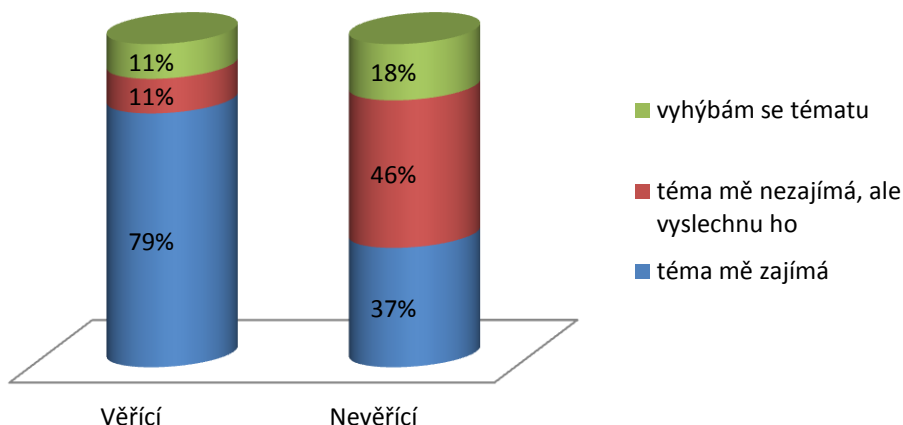


zdroj: vlastní výzkum

Dle grafu č. 16 nejčastěji uváděnou možností u skupiny věřících jsou rozhovory se známými (43 %) a u skupiny nevěřících masmedia (51 %; otázka č. 20).

Graf č. 17

Pokud se setkám s tématem smrti

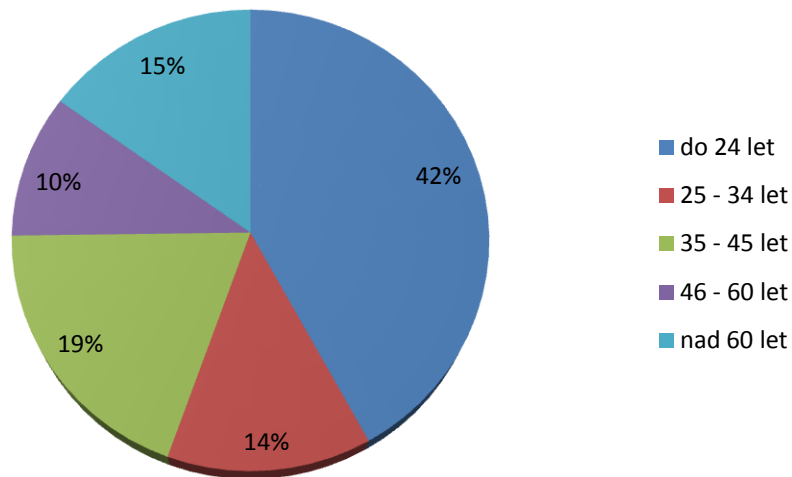


zdroj: vlastní výzkum

Z výsledků grafu č. 17 je patrné, že téma smrti zajímá 79 % věřících, ale jen 37 % nevěřících (otázka č. 21).

Graf č. 18

Respondenti dle věku

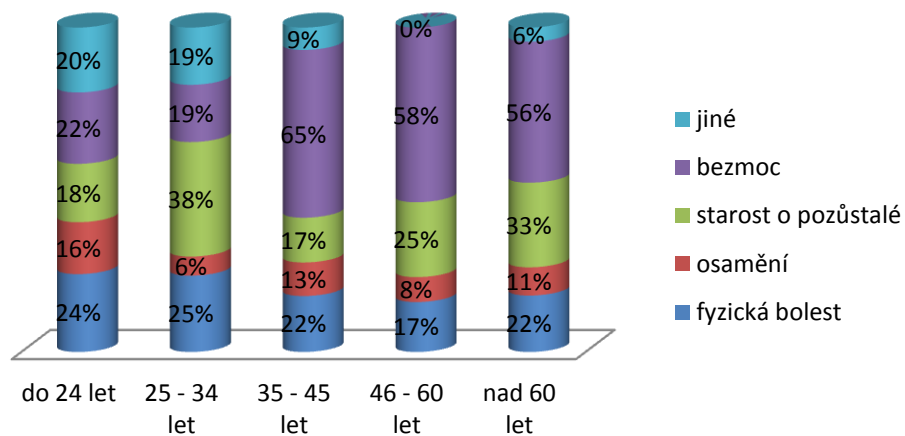


zdroj: vlastní výzkum

Dle grafu č. 18 můžeme zjistit poměrné zastoupení věkových skupin šetření (otázka č. 2).

Graf č. 19

Čeho se na umírání bojíte nejvíce?

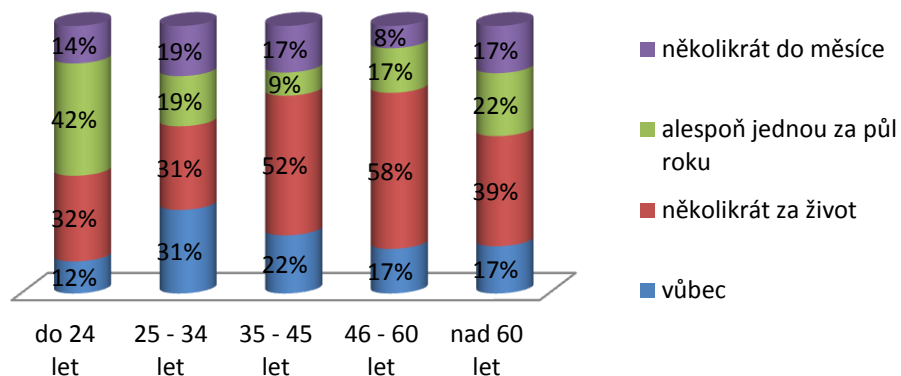


zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 19 znázorňuje postupně narůstající obavu z bezmoci úměrně s věkem (otázka č. 6).

Graf č. 20

Jak často nad tématem smrti přemýšlíte?

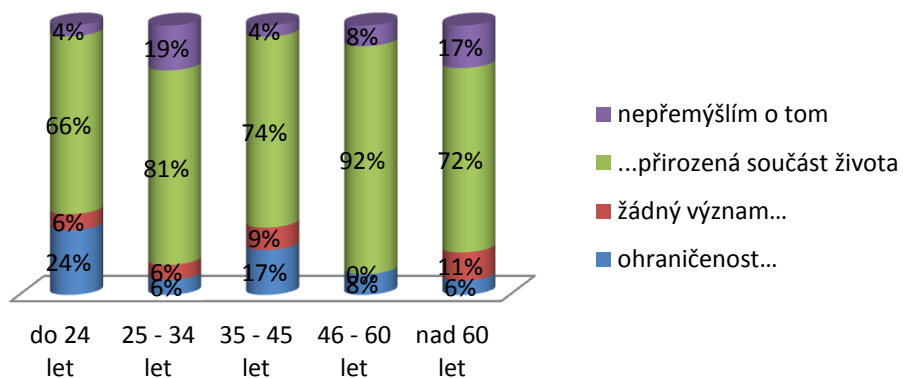


zdroj: vlastní výzkum

Na základě údajů z grafu č. 20 můžeme konstatovat, že skupina mladistvých do 24 let a seniorů nad 60 let přemýšlí o smrti výrazně častěji než lidé v aktivním věku (otázka č. 8).

Graf č. 21

Spatřujete ve smrti nějaký význam pro život?

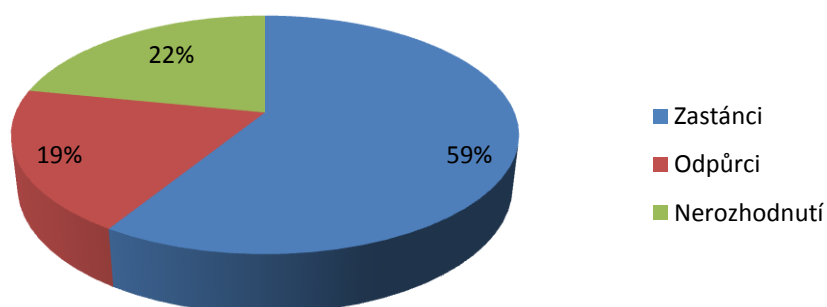


zdroj: vlastní výzkum

Z grafu č. 21 lze vyčíst, všechny věkové skupiny považují smrt za přirozenou součást života (66 % - 92 %; otázka č. 13).

Graf č. 22

Postoj k legalizaci aktivní eutanazie

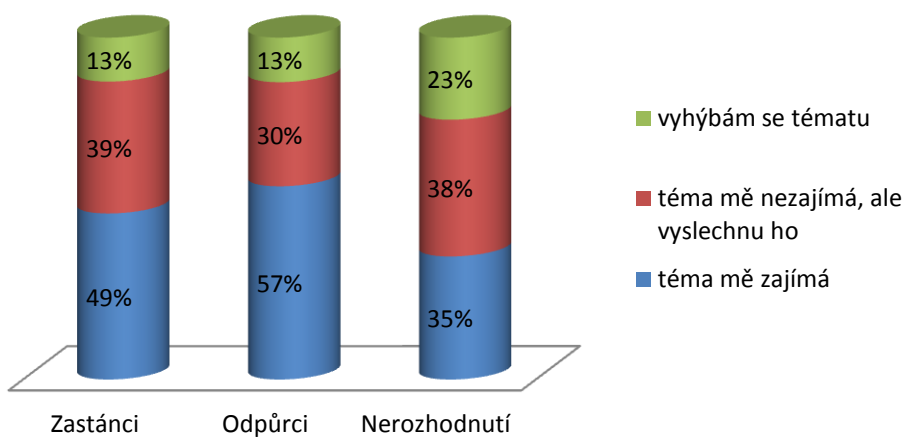


zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 22 zobrazuje poměrné zastoupení zastánců (odpovědi rozhodně ano a spíše ano; 59 %), odpůrců (odpovědi spíše ne a rozhodně ne; 19 %) a nerozhodnutých (22 %) dle odpovědí na otázku č. 16.

Graf č. 23

Pokud se setkám se tématem smrti



zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 23 ukazuje, že téma smrti zajímá 49 % zastánců a 57 % odpůrců aktivní eutanazie, shodně 13 % v obou skupinách se tématu vyhýbá.

Syntéza – souhrnné vyhodnocení výsledků

Hypotéza č. 1 „Téma smrti je více vytěšňováno u osob nevěřících než věřících.“

K ověření hypotézy byly použity otázky z dotazníku č. 3, 7 – 15 a 18 – 21.

Tab. č. 1 Ověření hypotézy 1

Otázka	7	8	11	12	13	14	15	18	19	20	21	Průměr
Věřící	2,07	2,56	2,19	1,56	1,00	1,78	1,44	2,41	1,33	2,89	1,52	1,89
Nevěřící	3,07	3,38	2,58	2,03	1,67	2,20	1,96	2,84	1,26	3,53	2,57	2,46

zdroj: vlastní výzkum

- Otázka č. 7: známka 1=rozhodně ano; 2=spíše ano; 3=nevím; 4=spíše ne; 5=rozhodně ne
- Otázka č. 8: známka 1=několikrát do měsíce; 2=alespoň jednou za půl roku; 4=několikrát za život; 5=vůbec
- Otázka č. 11: známka 1=rozhodně ano; 2=spíše ano; 3=nevím; 4=spíše ne; 5=rozhodně ne
- Otázka č. 12: známka 1=...prevence a úlevy od utrpení; 2=...nesnaží se pacienta léčit...; 4=...prodloužit pacientovi život; 5=péče k úplnému uzdravení pacienta
- Otázka č. 13 známka 1=ohraničenost...; 1=...přirozená součást života; 5=žádný význam...; 5=nepřemýšlím o tom
- Otázka č. 14 známka 1=rozhodně ano; 2=spíše ano; 3=nevím; 4=spíše ne; 5=rozhodně ne
- Otázka č. 15 známka 1=úmyslné ukončení života člověka...; 2=odpojení pacienta od přístrojů...; 4=úplné ukončení léčby...; 5=sebevražda s asistencí lékaře
- Otázka č. 18 známka 1=rozhodně ano; 2=spíše ano; 3=nevím; 4=spíše ne; 5=rozhodně ne
- Otázka č. 19 známka 1=domácí prostředí; 2=hospic; 4=nemocniční prostředí; 4=jiné
- Otázka č. 20 známka 1=besedy, přednášky, semináře; 2=knihy; 3=rozhovory se známými; 3=jiné; 4=masmedia; 5=s tématem se nesetkávám
- Otázka č. 21 známka 1=téma mě zajímá; 3=téma mě nezajímá, ale vyslechnu ho; 5=vyhýbám se tématu

Čím nižší je výsledná průměrná známka, tím nižší je tabuizace smrti. Z tabulky č. 1 vidíme výslednou známku u věřících 1,89 a u nevěřících 2,46. Téměř u všech otázek získali nevěřící vyšší průměrnou známku než věřící.

Hypotéza č. 1 se zde potvrdila. Téma smrti je více vytěsňováno u osob nevěřících než u věřících.

Hypotéza č. 2 „U dospívajících osob převažují obavy z psychického utrpení nad obavami z utrpení fyzického, které převažují u seniorů.“

Tab. č. 2 Ověření hypotézy 2

Otázka	6	8	16	17
Do 24 let	2,36	2,91	3,81	3,32
Nad 60 let	1,56	3,06	2,89	2,44

zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 6 známka 1=osamění; 1=starost o pozůstalé; 1=bezmoci; 3=jiné; 5=fyzické bolesti

Otázka č. 8 známka 1=několikrát do měsíce; 2=alespoň jednou za půl roku; 4=několikrát za život; 5=vůbec

Otázka č. 16 známka 1=rozhodně ne; 2=spíše ne; 3=nevím; 4=spíše ano; 5=rozhodně ano

Otázka č. 17 známka 1=rozhodně ne; 2=spíše ne; 3=nevím; 4=spíše ano; 5=rozhodně ano

U otázky č. 6, která byla podstatná v rozlišení obav z psychického a fyzického utrpení, znamenala nižší známka větší obavy z psychického a vyšší známka více obav z fyzického utrpení. Mladiství do 24 let získali známku 2,36 a senioři nad 60 let známku 1,56. Z uvedených výsledků vyplývá, že skupina mladistvých uvádí častěji obavy z fyzického utrpení, oproti tomu senioři prokazovali častěji obavy z utrpení psychického.

Dále výsledky z tabulky č. 2 ukazují souhrn odpovědí na otázky č. 8,16 a 17. Znamky vyjadřují, že častěji nad smrtí přemýšlí skupina mladistvých oproti seniorům, i když rozdíl není výrazný. Dále i výsledky potvrzují, že mladiství častěji souhlasili s eutanazií než senioři a také, že by byli častěji ochotni pomoci nemocnému a trpícímu člověku zemřít.

Hypotéza č. 2 se zde nepotvrdila. Dospívající osoby udávají častěji obavy z fyzického utrpení než senioři.

Hypotéza č. 3 „Tendence osob k tabuizaci smrti má přímou souvislost se souhlasným stanoviskem k eutanazii.“

Tabulky 3 a 4 ověřují hypotézu č. 3 z pohledu skupin věřících a nevěřících, tabulky 5 – 9 pak z pohledu věkových skupin.

Tab. č. 3 Ověření hypotézy 3 - věřící

Otázka	8	9	10	11	12	13	14	15	18	19	20	21	Průměr
Souhlas	2,83	3,00	1,67	2,83	1,67	1,00	1,83	1,83	2,50	1,33	2,50	1,33	2,03
Nesouhlas	2,09	1,36	2,45	1,55	1,27	1,00	1,55	1,00	1,82	1,00	2,91	1,55	1,63
Ne rozhod	2,90	3,80	3,00	2,50	1,80	1,00	2,00	1,70	3,00	1,70	3,10	1,60	2,34

zdroj: vlastní výzkum

Dle průměrných známek vidíme ve skupině věřících nižší tendenci k tabuizaci u odpůrců eutanazie než u jejich zastánců. Největší sklon k tabuizaci pak mají nerozhodnutí.

Tab. č. 4 Ověření hypotézy 3 - nevěřící

Otázka	8	9	10	11	12	13	14	15	18	19	20	21	Průměr
Souhlas	3,21	3,56	3,75	2,66	1,85	1,52	2,13	1,93	2,75	1,23	3,52	2,31	2,54
Nesouhlas	2,83	3,00	2,67	2,08	1,58	1,67	2,00	1,33	3,00	1,75	3,42	2,67	2,33
Nerohod	4,44	4,50	4,50	2,69	3,06	2,25	2,63	2,50	3,06	1,00	3,63	3,50	3,15

zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 8 známka 1=několikrát do měsíce; 2=alespoň jednou za půl roku; 4=několikrát za život; 5=vůbec

Otázka č. 9 známka 1=ano; 5=ne

Otázka č. 10 známka 1=ano; 5=ne

Otázka č. 11: známka 1=rozhodně ano; 2=spíše ano; 3=nevím; 4=spíše ne; 5=rozhodně ne

Otázka č. 12: známka 1=...prevence a úlevy od utrpení; 2=...nesnaží se pacienta léčit...; 4=...prodloužit pacientovi život; 5=péče k úplnému uzdravení pacienta

Otázka č. 13 známka 1=ohraničenost...; 1=...přirozená součást života; 5=žádný význam...; 5=nepřemýšlím o tom

Otázka č. 14 známka 1=rozhodně ano; 2=spíše ano; 3=nevím; 4=spíše ne; 5=rozhodně ne

- Otázka č. 15 známka 1=úmyslné ukončení života člověka...; 2=odpojení pacienta od přístrojů...; 4=úplné ukončení léčby...; 5=sebevražda s asistencí lékaře
- Otázka č. 18 známka 1=rozhodně ano; 2=spíše ano; 3=nevím; 4=spíše ne; 5=rozhodně ne
- Otázka č. 19 známka 1=domácí prostředí; 2=hospic; 4=nemocniční prostředí; 4=jiné
- Otázka č. 20 známka 1=besedy, přednášky, semináře; 2=knihy; 3=rozhovory se známými; 3=jiné; 4=masmedia; 5=s tématem se nesetkávám
- Otázka č. 21 známka 1=téma mě zajímá; 3=téma mě nezajímá, ale vyslechnu ho; 5=vyhýbám se tématu

I dle této tabulky vidíme, že větší tendenci tabuizovat smrt mají zastánci eutanazie než její odpůrci. Ovšem nejméně se o smrt zajímají respondenti, kteří nemají v otázce eutanazie jasno. Průměrné známky u všech skupin jsou vyšší v porovnání se stejnými skupinami věřících.

Tab. č. 5 Ověření hypotézy 3 – respondenti do 24 let

Otázka	8	9	10	11	12	13	14	15	18	19	20	21	Průměr
Souhlas	2,75	4,25	3,88	2,53	1,97	1,25	2,41	2,00	2,56	1,19	3,44	2,06	2,52
Nesouhla	1,60	3,40	2,60	1,80	1,20	1,80	1,80	1,00	3,20	1,60	3,80	2,20	2,17
Nerozhod	4,10	4,20	3,40	2,00	2,10	1,80	2,50	2,40	3,30	1,30	3,30	2,20	2,72

zdroj: vlastní výzkum

Tab. č. 6 Ověření hypotézy 3 – respondenti 25 – 34 let

Otázka	8	9	10	11	12	13	14	15	18	19	20	21	Průměr
Souhlas	3,38	3,50	3,50	2,88	1,00	1,50	1,75	1,38	3,38	1,00	3,75	2,25	2,44
Nesouhla	3,00	3,00	5,00	1,00	1,50	1,00	2,00	1,00	3,00	1,00	3,00	3,00	2,29
Nerozhod	3,50	3,00	3,67	2,50	3,67	2,33	2,50	2,33	3,17	1,00	3,67	3,33	2,89

zdroj: vlastní výzkum

Tab. č. 7 Ověření hypotézy 3 – respondenti 35 – 45 let

Otázka	8	9	10	11	12	13	14	15	18	19	20	21	Průměr
Souhlas	3,71	2,71	3,00	2,64	2,14	1,86	1,71	2,00	2,86	1,29	3,36	2,14	2,45
Nesouhla	2,86	2,14	1,57	1,43	1,14	1,00	1,57	1,14	2,00	1,00	2,86	1,57	1,69
Nerozhod	4,50	5,00	5,00	3,00	3,00	1,00	4,00	1,00	2,50	1,00	4,00	4,00	3,17

zdroj: vlastní výzkum

Tab. č. 8 Ověření hypotézy 3 – respondenti 46 – 60 let

Otázka	8	9	10	11	12	13	14	15	18	19	20	21	Průměr
Souhlas	3,75	3,50	4,50	2,75	2,00	1,00	1,88	2,13	4,50	3,13	2,50	1,63	2,77
Nesouhlas	3,00	1,00	3,67	3,00	2,33	1,00	1,67	2,00	1,67	2,00	3,00	1,00	2,11
Nerozhod	4,00	5,00	5,00	3,00	2,00	1,00	2,00	1,00	3,00	2,00	1,00	2,00	2,58

zdroj: vlastní výzkum

Tab. č. 9 Ověření hypotézy 3 – respondenti nad 60 let

Otázka	8	9	10	11	12	13	14	15	18	19	20	21	Průměr
Souhlas	3,20	1,00	1,80	3,20	1,20	2,60	2,20	1,80	2,80	1,20	3,60	3,40	2,33
Nesouhlas	2,33	1,67	2,33	2,00	1,50	1,67	2,00	1,00	1,83	2,00	3,00	1,67	1,92
Nerozhod	3,57	5,00	4,43	3,43	2,29	1,57	1,71	2,29	3,00	1,43	3,14	3,00	2,90

zdroj: vlastní výzkum

Jednotlivé tabulky, které vyhodnocují všechny zastoupené věkové skupiny, ukazují obdobné výsledky, které nasvědčují tomu, že nejnižší příklon k eutanazii mají odpůrci eutanazie, vyšší její zastánci a nejvíce smrt tabuizují nerozhodnutí.

S výsledky tabulek 3 a 4 koresponduje i vyhodnocení hypotézy č. 3 v jednotlivých věkových skupinách v tabulkách 5 až 9. Ve všech mají nižší tendenci k tabuizaci smrti odpůrci eutanazie než zastánci.

Porovnáním věkových skupin mladistvých a seniorů dle výzkumné otázky 2 dojdeme k podobným závěrům jako v předchozím. Mladiství odpůrci i zastánci eutanazie mají mírně vyšší sklon k tabuizaci smrti než odpůrci i zastánci mezi seniory, u nerozhodnutých je to ovšem naopak.

Hypotéza č. 3 se potvrdila. Osoby se souhlasným stanoviskem k eutanazii více tabuizují smrt než její odpůrci.

DISKUZE

Ve své bakalářské práci jsem si jako cíl stanovil zjištění, zhodnocení a porovnání výsledků postojů vybraných skupin k otázkám týkajícím se smrti s důrazem na tabuizaci tohoto tématu. Tabuizaci smrti při tom chápu například jako vyhýbání se tématu smrti při rozhovoru, vyhýbání se tématu v myšlenkách, odmítání vlastního pohřebního obřadu, odmítání účasti dětí na pohřebních obřadech. Respondenty jsem rozdělil do základních podstatných zkoumaných skupin podle vztahu k víře na věřící a nevěřící a dále podle věku.

1. výzkumná otázka:

Porovnat postoje k otázkám souvisejícím se smrtí u věřících a nevěřících

1. hypotéza:

Téma smrti je více vytěšňováno u osob nevěřících než u osob věřících.

K této výzkumné otázce a hypotéze se váží otázky z dotazníku č. 3, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 18, 19, 20 a 21.

Obsah této výzkumné otázky jsem stanovil s cílem zmapovat, jakou roli v naší moderní rychle se měnící době sehrává náboženství v tématu smrti. Hypotézu jsem postavil na základě prostudování materiálů k tématice tabuizace smrti, kdy v minulosti byl víře přisuzován velký vliv k utváření postojů k přijímání smrti ve společnosti, a to zejména s ohledem na to, že většina náboženství se pokouší strach ze smrti zmírnit člověku tím, že mu nabízí posmrtný život. Hypotézou jsem si chtěl ověřit, zda tabuizace smrti i v dnešní době souvisí s otázkami víry a zda náboženská příslušnost v tomto bodě je důležitá. V následně popsanych grafech jsem se zabýval zvolenou problematikou smrti a umírání jak z perspektivy věřících, tak i nevěřících, respektive osob, které se nehlásí k žádné církvi. Poté jsem si stanovil k odpovědím na příslušné otázky známky, kterým náležela vždy určitá míra tabuizace jako u školního hodnocení dle pravidla, že nízké míře tabuizace v odpovědi náleží nízká známka. Do souhrnné tabulky jsem pak uvedl průměrné známky jednotlivých otázek obou porovnávaných skupin. K finálnímu vyhodnocení hypotézy jsem použil průměrnou známku ze všech použitých otázek.

Graf č. 1 jasně ukazuje, jaký byl ve výše uvedeném vzorku respondentů poměr věřících a nevěřících. 76% dotázaných uvedlo, že se nehlásí k žádné církvi a 24% se označilo jako věřící. Myslím si, že tabuizace smrti do jisté míry v naší české společnosti velmi souvisí s vysokou mírou odnábožnění (sekularizací), které začalo již v druhé polovině minulého století, neboť počet lidí, které se hlásí k víře, se postupně snížil, což

je zřejmé i na mém grafu. Na druhou stranu jsem však také názoru, že k této skutečnosti přispělo i to, že se dnešní společnost snaží smrt negovat až tabuizovat a samotné náboženství tak ztrácí mnoho přívrženců, kterým právě víra dávala naději na posmrtný život. Náboženství postupně ztrácelo svou hlavní autoritu nad smrtí a bylo nahrazováno medicínou.

Graf č. 3 znázorňuje vyhodnocení otázky z dotazníku č. 7, ve které jsem zjišťoval u obou skupin rozdíly k otázce víry v posmrtný život. Tento výsledek jednoznačně potvrdil, že u věřících lidí je smrt chápána jako přechod, předěl někam jinam. Především členové tradičních křesťanských církví- katolíci a protestanti potvrdili, že smrt nechápu jako definitivní konec života, neboť celých 75%, na otázku zda věří v život po životě, odpověděli kladně, zatímco nevěřící měli zastoupení v kladné odpovědi pouze 44%. Dle mého názoru je víra v posmrtný život jedním z obranných mechanismů, které člověk potřebuje, aby se snáze smířoval se smrtí, protože si nedovede představit své nebytí. Věřícím poskytuje víra naději a umožňuje myšlenky na další, i když jiný život, což je myslí jeden z hlavních bodů, které ovlivňují, to, že věřící se od smrti neodvracejí v takové míře jako nevěřící. Výsledky této otázky mají přímou souvislost s tabuizací smrti, tedy potvrzují hypotézu č. 1.

Graf č. 4 ukazuje výsledky dotazníkové otázky č. 8. Zde jsem zjišťoval a porovnával, jak často o smrti respondenti věřící a nevěřící přemýšlí. U obou skupin bylo prokázáno, že nepřemýšlí o smrti příliš často, ale téměř třetina věřících (32 %) uvedla, že o smrti přemýšlí několikrát do měsíce. Zatímco 22 % nevěřících uvedlo, že o smrti nepřemýšlí vůbec, u věřících o smrti nepřemýšlí vůbec pouhé 4%. Výsledek této otázky potvrzuje moji hypotézu č. 1, že tabuizace smrti bude prokazována více u nevěřících než u věřících.

Graf č. 7 sděluje odpovědi na otázku z dotazníku č. 11, kde mým cílem bylo zjistit, zda by si respondenti obou skupin přáli pohřební obřad. Zde většina z obou skupin uvedla, že si pohřební obřad přejí, a to i přesto, že se v dnešní době rozmáhá stále více praxe „pohřbu bez obřadu“. Myslím si, že důvody, proč je zvolena často tato varianta jsou zejména ekonomické, protože náklady na klasický pohřeb v posledních letech hodně vzrostly a ačkoli by si lidé zřejmě tradiční rozloučení přáli, jak dokazují i výsledky mého grafu, tak lidé nechtějí své příbuzné zatížit a volí nakonec takovýto způsob.

Graf č. 8 (otázka 12) zobrazuje, zda jsou dotazované skupiny věřících a nevěřících dostatečně informováni o paliativní péči. Na tuto otázku odpovědělo správně 57 %

věřících a 41 % nevěřících. I když věřících, kteří určili správně pojem paliativní péče je více, musím konstatovat, že celkové povědomí o pojmu paliativní péče není příliš velké, i když v současné době dochází k stále většímu rozvoji této komplexní péče, která je určena pro umírající a těžce nemocné pacienty, jejichž život už medicína nedokáže zachránit. Věřím, že povědomí v naší společnosti i navzdory jisté tabuizaci otázek smrti bude stále vyšší bez ohledu na víru. Protože v této péči spatřuji naději v pomoc pro umírající pacienty i jejich rodiny. Výsledky této otázky potvrzují hypotézu č. 1.

Graf č. 9, který má objasnit výsledky dotazníkové otázky č. 13, ve které jsem se zabýval, zda ve smrti spatřují věřící a nevěřící nějaký význam pro samotný život, dokazuje, že u této otázky uvedla většina v obou skupinách, že smrt pro ně znamená přirozenou součást života. Žádný význam ji nepřisuzovalo 7% nevěřících, zatímco u věřících se nenašel nikdo, kdo by smrti nepřisuzoval žádný význam. Dalších 9% nevěřících zvolilo odpověď, že o významu smrti nepřemýšlí, naproti tomu žádný z věřících tuto odpověď nepoužil. Hypotéza č. 1 se zde potvrdila.

Graf č. 10 (otázka 14) zjišťoval, zda si dotazovaní dokážou představit péči o někoho blízkého těžce nemocného nebo umírajícího. Z grafu lze vyčíst, že takovouto péči by si dokázalo představit 85% věřících. U nevěřících tuto ochotu pečovat potvrdilo 67 % respondentů. Myslím, že popírání smrti se promítlo i do tohoto tématu, kdy věřící vnímají téměř jako samozřejmost pečovat o někoho těžce nemocného nebo umírajícího. Vím, že taková péče je mnohdy velmi náročná, ale už jenom snaha o to pokusit je velmi chvályhodná. Hypotéza č. 1 byla potvrzena.

Graf č. 11 měl určit znalosti respondentů ohledně eutanazie, které zjišťovala otázka v dotazníku č. 15. Tato otázka byla důležitá pro mé další šetření v následující otázce. Chtěl jsem si ověřit, zda respondenti, kteří se budou vyjadřovat k problému eutanazie, by věděli její správnou definici. Na otázku, která z nabídnutých možností definic je pro eutanazii správná, odpovědělo dobře 79 % věřících a 64 % nevěřících. Podle mého názoru se věřící o tuto problematiku více zajímají než nevěřící neboť je jistě znepokojuje fakt o jejím možném uzákonění, neboť hlasy, které o ni usilují i v naší společnosti poslední dobou sílí. Osobně se ztotožňuji s názorem profesorky Haškovcové, která proti eutanazii staví kvalitní holistickou péči o umírajícího, kvalitní paliativní péči s mírněním všech symptomů, které působí nemocnému utrpení. Hypotéza č. 1 zde byla potvrzena.

Graf č. 14 znázorňuje výsledky dotazníkové otázky č. 18, která se ptá, zda je vhodné, aby se děti zúčastňovaly pohřbů. U věřících s tímto souhlasí většina – 71 %

uvedlo kladnou odpověď a u nevěřících uvedla souhlas polovina dotázaných. Hypotéza č. 1 byla potvrzena.

Graf č. 15 nás seznamuje s výsledky dotazníkové otázky č. 19. Jako nejvhodnější prostředí pro umírajícího by 82 % věřících volilo domácí prostředí, taktéž velká část nevěřících 88 % rozhodlo stejně. Věřící ještě jako další možnost uváděli hospic (25 %), který z nevěřících označilo pouhých 9 %. Výsledky této otázky jsou pro mě zajímavé tím, že výše jsem se zabýval ochotou postarat se o blízkého těžce nemocného člověka, proto mohu porovnat, že ochotno bylo postarat se 85 % věřících, tedy přibližně stejný poměr jako těch, kteří v této otázce odpověděli, že nejvhodnějším místem pro umírajícího je domácí prostředí (82 %), ale nevěřících, kteří souhlasili s péčí o blízkého těžce nemocného, byl menší počet (67 %) než těch, kteří také zvolili domácí prostředí jako nejvhodnější místo pro umírání (88 %). Hypotéza č. 1 se potvrdila.

Graf č. 16 zmapoval výsledky dotazníkové otázky č. 20, která se zabývala tím, kde se nejčastěji s tématem smrti respondenti setkávají. Nejčastěji uváděnou možností skupinou věřících byly rozhovory se známými (43 %), na rozdíl od nevěřících, kteří udávali masmédia (51 %).

Graf č. 17 objasnil otázku dotazníku č. 21, která zjišťovala reakce dotazovaných skupin, pokud se s tématem smrti setkají. 79 % věřících uvedlo, že je uvedené téma zajímavá, ale jen 37 % uvedlo stejnou odpověď. Hypotéza č. 1 byla potvrzena.

Celkově mohu zhodnotit výzkumnou otázku č. 1, jejímž cílem bylo porovnat postoje k otázkám smrti souvisejícím se smrtí u věřících a nevěřících a s ní související hypotézu, která předpokládala tabuizaci tématu smrti vyskytující se více u osob nevěřících než u věřících.

Dle souhrnné tabulky č. 1 vyšla u věřících průměrná známka tabuizace 1,89 a u nevěřících 2,46.

Hypotéza č. 1 byla tedy potvrzena. Platí, že téma smrti je vytěšňováno více u osob nevěřících než u věřících.

2. výzkumná otázka:

Zmapovat rozdíl oba ze smrti u dospívajících a seniorů.

2. hypotéza

U dospívajících osob budou převažovat obavy z psychického utrpení nad obavami z fyzického, které budou uvádět častěji senioři.

K této výzkumné otázce a hypotéze se váží otázky z dotazníku č. 2, 6, 8, 16 a 17.

Cílem této výzkumné otázky bylo zjistit, jakou roli hraje věk v otázkách smrti a umírání. Určil jsem si porovnat obavy zejména skupiny mladistvých dospívajících a seniorů.

Graf č. 18 nás seznamuje s poměrným zastoupením všech věkových skupin respondentů.

Graf č. 19 znázorňuje odpovědi na otázku z dotazníku č. 6. V té respondentí odpovídali na otázku, čeho se při umírání nejvíce bojí. Nejmladší respondenti výrazně neupřednostňují žádné kritérium (24 % obavy z fyzické bolesti, 16 % z osamění, 18 % starost o pozůstalé, 22 % bezmoc, 20 % jiné obavy). Respondenti ve věku 25 – 34 let uvádějí nejčastěji starost o pozůstalé. Toto, dle mého názoru, může souviset s malými dětmi v rodině. Starší ročníky projevují především obavu z bezmoci. Hypotéza, která se týkala dospívajících, se nepotvrdila, neboť jejich obavy byly velmi vyrovnané, tudíž nepřevažovaly obavy z psychického utrpení, jak jsem předpokládal v hypotéze. Ani u seniorů se má hypotéza nepotvrdila, protože dle předpokladů nepřevládají obavy z fyzického utrpení, ale z bezmoci (22 % obavy z fyzické bolesti, 11 % z osamění, 33 % starost o pozůstalé, 56 % z bezmoci, 6 % jiné).

Graf č. 20 nám vypovídá výsledky dotazníkové otázky č. 8, jak často dotázané skupiny nad tématem smrti přemýšlí. Z uvedeného grafu vyplývá, že skupina mladistvých do 24 let přemýšlí o smrti výrazně častěji než lidé v aktivním věku, což přisuzuji větší zaměstnanosti a tím i menšímu prostoru o těchto tématech v dnešní uspěchané době uvažovat. Paradoxně minimálně jednou za půl roku a častěji přemýšlí o smrti 56 % mladistvých, ale jen 39 % seniorů.

U otázky č. 6, která byla podstatná v rozlišení obav z psychického a fyzického utrpení, znamenala nižší známka větší obavy z psychického a vyšší známka více obav z fyzického utrpení. Mladiství do 24 let získali známku 2,36 a senioři nad 60 let známku 1,56. Z uvedených výsledků vyplývá, že skupina mladistvých oproti seniorům uvádí častěji obavy z fyzického utrpení.

Dále výsledky z tabulky č. 2 ukazují souhrn odpovědí na otázky č. 8, 16 a 17. Znamky vyjadřují zajímavé zjištění, že častěji nad smrtí přemýšlí skupina mladistvých oproti seniorům, i když rozdíl není výrazný. Dále i výsledky potvrzují, že mladiství častěji souhlasili s eutanazií než senioři a také, že by byli častěji ochotni pomoci nemocnému a trpícímu člověku zemřít. Myslím, že se zde potvrzuje i názor Haškovcové, která popisuje, že lidé často volají po uzákonění eutanazie, aby se

vyvarovali fyzickému utrpení, a také Munzarová poukazuje na to, že diskuze o eutanazii téměř vždy zahrnují strach z fyzické bolesti.

Hypotéza č. 2 se zde nepotvrdila. Dospívající osoby udávají častěji obavy z fyzického utrpení než senioři.

3. hypotéza

Tendence osob k tabuizaci smrti má přímou souvislost se souhlasným stanoviskem k eutanazii.

K této hypotéze se váží otázky z dotazníku č. 2, 3, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 20 a 21.

Graf č. 5 odpovídá na dotazníkovou otázku č. 9, kde se ptám na zkušenost s péčí o umírajícího. Zde 57 % věřících odpovědělo, že v minulosti pečovalo o umírajícího, naproti tomu ze skupiny nevěřících má s touto péčí zkušenost menší počet dotázaných - 33 %. Myslím, že i ochota pečovat o umírajícího je příznačná pro ty, kdo smrt a umírání neodsouvají ze svého života.

Graf č. 6 znázorňuje odpovědi na otázku z dotazníku č. 10, kdy opět většina věřících potvrdila, že byla přítomna smrti nebo umírání příbuzného. Tuto skutečnost potvrdilo 61% věřících a na druhé straně jen 32 % nevěřících. Výsledky nám dokazují, že věřící jsou častěji přítomni při doprovázení umírajících, a to nejen z důvodu, že bylo výše prokázáno, že častěji pečovali o umírajícího, ale dle mého názoru i proto, že jsou přesvědčeni o důležitosti dovést svého blízkého ke smrti i v ústavních a nemocničních zařízeních - je-li jim to umožněno. Myslím, že osoby, které mají tendence smrt tabuizovat, nechtějí být ani smrti přítomni a mají obavy ji vidět v reálu.

Graf č. 22 ukazuje, že mezi respondenty byla většina zastánců eutanazie (59 %). Jejich odpůrců bylo 19 % a 22 % bylo nerozhodnutých.

Dle dalšího grafu č. 23 vidíme, že poměr odpovědí ohledně zájmu o téma smrti se u zastánců a odpůrců eutanazie liší o 8 %. Zastánců eutanazie se o téma smrti zajímá 49 % a 39 % jej vyslechne, ale nezajímá je, kdežto odpůrců se o téma zajímá 57 % a 30 % téma pouze vyslechne. V obou skupinách se tématu vysloveně vyhýbá jen 13 % dotázaných.

Odpovědi na otázky jsem opět oznámkoval a průměrné známky shrnul do tabulek zvlášť za věřící a nevěřící a poté dle věkových skupin. Ve skupinách věřících a nevěřících obdrželi vždy nižší známku odpůrci eutanazie než její zastánci. Nejvyšší známku pak obdrželi ti, kteří nemají v otázce legalizace aktivní eutanazie jasno. To se

dá odůvodnit tím, že se o téma smrti nezajímají, vyhýbají se mu, a tedy se nezajímají ani o eutanazii.

Stejně jsem postupoval při vyhodnocení hypotézy z pohledu věkových skupin. I výsledky jsou v podstatě shodné. Nejnižší míru tabuizace prokazují odpůrci eutanazie, vyšší známku obdrželi její zastánci a tématu smrti se nejvíce vyhýbají nerozhodnutí téměř ve všech věkových skupinách.

Hypotéza č. 3 se tedy potvrdila. Tendence osob k tabuizaci smrti má přímou souvislost se souhlasným stanoviskem k eutanazii.

ZÁVĚR

Jak jsem se již zmínil v úvodu mé bakalářské práce, žijeme v době, kdy je náš životní styl zaměřený hlavně na úspěch, životní sílu, krásu, mládí a zdraví. Pro moderního člověka je dnes samozřejmostí žít dlouho a šťastně. Pokrok ve vědě i v technice docílil toho, že i medicína dosahuje takové úrovně, že většinou nedovolí smrti vítězit. A tak je zcela pochopitelné, že smrt a umírání jsou tabuizovanými tématy současnosti a lidé o nich neradi slyší, neradi mluví nebo přemýšlejí.

Fenomén tabuizované smrti se stával obecným jevem již ve druhé polovině minulého století, což do jisté míry ovlivnila nejen samozřejmost života, ale i totalitní systém socialistické společnosti, který zapříčinil postupné sekularizaci (odnábožnění) naší společnosti.

Avšak lidský život je vymezen zrozením i smrtí. Smrt je neoddělitelná součást života a vlastně jediná jistota, kterou člověk má. Přesto v naší společnosti je smrt a umírání nepochybně tabu. Smrt je skutečnost, která přesahuje naši zkušenost žítí zde na zemi a je velice těžké se s tímto faktem smířit, když nevíme, co nás čeká, co bude potom.

Toto závažné a citlivé téma jsem si zvolil pro svou bakalářskou práci zejména proto, že i přesto, že je smrt často vytěšňovaným tématem, je nepopíratelně přirozenou součástí našeho života a neměli bychom ji odsouvat stranou s klamnou představou, že se nás netýká. A i když v nás vzbuzuje strach, neměli bychom před ní utíkat. Již na začátku mé bakalářské práce jsem si byl vědom, že pokud se člověk o zákonitostech smrti více dozví, nebude se od ní tak odvracet, ani od beznadějně nemocných, ale bude se snažit k nim přiblížit ať už jako člověk nebo jako sociální pracovník. K výběru tématu přispěla i skutečnost, že jsme 2 roky pečovali o těžce nemocnou 90 letou babičku, která trpěla Alzheimerovou nemocí i mé pravidelné letní brigády v Léčebně dlouhodobě nemocných, kde jsem také často vystaven otázkám ohledně neodvratné smrti. Vyrovnat se s postupným odloučením jistě napomáhá, když nemocný člověk může zůstat co nejdéle ve svém milovaném prostředí, obklopen lidmi, které ho důvěrně znají a ví co je pro něj nejlepší. Ale i hospitalizace je někdy nezbytná, ale ani zde nesmí zůstat takový člověk sám. Když je rodina a blízcí zapojena do péče, umožňuje ji to vidět smrt jako součást života a napomůže i k lidskému růstu a zrání. Věřím, že k tomuto napomůže i má bakalářská práce, jejímž cílem je přiblížení tématu smrti a snaha přispět alespoň nepatrnou částí k tomu, aby společnost smrt netabuizovala.

Myslím, že stanovené cíle, které jsem si na začátku určil, se mi v mé bakalářské práci podařilo splnit. V teoretické části se mi podařilo seznámit se blíže s tímto tématem a zároveň popsat základní související pojmy. Zabýval jsem se historickým vývojem postojů ke smrti a zmapoval smrt z pohledu různých náboženství. Vzhledem k mému zaměření při studiu jsem popsal umírání a smrt v kontextu sociální péče. Při úvahách o smrti jsem se nemohl vyhnout ani tématu eutanazie, paliativní péči a hospicovému hnutí. V praktické části jsem na základě zvolených dvou výzkumných otázek a tří navazujících hypotéz podařilo zmapovat postoje dvou zkoumaných skupin věřících a nevěřících k otázkám smrti. Zabýval jsem se problematikou smrti a umírání z perspektivy věřících a nevěřících, zároveň jsem zmapoval, jakou roli v problematice tabuizace smrti zastávají. Má bakalářská práce potvrdila, že věřící se k tématu smrti staví otevřeněji než nevěřící a vyšší míra tabuizace se vyskytuje více u nevěřících. Pomocí výzkumného šetření zmapoval rozdíly obav ze smrti v souvislosti s věkem se zaměřením na mladistvé dospívající a seniory. V závěru praktické části jsem se zabýval a zjišťoval možnou souvislost mezi tabuizací smrti a souhlasným stanoviskem k eutanazii, kdejistou souvislost našel. Tabuizace smrti v naší společnosti by mohla být jedním z hlavních důvodů silících hlasů po uzákonění eutanazie. Než by člověk vůbec vyslovil jakékoliv stanovisko, měl by hlouběji proniknout do tohoto tématu, aby porozuměl všem souvislostem.

Svou potřebu pomoci umírajícím i těm, kteří je doprovázejí, jsem realizoval vytvořením návrhu standardu, kde jsem přehledně ucelil zásady a pravidla pro doprovázení nevléčitelně nemocných a umírajících. Tento standard by měl ulehčit situaci a být užitečný všem, kteří tyto osoby doprovázejí (viz příloha č. 1).

V neposlední řadě je určitě nutné, aby téma smrti se objevovalo nejen v tragických komentářích ve zprávách, ale častěji v odborných pořadech a besedách. Samozřejmostí by měla být školení pracovníků, kteří se s těžce nemocnými a umírajícími setkávají ve svém zaměstnání. A předmět thanatologie by měl být součástí výuky jak na zdravotnických, sociálně zaměřených školách i na lékařských fakultách.

Smrt a umírání je nepochybně a nespravedlivě jedním z nejvíce tabuizovaných témat ve všech sférách naší společnosti. Myslím, že i přes vážnost a důležitost není tomuto tématu věnováno dostatek času v diskusích, které by veřejnost do této problematiky lépe zasvěcovaly. A nemyslím si, že by měli diskutovat pouze sociologové, zdravotníci, etici či duchovní, ale všichni, neboť umírání a smrt se týká každého z nás.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. ALLAN, J., LANGLEY, M., BUTTERWORTH, J., 1993. *Víry a vyznání: náboženství, sekty, paranormální jevy*. Bratislava: Slovart. ISBN 80-714-5011-1.
2. ARIÈS, P., 2000. *Dějiny smrti*. Praha: Argo. Každodenní život. ISBN 80-720-3286-0.
3. BALDWIN, M. A., WOODHOUSE, J., 2011. *Key concepts in palliative care*. London: SAGE. ISBN 978-1-84860-871-9.
4. BREGMAN, L., c2003. *Death and dying, spirituality, and religions: a study of the death awareness movement*. New York: Peter Lang. ISBN 08-204-6729-4.
5. BROUČEK, S., JEŘÁBEK, R., 2007. *Lidová kultura: národopisná encyklopedie Čech, Moravy a Slezska*. Praha: Etnologický ústav Akademie věd České republiky v Praze a Ústav evropské etnologie Filozofické fakulty Masarykovy univerzity v Brně v nakl. Mladá fronta. ISBN 978-80-204-1712-1.
6. *Česká společnost paliativní medicíny* [online]. Brno: Česká lékařská společnost JEP, 2016 [cit. 2017-04-02]. Dostupné z: <http://www.paliativnimedicina.cz/>
7. ČÍPKOVÁ, I., 2015. *Role sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu domácí hospicové péče*. *Sociální práce/Sociálna práca* [online]. Brno: Asociace vzdělavatelů v sociální práci, 2015(4) [cit. 2017-04-02]. ISSN 1805-885X. Dostupné z: <http://socialniprace.cz/zpravy.php?oblast=1&clanek=783>
8. DÉMUTHOVÁ, S., 2015. *Vybrané problémy tanatologie*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-7907-6.
9. FARKAŠOVÁ, D., 2006. *Ošetřovatelství – teorie*. Martin: Osveta. ISBN 80-806-3227-8.
10. HAŠKOVCOVÁ, H., c2002. *Lékařská etika*. 3., rozš. vyd. Praha: Galén. ISBN 80-726-2132-7.
11. HAŠKOVCOVÁ, H., c2007. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2., přeprac. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-471-3.

12. *HOSPICE.CZ: O důstojném životě terminálně nemocných* [online]. Ecce Homo, c2005-2011 [cit. 2017-04-25]. Dostupné z: <http://www.hospice.cz/>
13. KASTENBAUM, R. J., 2009. *Death, society, and human experience*. 10th ed. Boston: Allyn. ISBN 978-020-5610-532.
14. KAŠÁKOVÁ, E., VOKURKA, M., HUGO, J. c2015. *Výkladový slovník pro zdravotní sestry*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-424-1.
15. KUPKA, M., 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4650-0.
16. KÜBLER-ROSS, E., 2015. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0911-9.
17. MIDGLEY, R. et al., 1993. *Rodinná encyklopedie zdraví: Abecední průvodce vysvětlující více než 5000 termínů včetně příznaků a názvů chorob, léků a diagnostických i léčebných postupů*. Praha: Gemini. ISBN 80-716-1057-7.
18. MISCONIOVÁ, B., 1998. *Péče o umírající - hospicová péče*. Česko: Národní centrum domácí péče České republiky. ISBN 80-239-1915-6.
19. MUNZAROVÁ, M. et al., 2008. *Proč NE eutanazii aneb Být či nebýt?*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. ISBN 978-80-7195-258-9.
20. NEŠPOROVÁ, O., 2013. *O smrti a pohřbívání*. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury. ISBN 978-80-7325-320-2.
21. *O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících: Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999* [online]. [cit. 2017-04-25]. Dostupné z: <https://www.ikem.cz/cs/charta-prav-umirajicich/a-830/>.
22. PAYNE, S., SEYMOUR, J., INGLETON, C., 2007. *Paliativní péče: principy a praxe*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu. Paliativní péče. ISBN 978-80-87029-25-1.
23. PETRŮ, M., 2008. Technologie umírání. A2 [online], 4(5), 16 - 17 [cit. 2017-03-02]. ISSN 1801-4542. Dostupné z: <http://www.advojka.cz/archiv/2008/5/technologie-umirani>

24. ROSYPAL, S., 2003. *Nový přehled biologie*. Praha: Scientia. ISBN 978-80-86960-23-4.
25. SALAJKA M., 1998. Křesťanské hledání zdraví a léčení nemocného života. *Čas Lék čes*1998, 137(10):313- 315.
26. SLÁMA, O., KABELKA, L., VORLÍČEK, J., c2007. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-505-5.
27. STUDENT, J. C., MÜHLUM, A., STUDENT, U., 2006. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Jinočany: H. ISBN 80-731-9059-1.
28. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M., 2006. *Interní ošetřovatelství II*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1777-7.
29. ŠIMEK, J., 2015. *Lékařská etika*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5306-5.
30. Umírání v Čechách. *DOKTORKA.CZ* [online]. Vitamins Cosmetics, 2015 [cit. 2017-03-25]. ISSN 1213-1903. Dostupné z: <http://duchovno.doktorka.cz/umirani-v-cechach>.

SEZNAM PŘÍLOH

1. Standard sociální péče
2. Dotazník
3. Ochrana lidských práv a důstojnosti smrtelně nemocných a umírajících
(Doporučení Parlamentního shromáždění Rady Evropy 1418 (1999))

STANDARD SOCIÁLNÍ PÉČE

Téma: Zásady při doprovázení umírajících, psychosociální podpora

Cíl:

Zajistit všemi dostupnými prostředky podmínky pro klidné a důstojné umírání při respektování individuality umírajícího.

Definice:

Umíráním – terminální fází označujeme poslední týdny, dny a hodiny života, kdy dochází k nezvratnému selhávání lidského organismu (oběhová soustava, metabolismus, dýchání atd.). Umírání není pouze patofyziologický proces, ale jde o konečnou fázi jedinečného lidského života, která má svou psychologickou, sociální a duchovní dimenzi.

Příznaky:

- postupné zhoršování stavu
- narůstající slabost a únava (klient nevstává z lůžka, prodlužuje se perioda denního spánku)
- stále větší závislost na okolí
- ztráta zájmu o okolní dění
- omezené nebo úplné odmítání stravy, později i tekutin
- zhoršení polykání, nauzea
- zhoršené dýchání

Zásady péče o umírajícího:

- nutnost celostního přístupu
- zmírnění tělesných obtíží
- zmírnění psychických obtíží
- psychologická podpora klienta
- psychologická podpora rodiny a blízkých klienta

- duchovní (spirituální) podpora klienta
- umožnění co možná nejdelšího setrvání v důvěrném prostředí

Umírající má právo:

- kdykoliv přijímat návštěvy příbuzných
- hovořit o svém kritickém stavu, strachu, obavách
- na duchovní služby
- nebýt v umírání osamocen

Úkoly psychosociální péče:

- poskytnout umírajícímu psychický a sociální prostor k životu, přiměřeně zredukovaný omezeními, která jsou daná jeho nemocí
- podporovat vše, co může vést k psychické adaptaci na situaci
- zajistit pohodlí a přiměřené podmínky prostředí, ve kterém se klient nachází
- minimalizovat pocit opuštěnosti
- do poslední chvíle zajistit verbální kontakt
- respektovat přání klienta – pokud jsou reálná a nejsou v rozporu s etickými a právními normami
- umožnit trávit s příbuznými do poslední chvíle co nejvíce času
- umožnit návštěvy duchovního (pokud si toto klient či jeho rodina přeje)
- nutná citlivá komunikace
- možnost zprostředkovat přítomnost psychologa

Zvláštní upozornění:

- nutnost dodržovat etické normy
- dodržovat důstojnost klienta
- situace řešit vždy s klidem a rozvahou

Zásady správné komunikace:

- vytvořte vztah důvěry
- buďte empatičtí
- aktivně naslouchejte
- buďte otevření dle daných okolností
- projeďte zájem o klienta
- citlivě reagujte

- nehodnotíte chování nemocného a chápejte jeho tíživou situaci
- zastupovat zájmy umírajících a jejich rodin

Ústřední úkoly:

- podávat informace nevléčitelně nemocným lidem a jejich nejbližším se záměrem zmírnit strach a obavy
- zprostředkování znalostí o právních a finančních podmínkách, o zdrojích a možnostech pomoci
- podpora komunikace zúčastněných
- rozvoj důvěry
- podpořit schopnost k jednání, pomoc rodinám k snazší dostupnosti zdrojů pomoci
- následná péče při truchlení

Použitý zdroj:

STUDENT, J. C., MÜHLUM, A., STUDENT, U., 2006. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Jinočany: H. ISBN 80-731-9059-1.

Související dokumenty:

Ochrana lidských práv a důstojnosti smrtelně nemocných a umírajících
(Doporučení Parlamentního shromáždění Rady Evropy 1418 (1999))

DOTAZNÍK

Vážená respondentko, vážený respondent, prosím Vás o vyplnění krátkého dotazníku jako podkladu mé bakalářské práce nazvané „Tabuizace smrti v současné české společnosti“. Dotazník je anonymní a poslouží jen k výše uvedenému účelu.

Děkuji za Váš čas a vstřícnost při spolupráci.

Daniel Martínek

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Fakulta zdravotně sociální

Studijní program: Rehabilitace

1) Pohlaví:

- a) muž
- b) žena

2) Věk:

- a) do 24
- b) 25-34
- c) 35-45
- d) 46-60
- e) nad 60

3) Hlásíte se k nějaké církvi nebo náboženské společnosti? (Pokud ano, napište ke které)

- a) ano, hlásím se ke
- b) ne

- 4) Nejvyšší dosažené vzdělání
- a) základní
 - b) střední bez maturity/ vyučen
 - c) střední s maturitou
 - d) vysokoškolské
- 5) Pracoval(a) jste nebo pracujete ve zdravotnictví či sociální sféře?
- a) ano
 - b) ne
- 6) Čeho se na umírání bojíte nejvíce?
- a) fyzické bolesti
 - b) osamění
 - c) starost o pozůstalé
 - d) bezmoci
 - e) jiné
- 7) Věříte v život po životě?
- a) rozhodně ano
 - b) spíše ano
 - c) spíše ne
 - d) rozhodně ne
 - e) nevím
- 8) Jak často nad tématem smrti přemýšlíte?
- a) vůbec
 - b) několikrát za život
 - c) alespoň jednou za půl roku
 - d) několikrát do měsíce
- 9) Pečoval(a) jste někdy o umírajícího?
- a) ano
 - b) ne

10) Byl(a) jste někdy přítomen (přítomna) smrti/umírání příbuzného?

- a) ano
- b) ne

11) Chcete mít pohřební obřad?

- a) rozhodně ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) rozhodně ne
- e) nevím

12) Jak byste definoval(a) paliativní péči?

- a) komplexní péče, jejíž hlavním cílem je úplné uzdravení pacienta
- b) lékařská péče s cílem prodloužit pacientovi život (např. chemoterapie)
- c) komplexní péče, která zlepšuje kvalitu života nemocných, jejich rodin, a která čelí problémům s život ohrožujícím onemocněním pomocí prevence a úlevy od utrpení
- d) péče určená pouze pro umírající pacienty v terminálním stádiu nemoci, která se již nesnaží pacienta léčit a zaměřuje se jen na psychologickou a sociální péči

13) Spatřujete ve smrti nějaký význam pro samotný život?

- a) ohraničenost, dává životu smysl
- b) žádný význam ve smrti nespátřuji
- c) smrt je prostě přirozená součást života
- d) nepřemýšlím o tom

14) Umíte si představit, že byste pečoval(a) o někoho blízkého, který by byl těžce nemocný nebo umíral?

- a) rozhodně ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) rozhodně ne
- e) nevím

- 15) Co je podle vás aktivní eutanazie?
- a) sebevražda s asistencí lékaře
 - b) úmyslné ukončení života člověka někým jiným než člověkem samotným (např. lékařem) na jeho vlastní žádost
 - c) odpojení pacienta od přístrojů v beznadějných případech
 - d) úplné ukončení léčby nevyléčitelně nemocného pacienta
- 16) Souhlasíte s legalizací aktivní eutanazie?
- a) rozhodně ano
 - b) spíše ano
 - c) spíše ne
 - d) rozhodně ne
 - e) nevím
- 17) Pomohl(a) byste nevyléčitelně nemocnému a trpícímu člověku zemřít?
- a) rozhodně ano
 - b) spíše ano
 - c) spíše ne
 - d) rozhodně ne
 - e) nevím
- 18) Myslíte si, že je vhodné, aby se děti zúčastňovaly pohřbů?
- a) rozhodně ano
 - b) spíše ano
 - c) spíše ne
 - d) rozhodně ne
 - e) nevím
- 19) Jaké prostředí je podle vašeho názoru pro umírajícího člověka nejvhodnější?
- a) domácí prostředí
 - b) nemocniční prostředí
 - c) hospic
 - d) jiné

20) Kde se s tématem smrti setkáváte nejvíce?

- a) masmedia
- b) knihy
- c) besedy, přednášky, semináře
- d) rozhovory se známými
- e) s tématem se neseťkávám
- f) jiné

21) Pokud se setkám s tématem smrti, tak:

- a) téma mě zajímá
- b) téma mě nezajímá, ale vyslechnu ho
- c) vyhýbám se tématu

Charta práv umírajících

Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999

"O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících."

Text tohoto Doporučení byl přijat Parlamentním shromážděním 25. června roku 1999 na svém 24. zasedání převážnou většinou hlasů, kdy 6 hlasů bylo proti.

1. Posláním Rady Evropy je chránit důstojnost všech lidí a práva, která z ní lze odvodit.
2. Pokrok medicíny umožňuje v současné době léčit mnohé dosud neléčitelné nebo smrtelné choroby, zlepšení lékařských metod a rozvoj resuscitačních technik dovolují prodlužování života lidského jedince a odsouvání okamžiku jeho smrti. V důsledku toho se však často nebere ohled na kvalitu života umírajícího člověka a na osamělost a utrpení jak pacienta, tak jeho blízkých a těch, kdo o něj pečují.
3. V roce 1976 v rezoluci č. 613 deklarovalo Parlamentní shromáždění, že umírající nemocný si nejvíce ze všeho přeje zemřít v klidu a důstojně, pokud možno v komfortu a za podpory jeho rodiny a přátel. V Doporučení číslo 779 z roku 1976 k tomu dodalo, že prodloužení života by nemělo být jediným cílem medicínské praxe, která se musí současně zabývat i úlevou od utrpení.
4. Konvence o ochraně lidských práv a lidské důstojnosti s ohledem na aplikaci biologie a medicíny od té doby vyjádřila důležité zásady a připravila cestu, aniž se explicitně věnovala specifickým potřebám nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí.
5. Povinnost respektovat a chránit důstojnost všech nevléčitelně nemocných a umírajících osob je odvozena z nedotknutelnosti lidské důstojnosti ve všech obdobích života. Respekt a ochrana nacházejí svůj výraz v poskytnutí přiměřeného prostředí, umožňujícího člověku důstojné umírání.
6. Jak v minulosti i v současnosti ukázaly mnohé zkušenosti s utrpením, je třeba tato opatření uskutečňovat zvláště v zájmu nejzranitelnějších členů společnosti.

Tak jako lidská bytost začíná svůj život ve slabosti a závislosti, stejně tak potřebuje ochranu a podporu, když umírá.

7. Základní práva odvozená z důstojnosti nevyléčitelně nemocných nebo umírajících osob jsou dnes ohrožena mnoha faktory:

- Nedostatečnou dostupností paliativní péče a dobré léčby bolesti
- Častým zanedbáváním léčby fyzického utrpení a nebráním zřetele na psychologické, sociální a spirituální potřeby
- Umělým prodlužováním procesu umírání buď nepřiměřeným používáním medicínských postupů nebo pokračováním v léčbě bez souhlasu nemocného
- Nedostatečným kontinuálním vzděláváním a malou psychologickou podporou ošetřujícího personálu činného v paliativní péči
- Nedostatečnou péčí a podporou příbuzných a přátel terminálně nemocných či umírajících osob, kteří by jinak mohli přispět ke zmírnění lidského utrpení v jeho různých dimenzích
- Obavami nemocného ze ztráty autonomie, že bude závislým na rodině i institucích a stane se pro ně zátěží
- Chybějícím nebo nevhodným sociálním i institucionálním prostředím, které by mu umožňovalo pokojné rozloučení s příbuznými a přáteli
- Nedostatečnou alokací prostředků a zdrojů pro péči a podporu nevyléčitelně nemocných nebo umírajících
- Sociální diskriminací, která je vlastní umírání a smrti

8. Shromáždění vyzývá členské státy, aby ve svých zákonech stanovily nezbytnou legislativní i sociální ochranu, aby se zabránilo těmto nebezpečím a obavám, se kterými mohou terminálně nemocní nebo umírající lidé být v právním řádu konfrontováni, a to zejména:

- Umírání s nesnesitelnými symptomy (například bolesti, dušení, atd.)

- Prodlužováním umírání terminálně nemocného nebo umírajícího člověka proti jeho vůli
 - Umírání o samotě a v zanedbání
 - Umírání se strachem, že jsem sociální zátěží
 - Omezováním život udržující léčby (life-sustaining) z ekonomických důvodů
 - Nedostatečným zajištěním financí a zdrojů pro adekvátní podpůrnou péči terminálně nemocných nebo umírajících
9. Shromáždění proto doporučuje, aby Výbor ministrů vyzval členské státy Rady Evropy, aby ve všech ohledech respektovaly a chránily důstojnost nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí, a to tím:
- a. že uznají a budou hájit nárok nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí na komplexní paliativní péči a že přijmou příslušná opatření:
- aby zajistily, že paliativní péče bude uznána za zákonný nárok individua ve všech členských státech
 - aby byl všem nevléčitelně nemocným nebo umírajícím osobám dopřán rovný přístup k přiměřené paliativní péči
 - aby byli příbuzní a přátelé povzbuzováni, aby doprovázeli nevléčitelně nemocné a umírající a aby jejich snaha byla profesionálně podporována. Pokud se ukáže, že rodinná nebo soukromá péče nestačí nebo je přetěžována, musejí být k dispozici alternativní nebo doplňkové formy lékařské péče
 - aby ustavily ambulantní týmy a síť pro poskytování paliativní péče, které by zajišťovaly domácí péči vždy, pokud je možné pečovat o nevléčitelně nemocné nebo umírající ambulantně
 - aby zajistily spolupráci všech osob podílejících se na péči o nevléčitelně nemocného nebo umírajícího pacienta

- aby vyvinuly a vyhlásily kvalitativní normy pro péči o nevléčitelně nemocné nebo umírající
- aby zajistily, že nevléčitelně nemocné a umírající osoby, pokud si nebudou přát jinak, dostanou přiměřenou paliativní péči a tišení bolestí, i kdyby tyto léčba mohla mít u příslušného jedince jako nežádoucí (vedlejší) účinek léčby za následek zkrácení života jedince
- aby zajistily, že ošetřující personál bude vyškolen a veden tak, aby mohl každému nevléčitelně nemocnému nebo umírajícímu člověku poskytnout v koordinované týmové spolupráci lékařskou, ošetrovatelskou a psychologickou péči v souladu s nejvyššími možnými standardy
- aby založily další a rozšířily stávající výzkumná, výuková a doškolovací centra pro obor paliativní medicíny a péče, stejně jako pro interdisciplinární thanatologii
- aby zajistily alespoň ve větších nemocnicích vybudování specializovaných oddělení paliativní péče a thanatologických klinik, které by mohly nabídnout paliativní medicínu a péči jako integrální součást každé lékařské činnosti
- aby zajistily, že bude paliativní medicína a péče ukotvena ve veřejném vědomí jako důležitý cíl medicíny

b. tím, že budou chránit právo nevléčitelně nemocných a umírajících osob na sebeurčení a že pro to přijmou nutná opatření:

- aby se prosadilo právo nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby na pravdivou, úplnou, ale citlivě podanou informaci o jejím zdravotním stavu a aby přitom bylo respektováno přání jedince, který nechce být informován
- aby měla každá nevléčitelně nemocná nebo umírající osoba možnost konzultovat ještě jiné lékaře než svého pravidelného ošetřujícího

- aby bylo zajištěno, že žádná nevléčitelně nemocná nebo umírající osoba nebude ošetřována a léčena proti své vůli, že při svém rozhodování nebude ovlivňována nikým jiným a že na ni nebude nikým činěn nátlak. Musejí být zvážena taková opatření, aby takové rozhodnutí nebylo učiněno pod ekonomickým tlakem
- aby bylo zajištěno, že bude respektováno odmítnutí určitého léčebného postupu, vyjádřené v písemném projevu vůle (living will), v pořízení nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby, která již nebude aktuálně schopná se vyjádřit. Dále musí být zajištěno, aby byla stanovena kritéria platnosti takových prohlášení, pokud jde o rozsah předem vyjádřených pokynů (advance directives), ale i pokud jde o jmenování zmocněnců a rozsah jejich pravomocí. Rovněž musí být zajištěno, že rozhodnutí, učiněná zmocněncem v zastoupení nemocného neschopného se vyjádřit, a která se opírají o předchozí vyjádření vůle nebo o předpokládanou vůli nemocného, budou uznána jen tehdy, když v nastalé akutní situaci nemocný sám svou vůli nijak neprojeví nebo když ji není možno poznat. V takovém případě musí být jasná souvislost s tím, co příslušná osoba říkala v době krátce před okamžikem rozhodování, nebo přesněji, krátce než začala umírat, a to v odpovídající situaci, bez cizího ovlivnění a nátlaku, a ještě při zachovaných duševních schopnostech. Konečně má být zajištěno, aby nebyla respektována zástupná rozhodnutí, jež se opírají jen o všeobecné hodnotové soudy platné v příslušné společnosti a aby ve sporných případech bylo vždy rozhodnuto ve prospěch života a jeho prodloužení
- aby bylo zajištěno, že výslovná přání nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby týkající se určitých léčebných postupů budou respektována bez ohledu na zásadní terapeutickou odpovědnost lékaře, pokud nejsou v rozporu s lidskou důstojností
- aby bylo zajištěno, že v případě, kdy není k dispozici předchozí vyjádření vůle pacienta či pacientky, nebude porušeno jeho právo

na život. Musí být vytvořen katalog léčebných úkonů, které musejí být poskytnuty za všech okolností a jež nesmí být zanedbány

c. že zachovají předpis, zakazující úmyslné usmrcení nevléčitelně nemocných nebo umírajících osob a že zároveň:

- uznají, že právo na život, zejména ve vztahu k nevléčitelně nemocným a umírajícím osobám, je členskými státy garantováno v souladu s článkem 2 Evropské úmluvy o lidských právech, který říká, že nikdo nemá být úmyslně zbaven života
- uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, nezakládá v žádném případě právní nárok na smrt z ruky jiné osoby
- uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, samo o sobě nezakládá legální ospravedlnění činností, úmyslně způsobujících smrt